บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานผู้ป่วยนอกจักษุวิทยา กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ที่ ภก๐๐๓๓.๒๑๔/ วันที่ ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุมัติเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ข้าพเจ้า นางศรีรัตนา แสงจันทร์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยนอกจักษุวิทยา กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ทำผลงานวิชาการเรื่อง การรับรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน แผนกผู้ป่วยนอกจักษุวิทยา โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เนื่องจากผลงานวิชาการดังกล่าวได้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว

ในการนี้ ข้าพเจ้าจึงขออนุญาตเผยแพร่ผลงานวิจัยผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นการเปิดเผยข้อมูลและการให้บริการสาธารณะผ่านระบบสารสนเทศของหน่วยงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบได้โปรดลงนามในแบบฟอร์มของการเผยแพร่ฯ และอนุญาตให้เผยแพร่บนเว็บไซต์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตต่อไป จะเป็นพระคุณยิ่ง

(นางศรีรัตนา แสงจันทร์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(นางสาวสุพัตรา ธรรมธิษฐาน)
หัวหน้าพยาบาล

(นายวีระศักดิ์ หล่อทองคำ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
๑๑ ก.ค. ๒๕๖๗

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลาง
ตามประกาศโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๖
สำหรับหน่วยงานในสังกัดโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหน่วยงาน : งานผู้ป่วยนอกจักษุวิทยา กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
วัน/เดือน/ปี :

หัวข้อ : การรับรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน แผนกผู้ป่วยนอกจักษุวิทยา โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

Link ภายนอก : .....

หมายเหตุ : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล	ผู้พิจารณารับรอง
(นางศรีรัตนา แสงจันทร์)	(นายแพทย์ทัปปณ สัมปทณรักษ์)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการด้านวิจัยและพัฒนา
วันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๗	วันที่ 11 กรกฎาคม 67

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่

(นายวุฒิชัย ช่างคิด)
ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ
วันที่ 11 ก.ค. 67

การรับรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน แผนกผู้ป่วยนอกจักษุวิทยา โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

นางศรีรัตนา แสงจันทร์ พย.บ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน แผนกผู้ป่วยนอกจักษุวิทยา โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคต้อหินที่ได้รับการมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุวิทยา โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ระหว่างกุมภาพันธ์ 2567 ถึงเมษายน 2567 จำนวน 240 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ของปัจจัย โดยใช้สถิติ ไค-แสคว์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 82.5 เป็นโรคต้อหิน 1 – 5 ปี ร้อยละ 47.08 เป็นต้อหินทั้ง 2 ข้าง ร้อยละ 71.67 การมองเห็นของสายตาขณะนี้ สามารถมองเห็นชัดเจนดี ร้อยละ 54.58 มีการรับรู้การดูแลตนเองในระดับสูง ร้อยละ 79.17 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน พบว่า สามารถหยอดตาได้เอง ร้อยละ 92.50 สามารถอ่านฉลากยาได้ ร้อยละ 85.42 และสามารถเดินทางได้ ร้อยละ 66.25 ปัญหาที่พบจากการใช้ยาหยอดตา คือ การหยอดตาไม่เข้าตา ร้อยละ 52.08 วิธีการแก้ปัญหาการใช้ยาเมื่อลืมหยอดตา คือ หยอดตาทันทีที่นึกได้ ร้อยละ 51.25 และการแก้ปัญหาการใช้ยาเมื่อยาหมด คือ มาตรวจก่อนนัดเพื่อรับยาที่โรงพยาบาล ร้อยละ 82.08 การหาความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน ส่วนการรับรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค ต้อหินมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.433$, p-value < 0.001)

ข้อเสนอแนะ พัฒนาแนวทางการพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาแก่ผู้ป่วยต้อหินเพื่อป้องกันการเกิดภาวะตาบอดได้ โดยส่งเสริมให้เกิดการรับรู้และสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ยาอย่างถูกต้องและการให้ทีมสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ : โรคต้อหิน, พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน, การรับรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน

---

* นางศรีรัตนา แสงจันทร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกผู้ป่วยนอกจักษุวิทยา โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

Perception and Self-Care Behaviors in Patients with Glaucoma
at Ophthalmology Outpatient department, Vachiraphuket hospital

Sriratana Saengjan

ABTRACK

This research study was performed to perception and self-care behaviors of glaucoma patients in Ophthalmology outpatient department Vachira Phuket Hospital. Data from 240 glaucoma patients in the Ophthalmology Outpatient Department Vachira Phuket Hospital, between February 2024 - April 2024 were collected using a structured questionnaires. Which has a Cronbach's alpha coefficient of 0.82. Data were analyzed using statistics such as percentage, mean, and standard deviation. The relationship of factors was analyzed using Chi-Square and Pearson correlation coefficients.

The study were the majority were over 60 years old 82.5% had glaucoma for 1 - 5 years 47.08%. Most patients had glaucoma on both sides, 71.67%. Their vision now can be seen clearly, 54.58%. They was a high level of awareness self-care behavior 79.17%. They were able to eye drops 92.50%, read drug labels 85.42%, and travel 66.25%. The most problem using eye drops is that the drops do not enter the eye 52.08%. Solving the problem when forgetting to put eye drops is dropping eye drops as soon as their remember 51.25%, and solving the problem when the medicine run out is came before the appointment to receive medicine at the hospital 82.08%. As for finding the relationship, it was found that demographic characteristic of glaucoma patients were not related to the self-care behavior. The perception of self-care among glaucoma patients there was significantly associated with self-care behavior of glaucoma patients ($r = 0.433$, p-value < 0.001).

Suggestions: Develop nursing guidelines to promote co-operation in treatment for glaucoma patients to prevent blindness. Promoting health literacy and empower to the correct use of medicines and involving a multidisciplinary team in participate caring for patients.

KEYWARD: Glaucoma, Self-Care Behaviors in Patients with Glaucoma, Perception Self-Care Behaviors in Patients with Glaucoma

ความเป็นมาและความปัญหา

ต้อหิน (glaucoma) เป็นโรคของตาชนิดหนึ่งที่เกิดจากความเสื่อมของเส้นประสาทตาหรือเส้นประสาทตาถูกทำลาย โดยเป็นเส้นประสาทที่เชื่อมระหว่างตากับสมอง ปัจจัยหลักมาจากความดันในลูกตาสูง ซึ่งเกิดจากการระบายน้ำออกของลูกตามีการอุดตันและเสื่อมสภาพ ทำให้ระบายน้ำออกจากลูกตาได้ไม่ดีพอ ส่งผลให้ความดันภายในลูกตาเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ จนทำลายประสาทตาในที่สุด อาการของต้อหินโดยทั่วไปจะไม่มีอาการหรือสัญญาณปรากฏเด่นชัดในระยะแรกและจะเกิดอาการ แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับชนิดของต้อหิน ต้อหินมุมเปิด (Primary open-angle glaucoma)เป็นต้อหินชนิดที่พบบ่อยที่สุด เกิดจากการไหลเวียนของน้ำในลูกตาลดลง ไม่ทราบกลไกที่แน่นอน สันนิษฐานว่าเกิดจากความเสื่อมของช่องระบายน้ำออกจากลูกตา ส่งผลให้น้ำในลูกตาไม่สามารถไหลเวียนออกได้อย่างปกติทำให้เกิดความดันลูกตาสูงจนส่งผลให้ประสาทตาถูกทำลาย ส่วนมากจะไม่มีอาการแสดงในระยะแรก แต่ถ้าไม่ได้รับการรักษาในระยะเริ่มต้นจะส่งผลให้สูญเสียการมองเห็นอย่างช้าๆ ซึ่งนำไปสู่การตาบอดในที่สุด[1]

ต้อหินสาเหตุมาจากจอประสาทตาที่มีความเสื่อมหรือถูกทำลายโดยประสาทตาจะเสื่อมลงทีละน้อย และเกิดจุดบอดขึ้นที่ลานสายตา มักมีสาเหตุสำคัญมาจากความดันในลูกตาสูงอันเนื่องมาจากการไหลเวียนเข้าและออกของน้ำหล่อเลี้ยงในลูกตาไม่สมดุล เกิดการอุดตันบริเวณทางออกของช่องระบายน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา ซึ่งทำให้มีการสร้างน้ำหล่อเลี้ยงลูกตามากขึ้นแต่การไหลออกลดลง ทำให้ความดันตาสูงขึ้น อาจเกิดอย่างช้าๆหรือเฉียบพลันขึ้นอยู่กับชนิดของโรคต้อหิน ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคต้อหิน กรรมพันธุ์มีประวัติครอบครัวเป็นต้อหิน คนสายตาสั้นหรือยาวมากๆ คนเป็นเบาหวานและผู้สูงอายุ เกิดอุบัติเหตุทางตา มีการติดเชื้อหรือการอักเสบในตา การใช้ยาสเตียรอยด์เป็นเวลานาน รวมถึงโรคต้อกระจกที่ปล่อยทิ้งไว้จนสุก ผลกระทบจากการเป็นโรคต้อหินไม่ว่าจะชนิดใดก็ตาม ถ้าผู้ป่วยไม่เริ่มทำการรักษาอย่างทันท่วงที ปล่อยเอาไว้ ก็จะทำให้อาการของโรคค่อยๆพัฒนาไปทางที่แย่ลง ประสาทตาก็ จะค่อยๆถูกทำลาย และเสื่อมลงหรือผู้ป่วยที่เป็นต้อหินได้รับการรักษาแล้ว แต่ไม่ทำการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ไม่ไปพบแพทย์ตามนัดหรือไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาที่วางไว้อย่างสม่ำเสมอก็อาจทำให้ต้องสูญเสียการมองเห็นไปในที่สุด[2]

องค์การอนามัยโลกประมาณการว่ามีประชากรเป็นโรคต้อหินทั่วโลกจำนวน 60.5 ล้านคน ในจำนวนนี้มีอัตราการเกิดภาวะตาบอดจากต้อหินในปี พ.ศ. 2553 จำนวน 8.4 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 จะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 79.6 ล้านคน และมีแนวโน้มจะพบผู้ป่วยตาบอดจากต้อหินเพิ่มสูงขึ้นถึง 11.2 ล้าน คน ในปีดังกล่าว สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยมีการรายงานอุบัติการณ์ของการเกิดต้อหินประมาณ 2.5 - 3.8 ของจำนวนประชากร หรือคิดเป็นจำนวนประชากรประมาณ 1.7 - 2.4 ล้านคน ความชุกของโรคพบในคนที่มีอายุมากกว่า 40 ปี เนื่องจากส่วนใหญ่ในระยะแรกผู้ป่วยโรคต้อหินจะไม่แสดงอาการใด และมักบังเอิญพบในระยะท้ายของโรค ซึ่งแสดงอาการตามัวจนเกือบจะสูญเสียลานตาและการมองเห็นแบบถาวร[2] สถานการณ์ตาบอดในประเทศไทยในการสำรวจครั้งที่ 4 พ.ศ. 2540 พบจำนวนคนตาบอด ร้อยละ 0.59 (396,013 คน) สาเหตุนั้นเกิดจากต้อกระจก ร้อยละ 56.61 และต้อหิน ร้อยละ 10.4 จอตาเสื่อมในผู้สูงอายุ ร้อยละ 3.88 ตาดำเป็นฝ้าขาว ร้อยละ 1.23 และสายตาผิดปกติโดยไม่แก้ไข ร้อยละ 14.11ซึ่งต้อหินเป็นสาเหตุอันดับ 2 ที่ทำให้เกิดการตาบอดได้[3] สำหรับ

ข้อมูลจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวนผู้ป่วยโรคต้อหินที่เข้ามารักษาที่ห้องตรวจตาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ในปีงบประมาณพ.ศ. 2564 - 2566 พบว่า มีผู้ป่วย จำนวน 2,259 ราย 2,413 ราย และ 2,711 ราย ตามลำดับ และพบผู้ป่วยตาบอดจากโรคต้อหินจำนวน 10,8 และ 11 ราย ตามลำดับ[4]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การดูแลรักษาและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดจากการรวบรวมจำแนกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ความดันลูกตาสูงจากวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน (lifestyle) เช่น การดื่มกาแฟ การออกกำลังกายโดยการยกน้ำหนักอาชีพการทำงาน การผูกเนคไท และการพักผ่อน เป็นต้น 2) การใช้ยาควบคุมความดันตาและผลข้างเคียงจากยา ความดันตาเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคต้อหิน เพราะความดันตาที่สูงขึ้นทำให้ประสาทตาถูกทำลายเสียหายมากขึ้น การรักษาจึงเน้นที่การลดความดันตาลงมาสู่ระดับที่ปลอดภัย ยาที่ใช้รักษาโรคต้อหินจึงมีฤทธิ์ในการลดความดันตาโดยลดการสร้างน้ำหล่อเลี้ยงตาและเพิ่มการระบายน้ำนี้ออกไปจากลูกตา 3) ความร่วมมือในการรักษาโรคต้อหินมุมเปิดเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง (compliance) การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกายก่อให้เกิดความพิการหรือสูญเสียชีวิตนั้น ส่งผลทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความวิตกกังวล ความเครียดและมีความต้องการข้อมูลเพิ่มมากขึ้น เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา [5,6,7] จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิดมีพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาพยาบาล แบ่งตามสาเหตุ ได้แก่ การขาดแรงจูงใจในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 50 และขาดความรู้เกี่ยวกับการรักษา ร้อยละ 41 เช่น ความรู้ในการใช้ยาโดยพบว่าผู้ป่วยใช้ยาไม่สม่ำเสมอเนื่องจากผลข้างเคียงของยาถึง ร้อยละ 25 จากผลงานวิจัยเรื่องปัญหาและพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยต้อหิน พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ลืมหยอดยาร้อยละ 37 มีการปฏิบัติตามขั้นตอนการหยอดตาไม่ถูกต้อง ร้อยละ 48 และไม่มาตรวจตามนัดยาหมดจึงไม่ได้หยอดยาถึง ร้อยละ71.7 [8,9] แต่สำหรับผู้ป่วยต้อหินที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุวิทยา โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ยังไม่มีการสำรวจปัญหาที่ชัดเจนว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้และการดูแลตนเองอย่างไร ผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาตามแบบการรักษาได้อย่างถูกต้องนั้น มีสาเหตุมาจากปัจจัยใดหรือลักษณะของการใช้ยาไม่ถูกต้องนั้นเป็นอย่างไร ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะติดตามปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยต้อหินเพื่อจะได้ใช้ผลการศึกษาเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำผู้ป่วยในการใช้ยาได้ถูกต้องกับแผนการรักษา ผู้ป่วยได้รับยาอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากฤทธิ์ข้างเคียงหรือพิษของยาอันจะส่งผลให้ผลลัพธ์การรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ในการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน แผนกผู้ป่วยนอกจักษุวิทยา โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินแผนกผู้ป่วยนอกจักษุวิทยา โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ขอบเขตการศึกษา

ผู้ป่วยโรคต้อหินที่ได้รับการรักษาโดยการใช้ยา และมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุวิทยา ที่โรงพยาบาลวชิระภูเก็ตสามารถสื่อสารได้เข้าใจช่วงเวลาเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2567 ถึง เดือนเมษายน 2567 จำนวน 240 คน

ตัวแปรในการวิจัย

ตัวแปรต้น ได้แก่เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคต้อหินและ การรับรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยต้อหิน

ตัวแปรตาม ได้แก่พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยต้อหิน

การนิยามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

การรับรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยต้อหิน หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึก ความสนใจของผู้ป่วยโรคต้อหิน ต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคต้อหินที่เป็นอยู่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอด รับรู้อุปสรรคในการหยอดตา รับรู้การใช้ยาหยอดตาตลอดชีวิต การรับรู้วิธีการหยอดยา วัดโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยต้อหิน หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคต้อหิน ในการใช้ชีวิตประจำวัน การอ่านฉลากยา การเดินทาง การใช้ยาหยอดตาของผู้ป่วยต้อหินและการปฏิบัติตามขั้นตอนการหยอดตาได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่องวัดโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

การมองเห็นชัดเจนดี [10] หมายถึง บุคคลสามารถเห็นวัตถุได้ชัดเจนในระยะที่ห่างออกไป 20 ฟุต ซึ่งคนปกติทั่วไปก็สามารถมองเห็นในระยะ 20 ฟุต เช่นกัน แปลว่าถ้าค่าสายตา (Visual acuity: VA) = 20/20 แสดงว่าสายตาปกติเห็นชัดเจนดี ส่วนตามัว คือ ค่าสายตา VA แย่กว่า 20/20

ตาเห็นเลือนราง [10] หมายถึง บุคคลที่สูญเสียการเห็นตั้งแต่ระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรง ซึ่งตาเลือนรางระดับปานกลาง คือ บุคคลสามารถมองเห็นไม่เหมือนปกติ แต่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันและช่วยเหลือตัวเองได้ เรียกว่าตามัว ส่วนตาเลือนรางระดับรุนแรง คือ บุคคลสามารถมองเห็นรางๆ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ค่อนข้างลำบากอาจต้องมีคนช่วยดูแล

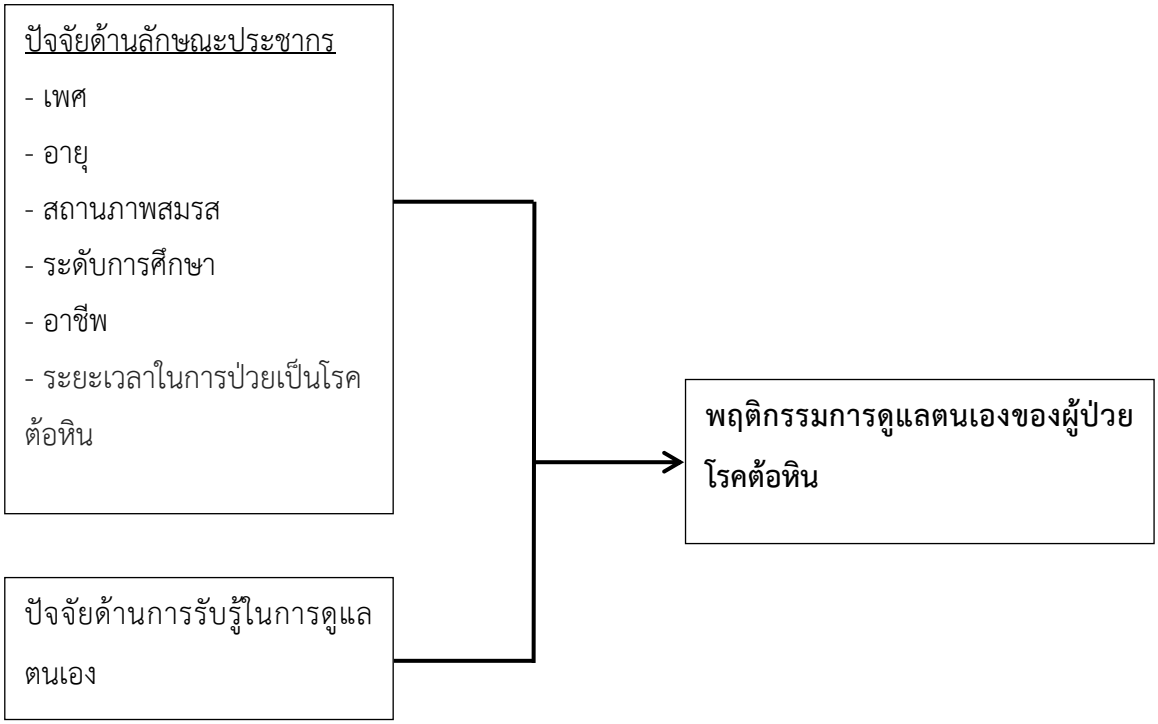
คนตาบอด [10] หมายถึง บุคคลที่สูญเสียการเห็นตั้งแต่ระดับที่ไม่สามารถนับนิ้วมือได้ที่ระยะ 3 เมตร หรือ 10 ฟุต จนถึงตาบอดสนิท

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลสำคัญต่อสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวกับปัจเจกบุคคล ซึ่งในแต่ละบุคคลย่อมมีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน เช่น พันธุกรรมที่ต่างกัน ซึ่งเมื่อเกิดมาแล้วพันธุกรรมไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ แต่สามารถดูแลและปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับความผิดปกติทางพันธุกรรมที่เกิดขึ้น และสามารถปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อสุขภาพที่ดีได้ มีความเชื่อ ความรู้ เจตคติ และ

ทักษะต่อการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกันด้วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ จะทำให้บุคคลย่อมมีสุขภาพดีและความสามารถในการเข้าถึงระบบการให้บริการทั้งในแง่ของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม[11] เป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นหรือค้นพบจากความเป็นจริงเกี่ยวข้องกับการพยาบาล โอเร็มอธิบายมโนทัศน์ของการดูแลไว้ว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี” ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่สำคัญ ได้แก่ 1.ทฤษฎีดูแลตัวเอง (self – care theory) 2.ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (the theory of self-care deficit) 3.ทฤษฎีระบบพยาบาล (the theory of nursing system) ซึ่งในงานนี้จะพูดถึงเฉพาะทฤษฎีดูแลตัวเอง (self – care theory) การดูแลตนเองเป็นรูปแบบหนึ่งของการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการประกอบด้วย 2 ระยะสัมพันธ์กัน คือระยะที่ 1 เป็นระยะของการประเมินและตัดสินใจความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency)และระยะที่ 2 ระยะของการกระทำและประเมินผลของการกระทำเรียกว่า การดูแลตนเองที่จำเป็น (self-care requisites) ซึ่งเป็นความตั้งใจหรือเป็นผลที่เกิดได้ทันทีหลังการกระทำการดูแลตนเองที่จำเป็น มี 3 อย่าง คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปตามระยะพัฒนาการ และเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ ดังนี้ 1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites) 2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites)3. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation selfcare requisites) โอเร็ม ได้กล่าวถึง ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) เป็นมโนมติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของมนุษย์ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพดังกล่าวจะสร้าง หรือพัฒนาการดูแลตนเองได้โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ **1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง** (capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ 1) การคาดการณ์(Estimative) 2) การปรับเปลี่ยน (Transitional) 3) การลงมือปฏิบัติ (productive operation) **2. พลังความสามารถในการดูแลตนเอง** (Power components: enabling capabilities for self-care)พลังความสามารถนี้เป็นตัวกลางซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป เช่น ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง แรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตน เป็นต้น **3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน** (foundational capabilities and disposition) จากทฤษฎีดังกล่าว ได้กรอบแนวคิดวิจัยดังนี้



รูปแบบการวิจัย (Study design)

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ในลักษณะการศึกษา ณ จุดเวลา (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน แผนกผู้ป่วยนอกจักษุวิทยา โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต รวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม ซึ่งมีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ตามหัวข้อต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคต้อหินที่ได้รับการรักษาโดยการใช้ยาและมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุวิทยา โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวน 2,711 ราย (ข้อมูลผู้ป่วยโรคต้อหินที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจักษุวิทยา โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ในปีงบประมาณ 2566)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นหน่วยในการวิจัยนี้ คือ ผู้ป่วยโรคต้อหินที่ได้รับการรักษาโดยการใช้ยาและมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุวิทยา โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2567 – เดือนเมษายน 2567 ขั้นตอนการได้มาของกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

ในการกำหนดขนาดตัวอย่างในครั้งนี้ ใช้สูตรการประมาณขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจเพื่อการประมาณสัดส่วนของแดเนียล[12]

$$n = \frac{Nz^2pq}{d^2(N-1)+z^2pq} = \frac{2{,}711\ (1.96)^2(0.2)(1-0.2)}{(.05)^2(2{,}711-1)+(1.96)^2(0.2)(1-0.2)}$$

= 225.49

โดย n = ขนาดของตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

N = จำนวนประชากร 2,711 คน

Z = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติ ซึ่งมีค่าสอดคล้องกับนัยสำคัญ โดยอ่านค่าได้ดังนี้ α = 0.05, $\alpha_{/2}$ =1.96

p=ค่าสัดส่วนของตัวแปรหลัก ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินที่ถูกต้อง ร้อยละ 20 กำหนดค่าสัดส่วน 0.2 เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างขนาดมากที่สุด

q = (1-p)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้สูงสุด ในที่นี้กำหนดให้ไม่เกิน 10% ของค่า p ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.05

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้เป็นตัวแทนในการศึกษาได้จำนวน 226 คนเพื่อป้องกันข้อผิดพลาดในขณะเก็บข้อมูล และความครบถ้วนของข้อมูล จึงกำหนดขนาดตัวอย่างเพิ่มขึ้นคิดเป็น 5% ของขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ ดังนั้น ขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ อย่างน้อย จำนวน 238 คน จากการวิจัยในครั้งนี้สามารถข้อมูลได้ จำนวน 240 คน จึงนำข้อมูลทั้งหมดมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยโรคต้อหิน
2. ได้รับการรักษาโดยการใช้ยา
3. มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุวิทยา โรงพยาบาลวชิระภูเก็ตในระหว่าง วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2567 – 20 เมษายน 2567
4. สามารถสื่อสารได้เข้าใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย
2. ผู้ยินยอมตนที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย แต่ต่อมาได้ปฏิเสธการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัยนี้ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วยคำถาม 3ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นต้อหิน จำนวนข้างที่เป็น ลักษณะการมองเห็น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน ลักษณะข้อคำถามเป็นให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือใช่ กับ ไม่ใช่ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน สอบถามเกี่ยวกับความสามารถทำกิจประจำวัน จำนวน 3 ข้อ การใช้ยาหยอดตาของผู้ป่วยต้อหิน จำนวน 6 ข้อ และการปฏิบัติตามขั้นตอนการหยอดตา จำนวน 10 ข้อ

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามขึ้นตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นได้นำแบบสอบถามให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจักษุวิทยา จำนวน 2คน ช่วยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วนำมาปรับแก้ไข

2. การหาความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ในแผนกผู้ป่วยนอกจักษุวิทยา โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวน 30 คน และทำการวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม ในส่วนของการรับรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินมุมเปิด ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป จากผลการวิเคราะห์ ผู้วิจัยได้ตัดข้อคำถามที่มีค่า Corrected item total correlation ติดลบหรือมีค่าน้อยออก และพิจารณาร่วมกับความครบถ้วนของเนื้อหา จากนั้นนำข้อคำถามแต่ละส่วนไปวิเคราะห์ค่าความเที่ยงอีกครั้ง โดยกำหนดค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาที่ยอมรับได้ คือ ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป การประเมินความเที่ยงของแบบสอบถามได้ผลดังนี้ การรับรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการศึกษาวิจัยในคน โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต (เลขที่ COA No 002B2024) และมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลซึ่งจะเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง มีสิทธิในการออกจากวิจัยได้ทุกเวลาและถ้ามีอาการผิดปกติใดๆ ที่เป็นอันตรายจะหยุดการสัมภาษณ์ทันที เพื่อดำเนินการให้ความช่วยเหลือให้อยู่ในระยะที่ปลอดภัย ข้อมูลที่ได้รับทั้งหมดจะถูกเก็บ

เป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น โดยมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลและการพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวม หากกลุ่มตัวอย่างต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับงานวิจัยหรือต้องการทราบผลงานวิจัย ผู้วิจัยยินดีที่จะแจ้งให้ทราบตามรายละเอียดที่ต้องการเมื่อกลุ่มตัวอย่างแสดงความยินยอมให้เซ็นชื่อในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตในการทำวิจัยโดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ให้ผู้เข้าร่วมวิจัย

2. คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการเข้าร่วมวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามและตัดสินใจ พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยแสดงความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

3. คณะผู้วิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ยกเว้นในกรณีที่กลุ่มตัวอย่าง บางคนมีปัญหาการอ่านหรือการมองเห็นผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย อ่านให้ฟังทีละข้อ พร้อมบันทึกคำตอบลงในช่องคำตอบ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ประมาณ 10 - 15 นาที

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ นำข้อมูลที่ได้มาแปลงเป็นรหัสตัวเลขเพื่อทำการวิเคราะห์ทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่ออธิบายลักษณะดังนี้ปัจจัยด้านลักษณะประชากร การรับรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินและ พฤติกรรมการการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน

2. ใช้สถิติ chi-square หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะประชากร

3. ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation Coefficient) หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน ได้แก่ การรับรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

จากตารางที่ 1พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.58 ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป มากที่สุด ร้อยละ 82.5 (อายุมากที่สุด 93 ปี อายุน้อยที่สุด 31 ปี) มีสถานภาพคู่/สมรส ร้อยละ 57.08 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.5 ส่วนด้านอาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 47.92 รองลงมา คือ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 20.0 **ข้อมูลด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคต้อหิน** พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคต้อหินมานาน 1 – 5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.08 (ระยะเวลาเจ็บป่วยน้อยที่สุด 1 ปี, มากที่สุด 30 ปี) ส่วนใหญ่เป็นต้อหินทั้ง 2 ข้าง ร้อยละ 71.67 ไม่มีภาวะสายตาสั้น ร้อยละ 85.0 สายตาขณะนี้มองเห็นชัดเจนดี ร้อยละ 54.58 ส่วนลานสายตาขวาและลานสายตาซ้าย ในขณะนี้มองเห็นปกติ ร้อยละ 81.67 และ 82.08 ตามลำดับ รองลงมาคือ มองเห็นเฉพาะตรงกลาง ด้านข้างมองไม่เห็น ทั้งตาขวา (ร้อยละ 15.83) และตาซ้าย (ร้อยละ 14.58) ตามลำดับ ร้อยละ 80.0 ไม่มีประวัติของคนในครอบครัวเป็นต้อหิน ร้อยละ 68.75 ไม่มีประวัติอุบัติเหตุทางตา/ผ่าตัดตา และ ไม่เคยมีอุบัติเหตุจากการเดินชนสิ่งของ ร้อยละ 53.75

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง(n= 240คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	109	45.42
หญิง	131	54.58
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 40 ปี	2	0.83
40 – 59 ปี	40	16.67
60 ปีขึ้นไป	198	82.50
Min = 31, Max = 93, ค่าเฉลี่ย = 68.28, S.D. = 10.43		
สถานภาพสมรส		
โสด	36	15.0
คู่/สมรส	137	57.08
หม้าย/หย่า/แยก	67	27.92
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	2	0.83
ประถมศึกษา	102	42.50
มัธยมศึกษาตอนต้น	44	18.33
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	34	14.17
อนุปริญญา/ปวส.	13	5.42
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	45	18.75

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	115	47.92
รับจ้าง	22	9.17
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9	3.75
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	48	20.00
ข้าราชการบำนาญ	27	11.25
เกษตรกรรม	19	7.92
ระยะเวลาการเป็นต้อหิน (ปี)		
1 – 5 ปี	113	47.08
6 – 10 ปี	64	26.67
11 – 30 ปี	41	17.08
จำไม่ได้	22	9.17
Min = 1, Max = 30, ค่าเฉลี่ย = 6.93, S.D. = 5.32		
เป็นต้อหินกี่ข้าง		
เป็นต้อหินข้างขวา ข้างเดียว	31	12.92
เป็นต้อหินข้างซ้าย ข้างเดียว	33	13.75
เป็นต้อหิน ทั้ง 2 ข้าง	172	71.67
ไม่ตอบ	4	1.66
สายตาสั้น		
ไม่มี	204	85.00
มี	31	12.92
ไม่ทราบ	5	2.08
สายตาในขณะนี้		
เห็นชัดเจนดี	131	54.58
ยังมองเห็นแต่ไม่ชัดเจน	91	37.92
มองเห็นลางๆ	16	6.67
รับรู้แต่เพียงว่ามีแสงไฟ	2	0.83
ลานสายตาขวาในขณะนี้		
มองเห็นปกติ	196	81.67
มองเห็นเฉพาะตรงกลาง ด้านข้างมองไม่เห็น	38	15.83
มองเห็นเฉพาะด้านบน	2	0.83
มองไม่เห็น	4	1.67

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ลานสายตาซ้ายในขณะนี้		
มองเห็นปกติ	197	82.08
มองเห็นเฉพาะตรงกลาง ด้านข้างมองไม่เห็น	35	14.58
มองเห็นเฉพาะด้านบน	1	0.42
มองไม่เห็น	7	2.92
ประวัติคนในครอบครัวเป็นต้อหิน		
ไม่มี	192	80.0
มี	48	20.0
ประวัติอุบัติเหตุทางตา/ ผ่าตัดตา		
ไม่มี	165	68.75
มี	75	31.25
อุบัติเหตุจากการเดินชนสิ่งของ		
ไม่เคย	129	53.75
นานๆ ครั้ง	72	30.0
เป็นบางครั้ง	29	12.08
บ่อยครั้ง	10	4.16

จากตารางที่ 2 แสดงการรับรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน รายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ต่อการเป็นโรคต้อหิน และการใช้ยาหยอดตาแบบต่อเนื่องหมายถึง การใช้หยอดตาครบถ้วนทั้งชนิดของยาหยอดจำนวนครั้งของการหยอดและเวลาที่หยอด มากที่สุด ร้อยละ 94.16 รองลงมา รับรู้ว่า โรคต้อหินถ้าไม่ได้รักษาทำให้ตาบอดได้ ร้อยละ 92.5

ส่วนการรับรู้เชิงลบในด้านอุปสรรค พบว่า การรักษาโรคต้อหินทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในเรื่องค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในเรื่องค่ารักษาพยาบาลและค่าเดินทาง ร้อยละ 38.75 รองลงมา รู้สึกเป็นภาระในการหยอดยาตาตามเวลาที่แพทย์สั่งทุกครั้ง ร้อยละ 27.5

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการรับรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยต้อหินรายข้อ (n= 240คน)

การรับรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยต้อหิน	รับรู้		ไม่รับรู้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การรับรู้ต่อการเป็นโรคต้อหิน	226	94.16	14	5.84
2. การรับรู้ว่าโรคต้อหินมักพบร่วมกับการมีความดันในลูกตาสูง	206	85.83	34	14.17

การรับรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยต้อหิน	รับรู้		ไม่รับรู้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3. การรับรู้ว่าโรคต้อหินถ้าไม่ได้รักษาทำให้ตาบอดได้	222	92.50	18	7.50
4. การรับรู้ว่า การใช้ยาหยอดตาแบบต่อเนื่องหมายถึง การใช้หยอดตาครบถ้วนทั้งชนิดของยาหยอดจำนวนครั้งของการหยอดและเวลาที่หยอด	226	94.16	14	5.84
5. การรับรู้ว่า การใช้ยาหยอดตาแบบไม่ต่อเนื่องหมายถึง การใช้ยาหยอดตาไม่ครบถ้วนทั้งชนิดของยาหยอด จำนวนครั้งของการหยอด และเวลาที่หยอด	213	88.75	27	11.25
6. การรับรู้ว่า การหยอดยาอย่างสม่ำเสมอสามารถป้องกันการตาบอดจากต้อหินได้	216	90.0	24	10.0
7. รู้สึกเป็นภาระในการหยอดยาตาตามเวลาที่แพทย์สั่งทุกครั้ง	66	27.50	174	72.50
8. รู้สึกว่าการรักษาโรคต้อหินทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในเรื่องค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในเรื่องค่ารักษาพยาบาลและค่าเดินทาง	93	38.75	147	61.25
9. รู้สึกว่าการต้องหยอดยาตามเวลาอย่างสม่ำเสมอ ทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันถูกรบกวน	56	23.33	184	76.67
10. รู้สึกยุ่งยากในการจำเวลาและจำนวนครั้งของการหยอดยา	55	22.92	185	77.08
11. การรับรู้ถึงการได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลก่อนใช้ยา	210	87.50	30	12.50
12. การรับรู้ว่าต้องใช้ยาหยอดตาในการรักษาโรคต้อหินตลอดชีวิตของท่าน	214	89.17	26	10.83
13. การรับรู้ถึงการได้รับคำแนะนำ เกี่ยวกับการใช้ยาหยอดตาและอาการข้างเคียงของยาหยอดตาจากเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางการแพทย์	209	87.08	31	12.92
14. การรับรู้ถึงการได้รับการสอนเกี่ยวกับวิธีการหยอดยาที่ตา	210	87.50	30	12.50
15. การรับรู้ถึงการได้รับการสอนเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคต้อหิน	207	86.25	33	13.75

จากตารางที่ 3 พบว่า ระดับการรับรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยต้อหินในระดับสูง (12 – 15 คะแนน) ร้อยละ 79.17 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (9 – 11 คะแนน) ร้อยละ 12.08 และ อยู่ในระดับต่ำ (1 – 8 คะแนน) ร้อยละ 8.75 ซึ่งค่าคะแนนน้อยที่สุด = 2 คะแนน ค่าคะแนนมากที่สุด = 15 คะแนน ค่าเฉลี่ย = 12.70คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.83

ตารางที่ 3 แสดงระดับการรับรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยต้อหิน

การรับรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยต้อหิน	**ระดับการรับรู้**	
	จำนวน	**ร้อยละ**
การรับรู้ระดับต่ำ (1 – 8 คะแนน)	21	8.75
การรับรู้ระดับปานกลาง (9 – 11 คะแนน)	29	12.08
การรับรู้ระดับสูง (12 – 15 คะแนน)	190	79.17
รวม	**240**	**100.0**
Min = 2, Max = 15, ค่าเฉลี่ย = 12.70, S.D. = 2.83		

จากตารางที่ 4 แสดงพฤติกรรมในการดูแลตนเองและการใช้ยาของผู้ป่วยต้อหิน พบว่า ความสามารถทำกิจประจำวันของผู้ป่วยต้อหิน เป็นดังนี้ ร้อยละ 92.50 สามารถหยอดตาได้เองมากที่สุด ร้อยละ 85.42 สามารถอ่านฉลากยาได้ด้วยตนเอง และร้อยละ 66.25 สามารถเดินทางได้ด้วยตนเอง

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของความสามารถทำกิจประจำนวนของผู้ป่วยต้อหิน (n = 240 คน)

ความสามารถทำกิจประจำวัน	**จำนวน (ร้อยละ)**		
	ทำได้	**ทำได้แต่ต้องมีคนดูแล**	**ทำไม่ได้**
1. การหยอดตา	222 (92.50)	8 (3.34)	10(4.16)
2. การอ่านฉลากยา	205 (85.42)	24 (10.0)	11 (4.58)
3. การเดินทาง	159 (66.25)	69 (28.75)	12 (5.0)

จากตารางที่ 5 แสดงปัญหาที่พบจากการใช้ยาหยอดตา พบว่า การหยอดตาไม่เข้าตามากที่สุด ร้อยละ 52.08 รองลงมา คือ ลืมหยอดตา ร้อยละ 45.0 และ ยาหยอดตาหมดก่อนวันนัด ร้อยละ 43.33 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละปัญหาที่พบจากการใช้ยาหยอดตา (สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

ปัญหาที่พบจากการใช้ยาหยอดตา (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)	n= 240คน	
	จำนวน	ร้อยละ
หยอดยาไม่เข้าตา	125	52.08
ลืมหยอดตา	108	45.0
ยาหยอดตาหมดก่อนวันนัด	104	43.33
ใช้ยาหยอดตาที่เปิดแล้วนานเกินกว่า 1 เดือน	39	16.25
อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	36	15.0
ไม่ทราบถึงผลเสียของการไม่หยอดตา	24	10.0
เช้าก่อนมาโรงพยาบาลไม่หยอดตา	24	10.0
ไม่ได้รับเอกสารการหยอดตา	19	7.92
มีปัญหาเรื่องการเก็บยาบางชนิดที่ต้องเก็บในตู้เย็น	11	4.58
ใช้ยาผิดวิธี	9	3.75

จากตารางที่ 6 แสดงการแก้ปัญหาการใช้ยาเมื่อลืมหยอดตา พบว่า เมื่อลืมหยอดตา หยอดตาทันทีที่นึกได้ มากที่สุด ร้อยละ 51.25 รองลงมา คือ เมื่อลืมหยอดตา รอไปหยอดครั้งต่อไป ร้อยละ 10.0 และ ร้อยละ 36.67 พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่เคยลืมหยอดตา

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละการแก้ปัญหาการใช้ยาเมื่อลืมหยอดตา (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

การแก้ปัญหาการใช้ยาเมื่อลืมหยอดตา (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)	n= 240คน	
	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคยลืมหยอดตา	88	36.67
เมื่อลืมหยอดตาหยอดทันทีที่นึกได้	123	51.25
เมื่อลืมหยอดตารอไปหยอดครั้งต่อไป	24	10.0

จากตารางที่ 7 แสดงการแก้ปัญหาการใช้ยาเมื่อยาหมด พบว่า มาตรวจก่อนนัดเพื่อรับยาที่โรงพยาบาล ร้อยละ 82.08 รองลงมา คือ ซื้อยาหยอดตาเอง ร้อยละ 13.32

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละการแก้ปัญหาการใช้ยาเมื่อยาหมด (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

การแก้ปัญหาการใช้ยาเมื่อยาหมด (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)	n= 240 คน	
	จำนวน	ร้อยละ
เมื่อยาหมดมาตรวจก่อนนัดเพื่อรับยาที่โรงพยาบาล	197	82.08
เมื่อยาหมดซื้อยาหยอดตาเอง	32	13.33
เมื่อยาหมดไม่ได้หยอด	17	7.08

จากตารางที่ 8 แสดงการใช้ยาผิดวิธี พบว่า ใช้ยาหยอดตามากกว่าครั้งละ 1 หยด มากที่สุด ร้อยละ 50.83 รองลงมา คือ ผู้ป่วยได้รับยามากหรือน้อยไม่พอกับวันนัด ร้อยละ 37.08 และ การใช้ยาผิดเวลา ร้อยละ 32.08

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและร้อยละการใช้ยาผิดวิธี (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

การใช้ยาผิดวิธี (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)	**n= 240 คน**	
	จำนวน	**ร้อยละ**
การใช้ยาหยอดตามากกว่าครั้งละ 1 หยด	122	50.83
ผู้ป่วยได้รับยามากหรือน้อยไม่พอกับวันนัด	89	37.08
การใช้ยาผิดเวลา	77	32.08
การใช้ยาหยอดตาเพิ่มอีกข้าง	10	4.17
การใช้ยาหยดตาที่มากกว่า 1 ชนิด หยอดตาติดต่อกันทันที	8	3.33
ใช้ยาหยอดผิดข้าง	4	1.67
การเปิดขวดยา	4	1.67

จากตารางที่ 9 แสดงการปฏิบัติตามขั้นตอนการหยอดตาพบว่า การตรวจตามแพทย์นัดปฏิบัติได้ดีที่สุด ร้อยละ 97.50 รองลงมา คือ การตรวจสอบชื่อยา ตาข้างที่หยอด จำนวนหยดเวลาที่หยอด ร้อยละ 97.08 และหยอดยาอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกวันและไม่ปรับลดจำนวนครั้งของการหยอดตาลงร้อยละ 96.67 ตามลำดับ

ส่วนการปฏิบัติตามขั้นตอนการหยอดตาที่ยังไม่ดีเท่าที่ควร คือ หลังหยอดยาเสร็จหมด ใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดยาที่เปื้อนตามเปลือกตาและผิวหนังใบหน้าออก ร้อยละ 58.33 รองลงมา คือ กรณีหยอดตามากกว่า 1 ชนิด ในเวลาเดียวกันให้เว้น ระยะเวลาหยอดห่างกัน 5 - 10 นาที ร้อยละ 67.50 และ ล้างมือให้สะอาด ร้อยละ 71.67 ตามลำดับ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลรายบุคคลยัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สามารถปฏิบัติได้ครบถ้วน 10 ข้อ มีจำนวน 55 คน (ร้อยละ 22.92) และไม่ได้ปฏิบัติตามขั้นตอนเลย จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 1.25)

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนและร้อยละการปฏิบัติตามขั้นตอนการหยอดตารายข้อ (n = 240 คน)

การปฏิบัติตามขั้นตอนการหยอดตา	**ปฏิบัติ**		**ไม่ปฏิบัติ**	
	จำนวน	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**
1. การตรวจสอบชื่อยา ตาข้างที่หยอด จำนวนหยดเวลาที่หยอด	233	97.08	7	2.92
2. ล้างมือให้สะอาด	172	71.67	68	28.33
3. เขย่าขวดก่อนใช้ยา	193	80.42	47	19.58
4. นั่งหรือนอนแหงนหน้าขึ้นข้างบนดึงหนังตาล่างให้เป็นกระพุ้ง	226	94.17	14	5.83

การปฏิบัติตามขั้นตอนการหยอดตา	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5. หยอดตาเพียง 1 หยด ลงไประวังอย่าให้ปลายหลอดยาสัมผัสตา	227	94.58	13	5.42
6. หลับตานิ่งพร้อมทั้งใช้สำลี/นิ้วมือ กดหัวตาไว้ประมาณ 1 - 2 นาที	179	74.58	61	25.42
7. กรณีหยอดตามากกว่า 1 ชนิด ในเวลาเดียวกันให้เว้นระยะเวลาหยอดห่างกัน 5 - 10 นาที	162	67.50	78	32.50
8. หลังหยอดยาเสร็จหมด ใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดยาที่เปื้อนตามเปลือกตาและผิวหนังใบหน้าออก	140	58.33	100	41.67
9. หยอดยาอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกวันและไม่ปรับลดจำนวนครั้งของการหยอดตาลง	232	96.67	8	3.33
10. เมื่อแพทย์นัดตรวจครั้งต่อไปท่านมารับการตรวจตามแพทย์นัด	234	97.50	6	2.50

จากตารางที่ 10 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน พบว่า พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ (p-value= .503) สถานภาพสมรส (p-value= .803) ระดับการศึกษา(p-value= .442) อาชีพ (p-value= .587) อายุ (r = 0.021, p-value = 0.743) และ ระยะเวลาในการป่วยโรคต้อหิน(r = 0.034, p-value = 0.620) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r = 0.433, p-value < 0.001)

ตารางที่ 10 สรุปผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยต้อหิน

ตัวแปรที่ศึกษา	ไค-สแคว์	ค่า r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
- เพศ	1.375		0.503	ไม่มีความสัมพันธ์
- สถานภาพสมรส	1.630		0.803	ไม่มีความสัมพันธ์
- ระดับการศึกษา	9.98		0.442	ไม่มีความสัมพันธ์
- อาชีพ	10.33		.587	ไม่มีความสัมพันธ์
- อายุ		0.021	.743	ไม่มีความสัมพันธ์
- ระยะเวลาในการป่วยเป็นต้อหิน		0.034	.620	ไม่มีความสัมพันธ์
- การรับรู้การดูแลตนเอง		0.433	< .001*	มีความสัมพันธ์ปานกลาง

p-value < 0.05

การอภิปรายผล

1. การรับรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ต่อการเป็นโรคต้อหิน และการใช้ยาหยอดตาแบบต่อเนื่องหมายถึง การใช้หยอดตาครบถ้วนทั้งชนิดของยาหยอด จำนวนครั้งของการหยอดและเวลาที่หยอด มากที่สุด ร้อยละ 94.16 รองลงมา รับรู้ว่า โรคต้อหินถ้าไม่ได้รักษาทำให้ตาบอดได้ ร้อยละ 92.5 ส่วนการรับรู้เชิงลบในด้านอุปสรรค พบว่า การรักษาโรคต้อหินทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในเรื่องค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในเรื่องค่ารักษาพยาบาลและค่าเดินทาง ร้อยละ 38.75 รองลงมา รู้สึกเป็นภาระในการหยอดยาตาตามเวลาที่แพทย์สั่งทุกครั้ง ร้อยละ 27.5

ระดับการรับรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยต้อหินในระดับสูง (12 – 15 คะแนน) ร้อยละ 79.17 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (9 – 11 คะแนน) ร้อยละ 12.08 และ อยู่ในระดับต่ำ (1 – 8 คะแนน) ร้อยละ 8.75 (ค่าน้อยที่สุด = 2, ค่ามากที่สุด = 15, ค่าเฉลี่ย = 12.70, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.83)

2. พฤติกรรมในการดูแลตนเองและการใช้ยาของผู้ป่วยต้อหิน พบว่า ความสามารถทำกิจประจำวันของผู้ป่วยต้อหิน เป็นดังนี้ ร้อยละ 92.50 สามารถหยอดตาได้เองมากที่สุด ร้อยละ 85.42 สามารถอ่านฉลากยาได้ด้วยตนเอง และร้อยละ 66.25 สามารถเดินทางได้ด้วยตนเองซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ จิรัชยา เจียวก๊ก, สุภาวี หมัดอะด้ำ และอัสมา เกษตรกาลาม์[13] ที่พบว่า ผู้ป่วยต้อหินส่วนใหญ่จะไม่สามารถหยอดยาได้เองร้อยละ 87 การอ่านฉลากยาไม่สามารถทำได้ ร้อยละ 82 และไม่สามารถขึ้นรถประจำทางได้ ร้อยละ 68

การใช้ยาของผู้ป่วยต้อหินจำนวนของยาหยอดตาที่ใช้ในแต่ละวัน กลุ่มตัวอย่าง ใช้ยาหยอดตา 2 ขวด มากที่สุด ร้อยละ 54.58 รองลงมา คือ ใช้ยาหยอดตา 1 ขวด และจำนวนครั้งในการใช้ยาหยอดตา 2 ครั้งต่อวัน มากที่สุด ร้อยละ 67.92 รองลงมาคือ การใช้ยาหยอดตา 3 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 22.08

ปัญหาที่พบจากการใช้ยาหยอดตา พบว่า การหยอดตาไม่เข้าตามากที่สุด ร้อยละ 52.08 รองลงมา คือ ลืมหยอดตา ร้อยละ 45.0 และ ยาหยอดตาหมดก่อนวันนัด ร้อยละ 43.33 ตามลำดับซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของจิรัชยา เจียวก๊ก, สุภาวี หมัดอะด้ำ และอัสมา เกษตรกาลาม์ [13] ที่พบว่าปัญหาอันดับ 1 คือ ลืมหยอดตา อันดับ 2 คือ ผู้ป่วยต้อหินยาหมดก่อนนัด และอันดับ 3 คือ ใช้ยาหยอดตาขวดเก่านานมากกว่า 1 เดือน และแตกต่างจากการศึกษาของ วันทนา ลีพิทักษ์วัฒนา[14] ที่พบว่าปัญหาอันดับ 1 คือ ใช้ยาหยอดตาขวดเก่าเกินกว่า 1 เดือนอันดับ 2 ใช้ยาผิดวิธี และอันดับ 3 ลืมหยอดตา

การแก้ปัญหาการใช้ยาเมื่อลืมหยอดตา พบว่า เมื่อลืมหยอดตา หยอดตาทันทีที่นึกได้มากที่สุด ร้อยละ 51.25 รองลงมา คือ เมื่อลืมหยอดตา รอไปหยอดครั้งต่อไป ร้อยละ 10.0 และ ร้อยละ 36.67 พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่เคยลืมหยอดตา ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาของจิรัชยา เจียวก๊ก, สุภาวี หมัดอะด้ำ และอัสมา เกษตรกาลาม์ [13]

การแก้ปัญหาการใช้ยาเมื่อยาหมด พบว่า มาตรวจก่อนนัดเพื่อรับยาที่โรงพยาบาล ร้อยละ 82.08 รองลงมา คือ ซื้อยาหยอดตาเอง ร้อยละ 13.32

การใช้ยาผิดวิธี พบว่า ใช้ยาหยอดตามากกว่าครั้งละ 1 หยด มากที่สุด ร้อยละ 50.83 รองลงมา คือ ผู้ป่วยได้รับยามากหรือน้อยไม่พอกับวันนัด ร้อยละ 37.08 และ การใช้ยาผิดเวลา ร้อยละ 32.08

การปฏิบัติตามขั้นตอนการหยอดตา พบว่า การตรวจตามแพทย์นัดปฏิบัติได้ดีที่สุด ร้อยละ 97.50 รองลงมา คือ การตรวจสอบชื่อยา ตาข้างที่หยอด จำนวนหยดเวลาที่หยอด ร้อยละ 97.08 และ หยอดยาอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกวันและไม่ปรับลดจำนวนครั้งของการหยอดตาลง ร้อยละ 96.67 ตามลำดับ

ส่วนการปฏิบัติตามขั้นตอนการหยอดตาที่ถูกต้องน้อยกว่าร้อยละ 80 คือ หลังหยอดยาเสร็จหมด ควรใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดยาที่เปื้อนตามเปลือกตาและผิวหนังใบหน้าออก , กรณีหยอดตามากกว่า 1 ชนิด ในเวลาเดียวกัน ให้เว้นระยะเวลาหยอดห่างกัน 5 - 10 นาที และ ควรล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนหยอดตา ซึ่งผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง เพียงร้อยละ 58.33, 67.50 และ 71.67 ตามลำดับ

ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75.83 รองลงมา มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 20.0 และ มีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 4.17 จากการวิเคราะห์ข้อมูลรายบุคคลยัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สามารถปฏิบัติได้ครบถ้วน 10 ข้อ มีจำนวน 55 คน (ร้อยละ 22.92) และไม่ได้ปฏิบัติตามขั้นตอนเลย จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 1.25)

3. ความสัมพันธ์ของปัจจัยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ (p-value= .503) สถานภาพสมรส (p-value= .803) ระดับการศึกษา (p-value= .442) อาชีพ (p-value= .587) อายุ (r = 0.021, p-value = 0.743) และ ระยะเวลาในการป่วยโรคต้อหิน(r = 0.034, p-value = 0.620) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r = 0.433, p-value < 0.001)ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการดูแลตนเองของโอเร็ม[11] และการศึกษาของจิรัชยา เจียวก๊ก, สุภาวี หมัดอะด้ำ และอัสมา เกษตรกาลาม์[13] ที่พบว่า การรับรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินที่ถูกต้องนั้นจะทำให้การรักษาได้ผลดีมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับการศึกษาของ Churaitatsanee [5] พรทิวา มีสุวรรณและขนิษฐา นาคะ[6] และเอื้องพร พิทักษ์สังข์[7] ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกายก่อให้เกิดความพิการหรือสูญเสียชีวิตนั้น ส่งผลทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความวิตกกังวล ความเครียดและมีความต้องการข้อมูลเพิ่มมากขึ้น เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาเป็นกลุ่มผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ นอกจากให้ความรู้แก่ตัวผู้ป่วยเองแล้ว ควรเพิ่มกิจกรรมที่ส่งเสริมการพยาบาลโดยให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมและกระตุ้นเตือนแก่ผู้ป่วยผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน เพื่อสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องและต่อเนื่องที่บ้านด้วยตนเอง

2. การใช้ยาของผู้ป่วยโรคต้อหิน นอกจากแพทย์ พยาบาลที่ทำหน้าที่ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับยาหยอดตาแล้วเภสัชกรเป็นอีกบุคลากรหนึ่งที่สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยเพื่อให้ใช้ยาหยอดตาได้อย่างถูกต้อง และเกิดประสิทธิภาพทางการรักษาสูงสุด ดังนั้น ควรมีกิจกรรมการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาหยอดตาและการใช้ยาหยอดตาเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้ป่วยด้วย

3. ทำเอกสารหรือคู่มือการดูแลตนเองและการใช้ยาหยอดตาที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วยโรคต้อหิน กรณีประเมินผู้ป่วยแล้วว่าความสามารถในการดูแลตัวเองน้อยเสี่ยงต่อการขาดความร่วมมือในการใช้ยาต้องมีผู้ดูแลมารับคำแนะนำด้วยและอาจต้องแนะนำเฉพาะราย

4. พัฒนาแนวทางการพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาแก่ผู้ป่วยต้อหินเพื่อป้องกันการเกิดภาวะตาบอดได้ โดยส่งเสริมให้เกิดการรับรู้และสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ยาอย่างถูกต้องและการทำให้ความร่วมมือในการรักษาโดยดึงสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแล เป็นต้น

5. เพิ่มการติดตามปัญหาการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาในกลุ่มที่ประเมินแล้วมีความเสี่ยงต่อการใช้ยาไม่ถูกต้อง เพื่อทำให้ปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยต้อหินลดลง

เอกสารอ้างอิง

1. ปริญญ์ โรจนพงศ์พันธุ์. ต้อหิน : จักษุวิทยา. ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร.2555.
2. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพสาขาจักษุวิทยา. โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.นนทบุรี.2556.
3. กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจสถานการ์ณตาบอดในประเทศไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2540. เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2566 https://eent.co.th/articles/083/.
4. งานจักษุวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. สถิติผู้เข้ารับบริการของงานจักษุ แผนกผู้ป่วยนอกจักษุวิทยา โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. ภูเก็ต.2566.
5. Churaitatsanee N, Sawangsopakul B, Suriniyamangkul.Relationships of Internal-External Locus of Controland Health Belief to Self-Care of Adolescent Patients. Rama Nurs J.2009;15(2):174-191.
6. พรทิวา มีสุวรรณ และขนิษฐา นาคะ. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความต้องการข้อมูลและความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดหู คอ จมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์ 2551; 25(2): 185-193.

7. เอื้องพร พิทักษ์สังข์, จุฑาไล ตันฑเทอดธรรม, สุกัญญา ศุภฤกษ์ และอรทัย วรานุกูลศักดิ์. การศึกษาความวิตกกังวล ความเครียด และความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดทางตาแบบผู้ป่วยนอก.วารสารพยาบาลศิริราช 2554;4(1):38-4.
8. วันทนา รัตนมณี, สุนิดา ปรีชาวงษ์และวิศนี ตันติเสวี. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหิน.จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 2557 มี.ค. – เม.ย; 2558(2): 169 – 84.
9. เรวดี สุราทะโก.ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลรักษาโรคต้อหินเพื่อควบคุมระดับความดันลูกตาของผู้สูงอายุ.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหิดล; 2557.
10. อังคณา เมธีไตรรตน์ และรจิต ตู้จินดา. ต้อหิน :จักษุวิทยา. วณิชา ชื่นกรองแก้วและอภิชาติ สิงคาล วณิช.บรรณาธิการ.จักษุวิทยา. ศิริวัฒน์อินเตอร์พริ้นท์จำกัด.กรุงเทพมหานคร.2550.
11. Orem, D. E., Taylor, S. G., &Renpenning, K. M. Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St.Louis, Missouri: Mosby-Year Book.2001.
12. Daniel, W. W. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9th ed). New York: John Wiley & Sons.2010.
13. จิรัชยา เจียวก๊ก, สุภาวี หมัดอะด้ำและอัสมา เกษตรกาลาม์. การรับรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยต้อหิน.วารสารจักษุธรรมศาสตร์. 2556;8 (2): 29 -45.