

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนใน ผู้ป่วยโรคต่อหิน โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

ศิริลักษณ์ โชติวุฒิมนตรี⁽¹⁾ และรุจิรา ดวงสงค์⁽²⁾

วันที่ได้รับต้นฉบับ : 25 มิถุนายน 2555

วันที่ตอบรับการตีพิมพ์ : 5 กันยายน 2555

⁽¹⁾ ผู้รับผิดชอบบทความ : นักศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
(โทรศัพท์ : 081-7399153)

⁽²⁾ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคต่อหินโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 31 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดรูป แบบความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มเปรียบเทียบได้รับสุขศึกษาจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุดรธานี การดำเนินกิจกรรมใช้เวลา 10 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้ การประชุมกลุ่ม การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ การเยี่ยมบ้านของผู้วิจัย การช่วยเหลือจากญาติ การรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบบันทึก การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมานได้แก่สถิติ Paired Sample t-test และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และ ค่าช่วงความเชื่อมั่น 95%CI ผลการวิเคราะห์พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคต่อหิน มากกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคต่อหินมากกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) และการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคต่อหินมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.01$) ตามลำดับ ข้อเสนอแนะ ควรมีการจัดอบรมให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้สามารถดูแลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยโรคต่อหินได้ก่อนที่ผู้ป่วยไปพบจักษุแพทย์ตามนัด เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ในชนบทส่วนใหญ่ไม่มีค่าเดินทางมารับการรักษาในจังหวัดได้ เพราะค่าเดินทางสูงต้องกู้ยืมคนอื่นมาใช้ นอกจากนี้ควรนำรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม ไปใช้ส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆต่อไป

คำสำคัญ: โรคต่อหิน, ความเชื่อด้านสุขภาพ, การสนับสนุนทางสังคม

Original Article

The Effectiveness of Prevent the Medical Complications of Glaucoma Patients in Khon Kaen Hospital, Khon Kaen Province

Siriluk Chotvuthimontree⁽¹⁾ and Rujira Duangsong⁽²⁾

Received Date : June 25, 2012
Accepted Date : September 5, 2012

Abstract

⁽¹⁾ Corresponding author : Master student of Faculty of Public Health, Khon Kaen University (Tel.081-7399153)

⁽²⁾ Assistant Professor, Department of Health Education, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

This study used a quasi-experimental research design to assess the effectiveness of a 10-week behavioral education program. This was based on the health belief model and social support theory and was developed to prevent the medical complications of untreated or incorrectly treated glaucoma. The participants were 62 glaucoma patients, who were being successfully treated at Khon Kaen Hospital, Khon Kaen Province, and at Udon Thani Hospital, Udon Thani Province. The patients at Khon Kaen Hospital (n=31) were selected as the experimental group, who received the special behavioral education program. The program involved lectures, group discussions, demonstrations, training and home visits, and contact with a caregiver to help with the application of eye drops and bring the patients for regular follow-up appointments so see an ophthalmologist. The patients at Udon Thani Hospital (n=31) were the comparison group, and they received only the health education usually provided at the hospital. Data were collected by questionnaires and by daily diary records kept by the participants. Demographic data were analyzed using descriptive statistics. Comparative data were analyzed with paired and independent t-tests, and 95% CI were computed. The significance level was set at $p < 0.05$. After the special education program, the experimental group showed statistically significant improvements in the mean scores for knowledge, perceived susceptibility to disease, perceived severity of disease, perceived benefits of and barriers to prevention, preventative behavior, and the use of eye drops. Furthermore, the mean posttest scores on all these outcome variables were significantly better than those for the comparison group. Suggestion: In this study found that many patients live in villages and too far from hospital then they difficult to meet the ophthalmologist so that ought to train nurses in Sub District Health Promotion Hospital to care them. In addition, you can bring this program to promote other chronic diseases patients.

Keyword: *glaucoma, health belief model, social support*

บทนำ

ปัจจุบัน ประชากรทั่วโลกมีปัญหาด้านการมองเห็นประมาณ 284 ล้านคน ตาบอดประมาณ 39 ล้านคนและการมองเห็นไม่ดีประมาณ 245 ล้านคน และประมาณร้อยละ 90 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา สาเหตุที่ทำให้ตาบอดได้แก่ ต้อกระจกร้อยละ 47.90 ความผิดปกติที่ไม่ได้รับการแก้ไข (สายตาสั้น สายตายาว และสายตาสีเทา) ร้อยละ 43.00 ต้อหินร้อยละ 12.30 ประมาณการขององค์การอนามัยโลกคาดว่าในปี ค.ศ. 2020 จะมีคนตาบอดและการมองเห็นเลวลงประมาณ 76 ล้านคน โรคต้อหินถึงแม้ว่าจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมได้ ถ้าได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาในระยะเริ่มแรกทันที และผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพราะโรคต้อหินสามารถทำให้ผู้ป่วยตาบอดได้ หลักในการรักษาคือการลดความดันในลูกตา ซึ่งเป็นสาเหตุและปัจจัยเดียวที่สามารถควบคุมการกระจายของโรคต้อหินได้ (World Health Organization [WHO], 2011) โรคตาเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยด้วยเหมือนกันจากการสำรวจสภาวะตาบอด สายตาเลือนราง มีอายุ 1-98 ปี พ.ศ.2549-2550 พบว่า อัตราความชุก เท่ากับร้อยละ 0.59 และร้อยละ 1.57 ตามลำดับ ประมาณการณ่ว่าประเทศไทยมีคนตาบอด 369,013 ราย และสายตาเลือนราง 987,993 ราย ตามลำดับ (สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ, 2550) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือประมาณการณว่ามีผู้ป่วยทางสายตา 1,02,417 คน เป็นโรคต้อหินประมาณ 936,529 คน จังหวัดขอนแก่น พบว่ามีคนตาบอดและการมองเห็นเลือนรางประมาณร้อยละ 6.13 (สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ, 2550) โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่ามีผู้ป่วยโรคต้อหินมารับบริการที่โรงพยาบาลขอนแก่นใน ระหว่างปี พ.ศ. 2551 – 2553 เท่ากับ 1,455 1,591 และ 1,624 คนตามลำดับ (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลขอนแก่น, 2554) จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของผู้วิจัย เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคต้อหินมารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น 100 รายพบว่า มีการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง คือ หยอดยาไม่ถูกต้อง หยดยาเองร้อยละ 46.00 ขาดความรู้เรื่องโรคต้อหินร้อยละ 20.00 ไม่มาพบแพทย์ตามนัดร้อยละ 18.00 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งเสี่ยงต่อตาบอดได้ ผู้ป่วยโรคต้อหินจึงควรได้รับการพัฒนาพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้ถูกต้อง จากแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ มีแนวคิดที่ว่าความเชื่อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของบุคคล ต้องการหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคหรือ

ต้องการมีสุขภาพดี โดยบุคคลนั้นต้องมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้นๆ และโรคนั้นๆ มีอาการรุนแรงอาจทำให้ตายหรือพิการ ความต้องการลดภาวะคุกคามนั้นๆ นำไปสู่พฤติกรรมป้องกันโรค (Glanz, Rimer, & Lewis (2002) และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมมีแนวคิดว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นการช่วยเหลือผู้อื่นในสถานการณ์ที่ชีวิตของผู้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในสถานการณ์ที่ลำบาก การสนับสนุนทางสังคมเป็นการดูแลด้วยความรักมีการสื่อสารและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของผู้รับการสนับสนุนเห็นคุณค่าของการสนับสนุน องค์ประกอบของการสนับสนุนได้แก่การให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารการสนับสนุนสิ่งของ การสนับสนุนทางอารมณ์ และการสนับสนุนการประเมิน (Cobb, 1976) จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยให้ความรู้สนับสนุนแผนพับ ให้รางวัล กระตุ้นเตือนการเยี่ยมบ้าน ญาติช่วยดูแลการหยอดตา การพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด เจ้าหน้าที่ให้ความรู้และคำแนะนำมาใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคต้อหินที่ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคต้อหินต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคต้อหิน โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) การรวบรวมข้อมูลตามตัวแปร ก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม (The Two-Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้ได้แก่ ผู้ป่วยโรคต้อหินที่มารับการรักษา พยาบาลที่โรงพยาบาลขอนแก่นและโรงพยาบาลอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคต้อหินที่มารับการรักษา พยาบาลที่โรงพยาบาลขอนแก่นและโรงพยาบาลอุดรธานี โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกดังนี้

(1) เกณฑ์คัดเข้า เป็นผู้ป่วยโรคต้อหินที่มารับการรักษาที่มีปัญหาในการปฏิบัติตัว, อายุ 50 - 75 ปี, ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย, ญาติ ให้ความร่วมมือในการวิจัย

(2) เกณฑ์คัดออก ผู้ป่วยย้ายไปรักษาที่อื่น, ญาติไม่ให้ความร่วมมือ และหากไม่เข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ หรือย้ายไปอยู่ที่อื่น หรือขอลอนตัวในขณะที่ดำเนินการวิจัย ก็ถือว่าอยู่ในเกณฑ์คัดออกเช่นเดียวกัน

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้การประมาณค่าเฉลี่ยระหว่างประชากรสองกลุ่มตามสูตรดังนี้ (อรุณ จิรวัดนกุล, 2547)

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

Z_{α} = กำหนดช่วงเชื่อมั่น 95% ดังนั้น $\alpha = 0.05$,
 $Z_{\alpha} = 1.64$

Z_{β} = กำหนดอำนาจในการทดสอบ=90% ความแม่นยำ $\beta = 0.2$, $Z_{\beta} = 1.28$

μ_1 = คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ ของกลุ่มทดลอง = 26.2 คะแนน โดยพิจารณาของศุภวรรณพิมพ์ใจใส (2548)

μ_2 = คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ ของกลุ่มเปรียบเทียบ = 23.23 คะแนน

σ^2 = ความแปรปรวนที่นำมาใช้ คือ ค่าความแปรปรวนรวม=4.39

และพิจารณาปรับค่าสูญหายที่ร้อยละ 10 จะได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 31 ราย รวมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทั้งหมด 62 ราย

โดยผู้ป่วยโรคต้อหินที่มารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคต้อหินจากผู้วิจัย ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลอุดรธานีได้รับการให้รู้ศึกษาจากเจ้าหน้าที่ในคลินิกจักษุกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้และการตรวจสอบคุณภาพ

ประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบบันทึกผลการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคต้อหิน ดังนี้

(1) แบบสอบถาม มี 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษารายได้ ระยะเวลาที่ป่วย การได้รับข้อมูลข่าวสาร บุคคลที่ช่วยเหลือ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน

ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนโรคต้อหิน

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคต้อหิน

ส่วนที่ 5 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคต้อหิน

ส่วนที่ 6 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคต้อหิน

ส่วนที่ 7 การประเมินการปฏิบัติในการหยอดตา

(2) แบบบันทึก ผลการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โรคต้อหินของผู้ป่วย

และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยการนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ในการตรวจสอบและพิจารณาแก้ไขความตรงเชิงเนื้อหาและนำไปทดลองใช้เครื่องมือ (Try out) โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคต้อหิน จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา โดยใช้ผู้ป่วยโรคต้อหินในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเหมือนกัน ด้านความรู้ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82 ด้านความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนโรคต้อหิน เท่า กับ 0.83 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคต้อหิน 0.76 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคต้อหินเท่ากับ 0.75

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

ระยะที่ 1 จัดกิจกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคต้อหิน (สัปดาห์ที่ 1-4)

- การประชุมครั้งที่ 1 สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะแทรกซ้อนของโรคต้อหิน โดยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ประชุมกลุ่ม ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

- การประชุมครั้งที่ 2 สร้างการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคต้อหินโดย ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ประชุมกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการ

ปฏิบัติตัว การเสนอตัวแบบผู้ที่ปฏิบัติตัวได้ดี และใช้เวลา 1 ชั่วโมง

- การประชุมครั้งที่ 3 สร้างการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคต่อหิน ได้แก่ ประชุมกลุ่ม การสาธิตและการฝึกปฏิบัติใช้เวลา 1 ชั่วโมง

- การประชุมครั้งที่ 4 ประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติตัว การเสนอตัวแบบผู้ที่ปฏิบัติตัวได้ดี ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

ระยะที่ 2 จัดกิจกรรมสนับสนุนทางสังคม

- สัปดาห์ที่ 5-10 ผู้วิจัย เจ้าหน้าที่ ญาติให้การสนับสนุนทางสังคม เยี่ยมบ้านกระตุ้นเตือน แนะนำและให้กำลังใจ ทั้งหมด 6 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

(1) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

(2) สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม ใช้สถิติ paired t-test วิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มใช้สถิติ Independent t-test และคำนวณช่วงเชื่อมั่น 95%CI

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

สมมติฐานข้อ 1 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหินมากกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) เป็นไปตามสมมติฐานทั้งนี้เกิดจากกิจกรรม การบรรยายประกอบสื่อ ได้แก่ วิดีทัศน์ แจกคู่มือ แผ่นพับ ซึ่งเป็นวิธีการพื้นฐานที่ถ่ายทอดความรู้จากผู้ไปยังผู้เรียนรู้ การเยี่ยมบ้าน การให้การแนะนำของผู้วิจัยจึงเป็นรูปแบบที่นิยมในการถ่ายทอดความรู้เรื่องสุขภาพ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom (1965) ได้อธิบายการพัฒนาพุทธิพิสัยหรือสติ- ปัญญา (Cognitive domain)

โดยการทำกิจกรรมพัฒนาให้เกิดความรู้ความเข้าใจ โดยการบรรยายประกอบสื่อ การนำความรู้ไปใช้ เพื่อให้เกิดความรู้ความจำ การนำความรู้ไปใช้ โดยการฝึกปฏิบัติ การวิเคราะห์ สังเคราะห์ และการประเมินค่า โดยการประชุมกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อหินสอดคล้องกับทฤษฎีของ เสาวลักษณ์ สัจจา (2551) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสตรีอายุ 35 – 60 ปี เพื่อมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 2 เทศบาลเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย ผลการทดลองพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของอัสรา อวาร์ณ (2552) ได้เปรียบเทียบผลของการสอนตามปกติกับการสอนโดยใช้สื่อการสอนต่อความรู้และการปฏิบัติในผู้ป่วยโรคต่อหิน พบว่ากลุ่มความรู้เรื่องโรคของผู้ป่วยโรคต่อหินมากกว่ากลุ่มควบคุมและก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา คุณสว่าง (2544) ได้ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหินปฐมภูมิมุมปิดโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าผู้สูงอายุหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เรื่องโรคต่อหินสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามการศึกษากลุ่มเปรียบเทียบได้รับการให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเช่นเดียวกัน เมื่อเปรียบเทียบการเพิ่มของคะแนนความรู้ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานข้อ 2 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนโรคต่อหินมากกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

จากผลการทดลองพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรก

ข้อของโรคต้อหินสูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - Value < 0.001) ทั้งนี้เกิดจากกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคต้อหินได้แก่ การบรรยายประกอบ วีดิทัศน์ ภาพพลิก โปสเตอร์ ฯลฯ การประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคต้อหิน และพิจารณาว่าตนเองมีพฤติกรรมเสี่ยงอย่างไร ควรมีการปรับปรุงพฤติกรรมของตนเองอย่างไร เป็นไปตามแนวคิดของ Rosenstock (1974) ที่อธิบายไว้ว่าการกระทำใดๆ ของบุคคลมาจากความเชื่อของบุคคลนั้น ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived Susceptibility to disease) หมายถึงการที่บุคคลรับรู้ว่าการกระทำที่ผ่านมาเสี่ยงต่อการเป็นโรค บุคคลจะมีการรับรู้แตกต่างกันถ้าบุคคลที่มีการรับรู้ต่ำก็จะไม่รับรู้ความเสี่ยงนั้น ถ้าบุคคลที่มีการรับรู้ปานกลางจะยอมรับเมื่อได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคนั้นๆ ที่ปรากฏ ถ้าบุคคลที่มีการรับรู้สูงจะรับรู้ตัวเองได้สัมผัสต่อโรคนั้นหรืออาการที่ไม่พึงประสงค์ สอดคล้องกับการวิจัยของประพนธ์ บุญไชย (2553) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลบุษราคัม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสการรับรู้ความรุนแรงต่อการดื้อยาต้านไวรัสและอาการข้างเคียงของยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานข้อที่ 3 หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคต้อหินมากกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

จากผลการทดลองพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคต้อหินสูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) เป็นไปตามแนวคิดของ Rosenstock (1974) ที่อธิบายไว้ว่าการกระทำใดๆ ของบุคคลมาจากความเชื่อของบุคคลนั้น ได้แก่ การที่บุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity of disease) โรคนี้เป็นอันตราย

หรือทำให้เป็นปัญหายุ่งยาก เช่น ทำให้เจ็บปวดไม่สบายทำให้สูญเสียเวลาในการทำงานนำความยุ่งยากมาสู่ครอบครัว ปัญหาทางการเงินและความสัมพันธ์กับครอบครัว สอดคล้องกับการวิจัยขององค์การ ประจันเขต (2551) ได้ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการให้คำปรึกษา เพื่อเสริมสร้างการรับประทายาต้านไวรัสสม่าเสมอ โรงพยาบาลบาราศนราดูร จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของการดื้อยามากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประพนธ์ บุญไชย (2553) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลบุษราคัม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสการรับรู้ความรุนแรงต่อการดื้อยาต้านไวรัสและอาการข้างเคียงของยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานข้อ 4 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคต้อหิน มากกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

จากผลการทดลองพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคต้อหินมากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.01 และ <0.05 ตามลำดับ) ทั้งนี้เกิดจากกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนโรคต้อหินได้แก่ การบรรยายประกอบด้วย วีดิทัศน์ ภาพพลิก โปสเตอร์ ฯลฯ การสาธิตการหยอดตาที่ถูกต้อง และการฝึกปฏิบัติหยอดตาที่ถูกต้อง การประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบ การณ์ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคต้อหินมีการปรับปรุงพฤติกรรมอย่างไรเพื่อป้องกันอันตรายของภาวะแทรกซ้อนของโรคต้อหินเป็นไปตามแนวคิดของ Rosenstock (1974) ที่อธิบายไว้ว่าการกระทำใดๆ ของบุคคลมาจากความเชื่อของบุคคลที่มีแนวโน้มที่จะกระทำ (Likelihood of action) โดยที่บุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับผลประโยชน์ของการป้องกันโรค (Perceived of benefits of preventive action) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค หลังจากได้พิจารณา

แล้วว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค และโรคนี้มีความรุนแรง สอดคล้องกับการวิจัยขององคร์ ประจันตเขต (2551) ได้ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการให้คำปรึกษา เพื่อเสริมสร้างการรับประทายาต้านไวรัสสม่าเสมอ โรงพยาบาลบาราศนราดูล จังหวัดนทบุรี ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เป็นไปตามแนวคิดของ Rosenstock (1974) ที่อธิบายไว้ว่าการกระทำใด ๆ ของบุคคลมาจากความเชื่อของบุคคลที่มีแนวโน้มที่จะกระทำ (Likelihood of action) โดยที่บุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับผลประโยชน์ของการป้องกันโรค (Perceived of benefits of preventive action) หมายถึงการที่บุคคลรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค หลังจากได้พิจารณาแล้วว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค และโรคนี้มีความรุนแรง สอดคล้องกับการวิจัยขององคร์ ประจันตเขต (2551) ได้ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการให้คำปรึกษา เพื่อเสริมสร้างการรับประทายาต้านไวรัสสม่าเสมอ โรงพยาบาลบาราศนราดูล จังหวัดนทบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของประพนธ์ บุญไชย (2553) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัส การรับรู้ความรุนแรงต่อการดื้อยาต้านไวรัสและการข้างเคียงของยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mohamaei et al. (2011) ได้ศึกษาการผลของโปรแกรมการ ศึกษาโดยประยุกต์ใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาล Fatemeh Zahra hospital of Najafabad, a city located in central region of Iran ในการควบคุมอาหาร หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรคและการปฏิบัติตัวดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานข้อที่ 5 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคต่อหินมากกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

จากผลการทดลองพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคต่อหิน และการหยอดตาถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้เกิดจากกิจกรรมการให้ความรู้ การพัฒนาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะแทรกซ้อนของโรคหิน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อหิน และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อหิน โดยจัดกิจกรรม การให้ความรู้ การประชุมกลุ่ม การฝึกปฏิบัติ การสนับสนุนทางสังคม ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคต่อหินดีกว่าก่อนทดลองเป็นไปตามแนวคิดของ Rosenstock (1974) ที่อธิบายไว้ว่าการกระทำใด ๆ ของบุคคลมาจากความเชื่อของบุคคล 1) การรับรู้ของบุคคล ได้แก่ 1.1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived Susceptibility to disease) การที่บุคคลรับรู้ว่าการกระทำที่ผ่านมามีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค บุคคลจะมีการรับรู้แตกต่างกัน ถ้าบุคคลที่มีการรับรู้ต่ำจะไม่รับรู้ความเสี่ยงนั้น ถ้าบุคคลที่มีการรับรู้ปานกลางจะยอมรับเมื่อได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคนั้นๆที่ปรากฏ ถ้าบุคคลที่มีการรับรู้สูงจะรับรู้ว่าตนเองได้สัมผัสต่อโรคนั้นหรืออาการที่ไม่พึงประสงค์ 1.2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity of disease) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้โรคนี้เป็นอันตรายหรือทำให้เป็นปัญหาที่ยาก เช่น ทำให้เจ็บปวดไม่สบาย ทำให้สูญเสียเวลาในการทำงาน นำความยุ่งยากมาสู่ครอบครัว ปัญหาทางการเงินและความสัมพันธ์กับครอบครัว 2) ปัจจัย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Modifying factors) ได้แก่ 2.1) ตัวแปรประชากร (Demographic variables) ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ชนกลุ่มน้อย ฯลฯ 2.2) ตัวแปรทางจิตวิทยาสังคม (Sociopsychological variables) ได้แก่ ความสามารถของบุคคล ชนชั้นทางสังคม ความกดดันของเพื่อนและกลุ่มอ้างอิง ฯลฯ 2.3) ตัวแปรเชิงโครงสร้าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค การสัมผัสโรค ฯลฯ 2.4) การรับรู้ภาวะคุกคาม (Perceived Threat) ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค 2.5) สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ (Cues to Action) หมายถึง ระดับการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและความรุนแรงของโรค การชักนำเป็น

แนวทางนำไปสู่การปฏิบัติ สิ่งชักนำอาจจะอยู่ภายในหรือภายนอก สิ่งชักนำได้แก่ การสื่อสารมวลชน การณรงค์ การแนะนำ โปสเตอร์กระตุ้นเตือนจากแพทย์ พยาบาล การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อน หนังสือพิมพ์ หรือ บทความในนิตยสาร 3) แนวโน้มที่จะกระทำ (Likelihood of action) 3.1) การรับรู้เกี่ยวกับผลประโยชน์ของการป้องกันโรค (Perceived of benefits of preventive action) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค หลังจากได้พิจารณาแล้วว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคและโรคนั้นมีความรุนแรง 3.2) การรับรู้เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการกระทำเพื่อการป้องกันโรค (Perceived of barriers to preventive action) อย่างไรก็ดีถึงแม้ว่าบุคคลรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การกระทำนั้นไม่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากมีอุปสรรค เช่น ค่าใช้จ่ายอาจจะแพง ไม่เป็นที่พอใจ มีความเจ็บปวด ลักษณะเหล่านี้อาจจะทำให้บุคคลไม่อยากจะกระทำ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของประพนธ์ บุญไชย (2553) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลบุณทรภิก จังหวัดอุบลราชธานี หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับประทานยาสม่ำเสมอ ครบทุกมื้อและตรงเวลาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการวิจัยขององศ์กร ประจันตเขต (2551) ได้ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการให้คำปรึกษา เพื่อเสริมสร้างการรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ โรงพยาบาลบาราศนราดรุ จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีกลุ่มทดลองมีการรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mohamaei et al. (2011) ได้ศึกษาการผลของการประยุกต์ใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ BASNEF ในการป้องกันความเสี่ยงต่อการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด กิจกรรมประกอบด้วยการประชุมกลุ่ม จัดโครงการอดบุหรี่ หลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความรู้สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mohamaei et al. (2011) ได้ศึกษาการผลของโปรแกรมการศึกษาโดยประยุกต์ใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อให้

ผู้ป่วยเบาหวานในการควบคุมอาหาร Center of Excellence for Training and Research Translation กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาล Fatemeh Zahra hospital of Najafabad, a city located in central region of Iran หลังการทดลองพบว่า มีการปฏิบัติตัวดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

(1) ควรมีการจัดอบรมให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้สามารถดูแลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยโรคต้อหินได้ก่อนที่ผู้ป่วยไปพบจักษุแพทย์ตามนัด เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิบัติตัวยังไม่ถูกต้องเท่าที่ควร นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาล ไม่มีค่าเดินทางมารับการรักษาในจังหวัดได้ ในการมารับการรักษาแต่ละครั้งต้องกั๊ยมคนอื่นมาใช้ในการเดินทางมาพบแพทย์ รวมทั้งรถยนต์เข้ามาในเมืองไม่ค่อยมี ผู้สูงอายุเดินทางลำบาก

(2) ควรนำรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม ไปใช้ส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรเพิ่มทฤษฎีความสามารถของตนเพื่อพัฒนาความสามารถและความคาดหวังในผลลัพธ์ ในการดูแลตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คลินิกจักษุ ผู้ป่วยและญาติ โรงพยาบาลขอนแก่นและโรงพยาบาลอุดรธานีที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- ชนิษฐา คุณสวาท. (2544). ผลของการพยาบาลระบบ สนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุที่เป็น โรคต้อหินปฐมภูมิมุมเปิดโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- งานเวชระเบียน โรงพยาบาลขอนแก่น.(2554). สถิติการให้บริการปี 2554. ขอนแก่น: งาน. (เอกสารอัดสำเนา).
- ประพนธ์ บุญไชย. (2553). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการ สนับสนุนทางสังคม ในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลบุษราคัม จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เสาวลักษณ์ สังจา.(2551). ประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสตรีอายุ 35-60 ปี เพื่อมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 เทศบาลเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ. (2550). รายงานผลการสำรวจตาบอด สายตาเลือนราง โรคตาที่เป็นปัญหาสาธารณสุข ครั้งที่ 4 ประเทศไทย และการประเมินสมรรถภาพผู้พิการการมองเห็น พ.ศ. 2549-2540. ค้นเมื่อ 16 สิงหาคม 2554, จาก <http://www.healthyability.com/>
- องค์อร ประจันตเขต. (2551). ผลของการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการให้ปรึกษาเพื่อเสริมสร้างการ รับประทานยาต้านไวรัสสมีสม่ำเสมอ โรงพยาบาลบาราศณราดูร จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อติพงศ์ พิมพีดี. (2553). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการออกกำลังกายโดยการเดินร่าจั้งหะ Paslop เพื่อป้องกันการหกล้มในหญิงไทยก่อนวัยสูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อัสรา อารณ. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมกับปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อำนาจ ไชยเทศ. (2552). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ ภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โรงพยาบาลน้ำหนาว อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

Bloom, BS. (1965). *Toxonomy of educational objective, handbook 1: Cognitive domain*. New York: David Mckay.

Cobb, S. (1976). *Social support as a moderator of life stress*. Retrieved August 16, 2011, from <http://www.psychosomaticmedicine.org/content/38/5/300.abstract>

Mohamaei, F., Nouri-Tajer, M., Nouhi, F., & Maleki, M. (2011). Application of BASNEF health belief model in preventing the occurrence of risk factors contributing to myocardial infarction in patients with coronary artery disease. *Iranian Heart Journal*, 5(1,2), 29-32.

Janz, N.K., Champion, V.L., & Strecher, V.J. (2002). The Health Belief Model. In K. Glanz, B.K. Rimer, & F.M. Lewis (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (3rd ed.). (p.45-66). San Francisco: Jossey Bass.

Irwim, R.M. (1974). Historical origins of health belief model. *Health Education monographs*, 2, 4.

World Health Organization [WHO]. (2011). *Causes of blindness and visual impairment*. Retrieved August 16, 2011, from <http://www.guideline.gov/summary/>

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ ความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมภายในกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรม	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		$\bar{X}_{diff}$	95%CI	t	p-value
	$\bar{x}$	SD.	$\bar{x}$	SD.				
กลุ่มทดลอง (n=31)								
ความรู้	9.48	2.88	14.45	1.80	5.00	3.98-6.02	10.05	<.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนฯ	35.22	2.88	40.74	1.26	5.52	4.47-6.57	10.73	<.001
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนฯ	32.61	2.29	34.55	1.91	1.93	0.82-3.05	3.55	0.001
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนฯ	27.64	1.96	29.03	1.38	1.39	0.52-2.26	3.25	0.003
การปฏิบัติ	17.90	1.47	19.84	1.32	1.93	1.43-2.44	7.56	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=31)								
ความรู้	10.13	2.43	9.29	2.25	-0.83	-1.57-0.11	-2.35	0.02
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนฯ	35.29	2.26	34.03	2.75	-1.26	-2.38-0.13	-2.28	0.03
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนฯ	32.93	2.60	32.06	3.10	-1.26	-2.31-0.56	-1.24	0.22
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนฯ	28.97	1.54	27.71	3.32	- 1.26	-2.51-0.002	-2.04	0.05
การปฏิบัติ	18.55	1.52	18.39	1.65	0.03	-0.49-0.55	0.13	0.90

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบ ความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง (n=31)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=31)		$\bar{X}_{diff}$	95%CI	t	p-value
	$\bar{x}$	SD.	$\bar{x}$	SD.				
ก่อนทดลอง								
ความรู้	8.93	2.76	10.13	2.43	-1.19	-2.51-0.12	-1.81	0.08
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนฯ	35.22	2.88	35.29	2.74	-0.06	-1.49-1.37	-0.09	0.93
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนฯ	32.61	2.29	32.93	2.61	-0.32	-1.57-0.92	-0.52	0.61
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนฯ	27.64	1.96	28.97	1.54	-1.32	-2.22-0.43	-2.96	0.003
การปฏิบัติ	17.90	1.47	18.34	1.52	-0.45	-1.21-0.31	-1.19	0.24
หลังการทดลอง								
ความรู้	14.48	1.80	9.29	2.25	5.19	4.16-6.23	10.01	<0.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนฯ	40.74	1.26	34.03	2.25	6.71	5.77-7.64	14.44	<0.001
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนฯ	34.61	1.86	32.06	3.10	2.55	1.25-3.84	3.93	<0.001
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนฯ	29.03	1.38	27.71	3.32	0.90	-0.50-2.31	2.05	0.04
การปฏิบัติ	19.84	1.32	18.39	1.65	1.45	0.69-2.21	3.83	<0.001