



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน

The Effect of Self-efficacy and Family Support Enhancement Program on Health Promoting Behaviors among Glaucoma Disease Elderly Patients

หทัยกาญจน์ ชาวกิจ, พย.ม. (Hataikarn Chauvakij, M.N.S.)*

จิราพร เกศพิชญวัฒนา, Ph.D. (Jiraporn Kespichayawattana, Ph.D.)**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยแบบกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคต้อหินทั้งชายและหญิง ที่เข้ารับการรักษาศัลยกรรมโรคต้อหิน แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย โดยจับคู่ตาม เพศ ระดับการศึกษา รายได้ และโรคประจำตัว กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินทางสภาพสรีรวิทยาและการกระตุ้นทางอารมณ์ 2) การให้คำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง 3) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น และ 4) ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จได้ด้วยตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัว ใน 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .80 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Paired-t test และสถิติ One-way ANOVA

ผลการวิจัย:

1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

* พยาบาลวิชาชีพ รพ. จุฬาลงกรณ์

**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคต้อหิน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำสำคัญ: สมรรถนะแห่งตน/ การสนับสนุนจากครอบครัว/ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

Abstract

Purpose: To examine the effect of the self-efficacy and family support enhancement program on health promoting behaviors among glaucoma disease elderly patients.

Design: Quasi-experimental research.

Method: The subjects comprised of 60 elderly patients with glaucoma disease at glaucoma clinics, King Chulalongkorn Memorial Hospital of the Thai Red Cross Society. They were selected according to the inclusion criteria, 30 subjects for each group. Sex, education, income, and disease were matched. The control group received routine nursing care and the experimental group received the self-efficacy and social support enhancement program. The program consisted of 4 steps: 1) physiological assessment and affective states stimulation, 2) verbal persuasion, 3) vicarious experiences and, 4) enactive mastery experiences and family supports in terms of emotion, appraisal, information, and instrumental support. Health promoting behaviors were assessed using a modified version of the health promoting questionnaire for glaucoma elderly patients. The questionnaire was tested for content validity with the CVI of .80. Its Cronbach's alpha coefficient was .84. Data were analyzed using mean, standard deviation, paired-t test and One-way ANOVA.

Finding:

1) The mean score of health promoting behaviors of elderly patients with glaucoma disease after receiving the self-efficacy and family support enhancement program was significantly higher than that before receiving the program ($p < .05$).

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

Conclusion: The self-efficacy and family support enhancement program could improve health promoting behaviors among elderly patients with glaucoma and it is better than routine nursing care.

Keywords: Self-efficacy / Family support / Health promoting behaviors



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ต้อหินเป็นโรคทางตาที่จัดว่าเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุของการตาบอดที่ไม่สามารถกลับมามองเห็นได้ โดยคาดว่ามีคนตาบอดจากโรคต้อหินคิดเป็นร้อยละ 15 ของคนตาบอดทั่วโลก (Quigley, 1996; Resnikoff et al., 2004) สำหรับในประเทศไทย มีรายงานการสำรวจของคณะกรรมการป้องกันตาบอดและควบคุมสายตาพิการ (2539) พบว่า อัตราความชุกของโรคต้อหินในผู้สูงอายุไทย คิดเป็นร้อยละ 6.12 (รจิต ตูจินดา และคณะ, 2544)

โรคต้อหินเป็นโรคที่เกิดจากการมีความดันในลูกตาสูง ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของขั้วประสาทตา ร่วมกับการเกิดการสูญเสียลานสายตา มีผลให้การมองเห็นสูญเสียไป ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมจะทำให้เกิดภาวะตาบอดอย่างถาวร (นิภา วัฒนเวดิน, 2543) ซึ่งแนวทางการป้องกันไม่ให้อาการของโรคต้อหินลุกลามมากขึ้นนั้น คือ การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมจะช่วยลดความรุนแรง ยับยั้งหรือชะลอความก้าวหน้าของโรค อีกทั้งยังคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมทางด้านบวกที่แสดงออกถึงความสามารถของบุคคลในการคงไว้หรือยกระดับสุขภาพเพื่อความผาสุก (Pender, 1996) ดังนั้นผู้สูงอายุโรคต้อหินจึงควรมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ กล่าวคือ มารับการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ รับประทานยาและหยอดตาตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด ขอคำปรึกษาและแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรค นอกจากนี้ ควรมีการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ โดยออกกำลังกายที่เหมาะสม รับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ความดันภายในลูกตาสูงขึ้น (Wilson, 1994) ผู้สูงอายุโรคต้อหินควรมีสัมพันธภาพที่ดีกับ

บุคคลอื่น อันได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ เพื่อเป็นแหล่งสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุโรคต้อหิน ในด้านข้อมูลข่าวสาร กำลังใจ ซึ่งจะช่วยลดความตึงเครียดและได้รับข้อแนะนำในการเผชิญปัญหา และมีการใช้เวลาที่เหลืออยู่ของชีวิตในการพัฒนาทางจิตวิญญาณ เช่น ไม่คิดว่าตนไร้ความสามารถ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต้อหินดังกล่าวนี้ มีผลต่อการป้องกันไม่ให้จอประสาทตาถูกทำลายจากภาวะความดันในลูกตาสูง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัญหาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต้อหินเรื้อรังในด้านกิจกรรมการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (สุชาติดา ภัทรมงคลฤทธิ์, 2542) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวลิ โฆษิตทาภิวัฒน์ (2534) พบว่าผู้ป่วยโรคต้อหินเรื้อรังมีการออกกำลังกายน้อย ทั้งนี้เพราะโรคต้อหินเรื้อรังทำให้การมองเห็นลดลง เป็นเหตุให้ลดการออกกำลังกายลง โดยในส่วนพฤติกรรมด้านโภชนาการ พบว่า ผู้สูงอายุโรคต้อหินดื่มชาหรือกาแฟเป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 25 และมีการรับประทานอาหารทอดหรือปรุงด้วยกะทิเกือบทุกวัน ร้อยละ 22.5 (สุชาติดา ภัทรมงคลฤทธิ์, 2542) ประกอบกับผู้สูงอายุโรคต้อหินมีการมองเห็นลดลง การรับรู้รสชาติและกลิ่นอาหารลดลงไปด้วย เบื่ออาหาร และจากผลข้างเคียงของยารับประทานเพื่อลดความดันในลูกตา ทำให้มีแนวโน้มที่จะเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสียหรือเสียสมดุลของโปแตสเซียมได้ (ปราณี ทุไพบระ, 2551) และมีรายงานการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยต้อหินมีปัญหาเกี่ยวกับความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ในด้านความร่วมมือในการรักษา เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคไม่แสดงอาการอย่างชัดเจน ไม่มีอาการปวด ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์อย่างรีบด่วน ผู้ป่วยจึงไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เช่น ไม่มาตรวจตามนัด ไม่รับประทานยา หรือหยอดตาไม่ถูกต้อง (Ashburn et. al., 1980; Zimmerman & Zalta, 1983) โดยพบว่า ส่วนใหญ่



ผู้สูงอายุจะมาพบแพทย์เมื่อการมองเห็นและลานสายตาสูญเสียแล้ว (สุชาติ ภัทรมงคลฤทธิ์, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ศรีสง่า (2550) พบว่า ผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดปฐมภูมิไม่มาตรวจตามนัด คิดเป็นร้อยละ 27.5 ประกอบกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน จะมีความสามารถในการมองเห็นลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เกิดความรู้สึกไร้ความสามารถ ส่งผลต่อความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนในการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง (Donmez, Gokkoca, & Dedeoglu, 2005) นำไปสู่การแยกตัวออกจากสังคม มีภาวะเครียด วิดกกังวลซึมเศร้า ท้อแท้ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ (รจิต ตูจินดา และคณะ, 2544) ขาดความร่วมมือในการรักษา (Pappa et al., 2006) คุณภาพชีวิตลดลง (Freeman et al., 2008; Cowdin et al., 2008) ซึ่งความเครียดและความวิตกกังวลมีผลต่อระดับความดันภายในลูกตา ทำให้ระดับความดันภายในลูกตาเพิ่มสูงขึ้นได้ (อารี สัจจินาสกุล, 2542; Grossman & Swartwout, 1999) โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคต้อหินเรื้อรังมีความวิตกกังวลสูงกว่าประชากรปกติ โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี

จากพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินที่ไม่เหมาะสม ดังกล่าวข้างต้น อาจส่งผลให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น เกิดภาวะสายตาพิการหรือตาบอดได้ ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น เพื่อเป็นการชะลอและควบคุมอาการของโรค โดยพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและอิทธิพลสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต้อหินเรื้อรัง (สุชาติ ภัทรมงคลฤทธิ์, 2542) และมีการศึกษา พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Kanbara et al., 2008; Martin et al., 2008; Carroll, 1995) และปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยอิทธิพลขนาดใหญ่ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม อัตมโนทัศน์ การ

รับรู้สมรรถนะในตนเอง และสัมพันธภาพในครอบครัว (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ และปิยาณี คล้ายนิล, 2550)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน คือ ความเชื่อมั่นเกี่ยวกับความสามารถของตนเองของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมให้เป็นผลสำเร็จ (Bandura, 1997) โดยบุคคลสำคัญ ครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์มีอิทธิพลต่อการเพิ่มหรือลดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนั้น ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีเครือข่ายทางสังคมลดลง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัว โดยครอบครัวจะเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นกันชนรองรับความเครียด ส่งผลต่อด้านจิตใจ ทำให้บุคคลมีความมั่นใจในการปฏิบัติเพิ่มขึ้น ได้รับข้อมูลการประเมินที่ตรงตามจริง สามารถนำไปแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งผลจากด้านจิตใจส่งผลต่อด้านสรีรวิทยาโดยส่งเสริมให้เกิดสุขภาพกายดี (Keeling et al., 1996) ในการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีการช่วยเหลือกันด้านต่างๆ ทำให้เกิดความรัก ความผูกพัน ความเอาใจใส่ ซึ่งทำให้เกิดการไว้วางใจ

ดังนั้น เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุโรคต้อหินมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ซึ่งถือได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลและการคงอยู่ของพฤติกรรม ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ให้การสนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ การประเมินค่า ข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ทำให้ผู้สูงอายุโรคต้อหินได้ประโยชน์ทั้งทางตรงและทางอ้อม นอกจากนี้ การกระตุ้นเตือนเป็นอีกกลวิธีหนึ่งที่ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นสิ่งชี้แนะที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่พึงปรารถนา (ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน,



2540) ผู้วิจัยจึงได้นำการกระตุ้นเตือนโดยใช้โทรศัพท์สอบถามถึงปัญหา และอุปสรรคให้คำแนะนำ และให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มาเป็นกิจกรรมหนึ่งในการสร้างโปรแกรมในครั้งนี้ ซึ่งโปรแกรมนี้นำส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคต่อหีนมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยมีครอบครัวเป็นส่วนร่วมในการสนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้ ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหีน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหีน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหีนในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหีนในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและ

หลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

ประชากร คือ ผู้สูงอายุชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อหีนที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อหีน อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคต่อหีน แผนกผู้ป่วยนอกโรคจักษุ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 60 คน (กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน) โดยคัดเลือกตามสะดวก (Convenience sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ

- 1) ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาหรือหยอดตาเพื่อควบคุมระดับความดันตา
- 2) ไม่มีโรคแทรกซ้อน เช่น ตาบอดสองข้าง หูตึง
- 3) สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้
- 4) มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักมาด้วยและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุและข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา

1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหีน ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหีนเรื้อรังของ สุชาติ ภัทรมงคลฤทธิ์ (2542) ที่สร้างจากแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1996) มีข้อความทั้งหมด 47 ข้อ ประเมิน 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมการออกกำลังกาย ภาวะโภชนาการ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัด



ความเครียด ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) ถึง ปฏิบัติสม่ำเสมอ (4 คะแนน) คะแนนมาก หมายถึง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม โดยสร้างขึ้นตามทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997) ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) ที่ประกอบด้วย แผนดำเนินการตามโปรแกรม แผนการสอน สื่อประกอบการสาธิตการหยอดตา สื่อการสอน ได้แก่ ตัวแบบสัญลักษณ์ภาพพลิกและวีดิทัศน์ และคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคต้อหิน โดยโปรแกรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินทางสภาพสรีรวิทยาและการกระตุ้นทางอารมณ์ 2) การให้คำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง 3) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น และ 4) ประสิทธิภาพที่กระทำสำเร็จได้ด้วยตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัว ใน 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สร้างขึ้นตามทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997) มีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ คือ มั่นใจมาก (4 คะแนน) ถึง ไม่มั่นใจ (1 คะแนน) เกณฑ์ผ่านการกำกับการทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างต้องได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป

3.2 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินในการปฏิบัติ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ วาสนา พิงฟู (2548) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินกลุ่มผู้สูงอายุโรคต้อหิน ที่ใช้แนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ คือ มาก (4 คะแนน) ถึง ไม่เคยได้รับ (1 คะแนน) เกณฑ์ผ่านการกำกับการทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างต้องได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป

3.3 การติดตามทางโทรศัพท์ ประกอบด้วย การซักถามอาการทั่วไป การให้คำแนะนำ การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะและการสนับสนุนทางสังคม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว ผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมของเนื้อหา ภาษา รูปแบบ และความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม ความเหมาะสมของสื่อจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน จากนั้น นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 3 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจเนื้อหาที่สอน ในส่วนของแบบสอบถามได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เท่ากับ .80, .90 และ .80 ตามลำดับ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคต้อหินที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 20 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84, .76 และ .81 ตามลำดับ



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เมื่อวันที่ 7 เมษายน 2554 ผู้วิจัย ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยกลุ่มตัวอย่าง เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยชี้แจง วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึง สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมในการวิจัย ข้อมูลต่างๆ ถือเป็นความลับ ข้อมูลถูกนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อ และนามสกุลที่แท้จริงผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตาม แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถาม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน (Pre-test) จากนั้น ผู้วิจัยทำการนัดผู้สูงอายุอีกครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อขอความร่วมมือให้กลุ่มควบคุม ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน (Post-test) โดยในระยะเวลา 4 สัปดาห์ก่อนวันที่ผู้วิจัยนัด กลุ่มควบคุมมารับการ ตรวจตามแพทย์นัดตามปกติ โดยได้รับคำแนะนำ จากพยาบาลประจำการแผนกผู้ป่วยนอกตามปกติ

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตาม แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน (Pre-test) กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะและการ สนับสนุนทางสังคมจากผู้วิจัยเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลอง แนะนำตัว วัตถุประสงค์ของกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับ

ประเมินและเตรียมความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

2. ผู้วิจัยพูดชักจูงให้กำลังใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน กับกลุ่มตัวอย่างและญาติหรือผู้ดูแล โดยใช้ภาพพลิกและคู่มือที่ค้นเป็นการนำเสนอตัวแบบ แก่กลุ่มทดลอง ใช้เวลาในการสอน 15 นาที

3. ผู้วิจัยสาธิตการหยอดตา การออกกำลังกาย ของดวงตา และจัดให้กลุ่มทดลองจับคู่กับญาติหรือ ผู้ดูแลเพื่อฝึกทักษะการหยอดตา และการออกกำลังกาย ของดวงตาอย่างถูกวิธี ใช้เวลา 30 นาที

4. ผู้วิจัยอธิบายและแนะนำเกี่ยวกับการ สนับสนุนทางสังคมให้แก่สมาชิกในครอบครัวใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์โดยให้สมาชิกในครอบครัว ดูแลและเอาใจใส่ ห่วงใย ไว้วางใจ และรับฟังความคิดเห็นของผู้สูงอายุโรคต่อหิน ด้านการประเมินค่าโดย ให้สมาชิกในครอบครัวให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านข้อมูลข่าวสารโดยให้สมาชิกในครอบครัวให้ข้อมูล คำแนะนำ เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม แก่ผู้สูงอายุที่บ้าน และด้านทรัพยากรโดยให้สมาชิก ในครอบครัวให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคต่อหินให้ ได้รับสิ่งของ หรือบริการต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับการ ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริม เพื่อให้สมาชิกในครอบครัว หรือญาติ สามารถเข้าใจและให้การสนับสนุนผู้สูง อายุโรคต่อหินได้อย่างครอบคลุมเมื่อผู้สูงอายุอยู่ที่บ้าน พร้อมทั้งแจกคู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคต่อหิน ก่อนกลับบ้าน

ครั้งที่ 2-3 (สัปดาห์ที่ 2-3) กลุ่มทดลองได้รับการ สนับสนุนติดตามให้คำปรึกษา คำแนะนำจาก ผู้วิจัยทางโทรศัพท์สัปดาห์ละครั้ง รวม 2 ครั้ง โดย ผู้วิจัยโทรศัพท์เพื่อซักถามเกี่ยวกับอาการ ปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย



และญาติสอบถามข้อสงสัย โดยสมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุนทางสังคมเมื่อผู้สูงอายุอยู่ที่บ้าน พร้อมทั้งกำกับการทดลองโดยสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) ทบทวนความรู้และแนวทางการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคต่อหิน อภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ถามตอบข้อสงสัย หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Paired-t test และสถิติ One-way ANOVA

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ชายและหญิงโรคต่อหิน จำนวน 60 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นชาย คิดเป็นร้อยละ 73.33 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 66.66 มีรายได้อยู่ระหว่าง 1-5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 83.33 และไม่มีโรคประจำตัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินกลุ่มทดลอง พบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านทั้ง 6 ด้าน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 1)

3. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านทั้ง 6 ด้าน ของผู้ป่วยสูงอายุต่อหินในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2 และ 3)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ เปรียบเทียบโดยรวมและรายด้าน

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

*p<.05



ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ โรคต่อหิณก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกโดยรวมและรายด้าน

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	24.90	1.65	28.73	1.72	25.07	1.98	25.13	1.93
การส่งเสริมโภชนาการ	30.97	2.08	37.60	2.39	30.73	2.82	31.63	4.34
กิจกรรมการออกกำลังกาย	23.10	2.96	31.10	2.02	23.53	2.70	23.80	2.11
การจัดความเครียด	20.83	1.15	25.00	1.66	22.33	1.71	22.33	1.73
การส่งเสริมจิตวิญญาณ	12.97	1.61	16.13	1.59	14.20	.89	14.17	.79
การส่งเสริมสัมพันธภาพ	12.93	1.96	18.10	1.73	14.57	1.76	14.97	1.63
โดยรวม 6 ด้าน	125.70	6.80	156.67	7.378	130.43	7.61	132.03	6.94

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิณหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 1 และ 2 ซึ่งอธิบายได้ว่า รูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัว ที่เน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ทางด้านความคิดและความรู้สึกเฉพาะต่อพฤติกรรม โดยอาศัยกระบวนการให้ความรู้ที่เน้นถึงประโยชน์ ลดอุปสรรคของพฤติกรรม ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจ รับรู้ถึงความสามารถของตนเอง ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนให้กลุ่ม

ทดลองตามโปรแกรมที่สร้างขึ้นตามทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) สามารถพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุโรคต่อหิณได้จากการเรียนรู้ข้อมูลที่ได้จาก 4 แหล่ง คือ การประเมินสภาพทางสรีรวิทยาและกระตุ้นทางอารมณ์ การพูดชักจูง ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง การสังเกต “ตัวแบบ” (Model) หรือการสังเกตประสบการณ์ ซึ่งโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย การพูดชักจูงให้กำลังใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยในการให้ความรู้ ผู้วิจัยใช้ภาพพลิกและสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคต่อหิณและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคต่อหิณเป็นสื่อในการนำเสนอตัวแบบสัญลักษณ์แก่ผู้ป่วยสูงอายุ นอกจากนี้ มีการกระทำกิจกรรมจนเกิดความสำเร็จโดยให้ผู้สูงอายุทดลองฝึกปฏิบัติการหยอดตาและการบริหารดวงตาด้วยตนเอง ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำให้อุปสรรคต่อ



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหีนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ One-way ANOVA

ความแปรปรวน	df	SS	ms	F	p-value
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ					
ภายในกลุ่ม	1	114.08	114.08	228.02	.000
ระหว่างกลุ่ม	1	88.41	88.41	14.37	.000
ความคลาดเคลื่อน	58	29.02	.50		
การส่งเสริมโภชนาการ					
ภายในกลุ่ม	1	425.63	425.63	85.47	.000
ระหว่างกลุ่ม	1	288.30	288.30	21.49	.000
ความคลาดเคลื่อน	58	288.83	4.98		
กิจกรรมการออกกำลังกาย					
ภายในกลุ่ม	1	512.53	512.53	136.40	.000
ระหว่างกลุ่ม	1	353.63	353.63	41.38	.000
ความคลาดเคลื่อน	58	217.93	3.76		
การจัดความเครียด					
ภายในกลุ่ม	1	130.21	130.21	145.00	.000
ระหว่างกลุ่ม	1	10.21	10.21	2.49	.120
ความคลาดเคลื่อน	58	52.08	.90		
การส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ					
ภายในกลุ่ม	1	73.63	73.63	81.24	.000
ระหว่างกลุ่ม	1	4.03	4.03	1.71	.196
ความคลาดเคลื่อน	58	52.57	.91		
การส่งเสริมสัมพันธภาพ					
ภายในกลุ่ม	1	232.41	232.41	251.10	.000
ระหว่างกลุ่ม	1	16.88	16.88	3.145	.081
ความคลาดเคลื่อน	58	53.68	.93		
โดยรวม 6 ด้าน					
ภายในกลุ่ม	1	7954.41	7954.41	382.84	.000
ระหว่างกลุ่ม	1	2970.08	2970.08	35.96	.000
ความคลาดเคลื่อน	58	1205.08	20.78		



การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรวรรณ กวีภัทรนนท์ วีรบุษ ห่านิรติศัย และปรียกมล รัชนกกุล (2556) พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนภายหลังจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 2 และ 6 มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

นอกจากนี้ ยังมีการสนับสนุนติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุสอบถามข้อมูลที่ยังสงสัยเพิ่มเติมได้ รวมถึงการให้คนในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ตามแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ได้แก่ การสนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ การประเมินค่าข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร เนื่องจากมนุษย์ต้องการพึ่งพาอาศัยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ คือ ครอบครัว (Pender, 1996) จากการที่มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นลูกหลานของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน ให้การสนับสนุนทั้งทางด้านความรักใคร่ผูกพัน การเอาใจใส่ดูแล โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แนะให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจบทบาทการเป็นผู้สนับสนุนผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหิน ทำให้ผู้สูงอายุเองรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว รับรู้ถึงการมีคุณค่าของตนเอง สามารถลดความวิตกกังวล เกิดกำลังใจที่จะดูแลตนเอง และสมาชิกในครอบครัวยังมีส่วนร่วมในการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเรื่องของโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องนำไปสู่การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมระดับความดันตาให้ปกติ เนื่องจากผู้ป่วยโรคต่อหินเกิดการรับรู้ว่าโรคนี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ก่อให้เกิดความวิตกกังวล กลัวอีกทั้งมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย การใช้สมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนด้านภาวะร่างกายและ

อารมณ์ จึงนับว่ามีความสำคัญและควรส่งเสริมเป็นอันดับแรก ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และมีความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้ผู้สูงอายุโรคต่อหินมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูงส่งผลให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยาณีน นคร (2548) ศึกษารูปแบบการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาในผู้สูงอายุด้วยวิธีการติดตามผลและกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการส่งเสริมภาวะสุขภาพตาทางโทรศัพท์ พบว่าทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความห่วงใยจากผู้วิจัย รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ไม่ถูกทอดทิ้ง เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง และต่อเนื่อง และการที่ผู้วิจัยได้แจกคู่มือการปฏิบัติตัวกับผู้สูงอายุและแผ่นซีดีบันทึกวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคต่อหินและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและต่อการรักษา นำไปสู่การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากครอบครัวส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคต่อหินมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ฉะนั้น พยาบาลจึงควรนำโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินอันจะส่งผลให้ชะลอและควบคุมอาการของโรค และลดภาวะสายตาพิการหรือตาบอดได้



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กัตติกา ธนะขว้าง. (2552). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ: การวิเคราะห์ทอภิมาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

คณะทำงานโครงการป้องกันตาบอดและควบคุมสายตาพิการ กระทรวงสาธารณสุข. (2539). รายงานการสำรวจสภาวะตาบอดจากต้อกระจกและความครอบคลุมของการให้บริการ. ลำปาง: กิจเสรีการพิมพ์.

ขวลี โฆษิตาภิวัฒน์. (2534). ปัจจัยคัดสรร ความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคต้อหินเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิภา วัฒนเวคิน. (2543). โรคต้อหินกับการดูแลตนเอง. *รวมอภิปรายพยาบาลสาร*, 6 (3), 222-230.

ปราณี ทัพพะธะ. (2551). *คู่มือยา*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: NP Press Limited Partnership.

ปิยาณี ณ นคร. (2548). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รจิต ตูจินดา และคณะ. (2544). การศึกษามาตรการการคัดกรองและความชุกของโรคต้อหินในผู้สูงอายุ. *ทุนอุดหนุนการวิจัยประเภทแผนงานวิจัย เรื่อง “แผนงานวิจัยเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ”* (ปี พ.ศ. 2540-2542) คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล.

ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และปิยาณี คล้ายนิล. (2550).

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารพดมาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 8 (3), 33-45.

ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. (2542). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการร่วมกันป้องกันโรคร่วมกับกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สิริพัชร รัตแพทย์. (2535). ผลกระทบด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยต้อหินชนิดเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุกัญญา ศรีสง่า. (2550). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดปฐมภูมิ. *วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล*, 17 (2), 128-138.

สุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์. (2542). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต้อหินเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

อมรรวรรณ กวีภัทรนนท์ ธีรนุช ห้านิรัตศัย และปรีภัยมล รัชกุล. (2556). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 25(1), 93-105.

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



ภาษาอังกฤษ

- Ashburn, F.S. et. al., (1980). Compliance with ocular therapy. *Survey of Ophthalmology*, 24 (4), 237-248.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and company.
- Carroll, L.D. (1995). The importance of self-efficacy expectations in elderly patients recovering from coronary artery bypass surgery. *Heart & Lung*, 24(1), 50-59.
- Cowdin, M.R., et. al., (2008). Impact of visual field loss on health-related quality of life in glaucoma: The Los Angeles Latino Eye Study. *The American Academy of Ophthalmology*, 115 (6), 941-948.
- Donmez, L., Gokkoca, Z., & Dedeoglu, N. (2005). Disability and its effects on quality of life among older people living in Antalya city center, Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 40, 213-223.
- Freeman, E.E. et al. (2008). Glaucoma and quality of life: The Salisbury Eye Evaluation. *The American Academy of Ophthalmology*, 115 (2), 233-238.
- Grossman, M. & Swartwout, G. (1999). *Natural eye care*. United States of America: Keats Publishing.
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. New Jersey: Prentice Hall.
- Kanbara, S. et. al., (2008). Social support, self-efficacy and psychological stress responses among outpatients with diabetes in Yogyakarta, Indonesia. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 80, 56-62.
- Keeling, D.I., Price, P.E., Jones, E., & Harding, K.G. (1996). Social support: Some pragmatic implications for health care professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 23 (1): 76-81.
- Martin, Y.M. et al. (2008). Relationship of health behavior theories with self-efficacy among insufficiently active hypertensive African-American women. *Patient Education and Counseling*, 72, 137-145.
- Mann, P.S. (2001). *Introductory statistics*, (4th ed.). New York: John Wiley and Sons.
- Pappa, C. et al. (2006). Psychiatric manifestations and personality traits associated with compliance with glaucoma treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 609-617.
- Pender, N.J. (1996). *Health promoting in nursing practice*, (3rd ed.). Connecticut: Appleton & Lange.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parson, M.A. (2006). *Health promotion in nursing Practice*, (5th ed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Quigley, H. A. (1996). Number of people with glaucoma worldwide. *British Journal of Ophthalmology*, 80, 389 -393.
- Resnikoff, S. et al. (2004). Global data on visual impairment in the year 2002. *Bulletin World Health Organization*, 82, 844-851.
- Wilson, M.R. (1994). Glaucoma: Epidemiology and risk Factors. In E.J Higginbothan, & D. A. Lee (Eds.), *Management of difficult glaucoma*. Boston: Blackwell Scientific Publication.
- Zimmerman, T.S. & Zalta, A.H. (1983). Facilitating patient compliance in glaucoma therapy. *Survey of Ophthalmology*, 28 (3), 252-258.