

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อความร่วมมือ
ในการรักษาของผู้สูงอายุโรคไตหีน

นางเดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2554

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

THE EFFECT OF INFORMATION-MOTIVATION-BEHAVIORAL SKILLS PROGRAM ON
MEDICATION ADHERENCE IN OLDER PERSONS WITH GLAUCOMA

Mrs. Duanpen Tangmettakitkul

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 2011

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจและ
การพัฒนาทักษะต่อความร่วมมือในการรักษาของ
ผู้สูงอายุโรคไต

โดย

นางเดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

เดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล : ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และ การพัฒนาทักษะต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหิน. (THE EFFECT OF INFORMATION-MOTIVATION-BEHAVIORAL SKILLS PROGRAM ON MEDICATION ADHERENCE IN OLDER PERSONS WITH GLAUCOMA) อ.ที่ ปริญญาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ. ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์, 152 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหิน เข้ารับการ รักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่ม ควบคุม 20 ราย โดยจับคู่ให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ อายุ ระยะเวลาการเป็นโรคต้อ หิน และจำนวนยาหยอดตาโรคต้อหิน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ เครื่องมือที่ใช้ในการ ทดลอง คือ โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ โดยใช้แนวคิด Information-Motivation-Behavioral skills Model of Adherence ซึ่งได้รับการตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบ วัดความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน ซึ่งมีค่าความเที่ยง เท่ากับ .88 แบบวัดแรงจูงใจความร่วมมือใน การรักษา มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 และแบบประเมินทักษะการใช้ยาหยอดตามีค่าความ สอดคล้องของการสังเกต เท่ากับ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัด ความร่วมมือในการรักษา มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 และมีค่าความเที่ยง เท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและการทดสอบค่าที่

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การ สร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้าง แรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
2. ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อ.....
ปีการศึกษา.....2554.....ลายมือชื่อ.....ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5277629136 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : INFORMATION-MOTIVATION-BEHAVIORAL SKILLS PROGRAM /
ADHERENCE / OLDER PERSONS / GLAUCOMA

DUANPEN TANGMETTAJITTAKUL : THE EFFECT OF INFORMATION-
MOTIVATION-BEHAVIORAL SKILLS PROGRAM ON MEDICATION
ADHERENCE IN OLDER PERSONS WITH GLAUCOMA. ADVISOR : ASST.
PROF. DR. TASSANA CHOOWATTANAPAKORN, Ph.D., 152 pp.

The purpose of this quasi-experimental research was to examine the effect of information- motivation-behavioral skills program on medication adherence in older persons with glaucoma. The samples were older persons with glaucoma receiving treatment at outpatient unit Suratthani Hospital. The subjects were assigned equally into experimental and control group, 20 persons in each group, matched by age, sex, duration of glaucoma and numbers of medications. The control group received conventional nursing care while the experimental group received the information-motivation-behavioral skills program. This program were developed from the concept of information-motivation-behavioral skills model of adherence. Content validity of intervention program was reviewed by 5 experts. Glaucoma knowledge, motivation and skills were measured to monitor the intervention effect. The reliability of knowledge questionnaire tested by KR-20, motivation, and adherence questionnaire tested by Cronbach's alpha efficient were .88, .82 and .81 respectively. The inter-rate reliability of skills measurement was 1.00, and content validity (CVI) was 1.00. The data were analyzed using descriptive and t-test statistics.

The results of this study were as follows:

1. Adherence of the experimental group after receiving the information-motivation-behavioral skills program was significantly higher than before receiving the program ($p < .05$).
2. Adherence of the experimental group after receiving the information-motivation-behavioral skills program was significantly higher than those the control group ($p < .05$)

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

Academic Year :2011.....!!!!!! Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณะปกรณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสียสละเวลาให้ความรู้ คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์และมีค่าเป็นอย่างยิ่ง ในการพัฒนาแนวคิดแก่ผู้วิจัยตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตา เอาใจใส่ตลอดจนสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสนอแนะข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเกี่ยวกับเนื้อหาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์เพื่อให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งคุณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้ และประสบการณ์ที่มีค่าแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษาอยู่ ณ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแห่งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นอันทรงคุณค่าและเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ และกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและทดลองใช้เครื่องมือ และที่สำคัญ คือ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มโรคต่อหินทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ด้วยความเคารพเป็นที่สุดที่ได้ให้สติปัญญา กำลังใจ และสิ่งที่ดีงามทั้งปวง ที่ทำให้ผู้วิจัยได้รับสิ่งที่ดีที่สุดในชีวิต รวมทั้งสามี และกัลยาณมิตรของผู้วิจัยทุกท่าน ที่ไม่เคยปฏิเสธการให้ความช่วยเหลือใดๆ เลย รวมทั้งคอยให้กำลังใจ กำลังกาย กำลังทรัพย์ ในการทำงานวิจัย ทำให้งานทุกอย่างสำเร็จลุล่วงไปได้ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย หากผลงานชิ้นนี้มีประโยชน์ และมีคุณค่าต่อสังคมบ้าง ผู้วิจัยก็ขอมอบความดีเหล่านั้นให้แก่ทุกคนที่กล่าวมาข้างต้นทั้งหมด ด้วยความเคารพ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
โรคต้อหินในผู้สูงอายุ.....	13
การจำแนกชนิดและการตรวจวินิจฉัยของโรคต้อหิน.....	15
การรักษาและผลกระทบโรคต้อหิน.....	17
ความร่วมมือในการรักษา.....	19
ความสำคัญของความร่วมมือในการรักษา.....	21
แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา.....	22
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหิน.....	23
การประเมินความร่วมมือในการรักษา.....	28
แนวคิดแบบแผนการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ ความร่วมมือในการรักษา.....	31
บทบาทพยาบาลในการดูแลและการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ผู้สูงอายุโรคต้อหิน.....	34

บทที่	หน้า
โปรแกรมให้ข้อมูล-การสร้างแรงจูงใจ-การพัฒนาทักษะความร่วมมือใน การรักษา.....	35
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	37
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	44
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	45
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	45
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	47
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	48
กระบวนการดำเนินการทดลอง.....	59
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	67
สรุปผลการวิจัย.....	78
อภิปรายผลการศึกษา.....	79
ข้อเสนอแนะ.....	84
รายการอ้างอิง.....	86
ภาคผนวก.....	97
ภาคผนวก ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือและ จดหมายขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ.....	98
ภาคผนวก ข. หนังสือพิจารณาจริยธรรม และขออนุญาตวิเคราะห์ใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย.....	105
ภาคผนวก ค. เอกสารจริยธรรม.....	107
ภาคผนวก ง. ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	109
ภาคผนวก จ. ใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมใน การวิจัยและข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วม.....	131
ภาคผนวก ฉ. ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล.....	138
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	152

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุโรคต้อหินในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว จำนวนยาที่ใช้ในการรักษา สิทธิในการรักษา รายได้ ตาข้างที่เป็นต้อหิน จำนวนยาที่ใช้ในการรักษาโรคต้อหิน อาการข้างเคียงหลังใช้ยาหยอดตา ระยะเวลาการเป็นโรคต้อหิน และระดับความดันตา.....	68
2	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะความร่วมมือในการรักษา (n=20).....	72
3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=20).....	73
4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n=40).....	74
5	แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง จำแนกตาม เพศ อายุ ระยะเวลาของการเป็นโรคต้อหิน และจำนวนของยาหยอดตาโรคต้อหิน.....	140
6	การทดสอบการแจกแจงของคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินของกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05.....	141
7	การทดสอบการแจกแจงของคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินของกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05.....	142
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุ โรคต้อหินและคะแนนความต่าง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง.....	143
9	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความร่วมมือในการรักษา รายข้อทั้ง 15 ข้อ ของผู้สูงอายุโรคต้อหินในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง.....	145

ตารางที่		หน้า
10	คะแนนความรู้เรื่องโรคต้อหินของผู้สูงอายุโรคต้อหินในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะความร่วมมือ ภายหลังจากทดลอง.....	148
11	คะแนนแรงจูงใจความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะความร่วมมือในการรักษาภายหลังจากทดลอง.....	149
12	คะแนนทักษะการใช้ยาหยอดตาของผู้สูงอายุโรคต้อหินในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะภายหลังจากทดลอง.....	150

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แผนภูมิแสดงกรอบแนวคิด An Information-Motivation-Behavioral Skills Model of Adherence.....	32
2	แผนภูมิกรอบแนวคิดการวิจัย.....	44
3	แผนภูมิสรุปขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง.....	66

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผลจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้ประชากรมีอายุเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้น จึงเป็นเหตุให้โครงสร้างทางประชากรเปลี่ยนแปลงไป โดยพบว่าขนาดของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั้งสัดส่วนและจำนวนอย่างเห็นได้ชัดทั้งอดีตและปัจจุบัน สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล รายงานจำนวนประชากรผู้สูงอายุปี พ.ศ.2552 ว่ามีผู้สูงอายุ 7.2 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 11.4 ของประชากรทั้งประเทศ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552) อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุมักจะมีโอกาสเจ็บป่วยจากการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงตามกระบวนการสูงอายุ ทั้งด้านกายภาพและด้านสรีระภาพได้ง่ายกว่าคนหนุ่มสาว (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพมากขึ้น

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ก็คือ ความเสื่อมของสภาวะทางร่างกายโดยทั่วไป โดยเฉพาะความเสื่อมของตา ไม่เพียงแต่สายตาเปลี่ยนแปลง แต่ยังมี ความเสื่อมของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับดวงตาไม่ว่าจะเป็นผิวหนังรอบดวงตา เยื่อบุตา รูม่านตา กระจุกตา ที่สำคัญคือขนาดของช่องหน้าม่านตาที่ตื้นขึ้นและแคบเข้า เป็นเหตุให้เกิดการอุดตันตรงบริเวณนี้ ทำให้การไหลออกของน้ำเลี้ยงลูกตาที่ช่องชเลมส์ (Schlemm's canal) ระบายออกได้ไม่ดี เกิดความดันภายในลูกตาเพิ่มขึ้น จึงทำให้มีโอกาสเป็นโรคต้อหิน (ยุพดี รัตตะรังสี, 2545)

มีการคาดการณ์ว่าทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยโรคต้อหินจะเพิ่มขึ้นจาก 60.5 ล้านคนในปี ค.ศ. 2010 เป็น 80 ล้านคนในปี ค.ศ. 2020 โดยพบมากในประเทศแถบทวีปเอเชียถึง 44 ล้านคน และมีคนตาบอดจากต้อหินคิดเป็นร้อยละ 12 ของคนตาบอดทั่วโลก (Quigley and Broman, 2006) รายงานขององค์การอนามัยโลกระบุว่า โรคต้อหินเป็นสาเหตุที่สำคัญของภาวะตาบอดในผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 12.3 (Resnikof et al., 2004) ประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 2.3 ล้านคนหรือร้อยละ 1.9 ของจำนวนประชากร ซึ่งโรคต้อหินพบได้มากตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Prevent Blindness America and the National Eye Institute, 2008) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 3.36 ล้านคนในปี ค.ศ. 2020 (Friedman et al., 2004) โดยความชุกของโรคต้อหิน พบมากในกลุ่มอายุระหว่าง 73-74 ปี ร้อยละ 5.7 กลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ร้อยละ 23.2 และพบในกลุ่มชนผิวดำมากกว่าผิวขาว (Friedman et al., 2006) ในประเทศไทยพบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคต้อหินเป็นสาเหตุเกิดภาวะตาบอด และร้อยละ 65.6 เป็นผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป

ไป (สกาวัตต์น์ คุณาวิศรุต, 2544) นอกจากนี้การศึกษามาตรการการคัดกรอง และความชุกของโรคต้อหินในผู้สูงอายุ พบว่ามีความชุกของโรคต้อหินร้อยละ 6.1 (รจิต ตูจันดา, 2544) ส่วนโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบผู้ป่วยที่เป็นโรคต้อหินในผู้สูงอายุ จำนวน 975, 1,105 และ 1,021 ราย ในปี 2551-2553 ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านวิชาการ, 2554) จึงอาจกล่าวได้ว่าโรคต้อหินเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในผู้สูงอายุของทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยด้วย

โรคต้อหิน (glaucoma) เป็นกลุ่มของโรคที่มีการทำลายเซลล์ปมประสาท (retinal - ganglion cell) และใยประสาทตา (retinal nerve fiber layer) ของจอประสาทตาไปสู่การเปลี่ยนแปลงของขั้วประสาทตา (glaucomatous optic neuropathy) โดยสาเหตุที่เซลล์ปมประสาทตาถูกทำลาย เกิดจากหลายกลไกร่วมกัน ที่สำคัญคือการศึกษาที่มีความดันตาที่สูงกว่าปกติ (มากกว่า 21 มิลลิเมตรปรอท) สาเหตุเนื่องมาจากความผิดปกติของระบบไหลเวียนของน้ำเลี้ยงลูกตา (aqueous humor) ส่งผลต่อการทำลายเซลล์ปมประสาทของจอประสาทตา ทำให้ผู้ป่วยมีลานสายตาคือผิดปกติ (Quigley, 2011) เมื่อมีความดันตาสูงขึ้นก่อให้เกิดการกดเส้นประสาทตา และเกิดการเสื่อมจนในที่สุดนำมาสู่การสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร (Stamper et al., 2009)

โรคต้อหินทำให้เกิดความบกพร่องในการมองเห็น การปฏิบัติหน้าที่ต่างๆของผู้สูงอายุจึงมีความยุ่งยากมากขึ้น (Hayman, 2007) มีความลำบากในปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุหลายรายไม่สามารถร่วมกิจกรรมทางสังคมและกิจกรรมภายในบ้านได้ (Freeman et al., 2008) อาจเกิดความวิตกกังวล และซึมเศร้า กลัวตาบอด (Evans, Fletcher, and Wormald, 2007; Janz et al., 2007; Mabuchi et al., 2008) มีข้อจำกัดในการเดิน สูญเสียการควบคุมสมดุลของร่างกายขณะเคลื่อนไหว เสี่ยงต่อการหกล้ม และคุณภาพชีวิตลดลง (Esteban et al., 2008; Skalicky and Goldberg, 2008) เนื่องจากผู้ป่วยที่เป็นโรคต้อหิน มีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากถึง 4 เท่า ของคนปกติ นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็นถึงร้อยละ 46.7% (Bramley et al., 2008; Lamoreux et al., 2008; Lin et al., 2011) นอกจากนี้ยังต้องใช้วิธีการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น มีความต้องการการฟื้นฟู และการดูแลเพิ่มขึ้น (Poulsen et al., 2005; Tuulonen, 2011) จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือในการรักษาจากผู้ป่วย และญาติ

การรักษาโรคต้อหิน โดยการลดความดันลูกตา ด้วยการให้ยาหยอดตา เพื่อช่วยส่งเสริมการระบายออกของน้ำเลี้ยงลูกตา หรือการกินยาเพื่อลดการสร้างน้ำเลี้ยงลูกตา หรือใช้ทั้งสองอย่างร่วมกัน (บุญชัย หวังศุภดิถก, 2548; ยุพิน ลีละชัยกุล, 2550; Stamper et al., 2009) จะเห็นได้ว่าการควบคุมความดันลูกตาให้อยู่ในระดับปกติ สามารถป้องกันการทำลายขั้วประสาทตา และลานสายตาเพื่อไม่ให้เกิดความบกพร่องด้านการมองเห็น ถึงแม้จะรักษาไม่หายแต่สามารถชะลอ

ความเชื่อมโยงได้ ด้วยการหยุดตาอย่างต่อเนื่อง ถูกต้องทั้งจำนวน ขนาด เวลา และกฎวิธี ส่งผลให้การรักษาเกิดประสิทธิภาพสูงสุด (Tsai, 2003) สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และควบคุมความผันแปรของค่าความดันโลหิตในแต่ละวัน ซึ่งความผันแปรของค่าความดันโลหิตในรอบวันที่กว้าง มักเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่ดี (Tsai, 2007) และติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการรักษา ประเมินระยะเวลาการดำเนินโรคว่ามีอาการลุกลามหรือไม่ มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางใด เพื่อพิจารณาให้การรักษาที่เหมาะสม

ความร่วมมือของผู้ป่วยในการใช้ยาลดความดันตา อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ จะช่วยยืดระยะเวลาการดำเนินโรค และป้องกันการสูญเสียการมองเห็นได้ (Tsai, 2007) อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ไม่ร่วมมือในการรักษา จากการศึกษาของ Olthoff et al. (2005) พบว่าอัตราความไม่ร่วมมือในผู้ป่วยโรคต้อหิน อยู่ระหว่างร้อยละ 5 ถึงร้อยละ 80 และการศึกษาของ Schwartz (2005) พบผู้ป่วยโรคต้อหินไม่ร่วมมือในการรักษา ร้อยละ 25 ความต่อเนื่องในการรักษาต่ำกว่าร้อยละ 25 ซึ่งอัตราความไม่ร่วมมือในการรักษาทั้งเจตนาและไม่เจตนาสูงถึงร้อยละ 45 (Rees et al., 2010) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคต้อหินมีอัตราความไม่ร่วมมือสูง

ความร่วมมือในการรักษาตามแนวความคิดของ Tsai (2003) หมายถึง การใช้ยาหยุดตา/รับประทานยา อย่างต่อเนื่องถูกต้องทั้งจำนวน ขนาด เวลา และกฎวิธี รวมถึงการมาตรวจตามนัด ซึ่งลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยโรคต้อหินโดยส่วนใหญ่พบในกลุ่มผู้สูงอายุ มีสาเหตุจากความลำบากในการใช้ยา ความบกพร่องด้านการได้ยิน ภาวะทุพพลภาพด้านร่างกาย และรับรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้ด้านสุขภาพ ข้อจำกัดทางสังคม และแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน (Murray et al., 2004) มีความบกพร่องด้านการมองเห็น ด้านการรับรู้ด้านสี และความคมชัดของภาพบกพร่องล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงให้ความร่วมมือในผู้สูงอายุลดลง (Windham et al., 2005)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค รวมทั้งวิธีการที่เหมาะสมในการดูแลตนเองเพื่อการบริหารยา อากาการข้างเคียงของยาหรือจากสภาวะของโรค (Juzych et al., 2008; Soroka, Krumholz, and Wende, 2010) การไม่ทราบถึงผลกระทบของโรคต้อหินต่อการมองเห็น ความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับมีลักษณะทั่วไป (Gray et al., 2010) จากการศึกษาของ Sathyamangalam et al. (2009) พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ และตระหนักเกี่ยวกับโรคต้อหินในระดับต่ำ ผู้ป่วยมีความต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหินเพื่อป้องกันการตาบอด ต้องการความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา สามารถยอมรับอาการข้างเคียงจากยาที่เกิดขึ้นได้ หากยาช่วยลดความดันโลหิต (Herndon, Brunner, and Rollins, 2006) ซึ่งการได้รับการสนับสนุนข้อมูลจากแพทย์และพยาบาล เกี่ยวกับรูปแบบการรักษาและผลที่ตามมา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lunnela, Kaariainen, and

Kyngas, 2011) นอกจากนี้ปัจจัยด้านการรักษา ต้องใช้เวลาในการรักษาด้วยการหยอดตา ซึ่งจำนวนยา และปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละวัน ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกในทางลบเกี่ยวกับยาหยอดตา อันเนื่องมาจากความรู้สึกส่วนตัวหรือจากอาการข้างเคียงของยา หรือจากความไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของยา ในขณะที่บางรายมีการสูญเสียการมองเห็น ทำให้ขาดแรงจูงใจในการใช้ยาหยอดตา (Lacey, Cate, and Broadway, 2009) มีความรู้สึกท้อแท้ใจ ต้องรักษาด้วยการหยอดตาตลอดชีวิต แต่บางรายคิดว่าโรคต้อหินเป็นโรคไม่ร้ายแรงเพียงแต่ต้องใช้เวลาในการรักษานาน (นภาพร พรหมคำชาว, 2541) ไม่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของความบกพร่องในการมองเห็น ไม่ยอมรับต่ออาการระคายเคืองและตามัวที่เกิดขึ้น และไม่ได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ (Friedman et al., 2008) การลืมหยอดตาจึงพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคต้อหิน นอกจากนั้นยังขาดทักษะการใช้ยาหยอดตาที่ถูกต้อง โดยผู้ป่วยมีการหยอดตาไม่ถูกต้องทั้งจำนวน ขนาด เวลา และวิธีการหยอดตา ผู้ป่วยมีปัญหาในการหยอดตา ได้แก่ ความลำบากในการบริหารยา การอ่านฉลากบนขวดยา มีอาการข้างเคียงจากยา การบีบขวดยาเกินกว่าหนึ่งหยด ความจำในการใช้ยา และการหยอดยาโดยไม่ให้ปลายขวดยาสัมผัสกับดวงตา (Sleath et al., 2006; Stone et al., 2009; Hennessy, 2010; Gupta et al., 2011)

ตามที่ Fisher, Fisher and Harman (2003) กล่าวว่าคนที่บุคคลจะมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาหรือไม่นั้น จำเป็นต้องได้รับข้อมูลการให้ความร่วมมือในการรักษา มีการสร้างแรงจูงใจในการให้ความร่วมมือในการรักษา และมีทักษะในการกระทำพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

การให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ (The Information-Motivation-Behavioral skills Model) เป็นแนวคิดของ Fisher et al. (2003) เสนอแนะว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาหรือไม่นั้น จำเป็นต้อง 1) ได้รับข้อมูล (Information) การให้ความร่วมมือในการรักษา โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การรักษา ประโยชน์/อุปสรรคของความร่วมมือในการรักษา วิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ เน้นการจำและการระลึกได้ถึงข้อมูล เกิดการรับรู้ถึงอันตรายของการไม่ร่วมมือในการรักษา 2) มีการสร้างแรงจูงใจ (Motivation) ในการให้ความร่วมมือในการรักษาทั้งแรงจูงใจส่วนบุคคลในการรับรู้ความเสี่ยงของการไม่ร่วมมือในการรักษา การรับรู้ประโยชน์/อุปสรรคของความร่วมมือในการรักษา และแรงจูงใจทางสังคม ในการรับรู้ถึงการสนับสนุนจากบุคคล และหน่วยงานต่างๆ ซึ่งการสร้างแรงจูงใจ จะช่วยให้เกิดทัศนคติ สร้างความเชื่อมั่นที่จะแก้ไขปัญหา และคิดพิจารณาเหตุผลของการปฏิบัติพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา 3) มีการพัฒนาทักษะ (Behavioral Skills) ในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุถึงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

ประกอบด้วย การรับยาที่เหมาะสมทั้งเวลา วิธีการ ในการกระทำพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา การพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะเพื่อปรับปรุง และพัฒนาการจัดการด้านคุณภาพการพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหิน และช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ

คำถามการวิจัย

1. โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างไร
2. ผู้สูงอายุโรคต้อหินที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะมีความร่วมมือในการรักษาแตกต่างกันอย่างไร

แนวเหตุผลและสมมุติฐานของการวิจัย

การดูแลรักษาที่ดีที่สุดของโรคต้อหิน โดยการลดความดันลูกตา ทำได้โดยการใช้ยาหยอดตา เพื่อช่วยส่งเสริมการระบายออกของน้ำเลี้ยงลูกตา หรือการรับประทานยาเพื่อลดการสร้างน้ำเลี้ยงลูกตา หรือใช้ทั้งสองอย่างร่วมกัน (Stamper et al., 2009) จะเห็นได้ว่าการควบคุมความดันลูกตาให้อยู่ในระดับปกติ สามารถป้องกันการทำลายชั่วคราว และลานสายตา เพื่อไม่ให้เกิดความบกพร่องด้านการมองเห็น ถึงแม้จะรักษาไม่หายแต่สามารถชะลอความเสื่อมได้ ด้วยการให้

ความร่วมมือในการรักษา โดยการหยุดตา/รับประทานยา อย่างต่อเนื่อง ถูกต้องทั้งจำนวน ขนาด เวลา และกฎวิธี พร้อมทั้งการมาตรวจตามนัด ส่งผลให้การรักษาเกิดประสิทธิภาพสูงสุด (Tsai, 2003)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ 1) ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค รวมทั้งวิธีการที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง เพื่อการบริหารยา อาการข้างเคียงจากยา หรือจากสภาวะของโรค (Taylor et al., 2002; Herndon et al., 2006; Juzych et al, 2008; Curtis et al., 2009; Sathyamangalam et al., 2009; Gray et al., 2010; Soroka et al., 2010) 2) ขาดแรงจูงใจในการรักษา เนื่องจากต้องรักษาด้วยการหยุดตาไปตลอดชีวิต ซึ่งจำนวนยา และปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละวัน ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกในทางลบเกี่ยวกับยาหยุดตา อันเนื่องมาจากความเชื่อ ความรู้สึกส่วนตัว หรือจากอาการข้างเคียงของยา หรือจากความไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของยา ในขณะที่บางรายมีการสูญเสียการมองเห็น ทำให้ขาดแรงจูงใจในการใช้ยาหยุดตา (นภาพร พรหมคำชาว, 2541; Friedman et al., 2008; Gelb et al., 2008; Lacey et al., 2009) 3) ขาดทักษะในการใช้ยาหยุดตาที่ถูกต้อง ได้แก่ การหยุดตาไม่ถูกต้องทั้งจำนวน ขนาด เวลา และวิธีการหยุดตา (Konstas et al., 2000; Taylor et al., 2002; Balkrishnan et al., 2003; Ritch et al., 2003; Tsai, Robin, and Smith, 2007; Dietlein et al., 2008; Kholdebarin, 2008; Olthoff et al., 2009; Stone et al., 2009; Hennessy et al., 2010; Gupta et al., 2011)

ตามที่ Fisher, Fisher and Harman (2003) กล่าวว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษาหรือไม่นั้น จำเป็นต้อง ได้รับข้อมูลการให้ความร่วมมือในการรักษา มีการสร้างแรงจูงใจในการให้ความร่วมมือในการรักษา และมีทักษะในการกระทำพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษา โดยการให้ข้อมูล จำเป็นต้องให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรค ประโยชน์ของการรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้อง เหมาะสม และอาการข้างเคียงจากยา เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการเรียนรู้ เน้นการจำและการระลึกได้ถึงข้อมูล เกิดการรับรู้ถึงอันตรายของการไม่ร่วมมือในการรักษา ปัจจัยที่สอง การสร้างแรงจูงใจเพื่อนำไปสู่การให้ความร่วมมือในการรักษา ทั้งแรงจูงใจส่วนบุคคลในเรื่องการรับรู้ถึงความเสี่ยงของความไม่ร่วมมือ และรับรู้ประโยชน์/อุปสรรคที่เกิดจากพฤติกรรมการร่วมมือ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการให้ความร่วมมือในการรักษา ปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา และเต็มใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แรงจูงใจทางสังคม มีพื้นฐานจากการได้รับการสนับสนุนจากสังคม รับรู้ถึงการสนับสนุนจากบุคคลและหน่วยงานต่างๆ ซึ่งการสร้างแรงจูงใจ จะช่วยให้เกิดทัศนคติ สร้างความเชื่อมั่นที่จะแก้ไขปัญหา และคิดพิจารณาเหตุผลของการปฏิบัติพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษา ส่วนการพัฒนาทักษะ เป็นการปฏิบัติความร่วมมือในการรักษา รวมถึงการฝึกปฏิบัติทักษะที่จำเป็น ซึ่งเป็นความสามารถส่วนบุคคลที่จะช่วยเพิ่มการรับรู้

ความสามารถของตน และสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง จนบรรลุเป้าหมายความร่วมมือในการรักษา

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงนำแนวคิดนี้มาพัฒนากิจกรรมบำบัดทางการพยาบาลขึ้น โดยใช้แบบแผนการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ (The Information-Motivation-Behavioral skills Model) ของ Fisher et al. (2003) มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่เหมาะสม ประกอบด้วย

1. การให้ข้อมูล (Information) เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคต่อหิน ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน อาการ การรักษา การควบคุมโรคต่อหิน ประโยชน์ในการใช้ยาหยอดตา อาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา ข้อปฏิบัติในการหยอดตาและการปฏิบัติตัวในการให้ความร่วมมือในการรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์/อุปสรรคของความร่วมมือในการรักษา (เบญจมาศ รอดแผ้วพาล, 2552; Juzych et al., 2008; Curtis et al., 2009; Sathyamangalam et al., 2009; Gray et al., 2010; Soroka et al., 2010) โดยการสอนเป็นรายกลุ่ม ประกอบสื่อสไลด์ โดยมีเนื้อหาที่กระชับ เฉพาะเจาะจง เข้าใจง่าย ไม่มากจนเกินไป และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถาม และประเมินการรับรู้ของผู้สูงอายุเป็นระยะ และแจกคู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคต่อหิน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้อย่างถูกต้อง เกิดการเรียนรู้ รับรู้ถึงอันตรายของโรคต่อหิน และร่วมตัดสินใจปฏิบัติ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาถูกต้อง

2. การสร้างแรงจูงใจความร่วมมือในการรักษา (Motivation) โดยการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคต่อหินร่วมอภิปราย แสดงความรู้สึก ความคิดเห็น ทศนคติ/ความเชื่อ เพื่อประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา ร่วมกับการให้แรงเสริมอย่างเหมาะสม และช่วยส่งเสริมสนับสนุน ให้คำปรึกษาร่วมกับผู้สูงอายุในการวางแผน สร้างความตั้งใจเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการปรับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาให้ถูกต้องเหมาะสม โดยผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญและมีความมั่นใจในการปฏิบัติ สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ ด้วยการใช้คำพูดที่นุ่มนวล ให้เกียรติผู้สูงอายุ กล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจผู้สูงอายุ พร้อมทั้งกระตุ้นกลุ่มเพื่อน และครอบครัวเป็นแหล่งให้การสนับสนุนด้วย รวมทั้งการติดตามทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุในการปฏิบัติความร่วมมือในการรักษา ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา เกิดความเชื่อมั่นที่จะแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง และมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา (Fisher et al., 2003) รวมทั้งการสนับสนุน “ปฏิทินบันทึกตารางการเข้ายา” และ “อุปกรณ์ช่วยหยอดตา” เป็นตัวช่วยเตือนการเข้ายาหยอดตา และช่วยในการบริหารยาของผู้สูงอายุโรคต่อหิน (Salyani and Birt, 2005) ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา

3. การพัฒนาทักษะ (Behavioral Skills) โดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติ ด้วยวิธีการที่เหมาะสม แนะนำให้ผู้สูงอายุฝึกทักษะการทบทวนชื่อยา หรือลักษณะฝาจากขวดยา พร้อมบอกถึงเวลา และปริมาณการใช้ในแต่ละวัน เพื่อเป็นการทบทวนความเข้าใจในการใช้ยา พร้อมทั้งฝึกการใช้ยาหยอดตา โดยผู้วิจัยสาธิตให้ดูเป็นตัวอย่างให้ผู้สูงอายุฝึกตาม ผู้วิจัยทำการประเมินว่าสามารถทำได้ถูกต้อง ผู้วิจัยประเมินถึงความเข้าใจ และความสามารถในการฝึก การปฏิบัติ ในกิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติยังไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจะให้การชี้แนะ และแก้ไขจนผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการปฏิบัติรวมถึงมีความมั่นใจ และเต็มใจที่จะให้ความร่วมมือในการรักษา ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษา

4. การติดตามและการประเมินผล ภายใต้การสนับสนุนและแนะนำจากผู้วิจัย ซึ่งประกอบด้วย การติดตามทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน เพื่อกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ ส่งเสริมแรงจูงใจ และติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติ โดยการพูดคุย สอบถามถึงปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาหยอดตา พร้อมทั้งวางแผนในการแก้ปัญหาาร่วมกัน และให้ความรู้เพิ่มเติมตามความต้องการของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังเป็นการเตือนผู้ป่วยถึงการใช้ยาหยอดตา อย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอ ซึ่งการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์เป็นการให้คำแนะนำ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองและส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยในด้าน การทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และสังคม (Shu, Mermina, and Nystrom, 1996) และการให้ความรู้ผ่านโทรศัพท์เป็นวิธีการหนึ่งซึ่งน่าจะมีประโยชน์ เพราะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องเดินทางมาโรงพยาบาล (นงเยาว์ ภูริวัฒนกุล, วิลาวรรณ ทิพย์มิ่งคล และ กาญจนา วงษ์เลี้ยง, 2550)

สมมุติฐานการวิจัย

1. ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหิน หลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ
2. ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

ประชากรสำหรับการศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหินที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตภาคใต้ตอนบน จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาคือ การวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ

ตัวแปรตาม คือ ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุโรคต้อหิน หมายถึง ผู้ป่วยทั้งเพศชาย และเพศหญิง อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต้อหิน รับการรักษาที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง การปฏิบัติที่สอดคล้องกับแผนการรักษาหรือคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย การหยอดยา และหรือการรับประทานยา ถูกต้องตามจำนวน ขนาด เวลา และวิธีการหยอดยา อย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดจากยา และการมารับการตรวจรักษาตามวัน และเวลาที่กำหนด โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ หมายถึง กิจกรรมที่มุ่งให้ผู้สูงอายุโรคต้อหิน ได้มีข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน การรักษาและปัจจัยเสี่ยงที่มีผลจากความไม่ร่วมมือในการรักษา พร้อมทั้งอาการข้างเคียงจากยา เกิดแรงจูงใจ เห็นความสำคัญ และมั่นใจ ในการปฏิบัติเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา และมีทักษะการใช้ยาหยอดตาที่ถูกต้อง โดยสร้างโปรแกรมขึ้นจากแนวคิด The Information-Motivation-Behavioral Skills Model of Adherence (Fisher et al., 2003) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ คือ

1. การให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคต้อหิน ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน อาการ

การรักษา การควบคุมโรคติดต่อhin ประโยชน์ในการใช้ยาหยอดตา อาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา ข้อปฏิบัติในการหยอดตาและการปฏิบัติตัวในการให้ความร่วมมือในการรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์/อุปสรรคของความร่วมมือในการรักษา โดยการสอนเป็นรายกลุ่ม ประกอบสื่อสไลด์ และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถาม และประเมินการรับรู้ของผู้สูงอายุเป็นระยะ พร้อมทั้งมอบคู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคติดต่อhin เพื่อให้ผู้สูงอายุมีข้อมูลอย่างถูกต้อง

2. การสร้างแรงจูงใจความร่วมมือในการรักษา โดยการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคติดต่อhinร่วมอภิปราย แสดงความรู้สึก ความคิดเห็น ทศนคติ/ความเชื่อ เพื่อประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา ร่วมกับการให้แรงเสริมอย่างเหมาะสม และช่วยส่งเสริมสนับสนุน ให้คำปรึกษาร่วมกับผู้สูงอายุในการวางแผน สร้างความตั้งใจเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการปรับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาให้ถูกต้องเหมาะสม ด้วยการให้คำพูดที่นุ่มนวลให้เกียรติผู้สูงอายุ กล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจผู้สูงอายุ พร้อมทั้งกระตุ้นกลุ่มเพื่อน และครอบครัวเป็นแหล่งให้การสนับสนุนด้วย รวมทั้งการติดตามทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุในการปฏิบัติความร่วมมือในการรักษา รวมทั้งการสนับสนุน “ปฏิทินบันทึกตารางการใช้ยา” และ “อุปกรณ์ช่วยหยอดตา” เป็นตัวช่วยเตือนการใช้ยาหยอดตา และช่วยในการบริหารยาของผู้สูงอายุโรคติดต่อhin

3. การพัฒนาทักษะ โดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติด้วยวิธีการที่เหมาะสม แนะนำให้ผู้สูงอายุฝึกทักษะการทบทวนชื่อยา หรือลักษณะปรากฏขวดยา พร้อมบอกถึงเวลาและปริมาณการใช้ในแต่ละวัน เพื่อเป็นการทบทวนความเข้าใจในการใช้ยา พร้อมทั้งฝึกการใช้ยาหยอดตา โดยผู้วิจัยสาธิตให้ดูเป็นตัวอย่างให้ผู้สูงอายุฝึกตาม ผู้วิจัยประเมินถึงความเข้าใจและความสามารถในการฝึกการปฏิบัติ ในกิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติยังไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจะให้การชี้แนะและแก้ไขจนผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

4. การติดตามและการประเมินผล ภายใต้การสนับสนุนและแนะนำจากผู้วิจัย ซึ่งประกอบด้วย การติดตามทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน เพื่อกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ ส่งเสริมแรงจูงใจ และติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติ โดยการพูดคุย สอบถามถึงปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาหยอดตา พร้อมทั้งวางแผนในการแก้ปัญหาร่วมกัน และให้ความรู้เพิ่มเติมตามความต้องการของผู้สูงอายุ

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลประจำการ ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในการให้ความรู้และคำแนะนำต่างๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ประกอบด้วยการให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ ซึ่งมีลักษณะการให้ข้อมูลความรู้ทั่วไปที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วย และตอบคำถามอธิบายข้อสงสัยหรือปัญหาตามที่ผู้ป่วย

แต่ละรายซักถาม โดยไม่มีการประเมินความร่วมมือในการรักษา ไม่มีการตรวจสอบกลับว่าผู้ป่วยมีการใช้ยาหยุดตาถูกต้องหรือไม่ ไม่มีส่วนกระตุ้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้ความร่วมมือในการรักษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการพยาบาลผู้สูงอายุโรคต้อหิน ที่มุ่งเน้นส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคต้อหิน สามารถมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาได้อย่างยั่งยืน
2. เป็นแนวทางให้พยาบาลและทีมสุขภาพนำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคต้อหินเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคต้อหินมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาได้
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการทางการพยาบาล

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย เพื่อศึกษาผลของของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหิน ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้า ตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการ ค้นคว้าวิจัย โดยเสนอเนื้อหาตามลำดับ ดังนี้

1. โรคต้อหินในผู้สูงอายุ
 - 1.1 อธิบายการเกิดโรคต้อหินในผู้สูงอายุ
 - 1.2 คำจำกัดความของโรคต้อหิน
 - 1.3 การจำแนกชนิดของโรคต้อหิน
 - 1.4 การตรวจวินิจฉัยโรคต้อหิน
 - 1.5 การรักษาโรคต้อหิน
 - 1.6 ผลกระทบของโรคต้อหิน
2. ความร่วมมือในการรักษา
 - 2.1 ความหมายของความร่วมมือในการรักษา
 - 2.2 ความสำคัญของความร่วมมือในการรักษา
 - 2.3 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา
 - 2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหิน
 - 2.5 การประเมินความร่วมมือในการรักษา
3. แนวคิดแบบแผนการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะความร่วมมือในการรักษา (An Information-Motivation-Behavioral Skills model of Adherence)
4. บทบาทพยาบาลในการดูแลและการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหิน
5. โปรแกรมให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.โรคต้อหินในผู้สูงอายุ

1.1 อุบัติการณ์โรคต้อหินในผู้สูงอายุ

มีการคาดการณ์ว่าทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยโรคต้อหิน เพิ่มขึ้นจาก 60.5 ล้านคนในปี ค.ศ. 2010 เป็น 80 ล้านคนในปี ค.ศ. 2020 โดยประชากรที่เป็นโรคต้อหินพบมากในประเทศแถบเอเชียมากถึง 44 ล้านคน และมีคนตาบอดจากโรคต้อหินคิดเป็นร้อยละ 12 ของคนตาบอดทั่วโลก (Quigley and Broman, 2006) จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า โรคต้อหินเป็นสาเหตุที่สำคัญของภาวะตาบอดในผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 12.3 (Resnikoff et al., 2004) ซึ่งโรคต้อหินพบได้มากตามอายุที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Friedman et al. (2006) ที่ศึกษาความชุกโรคต้อหินในกลุ่มประชากร ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า โรคต้อหินพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปี และพบในกลุ่มชนผิวดำมากกว่าผิวขาว สำหรับประเทศไทยโรคต้อหินเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะตาบอด คือ ร้อยละ 25 ในทุกกลุ่มอายุ และร้อยละ 65.6 ในคนตาบอดที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป (สกวรัตน์ คุณาวิศรุต, 2544) จากการศึกษามาตรการการคัดกรอง และความชุกของโรคต้อหินในผู้สูงอายุ พบว่ามีความชุกของโรคต้อหินร้อยละ 6.1 (รจิต ตูจินดา, 2544)

1.2 คำจำกัดความของโรคต้อหิน

โรคต้อหิน (glaucoma) เป็นกลุ่มของโรคที่มีการทำลายเซลล์ปมประสาท (retinal – ganglion cell) และใยประสาทตา (retinal nerve fiber layer) ของจอประสาทตา นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของขั้วประสาทตา (glaucomatous optic neuropathy) มักจะเป็นในตาทั้ง 2 ข้างแต่อาจจะเป็นไม่เท่ากัน ซึ่งผลการทำลายเซลล์ปมประสาทของจอประสาทตานี้จะทำให้ผู้ป่วยมีลานสายตาที่ผิดปกติ (visual field defect) โดยสาเหตุที่เซลล์ปมประสาทตาถูกทำลาย เกิดจากหลายกลไกร่วมกัน นอกจากนี้ยังพบว่าความดันตาที่สูงกว่าปกติ (มากกว่า 21 มิลลิเมตรปรอท) เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดการการทำลายเซลล์ประสาทในโรคต้อหิน และมีผู้ป่วยต้อหินบางคนที่มีขั้วประสาทตาฝ่อ และมีลานสายตาผิดปกติ แต่ระดับความดันลูกตาไม่สูง (บุญชัย หวังศุภดิกลง, 2548; อังคณา เมธีไตรรัตน์ และรจิต ตูจินดา, 2550)

Glaucomatous optic neuropathy

ในโรคต้อหินเซลล์ปมประสาทตาและใยประสาทตาที่เชื่อมระหว่างเซลล์จอประสาทตาและสมองจะค่อยๆ ถูกทำลาย ทำให้การส่งข้อมูลการมองเห็นจากเซลล์จอประสาทตาไปยังสมองค่อยๆ ลดลง จะเห็นได้ว่าเซลล์จอประสาทตายังคงปกติแต่มีการส่งข้อมูลการมองเห็นที่ผิดปกติ เมื่อเซลล์ปมประสาทและใยประสาทตาถูกทำลายมากขึ้น ก็จะทำให้การมองเห็นลดลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้คือ glaucomatous optic neuropathy หรือ damage เมื่อมีการเปลี่ยนแปลง

ของเซลล์ปมประสาทตาและใยประสาทตามากขึ้น จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ขั้วประสาทคือมี neural rim บางลงจนกระทั่งหมดไป ซึ่งจะพบต้อหินในระยะสุดท้าย (บุญชัย หวังศุภดิติก, 2548)

การเกิดพยาธิสภาพของขั้วประสาทตา (patho – genesis of optic nerve damage)

เมื่อมีการเพิ่มของความดันตาจะทำให้มีการทำลายเส้นใยประสาทตา (retinal nerve fiber) ทำให้ขั้วประสาทตาฝ่อ (optic nerve atrophy) กลไกเกิดการทำลายยังไม่ทราบแน่นอน บางคนเชื่อว่ามีสาเหตุจาก mechanical theory ซึ่งกล่าวว่าการเพิ่มความดันในลูกตามีผลไปกดขั้วประสาทตาโดยตรง ทำให้มีการอุดตันทางเดินของสารอาหาร (axoplasmic -flow) ของเส้นประสาทตา บางคนกล่าวว่า สาเหตุน่าจะเกิดจาก vascular theory การเพิ่มความดันตา จะไปกดหลอดเลือดที่มาเลี้ยง ขั้วประสาทตา ทำให้เกิดภาวะการขาดเลือด (ischemia) ผลการเพิ่มความดันลูกตาทำให้มีการทำลายประสาทตา เกิดขั้วประสาทตาฝ่อจากต้อหิน (glaucomatous optic atrophy) เมื่อตรวจขั้วประสาทตาจะพบว่า บริเวณ neural rim จะค่อยๆถูกทำลายลงทีละน้อย Lamina cribosa ถูกดันไปด้านหลัง ทำให้ตรงกลางของขั้วประสาทตามีขนาดและความลึกมากขึ้น เรียกว่าขั้วประสาทตาบุ๋มจากต้อหิน (glaucomatous cupping) (บุญชัย หวังศุภดิติก, 2548)

ความดันลูกตา (Intraocular pressure)

ความดันลูกตาปกติคือ ความดันลูกตาที่อยู่ในช่วงซึ่งไม่ทำให้เกิดการทำลายของขั้วประสาทตา (glaucomatous optic nerve damage) ไม่สามารถบอกเป็นตัวเลขที่แน่นอนได้ เพราะมีความแตกต่างระหว่างบุคคล แต่จากการศึกษาในประชากรทั่วไป พบว่าความดันลูกตามีค่าเฉลี่ยประมาณ 15.5 ± 2.57 สูงสุด 20.5 มิลลิเมตรปรอท แต่อย่างไรก็ตามได้มีการกำหนดระดับความดันลูกตาไว้ 3 ระดับ (บุญชัย หวังศุภดิติก, 2548) ดังนี้

1. ระดับความดันลูกตา 17-20 มิลลิเมตรปรอท จัดอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. ระดับความดันลูกตา 20-25 มิลลิเมตรปรอท จัดอยู่ในกลุ่มสงสัย ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลจากแพทย์
3. ระดับความดันลูกตา มากกว่า 25 มิลลิเมตรปรอท จัดอยู่ในกลุ่มความดันลูกตาสูง

สาเหตุการเกิดความดันลูกตาสูง

ภาวะความดันลูกตาที่สูงผิดปกติ เกิดจากความผิดปกติของระบบไหลเวียนของน้ำเลี้ยงเอควีเยส (aqueous humor) คือน้ำในลูกตาซึ่งสร้างโดยอีพิทีเลียม (epithelium) ของซีเลียรีโพรเซส (ciliary process) จากนั้นจะไหลจากช่องหลังม่านตา (posterior chamber) ผ่านรูม่านตาไป

ยังช่องหน้าม่านตา (anterior chamber) ซึ่งผ่านทาง trabecular meshwork ตรงมุมม่านตาเข้าสู่ schlemm' s canal จนกระทั่งเข้าสู่ระบบไหลเวียนของ aqueous vein ค่าความดันลูกตาคือขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ 1) อัตราการสร้างน้ำเอเควียส (Aqueous production) 2) แรงต้านการไหลออกของน้ำเอเควียส (Resistance to aqueous outflow) 3) ระดับความดันเลือด Episcleral (Episcleral venous pressure)

1.3 การจำแนกชนิดของโรคต้อหิน

การจำแนกชนิดของต้อหิน อาจแบ่งออกเป็น 2 แบบคือ จำแนกตามกลไกที่ทำให้เกิดต้อหิน (classification based on mechanism) และจำแนกตามสาเหตุที่เกิดโดยแบ่งออกเป็น 3 ชนิด (อังคณา เมธีไตรรัตน์ และระจิต ตู้อจินดา, 2550) ดังนี้คือ

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

1.3.1.1 ต้อหินชนิดมุมปิด (Primary angle closure glaucoma) เกิดจาก iris root เบนมาปิดบริเวณหน้าของ trabecular meshwork ทำให้ aqueous humor ไหลออกจากตาไม่ได้ อาการ และอาการแสดงขึ้นอยู่กับระยะของโรค มีสาเหตุของการเกิดพยาธิสภาพจาก ขนาดของเลนส์จะหนาขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น เนื่องจากลูกตามีการสร้าง lens fiber ขึ้นตลอดเวลา ทำให้เลนส์เข้ามาชิดกระจกตามากขึ้น ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของกระจกตามักจะเล็กกว่าคนปกติ ความยาวของลูกตาจากหน้าไปหลัง (axial length) มักจะสั้น และปัจจัยที่ทำให้รูม่านตาขยายเกิดจาก อยู่ในแสงสว่างสลัว (dim illumination) มีการเปลี่ยนแปลงในอารมณ์ของผู้ป่วย (emotional stress)

1.3.1.2 ต้อหินชนิดมุมเปิด (Primary open-angle glaucoma) เป็นต้อหินชนิดเรื้อรัง โดยโรคดำเนินไปช้าๆ ไม่มีอาการเจ็บปวดบริเวณตา มักเป็นทั้ง 2 ข้าง โดยในระยะแรกๆ ไม่มีอาการผิดปกติ ต่อมาระยะหลัง เมื่อโรคดำเนินไปมาก ประสาทตาถูกทำลายไปเรื่อยๆ ทำให้ลานสายตาแคบลงและสายตาสายตาอาจผิดปกติ ผู้ป่วยจึงสังเกตและมาพบแพทย์ ถ้ามาช้าเกินไปตาอาจบอดสนิทได้ ต้อหินชนิดนี้จะพบในผู้สูงอายุได้บ่อยกว่าคนในวัยอื่น โดยผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีมีโอกาส เป็นโรคมกกว่าคนอายุ 40 ปีถึง 7 เท่า ผู้ที่มีญาติใกล้ชิด บิดา มารดา พี่น้อง เป็นต้อหินชนิดนี้จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมกกว่าบุคคลอื่น ๆ ผู้ที่มีความดันตาสูงกว่า 21 มิลลิเมตรปรอท ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการไหลเวียนเลือด เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

1.3.1.3 ต้อหินความดันตาปกติ (Normal tension glaucoma) โรคต้อหินชนิดนี้ มักพบในผู้สูงอายุ พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายกับโรคต้อหินมุมเปิดปฐมภูมิ คือไม่มีอาการปวดตา เมื่อตรวจตาจะพบว่า มีขั้วประสาทตานุ่มจากต้อหิน และลานสายตาแคบ แต่ความดันตาน้อยกว่า 21 มิลลิเมตรปรอท

1.3.2. ต้อหินทุติยภูมิ (Secondary glaucoma) หมายถึงต้อหินที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีความผิดปกติภายในหรือภายนอกลูกตา (Intraocular diseases, extraocular diseases) ได้แก่ ต้อหินที่เกิดขึ้นเนื่องจากเลนส์ผิดปกติ (disorder of lens) ต้อหินเกิดจากโรคของยูเวีย (disease of uveal tract) ต้อหินที่เกิดจากอุบัติเหตุต่อดวงตา (ocular trauma) ต้อหินที่เกิดจากก้อนเนื้องอก (ocular tumor) ต้อหินจากการใช้คอร์ติโคสเตียรอยด์ (steroid induced glaucoma) ต้อหินเกิดจากมีการเพิ่มความดัน episcleral vein (increase Intrascleral venous pressure) ต้อหินที่เกิดจากความผิดปกติของจอประสาทตา วิเทียส คอรอยด์ (disorder of retina vitreous an choroid) ต้อหินเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดตา (following surgery)

1.3.3 ต้อหินแต่กำเนิด (Congenital glaucoma) คือต้อหินที่พบในเด็กแรกคลอด จนถึงอายุ 3 ปี สาเหตุเกิดจากความผิดปกติของการเจริญเติบโตของลูกตา ทำให้เกิดความผิดปกติของมุม่านตาเป็นต้นว่า canal of schlemm ไม่มีหรือมีการอุดตันหรือมี embryonal membrane คลุม trabecular อุดกั้นการไหลเวียนของ aqueous humor ทำให้ความดันในลูกตาสูง อาการและอาการแสดงเด็กจะมีอาการน้ำตาไหลมาก (lacrimation) และกลัวแสง (photophobia) จากการตรวจพบเด็กพวกนี้กระจกตาดำจะโตกว่าปกติ มุม่านตาทึบ ข้องหน้าม่านตาลึก ตรวจภายในลูกตาพบ glaucomatous cupping ความดันในลูกตาจะสูง

1.4 การตรวจวินิจฉัยโรคต้อหิน

การตรวจวินิจฉัยโรคต้อหินทำได้โดยการซักประวัติของผู้ป่วย ร่วมกับการตรวจร่างกาย และการตรวจพิเศษ (บุญชัย หวังศุภติลก, 2548) ได้แก่

1.4.1 การวัดความดันลูกตา ควรวัดทุกรายในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป ถ้าตรวจพบความดันลูกตาที่สูงกว่า 21 มิลลิเมตรปรอท ควรตรวจซ้ำประสาทตา

1.4.2 การตรวจซ้ำประสาทตา เพื่อเปรียบเทียบว่าซ้ำประสาทตาถูกทำลายมาก หรือน้อยโดยเปรียบเทียบ เทียบกันระหว่างเส้นผ่าศูนย์กลางของรอยนูน (Disc cupping) กับ เส้นผ่าศูนย์กลางของซ้ำประสาทตา ลักษณะของรอยนูนที่เป็นโรคต้อหินก็คือ มี cup : disc มากกว่า 0.5

1.4.3 การตรวจลานสายตา เป็นการตรวจที่ช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรคต้อหินได้เป็นอย่างดีเพราะจะได้ผลวิเคราะห์ลานสายตาออกมาเป็นลักษณะเฉพาะในแต่ละระยะของโรค

1.4.4 การตรวจมุม่านตา ควรทำทุกราย โดยทำเป็นระยะ ๆ ในระหว่างที่ให้การรักษา เพื่อตรวจดูว่ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นหรือไม่ หรือตรวจเมื่อพบว่าช่องหน้าลูกตาตื้นขึ้น หรือเมื่อระดับความดันลูกตาสูงขึ้น

1.5 การรักษาโรคต้อหิน

การรักษาต้อหินมีหลายวิธี แพทย์ผู้รักษาจะเลือกใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับชนิดของต้อหิน หลักการให้ยาในการรักษาต้อหินโดยทั่วไป มี 2 ประการ คือ ให้ยาเพื่อลดการสร้าง aqueous humor และเพื่อเพิ่มการไหลเวียนออกของ aqueous humor ทาง trabecular meshwork เป้าหมายการรักษาโรคต้อหิน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการสูญเสียการมองเห็น ในระดับที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพของผู้ป่วย (Visual related quality of life) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการมองเห็นตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วย โดยมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยน้อยที่สุด ในปัจจุบันการรักษาโรคต้อหินมีอยู่ 3 วิธี (อังกฤษ เมธีไตรรัตน์ และระจิต ตูจินดา, 2550) ได้แก่

1.5.1 การรักษาด้วยยา มีทั้งยาหยอด และยารับประทานการรักษาจะได้ผลดีถ้าผู้ป่วยใช้ยาได้สม่ำเสมอและครบถ้วนตามที่แพทย์สั่ง การรักษาด้วยยามีวัตถุประสงค์เพื่อ ลดการสร้างน้ำเอเคียส และเพื่อเพิ่มการไหลเวียนออกของน้ำเอเคียสทาง Trabecular meshwork ประกอบด้วย 1) ยากลุ่ม Miotics ได้แก่ Pilocarpine อาการข้างเคียงที่พบคือ ยานี้ทำให้ม่านตาหด ผู้ป่วยจะมองเห็นลดลงในที่ที่มีแสงสว่างน้อย นอกจากนั้นทำให้มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน 2) Beta – adrenergic inhibitors ได้แก่ Tomolol, Betaxolol, Levobunolol, Carteolol ในส่วนของฤทธิ์ข้างเคียง ทำให้เกิดหัวใจเต้นช้า ความดันโลหิตต่ำ และอาจมีภาวะหัวใจวายได้ ทำให้เกิดหลอดลมหดรัดเกร็ง ดังนั้นห้ามใช้ในคนที่โรคหอบหืด 3) Alpha adrenergic agonist ได้แก่ Epinephrine มีฤทธิ์ข้างเคียง ทำให้เกิดเยื่อตาอักเสบ มีอาการตาแดงได้บ่อย นอกจากนี้ยังทำให้ง่วงนอนและอ่อนเพลียได้ จึงไม่เป็นที่นิยม 4) Carbonic anhydrase inhibitor ได้แก่ Acetazolamide (Diamox) หรือ Metazolamide (Neptazane) อาการข้างเคียงจะมีอาการชาตามตัว เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อ่อนแรง ปัสสาวะบ่อย สารเกลือแร่เสียสมดุล นิ่วในไต 5) Hyperosmotic agents ได้แก่ glycerol, isosorbide, mannitol และ urea อาการข้างเคียงที่พบบ่อย คือ คลื่นไส้ อาเจียน โดยเฉพาะเมื่อให้โดยการรับประทาน ส่วนชนิดที่ให้ทางหลอดเลือดดำ อาจพบ ปัสสาวะบ่อย ปวดศีรษะ สับสนได้ 6) Prostaglandin analogues ได้แก่ Latanoprost, Travoprost และ Bimatoprost อาการข้างเคียงทางตา ได้แก่ อาการตาแดง ขนตายาวขึ้น และ ม่านตามีสีเข้มขึ้น

1.5.2 การรักษาด้วยเลเซอร์ ซึ่งการรักษาด้วยแสงเลเซอร์ ในผู้ป่วยต้อหินนั้นมีหลายวิธีด้วยกัน การจะเลือกใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับชนิดของต้อหินนั้น ได้แก่ Laser iridotomy, Argon laser trabeculoplasty, Laser iridoplasty, Laser cyclophotocoagulation

1.5.3 การรักษาด้วยการผ่าตัดใช้ในกรณีที่รักษาด้วยการให้ยา และการใช้เลเซอร์

แล้วยังไม่สามารถควบคุมความดันตาให้เป็นปกติได้ วิธีการผ่าตัดเป็นการชะลอความเสื่อมของขั้วประสาทตา และคงสภาพลานสายตาที่เหลืออยู่ให้นานที่สุด

การรักษาโรคต้อหินไม่ว่าจะด้วยวิธีใดก็ตาม วัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ ระดับความดันลูกตาเป้าหมาย (Target Intraocular Pressure หรือ Target IOP) โดยค่าความดันลูกตาเป้าหมายจะถูกคาดการณ์ไว้ตั้งแต่เริ่มให้การรักษาผู้ป่วย ซึ่งค่านี้จะแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งยังเปลี่ยนแปลงไปตามระยะของโรค และช่วงเวลาในแต่ละวัน (Tsai, 2007) การคาดการณ์ระดับความดันลูกตาต้องอาศัยข้อมูลจาก ปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย ระดับความดันลูกตาที่ก่อให้เกิดการทำลายขั้วประสาทตา ความรุนแรงของโรค และประมาณการของอายุขัยของผู้ป่วย ซึ่งความผันแปรของระดับความดันลูกตา (Intraocular Pressure fluctuation) พบว่าระดับความดันลูกตามีการผันแปรในรอบวัน (circadian rhythm) เช่นเดียวกับค่าอื่น ๆ ทางร่างกาย และความแตกต่างระหว่างความดันลูกตาในช่วงระหว่างวัน จะกว้างมากยิ่งขึ้นในผู้ป่วยที่เป็นโรคต้อหิน (Tsai, 2007) นอกจากนี้พฤติกรรมการหยุดตาของผู้ป่วย ในช่วงก่อนเข้ารับการตรวจจากแพทย์ในคลินิก ในช่วงประมาณ 5 วัน ก่อนเข้ารับการตรวจและจะค่อยๆ ลดลงภายใน 30 วัน เรียกพฤติกรรมนี้ว่า white-coat syndrome (Friedman et al., 2007) ส่งผลให้เมื่อตรวจความดันลูกตามีค่าปกติ เมื่อตรวจในคลินิก การมีความผันแปรของค่าความดันลูกตาในรอบวันที่กว้าง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้โรคต้อหินมีการดำเนินโรคแย่ลง โดยไม่ขึ้นกับค่าความดันลูกตาที่วัดได้ในคลินิกว่า จะเป็นอย่างไร การรักษาที่ได้ผลดีในผู้ป่วยโรคต้อหิน นอกจากจะต้องควบคุมระดับความดันลูกตาได้ดีแล้ว ยังต้องสามารถลดความผันแปรของค่าระดับความดันลูกตาในรอบวันได้อย่างสม่ำเสมออีกด้วย (Tsai, 2007) ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทในด้านกาให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาหยุดตา/การรับประทานยา ตามแผนการรักษาของแพทย์ และการมาตรวจตามนัด เพื่อจุดประสงค์ในการควบคุมความดันลูกตา

1.6 ผลกระทบของโรคต้อหิน

ผลกระทบของโรคต้อหินจากความบกพร่องในการมองเห็น ทำให้ร่างกายของผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ (Hayman, 2007) มีความลำบากในปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุหลายรายไม่สามารถร่วมกิจกรรมทางสังคม และกิจกรรมภายในบ้านได้ (Freeman et al., 2008) ทำให้เกิดการซึมเศร้า และมีความวิตกกังวล (Evans, Fletcher, and Wormald, 2007; Mabuchi et al., 2008) ผู้สูงอายุมีความรู้สึกลังเลการสูญเสียการมองเห็น สอดคล้องกับการศึกษาของ Janz et al. (2007) พบว่าการเปลี่ยนแปลงของลานสายตาและระดับการมองเห็น มีความสัมพันธ์กับภาวะกลัวตาบอด การรับรู้ถึงผลกระทบจากการสูญเสียการมองเห็น ส่งผลต่อภาวะกลัวตาบอดมากที่สุด เมื่อผู้สูงอายุมีอาการของโรคต้อหินรุนแรงขึ้น ส่งผลให้มีอาการ

ซึมเศร้ามากขึ้น โดยเฉพาะช่วงอายุ 70-79 ปี นอกจากนั้นยังส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง (Esteban et al., 2008; Skalicky and Goldberg, 2008; Li et al., 2010) มีข้อจำกัดในการเดิน สูญเสียการควบคุมสมดุลของร่างกายขณะเคลื่อนไหว และเสี่ยงต่อการหกล้ม (Lin et al., 2011) โดยผู้ที่สูญเสียการมองเห็นมีประวัติ กระดูกหัก หกล้ม หรือได้รับอุบัติเหตุ (Bramley et al., 2008) สอดคล้องกับ Lamoreux et al. (2008) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความบกพร่องด้านการมองเห็น สาเหตุการสูญเสียการมองเห็น และภาวะหกล้ม ในผู้ป่วยโรคต้อหิน ประเทศสิงคโปร์ พบว่า ความบกพร่องด้านการมองเห็น เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม โดยผู้ป่วยที่เป็นโรคต้อหิน มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มเพิ่มมากถึง 4 เท่า นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษา และการฟื้นฟูสภาพจากการสูญเสียการมองเห็น กล่าวคือ สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา และการฟื้นฟูสภาพสูงกว่าผู้ที่ไม่สูญเสียการมองเห็นถึง ร้อยละ 46.7%

2. ความร่วมมือในการรักษา

การศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา เริ่มมีการศึกษา ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1950 ซึ่งมีความสำคัญต่อระบบการดูแลสุขภาพทั่วโลก ถึงแม้ข้อกำหนดในการดูแลสุขภาพจะบัญญัติมาอย่างดีที่สุด แต่อาจจะไร้ค่า ถ้าหากผู้ป่วยไม่ยินยอมปฏิบัติตาม (Kyngas, Duffy, and Kroll, 2000) เนื่องจากมีข้อมูลสนับสนุนจำนวนมากที่ชี้ชัดว่าประสิทธิภาพการรักษาส່วณหนึ่งขึ้นกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โดยเฉพาะโรคเรื้อรังหรือโรคที่ต้องติดตามการรักษาเป็นเวลานาน (Krueger, Berger, and Felkey, 2005)

2.1 ความหมายของความร่วมมือในการรักษา

มีการใช้คำหลายคำที่มีความใกล้เคียงกับคำว่าความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ ความร่วมมือในการใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การใช้ยาตามสั่งหรือ การใช้ยาตามข้อกำหนดการรักษา ซึ่งแต่ละคำมีความหมายที่ใกล้เคียงกันดังนี้

องค์การอนามัยโลก (2003) ได้ให้ความหมายของ “Adherence” ไว้ว่า คือ พฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยที่มีอย่างต่อเนื่องทั้งด้านการใช้ยาตามสั่ง และการปฏิบัติตามคำแนะนำที่สอดคล้องกับแผนการรักษา โดยพฤติกรรมดังกล่าวต้องเกิดขึ้นจากความตกลงยินยอมร่วมกันระหว่างผู้ป่วย กับบุคลากรทางการแพทย์ ส่วน “Compliance” หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นและเป็นไป ภายใต้การให้คำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ในเรื่องของการรักษา จากนิยามดังกล่าวจะเห็นได้ว่า Compliance นั้นผู้ป่วยต้องเป็นผู้ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดโดยผู้ป่วยไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปัจจุบันผู้วิจัย

ส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะใช้คำว่า Adherence ซึ่งมีความหมายว่า การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในทุกกระบวนการ มากกว่าคำว่า Compliance (Osterberg and Blaschke, 2005) แต่ทั้งสองคำสามารถใช้แลกเปลี่ยนกันได้ เพื่อบรรยายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตามความเป็นจริง สอดคล้องกับคำแนะนำตามข้อกำหนดในการรักษา (Tsai, 2006)

นภาพร พรหมคำชาว (2541) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาไว้ว่า หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรังปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยความเต็มใจ ซึ่งการปฏิบัตินั้น จะต้องถูกต้องในเรื่องของการรับประทานยา การหยุดตา และการมาตรวจตามนัด

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาในด้าน พฤติกรรมการใช้ยาว่า เป็นการปฏิบัติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

ประณีต ส่งวัฒนา และพรทิพย์ ลีลาอนันตกุล (2547) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาไว้ว่า หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำของผู้ป่วยที่ยินยอมและเต็มใจในการที่จะเลือกปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพ ในเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด การรับประทานอาหาร การพักผ่อน ออกกำลังกาย การงดพฤติกรรมเสี่ยง งดสูบบุหรี่และดื่มเหล้า และสามารถเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตประจำวัน ให้สอดคล้องกับแผนการรักษา

ผลทิพย์ ปานแดง (2547) ได้ให้ความหมายของ ความร่วมมือในการรักษาในด้าน พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ไว้ว่าเป็นพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย ขณะอยู่ที่บ้าน เกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ การใช้ยาตามแผนการรักษา คือ การรับประทานยาถูกต้อง ซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา ใช้ยาตามเวลา ไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ และ ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยา ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้ทีมสุขภาพทราบได้อย่างถูกต้อง

เบญจมาศ รอดแผ้วพาล (2552) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาไว้ว่า หมายถึง พฤติกรรมที่กระทำ หรือการปฏิบัติของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหินตามการรายงานของผู้สูงอายุ ที่สอดคล้องกับแผนการรักษาหรือคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลด้วยความเต็มใจเพื่อควบคุมไม่ให้อาการของโรคแย่งจนถึงขั้นตาบอด ซึ่งพฤติกรรมที่กระทำหรือปฏิบัติของผู้สูงอายุที่

เป็นโรคต่อหิน ประกอบไปด้วย การหยอดยาและหรือการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด

Haynes (1978) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาไว้ว่า หมายถึงพฤติกรรมของบุคคลเกี่ยวกับการใช้ยา การติดตามนัด การรับประทานอาหาร หรือการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต ให้สอดคล้องกับการรักษา หรือการดำเนินชีวิต

Dracup and Meleis (1982) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาไว้ว่า หมายถึงพฤติกรรมที่บุคคลเลือกปฏิบัติ ให้สอดคล้องกับคำแนะนำ และข้อกำหนดทางคลินิก โดยทั้งบุคคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยมีความคิดเห็นร่วมกัน เพื่อให้บรรลุผลการรักษา

Vivian (1996) ได้อธิบายถึงความร่วมมือไว้ว่า หมายถึงปฏิสัมพันธ์ การสนับสนุนระหว่างพยาบาล และผู้ป่วย โดยพยาบาลมีบทบาทในการช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือ เน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมทุกกระบวนการ

Kyngas (2000) ได้อธิบายถึงความร่วมมือไว้ว่า หมายถึงกระบวนการรับรู้ แรงจูงใจของบุคคลซึ่งมีความเชื่อ และเจตนา ในการปฏิบัติตามคำแนะนำ หรือข้อกำหนดในการดูแลสุขภาพ รวมถึงความกระตือรือร้นของผู้ป่วย โดยเจตนา และรับผิดชอบในการดูแลตนเอง ภายใต้ความร่วมมือกับบุคคลากรทางการแพทย์

Schwartz (2005) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาไว้ว่า หมายถึงพฤติกรรมปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคต่อหินที่ตรงกับคำแนะนำ ชี้นำของผู้ให้บริการ และกระทำอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษา

Schwartz and Quigley (2008) ความร่วมมือในการรักษา เป็นพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วย ทั้งในเรื่องของการใช้ยาตามสั่งอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง การมาตรวจตามแพทย์นัด ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าว ต้องเกิดขึ้นจากความตกลงยินยอมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย

ดังนั้นจากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น อาจกล่าวได้ว่า ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหิน หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำที่ผู้ป่วยโรคต่อหินแสดงถึงบทบาทที่เหมาะสมที่มีต่อแผนการรักษาด้วยความเต็มใจ ยินยอมที่จะปฏิบัติตาม และเห็นด้วยกับแผนการรักษานั้นๆ ได้แก่ การใช้ยาหยอดตาตามจำนวน เวลา ขนาด และวิธีการหยอดตา อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ พร้อมทั้งการมาตรวจตามนัด จนครบตามระยะเวลาของแผนการรักษา

2.2 ความสำคัญของความร่วมมือในการรักษา

ความร่วมมือในการรักษา เป็นพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วย ทั้งในเรื่องของการใช้ยาตามสั่งอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง การมาตรวจตามแพทย์นัด การปฏิบัติตามคำแนะนำให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าว ต้องเกิดขึ้นจากความตกลงยินยอมร่วมกัน

ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย ความร่วมมือในการรักษาจึงเป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน มีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้อ ในผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาดี ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอและอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลทำให้ผลการรักษาออกมาดี และมีประสิทธิภาพ (Schwartz and Quigley, 2008) ในการรักษาโรคต่อหินให้เกิดประสิทธิภาพนั้น ความร่วมมือในการรักษาจากผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งการหยุดตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด ถูกต้องทั้งจำนวน ขนาด เวลา และกฎวิธี อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (Tsai, 2003) หากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ย่อมก่อให้เกิดปัญหาความดันโลหิตสูง ทำลายข้อประสาทตา และลานสายตา นำไปสู่ความล้มเหลวในการรักษาส่งผลให้เกิดภาวะตาบอด อันเป็นปัญหาสำคัญ ไม่เพียงแต่จะทำให้เกิดผลเสียเฉพาะกับตัวผู้ป่วยเองเท่านั้น ยังเป็นปัญหาทางด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพ เนื่องจากต้องใช้วิธีการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพเพิ่มขึ้นอีกด้วย (Poulsen et al., 2005; Tuulonen, 2011)

2.3 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา

ความร่วมมือในการรักษา เป็นพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วย ทั้งในเรื่องของการใช้ยาตามสั่งอย่างสม่ำเสมอแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการนำมาใช้อธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา มีอยู่หลายทฤษฎีที่สามารถสรุปได้ดังนี้ (Kaptein, 1992; Dracup and Melies, 1982 อ้างในประณีต สงวัฒนา; 2547)

2.3.1 แนวคิดทฤษฎีรูปแบบทางชีวภาพ (The biomedical approach) หรือรูปแบบทางการแพทย์ (The medical model) เป็นรูปแบบที่ให้ความสำคัญกับลักษณะหรือคุณสมบัติคงที่ของผู้ป่วย ได้แก่ ลักษณะทางประชากร เช่น อายุ เพศ อาชีพ สถานะทางเศรษฐกิจ ลักษณะทางสังคมของผู้ป่วย เช่น ความรุนแรงของโรค ลักษณะของแผนการรักษา เช่น ชนิดของยาที่ใช้ในการรักษา ระยะเวลาของการรักษา ความซับซ้อนของแผนการรักษา และผลข้างเคียงของยานอกจากนี้ยังรวมไปถึงข้อกำหนดกฎเกณฑ์ต่างๆโดยเฉพาะอย่างยิ่ง โครงสร้างของการรักษา ได้แก่ เวลาการรอคอยพบแพทย์ ค่าใช้จ่ายต่างๆในการมาพบแพทย์แต่ละครั้ง เป็นต้น

2.3.2 แนวคิดทฤษฎีรูปแบบเชิงพฤติกรรม (The behavioristic approach) อยู่บนฐานแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ที่มีต่อพฤติกรรมความร่วมมือ รูปแบบนี้เชื่อว่าการให้รางวัลเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นในการให้การรักษา เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมตามที่ตกลงกันไว้ระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วย และจะมีการลงโทษเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เป็นไปตามที่ตกลงกันไว้ ทฤษฎีที่กล่าวถึงกันมากในรูปแบบนี้คือ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของเบนคูรา ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความร่วมมือนั้น เกิดมาจากปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกโดยเชื่อว่าบุคคลมีความคาดหวังถึงความสามารถในตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ การที่บุคคลจะ

กระทำหรือประพฤตินิติบุคคลต้องคาดหวังความสามารถในตนเองว่าจะกระทำได้ ซึ่งเป็นความคาดหวังในความสามารถด้านร่างกาย พลังความสามารถของตนเอง นอกจากนี้บุคคลจะคำนึงถึงผลลัพธ์ไว้ล่วงหน้าแล้วว่าถ้าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติ และผลลัพธ์ที่ได้มาเป็นด้านบวก จึงจะทำให้บุคคลตัดสินใจที่จะปฏิบัติตาม

2.3.3 แนวคิดรูปแบบการติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์ และผู้ป่วย (Patient physician communication approach) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความร่วมมือเกิดจากผลผลิตของความคิดในการติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ได้มีการศึกษาจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำข้อมูลข่าวสาร หรือเนื้อหาต่างๆที่แพทย์หรือบุคลากรทางทีมสุขภาพบอกให้ได้ทั้งหมด นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความตั้งใจของผู้ป่วย รวมทั้งสิ่งแวดล้อมทางสังคมของผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว และเพื่อนร่วมงานหรือกลุ่มช่วยเหลือ ซึ่งจะเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีที่จะทำให้ผู้ป่วย ให้ความร่วมมือในการรักษา

2.3.4 แนวคิดทฤษฎีรูปแบบการใช้สติปัญญา (The cognitive approach) ผู้ป่วยจะใช้ความคิด สติปัญญาและการรับรู้ต่อสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วย วิธีการรักษาหรือวิธีแก้ไขและการเผชิญความเครียด อันเป็นการแสดงถึงความพยายามและความร่วมมืออย่างหนึ่ง วิธีการเหล่านี้ถือว่าเป็นแรงขับอย่างหนึ่งที่อยู่เบื้องหลังการมาพบแพทย์ การรับรู้อาการของโรค และการปฏิบัติต่อการเจ็บป่วยและการรักษา ซึ่งโดยทั่วไปเรียกว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ

2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหิน

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคต่อหินจะมีความร่วมมือในการรักษา ดีหรือไม่ขึ้นกับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ปัจจัยด้านประชากรและสังคม ปัจจัยด้านลักษณะของโรค ปัจจัยด้านระยะเวลาของการรักษาที่ยาวนาน และปัจจัยด้านบุคลกรสุขภาพ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

2.4.1 อายุ เนื่องจากในวัยผู้สูงอายุ ความสามารถด้านการมองเห็น การได้ยิน และภาวะสุขภาพเสื่อมถอย เป็นปัจจัยต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุลดลง ซึ่งสัดส่วนของผู้สูงอายุโรคต่อหินที่มีอายุ มากกว่า 65 ปี มีความลำบากในการใช้ยาหยอดตา ซึ่งสัมพันธ์กับความเสื่อมถอยด้านสุขภาพ (Murray et al., 2004; Windham et al., 2005; Tsai et al., 2007; Friedman et al., 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ashaye and Adeoye (2008) พบว่าในวัยสูงอายุพบอัตราความไม่ร่วมมือสูงกว่าวัยอื่น โดยเฉพาะอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ซึ่งมีอาการเจ็บป่วยทางตาในระยะปานกลางและรุนแรง พร้อมอาการเจ็บป่วยอย่างอื่นร่วมด้วย มีส่วนเพิ่มความร่วมมือในการรักษา แต่มีการศึกษาบางส่วนพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา โดยผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมักมีปัญหาไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาหยอดตาโรคต่อหิน

(Nordstrom et al., 2005; เบญจมาศ รอดแผ้วพาล, 2552; Hermann, Ustundag, and Diestelhorst, 2010; Vandenbroeck, 2010) โดยในกลุ่มอายุ 41-50 ปีมีอัตราความไม่ร่วมมือสูง ซึ่งอาจเนื่องมาจากเป็นวัยทำงาน และอาการของโรคไม่มีความรุนแรง

2.4.2 เพศ การศึกษาของ Konstas et al. (2000) และ Friedman et al. (2008) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาโรคต่อหิน ซึ่งในเพศชายมีลักษณะไม่ร่วมมือในการรักษาโรคต่อหิน สอดคล้องกับการศึกษาของ Ashaye and Adeoye (2008) พบว่าผู้ป่วยทุกเพศทุกวัยล้วนมีโอกาสไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา พบมากในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 78.6 และ 34.5 ตามลำดับ) ชัดแย้งกับการศึกษาบางส่วนพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาโรคต่อหินในผู้สูงอายุ (นภาพร พรหมคำชาว, 2541; Rahman, 2002; เบญจมาศ รอดแผ้วพาล, 2552; Hermann et al., 2010)

2.4.3 เชื้อชาติ จากการศึกษาของ Friedman et al. (2008) พบว่า ผู้ป่วยผิวดำมีอัตราความไม่ร่วมมือน้อยกว่าผู้ป่วยผิวขาว สอดคล้องกับ Dreer et al. (2011) พบว่าเชื้อชาติแอฟริกา เป็นปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาน้อย

2.4.4 การศึกษา ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งการมารับยาของผู้ป่วยโรคต่อหิน ซึ่งต้องอาศัยความสามารถในการอ่านออก เขียนได้ เพื่อทราบถึงข้อมูลเกี่ยวกับยา และข้อกำหนดการใช้ยา ตลอดจนความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัว โดยผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ หรือมีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้น้อย ส่งผลให้ความร่วมมือในการใช้ยาโรคต่อหินต่ำ (Muir et al., 2006) นอกจากนี้โรคต่อหินเป็นโรคที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากการรู้หนังสือ หรือมีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้น้อย ส่งผลให้ความสามารถในการอ่านฉลากยา ข้อกำหนดการใช้ยา หรือข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับโรค และการรักษาได้น้อย จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความไม่ร่วมมือในการรักษา (Baker, 2000; Juzych et al., 2008; Kholdebarin et al., 2008) ชัดแย้งกับการศึกษาของ Rahman (2002) และ เบญจมาศ รอดแผ้วพาล (2552) พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน อธิบายได้ว่าการหยอดตา การรับประทานในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน หากผู้ให้บริการมีการสาธิต ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติอย่างถูกวิธี ก็จะสามารถหยอดตา รับประทานยาได้อย่างถูกต้อง โดยไม่ต้องใช้ความรู้ในการปฏิบัติ (Cimberie, 2008)

2.4.5 สังคม เศรษฐกิจ และระยะทาง ระยะเวลาที่อยู่อาศัยกับสถานบริการรักษาพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมายังสถานพยาบาลส่งผลให้ไม่ร่วมมือในการรักษา (Friedman et al., 2008) นอกจากนี้ผู้ป่วยในกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคมต่ำ มีความต้องการข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา แหล่งช่วยเหลือ ในการปฏิบัติตัว และการ

ฟื้นฟูสภาพสูงกว่ากลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคมดี (Hoevenaars et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Gwira et al. (2006) พบว่าปัจจัยทางด้านสังคม และเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการรักษา โดยผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัดหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคต่อหิน

2.4.6 ทักษะคติ ความเชื่อ ค่านิยม และแรงจูงใจ ที่ดีต่อการรักษา เป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่การให้ความร่วมมือในการรักษา อย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้การดำเนินโรคไปในทางที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร พรหมคำชาว (2541) พบว่า แรงจูงใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอด การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง และพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 24 มีความรู้สึกท้อแท้ใจในการรักษาโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง อาจเป็นเพราะโรคต่อหินเป็นโรคที่รักษาไม่หาย จะต้องรักษาด้วยการหยอดตาตลอดชีวิต และร้อยละ 28 คิดว่าโรคต่อหินเป็นโรคไม่ร้ายแรงเพียงพอแต่ต้องใช้เวลานานในการรักษานาน อาจเป็นเพราะผู้ป่วยยังไม่ได้รับผลกระทบจากการสูญเสียลานสายตา และมีความสามารถในการมองเห็นอยู่ในระดับดี สาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษาที่พบบ่อยคือ ความไม่สนใจ ไม่คิดว่ายาเป็นสิ่งจำเป็น ผู้ป่วยบางรายหยุดการหยอดยาเองเมื่อรู้สึกว่าอาการมองเห็นคงที่ เนื่องจากเข้าใจว่าตนเองหายจากโรคแล้ว เมื่อไม่มีอาการของโรคจึงรู้สึกว่าการหยอดตานอกจากนั้นการต้องหยอดตาอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดความเบื่อหน่ายในการรักษา หรือมีความรู้สึกไม่อยากจะหยอดตา ซึ่งเกิดจากการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และการขาดแรงจูงใจในการรักษาของผู้ป่วย (Lacey et al., 2009) สอดคล้องกับความคิดเห็นของจักษุแพทย์ร้อยละ 50 เชื่อว่าผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการรักษา ซึ่งเป็นอุปสรรคในการให้ความร่วมมือในการรักษา (Gelb et al., 2008) ความไม่ร่วมมือในการรักษา สามารถทำให้การมองเห็นลดลง การมีความเชื่อ และทัศนคติที่ดีต่อการรักษา เป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่ผลการรักษา และมีสุขภาพอนามัยที่ดีได้ (Friedman et al., 2008)

2.4.7 แรงสนับสนุนทางสังคม หากผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว และสังคม โดยเฉพาะครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ และมีกำลังใจที่จะดูแลรักษาตนเอง นอกจากนี้ การช่วยเหลือจนถึงวันนัด และการพามาตรวจตามนัด พร้อมทั้งการช่วยเหลือเกี่ยวกับการบริหารยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาดีขึ้น (เบญจมาศ รอดแผ้วพาล, 2552; Stryker et al., 2010; Lunnela et al., 2011)

2.4.8 ความรู้เกี่ยวกับโรค และการรักษาเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความร่วมมือในการรักษา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยหยุดการรักษา เนื่องจากรู้สึกว่าการหยอดยา ไม่ช่วยให้การมองเห็นดีขึ้น หรือรู้สึกแสบตาโดยขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และอาการไม่พึง

ประสงค์จากยา ผลกระทบจากโรคและการรักษาที่ได้รับ ในทางกลับกันผู้ป่วยบางกลุ่มหยุดการใช้ยาหยุดตา เมื่อรู้สึกว่ามีอาการดีขึ้นมาก หรือไม่มีอาการแสดงของโรคแล้ว สาเหตุจากไม่ทราบความจำเป็นในการใช้ยาอย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอ รวมทั้งวิธีการที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง เพื่อการบริหารจัดการยา อาการข้างเคียงจากยาหรือจากสภาวะของโรค (Taylor et al., 2002; Herndon et al., 2006; Juzych et al., 2008; Curtis et al., 2009; Sathyamangalam et al., 2009; Gray et al., 2010; Soroka et al., 2010) ซึ่งความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคต้อหิน และการรักษา อาการข้างเคียงจากการใช้ยา มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความร่วมมือ และความต่อเนื่องในการรักษาในผู้ป่วยโรคต้อหิน (สุจินดา ริมศรีทอง, อรุณี โรจนเพ็ญกุล และ ชวลี โฆษิต ทาภิวัฒน์, 2536; Taylor, Galbraith, and Mills, 2002; Juzych et al., 2008)

2.4.9 พฤติกรรมการใช้ยาหยุดตา ความร่วมมือในการรักษาเป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ปฏิบัติตัว โดยการให้ยาหยุดตาให้ถูกวิธี ถูกเวลา อย่างเหมาะสม เพื่อให้ได้รับยาถูกต้องตามแผนการรักษา หากผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างถูกวิธี จะส่งผลให้ค่าระดับความดันลูกตาลดลง ลดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งความล้มเหลวในการรักษาเกิดจากไม่สามารถใช้ยาหยุดตาได้ถูกวิธี นอกจากนี้วิธีการใช้ยาหยุดตาไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาเกินขนาด การดูดซึมยาช้า ส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงต่ออวัยวะในร่างกาย และก่อให้เกิดแผลบริเวณกระจกตา ซึ่งวิธีการหยุดตาตามแนวคิดของ Gupta et al. (2011) กล่าวคือ จำนวนหยดยาที่ปีบจากขวดยาไม่เกิน 1 หยด, จำนวนยาที่ลงบริเวณถุงเยื่อตาไม่เกิน 1 หยด เพื่อไม่ให้ความเข้มข้นของยามากเกินไป, ตำแหน่งที่หยดยา ได้แก่ บริเวณถุงเยื่อตา การป้องกันการสัมผัสระหว่างปลายขวดยากับดวงตาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และการป้องกันการเกิดแผลบริเวณกระจกตา โดยหยดยาห่างจากตา ประมาณ 1-2 เซนติเมตร การหลับตามากกว่า 3 นาที หลังจากหยดยา และการกดบริเวณหัวตาภายหลังจากหยดยา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูดซึมยา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอุปสรรคในการรักษาด้วยยาหยุดตาของผู้ป่วยโรคต้อหิน ได้แก่ การบริหารจัดการในการใช้ยาหยุดตาไม่ถูกต้องเหมาะสม สัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการรักษา ซึ่งมีอัตราความชุกสูง ร้อยละ 80 (Konstas, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sleath et al. (2006) ศึกษาพฤติกรรม และปัญหาที่ผู้ป่วยได้รับจากการใช้ยาหยุดตา พบว่า ผู้ป่วยมีความลำบากในการใช้ยาหยุดตา ร้อยละ 44 การเว้นช่วงเวลาการใช้ยาหยุดตาแต่ละตัวห่างกันอย่างน้อย 3 นาที ร้อยละ 22 การอ่านฉลากบนขวดยาร้อยละ 18 การบีบขวดยาร้อยละ 14 และปัญหาความจำเป็นในการใช้ยาร้อยละ 12 สอดคล้องกับการศึกษาของ Kholdebarin (2008) พบว่าผู้ป่วยสาธิตวิธีการหยุดตาไม่ถูกต้อง ร้อยละ 33.8 มีการสัมผัสบนเปลือกบริเวณปลายขวดยา ร้อยละ 28.8 นอกจากนี้ มีความลำบากในการถือขวดยา ไม่สะดวกในการใช้มือ ขาดความเชื่อมั่นในการหยุด

ตา ขาดความแม่นยำในการหยอดตาให้ตรงดวงตา จำนวนหยดในการปีบยาแต่ละครั้งมากกว่าหนึ่งหยด ขาดการกดบริเวณหัวตาหลังจากการหยอดตา และการลืมหยอดตา (Taylor et al., 2002; Balkrishnan et al., 2003; Ritch et al., 2003; Tsai, Robin, & Smith, 2007; Dietlein et al., 2008; Olthoff et al., 2009; Sleath et al., 2009; Stone et al., 2009; Hennessy et al., 2010)

1.4.10 ด้านแผนการรักษา โรคต้อหินเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หายมีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรของพยาธิสภาพของขั้วประสาทตา รวมกับการสูญเสียลานสายตา โดยการดำเนินโรคจะเป็นไปอย่างช้าๆ ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับระยะของโรค การรักษาจะต้องหยอดตา/รับประทานยาและต้องปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง เมื่อต้องปฏิบัตินาน ๆ ผู้ป่วยบางคนเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้กับการรักษาและเกิดความไม่ร่วมมือในการรักษาในที่สุด (Lee et al., 2005) ส่วนการศึกษาของ Kholdebarin et al. (2008) พบว่าผู้สูงอายุที่มีระยะเวลาการรักษาน้อยกว่า 5 ปี จะมีความร่วมมือในการรักษาไม่ดี นอกจากนี้ในกลุ่มผู้สูงอายุร้อยละ 82 ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรครวมกัน ต้องรับประทานหลายชนิด ส่งผลให้มีความร่วมมือในระดับต่ำ (Jansa et al., 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ Robin et al. (2007) พบว่าข้อกำหนด ปริมาณการใช้ยาที่ซับซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคต้อหินไม่ร่วมมือในการรักษา การให้ยารวันละครั้งช่วยเพิ่มระดับความร่วมมือในการรักษามากกว่า การให้ยารวันละสองชนิด สอดคล้องกับการศึกษาของ Djafari et al. (2009) พบว่าผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีจำนวนยาน้อยมีความร่วมมือในการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีการใช้ยาหลายชนิด ($p = .041$)

1.4.11 สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษา จากการศึกษาของ Piette, Heisler, and Wagner (2004) สัมผัสผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวน 660 ราย พบว่าผู้ป่วยไม่เคยถามแพทย์เกี่ยวกับการรักษา หรือได้รับการอธิบายเกี่ยวกับการรักษาจากแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Friedman et al. (2008) พบว่าแพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษา และถามคำถามหรือการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวน้อย ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคต้อหินไม่ร่วมมือในการรักษา ซึ่งความเชื่อถือ และความไว้วางใจในทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยกล้าสอบถามในสิ่งที่ เป็นข้อสงสัย ยอมบอกพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และการใช้ยาตามความเป็นจริง สัมพันธภาพที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีสุขภาพดีมีความใส่ใจในปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น และเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษา (Wane, 2003; Stewart, Konstas, and Pfeiffer, 2004; Herndon et al., 2006)

2.5 การประเมินความร่วมมือในการรักษา

การประเมินความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคไตคือ เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยในการประเมินผลการรักษา และปัญหาของผู้ป่วย วิธีการประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยมีหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีความถูกต้อง แม่นยำ ข้อดี และข้อเสียแตกต่างกัน และยังไม่มียุติวิธีใดที่ถือว่าเป็นมาตรฐานในการวัดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย การเลือกวิธีการวัดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายจะช่วยให้การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยถูกต้อง และใกล้เคียงความเป็นจริงที่สุด นอกจากนี้ควรเลือกใช้หลายๆวิธีร่วมกัน เพื่อช่วยยืนยันผล เพิ่มความถูกต้อง แม่นยำและความน่าเชื่อถือ วิธีการวัด ความร่วมมือในการใช้ยาแบ่งออกได้ดังนี้ (Schlenk, Jacob, and Engberg, 2004; Osterberg and Blaschke, 2005)

2.5.1 วิธีวัดโดยตรง (Direct methods) เป็นการวัดระดับยา หรือปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับโดยตรง เป็นการตรวจวัดทางเคมี ซึ่งค่าที่ได้มีความแน่นอน แบ่งออกเป็น

2.5.1.1 วิธีวัดระดับยาในเลือด (Blood level monitoring) และการวัดปริมาณของยาในปัสสาวะ (Measurement of urinary excretion) เพื่อตรวจวัดระดับความเข้มข้นของยา หรือเมตาบอไลต์ของยาในเลือดหรือในปัสสาวะและในปัสสาวะ ซึ่งจะบ่งบอกถึงขนาดของยาที่ผู้ป่วยได้รับเข้าไปเมื่อถึงระดับยาคงที่ในเลือดและในปัสสาวะ ข้อจำกัดของวิธีนี้ คือ ยาแต่ละชนิดที่ใช้ในผู้ป่วยแต่ละคน มีค่าของตัวแปรทางเภสัชจลนศาสตร์ที่แตกต่างกัน เป็นวิธีที่ยุ่งยากและไม่สะดวกในการเก็บตัวอย่าง ไม่สามารถสืบหาเวลาที่แน่นอนในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ ค่าใช้จ่ายในการตรวจค่อนข้างสูง (ปิยพร สุวรรณโชติ, 2543) ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยา carbonic anhydrase inhibitor การเจาะเลือดเพื่อหาค่าระดับ serum carbon dioxide (CO_2) $\text{CO}_2 \leq 20 \text{ mEq/L}$ หมายถึงให้ความร่วมมือ $\text{CO}_2 \geq 25 \text{ mEq/L}$ ไม่ร่วมมือในการรักษา และ $20 \text{ mEq/L} < \text{CO}_2 < 25 \text{ mEq/L}$ ให้ความร่วมมือบางส่วน (Alward and Wilensky, 1973 cited in Schwartz and Quigley, 2008)

2.5.2 วิธีการโดยอ้อม (Indirect methods) ประเมินได้จากการหาข้อมูลวิธีการต่างๆ จากผู้ป่วยหรือผู้ใกล้ชิด แล้วนำมาประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย วิธีนี้แบ่งออกเป็น 5 วิธีใหญ่ๆ คือ

2.5.2.1 การให้ผู้ป่วยรายงานผลด้วยตนเอง (Patient self-report) เป็นการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา โดยใช้การซักถามผู้ป่วยถึงการรับประทานยา เป็นวิธีที่นิยมใช้เนื่องจาก ทำได้ง่ายและสะดวกต่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน ค่าใช้จ่ายน้อย และทำให้ทราบเหตุผลของการไม่ให้ความร่วมมือ แต่มีข้อเสียคืออาจขาดความแม่นยำ และผลการประเมินที่ได้นั้น อาจสูงเกินความเป็นจริงได้ การดำเนินการวัดด้วยวิธีนี้สามารถทำได้หลายวิธี เช่น

1) การให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามการใช้จ่ายยา (Patient - completed Questionnaires) แบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบ ประกอบด้วยคำถามหลายๆลักษณะ เพื่อให้ครอบคลุมพฤติกรรมกรการใช้จ่ายยาของผู้ป่วย และสามารถประเมินความร่วมมือในการใช้จ่ายยาของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง วิธีนี้ใช้ได้ดีกับผู้ป่วยที่มีเวลาว่างเพียงพอ และผู้ป่วยรายนั้นสามารถอ่านหนังสือได้ และมีสายตาที่ดี ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ให้คำจำกัดความของความไม่ร่วมมือในการรักษานั้นๆ

2) การให้ผู้ป่วยบันทึกเวลาการใช้จ่ายยาโดยการจัดทำตารางบันทึกเวลาใช้ยา (Medication Reminder Card) ใช้ได้ดีกับผู้ป่วยที่มีแนวโน้มให้ความร่วมมือดี หรือมีความสนใจ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้บันทึกด้วยตนเอง เมื่อผู้ป่วยใช้ยาตัวใดก็ให้ลงเวลาที่ใช้ในช่องที่กำหนดตามความเป็นจริง วิธีนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยจดจำเวลาที่ใช้จ่ายยาได้อย่างแม่นยำ และยังช่วยตรวจสอบว่าการตอบข้อมูลเป็นจริงหรือไม่ โดยพิจารณาจากการตอบข้อมูลของผู้ป่วย เช่น ถ้าผู้ป่วย ลงเวลาใช้ยาทุกวันเป็นเวลาเดียวกัน ก็พอสรุปได้ในเบื้องต้นว่า ผู้ป่วยไม่ได้ตอบข้อมูลตามจริง ข้อเสียของวิธีนี้คือ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่สะดวกที่จะลงรายละเอียดทุกๆวัน มีข้อจำกัดในผู้ป่วยที่สายตาไม่ดี มีการรับรู้ที่ไม่ดี และหากใช้วิธีนี้ต่อเนื่องเป็นเวลานาน ผู้ป่วยอาจปฏิเสธการลงข้อมูลได้

3) การสัมภาษณ์โดยตรง (Face-to-face interview) อาจสัมภาษณ์จากผู้ป่วยหรือญาติเป็นวิธีที่ง่ายและสะดวก ซึ่งการตั้งคำถามจะเน้นคำถามเชิงปริมาณ ควบคู่กับการถามคำถามเชิงคุณภาพ การถามคำถามเชิงปริมาณ คือ การใช้คำถามถามผู้ป่วยเพื่อวัดจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยขาดการรับประทานยา ในช่วงเวลาที่ผ่านไป และนำมาคำนวณหาค่าร้อยละของความร่วมมือในการใช้จ่ายยาได้ ส่วนการถามคำถามเชิงคุณภาพคือ การถามเพื่อตรวจสอบสาเหตุ หรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแล้วส่งผลกระทบต่อการใช้ยา

4) การคำนวณอัตราความร่วมมือในการรักษาจากข้อมูลการบันทึกการใช้ยาหยุดตาของผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่ไม่ได้รับการหยุดตาในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา และจำนวนยาที่ได้รับตามคำสั่งการหยุดตาในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ถ้า < 100 % แสดงว่าไม่ร่วมมือในการรักษา (Sleath et al., 2009)

อัตราความร่วมมือ = $[(\text{จำนวนครั้งที่ไม่ได้รับการหยุดตา/จำนวนยาที่ได้รับตามคำสั่ง} - 1) \times 100]$

2.5.2.2 วิธีนับเม็ดยา (Pill counts) เป็นการนับเม็ดยาที่เหลืออยู่ และคำนวณว่ายาที่หายไปตรงกับจำนวนที่แพทย์สั่งให้ใช้ หรือไม่วิธีนี้ต้องทำโดยไม่ให้ผู้ป่วยรู้ตัวว่ามีการนับจำนวนเม็ดยา เพราะผู้ป่วยอาจทิ้งยาบางส่วนไปเมื่อลืมรับประทานยา วิธีนี้มีข้อจำกัด คือไม่สามารถบอกได้ว่า ยาที่ใช้ไปนั้นมีการใช้ที่ถูกวิธี ถูกเวลาหรือไม่

2.5.2.3 การวัดผลการรักษา และอาการข้างเคียงที่แสดงออก (Outcome of

Therapy and side effects) เป็นวิธีที่แพทย์ใช้ติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยเพื่อประเมินความร่วมมือในการรักษา โดยดูจากค่าพารามิเตอร์ต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น ระดับความดันโลหิต การตรวจซีวประสาทตา และลานสายตาของผู้ป่วยโรคต้อหิน เป็นระยะๆ ได้แก่ ระยะ 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง จึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ยาอย่างถูกวิธี และมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ (อังคณา เมธีไตรรัตน์ และรจิต ตูจจินดา, 2550) นอกจากนี้พิจารณาจากอาการข้างเคียงที่แสดงออก ซึ่งมีข้อจำกัด คือผลที่ได้นั้นอาจเกิดจากผู้ป่วยใช้ยาชนิดอื่นร่วมด้วย

2.5.2.4 การใช้การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์บันทึกการเปิดฝาขวด (Medication event monitoring System ; MEMS) หรือ อุปกรณ์ทางคอมพิวเตอร์ช่วยติดตาม (Computerized compliance monitors) วิธีนี้มีข้อจำกัด คือ อุปกรณ์เหล่านี้มีราคาแพง การเปิดฝาภาชนะบรรจุทุกครั้งอาจไม่ได้เกิดจากการใช้ยาที่ได้ หรือเครื่องเกิดการบันทึกผิดพลาด ส่งผลให้ข้อมูลมีความคลาดเคลื่อน (Okeke et al., 2009)

2.5.2.5 การวัดจากพฤติกรรมของผู้ป่วย เป็นการประเมินจากพฤติกรรมที่ผ่านมาของผู้ป่วย เช่น การให้ความร่วมมือในการรักษามากน้อยเพียงใด การมารับยา และการมาตรวจตามที่แพทย์นัด ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคต้อหิน มากกว่าร้อยละ 90 ล้มเลิกการรักษาในช่วงภายใน 1 ปีแรกของการรักษา และน้อยกว่าร้อยละ 60 มีการรับยาโรคต้อหินอย่างต่อเนื่อง (Friedman et al., 2007; Nordstrom et al., 2005) อย่างไรก็ตามการที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด ก็ไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าผู้ป่วยจะสามารถใช้ยาได้ถูกต้อง แต่อาจจะคาดได้ว่าผู้ป่วยที่ไม่มาพบแพทย์ตามนัด น่าจะเป็นผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้ (Reardon, Schwartz, and Mozaffari, 2004; Schwartz et al., 2007; Friedman et al., 2008)

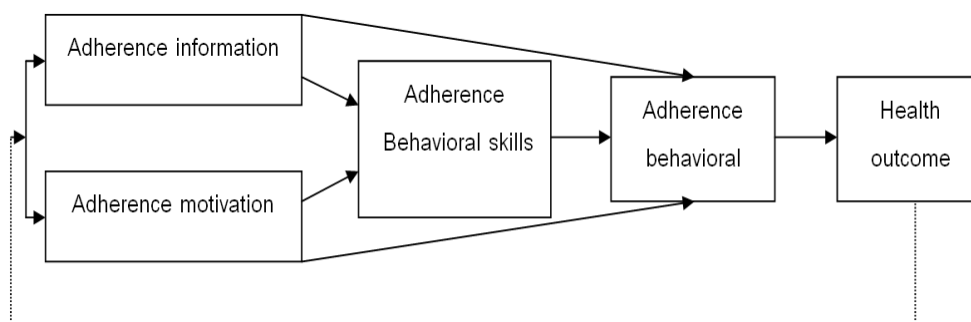
2.5.2.6 การประเมินของแพทย์ กล่าวคือแพทย์มักมีแนวโน้มว่าจะประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงเกินไป โดยคาดว่าผู้ป่วยจะเชื่อ และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (Quigley, Friedman, and Hahn, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ Okeke et al. (2009) พบว่า การทำนายความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคต้อหินโดยแพทย์ไม่มีความสัมพันธ์กับการบันทึกด้วยเครื่องติดตามคอมพิวเตอร์ เนื่องจากแพทย์ไม่สามารถประเมินความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย นอกจากนั้นการบันทึกข้อมูลของแพทย์ในแฟ้มประวัติการรักษาของผู้ป่วย อาจละเอียดไม่เพียงพอในการประเมินความร่วมมือในการรักษา และใช้เวลาในการพูดคุยกับผู้ป่วยน้อย ทำให้ได้รับข้อมูลปัญหาในการใช้ยาจากผู้ป่วยได้ไม่ครอบคลุม (Budenz, 2009)

2.5.2.7 การตรวจสอบความสม่ำเสมอของการมาตรวจรับยาตามนัด (Review of pharmacy records) ข้อมูลนี้ได้จากเวชระเบียนของผู้ป่วย เป็นวิธีที่ง่าย สะดวก และค่าใช้จ่ายต่ำ แต่อาจไม่ได้แสดงว่าผู้ป่วยปฏิบัติตามแพทย์สั่ง และไม่ได้แสดงถึงพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย

3.แนวคิดแบบแผนให้ข้อมูล-การสร้างแรงจูงใจ-การพัฒนาทักษะสำหรับความร่วมมือในการรักษา (An Information-Motivation-Behavioral Skills model of Adherence)

แบบแผนการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ (Information-Motivation-Behavioral Skills model) มีพื้นฐานจากการสร้างมโนคติทางสังคมจิตวิทยา ซึ่งเป็นปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในการปฏิบัติ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ แบบแผนมีต้นกำเนิดจากการศึกษาด้านสังคมจิตวิทยาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคเอดส์ และพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ การพัฒนาแนวคิดโดยการทบทวน วิเคราะห์ และผสมผสานแนวคิดทฤษฎี ด้านสังคมจิตวิทยา ได้แก่ ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of reasoned action) ของ Fishbein and Ajzen (1975) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) ของ Bandura (1989) และแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Hochbaum (1958) ซึ่งเกี่ยวข้องกับ การพิจารณาเหตุผลของการปฏิบัติพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ประโยชน์ของการสร้างแรงจูงใจในการให้ความร่วมมือในการรักษา เป็นการอธิบายถึงทัศนคติของแต่ละบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา และเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ในการกระทำพฤติกรรมความร่วมมือ โดยแบบแผนนี้แสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการสร้างแรงจูงใจความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์/อุปสรรคของความร่วมมือในการรักษา ซึ่งส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และบรรทัดฐานในกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษา นอกจากนี้การพัฒนาทักษะที่เฉพาะเจาะจงกับการกระทำพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา รวมไปถึงการควบคุมพฤติกรรมเดิมๆของบุคคลนั้นด้วย ซึ่งการพัฒนาทักษะขึ้นอยู่กับความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาให้สำเร็จของแต่ละบุคคล เช่นเดียวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคล จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการกระทำ (Bandura, 1989 cited in Fisher et al., 2003)

แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะความร่วมมือในการรักษา (Fisher et al., 2003) กล่าวคือ เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และความร่วมมือในการรักษาของบุคคล เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตามข้อกำหนดการใช้ยา มีลักษณะเฉพาะตัว โดยสัมพันธ์กับการให้ข้อมูล (Information) การสร้างแรงจูงใจ (Motivation) และการพัฒนาทักษะ (Behavioral Skills)



แผนภูมิที่ 1 An Information-Motivation-Behavioral Skills Model of Adherence

แหล่งที่มา Fisher, Fisher & Harman, (2003)

รูปแบบของ Information-Motivation-Behavioral Skills model ที่แสดงในรูปที่ 1 เป็นการแสดงรูปแบบของการให้ข้อมูลที่มีลักษณะเฉพาะกับความร่วมมือในการรักษา (Adherence information) ร่วมกับการสร้างแรงจูงใจความร่วมมือในการรักษา (Adherence motivation) นำมาสู่การพัฒนาทักษะความร่วมมือในการรักษา (Adherence behavioral skills) ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือ (Adherence behavioral) ซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health outcome) อย่างไรก็ตามเมื่อมีการพัฒนาทักษะจนเกิดความชำนาญ หรือไม่ยุ่งยากลำบากในการปฏิบัติ การให้ข้อมูล และการเสริมแรงจูงใจก็สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาได้ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล โดยแนวคิดของการให้ข้อมูลและการสร้างแรงจูงใจที่ฝังรากลึกพอ จะส่งเสริมให้เกิดผลคือการพัฒนาทักษะในการให้ความร่วมมือในการรักษา และรักษาพฤติกรรมนั้นไว้ให้คงอยู่ตลอดไป นอกจากนี้การให้ข้อมูลและการสร้างแรงจูงใจในการให้ความร่วมมือในการรักษา เป็นการส่งผลโดยตรงต่อการพัฒนาทักษะ ในขณะที่การฝึกทักษะที่ยุ่งยาก ซับซ้อน อาจไม่จำเป็นต่อความร่วมมือในการรักษา ดังเช่นการให้ข้อมูลที่ฝังรากลึกพอ จะส่งผลโดยตรงต่อการปฏิบัติ ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความรู้สึกต้องการปฏิบัติ การสร้างแรงจูงใจก็เช่นเดียวกัน เป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อการกระทำพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา เช่น การสร้างแรงจูงใจที่ฝังลึกพอจะช่วยให้บุคคลเกิดพฤติกรรมในขณะที่การฝึกทักษะมีความซับซ้อนยุ่งยาก กรอบแนวคิดพื้นฐานมีลักษณะทั่วไปและเป็นแบบแผนที่ง่าย ไม่สลับซับซ้อน ประกอบด้วย

1) การให้ข้อมูล (Information) เป็นสิ่งจำเป็นประการแรกสำหรับความร่วมมือในการรักษา ได้แก่การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค ประโยชน์ของการใช้ยา วิธีการใช้ยาตามข้อกำหนด อาการข้างเคียงและปฏิกิริยาจากยา ระดับของความร่วมมือที่เหมาะสม ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงของความไม่ร่วมมือ ประโยชน์/อุปสรรคของความร่วมมือในการรักษา และกลวิธีในการบริหารจัดการ

เพื่อให้การรักษาประสบผลสำเร็จ การให้ข้อมูลเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการเรียนรู้ เน้นการจำและการระลึกได้ถึงข้อมูล เกิดการรับรู้ถึงอันตรายของการไม่ร่วมมือในการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ และตัดสินใจให้ความร่วมมือในการรักษา

2) การสร้างแรงจูงใจเพื่อนำไปสู่ความร่วมมือในการรักษา (Motivation) ประกอบด้วยแรงจูงใจส่วนบุคคล (Personal Motivation) เกิดจากทัศนคติของบุคคลต่อความร่วมมือในการรักษา การรับรู้ความเสี่ยงของการไม่ร่วมมือในการรักษา การรับรู้ประโยชน์/อุปสรรคของความร่วมมือในการรักษา โดยประเมินได้จากพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และความเต็มใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้การเน้นให้เห็นความสำคัญ และสร้างความมั่นใจ พบว่าช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา ส่วนแรงจูงใจทางสังคม (Social Motivation) เกิดจากการรับรู้แรงผลักดันของสังคม ในบรรทัดฐานของบุคคลหรือกลุ่มคน ที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมความร่วมมือ รับรู้ถึงความสำคัญของการสนับสนุนจากบุคคล และหน่วยงานต่างๆ ซึ่งการสร้างแรงจูงใจจะช่วยให้เกิดทัศนคติ สร้างความเชื่อมั่นที่จะแก้ไขปัญหา และคิดพิจารณาเหตุผลของการปฏิบัติพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

3) การพัฒนาทักษะ (Behavioral Skills) ในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุถึงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ประกอบด้วย การรับยาที่เหมาะสมทั้งเวลา วิธีการ และการเก็บรักษาให้เหมาะสมกับชีวิตประจำวัน การหลีกเลี่ยงหรือลดอาการข้างเคียงจากยา และปฏิกิริยาจากยา การได้รับความรู้ที่ทันสมัยอย่างต่อเนื่อง และการเสริมกำลังให้กับตนเอง (Self-reinforcement) ซึ่งเป็นความสามารถส่วนบุคคลที่จะกระทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อบรรลุพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า แบบแผนการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ ตามแนวคิดของ Fisher et al. (2003) ซึ่งประกอบด้วย การให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ สามารถส่งเสริมให้บุคคลมีการกระทำพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ดังเช่นจากการศึกษาของ Zarani et al. (2010) ศึกษาผลของ IMB model ในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเส้นเลือด (CABG) และประเมินความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางจิตสังคมในการให้ความร่วมมือในการรักษา พบว่ากลุ่มทดลองให้ความร่วมมือในการรักษามากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Osborn et al. (2010) ศึกษาผลของการให้การบำบัดที่ทันสมัย ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการใช้ IMB model เป็นกรอบแนวคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความสามารถในการอ่านฉลากอาหาร และมีความร่วมมือในการควบคุมอาหารมากกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำแบบแผนการให้

ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะของ Fisher et al. (2003) มาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต้อหินให้สามารถดูแลตนเอง ให้ความร่วมมือในการรักษาได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้การรักษาดำเนินไปด้วยความราบรื่น ไม่มีอุปสรรค และไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติและมีความสุข

4. บทบาทพยาบาลในการดูแลและการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาผู้สูงอายุโรคต้อหิน

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ข้อมูลความรู้ในการให้ความร่วมมือในการรักษา สร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะในการกระทำพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคต้อหิน อาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา ประโยชน์ในการใช้ยาหยอดตา ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์/อุปสรรคของความร่วมมือในการรักษา การปฏิบัติตัวเพื่อให้ความร่วมมือในการรักษา และข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาหยอดตาที่ถูกต้อง การสร้างแรงจูงใจให้เกิดความตระหนักในการกระทำพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาทั้งในแรงจูงใจส่วนบุคคล และแรงจูงใจทางสังคม จากนั้นจึงฝึกให้เกิดการพัฒนาทักษะในการใช้ยาหยอดตาซึ่งบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ดังนี้คือ (วลัยพร นันทศุภวัฒน์, 2551; เบญจมาศ รอดแผ้วพาล, 2552)

1. บทบาทของการเป็นผู้ให้ความรู้ (Health educator) โดยการให้ความรู้ที่มีหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการมาใช้เพื่อให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุโรคต้อหิน ด้วยวิธีการสอนทั้งแบบเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ในเรื่องโรคต้อหิน อาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาประโยชน์ในการใช้ยาหยอดตา ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์/อุปสรรคของความร่วมมือในการรักษา การปฏิบัติตัวเพื่อให้ความร่วมมือในการรักษา และข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาหยอดตาที่ถูกต้องทั้งขนาด จำนวน เวลา และวิธี กลวิธีไม่ให้ลืมหยอดตา การให้ข้อมูลเพื่อช่วยให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการเรียนรู้ที่เน้นถึงการจำและระลึกถึงข้อมูลความรู้ เกิดการรับรู้ และตัดสินใจให้ความร่วมมือในการรักษา

2. บทบาทของผู้แนะนำหรือผู้ให้บริการคำปรึกษา (Counselor) ในการบริการให้คำปรึกษาหรือการแนะแนว พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาต้องทำหน้าที่เป็นแหล่งประโยชน์ หรือแหล่งข้อมูลในการประกอบการตัดสินใจในการให้ความร่วมมือในการรักษาให้แก่ผู้สูงอายุโรคต้อหินและญาติ ซึ่งการให้คำปรึกษานั้นหมายรวมถึงสุขภาพ ร่างกาย จิตใจ และอื่น ๆ

3. บทบาทของการเป็นที่ปรึกษา (Consultant) บทบาทหนึ่งของพยาบาลคือ เป็นผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับงานส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชน เพื่อลดภาระการดูแลผู้ป่วยโรคต้อหินในสถานพยาบาล ดังนั้นพยาบาลต้องสามารถเป็นที่ปรึกษาหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมความ

ร่วมมือในการรักษาแก่สมาชิกที่มีสุขภาพอื่นๆได้

4. บทบาทของผู้ประสานงาน (Co-ordinator) การดูแลสุขภาพในชุมชน เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะระบบการให้บริการสุขภาพในปัจจุบันนี้ ได้เน้นการปรับเปลี่ยนมาให้บริการเชิงรุกมากขึ้น ดังนั้น พยาบาลผู้ปฏิบัติต้องมีความสามารถในการประสานงานกับหน่วยงานที่รับผิดชอบ หรือทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ความจำเป็นต้องทราบข้อมูลการบริการด้านสุขภาพที่มีอยู่ และหน่วยงานต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุสามารถขอความช่วยเหลือได้ เพื่อจะได้ประสานงานติดต่อขอความช่วยเหลือ และการบริการส่งต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. การทำวิจัย การทำวิจัยจะเป็นการทำให้เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพทราบถึงปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุ หรือปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาองค์ความรู้ ยกกระดับมาตรฐานในการให้บริการต่อไป เช่น การนำโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาไปประยุกต์ใช้

6. การจัดการในการดูแล พยาบาลควรทำหน้าที่บริหารจัดการในด้านการบริการทางสุขภาพต่อประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบได้ รวมถึงการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อใช้ความรู้ความเชี่ยวชาญในวิชาชีพร่วมมือในการประเมินปัญหา หาแนวทางในการแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุที่ครอบคลุม

7. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในการบริหารจัดการด้านการให้บริการทางสุขภาพ จะมุ่งเน้นในรายบุคคล เนื่องจากแต่ละคนจะมีปัญหาทางด้านสุขภาพ และมีข้อจำกัดแตกต่างกัน พยาบาลต้องประเมินปัญหาพร้อมทั้งวางแผนเพื่อตอบสนองในการแก้ปัญหา หากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดที่ดูแลตนเองไม่ได้ พยาบาลอาจต้องช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเอง หรือดึงญาติเข้ามามีส่วนร่วม

8. เป็นผู้มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ โดยเป็นผู้ริเริ่มในการทำกิจกรรมและโครงการต่าง ๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับส่งเสริมสุขภาพตา และป้องกันโรคทางตาในผู้สูงอายุ เช่น การทำกลุ่มสนับสนุนทั้งในผู้สูงอายุซึ่งป่วยด้วยโรคที่เหมือนกัน และญาติที่ประสบปัญหาที่คล้ายคลึงกัน เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ และช่วยลดภาวะตั้งเครียดจากอาการของโรคและปัญหาในการดูแล

5.โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ (The Information-Motivation-Behavioral skills Model of Adherence) ของ Fisher et al. (2003)

มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่เหมาะสมประกอบด้วย

1. การให้ข้อมูล (Information) เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคต่อหิน ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน อาการ การรักษา การควบคุมโรคต่อหิน ประโยชน์ในการใช้ยาหยอดตา อาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา ข้อปฏิบัติในการหยอดตาและการปฏิบัติตัวในการให้ความร่วมมือในการรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์/อุปสรรคของความร่วมมือในการรักษา (เบญจมาศ รอดแผ้วพาล, 2552; Juzych et al., 2008; Curtis et al., 2009; Sathyamangalam et al., 2009; Gray et al., 2010; Soroka et al., 2010) โดยการสอนเป็นรายกลุ่ม ประกอบสไลด์ โดยมีเนื้อหาที่กระชับ เฉพาะเจาะจง เข้าใจง่าย ไม่มากจนเกินไป และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถาม และประเมินการรับรู้ของผู้สูงอายุเป็นระยะ และแจกรุ่นคู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคต่อหิน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ถูกต้อง เกิดการเรียนรู้ รับรู้ถึงอันตรายของโรคต่อหิน และร่วมตัดสินใจปฏิบัติ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาถูกต้อง

2. การสร้างแรงจูงใจความร่วมมือในการรักษา (Motivation) โดยการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคต่อหินร่วมอภิปราย แสดงความรู้สึก ความคิดเห็น ทศนคติ/ความเชื่อ เพื่อประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา ร่วมกับการให้แรงเสริมอย่างเหมาะสม และช่วยส่งเสริมสนับสนุน ให้คำปรึกษาร่วมกับผู้สูงอายุในการวางแผน สร้างความตั้งใจเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการปรับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาให้ถูกต้องเหมาะสม โดยผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญและมีความมั่นใจในการปฏิบัติ สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ ด้วยการให้คำพูดที่นุ่มนวล ให้เกียรติผู้สูงอายุ กล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจผู้สูงอายุ พร้อมทั้งกระตุ้นกลุ่มเพื่อน และครอบครัวเป็นแหล่งให้การสนับสนุนด้วย รวมทั้งการติดตามทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุในการปฏิบัติความร่วมมือในการรักษา ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา เกิดความเชื่อมั่นที่จะแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง และมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา (Fisher et al., 2003) รวมทั้งการสนับสนุน “ปฏิทินบันทึกตารางการใช้ยา” และ “อุปกรณ์ช่วยหยอดตา” เป็นตัวช่วยเตือนการใช้ยาหยอดตา และช่วยในการบริหารยาของผู้สูงอายุโรคต่อหิน (Salyani and Birt, 2005) ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา

3. การพัฒนาทักษะ (Behavioral Skills) โดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติ ด้วยวิธีการที่เหมาะสม แนะนำให้ผู้สูงอายุฝึกทักษะการทบทวนชื่อยา หรือลักษณะฝาจุกขวดยา พร้อมบอกถึงเวลา และปริมาณการใช้ในแต่ละวัน เพื่อเป็นการทบทวนความเข้าใจในการใช้ยา พร้อมทั้งฝึกการใช้ยาหยอดตา โดยผู้วิจัยสาธิตให้ดูเป็นตัวอย่างให้ผู้สูงอายุฝึกตาม ผู้วิจัยทำการ

ประเมินว่าสามารถทำได้อย่างถูกต้อง ผู้วิจัยประเมินถึงความเข้าใจ และความสามารถในการฝึก การปฏิบัติ ในกิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติยังไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจะให้การชี้แนะ และแก้ไขจนผู้สูงอายุ สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการปฏิบัติรวมถึงมีความมั่นใจ และเต็มใจ ที่จะให้ความร่วมมือในการรักษา ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมี พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยได้จัดโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนา ทักษะในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา โดยมุ่งเน้นการให้ผู้สูงอายุโรคต่อหีนมีความรู้ใน เนื้อหาตามแผนการสอนร่วมกับการฝึกทักษะการปฏิบัติ เพื่อมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา โดยการใช้วิธีการสอน เป็นรายกลุ่ม และให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยใช้สื่อสไลด์และคู่มือประกอบการ เรียนการสอน มีการสาธิต และการฝึกปฏิบัติรายบุคคล ผ่านการชี้แนะ แก้ไข ภายใต้การสนับสนุน ชมเชย ให้กำลังใจ ด้วยท่าที่เป็นมิตร ใช้น้ำเสียงอ่อนโยน ให้เกียรติผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมให้มี บรรยากาศที่ผ่อนคลาย เป็นกันเอง อนุญาตให้ญาติหรือบุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วม เปิดโอกาส ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการวางแผน และกำหนดเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีข้อมูล มี แรงจูงใจ มีการพัฒนาทักษะ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่ถูกต้อง

4. การติดตามและการประเมินผล ภายใต้การสนับสนุนและแนะนำจากผู้วิจัย ซึ่ง ประกอบด้วย การติดตามทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน เพื่อกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ ส่งเสริม แรงจูงใจ และติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติ โดยการพูดคุย สอบถามถึงปัญหาหรืออุปสรรค ที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาหยอดตา พร้อมทั้งวางแผนในการแก้ปัญหาพร้อมกัน และให้ความรู้เพิ่มเติม ตามความต้องการของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังเป็นการเตือนผู้ป่วยถึงการให้ยาหยอดตา อย่าง ถูกต้อง และสม่ำเสมอ ซึ่งการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์เป็นการให้คำแนะนำ สนับสนุนให้ผู้ป่วย มีการดูแลตนเองและส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยในด้าน การทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และสังคม (Shu, Mermina, and Nystrom, 1996) และการให้ ความรู้ผ่านโทรศัพท์เป็นวิธีการหนึ่งซึ่งน่าจะมีประโยชน์ เพราะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องเดินทางมาโรงพยาบาล (นงเยาว์ ภูริวัฒนกุล, วิลาวรรณ ทิพย์มงคล และ กาญจนา วงษ์เลี้ยง, 2550)

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาที่นำแนวคิด The Information-Motivation-Behavioral skills Model และ แนวคิดความร่วมมือในการรักษามาประยุกต์

สุจินดา ริมศรีทองและคณะ (2536) ได้ทำการศึกษาความรู้และความร่วมมือในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคต่อหีน ที่มารับการรักษาที่คลินิกต่อหีน หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกจักษุโรงพยาบาลรามาธิบดี ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหีนอยู่ในระดับปานกลาง ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและหยอดยา พบว่า มีความสม่ำเสมอร้อยละ 83.3 เนื่องจากได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลร้อยละ 36.4 และรองลงมาคือ กลัวตาบอดร้อยละ 31.1 มีผู้ป่วยใช้ยาไม่สม่ำเสมอร้อยละ 16.7 ซึ่งมีสาเหตุจากการลืมมากที่สุดร้อยละ 32.4

นภาพร พรหมคำชาว (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดเรื้อรัง โดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอด การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดเรื้อรัง

นวรรตน์ สมเพชร ชิดชนก เรือนก้อน และอัญชลี เพิ่มสุวรรณ (2549) ศึกษาผลการเตือนทางโทรศัพท์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จำนวน 62 คน กลุ่มทดลองได้รับการเตือนทางโทรศัพท์จำนวน 4 ครั้ง ในช่วงเวลา 2 เดือน กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการเตือนทางโทรศัพท์ พบว่าระดับความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เบญจมาศ รอดแผ้วพาล (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต่อหีน จำนวน 150 ราย พบว่า ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

อาริยา ชัยยศ (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะในการป้องกันโรคเอดส์ต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของพนักงานบริการชายรักชาย โดยใช้แนวคิด IMB model เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของพนักงานบริการชายรักชาย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มควบคุมได้รับความรู้ตามปกติกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะในการป้องกันโรคเอดส์จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 70 นาทีเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของพนักงานบริการชายรักชายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะในการป้องกันโรคเอดส์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของพนักงานบริการชายรักชายกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติ

Gurwitz et al. (1998) ศึกษาเกี่ยวกับความไม่ร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคต่อหิน โดยประเมินจากการใช้ยาตามการรักษา และการมาตรวจตามนัด พบว่า ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาร้อยละ 75 ไม่ร่วมมือร้อยละ 25 ซึ่งกลุ่มที่ทำการศึกษามากเป็นส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีปัญหาโรคทางตาอื่นๆ ร่วมด้วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ ลักษณะของโรค การรักษา และสัมพันธภาพระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

Ritch et al. (2003) ศึกษาเกี่ยวกับวิธีการหยอดตา เพื่อเพิ่มความถูกต้องแม่นยำในการหยอดตาด้วยตนเอง จำนวน 200 ราย โดยการให้ผู้ป่วยสาธิตวิธีการหยอดตาเมื่ออยู่ที่บ้านด้วยน้ำตาเทียม บันทึกเวลาในหยอดตาแต่ละหยด จำนวนหยดที่بيبจากขวด และตำแหน่งที่หยาดลงบนไบหน้าหรือดวงตา หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำและสาธิตการหยอดตาแต่ละขั้นตอน และฝึกปฏิบัติจนเกิดความชำนาญ หลังจากนั้นวัดซ้ำอีกครั้ง พบว่า ผู้ป่วยใช้เวลาในการหยอดตาน้อยลง อัตราเฉลี่ยจำนวนหยดที่بيبจากขวดลดลง ความถูกต้องแม่นยำของตำแหน่งที่หยาดลงบนไบหน้าเพิ่มขึ้น

Tsai (2003) ศึกษาถึงปัญหาอุปสรรคที่มีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการหยอดตา โดยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา หมายถึง การหยอดตา/รับประทานยา การมาตรวจตามนัด ทำการศึกษาโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัย 48 คน ตอบแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ให้เขียนบอกถึงเหตุการณ์ในแต่ละวันที่เป็นอุปสรรคต่อการหยอดตา แล้วนำคำตอบมาจัดแบ่งเข้าหมวดหมู่ตามปัจจัย 4 ด้าน คือ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย 2) ปัจจัยด้านการรักษา 3) ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ 4) ปัจจัยด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม

Olthoff et al. (2005) ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความร่วมมือในการใช้ยา คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน และความบ่อยครั้งของการใช้ยา การที่ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคต่อหิน ทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยาน้อย ดังนั้นการที่จะเพิ่มระดับความร่วมมือให้มากขึ้น จะต้องมีการปฏิบัติกิจกรรมในการเสริมโปรแกรมความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคต่อหิน พร้อมกับหาแนวทางในการที่จะลดปัญหาการลืมหยอดตา

Salyani and Birt (2005) ศึกษาผลของการใช้อุปกรณ์ช่วยหยอดตาในการใช้ยาหยอดตาโรคต่อหินโดยการสาธิต และให้ผู้ป่วยนำไปใช้ที่บ้าน จำนวน 114 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามก่อน และหลังการใช้อุปกรณ์ช่วยหยอดตา ระยะเวลา 1 สัปดาห์ พบว่า ร้อยละ 74 อุปกรณ์ช่วยหยอดตา ทำให้การหยอดตาง่าย และต้องการใช้ต่อไป ($p < .01$) ผู้ป่วยที่ต้องหยอดตาวันละหลายครั้ง มีความลำบากในการใช้อุปกรณ์ช่วยหยอดตา ($p < .05$) และหากต้องใช้ในการหยอดตาระยะยาว ผู้ป่วยไม่ต้องการใช้อุปกรณ์ช่วยหยอดตา ($p < .05$)

Sleath et al. (2006) ศึกษาพฤติกรรม และปัญหาที่ผู้ป่วยได้รับจากการใช้ยาหยอดตา พบว่า ผู้ป่วยมีความลำบากในการใช้ยาหยอดตาร้อยละ 44 การเว้นช่วงเวลาการใช้ยาหยอดตา แต่ละตัวห่างกันอย่างน้อย 3 นาทีร้อยละ 22 การอ่านฉลากบนขวดยาร้อยละ 18 การบีบขวดยาร้อยละ 14 และปัญหาความ จำในการใช้ยาร้อยละ 12

Starace et al. (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ของรูปแบบความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส (ART) จำนวน 100 ราย ด้วยการตอบแบบสอบถาม โดยการใช้ IMB model เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา พบว่า ข้อมูล แรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา โดยข้อมูลและแรงจูงใจ นำมาสู่ทักษะที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือ ซึ่งส่งผลต่อการริเริ่ม และการดำเนินต่อไปเพื่อให้เหมาะสมกับความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้ยาต้านไวรัส

Comman et al. (2007) ศึกษาถึงการนำ IMB Model มาประยุกต์ใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคนขับรถบรรทุก จำนวน 250 คน เก็บข้อมูลหลังจากนั้น 10 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพจากรูปแบบ IMB Model ช่วยสนับสนุนให้กลุ่มคนขับรถบรรทุกเกิดการรับรู้ต่อความเสี่ยงต่อการติดโรคเอดส์ เกิดความตระหนักต่อการป้องกันโรคเอดส์ มีทักษะในการป้องกันโรคเอดส์ และเพิ่มพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยสูงขึ้น โดยเฉพาะในคู่สมรส นอกจากนี้พบว่า มีการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นในหญิงนอกสมรสด้วยเช่นกัน สรุปได้ว่าการนำแนวคิดการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะมาใช้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มคนขับรถบรรทุกในประเทศอินเดียนั้นมีประสิทธิภาพ

Tsai (2007) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรค ต้อหินในการใช้ยาหยอดตา จำนวน 253 ราย พบว่า การบริหารยาหยอดตาอย่างถูกต้องจะส่งผล ให้การรักษาประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการบริหารยาหยอดตาเพียง 17 % เนื่องจากบกพร่องด้านการมองเห็น ขาดความคล่องแคล่ว ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการหยอดตา และไม่เคยล้างมือก่อนการหยอดตา

Friedman et al. (2008) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา จำนวน 300 ราย พบว่า การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคต้อหินอยู่ในระดับต่ำ ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าการมองเห็นลดลง ไม่เกี่ยวกับการไม่ใช้ยาหยอดตา มีอุปสรรคเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา ลำบากในการเดินทาง การไม่ยอมรับอาการระคายเคืองและตามัว และการไม่ได้รับการเยี่ยมทางโทรศัพท์ โดยการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ และความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ความเสี่ยงจากการไม่ใช้ยาสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการรักษา จึงควรเน้นให้ผู้ป่วย

เห็นความสำคัญของการใช้ยาหยอดตา แนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับการให้ความร่วมมือในการรักษา

Kholdebarin et al. (2008) ศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยต้อหินด้วยการตอบแบบสอบถาม จำนวน 500 คน โดยให้ความหมายของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา คือ การลืมหยอดยา 1 ครั้งภายใน 1 อาทิตย์ และหรือการไม่สามารถอธิบายการใช้ยาได้ พบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 72 ลืมหยอดยาร้อยละ 25.6 ไม่สามารถอธิบายการใช้ยาของตนเองได้ร้อยละ 4.2 หยอดผิดข้างร้อยละ 6.8 ทำปากขวดยาปนเปื้อนร้อยละ 28.8 แสดงการหยอดยาผิดวิธีร้อยละ 33.8 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถม และมีระยะเวลาการรักษาน้อยกว่า 5 ปี จะมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่ดี

Budenz (2009) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาโรคต้อหิน โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค และความสำคัญของการใช้ยา วิธีการใช้ยา แรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งจากครอบครัว และการตรวจเยี่ยมจากบุคลากรทางการแพทย์บ่อยครั้ง เป็นการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา

Okeke et al. (2009) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคต้อหิน กลุ่มทดลองได้รับความรู้โดยการดู VCD ทบทวนอุปสรรคในการใช้ยาหยอดตา และแก้ปัญหาพร้อมกัน ได้รับการเตือนทางโทรศัพท์ กลุ่มควบคุมได้รับการบรรยายเกี่ยวกับการใช้ยาหยอดตา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการใช้ยาเพิ่มขึ้น ($p < .001$) กลุ่มควบคุมอัตราความร่วมมือไม่เปลี่ยนแปลง ($p = .16$)

Sathyamangalam et al. (2009) ศึกษาปัจจัย และประเมินการรับรู้ ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน จำนวน 1926 ราย พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ และความรู้โรคต้อหิน ได้แก่ ระดับการศึกษา เพศ อายุ ศาสนา และประวัติการป่วยด้วยโรคต้อหินของบุคคลในครอบครัว ผู้ป่วยต้องการข้อมูลเพื่อป้องกันตาบอด

Gavani et al. (2010) ศึกษาผลของ IMB model ในการปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่า HbA_{1c} ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในประเทศอิหร่าน ผู้ป่วยจำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 16 ราย และกลุ่มควบคุม 14 ราย ทั้งสองกลุ่มได้รับการทำ pre-test ซึ่งน้ำหนัก และเจาะเลือดดูค่า HbA_{1c} กลุ่มทดลองได้รับ IMB model มีการสอบถามผู้ป่วยถึงปัญหาและอุปสรรคที่ได้รับหลังจากได้โปรแกรมไปแล้ว 18 วัน พร้อมบันทึกข้อมูล ติดตามผลการทดลองเมื่อครบ 2 เดือน ทั้งสองกลุ่มได้รับ post-test โดยการตอบแบบสอบถาม second diabetes self-care questionnaire (SDSC) ซึ่งน้ำหนัก และเจาะเลือดดูค่า HbA_{1c} ผลการศึกษาพบว่า การดูแลตนเอง การดูแลด้านอาหาร และด้านการออกกำลังกาย เพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลอง อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถลดระดับ HbA_{1c} ในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การลดน้ำหนักไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) การดูแลตนเองในการควบคุมน้ำตาล และการดูแลเท้า มากกว่ากลุ่มควบคุม

Hennessy et al. (2010) ศึกษาความสามารถในการบริหารยาหยอดตาในกลุ่มผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็น จำนวน 204 ราย พบว่า สามารถหยอดตาได้ตรงดวงตา 71% หยอดตาโดยไม่สัมผัสบริเวณผิวรอบดวงตา 39% โดยผู้ป่วยมีความลำบากในการใช้ยาหยอดตา การหยอดตาแต่ละครั้งใช้ยาหยอดตาหลายหยด และเป็นไปได้ที่จะมีการปนเปื้อนของขวดยา

Osborn et al. (2010) ศึกษาผลของการให้การบำบัดที่ทันสมัย ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเมืองเบอร์โตริคา ในกลุ่มทดลอง 11 ราย และกลุ่มควบคุม 16 ราย โดยการใช้ IMB model เป็นกรอบแนวคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การอ่านฉลากอาหาร ความร่วมมือในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมระดับน้ำตาล (HbA_{1c}) เมื่อครบ 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความสามารถในการอ่านฉลากอาหาร และมีความร่วมมือในการควบคุมอาหารมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) ระดับน้ำตาล (HbA_{1c}) ลดลงทั้งสองกลุ่ม แต่กลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .008$)

Soroka et al. (2010) ศึกษาลักษณะผู้ป่วยในกลุ่มโรคต้อหิน จำนวน 148 ราย พบว่าผู้ป่วยไม่ทราบถึงผลกระทบจากโรคต้อหินว่ามีผลต่อการมองเห็น ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา และส่งผลให้ผู้ป่วยมั่นใจในการรักษา บริหารยาได้อย่างสม่ำเสมอ

Zarani et al. (2010) ศึกษาผลของ IMB model ในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเส้นเลือด (CABG) และประเมินความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางจิตสังคมในการให้ความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยจำนวน 152 ราย กลุ่มทดลอง 75 ราย และกลุ่มควบคุม 77 ราย ในการประเมินผล เดือนที่ 1 และ 3 พบว่ากลุ่มทดลองให้ความร่วมมือในการรักษา มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมการปฏิบัติ โดยการใช้ IMB model เป็นพื้นฐานมีประสิทธิผล

Gupta et al. (2011) ศึกษาวิธีการหยอดตาในผู้ป่วยโรคต้อหิน จำนวน 70 ราย พบว่า เวลาที่ใช้ในการหยอดตา 14 วินาที จำนวนหยดที่เปียกจากขวด 1.8 หยด ยาหยอดบนเปลือกตา และใบหน้า 31.4 % ปลายขวดยาสัมผัสกับดวงตา 75.7 % หลับตาหลังจากหยอดยา 28.75 % กดบริเวณหัวตา 5.7 % และหยอดตาถูกวิธี 8.57% ผู้ป่วยโรคต้อหินหยอดตาไม่ถูกวิธี ซึ่งมีความสำคัญต่อความร่วมมือในการรักษาในการรักษาด้วยยาหยอดตา

Lunnela et al. (2011) ศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหิน ในประเทศฟินแลนด์ โดยใช้แบบสอบถามผู้ป่วยจำนวน 249 ราย พบว่า ความร่วมมือในการรักษาสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา และการมาตรวจตามนัด นอกจากนี้การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค ส่งผลให้มีความร่วมมือในการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่กล่าวมาทั้งหมด จะเห็นได้ว่าการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะมีความสำคัญต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหิน เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมของอวัยวะทุกระบบในร่างกาย ตลอดจนความเสื่อมจากการเจ็บป่วย ปัจจัยเหล่านี้เป็นอุปสรรคต่อการรับรู้ และปฏิบัติความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต่อหิน ทำให้ความร่วมมือในการรักษาลดลง พยาบาลมีบทบาทในการให้ข้อมูล สร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะความร่วมมือในการรักษา ให้แก่ผู้ป่วยเพื่อการปฏิบัติที่ถูกต้อง และกระตุ้นให้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ(The Information-Motivation-Behavioral skills Model) ของ Fisher et al. (2003)มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดการเรียนรู้ มีแนวทางปฏิบัติความร่วมมือในการรักษา อันเป็นพื้นฐานสู่ความสำเร็จ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคต่อหิน ข้อปฏิบัติในการให้ความร่วมมือในการรักษา และข้อปฏิบัติในการใช้ยาหยอดตา เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคต่อหินมีความเข้าใจ รับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของความร่วมมือในการรักษา นอกจากนี้ผู้วิจัยจัดกิจกรรมค้นหาแรงจูงใจส่วนบุคคลในการให้ความร่วมมือในการรักษา เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ แสดงความคิดเห็น ทศนคติ และเป้าหมายที่มีต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา พร้อมทั้งให้กลุ่มวางเป้าหมาย และตั้งปณิธานร่วมกันในการปฏิบัติตัว ผู้วิจัยใช้การกระตุ้นการปฏิบัติความร่วมมือในการรักษาโดยการติดตามทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุในการปฏิบัติ และให้บุคคลในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนด้วย มีการพัฒนาทักษะ โดยผู้วิจัยสาธิตการใช้ยาหยอดตาอย่างถูกวิธี แล้วให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติ โดยผู้วิจัยคอยช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจ มีความพึงพอใจเมื่อปฏิบัติได้สำเร็จ ส่งผลให้มีความตั้งใจในการให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีและความผาสุกของผู้สูงอายุต่อไป นอกจากนี้ยังเป็น การพัฒนารูปแบบและประสิทธิภาพของการให้ข้อ การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะความร่วมมือในการรักษาแก่ผู้สูงอายุโรคต่อหิน ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการที่จะพัฒนาวิชาชีพให้มีความก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest – Posttest control groups design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหิน โดยมีรูปแบบการวิจัย ดังนี้

O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง
O ₃		O ₄	กลุ่มควบคุม

โดย X หมายถึงโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ

O₁ หมายถึง ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ

O₂ หมายถึง ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ

O₃ หมายถึง ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O₄ หมายถึง ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคต้อหิน มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหิน รับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตภาคใต้ตอนบน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคต้อหิน มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย รับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหิน รักษาโดยการใช้ยาหยอดตา
2. ติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี ไม่มีความผิดปกติทางสมอง หรือข้อจำกัดด้านการได้ยิน
3. มีปัญหาใช้ยาไม่ต่อเนื่อง ได้แก่ ลืมใช้ยาหยอดตาโรคต้อหิน อย่างน้อย 1 ครั้ง /สัปดาห์

(Kholdebarin et al., 2008) และ/หรือ ไม่มาตรวจตามนัด อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี (Gurwitz et al., 1998)

4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power of test) โดยการกำหนดอำนาจการทดสอบที่ 80% ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 พบว่าใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 13 คน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ใช้กลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย ทั้งนี้เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าไค้ปกติ (Normality) และมีขนาดใหญ่พอในการทำวิจัย โดยจับคู่ (Matched pair) กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาโรคต่อหิน โดยในเพศชายมีลักษณะไม่ร่วมมือในการรักษาโรคต่อหินมากกว่าเพศหญิง (Konstas et al., 2000; Ashaye and Adeoye, 2008; Friedman et al., 2008) อายุแตกต่างกันไม่เกิน 10 ปี โดยพบว่าเมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นมีภาวะเสื่อมถอยด้านร่างกาย และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา (Murray et al., 2004; Windham et al., 2005; Tsai et al., 2007; Ashaye and Adeoye, 2008) ระยะเวลาของการเป็นโรคต่อหินแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี (Kholdebarin et al., 2008) และจำนวนของยาหยอดตาโรคต่อหินแตกต่างกันไม่เกิน 1 ชนิด เนื่องจากผู้ป่วยโรคต่อหินที่มีจำนวนยาน้อยมีความร่วมมือในการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีการใช้ยาหลายชนิด (Robin et al., 2007; Djafari et al., 2009)

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย
2. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุโรคต่อหิน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยตามรายชื่อที่แพทย์นัดตรวจ ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
3. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทำดังนี้ คือ เมื่อมีผู้ป่วยสูงอายุที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้มารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

3.1 สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยจากผู้ป่วยตามรายชื่อที่ได้

3.2 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งให้เวลาในการตัดสินใจ รวมทั้ง

เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยต่างๆ จากผู้วิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย จำนวน 5 ราย เนื่องจากต้องเดินทางไปอยู่กับบุตรที่ต่างจังหวัด 1 ราย ต้องเข้ารับการรักษาด้วยปัญหาสุขภาพอื่นตามแพทย์นัด จำนวน 2 ราย และมีอาการปวดตา 2 ราย ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่ม โดยดำเนินการตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใหม่จนครบ

4. ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุม เพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contaminate)

ระหว่างตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัยหรือเกิดความลำเอียง

5. ทำการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจนครบ 20 ราย หลังจากนั้นจึงดำเนินการในกลุ่มทดลองจนครบ 20 ราย โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ เป็นเพศเดียวกัน อายุแตกต่างกันไม่เกิน 10 ปี ระยะเวลาของการเป็นโรคต้อหินแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี และจำนวนของยาหยอดตาโรคต้อหินแตกต่างกันไม่เกิน 1 ชนิด ทั้ง 20 คู่เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยส่งโครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์เพื่อรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวทั้งในปัจจุบันและอนาคต ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ผู้สูงอายุโรคต้อหินที่เป็นกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยสิ้นสุดโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย และในระหว่างที่เข้าร่วมโครงการ หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอาการเวียนศีรษะ ปวดตา หรือรู้สึกไม่สบาย ผู้วิจัยจะยุติการกระทำ และส่งกลุ่มตัวอย่างพบแพทย์เพื่อรับการรักษาทันที ผู้สูงอายุที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยมอบเอกสารให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย โดยไม่มี การบังคับใดๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 1.2 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา

ชุดที่ 2 เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ ประกอบด้วย

2.1 คู่มือการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ

2.2 แผนการสอน และสื่อสไลด์ ประกอบด้วยแผนการสอน จำนวน 2 ชุด คือ

- 1) แผนการสอนชุดที่ 1 เรื่อง “โรคต่อหิน...ภัยเงียบ”
- 2) แผนการสอนชุดที่ 2 เรื่อง “ข้อปฏิบัติในการใช้ยาหยอดตา”

2.3 คู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคต่อหิน

2.4 ปฏิทินบันทึกตารางการหยอดตา

2.5 อุปกรณ์ช่วยหยอดตา

2.6 ตารางเวลาที่ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์ และแนวคำถามที่ใช้ในการติดตามทางโทรศัพท์

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

- 3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน
- 3.2 แบบวัดแรงจูงใจความร่วมมือในการรักษา
- 3.3 แบบประเมินทักษะการใช้ยาหยอดตา

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในบ้าน ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และจำนวนของยารักษาโรคต่อหิน ระยะเวลาของการเป็นโรคต่อหิน สิทธิในการรักษา รายได้ ระดับการมองเห็น และระดับค่าความดันตา

2. แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาของ เบญจมาศ รอดแผ้วพาล (2552) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรหยอดยา/รับประทานยา ที่ถูกต้องตามจำนวน เวลา ขนาด และวิธีการหยอด รวมถึงการมาตรวจ

ตามนัย มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.82 ข้อคำถามมีทั้งหมด 15 ข้อ มีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบ โดยข้อคำถามเชิงลบมี 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 13, 14, 15 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

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

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อความเชิงด้านบวก ให้คะแนน ดังนี้

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

ข้อคำถามเชิงด้านลบ ให้คะแนนในทางตรงข้าม ดังนี้

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

เกณฑ์การแปลผลคะแนน พิสัยของคะแนนรวม มีค่า 15 – 75 คะแนน แบ่งระดับ

(Class interval) ได้ ดังนี้

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

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

คะแนนรวมที่มากหมายถึง มีความร่วมมือในการรักษาสูง

คะแนนรวมน้อย แสดงถึง ความร่วมมือในการรักษาน้อย

โดยการคิดคะแนน ดังนี้

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

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้ง 2 ส่วน ให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมและความครอบคลุมของข้อคำถามแล้วนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคจักษุ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคจักษุ จำนวน 2 ท่าน

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีขั้นตอนดังนี้

ก. ผู้วิจัยนำเครื่องมือชุดแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) : CVI ค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Pilot and Hungler, 1999 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553) โดยการคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม กับคำนิยามเชิงปฏิบัติการหรือกรอบทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1 หมายถึงข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนอย่างมาก จึงจะสอดคล้องกับคำนิยาม 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม และ 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

ข. นำเครื่องมือทั้ง 2 ชุด มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลได้ ดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหิน มีค่า CVI เท่ากับ 1 และในส่วนของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิเรื่อง

การเพิ่มการเก็บรวบรวมข้อมูล และความชัดเจนของข้อมูล ส่วนแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหิน เป็นเรื่องของความชัดเจน ความซ้ำซ้อน และความเหมาะสมของภาษา

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา ที่ปรับปรุงแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคต้อหิน ที่มารับบริการที่แผนกจักษุกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 10 ราย โดยมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .76 เมื่อนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

ชุดที่ 2 เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะความร่วมมือในการรักษา (The Information-Motivation-Behavioral skills Model of Adherence) ของ Fisher et al. (2003) มีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากตำรา วารสาร และผลงานวิจัย เพื่อนำมาใช้ในการกำหนดเนื้อหาสาระของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะความร่วมมือในการรักษา

2. กำหนดขั้นตอนในการจัดกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการให้ข้อมูล 2) ขั้นตอนการสร้างแรงจูงใจ 3) ขั้นตอนการพัฒนาทักษะ 4) ขั้นตอนการติดตาม และประเมินผล

3. สร้างโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะความร่วมมือในการรักษา มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

3.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคต้อหิน ประโยชน์ของการรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้อง เหมาะสม และข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยา ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงของความไม่ร่วมมือ ประโยชน์/อุปสรรคของความร่วมมือในการรักษา

3.2 การสร้างแรงจูงใจ ความร่วมมือในการรักษา ประกอบด้วย กิจกรรมอภิปรายกลุ่มในประเด็น “แสงสว่าง...นำชีวิต” และการสนับสนุน “ปฏิทินตารางบันทึกการหยดยา” และ “อุปกรณ์ช่วยหยดยา” เป็นตัวช่วยเตือนความจำในการใช้ยาหยดยา และช่วยในการบริหารยาของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

3.3 การพัฒนาทักษะการใช้ยาหยอดตา ประกอบด้วย กิจกรรม “ทักษะการใช้ยาหยอดตา” และกิจกรรม “รู้จักซ์...ดวงตา” โดยการให้ผู้ร่วมวิจัยฝึกทักษะการใช้ยาหยอดตา การทบทวนชื่อยา หรือลักษณะปรากฏขวดยา พร้อมบอกถึงเวลา และปริมาณการใช้ในแต่ละวัน

3.4 การติดตามและการประเมินผล

4. แผนการสอน และสื่อสไลด์ประกอบการสอน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีสาระของแผนการสอน ดังนี้

4.1 แผนการสอนชุดที่ 1 เรื่อง “โรคต้อหิน...ภัยเงียบ” ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน ประโยชน์ในการใช้ยาหยอดตา อาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์/อุปสรรคของความร่วมมือในการรักษา

4.2 แผนการสอนชุดที่ 2 เรื่อง “ข้อปฏิบัติในการใช้ยาหยอดตา” ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับข้อปฏิบัติในการใช้ยาหยอดตา เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคต้อหินเกิดการเรียนรู้วิธีการและเหตุผลในการใช้ยาหยอดตา มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการใช้ยาหยอดตาที่ถูกต้องทั้งขนาด จำนวน เวลา และวิธีการ

5. คู่มือ “การปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคต้อหิน” เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคต้อหิน อาการ สาเหตุ การรักษา การปฏิบัติความร่วมมือในการรักษา พฤติกรรมเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์/อุปสรรคของความร่วมมือในการรักษา การปฏิบัติในการใช้ยาหยอดตา ยาหยอดตาที่ผู้ป่วยได้รับ ตารางบันทึกผลความดันลูกตา ตารางเวลาการตรวจตามนัดหมาย

6. จัดทำ “ปฏิทินตารางบันทึกการใช้ยา” ซึ่งเป็นสิ่งช่วยเตือนความจำในการใช้ยาหยอดตา เพื่อช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

7. จัดทำ “อุปกรณ์ช่วยหยอดตา” ผลิตจากกระดาษเพาะกล้าไม้ ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคต้อหิน สะดวกในการใช้ยาหยอดตา เพื่อช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา

8. ตารางเวลาที่ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์ และแนวคำถามที่ใช้ในการติดตามทางโทรศัพท์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวทาง ในการสนับสนุน ปรีกษา ชี้นะ แก่ผู้สูงอายุทางโทรศัพท์

9. คู่มือการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนของการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมดังกล่าว ทั้งหมด 5 ครั้ง เป็นคู่มือสำหรับผู้วิจัยในการดำเนินกิจกรรม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือดำเนินการทดลอง ให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณา เนื้อหาภาษาที่ใช้ ความเหมาะสม แล้วนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องของภาษาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคจักษุ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรค จักษุ จำนวน 2 ท่าน

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีขั้นตอนดังนี้

ผู้วิจัยนำเครื่องมือดำเนินการทดลอง ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและได้รับข้อเสนอแนะจาก ผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index): CVI โดย ผู้ทรงคุณวุฒิได้พิจารณา ความถูกต้อง เหมาะสมของภาษา รูปแบบ และความเหมาะสมของ กิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในละกิจกรรม โดยถือ เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 คน

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ โดยผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 คน โดยมีข้อแก้ไข ดังนี้

1. ปรับปรุงเนื้อหาในแผนการสอน สื่อสไลด์ และคู่มือผู้ป่วย ให้เหมาะสมกับ ผู้สูงอายุโรคต้อหิน โดยตัดเนื้อหาที่เข้าใจยาก และไม่จำเป็นออก เช่น พยาธิสภาพของโรคต้อหิน
2. ปรับปรุงรูปแบบของสื่อสไลด์ ตัดเนื้อหารายละเอียดออก ใส่เฉพาะหัวข้อและ ใช้ภาพประกอบที่เหมาะสมกับเนื้อหา เน้นการเสนอด้วยภาพ
3. ปรับปรุงรูปแบบตัวอักษร ในสื่อสไลด์ และคู่มือผู้ป่วย ให้มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อให้ ผู้สูงอายุโรคต้อหิน สามารถอ่าน และมองเห็นได้สะดวกขึ้น
4. ปรับปรุงภาพบางภาพ ในคู่มือผู้ป่วยโรคต้อหินออก เพื่อความเหมาะสมมากขึ้น เช่น ภาพสาเหตุของโรคต้อหิน
5. ปรับปรุงเวลาในการดำเนินกิจกรรม ในละกิจกรรมให้สั้นลง กระชับลงเพื่อให้ ผู้สูงอายุโรคต้อหินไม่เกิดความเบื่อหน่าย

ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแก้ไข และเพิ่มเติมในแต่ละประเด็นตามข้อเสนอแนะของ ผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคต้อหินที่มี คุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 10 ราย เพื่อประเมินแผนการสอน และ อุปกรณ์ต่างๆ และทดสอบความเป็นปรนัย (Objectivity) เพื่อดูความชัดเจนของภาษาและความ

เข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง ผลการดำเนินกิจกรรม พบว่าผู้สูงอายุโรคต้อหินมีความเข้าใจในเนื้อหา ภาพสไลด์ และคู่มือมีความชัดเจน

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ชุด

1. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 29 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามมี 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ โดยข้อคำถามที่ตอบว่าใช่ คือข้อ 2, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 26, 28, 29 และข้อคำถามที่ตอบว่าไม่ใช่ คือ 1, 3, 8, 10, 11, 14, 15, 16, 21, 22, 27 เกณฑ์การให้คะแนนจะให้คะแนนข้อละ 1 คะแนนหากตอบคำถามได้ถูกต้อง

คะแนนสูง หมายถึง ผู้สูงอายุโรคต้อหินมีความรู้เกี่ยวกับโรคสูง

คะแนนต่ำ ผู้สูงอายุโรคต้อหินมีความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหินต่ำ โดยมีการแบ่งคะแนนดังนี้

เกณฑ์การแบ่งคะแนน

ผู้วิจัยแบ่งคะแนนการวัดความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน ซึ่งมีจำนวน 29 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 0-29 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การประเมิน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

ช่วงคะแนน	คิดเป็น	ระดับคะแนน
0-16	ต่ำกว่าร้อยละ 60	ระดับต่ำ
17-22	ร้อยละ 60-80	ระดับปานกลาง
23-29	มากกว่าร้อยละ 80	ระดับสูง

เกณฑ์การประเมินผลการกำกับการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1) ผู้สูงอายุโรคต้อหินต้องได้คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหินมากกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน จากคะแนนเต็ม 29 คะแนน คิดเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80 นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหินในระดับสูง เป็นผู้ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง

2) ในกรณีที่ผู้สูงอายุโรคต้อหิน ได้คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหินน้อยกว่าร้อยละ 80 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง ผู้วิจัยทบทวนเนื้อหาสั้นๆ และร่วมกันอภิปรายกับกลุ่มตัวอย่างถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นเพื่อหาแนวทางแก้ไข โดยเน้นความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน และความร่วมมือในการรักษา ในข้อที่กลุ่มตัวอย่างเข้าใจไม่ถูกต้อง แล้วทำการวัดผลใหม่อีกครั้ง จนกระทั่งผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุโรคต้อหินกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะความร่วมมือในการรักษา ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลองจำนวน 15 ราย ส่วนอีก 5 ราย ได้รับการทบทวนเนื้อหา และทำความเข้าใจความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหินบาง

เรื่องที่ยังเข้าใจไม่ชัดเจน แล้วทำการวัดผลใหม่อีกครั้ง จนมีคะแนนผ่านเกณฑ์กำกับการทดลองมากกว่าร้อยละ 80 ครบทั้ง 20 ราย (รายละเอียดดังแสดงในภาคผนวก ฉ)

2. แบบวัดแรงจูงใจความร่วมมือในการรักษา ซึ่งแบ่งเป็น 2 มิติ คือแรงจูงใจส่วนบุคคล และแรงจูงใจทางสังคมซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Fisher et al. (2003) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 18 ข้อ ที่แสดงความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจความร่วมมือในการรักษา โดยแบ่งเป็นข้อที่แสดงความคิดเห็นทางบวก 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 18 ข้อที่แสดงความคิดเห็นทางลบ 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 6, 15, 17 ลักษณะข้อคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด หรือทั้งหมด (คะแนน = 5)

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนใหญ่ (คะแนน = 4)

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจในความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อความในประโยค (คะแนน = 3)

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนใหญ่ หรือทั้งหมด (คะแนน = 2)

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย (คะแนน = 1)

คะแนนสูง หมายถึง ผู้สูงอายุโรคต่อหีนมีแรงจูงใจความร่วมมือในการรักษาสูง

คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้สูงอายุโรคต่อหีนมีแรงจูงใจความร่วมมือในการรักษาต่ำ

โดยมีการแบ่งคะแนนดังนี้

เกณฑ์การแบ่งคะแนน

ผู้วิจัยแบ่งคะแนนแรงจูงใจความร่วมมือในการรักษา ซึ่งมีจำนวนข้อ 18 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 18-90 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การประเมิน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

ช่วงคะแนน	คิดเป็น	ระดับคะแนน
18-29	ต่ำกว่าร้อยละ 60	ระดับต่ำ
43-67	ร้อยละ 60-80	ระดับปานกลาง
68-90	มากกว่าร้อยละ 80	ระดับสูง

เกณฑ์การประเมินผลการกำกับการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุโรคต่อหีนต้องได้คะแนนแรงจูงใจความร่วมมือในการรักษามากกว่าหรือ

เท่ากับ 68 คะแนน จากคะแนนเต็ม 90 คะแนน คิดเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80 นั่นคือ กลุ่มตัวอย่าง มีแรงจูงใจความร่วมมือในการรักษาในระดับสูง เป็นผู้ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง

2) ในกรณีที่ผู้สูงอายุโรคต่อหินได้คะแนนแรงจูงใจความร่วมมือในการรักษาต่ำกว่าร้อยละ 80 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง ผู้วิจัยทบทวนเนื้อหาสั้นๆ และร่วมกันอภิปรายกับกลุ่มตัวอย่างถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นเพื่อหาแนวทางแก้ไข โดยเน้นแรงจูงใจความร่วมมือในการรักษาในข้อที่มีคะแนนต่ำ แล้วทำการวัดผลใหม่อีกครั้งจนกระทั่งผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุโรคต่อหินกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะทั้ง 20 รายเป็นผู้ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง มีแรงจูงใจความร่วมมือในการรักษาสูง คือมีคะแนนผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง มากกว่าร้อยละ 80 ครบทั้ง 20 ราย (รายละเอียดดังแสดงในภาคผนวก ข)

3. แบบประเมินทักษะการใช้ยาหยอดตา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นการประเมินทักษะด้านการใช้ยาหยอดตาอย่างถูกต้อง ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยลักษณะข้อคำตอบเป็นไม่ปฏิบัติ (คะแนน = 0) หรือปฏิบัติ (คะแนน = 1) โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้คะแนน

ปฏิบัติ หมายถึง ผู้สูงอายุโรคต่อหิน มีการใช้ยาหยอดตาอย่างถูกวิธี

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ผู้สูงอายุโรคต่อหิน มีการใช้ยาหยอดตาไม่ถูกวิธี

เกณฑ์การแบ่งคะแนน

ผู้วิจัยแบ่งคะแนนการประเมินทักษะการใช้ยาหยอดตา ซึ่งมีจำนวน 10 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 0-10 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การประเมิน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

ช่วงคะแนน	คิดเป็น	ระดับคะแนน
0-6	ต่ำกว่าร้อยละ 60	ระดับต่ำ
7-8	ร้อยละ 60-80	ระดับปานกลาง
9-10	มากกว่าร้อยละ 80	ระดับสูง

เกณฑ์การประเมินผลการกำกับการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ผู้สูงอายุโรคต่อหินต้องได้คะแนนทักษะการใช้ยาหยอดตา มากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน คิดเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80 นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการใช้ยาหยอดตาในระดับสูง เป็นผู้ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง

2. ในกรณีที่ผู้สูงอายุโรคต้อหินได้คะแนนทักษะการใช้ยาหยอดตา น้อยกว่าร้อยละ 80 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง ผู้วิจัยทบทวนทักษะสั้นๆ และร่วมกันอภิปรายกับกลุ่มตัวอย่างถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นเพื่อหาแนวทางแก้ไข โดยเน้นการฝึกปฏิบัติในการใช้ยาหยอดตา ข้อที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ แล้วทำการวัดผลใหม่อีกครั้ง จนกระทั่งผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุโรคต้อหินกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะความร่วมมือในการรักษา ทั้ง 20 รายเป็นผู้ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง มีทักษะการใช้ยาหยอดตาสูง คือมีคะแนนผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง มากกว่าร้อยละ 80 ครบทั้ง 20 ราย (รายละเอียดดังแสดงในภาคผนวก ฉ)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) มีขั้นตอนดังนี้

ก. ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด คือ 1) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน 2) แบบวัดแรงจูงใจความร่วมมือในการรักษา 3) แบบประเมินทักษะการใช้ยาหยอดตา ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) : CVI ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Pilot and Hungler, 1999 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2553) โดยการคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม กับคำนิยามเชิงปฏิบัติการหรือกรอบทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1 หมายถึงข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนอย่างมาก จึงจะสอดคล้องกับคำนิยาม 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม และ 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

ข. นำแบบสอบถามทั้ง จำนวน 3 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน 2) แบบวัดแรงจูงใจความร่วมมือในการรักษา 3) แบบประเมินทักษะการใช้ยาหยอดตา มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลได้ ดังนี้

1. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .86 มีข้อเสนอแนะดังนี้

1.1) ควรปรับภาษาในบางข้อคำถาม เพื่อให้กระชับ และเข้าใจง่ายขึ้น
 1.2) ข้อคำถามบางข้อมีความซ้ำซ้อน เช่น ถามว่าอัตราการเดินของหัวใจลดลงเป็นผลอาการข้างเคียงจากยา และข้อตามัว แสบตา อาจเกิดจากอาการข้างเคียงจากยาโรคต่อ
 หิน แก้ไขเป็น ตามัว แสบตาและอัตราการเดินของหัวใจลดลงอาจเกิดจากอาการข้างเคียงจากยา
 รักษาโรคต่อหิน

2. แบบวัดแรงจูงใจความร่วมมือในการรักษา มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .89 มีข้อเสนอแนะดังนี้

2.1) ควรปรับภาษาในบางข้อคำถาม เพื่อให้กระชับ และเข้าใจง่ายขึ้น เช่น คำ
 ถามท่านคิดว่าการใช้ยาหยุดตา/รับประทานยาอย่างถูกต้อง และการมาตรวจตามแพทย์นัดทุก
 ครั้งทำให้โรคต่อหินไม่รุนแรงได้ ปรับเป็น ท่านคิดว่าการใช้ยาหยุดตา/รับประทานยาอย่าง
 ถูกต้อง และการมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้งสามารถลดความรุนแรงของโรคต่อหินได้

2.2) ข้อคำถามบางข้อมีความซ้ำซ้อน แก้ไขโดยการตัดทิ้ง

3. แบบประเมินทักษะการใช้ยาหยุดตา มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่า
 กับ 1 มีข้อเสนอแนะดังนี้

3.1) ควรเรียงลำดับกิจกรรมการฝึกปฏิบัติการใช้ยาหยุดตาให้สอดคล้องกับ
 ลำดับขั้นตอน และการกระทำ

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ก. ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหินของผู้สูงอายุโรคต่อหิน ที่ปรับปรุง
 แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคต่อหิน ที่มารับบริการที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก
 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 10 ราย โดยมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา
 หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร Kuder Richardsoon-20 (KR-
 20) ได้ค่าความเที่ยง .88

ข. ผู้วิจัยนำแบบวัดแรงจูงใจความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต่อหิน ที่
 ปรับปรุงแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคต่อหิน เข้ารับบริการที่ห้องตรวจจักษุแผนกผู้ป่วยนอก
 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 10 ราย โดยมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา
 หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
 (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82

ค. ผู้วิจัยนำแบบประเมินทักษะการใช้ยาหยุดตา ที่ปรับปรุงแล้วนำไปทดลอง
 ใช้กับผู้สูงอายุโรคต่อหิน ที่มารับบริการที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

จำนวน 10 ราย โดยมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา โดยมีการสังเกตการใช้ยาหยอดตา หลังจากนั้นนำผลที่ได้มาหาความสอดคล้องของการสังเกต (Inter-rater reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 1

กระบวนการดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการทดลอง
2. ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง
3. ระยะที่ 3 ระยะหลังการทดลอง

โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1. ระยะเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยนำหนังสืออนุญาตเก็บข้อมูล ที่ได้รับการรับรองจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย และขออนุญาตในการเก็บข้อมูล ในการทำวิจัยตามขั้นตอน
2. ภายหลังจากได้รับหนังสืออนุมัติผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก หัวหน้าห้องตรวจจักษุ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวม ข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุโรคต้อหิน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จากทะเบียนประวัติผู้ป่วยตามรายชื่อที่แพทย์นัดตรวจ และตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และเพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contaminate)
4. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้สูงอายุเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้แนะนำตัวกับผู้สูงอายุ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย
5. เมื่อผู้สูงอายุยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ โดยใช้สถานที่ ณ ห้องประชุมห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยมีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มควบคุม ได้รับกิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดไว้เป็นประจำของพยาบาลในการให้บริการแก่ผู้รับบริการห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และขอความร่วมมือในการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2. หลังจากได้รับความร่วมมือ และยินยอม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา (Pre-test) โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนการได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำการ และนัดพบผู้ป่วยอีกครั้งในอีก 5 สัปดาห์ เพื่อขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา

กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และขอความร่วมมือในการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2. หลังจากได้รับความร่วมมือ และยินยอม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา (Pre-test) โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล และนัดพบผู้ป่วยเพื่อเข้าร่วมกิจกรรม

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)

ผู้วิจัยพบผู้ป่วย และญาติที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม จนครบจำนวน 20 ราย ที่ห้องประชุม บริเวณห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผู้ร่วมวิจัยได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ โดยมีการจัดกิจกรรม ตามขั้นตอน ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพ โดยผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคต้อหินเกิดความคุ้นเคย และยินดีรับฟัง (5-10 นาที)

2. ให้ข้อมูลโดยการสอน เรื่อง “โรคต้อหิน...ภัยเงียบ” เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคต้อหินได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน อาการ การรักษา การควบคุมโรคต้อหิน ประโยชน์ในการใช้ยาหยอดตา อาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์/อุปสรรคของความร่วมมือในการรักษา และ ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลจากความไม่ร่วมมือในการรักษา (30-40 นาที)

3. ให้ข้อมูลโดยการสอนเรื่อง “ข้อปฏิบัติ...การใช้ยาหยอดตา” ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับข้อปฏิบัติในการหยอดตา เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคต้อหินเกิดการเรียนรู้วิธีการและเหตุผลในการใช้ยาหยอดตา มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการใช้ยาหยอดตาที่ถูกต้องทั้ง จำนวน เวลา และวิธี

เน้นให้เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด (10-20 นาที)

4. กิจกรรมอภิปรายกลุ่มในประเด็น “แสงสว่าง...นำชีวิต” เพื่อค้นหาแรงจูงใจส่วนบุคคล ในด้านทัศนคติต่อพฤติกรรมความร่วมมือ ประกอบด้วย ความเชื่อเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา และการประเมินผลลัพธ์ของความร่วมมือในการรักษา ตัวอย่างคำถาม เช่น “ท่านคิดอย่างไรเกี่ยวกับการใช้ยาหยุดตา และการมาตรวจตามนัด”, “ท่านคิดว่าการใช้ยาหยุดตา และการมาตรวจตามนัดทุกครั้งมีผลต่อท่านอย่างไร” พร้อมทั้งให้กลุ่มร่วมกันสร้างความตั้งใจในการให้ความร่วมมือในการรักษา จากนั้นผู้วิจัยกล่าวสรุปถึงประโยชน์ที่ได้รับ และประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา (30-40 นาที)

5. ผู้วิจัยประเมินผลความรู้เรื่องโรคต้อหิน โดยใช้แบบวัดความรู้เรื่องโรคต้อหิน และความร่วมมือในการรักษา หากพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง ผู้วิจัยทบทวนเนื้อหาและร่วมอภิปรายกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อค้นหาถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งการให้ความรู้เพิ่มเติม แล้ววัดผลใหม่อีกครั้ง จนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง (15 นาที)

6. นัดพบกลุ่มตัวอย่างครั้งต่อไปโดยการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

สรุป ภายหลังจากดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 ซึ่งเป็นขั้นตอนการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน ข้อมูลเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา และข้อปฏิบัติในการใช้ยาหยุดตา พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจ และให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี จากการซักถามพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน ความร่วมมือในการรักษาและข้อปฏิบัติในการใช้ยาหยุดตาที่ไม่ถูกต้อง เมื่อผู้วิจัยบรรยาย ประกอบสื่อการสอน กลุ่มตัวอย่างแสดงความสนใจเป็นอย่างดี สามารถตอบคำถามและอธิบายเกี่ยวกับโรคต้อหิน ความร่วมมือในการรักษา และข้อปฏิบัติในการใช้ยาหยุดตาได้ถูกต้อง สำหรับการสร้างแรงจูงใจส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจในกิจกรรมแสงสว่างนำชีวิต กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาว่าจะส่งผลดีต่อการมองเห็น และประเมินถึงผลลัพธ์ของความร่วมมือในการรักษาได้ดีขึ้น หลังจากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา และการที่กลุ่มสร้างความตั้งใจในการให้ความร่วมมือในการรักษาของกลุ่ม ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจที่จะทำตาม หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน และให้ข้อมูลในส่วนที่กลุ่มตัวอย่างยังเข้าใจไม่ถูกต้องจนกลุ่มตัวอย่างทุกคนผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง จากนั้นจึงทำการนัดกลุ่มตัวอย่างในครั้งต่อไป ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกคนยินดีที่จะเข้าร่วมในกิจกรรมครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 1)

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

1. ผู้วิจัยทบทวนเนื้อหาในครั้งที่ผ่านมา พูดคุยและซักถามเพื่อเป็นการทบทวน

ความจำและเพื่อนำไปสู่ความต่อเนื่องเชื่อมโยงกับเนื้อหาในครั้งนี้ (5-10 นาที)

2. ผู้วิจัยจัดกิจกรรม “ทักษะการใช้ยาหยอดตา” ให้คำแนะนำ พร้อมทั้งสาธิตทักษะ วิธีการใช้ยาหยอดตาอย่างถูกต้องให้ดูเป็นตัวอย่าง และให้ผู้สูงอายุโรคต้อหิน ฝึกทักษะการใช้ยาหยอดตาที่ถูกต้อง โดยการสาธิตย้อนกลับ ผู้วิจัยคอยแนะนำ ช่วยเหลือ เมื่อเกิดข้อผิดพลาด และกล่าวชมเชย ให้กำลังใจ (5-10 นาที)

3. ผู้วิจัยจัดกิจกรรม “รู้รักษ์...ดวงตา” โดยการให้ผู้ร่วมวิจัยฝึกทักษะการทบทวน ชื่อยา หรือลักษณะฝาจุกขวดยา พร้อมบอกถึงเวลา และปริมาณการใช้ในแต่ละวัน เพื่อเป็นการทบทวนการใช้ยาของผู้ร่วมวิจัย แนะนำวิธีการใช้ตารางบันทึกการใช้ยา (5-10 นาที)

4. ผู้วิจัยส่งเสริมแรงจูงใจให้แก่ผู้สูงอายุโรคต้อหิน ในด้านแรงจูงใจทางสังคม โดยกล่าวให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุโรคต้อหิน กระตุ้นกลุ่มเพื่อนหรือกลุ่มญาติของผู้สูงอายุ เป็นแหล่งสำคัญในการให้กำลังใจด้วยการพูดคุยให้กำลังใจ เน้นให้ผู้สูงอายุมั่นใจว่า สามารถปฏิบัติ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาได้ตามเป้าหมายการรักษา อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ (5-10 นาที)

5. ผู้วิจัยส่งเสริมแรงจูงใจด้วยการสนับสนุน “ปฏิทินตารางบันทึกการใช้ยา” และ “อุปกรณ์ช่วยหยอดตา” และคู่มือ “การปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคต้อหิน” เป็นสิ่งช่วยเตือนความจำในการใช้ยาหยอดตา และช่วยในการบริหารยาของผู้สูงอายุโรคต้อหิน (5-10 นาที)

6. นัดติดตามทางโทรศัพท์ (สัปดาห์ที่ 2)

สรุป ภายหลังจากดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 2 กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกการหยอดตา ประกอบด้วย การทบทวนเวลา ขนาด ปริมาณในแต่ละวัน วิธีการหยอดตา และการใช้สิ่งช่วยเตือนความจำ พบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติไม่ถูกต้อง แต่ได้รับกำลังใจจากญาติ และผู้วิจัย หลังจากฝึกปฏิบัติอีกครั้งก็สามารถฝึกปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และมีความมั่นใจในการให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 2)

ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 1 (15-20 นาที)

1. สอบถามความพร้อมของผู้สูงอายุหรือญาติก่อนพูดคุย ชักถามปัญหาในการใช้ยาหยอดตา และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้บอกเล่า และซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการใช้ยาหยอดตา

2. ติดตามความก้าวหน้า สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรักษาที่ผู้สูงอายุได้รับ พร้อมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขปัญหาและอุปสรรค และกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับข้อกำหนดการใช้ยา ทั้งปริมาณเวลา และวิธีการปฏิบัติ

3. นัดติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน (สัปดาห์ที่ 3)

สรุป ภายหลังจากการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาจากอาการข้างเคียงของยาหยอดตา ได้แก่ แสบตา ตาแดง แต่ไม่รุนแรงจึงไม่เป็นอุปสรรคต่อการรักษา เพราะเข้าใจถึงผลการรักษา และยินดีให้ความร่วมมือในการรักษา กลุ่มตัวอย่างบางรายลืมหยอดตา เมื่อผู้วิจัยโทรไปจึงเป็นการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างใช้ยาหยอดตา ผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษาแนะนำ และร่วมกับกลุ่มตัวอย่างในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น เช่น เมื่อต้องไปวัดตอนเข้าให้นำยาหยอดตาติดตัวไปด้วย และผู้วิจัยได้แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างอ่านคู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคต้อหินที่ได้รับเพื่อทบทวนความรู้ ก่อนสิ้นสุดการติดตามทางโทรศัพท์

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 3)

ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน

1. ผู้วิจัยทบทวนสาระสำคัญของทั้ง 3 ขั้นตอน ในเรื่องการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะความร่วมมือในการรักษา โดยผู้วิจัยได้เพิ่มเติมเนื้อหาให้สมบูรณ์ครบถ้วน (5-10 นาที)
2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนทักษะการหยอดตา และการทบทวน ชื่อยาหรือลักษณะฝาจุกขวดยา พร้อมบอกถึงเวลา และปริมาณการใช้ในแต่ละวัน เพื่อเป็นการทบทวนความเข้าใจในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง (5-10 นาที)
3. กล่าวให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุโรคต้อหินกระตุ้นกลุ่มเพื่อนหรือกลุ่มญาติของผู้สูงอายุ เป็นแหล่งสำคัญในการให้กำลังใจด้วยการพูดให้กำลังใจ เน้นให้ผู้สูงอายุมั่นใจว่า สามารถปฏิบัติพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ (5-10 นาที)
4. ผู้วิจัยประเมินผลการกำกับการทดลอง โดยให้ผู้สูงอายุตอบแบบวัดแรงจูงใจ และประเมินทักษะการใช้ยาหยอดตา ผู้วิจัยตรวจสอบว่ากลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์กำกับการทดลองหรือไม่ หากพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง ผู้วิจัยทบทวนเนื้อหาและร่วมอภิปรายกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อค้นหาถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งการให้ความรู้และฝึกทักษะเพิ่มเติม แล้ววัดผลใหม่อีกครั้ง จนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง (15 นาที)
5. นัดติดตามทางโทรศัพท์ (สัปดาห์ที่ 4)

สรุป ภายหลังจากการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 4 กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการใช้ยาหยอดตาได้ถูกต้อง สามารถบอกถึงชื่อยาหรือลักษณะฝาจุกขวดยา พร้อมบอกถึงเวลา และปริมาณการใช้ในแต่ละวันได้ถูกต้อง เมื่อประเมินทักษะการใช้ยาหยอดตาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์กำกับการทดลองทั้ง 20 ราย และเมื่อวัดแรงจูงใจความร่วมมือในการรักษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์กำกับการทดลองทั้ง 20 ราย

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 4)

ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 2 ใช้เวลา 15-20 นาที

1. สอบถามความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างหรือญาติก่อนพูดคุย ชักถามปัญหาในการใช้ยาหยอดตา และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้บอกเล่า และชักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการใช้ยาหยอดตา

2. ติดตามความก้าวหน้า สอบถามถึงปัญหา และอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรักษาที่ผู้สูงอายุได้รับ พร้อมทั้งให้คำแนะนำ แก้ไขปัญหาและอุปสรรค และกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับข้อกำหนดการใช้ยา ทั้งปริมาณเวลา และวิธีการปฏิบัติ

สรุป ภายหลังจากดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีปัญหาจากอาการข้างเคียงของยาหยอดตา เช่น แสบตา ตาแดง แต่ไม่เป็นอุปสรรค เพราะเข้าใจถึงผลการรักษา และยินดีให้ความร่วมมือในการรักษา นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างบางส่วนกล่าวดีใจ ที่ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตาม และต้องการให้ติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างที่บ้านอีก

ระยะที่ 3 ระยะหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 5) ผู้วิจัยประเมินผลการทดลอง ดำเนินตามขั้นตอนดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามนัดหมายที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา (Post-test) หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมิน

2. ผู้วิจัยแจ้งกลุ่มตัวอย่างทราบถึงการสิ้นสุดการวิจัย พร้อมแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

3. นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมและขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินความร่วมมือในการรักษา (Post-test) หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

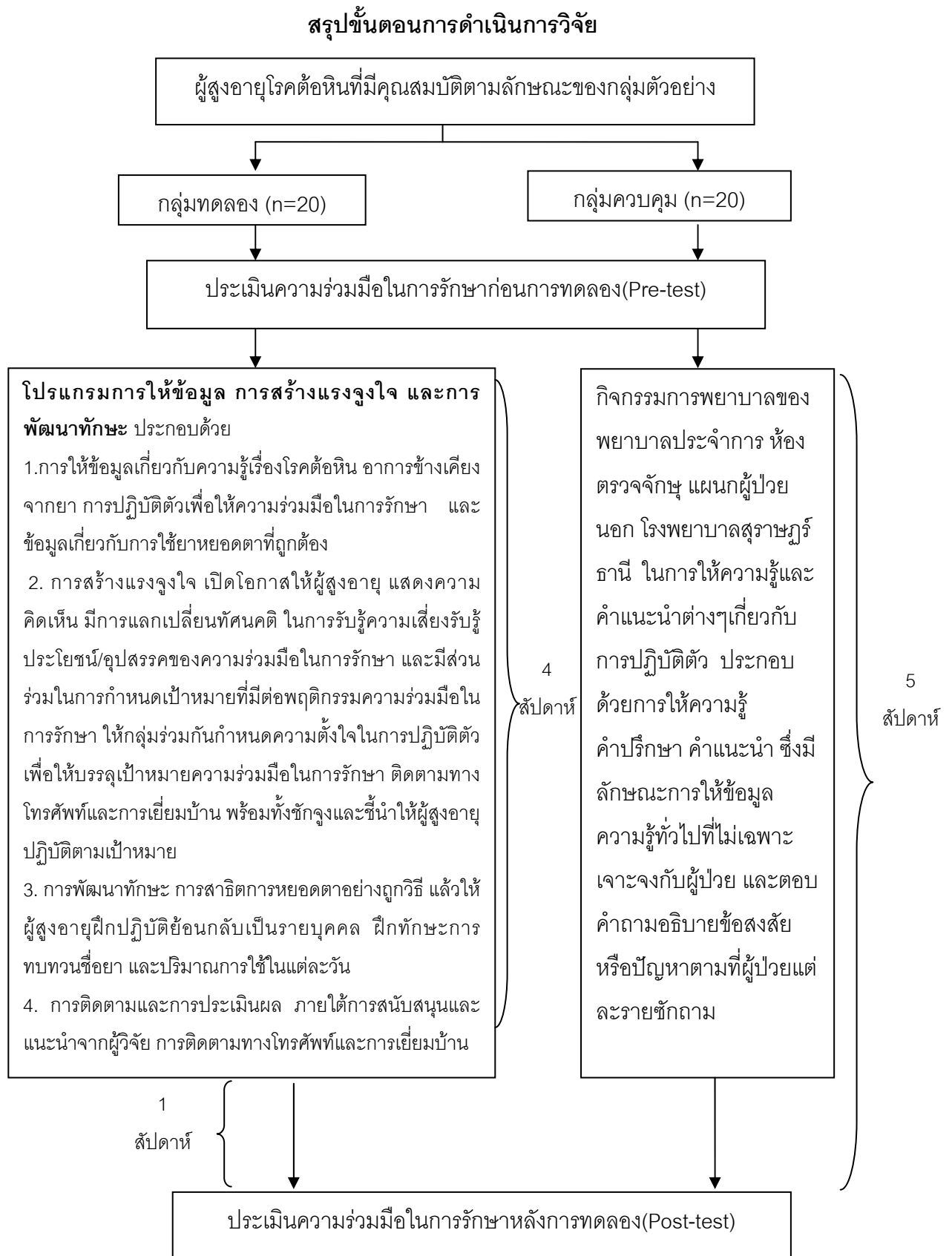
2. ผู้วิจัยแจ้งกลุ่มตัวอย่างทราบถึงการสิ้นสุดการวิจัย พร้อมแสดงความขอบคุณ

3. นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้อง และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้การแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะด้วยสถิติ โดยใช้สถิติที่ (Paired t-test)
3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติด้วยสถิติ โดยใช้สถิติที่ (Paired t-test)
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติที่ (Independent t-test)



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหิน เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest – Posttest control groups design) กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ ผู้สูงอายุโรคต้อหิน เข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย โดยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ในรูปตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาผู้สูงอายุโรคต้อหินก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุโรคต้อหินกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว จำนวนยาที่ใช้ในการรักษา สิทธิในการรักษา รายได้ ค่าใช้จ่ายที่เป็นต้อหิน จำนวนยาที่ใช้ในการรักษาโรคต้อหิน อาการข้างเคียงหลังใช้ยาหยอดตา ระยะเวลาการเป็นโรคต้อหิน และระดับความดันตา

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม(n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)						
60-69	8	40	8	40	16	40
70-79	10	50	10	50	20	50
80-89	2	10	2	10	4	10
เพศ						
ชาย	12	60	12	60	24	60
หญิง	8	40	8	40	16	40
สถานภาพสมรส						
โสด	3	15	2	10	5	12.5
คู่	12	60	13	65	25	62.5
หม้าย	4	20	5	25	9	22.5
หย่า/แยกกันอยู่	1	5	-	-	1	2.5
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	-	-	-	-	-	-
ประถมศึกษา	13	65	17	85	30	75
มัธยมศึกษา	5	25	3	15	8	20
อนุปริญญา	1	5	-	-	1	2.5
ปริญญาตรี	1	5	-	-	1	2.5

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม(n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว						
ไม่มี	5	25	8	40	13	32.5
มีโรคประจำตัว ≥ 1	15	75	12	60	27	67.5
จำนวนยาที่ใช้ในการรักษา						
ไม่มี	5	25	8	40	13	32.5
มี	15	75	12	60	27	67.5
สิทธิในการรักษา						
บัตรประกันสุขภาพ	16	80	18	90	34	85
เบิกได้	4	20	2	10	6	15
รัฐวิสาหกิจ	-	-	-	-	-	-
บัตรทหารผ่านศึก	-	-	-	-	-	-
ชำระเงินเอง	-	-	-	-	-	-
รายได้						
พอเพียง	10	50	7	35	17	42.5
ไม่พอเพียง	6	30	12	60	18	45
เหลือเก็บ	4	20	1	5	5	12.5
ตาข้างที่เป็นต้อหิน						
ตาซ้าย	1	5	4	20	5	12.5
ตาขวา	2	10	3	15	5	12.5
ทั้ง 2 ข้าง	17	85	13	65	30	75
จำนวนยาที่ใช้ในการรักษาโรคต้อหิน (ชนิด)						
2	13	65	13	65	26	65
3	5	25	5	25	10	25
4	2	10	2	10	4	10

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม(n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาการข้างเคียงหลังใช้ยาหยอดตา						
ไม่มีอาการ	2	10	9	45	11	27.5
มีอาการ	18	90	11	55	29	72.5
ระยะเวลาการเป็นโรคต้อหิน (ปี)						
1-5	13	65	12	60	25	62.5
6-10	4	20	5	25	9	22.5
11-20	2	10	3	15	5	12.5
21 ปีขึ้นไป	1	5	-	-	1	2.5
ระดับความดันตา						
ตาขวา						
1-10	3	15	6	30	9	22.5
11-20	15	75	14	70	29	72.5
21 ขึ้นไป	2	10	-	-	2	5
ตาซ้าย						
1-10	1	5	4	20	5	12.5
11-20	17	85	15	75	32	80
21 ขึ้นไป	2	10	1	5	3	7.5

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 20 ราย พบว่า อายุของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 70-79 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 50) รองลงมาคือ อายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 40) กลุ่มตัวอย่างมีสถานะภาพคู่เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.5) เมื่อพิจารณาระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 75) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 67.5) จำนวนยาที่ใช้ในการรักษา พบว่า มียาที่ใช้ในการรักษา (ร้อยละ 67.5) กลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิในการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพมากที่สุด (ร้อยละ 85) และส่วนใหญ่มีรายได้พอเพียง (ร้อยละ 42.5) เมื่อพิจารณาตาข้างที่เป็นโรคต้อหิน พบว่า ส่วน

ใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคต้อหินทั้งสองข้าง (ร้อยละ 75) และจำนวนยาที่ใช้ในการรักษาโรคต้อหิน ส่วนใหญ่ใช้ยาหยอดตา จำนวน 2 ชนิด (ร้อยละ 65) และมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาหยอดตา (ร้อยละ 72.5) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเป็นโรคต้อหินมากที่สุด 1-5 ปี (ร้อยละ 62.5) และมีระดับความดันลูกตา พบมากที่สุดอยู่ระหว่าง 11-20 มิลลิเมตรปรอท โดยตาขวา พบร้อยละ 72.5 และตาซ้าย พบร้อยละ 80

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหิน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ (n=20)

กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
ความร่วมมือในการรักษา	48.75	7.35	68.40	3.37	19	-12.18	.000

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะก่อนการทดลองเท่ากับ 48.75 (ระดับปานกลาง) หลังการทดลอง เท่ากับ 68.40 (ระดับสูง) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติด้วย Paired t-test พบว่า หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นั่นคือ ผู้สูงอายุโรคต้อหินมีความร่วมมือในการรักษาภายหลังการทดลองอยู่ในระดับที่สูงกว่าก่อนการทดลอง

ส่วนที่ 3เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาผู้สูงอายุโรคต้อหินก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาผู้สูงอายุโรคต้อหินก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=20)

กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
ความร่วมมือในการรักษา	46.25	7.43	49.05	6.16	19	-2.520	.021

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลองเท่ากับ 46.25 (ระดับปานกลาง) หลังการทดลอง เท่ากับ 49.05 (ระดับปานกลาง) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติด้วย Paired t-test พบว่า หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นั่นคือ ผู้สูงอายุโรคต้อหินมีความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้นหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินระหว่างกลุ่มทดลอง (n=20) และกลุ่มควบคุม (n=20)

คะแนนความร่วมมือในการรักษา	ก่อนการทดลอง \bar{X}	หลังการทดลอง \bar{X}	\bar{d}	S.D.	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง	48.75	68.40	19.65	7.21			
					38	12.30	.001
กลุ่มควบคุม	46.25	49.05	4.5	3.41			

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่า 19.65 ของกลุ่มควบคุมมีค่า 4.5 เมื่อนำมาเปรียบเทียบด้วยวิธีทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นั่นคือ ผู้สูงอายุโรคต้อหินที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ มีค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนความร่วมมือในการรักษาสูงกว่าผู้สูงอายุโรคต้อหินที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต่อหินใข้ระเปียบวิธีวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest – Posttest control groups design) โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูงอายุโรคต่อหินที่ได้รับความโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ

กลุ่มควบคุม คือ ผู้สูงอายุโรคต่อหินที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต่อหินก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ
2. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต่อหินระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต่อหินหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ
2. ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต่อหินกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อหินที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตภาคใต้ตอนบน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย รับบริการที่ห้องตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหิน ได้รับการรักษาโดยการให้ยาหยอดตา และบริหารยาหยอดตาด้วยตนเอง
2. สามารถติดต่อสื่อสารเข้าใจภาษาไทย ไม่มีความผิดปกติทางสมอง หรือการได้ยิน ที่ทำให้ไม่สามารถรับรู้ เข้าใจ หรือให้ข้อมูลต่างๆได้
3. ลืมให้ยาหยอดตาโรคต้อหิน อย่างน้อย 1 ครั้ง ในการให้ยาหยอดตาใน 1 สัปดาห์ (Kholdebarin et al., 2008) และ/หรือ ไม่มาตรวจตามนัด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งในรอบการรักษา 1 ปี (Gurwitz et al., 1998)
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เป็นเวลา 4 สัปดาห์

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างละ 20 ราย โดยมีการจับคู่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาของการเป็นโรคต้อหิน และจำนวนของยาหยอดตาโรคต้อหิน

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย มีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ ประกอบด้วย ทั้งหมด 4 ขั้นตอน คือ 1) การให้ข้อมูล ในเรื่องโรคต้อหิน... ภัยเงียบและเรื่องข้อปฏิบัติในการให้ยาหยอดตา 2) การสร้างแรงจูงใจ โดยการจัดกิจกรรมแสงสว่าง... นำชีวิต การกล่าวให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุโรคต้อหิน การสนับสนุน ปฏิทินตารางบันทึกการให้ยา อุปกรณ์ช่วยหยอดตา และคู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคต้อหิน 3) การพัฒนาทักษะ โดยการจัดกิจกรรมทักษะการให้ยาหยอดตา และกิจกรรมรู้รักษ์...ดวงตา 4) การติดตามและการประเมินผล โดยการติดตามทางโทรศัพท์ และติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติ ร่วมกับการประเมินการให้ยาที่ผู้วิจัยจัดเป็นตารางบันทึก และมอบให้กลุ่มตัวอย่างนำกลับไปทำที่บ้าน โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือ ประกอบด้วย แผนการสอน และสื่อสไลด์ประกอบการสอน จำนวน 2 เรื่อง คือ เรื่อง “โรคต้อหิน...ภัยเงียบ” และเรื่อง “ข้อปฏิบัติในการให้ยาหยอดตา” คู่มือการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการให้ข้อมูล-การสร้างแรงจูงใจ-การพัฒนาทักษะ คู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคต้อ

ห็น ปฏิทินบันทึกตารางการใช้ยา อุปกรณ์ช่วยหยอดตา ตารางเวลาการโทรศัพท์ติดตาม และแนวคำถามที่ใช้ในการโทรศัพท์ติดตามไปตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา รูปแบบ และความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรมจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ 1) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน 2) แบบวัดแรงจูงใจความร่วมมือในการรักษา 3) แบบประเมินทักษะการใช้ยาหยอดตา ทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคต้อหินที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดแรงจูงใจความร่วมมือในการรักษา เท่ากับ .82 แบบวัดความรู้เรื่องโรคต้อหินใช้สูตรครูเดอร์ - ริชาร์ดสัน 20 (KR 20) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .88 ในส่วนแบบประเมินทักษะการใช้ยาหยอดตา ได้ค่าความสอดคล้องของการสังเกต (Inter-rater reliability) เท่ากับ 1

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินที่ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีค่าดัชนีความตรง (CVI) เท่ากับ 1 ทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคต้อหินที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .81

การดำเนินการทดลอง

ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุโรคต้อหิน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยตามรายชื่อที่แพทย์นัดตรวจ และตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเมื่อได้รับอนุญาตจากผู้สูงอายุเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้แนะนำตัวกับผู้สูงอายุ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการดำเนินการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยแบบสอบถามส่วนบุคคลและแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหิน (Pre-test) สำหรับขั้นตอนการทดลองกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ ซึ่งในการจัดกิจกรรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การให้ข้อมูล ในเรื่องโรคต้อหิน... ภัยเงียบและเรื่องข้อปฏิบัติในการใช้ยาหยอดตา 2) การสร้างแรงจูงใจ โดยการจัดกิจกรรมแสง

สว่าง...นำชีวิต เพื่อค้นหาความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างประเมินผลลัพธ์ของความร่วมมือในการรักษา พร้อมทั้งให้กลุ่มร่วมกันสร้างความตั้งใจในการให้ความร่วมมือในการรักษา การกล่าวให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุโรคต้อหิน การสนับสนุน ปฏิทินตารางบันทึกการเข้ายา อุปกรณ์ช่วยหยอดตา และคู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคต้อหิน 3) การพัฒนาทักษะ โดยการจัดกิจกรรมทักษะการใช้ยาหยอดตา กิจกรรมรู้รักษ์...ดวงตา 4) การติดตามและการประเมินผล โดยการติดตามทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์ และติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติ ร่วมกับการประเมินการใช้ยาที่ผู้วิจัยจัดเป็นตารางบันทึก และมอบให้ผู้สูงอายุนำกลับไปทำที่บ้าน และดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการดำเนินการทดลอง (Post-test) แล้ว 1 สัปดาห์ ด้วยแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้การแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ โดยใช้สถิติที่ (Paired t-test)
3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาผู้สูงอายุโรคต้อหิน ก่อนและหลัง ได้รับการพยาบาลตามปกติด้วยสถิติ โดยใช้สถิติที่ (Paired t-test)
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุ โรคต้อหินระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติที่ (Independent t-test)

สรุปผลการวิจัย

1. ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
2. ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูล การ

สร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหิน ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ

ผลการวิจัย พบว่าความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 จึงสามารถอภิปรายผลของการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะให้แก่ผู้สูงอายุโรคต้อหิน เพื่อให้สอดคล้องและเชื่อมโยงกับสมมติฐานในการวิจัยได้ว่า การเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาให้กับผู้สูงอายุโรคต้อหินผ่านการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะสำหรับความร่วมมือในการรักษา (The Information-Motivation-Behavioral skills Model of Adherence: IMB Model) ของ Fisher et al. (2003) ซึ่งเชื่อว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาได้นั้น จำเป็นต้องได้รับข้อมูลในการให้ความร่วมมือในการรักษา มีแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และมีการพัฒนาทักษะในการให้ความร่วมมือในการรักษา โดยผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมผ่านวิธีการต่างๆที่ทำให้ผลการศึกษาที่ได้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ประกอบด้วย

การให้ข้อมูลความร่วมมือในการรักษา โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคต้อหิน ประโยชน์ในการใช้ยาหยอดตา อาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์/อุปสรรคของความร่วมมือในการรักษา และปัจจัยเสี่ยงที่มีผลจากความไม่ร่วมมือในการรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาหยอดตาที่ถูกต้องทั้งขนาด จำนวน เวลา และวิธีการ ซึ่งการให้ข้อมูลความรู้เหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุโรคต้อหินเกิดความเข้าใจอย่างแจ่มชัด จึงส่งผลให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน ข้อปฏิบัติในการให้ความร่วมมือในการรักษา เกิดการรับรู้ประโยชน์ ของความร่วมมือ

ในการรักษา และรับรู้แนวทางการขจัดอุปสรรคของความร่วมมือในการรักษา รวมทั้งมีความรู้ในการใช้ยาหยอดตาที่ถูกต้อง ซึ่งข้อมูล (Information) เป็นปัจจัยแรกที่มีผลโดยตรงต่อการกระทำ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา (Fisher et al., 2003) จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคต้อหินตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการรักษา และปฏิบัติตัวเพื่อให้ความร่วมมือในการรักษา การสร้างแรงจูงใจ เป็นการสร้างแรงจูงใจส่วนบุคคลและแรงจูงใจทางสังคม โดยการดำเนินกิจกรรมเพื่อค้นหาแรงจูงใจส่วนบุคคลในการให้ความร่วมมือในการรักษา เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการเปิดเผยความเชื่อ/ทัศนคติ และเป้าหมายที่มีต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา พร้อมทั้งให้กลุ่มร่วมกันสร้างความตั้งใจในการปฏิบัติตัวเพื่อให้บรรลุเป้าหมายความร่วมมือในการรักษา มีการติดตามทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน โดยค้นหาอุปสรรคและวิธีการขจัดอุปสรรคความร่วมมือในการรักษา พร้อมทั้งชักจูงและชี้แนะให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามเป้าหมาย ให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุในการปฏิบัติความร่วมมือในการรักษา พร้อมทั้งให้บุคคลในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนด้วย ซึ่งการสร้างแรงจูงใจจะช่วยให้เกิดทัศนคติ/ความเชื่อเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา เกิดความเชื่อมั่นที่จะแก้ไขพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่ไม่ถูกต้อง รวมทั้งเกิดแรงจูงใจให้คิดพิจารณาถึงเหตุผลของการปฏิบัติพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา (Fisher et al., 2003) ซึ่งทัศนคติ ความเชื่อ และแรงจูงใจที่ดีต่อการรักษา เป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่การให้ความร่วมมือในการรักษา อย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้การดำเนินโรคไปในทางที่ดี (Friedman et al., 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาศ รอดแผ้วพาล (2552) พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากสังคม/สิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หากผู้สูงอายุโรคต้อหินได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว และแหล่งสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจ และมีกำลังใจที่จะดูแลรักษาตนเอง (Lunnela et al., 2011) ส่วนการพัฒนาทักษะ ประกอบด้วย การสาธิตทักษะการใช้ยาหยอดตาอย่างถูกวิธี ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญของความร่วมมือในการรักษา โดยผู้วิจัยสาธิต แล้วให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติ โดยผู้วิจัยคอยช่วยเหลือ ให้คำแนะนำระหว่างการฝึกปฏิบัติ ซึ่งผลจากการฝึกทักษะการใช้ยาหยอดตา ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติว่าสามารถทำได้อย่างถูกต้อง มีความพึงพอใจเมื่อปฏิบัติได้สำเร็จ ทำให้มีความตั้งใจในการให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา (Fisher et al., 2003) การพัฒนาทักษะส่งผลต่อความเชื่อมั่นในการปฏิบัติความร่วมมือในการรักษาให้สำเร็จของแต่ละคน เช่นเดียวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคล ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการกระทำ (Bandura, 1997) ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคต้อหินใช้ยาหยอดตาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ

จากเหตุผลสนับสนุนที่อภิปรายมา จึงกล่าวได้ว่าโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ

และการพัฒนาทักษะที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยการนำแนวคิด The Information-Motivation-Behavioral skills Model of Adherence (IMB Model) ของ Fisher et al. (2003) เป็นโปรแกรมที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาได้จริง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ มีความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน และข้อปฏิบัติในการใช้ยาหยอดตา เกิดแรงจูงใจในการให้ความร่วมมือในการรักษา มีความมั่นใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา รับผิดชอบต่อแรงผลักดันสังคม การสนับสนุนจากบุคคล และหน่วยงานต่างๆ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญ ในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และเต็มใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีทักษะการใช้ยาหยอดตาที่ถูกต้องจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคต่อหินมีความร่วมมือในการรักษา

ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต่อหินก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ จึงเห็นความแตกต่างอย่างชัดเจน โดยพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต่อหินหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่าการนำแนวคิด The Information-Motivation-Behavioral skills Model of Adherence (IMB Model) ของ Fisher et al. (2003) มาประยุกต์ใช้ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคต่อหินที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะมีความร่วมมือในการรักษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ

อย่างไรก็ตามการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต่อหินกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้ อาจเป็นผลมาจากการทำแบบสอบถาม (Pre-testing) ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นการสอบถามความร่วมมือในการรักษา อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักในการใช้ยาหยอดตา และการมาตรวจตามนัดอย่างถูกต้อง สม่่าเสมอ อันนำไปสู่การมีความร่วมมือในการรักษามากขึ้น ซึ่งผลจากการทดสอบนี้ คาดว่าน่าจะส่งผลกระทบต่อทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ฉะนั้นจึงไม่มีผลใดๆ ต่อการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต่อหินกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่า ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต่อหีนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผู้สูงอายุโรคต่อหีนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะเป็นกลุ่มที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคต่อหีนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะมีความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหีน และข้อปฏิบัติในการใช้ยาหยอดตา เกิดแรงจูงใจในการให้ความร่วมมือในการรักษา รับผิดชอบต่อความเสี่ยง และรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรักษา มีความมั่นใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา รับรู้การสนับสนุนจากบุคคล และหน่วยงานต่างๆ พร้อมทั้งเต็มใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้ผู้สูงอายุโรคต่อหีนยังมีทักษะการใช้ยาหยอดตาที่ถูกต้อง จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคต่อหีนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาทักษะมีความร่วมมือในการรักษา ดังเหตุผลที่อธิบายไว้ในสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

ส่วนในกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในการให้ความรู้และคำแนะนำต่างๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ประกอบด้วยการให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ ซึ่งมีลักษณะการให้ข้อมูลความรู้ทั่วไปที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วย และตอบคำถามอธิบายข้อสงสัยหรือปัญหาตามที่ผู้ป่วยแต่ละรายซักถาม พบว่าคะแนนความร่วมมือในการรักษาหลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองในระดับปานกลาง แต่น้อยกว่ากลุ่มทดลองซึ่งมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาหลังการทดลองในระดับสูง อภิปรายได้ว่า การที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาหลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง เนื่องจากกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 65) ซึ่งการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัว อาจทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา นอกจากนี้การช่วยเหลือถึงวันนัด การพามาตรวจตามนัด และการช่วยเหลือเกี่ยวกับการบริหารยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาดีขึ้น (นภาพร พรหมคำชาว, 2541; เบญจมาศ รอดแผ้วพาล, 2552; Stryker et al., 2010; Lunnela et al., 2011) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 85) อธิบายได้ว่าความร่วมมือในการรักษา ต้องอาศัยความสามารถในการอ่านออก เขียนได้ เพื่อทราบข้อมูลเกี่ยวกับยา ข้อกำหนดการใช้ยา ตลอดจนความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัว (Baker, 2000; Muir et al., 2006; Juzych et al., 2008; Kholdebarin et al., 2008) แม้กลุ่มควบคุมจะไม่ได้โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ แต่อาจมีความสนใจ ศึกษาข้อมูลจากแหล่งอื่นได้ ส่วนโรคประจำตัวและจำนวนยาที่ใช้ในการรักษาโรคประจำตัวนั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังหลายโรคอยู่แล้วจึง

รับประทานยาหลายชนิด ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา (Jansa et al., 2010) การศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มควบคุมมีโรคประจำตัวและจำนวนยาที่ใช้ในการรักษา ร้อยละ 60 (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 75) สิทธิในการรักษา กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพ (ร้อยละ 90) ทำให้ผู้สูงอายุให้ความสนใจในเรื่องสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งปัจจัยทางด้านสังคม และเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา (Gwira et al., 2006) จากเหตุผลดังกล่าวจึงส่งผลให้กลุ่มควบคุมมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาหลังการทดลองสูง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนความร่วมมือในการรักษาระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (\bar{d}) ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ มีค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนความร่วมมือในการรักษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการรักษาสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับผลการศึกษาของอาริยา ชัยยศ (2552) เรื่องผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะในการป้องกันโรคเอดส์ต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของพนักงานบริการชายรักชาย โดยใช้แนวคิด IMB model เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของพนักงานบริการชายรักชาย ที่พบว่าพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของพนักงานบริการชายรักชายกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะในการป้องกันโรคเอดส์สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และจากการศึกษาของ Cornman et al. (2007) ศึกษาถึงผลของการนำแนวคิดการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ (IMB Model) มาใช้เพื่อป้องกันการติดโรคเอดส์ของคนขับรถบรรทุกในประเทศอินเดีย โดยการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะป้องกันโรคเอดส์ ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคนขับรถบรรทุกจำนวน 250 คน และได้ให้ถุงยางอนามัยแก่กลุ่มตัวอย่างไปใช้ด้วย หลังจากนั้น 10 เดือน พบว่ากลุ่มคนขับรถบรรทุกเกิดการรับรู้ต่อความเสี่ยงต่อการติดโรคเอดส์ มีความตระหนักต่อการป้องกันโรคเอดส์ มีทักษะในการป้องกันโรคเอดส์ และมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยสูงขึ้นโดยเฉพาะในคู่สมรส เช่นเดียวกับการศึกษาของ Gavgani et al. (2010) ศึกษาผลของ IMB model ในการปรับปรุงพฤติกรรมดูแลตนเอง และค่า HbA_{1c} ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในประเทศอิหร่าน ผู้ป่วยจำนวน 30 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 16 ราย และกลุ่มควบคุม 14 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม IMB model ผลการศึกษาพบว่า การดูแลตนเอง การดูแลด้านอาหาร และด้านการออกกำลังกาย เพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Osborn et al. (2010) ที่ติดตามผลของการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเมือง

เบอริโตริกา ในกลุ่มทดลอง 11 ราย และกลุ่มควบคุม 16 ราย โดยการใช้ IMB model เป็นกรอบแนวคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีความสามารถในการอ่านฉลากอาหาร และมีความร่วมมือในการควบคุมอาหารมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) ระดับน้ำตาล (HbA_{1c}) ลดลงทั้งสองกลุ่ม แต่กลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .008$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Zarani et al. (2010) ศึกษาผลของ IMB model ในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเส้นเลือด (CABG) และประเมินความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางจิตสังคมในการให้ความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยจำนวน 152 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 75 ราย และกลุ่มควบคุม 77 ราย พบว่ากลุ่มทดลองให้ความร่วมมือในการรักษามากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมการปฏิบัติ โดยการใช้ IMB model เป็นพื้นฐานมีประสิทธิภาพ

ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคต่อหีนมีความร่วมมือในการรักษาสูงขึ้น และมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งคะแนนความร่วมมือในการรักษาที่สูงนี้คาดว่าจะช่วยชะลอการเสื่อมลงของการมองเห็น และชะลอปัญหาตาบอดได้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคต่อหีนกลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการรักษาสูงขึ้น ซึ่งเป็นข้อค้นพบที่พยาบาลทั้งที่มีหน้าที่ด้านการบริหาร ปฏิบัติการ การศึกษาและการวิจัยทางการพยาบาล ควรให้ความสำคัญและร่วมกันส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคต่อหีน ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ควรกำหนดมาตรฐานการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหีน โดยการนำแนวคิด การให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ (The Information-Motivation-Behavioral skills Model of Adherence:IMB Model) ของ Fisher et al. (2003) มาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต่อหีน และปรับปรุงระบบบริการ
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพยาบาลผู้สูงอายุโรคต่อหีน ในการจัดการกับความร่วมมือในการรักษาอย่างถูกต้อง

ต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ด้วยการนำแนวคิด The Information-Motivation-Behavioral skills Model of Adherence (IMB Model) มาประยุกต์ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคต่อหิน ข้อปฏิบัติการใช้ยาหยอดตา และข้อมูลเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา การสร้างแรงจูงใจความร่วมมือในการรักษา โดยการปรับเปลี่ยนความเชื่อหรือทัศนคติ ให้รับรู้ความเสี่ยง รับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรักษา โดยใช้แหล่งประโยชน์การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน ญาติ และบุคลากรสาธารณสุข เพื่อสร้างแรงจูงใจในการให้ความร่วมมือในการรักษา การพัฒนาทักษะความร่วมมือในการรักษา เช่น การฝึกทักษะการใช้ยาหยอดตา แก่ผู้สูงอายุโรคต่อหิน เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มการติดตามเพื่อประเมินผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะความร่วมมือในการรักษาในระยะยาว โดยอาจแบ่งช่วงเวลาของการติดตามประเมินผลเป็นทุก 3 เดือน หรือทุก 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินประสิทธิผล ความยั่งยืนของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะความร่วมมือในการรักษา และเพิ่มการประเมินผลลัพธ์ด้านผลการตรวจทางคลินิกของผู้ป่วยเพิ่มเติม ได้แก่ ลานสายตา ระดับความดันลูกตา และข้อประสาทตา เพื่อให้เห็นผลเชิงประจักษ์ชัดเจนยิ่งขึ้น
2. ควรเพิ่มการพัฒนารูปแบบโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะความร่วมมือในการรักษา เพื่อให้การวางแผนในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน และเกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยอย่างสูงสุด

แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ
ประกอบด้วย

1. การให้ข้อมูล ประกอบด้วย การสอนรายกลุ่ม โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ความรู้เรื่องโรคดื้อหิน อาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาประโยชน์ในการใช้ยาหยุดตา ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์/อุปสรรคของความร่วมมือในการรักษา การปฏิบัติตัวเพื่อให้ความร่วมมือในการรักษา และข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาหยุดตาที่ถูกต้องทั้งขนาด จำนวน เวลา และวิธีการวิธีไม่ให้ล้มหยุดตา

2. การสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วย

1) การสร้างแรงจูงใจส่วนบุคคล โดยการดำเนินกิจกรรมเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ แสดงความคิดเห็น มีการแลกเปลี่ยนทัศนคติ ในการรับรู้ ความเสี่ยงรับรู้ประโยชน์/อุปสรรคของความร่วมมือในการรักษา และมี ส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายที่มีต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

2) การสร้างแรงจูงใจทางสังคม โดยการให้กลุ่มร่วมกันกำหนดความ ตั้งใจในการปฏิบัติตัวเพื่อให้บรรลุเป้าหมายความร่วมมือในการรักษา ติดตามทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน เพื่อสอบถามอุปสรรคและ วิธีการจัดการอุปสรรค พร้อมทั้งชักจูงและชี้แนะให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตาม เป้าหมาย ให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุในการปฏิบัติความร่วมมือในการรักษา

3. การพัฒนาทักษะ ประกอบด้วย การสาธิตทักษะการใช้ยาหยุดตา อย่างถูกวิธี โดยผู้วิจัยสาธิตแล้วให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติย้อนกลับเป็น รายบุคคล ฝึกทักษะการทบทวนชื่อยา และปริมาณการใช้ในแต่ละวัน

4. การติดตามและการประเมินผล ภายใต้การสนับสนุนและแนะนำ จากผู้วิจัย ซึ่งประกอบด้วย การติดตามทางโทรศัพท์และการเยี่ยม บ้าน เพื่อกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ ส่งเสริมแรงจูงใจ และติดตาม ความก้าวหน้าในการปฏิบัติ

ความร่วมมือในการรักษา
-พฤติกรรมการใช้ยาหยุดตา
-การมาตรวจตามนัด

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- นงเยาว์ ภูริวัฒน์กุล, วิลาวรรณ ทิพย์มิ่งคล และกาญจนา วงษ์เลี้ยง. (2550). ผลการให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกฟิวเจอร์หักระยะพักฟื้น. **สงขลานครินทร์เวชสาร** 25(1): 19-27.
- นภาพร พรหมคำชาว. (2541). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นวรรตน์ สมเพชร ชิดชนก เรือนก้อน และอัญชลี เพิ่มสุวรรณ. (2549). ผลการเตือนทางโทรศัพท์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยนอก. **สงขลานครินทร์เวชสาร** 25(2) : 89-97.
- บุญชัย หวังศุภติลก. (2548). โรคต่อหินทันยุค. ใน แมนสิงห์ รัตนสุคนธ์ และวิรัช เกียรติศรีสกุล (บรรณาธิการ), *Update management in EENT*, เลขหน้า 169-181. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์,
- บรรลุ ศิริพานิช. (2542). **ผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพมหานคร: สภาผู้สูงอายุไทย.
- เบญจมาศ รอดแผ้วพาล. (2552). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประณีต ส่งวัฒนา และพรทิพย์ ลีลาอนันตกุล. **เทคนิคการถ่ายทอดความรู้ ข้อมูล และการสื่อสารในการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือและดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์**. เอกสารประกอบการเรียนการสอน (อัดสำเนา).
- ปิยพร สุวรรณโชติ. (2543). **กลวิธีที่ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกสูงอายุโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผลทิพย์ ปานแดง. (2547). **ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุพดี รัตตะรังสี. (2545). **การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุทางจักษุวิทยา**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: คอมพิวเตอร์.
- ยุพิน ลีละชัยกุล. (2550). **การรักษาต่อหินโดยการใช้ยา**. กรุงเทพมหานคร : กอไผ่การพิมพ์.

- รจิต ตู๋จินดา. (2544). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ : การศึกษามาตรการการคัดกรองและ
ความชุกของโรคต้อหินในผู้สูงอายุ. แผนงานวิจัยเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ คณะ
 แพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล.
- วลัยพร นันทศุภวัฒน์. (2551). **การพยาบาลผู้สูงอายุ: ความท้าทายกับภาวะประชากร
 สูงอายุ**. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านวิชาการ. (2554). **สถิติผู้ป่วยโรคต้อหินกลุ่มผู้สูงอายุ**. โรงพยาบาล
 สุราษฎร์ธานี .
- สگارรัตน์ คุณาวิศรุต. (2544). การคัดกรองต้อหินเรื้อรัง. **จักษุสาธารณสุข** 15 : 179-182.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. **สารประชากร**. 17 มกราคม 2551.
- สุจินดา ริมศรีทอง , อรุณี โรจนเพ็ญกุล และ ชวลี โฆษิตทาภิวัฒน์. (2536). การศึกษาความรู้
 และความร่วมมือในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคต้อหิน. **วารสารพยาบาล** 42 (กรกฎาคม
 –กันยายน): 233-242.
- อังคณา เมธีไตรรัตน์ และรจิต ตู๋จินดา. (2550). โรคต้อหิน. ใน **วณิชา ขึ้นกองแก้ว และอภิชาติ
 สิงคาลวณิช (บรรณาธิการ), จักษุวิทยา**, หน้า 272 – 291. กรุงเทพมหานคร: ศิริวัฒนา
 อินเตอร์พรีนซ์.
- อาริยา ชัยยศ. (2552). **ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนา
 ทักษะในการป้องกันโรคเอดส์ต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของพนักงาน
 บริการชายรักชาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2553). **เอกสารคำสอนวิชาการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการ
 พยาบาล**. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร กาญจนรักษ์. (2545). **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ
 ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
 สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- Ashaye, A. O., Adeoye, A. O. (2008). Characteristics of patients who dropout from a
 glaucoma clinic. **Journal of Glaucoma** 17: 227-232.
- Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Sudano, J., and Patterson, M. (2000). The
 association between age and health literacy among elderly persons. **Journals of**

Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences 55: s368-s374.

- Balkrishnan, R., et al. (2003). Medication-related predictors of health-related quality of life in glaucoma patients enrolled in a medicare health maintenance organization. **The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy** 1: 75-81.
- Bandura, A. (1997). **A social learning theory**. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bramley, T., Peeples, P., Walt, J. G., Juhasz, M., and Hansen, J. E. (2008). Impact of vision loss on costs and outcomes in medicare beneficiaries with glaucoma. **Arch Ophthalmol** 126(6): 849-856.
- Budenz, D. L. (2009). A clinician's guide to the assessment and management of nonadherence in Glaucoma. **American Academy of Ophthalmology** 116: s43-s47
- Cimberie, M. (2008). Study identifies factors associated with poor glaucoma treatment compliance. **Ocular Surgery News** (February 2008) : 20.
- Comman, D. H., Schmiege, S. J., Brayan, A., Benziger, T.J., and Fisher, J. D. (2007). An information-motivation- behavioral skills (IMB Model) model-based HIV prevention intervention for truck drivers in India. **Journal of Social Science & Medicine** 64(8): 1572-1584.
- Coleman, A. L., and Miglior, S. (2008). Risk factors for glaucoma onset and progression. **Survey of Ophthalmol** 53(Suppl 1): s3-s10.
- Curtis, C., Lo, E., Ooi, L., Bennett, L., and Long, J. (2009). Factors affecting compliance with eye drop therapy for glaucoma in a multicultural outpatient setting. **Contemporary Nurse** 31: 121-128.
- Dietlein, T. S., et al. (2008). Self-application of single-use eyedrop containers in an elderly population: comparisons with standard eyedrop bottle and with younger patients. **Acta Ophthalmologica** 86: 856-859.
- Djafari, F., Lesk, M. R., Harasymowycz, P. J., Desjardins, D., and Lachaine, J. (2009). Determinants of adherence to glaucoma medical therapy in a long-term patient population. **Journal of Glaucoma** 18: 238-242.
- Dracup, K. A., and Meleis, A. I. (1982). Compliance: An interactionist approach. **Nursing Reserch** 31(1): 31-36.

- Dreer, L. E., Girkin, C., and Mansberger, S. L. (2011). Determinants of medication adherence to topical glaucoma therapy. *Journal of Glaucoma* May(26).
- Esteban, N., et al. (2008). Visual impairment and quality of life: gender differences in the elderly in Cuenca, Spain. *Quality Life Research* 17: 37-45.
- Evans, J. R., Fletcher, A. E., and Wormald, R. P. (2007). Depression and anxiety in visually impaired older people. *American Academy of Ophthalmology* 114: 283-288.
- Fisher, W. A., Fisher, J. D., and Harman, J. (2003). The Information-Motivation-Behavioral Skills Model: A general social psychological approach to understanding and promoting health behavior. In: Suls, J., Wallston, K. A., editors, *Social psychological foundations of health and illness*, 82-106. Malden : Blackwell.
- Freeman, E. E., et al. (2008). Glaucoma and quality of life. *American Academy of Ophthalmology* 115: 233-238.
- Friedman, D. S., et al. (2004). Prevalence of open-angle glaucoma among adults in the United States. *Arch Ophthalmol* 122(4): 532-538.
- Friedman, D. S., Jampel, H. D., Munoz, B., and West, S. K. (2006). The prevalence of open-angle glaucoma among blacks and whites 73 Years and Older. *Arch Ophthalmol* 124: 1625-1630.
- Friedman, D. S., et al. (2007). Using pharmacy claims data to study adherence to glaucoma medications: methodology of the Glaucoma Adherence and Persistency Study (GAPS). *Investigative Ophthalmology & Visual Science* 48: 5052-5057.
- Friedman, D. S., et al. (2008). Doctor–patient communication in glaucoma care. *American Academy of Ophthalmology* 116: 2277-2285.
- Friedman, D. S., et al. (2008). Doctor–patient communication, health-related beliefs, and adherence in glaucoma. *American Academy of Ophthalmology* 115: 1320-1327.
- Friedman, D. S., et al. (2009). Risk factors for poor adherence to eyedrops in electronically monitored patients with glaucoma. *American Academy of Ophthalmology* 116: 1097-1105.

- Gavgani, R. M., Poursharifi, H., and Aliasgarzadeh, A. (2010). Effectiveness of Information-Motivation and Behavioral skill (IMB) model in improving self-care behaviors & Hba1c measure in adults with type2 diabetes in Iran-Tabriz. **Procedia Social and Behavioral Sciences** 5 (2010): 1868-1873.
- Gelb, L., et al. (2008). Physician beliefs and behaviors related to glaucoma treatment adherence. **Journal of Glaucoma** 17(8): 690-698.
- Gray, T. A., et al. (2010). Preliminary survey of education support for patients prescribed ocular hypotensive therapy. **Eye** 24: 1777-1786.
- Gurwitz, J. H., Yeomans, S. M, Glynn, R. J, et al. (1998). Patient noncompliance in the managed care setting. The case of medical therapy for glaucoma. **Medical Care** 36 : 357-369.
- Gupta, R., Patil, B., Shas, B. M., et al. (2011). Evaluating eye drop instillation technique in glaucoma patients. **Journal Glaucoma** 2 (2011) : 1-4.
- Gwira, J. A., et al. (2006). Factors associated with failure to follow up after glaucoma screening. **American Academy of Ophthalmology** 113: 1315-1319.
- Hayman, K. J., et al. (2007). Depression in older people: Visual impairment and subjective ratings of health. **Optometry and Vision Science** 84(11): 1024-1030.
- Haynes, R. B. (1978). Introduction. In: **Compliance in Health Care**. John Hopkins Press Baltimore: 1-18.
- Heneghan, C. J., Glasziou, P., and Perera, R. (2006). **Remainder packaging for improving adherence to self-administered long-term medications (Review)**. Retrieved September 4, 2006, from <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD005025/pdf fs.htm>
- Hennessy, A. L., Katz, J., Covert, D., et al. (2010). Videotaped evaluation of eyedrop instillation in glaucoma patients with visual impairment or moderate to severe visual field loss. **American Academy of Ophthalmology** 117: 2345-2352.
- Herndon, L. W., Brunner, T. M., and Rollins, J. N. (2006). The glaucoma research foundation patient survey: Patient understanding of glaucoma and its Treatment. **American Academy of Ophthalmology** 141: s22-s27.
- Hermann, M. M., Ustundag, C., and Diestelhorst, M. (2010). Electronic compliance

- monitoring of topical treatment after ophthalmic surgery. **International Ophthalmology** 30: 385-390.
- Hoevenaars, J. G., Schouten, J. S., Borne, B. V., Beckers, H. J., and Webers, C. A. (2006). Socioeconomic differences in glaucoma patients' knowledge, need for information and expectations of treatments. **Acta Ophthalmologica Scandinavica** 84: 84-91.
- Janz, N. K., et al. (2007). Fear of blindness in the collaborative initial glaucoma treatment study. **American Academy of Ophthalmology** 114: 2213-2220.
- Juzych, M. S., et al. (2008). Functional health literacy in patients with glaucoma in urban settings. **Arch Ophthalmol** 126(5): 718-724.
- Krueger, K. P., Berger, B. A., and Felkey, B. (2005). Medication adherence and persistence: A comprehensive review. **Advances in Therapy** 22(4): 313-340.
- Kharod, B. V., Johnson, P. B., Nesti, H. A., and Rhee, D. J. (2006). Effect of written instructions on accuracy of self-reporting medication regimen in glaucoma patients. **Journal of Glaucoma** 15: 244-247.
- Kholdebarin, R., Campbell, R. J., Jin, Y. P., and Buys, Y. M. (2008). Multicenter study of compliance and drop administration in glaucoma. **Canadian Journal of Ophthalmology** 43: 454-461.
- Konstas, A. P., Maskaleris, G., Gratsonidis, S., and Sardell, I. C. (2000). Compliance and viewpoint of glaucoma patients in Greece. **Eye** 14: 752-756.
- Kyngas, H. V., Duffy, M. E., and Kroll, T. (2000). Conceptual analysis of compliance. **Journal of Clinical Nursing** 9: 5-12.
- Lacey, J., Cate, H. and Broadway, D. C. (2009). Barriers to adherence with glaucoma medications: a qualitative research study. **Eye** 23: 924-932.
- Lamoreux, E. L., et al. (2008). Visual impairment, causes of vision loss, and Fall: The Singapore Malay eye study. **Investigative Ophthalmology & Visual Science** 49 (2): 528-533.
- Lee, P. P., Walt, J. G., Chiang, T. H., Guckian, A., and Keener, J. (2007). A gap analysis approach to assess patient persistence with glaucoma medication. **American Journal of Ophthalmology** 144(4) : 520-524.

- Lin, C. H., et al. (2011). Associated factors for falls among the community-dwelling older people assessed by annual geriatric health examinations. **PLoS ONE** 6(4)
- Lunnela, J., Kaariainen, M., and Kyngas, H. (2011). Adherence of Finnish people with glaucoma to treatment plans and connected factors. **International Journal of Circumpolar Health** 70(1): 79-89.
- Mabuchi, F., et al. (2008). High prevalence of anxiety and depression in patients with primary open-angle glaucoma. **Journal of Glaucoma** 17: 552-557.
- McDonald, H. P., Haynes, R. B., and Garg, A. X. (2002). Interventions to enhance patients to medication prescriptions. **Journal of American Medical Association** 11(288) : 2868-2879.
- Murray, M. D., et al. (2004). A conceptual framework to study medication adherence in older adults. **The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy** 2: 36-43.
- Muir, K. W., et al. (2006). Health literacy and adherence to glaucoma therapy. **American Academy of Ophthalmology** 142: 223-226.
- Nordstrom, B., et al. (2005). Persistence and adherence with topical glaucoma therapy. **American Academy of Ophthalmology** 140: 598-606.
- Ngan, R., Lam, D. L., Mudumbai, R. C., and Chen, P. P. (2007). Risk factors for noncompliance with follow-up among normal-tension glaucoma suspects. **American Academy of Ophthalmology** 144: 310-311.
- Okeke, C. O., et al. (2009). Adherence with topical glaucoma medication monitored electronically. **American Academy of Ophthalmology** 116: 191-199.
- Olthoff, C. M., Schouten, J. S., Borne, B. W., and Webers, C. A. (2005). Noncompliance with ocular hypotensive treatment in patients with glaucoma or ocular hypertension. **American Academy of Ophthalmology** 112: 953-961.
- Olthoff, C. M., Hoevenaars, J. G., Borne, B. W., Webers, C. A., and Schouten, J. S. (2009). Prevalence and determinants of non-adherence to topical hypotensive treatment in Dutch glaucoma patients. **Graefe's Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology** 247: 235-243.
- Osborn, C. Y., et al. (2010). A brief culturally tailored intervention for Puerto Ricans with type 2 diabetes. **Health Education Behavior** 37 (6): 849-862.

- Osterberg, L., and Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. **The New England Journal of Medicine** 353: 487-497.
- Pappa, C., et al. (2006). Psychiatric manifestations and personality traits associated with compliance with glaucoma treatment. **Journal of Psychosomatic Research** 61 : 609-617.
- Piette, J. D., Heisler, M., and Wagner, T. H. (2004). Cost-related medication underuse: do patients with chronic illnesses tell their doctors. **Archives of Internal Medicine** 164: 1749-1755.
- Polit, D. F., and Beck, C. T. (2004). **Nursing research: Principles and methods**. 7th ed. Philadelphia: Lippincott,
- Poulsen, P. B., Buchholz, P., Walt, J. G., Christensen, T. L., and Thygesen, J. (2005). Cost analysis of glaucoma-related blindness in Europe. **International Congress Series** 1282: 262-266.
- Prevent Blindness America and the National Eye Institute. (2008). **Vision problems in the US: Prevalence of adult vision impairment and age related eye disease in America**. [Online]. Available from: http://www.preventblindness.org/vpus/2008_update/VPUS_2008_update.pdf [2011, June 6].
- Quigley, H. A. (2011). Glaucoma. **Lancet** 377 : 1367-1377.
- Quigley, H. A., and Broman, A. T. (2006). The number of people with glaucoma worldwide in 2010 And 2020. **British Journal of Ophthalmology** 90: 262 - 267.
- Quigley, H. A., Friedman, D. S., and Hahn, S. R. (2007). Evaluation of practice patterns for the care of open-angle glaucoma compared with claims data: the glaucoma adherence and persistency study. **American Academy of Ophthalmology** 114: 1599-1606.
- Rahman, R. A. (2002). Patterns of non-compliance to anti-glaucoma medications. **Asian Journal of Ophthalmology** 4: 16-23.
- Reardon, G., Schwartz, G. F., and Mozaffari, E. (2004). Patient persistency with topical ocular hypotensive therapy in a managed care population. **American Academy of Ophthalmology** 137: s3-12.
- Rees, G., Leong, O., Crowston, J. G., and Lamoureux, E. L. (2010). Intentional and

- unintentional nonadherence to ocular hypotensive treatment in patients with glaucoma. **American Academy of Ophthalmology** 117: 903-908.
- Resnikoff, S., et al. (2004). Global data on visual impairment in the year 2002. **Bulletin of the World Health Organization** 82(11): 844-851.
- Ritch, R., et al. (2003). An improved technique of eye drop self-administration for patients with limited vision. **American Academy of Ophthalmology** 135: 530-533.
- Robert, R., Kalim, N., Rabia, G., and Jeffrey, M. L. (2003). An Improved technique of eye drop self administration for patients with limited vision. **American Journal of Ophthalmology** 135(4) : 530-533.
- Robin, A. L., Novack, G. D., Covert, D. W., Crockett, R. S., and Marcic, T. S. (2007). Adherence in glaucoma: objective measurements of once-daily and adjunctive medication use. **American Academy of Ophthalmology** 144: 533-540.
- Salyani, A., and Birt, C. (2005). Evaluation of an eye drop guide to aid self-administration by patients experienced with topical use of glaucoma medication. **Canadian Journal of Ophthalmology** 40(2): 170-174.
- Sathyamangalam, R. V., et al. (2009). Determinants of glaucoma awareness and knowledge in urban Chennai. **Indian Journal of Ophthalmol** 57: 355-360.
- Schlenk, A. E., Jacob, J. D., and Engberg, S. (2004). Medication non-adherence among older adults. **Journal of Gerontological Nursing** 30(7): 33-41.
- Schwartz, G. F. (2005). Compliance and persistency in glaucoma follow-up treatment. **Current Opinion in Ophthalmology** 16: 114-121.
- Schwartz, G. F. (2006). Adherence and persistence in glaucoma. Franz & Stamper, **Glaucoma**, 91-104. NewYork : Springer Berlin Heidelberg.
- Schwartz, G. F., et al. (2007). Accounting for restart rates in evaluating persistence with ocular hypotensives. **American Academy of Ophthalmology** 114: 648-652.
- Schwartz, G. F. and Quigley, H. A. (2008). Adherence and persistence with glaucoma therapy. **Survey of Ophthalmology** 53(1): 57-68.
- Shu, E. Mermina, Z. and Nystrom, K. (1996). Telephone reassurance program for elderly home care clients after discharge. **Home Health Nurse** 14: 155-161.

- Skalicky, S., and Goldberg, I. (2008). Depression and quality of life in patients with glaucoma: A cross-sectional analysis using the geriatric depression scale-15, assessment of function related to vision, and the glaucoma quality of life-15. **Journal of Glaucoma** 17: 546-551.
- Sleath, B., Robin, A., Covert, D., et al. (2006). Patient-reported behavior and problems using glaucoma medications. **American Academy of Ophthalmology** 113: 431-436.
- Sleath, B., et al. (2009). Self-reported prevalence and factors associated with nonadherence with glaucoma medications in Veteran Outpatients. **The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy** 7(2): 67-73.
- Soroka, M. S., Krumholz, D. M., and Wende, J. (2010). Glaucoma among patients enrolled in a national vision care plan. **Optometry** 81: 663-670.
- Stamper, R. L., Lieberman, M. F., and Drake, M. V. (2009). **Becker-Shaffer's Diagnosis and therapy of the glaucomas**. 8th ed. New York : Mosby&Elsevier Inc,
- Starace, F., Massa, A., Amico, K. R., and Fisher, J. D. (2006). Adherence to antiretroviral therapy: An empirical test of the information–motivation–behavioral skills model. **Health Psychology** 25(2): 153-162.
- Stewart, W. C., Konstas, A. G., and Pfeiffer, N. (2004). Patient and ophthalmologist attitudes concerning compliance and dosing in glaucoma treatment. **Journal of Ocular Pharmacology and Therapeutics** 20(6): 461-469.
- Stone, J. L., Robin, A. L., Novack, G. D., et al. (2009). An objective evaluation of eyedrop instillation in patients with glaucoma. **Arch Ophthalmol** 127(6): 732-736.
- Stryker, J. E., et al. (2010). An exploratory study of factors influencing glaucoma treatment adherence. **Journal of Glaucoma** 19(1): 66-72.
- Tabachnick, B. G., and Fidell, I. S. (1996). **Using Multivariate Statistics**. New York: Harper Colins College.
- Taylor, S. A., Galbraith, S. M., and Mills, R. P. (2002). Causes of non-compliance with drug regimens in glaucoma patients: A qualitative study. **Journal of Ocular Pharmacology and Therapeutics** 18: 401-409.
- Tsai, J. C., et al. (2003). Compliance barriers in glaucoma: a systematic

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน
นายแพทย์ดามพ์ มุกต์มณี	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจักษุวิทยา โรงพยาบาล สุราษฎร์ธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ	อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาล ผู้สูงอายุ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
อาจารย์ดร.ยุวดี วิทย์พันธ์	อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาล ชุมชน ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
นางสาวกนกวรรณ หอมจันทร์นากุล	พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง งานการพยาบาล ผู้ป่วยในจักษุ โรงพยาบาลขอนแก่น
นางสาวเพ็ญพโยม เสงี่ยมบัติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาล ผู้ป่วยในจักษุ โรงพยาบาลราชวิถี

ที่ ศบ 0512.11/ ๕341



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 ธันวาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

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

เนื่องด้วย นางเดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล-การสร้างแรงจูงใจ-การพัฒนาทักษะต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคคอตีบ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ ดามพ์ มุกค์มณี ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคทางจักษุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นายแพทย์ ดามพ์ มุกค์มณี

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ โทร. 0-2218-1156

ชื่อนิสิต

นางเดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล โทร. 08-6475-8977

ที่ ศบ 0512.11/ 2341



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 ธันวาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

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

เนื่องด้วย นางเดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล-การสร้างแรงจูงใจ-การพัฒนาทักษะต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต่อหีน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณปะภรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารี กังใจ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารี กังใจ

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณปะภรณ์ โทร. 0-2218-1156

ชื่อนิสิต

นางเดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล โทร. 08-6475-8977

ที่ ศธ 0512.11/ 2341



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

19 ธันวาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

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

เนื่องด้วย นางเดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล-การสร้างแรงจูงใจ-การพัฒนาทักษะต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต่อหิน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. ยูวดี วิทพันธ์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ดร. ยูวดี วิทพันธ์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ โทร. 0-2218-1156

ชื่อนิสิต

นางเดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล โทร. 08-6475-8977

ที่ ศธ 0512.11/ 2341



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 ธันวาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

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

เนื่องด้วย นางเดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล-การสร้างแรงจูงใจ-การพัฒนาทักษะต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคคอตีบ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวกนกวรรณ หอมจันทนากุล พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง ปฏิบัติงานทางด้านการพยาบาลฉุกเฉินหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวกนกวรรณ หอมจันทนากุล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ โทร. 0-2218-1156

ชื่อนิสิต

นางเดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล โทร. 08-6475-8977

ที่ ศบ 0512.11/ 2341



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

17 ธันวาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

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

เนื่องด้วย นางเดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล-การสร้างแรงจูงใจ-การพัฒนาทักษะต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคค้อหิน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวเพ็ญพโยม เศษสมบัติ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติงานทางด้านการศึกษาพยาบาลจักษุ ผู้ป่วยจักษุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวเพ็ญพโยม เศษสมบัติ

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ โทร. 0-2218-1156

ชื่อนิสิต

นางเดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล โทร. 08-6475-8977

ภาคผนวก ข
หนังสือพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือ
และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ที่ ศธ 0512.11/ ๒๓๗๕



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชน ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๓ ธันวาคม 2554

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์
ให้นิติศาสตร์ทลงใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เนื่องด้วย นางเดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรม
การให้ข้อมูล-การสร้างแรงจูงใจ-การพัฒนาทักษะต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคข้อหิน”
โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ประสงค์
จะเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ซึ่งโครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัยเพื่อเข้ารับการ
พิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิติศาสตร์
ทลงใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อหิน รักษาใน
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี รวมทั้งสิ้นจำนวน 50 คน โดยใช้โปรแกรมให้ข้อมูล – การสร้างแรงจูงใจ –
การพัฒนาทักษะ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคข้อหินและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคข้อหิน แบบวัดแรงจูงใจ
ความร่วมมือในการรักษา แบบวัดทักษะในการใช้ยาหยอดตา แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและ
แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา ทั้งนี้นิติศาสตร์จะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการสัมภาษณ์
เพื่อเป็นข้อมูลในการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางเดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล เสนอโครงการวิจัย
เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม ดำเนินการทลงใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน
และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิติ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ โทร. 0-2218-1156

นางเดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล โทร. 086 - 4758977

ภาคผนวก ค
เอกสารวิจัยธรรม



เอกสารรับรองจริยธรรมทางการวิจัย

เอกสารฉบับนี้ เพื่อแสดงว่า โครงการวิจัย
เรื่อง ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล-แรงจูงใจ-การพัฒนาทักษะต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุ
โรคต่อหิน

ผู้วิจัย คือ นางเดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล
หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีแล้ว และเห็นว่าผู้วิจัยต้องดำเนินการตามโครงการวิจัยที่ได้กำหนดไว้แล้ว หากมีการปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขใด ๆ ควรผ่านความเห็นชอบหรือแจ้งต่อคณะกรรมการจริยธรรมทางการวิจัยอีกครั้ง

ออกให้ ณ วันที่ ๑๓ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๕

ลงชื่อ

(นายคัมภีร์ มุกด์มณี)

นายแพทย์ ระดับชำนาญการ

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงชื่อ

(นายธรรมบุญ สุขมานันท์)

ผู้อำนวยการ

ลำดับที่ ๖ /๒๕๕๕

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ถ.ศรีวิชัย อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี ๘๔๐๐๐
โทร. (๐๗๗) ๒๗๒๒๓๑ ต่อ๒๔๖๔, โทรสาร (๐๗๗) ๒๘๓๒๕๗

ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 1.2 แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา

ชุดที่ 2 เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ ประกอบด้วย

2.1 คู่มือการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ

2.2 แผนการสอน และสื่อสไลด์ ประกอบด้วยแผนการสอน จำนวน 2 ชุด คือ

- 1) แผนการสอนชุดที่ 1 เรื่อง “โรคต่อหิน...ภัยเงียบ”
- 2) แผนการสอนชุดที่ 2 เรื่อง “ข้อปฏิบัติในการใช้ยาหยอดตา”

2.3 คู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคต่อหิน

2.4 ปฏิทินบันทึกตารางการหยอดตา

2.5 อุปกรณ์ช่วยหยอดตา

2.6 ตารางเวลาที่ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตาม และแนวคำถามที่ใช้ในการติดตามทางโทรศัพท์

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

- 3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน
- 3.2 แบบวัดแรงจูงใจความร่วมมือในการรักษา
- 3.3 แบบประเมินทักษะการใช้ยาหยอดตา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการหยุดยา/รับประทานยา การมาตรวจตามนัด โปรดตอบแบบสอบถามในส่วนต่อไปนี้ และทำเครื่องหมาย

✓ ในช่องว่างที่กำหนดให้ตรงกับความเป็นจริง คือ

เป็นประจำ หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

บ่อยครั้ง หมายถึง ทำกิจกรรมนั้น โดยเฉลี่ย 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์

บางครั้ง หมายถึง ทำกิจกรรมนั้น โดยเฉลี่ย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์

น้อยครั้ง หมายถึง ไม่ทำกิจกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉลี่ย 1-2 ครั้งต่อ

สัปดาห์

ไม่เลย หมายถึง ไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลยในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	น้อยครั้ง	ไม่เลย
1. ท่านหยุดยา รับประทานยาตรงตามเวลาที่แพทย์สั่งทุกครั้ง					
2. ท่านเพิ่มหรือลดจำนวนครั้งของการหยุดยา/และ/หรือรับประทานยาด้วยตัวเอง					
3. ท่านหยุดยาต่อเนื่องเฉพาะช่วงที่ใกล้จะมาพบแพทย์					
4. ท่านหยุดยาตรงเวลาเฉพาะช่วงที่ใกล้จะมาพบแพทย์					
5. ท่านหยุดยาโดยใช้มือข้างหนึ่งดึงเปลือกตาล่างลง เพื่อให้เป็นแอ่ง					
6. ขณะหยุดยาท่านจับขวดยาห่างจากตาประมาณ 2-3 เซนติเมตร เพื่อไม่ให้ปลายขวดยาสัมผัสเปลือกตา					
.					
.					
.					
15. ท่านใช้ยาหยอดตาแต่ละครั้งมากกว่า 1 หยด					

เครื่องมือดำเนินการทดลอง
ตัวอย่างคู่มือการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และ
การพัฒนาทักษะ



คู่มือการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ
และการพัฒนาทักษะการให้ความร่วมมือในการรักษา



จัดทำโดย
นางเดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณะปกรณ
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ครั้งที่ 1

การให้ข้อมูล และการสร้างแรงจูงใจความร่วมมือในการรักษา

ประกอบด้วย

1. การให้ข้อมูลเรื่อง “โรคต่อหิน...ภัยเงียบ”
2. การให้ข้อมูลเรื่อง “ข้อปฏิบัติ...การใช้ยาหยอดตา”
3. กิจกรรมอภิปรายกลุ่ม “แสงสว่าง...นำชีวิต”

วิธีการสอน บรรยาย พร้อมฉายสไลด์ประกอบการสอน แสดงรูปภาพ

เวลา 1 ชั่วโมง 40 นาที

ผู้สอน ผู้วิจัย

ผู้เรียน ผู้สูงอายุโรคต่อหิน

การจัดกิจกรรมครั้งที่ 1 ประกอบด้วย

1. สร้างสัมพันธภาพ ด้วยการแนะนำตัวตัวเองกับผู้สูงอายุ
2. ให้ข้อมูลตามแผนการสอน เรื่อง “โรคต่อหิน...ภัยเงียบ”
3. ให้ข้อมูลตามแผนการสอนเรื่อง “ข้อปฏิบัติ...การใช้ยาหยอดตา”
4. กิจกรรมอภิปรายกลุ่มในประเด็น “แสงสว่าง...นำชีวิต”
5. ประเมินผลความรู้เรื่องโรคต่อหิน และข้อปฏิบัติในการใช้ยาหยอดตาจากแบบกำกับการทดลอง

วัตถุประสงค์ทั่วไป เมื่อสิ้นสุดการจัดกิจกรรมผู้เรียนสามารถ

1. บอกความหมายของโรคต่อหินได้
2. บอกเกี่ยวกับสาเหตุของโรคต่อหินได้
3. บอกเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดโรคต่อหินได้
4. บอกเกี่ยวกับอาการของโรคต่อหินได้
5. บอกเกี่ยวกับชนิดของโรคต่อหินได้
6. บอกเกี่ยวกับการรักษาโรคต่อหินได้
7. บอกเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาหยอดตาได้
8. บอกถึงอุปสรรคความร่วมมือในการรักษาโรคต่อหินได้
9. บอกการปฏิบัติตัวในการให้ความร่วมมือการรักษาโรคต่อหินได้
10. บอกหลักในการใช้ยาที่ถูกต้องได้
11. บอกประโยชน์ของการใช้ยารักษาโรคต่อหินได้
12. บอกวิธีการหยอดตาได้

กิจกรรม	ระยะเวลา (นาที)	สื่อ
1. สร้างสัมพันธภาพ ด้วยการแนะนำตัว ตัวเองกับผู้สูงอายุ	5	
2. ผู้วิจัยให้ความรู้ตามแผนการสอน เรื่อง 1) โรคต้อหิน...ภัยเงียบ 2) ข้อปฏิบัติในการใช้ยาหยอดตา	40-60	แผนการสอนชุดที่ 1 เรื่อง “โรค ต้อหิน...ภัยเงียบ” และ เรื่อง “ข้อปฏิบัติ...การใช้ยาหยอด ตา” โดยใช้สื่อสไลด์ประกอบ
3. กิจกรรมอภิปรายกลุ่มในประเด็น “แสงสว่าง...นำชีวิต”จากนั้นผู้วิจัยกล่าวสรุป ถึงประโยชน์ และผลลัพธ์ที่เกิดจากความ ร่วมมือในการรักษา	30	มอบคู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วย โรคต้อหิน
4. ประเมินผลความรู้เรื่องโรคต้อหิน และข้อปฏิบัติในการใช้ยาหยอดตา	15	ประเมินจากแบบกำกับการ ทดลอง

ตัวอย่างแนวคำถามที่ใช้ในการติดตามทางโทรศัพท์

1. “สวัสดีคะ ดิฉันนางเดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล คุณ....สะดวกจะพูดโทรศัพท์ขณะนี้
หรือไม่คะ”
2. “สบายดีหรือไม่คะ”
3. “การใช้ยาหยอดตาเป็นอย่างไรบ้างคะ”
4. “คุณ...หยอดตา (เช้า เทียง เย็น) หรือยังคะ”
5. “ยาหยอดตาชนิดไหนบ้างคะ”

ตารางเวลาการโทรศัพท์ติดตาม

คนที่	ครั้งที่	วันที่	หมายเหตุ
1	1		
	2		
2	1		
	2		
3	1		
	2		

ตัวอย่างแผนการสอน
 แผนการสอนตามโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ
 และการพัฒนาทักษะ



แผนการสอน
 แผนการสอนตามโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ
 และการพัฒนาทักษะ



จัดทำโดย
 นางเดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล
 อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณะปกรณ
 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการสอนชุดที่ 1

เรื่อง	“โรคต่อหิน...ภัยเงียบ”
วิธีการสอน	บรรยาย
ผู้สอน	นางเดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล
ผู้เรียน	ผู้สูงอายุโรคต่อหิน
สถานที่	ห้องประชุมคลินิกจักษุ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
เวลาที่สอน	40 นาที
วัตถุประสงค์ทั่วไป	เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนผู้เรียนสามารถ
	<ol style="list-style-type: none"> 1. บอกความหมายของโรคต่อหินได้ 2. บอกเกี่ยวกับสาเหตุของโรคต่อหินได้ 3. บอกเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดโรคต่อหินได้ 4. บอกเกี่ยวกับอาการของโรคต่อหินได้ 5. บอกเกี่ยวกับชนิดของโรคต่อหินได้ 6. บอกเกี่ยวกับการรักษาโรคต่อหินได้ 7. บอกเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาหยอดตาได้ 8. บอกถึงอุปสรรคความร่วมมือในการรักษาโรคต่อหินได้ 9. บอกการปฏิบัติตัวในการให้ความร่วมมือการรักษาโรคต่อหินได้

วัตถุประสงค์เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	เวลา	ประเมินผล
1.ภายหลังจบกิจกรรมนี้แล้ว ผู้สูงอายุสามารถบอกความหมายของโรคต้อหินได้	<p>บทนำ</p> <p>มีการคาดการณ์ว่าทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยโรคต้อหิน เพิ่มขึ้นจาก 60.5 ล้านคนในปี ค.ศ. 2010 เป็น 80 ล้านคนในปี ค.ศ. 2020 และมีคนตาบอดจากโรคต้อหินคิดเป็นร้อยละ 12 ของคนตาบอดทั่วโลก โรคต้อหินเป็นสาเหตุที่สำคัญของภาวะตาบอดในผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 12.3 ซึ่งโรคต้อหินพบได้มากตามอายุที่เพิ่มขึ้น พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปี สำหรับประเทศไทยโรคต้อหินเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะตาบอด คือ ร้อยละ 65.6 ในคนตาบอดที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป และความชุกของโรคต้อหินในผู้สูงอายุ พบร้อยละ 6.1</p> <p>ดังนั้นการมีความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับโรคต้อหิน รวมถึงผลที่ตามมา เพื่อให้รู้เท่าทันอันตรายจากโรคต้อหิน และให้ความร่วมมือในการรักษาได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ จะสามารถช่วยป้องกัน และลดอุบัติการณ์ของการสูญเสียการมองเห็นได้</p>	<p>-กล่าวทักทาย แนะนำตนเอง และบอก วัตถุประสงค์ ของการสอนสุข ศึกษา และ ประโยชน์ที่จะ ได้รับ</p>	<p>- ภาพ สไลด์ แสดง อุบัติเหตุ การณ์ โรค ต้อหิน</p>	3 นาที	<p>-การให้ ความสนใจ -ความ ร่วมมือใน กิจกรรม -การพูดคุย โต้ตอบและ การซักถาม</p>
	<p>ความหมายของโรคต้อหิน</p> <p>ต้อหินเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความดันในลูกตาสูงขึ้น จนทำให้มีการเปลี่ยนแปลงและทำลายขั้วประสาทตา (optic nerve head) ทำให้สูญเสียการมองเห็น การสูญเสียการมองเห็นจะเริ่มที่ขอบนอกของลานสายตาส่วนตรงกลาง ภายังเห็นชัด มักจะเป็นสองข้าง โดย</p>	<p>-ผู้สอนอธิบาย เกี่ยวกับ ความหมายของ โรคต้อหิน -ผู้เขียนรับฟัง การบรรยาย</p>	<p>-ภาพ สไลด์ แสดง ข้อ ความ และ รูป ภาพ</p>	2 นาที	<p>-การให้ ความสนใจ -ความ ร่วมมือใน กิจกรรม</p>

แผนการสอนชุดที่ 2


เรื่อง	“ข้อปฏิบัติในการใช้ยาหยอดตา”
วิธีการสอน	บรรยาย
ผู้สอน	นางเดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล
ผู้เรียน	ผู้สูงอายุโรคต้อหิน
สถานที่	ห้องประชุมคลินิกจักษุ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
เวลาที่สอน	20 นาที
วัตถุประสงค์ทั่วไป	เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนผู้เรียนสามารถ
	<ol style="list-style-type: none"> 1. บอกหลักในการใช้ยาที่ถูกต้องได้ 2. บอกประโยชน์ของการใช้ยารักษาโรคต้อหินได้ 3. บอกวิธีการหยอดตาได้ 4. บอกข้อควรปฏิบัติในการใช้ยาได้ 5. บอกกลวิธีไม่ให้ลืมหยอดตา/รับประทานยาได้

วัตถุประสงค์ เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรม การเรียนรู้ การสอน	สื่อการ สอน	เวลา	ประเมิน ผล
1.ภายหลังจบ กิจกรรมนี้ แล้วผู้สูงอายุ บอกหลักใน การใช้ยาที่ถูก ต้องได้	<p>บทนำ</p> <p>การใช้ยาหยอดตา รักษาต้อ หินเป็นการรักษาเบื้องต้นที่ดีที่สุด เพราะสะดวก ปลอดภัยและมี ประสิทธิภาพ แต่ผู้ป่วยจำเป็นต้อง ใช้ยาหยอดตาทุกวันตลอดชีวิต ปัจจุบันมียาหยอดตา รักษาโรคต้อ หินหลายชนิดแตกต่างกันที่กลไก การออกฤทธิ์ ประสิทธิภาพและ อาการข้างเคียง</p>	<p>-บอกวัตถุประสงค์ ของการ สอน สุข ศึกษาและ ประโยชน์ ที่จะได้รับ</p>		2 นาที	-การให้ ความ สนใจ
	<p>หลักในการใช้ยาที่ถูกต้อง</p> <p>ยา เปรียบเสมือนดาบสอง คม มีทั้งคุณอนันต์และโทษมหันต์ หากเราใช้ยาไม่ถูกต้อง หรือใช้โดย ไม่ระมัดระวังก็อาจทำให้เกิด อันตราย ทำให้การรักษาไม่ได้ผล ดังนั้น จะเห็นได้ว่าทราบใดที่เรายัง ต้องใช้ยาก็ควรที่จะต้องมีความรู้ เกี่ยวกับการใช้ยาด้วย เช่น วิธีการใช้ยาที่ถูกต้องและปลอดภัย การอ่านฉลากยาและคำแนะนำ พิเศษต่างๆ วิธีปฏิบัติเมื่อแพ้ยา การสังเกตความเสื่อมสภาพของยา การเก็บยาที่ถูกวิธี หลักการใช้ยาที่ถูกต้องนั้น ควร ตระหนักไว้เสมอว่า</p> <ul style="list-style-type: none"> • ใช้ยาถูกโรค 	<p>-ผู้ ส อ น อ ธิ บ า ย เกี่ ว กั บ ห ลั ก ใน การ ใช้ ยา ที่ ถูก ตั อ ง -ผู้เรียนรับ พื ง ก า ร บรรยาย</p>	<p>-ภาพ สไลด์ แสดงข้อ ความ และ รูปภาพ เรื่อง หลักใน การใช้ ยาโรค ต้อหิน</p>	2 นาที	-ความ ร่วมมือใน กิจกรรม -การ พูดคุย โต้ตอบ และการ ซักถาม


ตัวอย่างสื่อประกอบแผนการสอน
 แผนการสอนตามโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ
 และการพัฒนาทักษะ

สื่อประกอบแผนการสอนเรื่อง “โรคต้อหิน...ภัยเงียบ”

ความหมายของโรคต้อหิน



ต้อหินเป็นภาวะความดันต้อหินสูงเกินไป ทำให้การปล่อยของเหลวออกจากตาผิดปกติ ทำให้มีของเหลวคั่งค้างในลูกตา



ความหมายของโรคต้อหิน




ภาวะต้อหินของต้อปกติ ภาวะต้อหินของต้อเป็นโรคต้อ

สาเหตุของโรคต้อหิน



ความผิดปกติของดวงต้อหินในลูกตาสูง ภาวะต้อหินของต้อเป็นโรคต้อ



ปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดต้อหิน




อายุ

อาการของโรคต้อหิน




อาการของต้อ

การรักษาโรคต้อหิน





การให้ยา การผ่าตัดต้อ การผ่าตัด

สื่อประกอบแผนการสอนเรื่อง “ข้อปฏิบัติในการใช้ยาหยอดตา”

วิธีการหยอดตา



ล้างมือให้สะอาด
ก่อนและหลัง
หยอดตาทุกครั้ง



วิธีการหยอดตา



ล้าง



น้ำ

วิธีการหยอดตา



ใช้นิ้วชี้ดึงหนัง
ตาล่าง ใช้นิ้ว
ชี้กลางระหว่าง
ขอบ ตาข้างกับ
ตาขาว



วิธีการหยอดตา



หยอดตาครั้งละ
1 หยด ควรให้
ปลาหยอดตา
ออกจาก
ตาประมาณ
1-2 ชม.



๑. ห้ามใช้กับผู้อื่นหรือสัตว์

วิธีการหยอดตา



ห้าม ตาอักเสบ
เพื่อให้อาการ
ไม่กำเริบ



วิธีการหยอดตา



1 2 3 4

ตัวอย่างคู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคต้อหิน

คู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคต้อหิน



จัดทำโดย

นางเดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณะปกรณ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ	
	หน้า
คำนำ	
บทนำ	
ความหมายโรคต่อหิน	1
สาเหตุโรคต่อหิน	2
ปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดโรคต่อหิน	3
อาการโรคต่อหิน	7
ชนิดโรคต่อหิน	8
การรักษาโรคต่อหิน	8
อาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากยาโรคต่อหิน	10
อุปสรรคความร่วมมือในการรักษาโรคต่อหิน	11
คำแนะนำการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคต่อหิน	12
ข้อปฏิบัติในการใช้ยาหยอดตา	14
ข้อควรปฏิบัติในการใช้ยาของผู้สูงอายุ	17
กลวิธี “ไม่ให้ลืมหยอดตารับประทานยา”	18
รายการอ้างอิง	20
ภาคผนวก	21

ตัวอย่างปฏิทินบันทึกตารางการใช้ยา



วิธีการปฏิบัติ

1. ระบุชนิดยาหยุดตาที่ได้รับตามแผนการรักษาของจักษุแพทย์ หากไม่ทราบให้ระบุลักษณะฝาขวดยา เช่น ฝาขวดยาสีม่วง หรือติดสติ๊กเกอร์ไว้ข้างขวดเพื่อระบุสี
2. ระบุเวลาที่ใช้ยาของแต่ละขวด ตามแผนการรักษาของจักษุแพทย์ เช่น เช้า เทียงเย็น ก่อนนอน
3. กาเครื่องหมาย ในช่อง ให้ตรงกับเวลา และวันที่ทุกครั้งเมื่อมีการใช้ยาหยุดตา
4. ระบุสาเหตุที่ไม่ใช้ยาหยุดตาตามแผนการรักษา

หมายเหตุ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือน ควรนำปฏิทินวางไว้บริเวณที่เห็นได้ชัดเจน

		ปฏิทินบันทึกตารางการใช้ยา																															
ชนิดยา	เวลา	วันที่เดือนมกราคม																															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	เช้า																																
	ส.เที่ยง																																
	เย็น																																
	ก่อนนอน																																
	เช้า																																
	ส.เที่ยง																																
	เย็น																																
	ก่อนนอน																																
	เช้า																																
	ส.เที่ยง																																
	เย็น																																
	ก่อนนอน																																
	เช้า																																
	ส.เที่ยง																																
	เย็น																																
	ก่อนนอน																																

หมายเหตุ _____

ตัวอย่างอุปกรณ์ช่วยหยอดตา

อุปกรณ์ช่วยหยอดตา



จัดทำโดย

นางเดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณะปกรณโคณะ
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างเครื่องมือกำกับการทดลอง

ส่วนที่ 1

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน

คำชี้แจง

คำถามต่อไปนี้เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคต่อหิน

โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ใช่ หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นถูกต้อง

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นไม่ถูกต้อง

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่ทราบว่าข้อความนั้นถูกหรือผิด

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ แน่ใจ
1. หากลานสายตามีความบกพร่องสามารถซ่อมแซมรักษากลับคืนสู่ปกติได้			
2. ความดันโลหิตสูง ส่งผลให้หัวใจประสาทตาถูกทำลาย ทำให้ตาบอดได้			
3. ผู้ที่มีอายุน้อยมีโอกาสเป็นโรคต่อหินได้มากกว่าผู้ที่มีอายุมาก			
4. หากคนในครอบครัวเป็นโรคต่อหินจะมีโอกาสเป็นโรคต่อหินสูงขึ้น			
5. สายตาสั้นหรือสายตายาวมากๆทำให้มีโอกาสเป็นโรคต่อหิน			
6. หากความดันโลหิตสูงขึ้น ส่งผลให้โรคต่อหินมีอาการแยลง			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
29. การสร้างนิสัยการหยอดตา/รับประทานยาในเวลาเดียวกัน ทุกวัน จะช่วยป้องกันการล้มหยอดตา/รับประทานยา			

ส่วนที่ 2 แบบวัดแรงจูงใจความร่วมมือในการรักษา

คำชี้แจง : คำถามต่อไปนี้เป็นการถามเกี่ยวกับความเชื่อของท่าน ในเรื่องความร่วมมือในการรักษา โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน โดยมีเกณฑ์การเลือกคำตอบดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด หรือทั้งหมด

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนใหญ่

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจในความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อความในประโยค

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนใหญ่ หรือทั้งหมด

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

ข้อคำถาม	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ท่านคิดว่าการใช้ยาหยอดตา/รับประทานยาอย่างถูกต้อง และการมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้งสามารถลดความรุนแรงของโรคต้อหินได้					
2. ท่านมีความต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาหยอดตา และการมาตรวจตามนัดของตนเองจริงๆ					
3. ท่านคิดว่าโรคต้อหินเป็นโรคไม่อันตราย ไม่จำเป็น ต้องใช้ยาหยอดตาอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง					
.					

.					
18.					

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทักษะการใช้ยาหยอดตา

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย / หน้าข้อความที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติ ไม่ปฏิบัติ

ทักษะการใช้ยาหยอดตา	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1. ตรวจสอบคู่มือยาให้ตรงกับฉลากยา		
2. ล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังหยอดตาทุกครั้ง		
3. นอนหรือนั่งแหงนหน้าขึ้น		
4. ใช้นิ้วชี้ดึงหนังตาล่างลง ให้มีช่องว่างระหว่างขอบตาล่างกับตาขาว		
.		
.		
.		
.		
10.		

ภาคผนวก จ

ใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วม

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ การพัฒนาทักษะต่อความ ร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคต่อหิน

ชื่อผู้วิจัย นางเดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล

ที่อยู่ติดต่อ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อ. เมือง จ.สุราษฎร์ธานี

โทรศัพท์ 086-4758977

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย

รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง

ผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม เข้าร่วมกิจกรรมในโครงการซึ่งมีระยะเวลาในการเข้าร่วมโครงการเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ โดยมีกำหนดพบเพื่อทำกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง มีกิจกรรมดังต่อไปนี้ การตอบแบบสอบถาม ทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ การทำกิจกรรมใน 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการให้ข้อมูล ได้แก่ กิจกรรมการสอน เรื่อง “โรคต่อหิน...ภัยเงียบ” และเรื่อง “ข้อปฏิบัติ...การใช้ยาหยอดตา” 2) ขั้นตอนการสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ กิจกรรมอภิปรายกลุ่มในประเด็น “แสงสว่าง...นำชีวิต” และการสนับสนุนอุปกรณ์ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา 3) ขั้นตอนการพัฒนาทักษะความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ กิจกรรม “ทักษะการใช้ยาหยอดตา” และ กิจกรรม “รู้รักษ์...ดวงตา” 4) การติดตาม และการประเมินผล ได้แก่ กิจกรรมการโทรศัพท์ติดตาม

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่**

ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบในทางใดๆต่อใช้ชีวิตประจำวัน การใช้บริการสาธารณสุขของข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ใน

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็น **ความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ลงชื่อ.....

(นางเดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล)

ผู้วิจัยหลัก

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ การพัฒนาทักษะต่อความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคต่อหิน

ชื่อผู้วิจัย นางเดือนเพ็ญ ตังเมตตาคิตตกุล ตำแหน่งนิสิตสาขาการพยาบาล
ผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) หอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
(ที่บ้าน) 58/107 ม. 5 ตำบลบางกุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 077-272231 ต่อ 2174 โทรศัพท์ที่บ้าน 077-214473

โทรศัพท์ (มือถือ) 086-4758977 E-mail : prew_t@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยมีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคต่อหิน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอนโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัยสามารถมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้เข้าร่วมโครงการ หลังเข้าร่วมโครงการดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ

2.2 ประโยชน์ในการเข้าร่วมโครงการ คือ ผู้สูงอายุโรคต่อหินจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน การปฏิบัติตัวในการให้ความร่วมมือในการรักษา ได้รับการสร้างแรงจูงใจในการรักษา และได้รับการพัฒนาทักษะในการใช้ยาหยอดตา โดยไม่มีความเสี่ยงใดๆ ทั้งสิ้น

3. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย ดังนี้
ลักษณะของกลุ่มประชากรตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกจักษุ หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี คัดเลือกกลุ่มที่มีส่วนร่วมในการวิจัยหรือกลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย โดยประชากรกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติดังนี้

3.1 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อหิน ได้รับการรักษาโดยการให้ยาหยอดตาและบริหารจัดการยาหยอดตาด้วยตนเอง

3.2 สามารถติดต่อสื่อสารเข้าใจภาษาไทย ไม่มีความผิดปกติทางสมอง หรือการ

ได้ยินที่ทำให้ไม่สามารถรับรู้ เข้าใจ หรือให้ข้อมูลต่างๆได้

3.3 ลืมการใช้ยาหยอดตาโรคต้อหิน อย่างน้อย 1 ครั้ง ในการใช้ยาหยอดตาใน 1 สัปดาห์ และ/หรือ ไม่มาตรวจตามนัด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งในรอบการรักษา 1 ปี

3.4 ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เป็นเวลา 4 สัปดาห์

4. กระบวนการในการวิจัย

กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการจัดกิจกรรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาทักษะเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง แต่จะได้รับความรู้เรื่อง “โรคต้อหิน...ภัยเงียบ” และ “ข้อปฏิบัติ...การใช้ยาหยอดตา” ทักษะการใช้ยาหยอดตา พร้อมทั้งมอบ “ภาชนะบรรจุยา” “อุปกรณ์ช่วยหยอดตา” และคู่มือ “การปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคต้อหิน” แก่ผู้สูงอายุภายหลังจากการตอบแบบสอบถามครั้งแรก คืออีก 4 สัปดาห์ต่อมา

กลุ่มทดลองหรือกลุ่มที่เข้าร่วมในการวิจัย ได้รับการจัดกิจกรรม ทั้งหมด 6 ครั้ง ดังนี้คือ 1) การให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะในการใช้ยาหยอดตา โดยจัดกิจกรรมกลุ่มในการวิจัยในครั้งนี้มีระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 4 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมดังนี้ กิจกรรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะในการใช้ยาหยอดตา โดยจัดกิจกรรมดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 กิจกรรมครั้งที่ 1 มีดังนี้คือ

1) สร้างสัมพันธภาพ ด้วยการแนะนำตัวตัวเองกับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคต้อหินเกิดความคุ้นเคย และยินดียินดีรับฟัง ใช้เวลา 5-10 นาที

2) ให้ข้อมูล และการเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งมีกิจกรรม ดังนี้

2.1) กิจกรรมการสอน เรื่อง “โรคต้อหิน...ภัยเงียบ” ใช้เวลา 30-40 นาที

2.2) กิจกรรมการสอน เรื่อง “ข้อปฏิบัติ...การใช้ยาหยอดตา” ใช้เวลา 10-20 นาที

2.3) กิจกรรมอภิปรายกลุ่มในประเด็น “แสงสว่าง...นำชีวิต” ใช้เวลา 30-40 นาที

3) ตอบแบบประเมินความรู้เรื่องโรคต้อหิน โดยใช้แบบวัดความรู้เรื่องโรคต้อหินและความร่วมมือในการรักษาหากพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง ผู้วิจัยทบทวนเนื้อหาและร่วมอภิปรายกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อค้นหาถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งการให้ความรู้เพิ่มเติม แล้ววัดผลใหม่อีกครั้ง จนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง ใช้เวลา 15 นาที

4.2 กิจกรรมครั้งที่ 2 มีดังนี้คือ

1) ทบทวนเนื้อหาในครั้งที่ผ่านมา พูดคุยและซักถามเพื่อเป็นการทบทวนความจำและเพื่อนำไปสู่ความต่อเนื่องเชื่อมโยงกับเนื้อหาในครั้งนี ใช้เวลา 5-10 นาที

2) กิจกรรม “ทักษะการใช้ยาหยอดตา” ใช้เวลา 5-10 นาที

3) กิจกรรม “รู้รักษ์...ดวงตา” ใช้เวลา 5-10 นาที

4) ส่งเสริมแรงจูงใจให้แก่ผู้สูงอายุโรคต้อหิน ในมิติแรงจูงใจทางสังคม ใช้เวลา 15-20 นาที

4.3 กิจกรรมครั้งที่ 3 มีดังนี้คือ

1) ซักถามปัญหาในการใช้ยาหยอดตา และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้บอกล่าและซักถามข้อสงสัย

2) ติดตามความก้าวหน้า สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรักษา ที่ผู้สูงอายุได้รับ พร้อมทั้งให้คำแนะนำ แก้ไขปัญหาและอุปสรรค และกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับข้อกำหนดการใช้ยา ทั้งปริมาณเวลา และวิธีการปฏิบัติ ใช้เวลา 15-20 นาที

4.4 กิจกรรมครั้งที่ 4 มีดังนี้คือ

1) ทบทวนสาระสำคัญของทั้ง 3 ขั้นตอน ในเรื่องการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ ใช้เวลา 10-15 นาที

2) ทบทวนทักษะการหยอดตา และการทบทวน ชื่อยาหรือลักษณะฝาจุกขวดยา พร้อมบอกถึงเวลา และปริมาณการใช้ในแต่ละวัน เพื่อเป็นการทบทวนความเข้าใจในการใช้ยาของผู้ร่วมวิจัย พร้อมตรวจสอบตารางบันทึกการใช้ยา ใช้เวลา 5-10 นาที

3) กล่าวให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุโรคต้อหิน กระตุ้นกลุ่มเพื่อนหรือกลุ่มญาติของผู้สูงอายุ เป็นแหล่งสำคัญในการให้กำลังใจด้วย ใช้เวลา 5-10 นาที

4) ตอบแบบสอบถามการเสริมแรงจูงใจ และแบบประเมินทักษะการใช้ยาหยอดตาผู้วิจัยตรวจสอบว่ากลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์กำกับการทดลองหรือไม่ หากพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง ผู้วิจัยทบทวนเนื้อหาและร่วมอภิปรายกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อค้นหาถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งการให้ความรู้และฝึกทักษะเพิ่มเติม แล้ววัดผลใหม่อีกครั้งจนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง ใช้เวลา 15-20 นาที

4.5 กิจกรรมครั้งที่ 5 มีดังนี้คือ

1) ซักถามปัญหาในการใช้ยาหยอดตา และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้บอกล่าและซักถามข้อสงสัย

2) ติดตามความก้าวหน้า สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคต่อความร่วมมือ

ในการรักษา ที่ผู้สูงอายุได้รับ พร้อมทั้งให้คำแนะนำ แก้ไขปัญหาและอุปสรรค และกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับข้อกำหนดการใช้ยา ทั้งปริมาณเวลา และวิธีการปฏิบัติ ใช้เวลา 15-20 นาที

4.5 หลังสิ้นสุดการอบรมในกิจกรรมครั้งที่ 5 เป็นเวลา 1 สัปดาห์ มีกิจกรรม

ดังนี้คือ

1) ตอบแบบประเมินผลหลังเข้าร่วมกิจกรรม ในเรื่องความร่วมมือในการรักษา หากมีผู้เข้าร่วมโครงการประเมินไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยผู้สูงอายุโรคต่อหิน ทบทวนถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อหาแนวทางแก้ไขแล้วทำการวัดผลใหม่อีกครั้ง จนกระทั่งผ่านเกณฑ์การทดลอง

2) ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และมอบของที่ระลึกให้กลุ่มตัวอย่าง

5. ในระหว่างการวิจัยในครั้งนี้ถ้าพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัญหาที่จำเป็นต้องเข้าพบแพทย์ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้ดำเนินการวิจัยจะทำการปรึกษาแพทย์ทันที

6. ผู้วิจัยแจ้งการเข้าร่วมเป็นประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโครงการวิจัย ซึ่งเป็นโดย**สมัครใจ** และผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย สามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ รวมทั้งข้อมูลที่ได้ทุกอย่างจากผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถือเป็นความลับ และจะนำเสนอผลการวิจัย ในภาพรวมเท่านั้น

7. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติมและติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่

8. การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนใดๆรวมทั้งผู้ให้ข้อมูลไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ

9. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ภาคผนวก จ
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล มีการนำเสนอตารางการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง จำแนกตาม เพศ อายุ ระยะเวลาของการเป็นโรคต่อหิน และจำนวนของยาหยอดตาโรคต่อหิน

ส่วนที่ 2 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต่อหินของกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov -Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ส่วนที่ 3 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต่อหินของกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov -Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ส่วนที่ 4 ข้อมูลคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต่อหินในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความร่วมมือในการรักษา รายชื่อของผู้สูงอายุโรคต่อหินในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 6 ข้อมูลคะแนนความรู้เรื่องโรคต่อหินของผู้สูงอายุโรคต่อหินในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะภายหลังการทดลอง

ส่วนที่ 7 ข้อมูลคะแนนแรงจูงใจความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต่อหินในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะภายหลังการทดลอง

ส่วนที่ 8 ข้อมูลคะแนนทักษะความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต่อหินในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะภายหลังการทดลอง

ส่วนที่ 9 การทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง จำแนกตาม เพศ อายุ
ระยะเวลาของการเป็นโรคต้อหิน และจำนวนของยาหยอดตาโรคต้อหิน

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง จำแนกตาม เพศ อายุ
ระยะเวลาของการเป็นโรคต้อหิน และจำนวนของยาหยอดตาโรคต้อหิน

คู่ที่	กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง			
	เพศ	อายุ (ปี)	ระยะเวลา ของการเป็น โรคต้อหิน (ปี)	จำนวนของยา หยอดตาโรค ต้อหิน (ชนิด)	เพศ	อายุ (ปี)	ระยะเวลา ของการเป็น โรคต้อหิน (ปี)	จำนวนของยา หยอดตาโรค ต้อหิน (ชนิด)
1	ชาย	81	20	3	ชาย	87	25	3
2	ชาย	69	2	3	ชาย	62	4	3
3	ชาย	62	3	2	ชาย	66	3	2
4	หญิง	77	1	2	หญิง	75	3	2
5	หญิง	68	6	3	หญิง	66	7	3
6	ชาย	75	10	2	ชาย	70	7	2
7	ชาย	66	2	2	ชาย	65	3	2
8	หญิง	70	15	2	หญิง	76	11	2
9	ชาย	74	3	2	ชาย	71	3	2
10	ชาย	68	2	4	ชาย	62	5	4
11	ชาย	72	1	2	ชาย	77	4	2
12	ชาย	82	5	2	ชาย	83	4	2
13	ชาย	62	2	2	ชาย	63	2	2
14	ชาย	69	17	3	ชาย	67	15	3
15	หญิง	79	3	2	หญิง	72	5	2
16	หญิง	79	10	2	หญิง	78	10	2
17	หญิง	74	7	2	หญิง	75	8	2
18	ชาย	73	3	4	ชาย	72	2	4
19	หญิง	61	9	2	หญิง	60	7	2

20	หญิง	70	3	3	หญิง	72	1	3
----	------	----	---	---	------	----	---	---

ส่วนที่ 2 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรค
 ต้อหินของกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov -
 Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตารางที่ 6 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหิน
 ของกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov -Smirnov
 Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		ผลรวมคะแนนความร่วมมือ ในการรักษา(ก่อนการ ทดลอง)	ผลรวมคะแนนความ ร่วมมือในการรักษา(หลัง การทดลอง)
N		20	20
Normal Parameters(a,b)	Mean	48.7500	68.4000
	Std. Deviation	7.35473	3.37795
Most Extreme Differences	Absolute	.146	.132
	Positive	.146	.111
	Negative	-.072	-.132
Kolmogorov-Smirnov Z		.652	.591
Asymp. Sig. (2-tailed)		.789	.876

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

จากตารางการแสดงผล การทดสอบกระจายแบบปกติของคะแนนความร่วมมือ
 ในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินของกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ
 Kolmogorov -Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ได้ค่า Kolmogorov -
 Smirnov Z = .652 และ .591 ค่า p = .789 และ .876 ($p > .05$) จึงสรุปผลการทดสอบครั้ง

นี้ได้ว่า ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต่อหินกลุ่มได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจการพัฒนาทักษะมีการกระจายแบบปกติ

ส่วนที่ 3 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรค ต่อหินของกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตารางที่ 7 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรค ต่อหินของกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		ผลรวมคะแนนความ ร่วมมือในการรักษา (ก่อนการทดลอง)	ผลรวมคะแนนความ ร่วมมือในการรักษา (หลังการทดลอง)
N		20	20
Normal	Mean	46.2500	50.2500
Parameters(a,b)	Std. Deviation	7.43303	5.95487
Most Extreme	Absolute	.110	.162
Differences	Positive	.110	.162
	Negative	-.084	-.137
Kolmogorov-Smirnov Z		.492	.726
Asymp. Sig. (2-tailed)		.969	.668

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

จากตารางการแสดงผล การทดสอบกระจายแบบปกติของคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต่อหินของกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ได้ค่า Kolmogorov-Smirnov Z = .492 และ .726 ค่า p = .969 และ .668 ($p > .05$) จึงสรุปผลการทดสอบครั้ง

นี้ได้ว่า ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินกลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติมี การกระจายแบบปกติ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต้อหินในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความต่างของคะแนนความร่วมมือในการรักษา (\bar{d}) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

คนที่	กลุ่มควบคุม		\bar{d}	กลุ่มทดลอง		\bar{d}
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	
1	40.00	44.00	4	62.00	72.00	10
2	46.00	50.00	4	49.00	72.00	23
3	54.00	55.00	1	49.00	68.00	19
4	41.00	45.00	4	52.00	67.00	15
5	37.00	44.00	7	38.00	65.00	27
6	53.00	51.00	2	53.00	64.00	11
7	60.00	52.00	8	45.00	65.00	20
8	41.00	43.00	2	44.00	69.00	25
9	47.00	51.00	4	46.00	72.00	26
10	48.00	55.00	7	59.00	70.00	11
11	53.00	55.00	2	57.00	66.00	9
12	52.00	55.00	3	43.00	64.00	21
13	43.00	41.00	2	46.00	62.00	16
14	61.00	61.00	0	46.00	67.00	21
15	47.00	56.00	9	45.00	70.00	25
16	46.00	45.00	1	39.00	71.00	32
17	36.00	40.00	4	64.00	74.00	10
18	39.00	53.00	14	48.00	72.00	24
19	45.00	41.00	4	51.00	67.00	16
20	36.00	44.00	8	39.00	71.00	32
รวม	925	981	90	975	1368	393

Mean	46.25	49.05	4.5	48.75	68.40	19.65
S.D.	7.43	6.16	3.41	7.35	3.37	7.21
ระดับ	ปานกลาง	ปานกลาง	-	ปานกลาง	สูง	-

จากตารางที่ 8 การแสดงผล พบว่าผู้สูงอายุโรคต้อหินในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการรักษาเท่ากับ 48.75 (ระดับปานกลาง) ภายหลังจากการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการรักษา เท่ากับ 68.40 (ระดับสูง) ค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนความร่วมมือในการรักษา (\bar{d}) = 19.65 ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการรักษาก่อนการทดลอง เท่ากับ 46.25 (ระดับปานกลาง) และภายหลังจากการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการรักษา เท่ากับ 49.05 (ระดับปานกลาง) ค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนความร่วมมือในการรักษา (\bar{d}) = 4

ส่วนที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความร่วมมือในการรักษารายข้อทั้ง 15 ข้อของผู้สูงอายุโรคต้อหินในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความร่วมมือในการรักษารายข้อทั้ง 15 ข้อของผู้สูงอายุโรคต้อหินในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

แบบวัดความร่วมมือในการรักษา	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	ก่อน ($\bar{X} \pm S.D.$)	หลัง ($\bar{X} \pm S.D.$)	ก่อน ($\bar{X} \pm S.D.$)	หลัง ($\bar{X} \pm S.D.$)
1. ท่านหยอดยา รับประทานยาตรงตามเวลาที่แพทย์สั่งทุกครั้ง	3.65±1.08	4.00±.97	3.35±1.08	4.65±.48
2. ท่านเพิ่มหรือลดจำนวนครั้งของการหยอดยา /และ/หรือรับประทานยาด้วยตัวเอง	3.05±1.31	3.10±1.11	3.75±1.20	4.95±.22
3. ท่านหยอดยาต่อเนื่องเฉพาะช่วงที่ใกล้จะมาพบแพทย์	4.10±.91	4.40±.68	4.65±.58	5.00±.00
4. ท่านหยอดยาตรงเวลาเฉพาะช่วงที่ใกล้จะมาพบแพทย์	4.00±1.02	4.35±.74	4.70±.57	5.00±.00
5. ท่านหยอดยาโดยใช้มือข้างหนึ่งดึงเปลือกตาล่าง เพื่อให้เป็นแอ่ง	2.50±1.39	2.70±1.38	2.45±1.60	3.80±1.23
6. ขณะหยอดยาท่านจับขวดยาห่างจากตาประมาณ 2-3 เซนติเมตร เพื่อไม่ให้ปลายขวดยาสัมผัสเปลือกตา	3.30±.86	3.50±1.00	3.35±.98	4.30±.57
7. หลังหยอดยาท่านหลับตาไว้นานประมาณ 2-5 นาที	2.05±.94	2.55±1.05	2.45±1.23	4.45±.75
8. หลังหยอดยาท่านใช้นิ้วกดตรงหัวตานานประมาณ 3 นาที	1.05±.22	1.15±.48	1.20±.69	3.85±.67

ตารางที่ 9 (ต่อ)

แบบวัดความร่วมมือในการรักษา	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	ก่อน ($\bar{X} \pm S.D.$)	หลัง ($\bar{X} \pm S.D.$)	ก่อน ($\bar{X} \pm S.D.$)	หลัง ($\bar{X} \pm S.D.$)
9. ถ้ามียาหยอดตาหลายชนิด ท่านหยอดยาแต่ละชนิดห่างกันอย่างน้อย 5 นาที	2.95±1.19	3.45±.94	3.40±1.46	4.70±.57
10. ท่านใช้ยาหยอดตาและยารับประทานทุกชนิดที่ได้รับอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ	3.65±.98	3.85±.81	3.35±.67	4.80±.41
11. ท่านมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง	4.25±.96	4.25±.78	4.60±.75	5.00±.00
12. เมื่อท่านต้องไปธุระนอกบ้าน ท่านนำยาติดตัวไปด้วยทุกครั้ง	3.70±1.03	3.55±1.09	2.90±1.20	4.10±.71
13. ท่านเพิ่มจำนวนหยดของยาหยอดตาที่ใช้ด้วยตัวเอง	2.45±1.14	2.50±1.00	2.35±.81	4.55±.51
14. ยาหยอดตาที่แพทย์ให้มักจะหมดก่อนถึงวันนัด	3.40±1.09	3.55±1.14	3.85±.81	5.00±.00
15. ท่านใช้ยาหยอดตาแต่ละครั้งมากกว่า 1 หยด	2.15±.67	2.15±.67	2.40±.82	4.25±.71
โดยรวม	3.08±0.99	3.27±0.92	3.25±.96	4.56±.45

จากตารางที่ 9 ผลการศึกษา พบว่า ในกลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการรักษา รายข้อ ข้อที่ได้คะแนนสูงสุด คือ ข้อ 11 ท่านมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง ก่อนการทดลองเท่ากับ 4.25 และหลังการทดลอง ข้อที่ได้คะแนนสูงสุด คือ ข้อ 3 ท่านหยอดยาต่อเนื่องเฉพาะช่วงที่ใกล้จะมาพบแพทย์ เท่ากับ 4.40 ส่วนข้อคำถามที่ได้ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาต่ำสุด คือ ข้อ 8 หลังหยอดยาท่านใช้นิ้วกดตรงหัวตานานประมาณ 3 นาที ค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองเท่ากับ 1.05 และหลังการทดลองเท่ากับ 1.15

ในกลุ่มทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการรักษา รายข้อในข้อที่ได้ค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงสุดก่อนการทดลองเท่ากับ 4.75 คือข้อ 4 ท่านหยุดยาตรงเวลา เฉพาะช่วงที่ใกล้จะมาพบแพทย์ และข้อที่ได้ค่าเฉลี่ยของคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 1.20 คือข้อ 8 หลังหยุดยาท่านใช้นิ้วกดตรงหัวตานานประมาณ 3 นาที ซึ่งภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการรักษา รายข้อในข้อที่ได้ ค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงสุด มี 4 ข้อ คือ ข้อ 3 ท่านหยุดยาต่อเนื่องเฉพาะช่วงที่ใกล้จะมาพบแพทย์ ข้อ 4 ท่านหยุดยาตรงเวลาเฉพาะช่วงที่ใกล้จะมาพบแพทย์ ข้อ 11 ท่านมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง และข้อ 14 ยาหยุดตาที่แพทย์ให้มักจะหมดก่อนถึงวันนัด โดยได้ค่าเฉลี่ยของคะแนน เท่ากันคือเท่ากับ 5.00 และในข้อที่ได้ค่าเฉลี่ยของคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 3.80 คือข้อ 5 ท่านหยุดยาโดยใช้มือข้างหนึ่งดึงเปลือกตาล่างลง เพื่อให้เป็นแอ่ง

ส่วนที่ 6 ข้อมูลคะแนนความรู้เรื่องโรคต่อหินของผู้สูงอายุโรคต่อหินในกลุ่มที่ได้รับ
โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะภายหลังการทดลอง
ตารางที่ 10 แสดงคะแนนความรู้เรื่องโรคต่อหินของผู้สูงอายุโรคต่อหินในกลุ่มที่ได้รับ
โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะภายหลังการทดลอง

คนที่	คะแนนความรู้เรื่องโรคต่อหิน	แปลผล
1	25	สูง
2	26	สูง
3	28	สูง
4	28	สูง
5	26	สูง
6	26	สูง
7	25	สูง
8	24	สูง
9	26	สูง
10	25	สูง
11	25	สูง
12	28	สูง
13	28	สูง
14	28	สูง
15	24	สูง
16	23	สูง
17	24	สูง
18	25	สูง
19	23	สูง
20	27	สูง
รวม	514	สูง

Mean	25.70	สูง
S.D.	1.68	-

ส่วนที่ 7 ข้อมูลคะแนนแรงจูงใจความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต่อหินในกลุ่มที่
ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะภายหลังการทดลอง
ตารางที่ 11 แสดงคะแนนแรงจูงใจความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคต่อหินใน
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะภายหลังการ
ทดลอง

คนที่	คะแนนแรงจูงใจความร่วมมือในการรักษา	แปลผล
1	88	สูง
2	87	สูง
3	89	สูง
4	85	สูง
5	75	สูง
6	76	สูง
7	77	สูง
8	76	สูง
9	74	สูง
10	75	สูง
11	77	สูง
12	75	สูง
13	73	สูง
14	73	สูง
15	72	สูง
16	75	สูง
17	74	สูง
18	80	สูง
19	80	สูง
20	80	สูง
รวม	1561	สูง

Mean	78.05	สูง
S.D.	5.26	-

ส่วนที่ 8 ข้อมูลคะแนนทักษะการใช้ยาหยอดตาของผู้สูงอายุโรคต้อหินกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะภายหลังการทดลอง

ตารางที่ 12 แสดงคะแนนทักษะการใช้ยาหยอดตาของผู้สูงอายุโรคต้อหินกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะภายหลังการทดลอง

คนที่	คะแนนทักษะการใช้ยาหยอดตา	แปลผล
1	9	สูง
2	9	สูง
3	10	สูง
4	10	สูง
5	10	สูง
6	9	สูง
7	9	สูง
8	9	สูง
9	9	สูง
10	9	สูง
11	9	สูง
12	10	สูง
13	10	สูง
14	9	สูง
15	10	สูง
16	9	สูง
17	10	สูง
18	9	สูง
19	9	สูง
20	9	สูง
รวม	187	สูง
Mean	9.35	สูง

S.D.	.48	-
------	-----	---

ส่วนที่ 9 การทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

1. แบบวัดความร่วมมือในการรักษา ของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	N of 40			
Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	Variables
SCALE	47.5000	54.8718	7.4075	15

Reliability Coefficients

N of Cases = 40.0 N of Items = 15

Alpha = .8192 Standardized item alpha = .7667

2. แบบวัดแรงจูงใจความร่วมมือในการรักษา

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

N of Cases = 20.0

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	.4349	.1684	1.4632	1.2947	8.6875	.1389

Reliability Coefficients 18 items

Alpha = .8219 Standardized item alpha = .8195

- Classification. **Journal of Glaucoma** 12: 393 – 398.
- Tsai, J. C. (2006). Medication adherence in glaucoma: approaches for optimizing patient compliance. **Current Opinion in Ophthalmology** 17: 190-195.
- Tsai, J. C. (2007). Barriers to adherence with glaucoma therapy: Potential relationships to disease progression. **Johns Hopkins Advanced Studies in Ophthalmology** 4(3): 72-75.
- Tsai, T., Robin, A. L., and Smith, J. P. (2007). An evaluation of how glaucoma patients use topical medications: a pilot study. **Transactions of the American Ophthalmological Society** 105: 29-35.
- Tuulonen, A. (2011). Economic considerations of the diagnosis and management for glaucoma in the developed world. **Current Opinion in Ophthalmology** 22:102-109.
- Vandenbroeck, S., et al. (2010). Prevalence and correlates of self-reported nonadherence with eye drop treatment: The Belgian compliance study in ophthalmology (BCSO). **Journal of Glaucoma** 11(2010).
- Vivian, B. (1996). Reconceptualizing compliance in home health care. **Nursing Forum** 31: 5-13.
- Wane, A. M. (2003). Compliance of medical treatment in primitive glaucoma open angle. **Journal Francais d'Ophthalmologie** 26(1): 1039-1044.
- Windham, B. G., et al. (2005). Impaired vision and the ability to take medications. **Journal of the American Geriatrics Society** 53: 1179-1180.
- World Health Organization. (2003). **Adherence to long – term therapies: Evidence for action**. Switzerland.
- Zarani, F., Besharat, M. A., Sadeghian, S., and Sarami, G. (2010). The effectiveness of the information-motivation-behavioral skills model in promoting adherence in CABG patients. **Journal of Health Psychology** 15(6): 828-837.

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางเดือนเพ็ญ ตั้งเมตตาจิตตกุล เกิดเมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม 2516 ที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี เมื่อปีการศึกษา 2546 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2552 ภาคปลาย ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก กลุ่มการพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี