

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
การได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมกำป้องกันโรคต่อหินของประชากรกลุ่มเสี่ยง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
การได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหินของประชากรกลุ่มเสี่ยง



นางรติพร คำทั้ง

ผู้ศึกษา



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นันทวัน สุวรรณรูป,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



รองศาสตราจารย์ นริศ กิจณรงค์,

พ.บ., ว.ว. (อักษร)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



อาจารย์ นันทิยา วัฒนา,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิทธิมงคล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์,

Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
การได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหินของประชากรกลุ่มเสี่ยง

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)

วันที่ 2 มิถุนายน พ.ศ. 2553

.....

นางรติพร คำทัง

ผู้ศึกษา

.....

รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิริขันธ์มณฑล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นันทวัน สุวรรณรูป,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

อาจารย์ นันทิยา วัฒนา,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์ ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

อาจารย์ วรรณิภา อัสวชัยสุวิกรม,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์ นริศ กิจณรงค์,

พ.บ., ว.ว. (จักษุ)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอื้อมพร มัชฌิมวงศ์,

Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทวัน สุวรรณรูป อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ นพ. นริศ กิจณรงค์ และดร. นันทิยา วัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการทำวิทยานิพนธ์ สนับสนุนให้กำลังใจ ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ยาใจ สิทธิมงคล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ ดร. วรณิภา อัสวชัยสุวิกรม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความกรุณาปรับปรุงเนื้อหาให้มีความถูกต้องชัดเจนและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ นพ. นริศ กิจณรงค์, นพ. สิริพงษ์ ลิ้มปิยะเชียว, นางสุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์, นางธนศรี หฤทัยนาสันต์ และนางสาวอรพิน สว่างวัฒนเศรษฐ์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณนางนภาพร วิสาดี หัวหน้า PCU เฉลิมพระเกียรติ, นางรัชดาพร ทรัพย์บาง หัวหน้า PCU กาหลง, นายณฤพล สุริยันต์ หัวหน้าสถานีอนามัยบางกระเจ้า, นางสาวรัตนาทวี หัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล ต. ท่าฉลอม และเจ้าหน้าที่ๆ เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่อนุญาตและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการเก็บข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือเสียสละเวลาในการสัมภาษณ์วิจัยครั้งนี้ ทำให้การวิจัยครั้งนี้บรรลุความสำเร็จได้เป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณแม่เหมิม เดิมสายทอง มารดาผู้ให้กำเนิด ขอขอบคุณนายอภิรัตน์ คำทั้ง ด.ญ. กุลณัฐ คำทั้ง สามิและบุตรสาว ที่ให้ความรัก ความห่วงใย และกำลังใจมาโดยตลอดตั้งแต่ต้นจนถึงปัจจุบัน ทำให้ผู้วิจัยมีกำลังใจต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ จนประสบความสำเร็จในการวิจัย

ท้ายที่สุดขอขอบคุณเพื่อนๆ และบุคคลที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือและให้กำลังใจที่มีได้กล่าวในที่นี้ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

รติพร คำทั้ง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหินของประชากรกลุ่มเสี่ยง

THE RELATIONSHIPS AMONG KNOWLEDGE OF GLAUCOMA, PERCEIVED SUSCEPTIBILITY, RECEIVED INFORMATION AND PREVENTIVE BEHAVIOR OF GLAUCOMA IN POPULATION AT RISK

รติพร คำทัง 5037317 NSFN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: นันทวัน สุวรรณรูป, Ph.D. (Nursing), นริศ กิจณรงค์, พ.บ., ว.ว. (จักษุ), นันทิยา วัฒนา, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

ต้อหินเป็นโรคของดวงตาที่ทำให้เกิดภาวะตาบอดอย่างถาวร การมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและป้องกันภาวะตาบอดจากโรคต้อหิน การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหินของประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 174 ราย จากผู้ที่มารับบริการทางด้านสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขต อ. เมือง จ. สมุทรสาคร โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาค่าความสัมพันธ์โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหินโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.10$, $SD = 0.43$) ความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต้อหินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.174$, $p < 0.05$; $r = 0.238$, $p < 0.01$; $r = 0.422$, $p < 0.01$ ตามลำดับ)

การวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ควรส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหินในประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยใช้รูปแบบของสื่อต่างๆ ให้เหมาะสมกับกลุ่มของประชากรในพื้นที่ เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนเกิดความตระหนักในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและหลีกเลี่ยงภาวะตาบอดจากโรคต้อหินให้ครอบคลุมทั้งรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน

คำสำคัญ: ความรู้ / การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค / การได้รับข้อมูลข่าวสาร / พฤติกรรมการป้องกันโรค / ต้อหิน

THE RELATIONSHIPS AMONG KNOWLEDGE OF GLAUCOMA, PERCEIVED SUSCEPTIBILITY, RECEIVED INFORMATION AND PREVENTIVE BEHAVIOR OF GLAUCOMA IN POPULATION AT RISK

RATIPORN KHAMTHUNG 5037317 NSFN/M

M.N.S. (FAMILY NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: NANTAWON SUWONNAROOP, Ph.D. (Nursing), NARIS KITNARONG, M.D., M.B.A., NANTIYA WATTTHAYU, Ph.D. (Nursing)

ABSTRACT

Glaucoma is an eye disease that can cause permanent blindness. Good preventive behaviors will help to reduce the risk of glaucoma and also of becoming blind. The objective of this study was to investigate the relationships of knowledge of glaucoma, perceived susceptibility, received information, and preventive behavior for glaucoma in a population aged 40 years and over. The total sample of 174 who participated in this study were selected by convenience sampling from people who visited the health care service at the primary care unit in Muang district, Samutsakhon province, Thailand. Data were collected through interviews and analyzed using percentages, means, standard deviations, and Pearson's correlation coefficients.

The results showed that the mean for preventive behavior was at a moderate level ($\bar{x} = 2.10$, $SD = 0.43$). Knowledge of glaucoma, perceived susceptibility, and received information were all positively associated with preventive behavior for glaucoma ($r = 0.174$, $p < 0.05$; $r = 0.238$, $p < 0.01$; $r = 0.422$, $p < 0.01$, respectively).

This study suggests that nurses and other healthcare providers should implement health preventive program for glaucoma in the population at risk. Appropriate types of media should be utilized to serve people in the local community, in order to raise awareness about performing preventive health behaviors for each individual, group, and community.

KEY WORDS: KNOWLEDGE / PERCEIVED SUSCEPTIBILITY / RECEIVED INFORMATION / PREVENTIVE BEHAVIOR / GLAUCOMA

128 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์	5
สมมติฐานของการวิจัย	5
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	7
นิยามตัวแปร	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	9
ความรู้เรื่องโรคต่อหีน	9
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อหีน	15
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการโรคและพฤติกรรมป้องกันการโรคต่อหีน	22
กรอบแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ	26
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	29
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	33
ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	33

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	35
วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	41
การพิทักษ์ของกลุ่มตัวอย่าง	42
การวิเคราะห์ข้อมูล	42
บทที่ 4 ผลการวิจัย	44
บทที่ 5 อภิปรายผล	61
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	68
สรุปผลการวิจัย	68
ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย	70
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	73
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	83
เอกสารอ้างอิง	95
ภาคผนวก	106
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	107
ภาคผนวก ข จดหมายรับรองการเก็บข้อมูล	108
ภาคผนวก ค คำชี้แจงพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย	111
ภาคผนวก ง หนังสืออนุเคราะห์ขอเก็บข้อมูล	115
ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	117
ประวัติผู้วิจัย	128

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้	44
2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว การได้รับการตรวจรักษาโรคประจำตัวจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข	46
3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ประวัติครอบครัวเกี่ยวกับ การเจ็บป่วยเป็นโรคติดต่อและปัญหาหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคทางตา	47
4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ประวัติการเข้ารับบริการ ตรวจสุขภาพตาจากแพทย์	48
5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การได้เข้าร่วมกิจกรรม การให้ความรู้ทางด้านสุขภาพในรอบปีที่ผ่านมา จำนวนครั้งและเรื่องที่เข้าร่วมกิจกรรม	49
6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือ คำแนะนำ เกี่ยวกับโรคติดต่อ และแหล่งการได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำ เกี่ยวกับโรคติดต่อ	50
7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมกำบังกัน โรคติดต่อ ความรู้เรื่องโรคติดต่อ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อ และ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่อ	51
8 จำนวน ร้อยละ และระดับพฤติกรรมกำบังกันโรคติดต่อจำแนกเป็นรายชื่อ	52
9 จำนวน ร้อยละ และระดับความรู้เรื่องโรคติดต่อจำแนกเป็นรายชื่อ	54
10 จำนวน ร้อยละ และระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อจำแนกเป็นรายชื่อ	56
11 จำนวน ร้อยละ และระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดต่อจำแนกเป็นรายชื่อ	58
12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมกำบังกันโรคติดต่อของประชากรกลุ่มเสี่ยง	60

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	28
2 วิธีการคัดเลือกสถานบริการสาธารณสุขและกลุ่มตัวอย่าง	35

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คอหอยเป็นโรคของดวงตาที่พบบ่อยในสถานบริการสุขภาพ เป็นโรคเรื้อรังและมีอันตรายรุนแรงถึงขั้นตาบอดแบบถาวร การดำเนินของโรคเกิดจากมีการทำลายของเส้นใยประสาทบริเวณขั้วประสาทตา ทำให้สูญเสียลานสายตาและระดับของสายตาหากมีการสูญเสียลานสายตาเข้าสู่ส่วนกลาง ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีที่จะรักษาให้สายตากลับมาได้เหมือนเดิม (สมสงวน อัยยคุณ, 2549; James, Chew, & Bron, 2007) การป้องกันจึงมีความสำคัญที่จะช่วยทำให้ลานสายตาและระดับของสายตาไม่เสียไปมากกว่าเดิม องค์การอนามัยโลกรายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคตาในปี ค.ศ 2002 พบว่าโรคคอหอยเป็นสาเหตุอันดับที่ 2 ของอาการตาบอดทางโรคตาทั่วโลก (WHO, 2005) และพบว่ามีประชากรทั่วโลกกว่า 161 ล้านคนมีระดับของสายตาถูกทำลาย ประมาณ 124 ล้านคนมีระดับสายตาเลือนรางและประมาณ 37 ล้านคนตาบอด ผู้ที่ตาบอดพบว่ามีความเสี่ยงจากโรคคอหอยมีจำนวนถึง 4.5 ล้านคน (Resnikoff et al., 2004) มีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ 2020 จะมีผู้ป่วยโรคคอหอยประมาณ 79.6 ล้านคนและมีผู้ที่ตาบอดจากโรคคอหอยเพิ่มขึ้นประมาณ 11.2 ล้านคน ประชากรที่เป็นโรคคอหอยมาจากประเทศในแถบเอเชียมากถึงร้อยละ 47 (Quigley & Broman, 2006) และมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยที่ตาบอดและระดับของสายตาถูกทำลายพบในประเทศที่ยากจน (WHO, 2005) สำหรับประเทศไทยมีการรายงานข้อมูลจากชมรมคอหอยแห่งประเทศไทยระบุว่ามีความเสี่ยงเป็นโรคคอหอยแต่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นอยู่ถึงร้อยละ 90 (อภัย อยู่สวัสดิ์, 2551)

จากการสำรวจสถานะตาบอด สายตาเลือนราง และโรคตาที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขในประเทศไทยในปี พ.ศ 2549-2550 ของ วัฒนีย์ เย็นจิตร และคณะ (2550) พบสาเหตุของภาวะตาบอดอันดับที่หนึ่งคือโรคต้อกระจก รองลงมาอันดับที่สองคือโรคคอหอย โดยพบความชุกของโรคต้อกระจกร้อยละ 8.95 คิดเป็นประชากรจำนวน 5,626,288 ราย ทำให้เกิดภาวะตาบอดจำนวน 98,336 ราย คิดเป็นร้อยละ 63 ของโรคทางตาที่ทำให้ตาบอด ส่วนผู้ป่วยโรคคอหอยพบความชุกของโรคคอหอยร้อยละ 4.56 คิดเป็นประชากรจำนวน 2,865,087 ราย ทำให้เกิดภาวะตาบอดจำนวน 17,465 ราย คิดเป็นร้อยละ 12 ของโรคทางตาที่ทำให้ตาบอด เมื่อจำแนกความชุกตามกลุ่มอายุ พบว่าความชุกของโรคคอหอยจะสูงขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ซึ่งในสถานการณ์ปัจจุบันความ

เจริญก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และเทคโนโลยีในการรักษาและควบคุมโรคมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ทำให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรยืนยาวขึ้น ทำให้แนวโน้มของโรคดื้อเหินจะเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้นตามการเพิ่มของประชากรกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป (นิศา โสธรวิทย์ และคณะ, 2550) กลุ่มเสี่ยงหมายถึงบุคคลที่มีแนวโน้มหรือมีโอกาสที่จะเกิดโรคดื้อเหินมากกว่าบุคคลทั่วไป จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคดื้อเหินได้แก่ ผู้ที่อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคดื้อเหิน มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน มีการใช้ยาที่มีสารสเตียรอยด์เป็นประจำ มีภาวะสายตาสั้นหรือยาวมาก และเคยมีประวัติได้รับอุบัติเหตุที่ตา (ภัสสร ปรีชาไว, 2546; สกาวรัตน์ คุณาวิศรุต, 2544; สมสงวน อัญญคุณ, 2549; Gupta, 2005)

จากสถิติถึงแม้ว่าความชุกและจำนวนของผู้ป่วยโรคดื้อเหินจะมากกว่าโรคดื้อเหิน แต่โรคดื้อเหินพบว่าเป็นโรคที่มีปัญหาทางด้านสาธารณสุขมากกว่า เนื่องจากเป็นโรคที่ยุ่งยากในการดำเนินการแก้ไขและทำให้เกิดอาการตาบอดอย่างถาวร อีกทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูง การรักษาต้องใช้เวลานานผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาและติดตามอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต จากการศึกษาที่ผ่านมาพบผู้ป่วยโรคดื้อเหินมีความวิตกกังวล (Janz et al., 2001; Odberg, Jakobsen, Hultgren, & Halseide, 2001) มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน (Nelson, Aspinall, & O'Brien, 1999) ส่งผลกระทบด้านจิตใจและสังคม (สิริพัชร รัตแพทย์, 2535) และพบผู้ป่วยโรคดื้อเหินมีคุณภาพชีวิตลดลง (McKean-Cowdin et al., 2008; Nirmalan et al., 2005; Odberg et al., 2001; Uenishi, Tsumura, Miki, & Shiraki, 2003) ปัญหาดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขเห็นความสำคัญและได้มีนโยบายในการป้องกันตาบอด โดยเน้นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพตาและการป้องกันโรค ซึ่งความพิการที่เกิดขึ้นส่วนหนึ่งสามารถป้องกันหรือชะลอให้เกิดช้าลงและลดความรุนแรงของความพิการลงได้ หากประชาชนรู้จักการดูแลสุขภาพตาของตนเองเพื่อป้องกันโรคและปฏิบัติการรักษาให้ถูกต้องในเวลาที่เหมาะสม

ปัจจุบันรัฐบาลได้ให้ความสำคัญและสนับสนุนด้านงบประมาณในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อดำเนินงานโครงการป้องกันตาบอดในประชากรกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมักพบปัญหาโรคทางตา เช่น โรคดื้อเหิน โรคดื้อเหิน (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2547) และในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเบาหวานพบว่า มีภาวะแทรกซ้อนโรคทางตาหลายประการ เช่น ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โรคดื้อเหินและโรคดื้อเหิน (สาธิต วรรณแสง, 2548) ซึ่งกิจกรรมในโครงการป้องกันตาบอด ได้แก่ การรณรงค์ให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจวัดสายตา ความดันตา และการตรวจจอประสาทตา เพื่อคัดกรองโรคตาในระยะเริ่มต้น ตลอดจนการประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคตาและ

แนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตา เพื่อสร้างความตระหนักให้ประชาชนมีพฤติกรรมในการดูแลดวงตาที่ถูกต้อง เช่น การรณรงค์ประชาสัมพันธ์เรื่องโรคต้อหินในวันต้อหินโลก เป็นต้น

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบประชาชนขาดความรู้ ขาดความตระหนักในเรื่องโรคต้อหิน (Attebo et al., 1997; Dandona, Dandona, John, McCarty, & Rao, 2001; Livingston, McCarty, & Taylor, 1998; Livingston et al., 1995; Mansouri, Orgul, Meier-Gibbons, & Mermoud, 2006; Paczka et al., 2006; Pfeiffer, Krieglstein, & Wellek, 2002; Saw et al., 2003) ประชาชนที่มีปัญหาทางสายตาส่วนใหญ่ไม่เคยรับการตรวจวัดสายตา (ศิริพร พรพุทธษา, 2542) ซื่อยาหยอดตามาใช้เอง (สินี ยมาภัย, 2545) และพบปัญหาพฤติกรรมในการป้องกันตาบอดจากโรคต้อหิน ได้แก่ การมารับการตรวจตาล่าช้า ไม่ได้รับการตรวจตาเพื่อค้นหาโรคในระยะแรก มักพบผู้ป่วยเมื่อการดำเนินของโรครุนแรงขั้นประสาทตาถูกทำลายไปมากทำให้ลานสายตาแคบลงและระดับสายตาผิดปกติหากลานสายตาถูกทำลายลุกลามเข้าสู่ส่วนกลาง ซึ่งเป็นระยะที่เป็นมากหรือระยะท้าย ผู้ป่วยจึงมารับการตรวจรักษา (วัฒนีย์ เอ็นจิตร และคณะ, 2550; ธวัช ดันติสารศาสน์, 2548; ภัสสร ปรีชาไว, 2546; Chen, 2003; Fraser, Bunce, & Wormald, 1999; Grant & Burke, 1982; Ramakrishnan et al., 2003; Sheldrick, Ng, Austin, & Rosenthal, 1994)

พฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะการเจ็บป่วย การค้นหาโรคในระยะเริ่มต้น หรือการควบคุมชะลอภาวะการเจ็บป่วยของบุคคล (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002) การกระทำกิจกรรมใดๆของบุคคลที่มีความเชื่อว่าเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์แข็งแรง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือค้นหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ (Kasl & Cobb, 1966) การปฏิบัติเพื่อยับยั้ง ชะลอ การเกิดโรคในแต่ละขั้นตอนความก้าวหน้าของโรค ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ การป้องกันสุขภาพระดับปฐมภูมิ การป้องกันสุขภาพระดับทุติยภูมิ และการป้องกันสุขภาพระดับตติยภูมิ (Leavell & Clark, 1979) และพฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นการกระทำใดๆของบุคคล เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคหรือภาวะการเจ็บป่วย ที่เกิดจากความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคล (Rosenstock, 1974) ดังนั้นพฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหินในประชากรกลุ่มเสี่ยงจึงเป็นการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ เพื่อหลีกเลี่ยง ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และลดความรุนแรงในการดำเนินของโรค ซึ่งประกอบด้วยการดูแลสุขภาพของดวงตาเพื่อป้องกันการเกิดโรค และการป้องกันภาวะตาบอดในผู้ที่เป็นโรคต้อหินแล้วแต่ยังไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยได้แก่ 1) การป้องกันอุบัติเหตุและการอักเสบติดเชื้อเรื้อรังกับดวงตา 2) การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้ความดันลูกตาสูง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การใช้ยาหยอดตาที่มีส่วนผสมของสารสเตียรอยด์โดยไม่ปรึกษาแพทย์ เป็นต้น 3) การหมั่นสังเกตอาการผิดปกติของดวงตา เช่น ปวดตา ตามัว ลานสายตาแคบลง 4) การแสวงหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพของดวงตาจากแหล่งข้อมูลต่างๆ 5) ผู้ที่มี

ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อหิน ควรไปรับการตรวจสุขภาพตาเป็นประจำทุกปีเพื่อคัดกรองโรคในระยะเริ่มต้น (กัสสร ปรีชาไว, 2546; สกาวรัตน์ คุณาวีศรุต, 2544; สมสงวน อัยยคุณ, 2549)

พฤติกรรมในการป้องกันโรคตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ได้อธิบายถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพในการป้องกันโรคว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคจะขึ้นอยู่กับ ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล ปัจจัยร่วมและสิ่งกระตุ้นชักนำให้ปฏิบัติ โดยบุคคลมีมโนทัศน์เกี่ยวกับการรับรู้ 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อและยอมรับว่าเรามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคนั้นมีความรุนแรงมีผลกระทบต่อตนเองในการดำเนินชีวิต การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่มีผลต่อการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและลดความรุนแรงของโรคมักกว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค และมีปัจจัยร่วม เช่น ปัจจัยด้านลักษณะประชากร ปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านโครงสร้าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค รวมทั้งปัจจัยด้านสิ่งกระตุ้นชักนำให้ปฏิบัติ เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับคำแนะนำในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรค เป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์และสนับสนุนให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ โดยพบปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคลด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อหินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหินและความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยต่อหินเรื้อรัง (ชลธิชา พรทิพย์, 2549; นภาพร พรหมคำชาว, 2541) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระจก (จินตนา มณฑลปัญญากุล, 2542) และในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรค (มาลี หนานเจียง, 2547; เจษฎา ศรีงาม, 2546; ปิยลักษณ์ บุญช่วยธรรม, 2548) ปัจจัยร่วมด้านความรู้เรื่องโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรค พบว่าการขาดความรู้เรื่องโรคต่อหินมีความสัมพันธ์ต่อการไปรับการตรวจสุขภาพตาจากจักษุแพทย์ในระดับน้อย (Livingston et al., 1995) ความรู้เรื่องโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรค (เจษฎา ศรีงาม, 2546; Jalili et al., 2007) และปัจจัยด้านสิ่งกระตุ้นชักนำให้ปฏิบัติ (cues to action) ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรค (ชลธิชา พรทิพย์, 2549; พรณี ส่งสาย, 2541; Jalili et al., 2007) นอกจากนี้ความน่าเชื่อถือและแหล่งของการได้รับข้อมูล

ข่าวสารเกี่ยวกับโรคคอตีบมีความสำคัญต่อความเข้าใจในเรื่องโรคและการรับรู้ความเสี่ยงของโรคคอตีบ (Cross et al., 2005)

งานวิจัยจำนวนมากนิยมใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพในด้าน การป้องกันโรคในกลุ่มประชากรต่างๆ แต่งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การป้องกันโรคของประชากรกลุ่มเสี่ยงในโรคคอตีบมีน้อย ผู้วิจัยจึงเลือกแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาตัวแปรด้านความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคคอตีบ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะพฤติกรรม ในการป้องกันโรคในระดับดี ผู้วิจัยมีความเชื่อว่าตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคคอตีบของประชากรกลุ่มเสี่ยง ซึ่งปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการ สร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและป้องกัน ภาวะตาบอดจากโรคคอตีบในประชากรกลุ่มเสี่ยง ผลที่ได้จากการศึกษานี้จะนำมาใช้เป็นแนวทาง ในการพัฒนางาน เพื่อสร้างความตระหนักให้ประชาชนมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของดวงตาที่ ถูกต้องเหมาะสมเพื่อป้องกันโรคคอตีบในเขตพื้นที่รับผิดชอบต่อไป

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคคอตีบของประชากรกลุ่มเสี่ยงเป็นอย่างไร
2. ความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคคอตีบ มีความสัมพันธ์อย่างไร ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคคอตีบของประชากรกลุ่มเสี่ยง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคคอตีบของประชากรกลุ่มเสี่ยง และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมการป้องกันโรคคอตีบของประชากรกลุ่มเสี่ยง

สมมติฐานของการวิจัย

1. ความรู้เรื่องโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคคอตีบของประชากรกลุ่มเสี่ยง

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหินของประชากรกลุ่มเสี่ยง

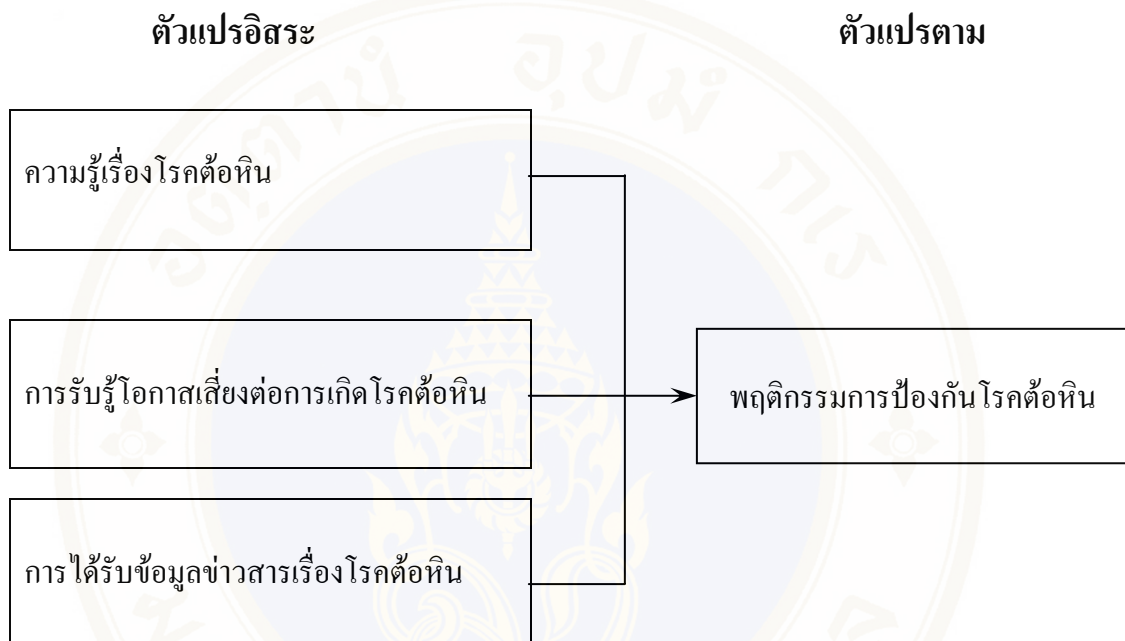
3. การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหินของประชากรกลุ่มเสี่ยง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหินของประชากรกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยใช้แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ตามกรอบแนวคิดแบบความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) เพื่ออธิบายถึงตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล (individual perception) ด้านการรับรู้และยอมรับว่าตนเองมีโอกาสรiskต่อการเกิดโรค เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และส่งผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคต่อหิน มีปัจจัยร่วม (modifying factors) ด้านความรู้เรื่องโรคต่อหินที่ตรงผลโดยตรงต่อการรับรู้ของบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งกระตุ้นชักนำให้ปฏิบัติ (cues to action) เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำต่างๆเกี่ยวกับโรคต่อหิน สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และเป็นสิ่งสนับสนุนต่อแนวโน้มของบุคคลที่จะปฏิบัติกิจกรรม เพื่อป้องกันโรคลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และป้องกันภาวะตาบอดจากโรคต่อหินในประชากรกลุ่มเสี่ยง

การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลย่อมมีความแตกต่างกัน ตามลักษณะเฉพาะตัวของบุคคล เช่น ความเชื่อ ทักษะ ทศนคติ ตลอดจนปัจจัยด้านความรู้และสิ่งกระตุ้นให้เกิดการกระทำต่างๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหิน ผู้วิจัยมีความเชื่อว่าบุคคลจะต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและยอมรับว่าตนเองมีโอกาสรiskต่อการเกิดโรคก่อนเป็นปัจจัยแรก มีปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคต่อหิน และสิ่งกระตุ้นชักนำให้ปฏิบัติจากการได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำต่างๆ เกี่ยวกับโรคต่อหินจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อหินปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันโรคต่อหิน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าตัวแปรด้านความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับดี ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลและปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยด้วยโรคทางตา มักพบผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาด้วยโรคทางตาเมื่อมีอาการแสดงของโรคเกิดขึ้นแล้ว โดยเฉพาะโรคต่อหินมักพบผู้ป่วยมีระดับของลานสายตาแคบลงและระดับของสายตาลดลง ผู้ป่วยบางรายถึงขั้นตาบอด การป้องกันโรค

จึงมีความสำคัญโดยเฉพาะในประชากรกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยจึงให้ความสนใจและเลือกศึกษาตัวแปรด้านความรู้เรื่องโรคต้อหิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหิน การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคต้อหิน ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหินของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป



ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหินของประชากรกลุ่มเสี่ยงและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหินของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป จากประชาชนที่มารับบริการทางด้านสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต้อหิน ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในเขต อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 174 ราย โดยระยะเวลาที่ศึกษาอยู่ระหว่างเดือนตุลาคม 2552 ถึง ธันวาคม 2552

นิยามตัวแปร

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหิน หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใดๆ เพื่อหลีกเลี่ยงลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และลดความรุนแรงในการดำเนินของโรค ซึ่งประกอบด้วยการดูแลสุขภาพของดวงตา ได้แก่ การป้องกันอุบัติเหตุและการอักเสบติดเชื้อเรื้อรังกับดวงตา การหลีกเลี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ความดันโลหิตสูง การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในดูแลสุขภาพของดวงตาและการไปรับการตรวจสุขภาพตาเป็นประจำทุกปี ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ ชีรา พงษ์พานิช (2544) แบบสัมภาษณ์ของ จินตนา มณฑลปัญญากุล (2542) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ให้ผู้ตอบเลือก 4 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ-ปฏิบัติบ่อยครั้ง-ปฏิบัติบางครั้ง-ไม่เคย

2. ความรู้เรื่องโรคต้อหิน หมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุการเกิดโรค อาการอันตรายและความรุนแรงของโรคต้อหิน ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ ชีรา พงษ์พานิช (2544) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคต้อหิน เป็นแบบคำถามปลายปิด มีคำตอบคือใช่-ไม่ใช่

3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความเสี่ยงหรือแนวโน้มที่อาจจะเกิดโรคต้อหิน ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ให้ผู้ตอบเลือก 4 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด-เห็นด้วยมาก-เห็นด้วยน้อย-ไม่เห็นด้วย

4. การได้รับข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับความรู้เรื่องโรคต้อหิน เกี่ยวกับสาเหตุปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหิน อาการของโรคต้อหิน อาการผิดปกติของดวงตาที่ต้องไปพบแพทย์คำแนะนำในการดูแลสุขภาพดวงตาเพื่อป้องกันโรคและการตรวจตาเพื่อตรวจค้นหาโรคในระยะเริ่มต้น จากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข ผู้ป่วยต้อหิน บุคคลในครอบครัวผู้ป่วยต้อหิน สื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ หนังสือ เอกสารแผ่นพับ ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ให้ผู้ตอบเลือก 4 ระดับ คือ มาก-ปานกลาง-น้อย-ไม่เคย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหินในการจัดกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์เรื่องโรคต้อหิน คัดกรองโรคระยะเริ่มต้นในประชากรกลุ่มเสี่ยงของหน่วยงานในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

2. เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมการป้องกันภาวะตาบอดจากโรคต้อหินและโรคตาอื่นๆ ที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขในประชากรกลุ่มเสี่ยงของหน่วยงานในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหิน และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรม การป้องกันโรคต้อหินของประชากรกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ โดยมีเนื้อหาครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

2.1 ความรู้เรื่องโรคต้อหิน

ต้อหิน เป็นกลุ่มอาการของโรคตาที่มีการทำลายของเส้นใยประสาทบริเวณขั้วประสาทตา (optic neuropathy) โดยส่วนใหญ่มักพบสาเหตุจากความดันในลูกตาสูงขึ้น หรืออาจเกิดจากความผิดปกติในการไหลเวียนโลหิต การขาดเลือดไปเลี้ยงบริเวณขั้วประสาทตา มีผลทำให้สูญเสียลานสายตา (visual field) และระดับของสายตา (visual acuity) หากลานสายตาถูกทำลายและลุกลามเข้ามาที่ลานสายตาส่วนกลาง (สมสงวน อัญญคุณ, 2549; James, Chew, & Bron, 2007)

2.1.1 สรีรวิทยา

โดยปกติความสมดุลของระดับความดันลูกตาขึ้นอยู่กับการผลิต และการระบายของ aqueous humour ซึ่งสร้างจาก non-pigmented epithelium ของ ciliary process ซึ่งประกอบด้วย 3 กระบวนการด้วยกัน คือ active secretion, ultrafiltration และ diffusion ส่วนใหญ่ของ aqueous humour สร้างโดย active secretion จาก ciliary process ไหลเข้าสู่ช่องหลังม่านตา (posterior chamber) ผ่านรูม่านตา (pupil) เข้าสู่ช่องหน้าม่านตา (anterior chamber) หลังจากนั้น aqueous humor ไหลผ่านออกทาง trabecular meshwork ซึ่งอยู่บริเวณมุมม่านตา (anterior chamber angle) จากนั้นไหลเข้าสู่ schlemm's canal, intrascleral collecting channel, aqueous vein และ episcleral venous plexus การไหลเวียนชนิดนี้เรียกว่า Trabecular outflow พบว่า aqueous humor จะไหลเวียนทางนี้ประมาณร้อยละ 90 ของจำนวน aqueous humor ที่สร้างขึ้นมา และปริมาณน้ำ aqueous humor อีกประมาณร้อยละ 10 จะไหลเวียนออกทาง Uveoscleral outflow โดยน้ำ aqueous humor ในช่องหน้าม่านตาจะไหลผ่าน ciliary body เข้าสู่ช่องว่างเหนือชั้นคอรอยด์ (suprachoroidal space) และออกไปทางหลอดเลือดดำของคอรอยด์ (choroids) และสเคลอรา (sclera) (อังคณา เมธิ์ไตรรัตน์ และ

รติ จูจินดา, 2550; James, Chew, & Bron , 2007) ซึ่งค่าของระดับความดันลูกตาขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ (ยุพดี รัตตะรังสี, 2545) คือ

1. อัตราการสร้างน้ำเอเควียส
2. แรงต้านการไหลออกของน้ำเอเควียส
3. ระดับความดันหลอดเลือด episcleral

สาเหตุส่วนใหญ่ของการมีความดันลูกตาสูงมักเกิดจากการเพิ่มแรงต้านการไหลออกของน้ำเอเควียส มีบางอย่างที่เกิดจากความดันหลอดเลือด episcleral สูงขึ้น และพบน้อยมากจากการผลิตน้ำเอเควียสมากเกินไป (ยุพดี รัตตะรังสี, 2545)

2.1.2 การเกิดโรคของขั้วประสาทตา (Pathogenesis of optic nerve damage)

ขั้วประสาทตา (optic nerve head) ประกอบด้วยเนื้อเยื่อ 3 ชนิด คือ axon จากเซลล์ ganglion ของเส้นประสาทตา (retinal nerve fiber) หลอดเลือด (blood vessels), astrocytes และคอลลาเจน หลอดเลือดแดงมาจาก posterior ciliary หลอดเลือดดำมาจากหลอดเลือดดำ central retinal เมื่อมีการเพิ่มของความดันตาจะทำให้มีการทำลายเส้นประสาท ทำให้ขั้วประสาทตาฝ่อ (optic nerve atrophy) กลไกที่ทำให้เกิดยังไม่ทราบแน่ชัด เชื่อว่ามี 2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มของระดับความดันตา (อังคณา เมธีไตรรัตน์ และรติ จูจินดา, 2550; James, Chew, & Bron , 2007) คือ

2.1.2.1 mechanical theory การเพิ่มความดันภายในลูกตามีผลไปกดขั้วประสาทตาโดยตรง ทำให้มีการอุดตันทางเดินของสารอาหารของเส้นประสาทตา

2.1.2.2 vascular theory การเพิ่มความดันตาจะไปกดหลอดเลือดที่มาเลี้ยงขั้วประสาทตา ทำให้เกิดภาวะการขาดเลือด (ischemia) ผลของการเพิ่มความดันลูกตาทำให้มีการทำลายประสาท เกิดขั้วประสาทตาฝ่อจากต้อหิน (glaucomatous optic atrophy) เมื่อตรวจขั้วประสาทตาจะพบว่าบริเวณ neural rim ซึ่งเป็นบริเวณที่สำคัญของ axon จากเซลล์ ganglion ของเส้นประสาทตา จะค่อยๆถูกทำลายลงทีละน้อย lamina cribrosa ถูกดันไปด้านหลัง ทำให้ตรงกลางของขั้วประสาทตามีขนาดและความลึกมากขึ้น เรียกว่า ขั้วประสาทตาบวมจากต้อหิน (glaucomatous cupping) ขนาดของขั้วประสาทตาบวมจากต้อหิน วัดจากขนาดของเส้นผ่านศูนย์กลางของรอยบวม (cup) เทียบกับขนาดของเส้นผ่านศูนย์กลางของขั้วประสาทตาในแนวนอน (the cup-to-disc ratio) ใช้อักษรย่อ C:D (อังคณา เมธีไตรรัตน์ และรติ จูจินดา, 2550) ในผู้ที่ปกติค่า C:D จะมีค่าประมาณ 0.30 ± 0.10 ดังนั้นในผู้ที่มีค่า $C:D \geq 0.5$ ควรที่จะได้รับการประเมินอย่างรอบคอบ โดยทั่วไปผู้ที่มีค่า C:D มากและค่า C:D ของตาสองข้างมีค่าต่างกันมากกว่า 0.2 มักพบแนวโน้มของความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหิน (Gupta, 2005)

2.1.3 การแบ่งชนิดของต้อหิน

โรคต้อหินแบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ ต้อหินชนิดปฐมภูมิ ต้อหินชนิดทุติยภูมิ และต้อหินแต่กำเนิด (สมสงวน อัญญคุณ, 2549; James, Chew, & Bron , 2007)

2.1.3.1 ต้อหินชนิดปฐมภูมิ (Primary glaucoma) เป็นต้อหินที่เกิดขึ้นเองโดยไม่ทราบสาเหตุและไม่มีสาเหตุจากโรคอื่นๆ แบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ

2.1.3.1.1 ต้อหินชนิดมุมปิด (Primary angle closure glaucoma) ซึ่งมี 2 ลักษณะ คือ แบบเฉียบพลัน และแบบเรื้อรัง เกิดจาก iris root เบนมาปิดหน้า trabecular meshwork ทำให้ aqueous humor ไหลออกจากตาไม่ได้ อาการและอาการแสดงมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระยะของโรค ผู้ป่วยมักจะมาด้วยอาการปวดตา และปวดศีรษะข้างที่เป็น ปวดลึกๆ ตามัวลงมาก เห็นสีรุ้งรอบดวงไฟ ตาแดง รูม่านตาขยาย ความดันตาสูงมาก อาจสูงถึง 60- 80 mm. Hg ลานสายตาแคบลง

2.1.3.1.2 ต้อหินมุมเปิด (Primary open angle glaucoma) เป็นต้อหินชนิดเรื้อรัง สามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้ มักจะแสดงอาการเมื่อมีอายุมากกว่า 40 ปี ต้อหินชนิดนี้มีมุมตาปกติ แต่มีพยาธิสภาพในระดับเซลล์ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างคือ การหนาตัวของ basement membrane ของ trabecular meshwork ทำให้ขนาดรูระบายของ aqueous humor เล็กลง จำนวน endothelial cell ลดลง และมีการเพิ่มจำนวนส่วนประกอบต่างๆ ในช่องว่างระหว่าง trabecular meshwork เรียกว่า plaques ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้มีผลทำให้เกิดการขัดขวาง และเกิดแรงต้านการไหลเวียนออกของ aqueous humor จนกระทั่งทำให้ความดันลูกตาเพิ่มขึ้น ต้อหินมุมเปิดเรื้อรังมักพบว่าจะมีความดันลูกตาสูงกว่า 21 mmHg ทำให้เกิดการทำลายข้อประสาทตา จะพบความผิดปกติที่ข้อประสาทตา ลานสายตาแคบลง การดำเนินของโรคเป็นไปอย่างช้าๆ โดยไม่มีอาการเจ็บปวดบริเวณตา ระยะแรกๆ จะไม่มีอาการผิดปกติ ต่อมาระยะหลังเมื่อประสาทตาถูกทำลายไปเรื่อยๆ ทำให้ลานสายตาแคบลงและระดับสายตาลดลง ผู้ป่วยจึงมารับการตรวจจากแพทย์ ถ้าผู้ป่วยมารับการตรวจและมารับการรักษาช้าเกินไปตาอาจบอดสนิทได้

2.1.3.2 ต้อหินทุติยภูมิ (Secondary glaucoma) เป็นต้อหินชนิดที่ทราบสาเหตุและเกิดร่วมกับโรคอื่นหรือภาวะอื่นนำมาก่อน เช่น ภาวะม่านตาอักเสบหรือการอักเสบในลูกตา การได้สารสเตียรอยด์ ต้อกระจกที่สุกเกินไปหรือภาวะเลนส์บวม หลังได้รับบาดเจ็บหรือการผ่าตัดในตา เป็นต้น

2.1.3.3 ต้อหินแต่กำเนิด (Congenital glaucoma) เป็นต้อหินที่พบในเด็ก ซึ่งอาจเป็นโรคทางพันธุกรรม หรือความผิดปกติตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา

2.1.4 การรักษาต้อหิน

การรักษาต้อหินมีหลายวิธีการเลือกวิธีการรักษาใด ขึ้นอยู่กับชนิดและความรุนแรงของโรค โดยอยู่ในดุลยพินิจของจักษุแพทย์ผู้รักษาว่าจะใช้วิธีจึงจะได้ผลดีที่สุดต่อผู้ป่วย การรักษาต้อหิน แบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ (อังคณา เมธีไตรรัตน์ และรจิต ตูจินดา, 2550) การรักษาด้วยยา (medical treatment) การรักษาโดยแสงเลเซอร์ (laser treatment) และการรักษาโดยการผ่าตัด (surgical treatment) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1.4.1 การรักษาด้วยยา (medical treatment) มีวัตถุประสงค์เพื่อลดการสร้างน้ำเอควียส และเพื่อเพิ่มการไหลเวียนออกของน้ำเอควียสทาง trabecular meshwork ยาที่ใช้รักษาต้อหินมีอยู่ 6 จำพวก คือ

2.1.4.1.1 Beta-adrenergic inhibitors ยาในกลุ่มนี้นิยมใช้กันมาก ใช้ได้กับต้อหินทุกชนิดออกฤทธิ์โดยลดการสร้าง aqueous humor เช่น timolol, betaxolol, levobunolol, carteolol ขนาดของยา 0.25% และ 0.5% solution หยอดตาวันละ 2 ครั้ง ห่างกัน 12 ชั่วโมง (ยกเว้น carteolol มีขนาด 1% และ 2%) ยานี้มีฤทธิ์ภายใน 2 ชั่วโมง และหมดฤทธิ์ 24 ชั่วโมง

ฤทธิ์ข้างเคียง ยานี้มีฤทธิ์ทั้ง beta-1 และ beta-2 blocker adrenergic antagonist ฤทธิ์ beta-1 blocker ทำให้เกิดหัวใจเต้นช้าๆ ความดันเลือดต่ำ และอาจมีภาวะหัวใจวายได้ ฤทธิ์ของ beta-2 blocker ทำให้เกิดหลอดลมเกร็ง (bronchospasm) ดังนั้นห้ามใช้ในคนที่เป็นโรคหอบหืด

2.1.4.1.2 Alpha adrenergic agonist ยาในกลุ่มนี้ คือ epinephrine ออกฤทธิ์กระตุ้นทั้ง alpha-1 และ alpha-2 adrenergic receptor มีผลเพิ่มการไหลเวียนและลดการสร้าง aqueous humor แต่ยานี้มีฤทธิ์ข้างเคียงมาก และมีอาการตาแดงได้บ่อย จึงไม่เป็นที่นิยม มีการพัฒนายาในกลุ่มนี้ ให้มีฤทธิ์ข้างเคียงน้อยลง และลดความดันตาได้ดีขึ้น พบว่า ยา alpha-2 agonist ออกฤทธิ์เฉพาะต่อตามากกว่า โดยลดสร้าง aqueous humor และเพิ่ม uveoscleral outflow เช่น 0.2% brimonidine หยอดตาวันละ 2 ครั้ง ห่างกัน 12 ชั่วโมง ยานี้มีฤทธิ์ภายใน 2 ชั่วโมง

ฤทธิ์ข้างเคียงของยานี้ ทำให้เกิดเยื่อตาอักเสบ (allergic conjunctivitis) นอกจากนั้นยังทำให้แสบตา และคันตาได้

2.1.4.1.3 Prostaglandin analogues ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการเพิ่ม uveoscleral outflow สามารถลดความดันตาได้ดีมาก ใช้ได้กับต้อหินมุมปิดปฐมภูมิ และต้อหินมุมเปิดปฐมภูมิ ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ 0.005% latanoprost, 0.004% travoprost และ 0.3% bimatoprost หยอดตา วันละครั้ง เวลา 20.00น.

ยาอีกตัวหนึ่งในกลุ่มนี้ คือ 0.15% unoprostone หยอดตาวันละ 2 ครั้ง ห่างกัน 12 ชั่วโมง ออกฤทธิ์ลดความดันตาได้น้อยกว่า latanoprost

ฤทธิ์ข้างเคียง ยานี้มีอาการข้างเคียงทางตา เช่น อาการตาแดง ขนตยาวขึ้นและม่านตามีสีเข้มขึ้น ยานี้อาจทำให้มีม่านตาอักเสบ (anterior uveitis) ได้จึงไม่ควรใช้ในผู้ป่วยต่อหินทุติยภูมิที่มีการอักเสบในลูกตา

2.1.4.1.4 Miotics ยาหดม่านตาดังนี้เป็นยาที่ใช้มากในการรักษาต่อหิน เนื่องจากใช้รักษาได้ทั้งต่อหินมุมเปิดและมุมปิด ยานี้ออกฤทธิ์ที่ end organ ของพาราซิมพาเธติก ทำให้มีการหดตัวของกล้ามเนื้อ ciliary จากนั้นทำให้มีการเพิ่มการไหลเวียนออกของ aqueous humor นอกจากนี้ฤทธิ์ของยาทำให้รูม่านตาคอด มีผลทำให้โคนม่านตา (iris root) หลุดออกจากหน้า trabecular meshwork ในกรณีที่เกิดต่อหินมุมปิด ยาหดม่านตาที่นิยมใช้กันมากคือ pilocarpine เนื่องจากราคาไม่แพง ลดความดันตาได้ผลดี ขนาดของยาที่ใช้ 1%, 2%, 4% ยาตัวนี้ออกฤทธิ์ภายใน 2 ชั่วโมง และอยู่ได้นาน 8 ชั่วโมง ดังนั้นควรหยอดตาวันละ 4 ครั้ง ฤทธิ์ข้างเคียงของ pilocarpine คือ ยานี้ทำให้ม่านตาคอด (miosis) ผู้ป่วยจะมองเห็นลดลงในที่ที่มีแสงสว่างน้อย นอกจากนี้ทำให้มีอาการปวดศีรษะ เเรดิเนาลอก และต่อกระจุก

2.1.4.1.5 Carbonic anhydrase inhibitor ฤทธิ์ของยาดังนี้สามารถลดการสร้าง aqueous humor ได้ถึงร้อยละ 40-60 ยากลุ่มนี้มีหลายตัวที่นิยมใช้คือ acetazolamide

ขนาดที่ใช้ ผู้ใหญ่ 1 กรัม /วัน โดยแบ่งให้วันละ 2-4 ครั้ง สำหรับเด็ก 5-10 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ทุก 4-6 ชั่วโมงยานี้ออกฤทธิ์ภายใน 6-8 ชั่วโมง

ฤทธิ์ข้างเคียงจะมีอาการชาตามตัว เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อ่อนแรง ปัสสาวะบ่อย สารเกลือแร่เสียสมดุล (electrolyte imbalance) นีวไนโต ห้ามใช้ในคนแพ้ยาซัลฟาเนื่องจากยาดังนี้เป็น sulfonamide derivative ในปัจจุบันมีการผลิตยากลุ่มนี้ในรูปของยาหยอดตา ออกฤทธิ์ลดความดันตาได้ น้อยกว่า timolol ยากลุ่มนี้ ได้แก่ 2% dorzolamide และ 1% brinzolamide หยอดตาวันละ 3 ครั้ง ฤทธิ์ข้างเคียงของยาหยอดตานี้ ทำให้ตาแดง (allergic conjunctivitis) และกระจุกตาอักเสบ

2.1.4.1.6 Hyperosmotic agents ยากลุ่มนี้มักนำมาใช้ในรายที่ต้องการลดความดันตาอย่างรวดเร็ว และใช้ในระยะสั้นๆ ในภาวะฉุกเฉิน เช่น ในรายที่เป็นต่อหินมุมปิดเฉียบพลันหรือต่อหินทุติยภูมิ ที่มีภาวะความดันตาสูงมากๆ และอันตรายต่อข้อประสาทต้ามักให้ก่อนทำผ่าตัดต่อกระจุกหรือต่อหินในรายที่มีความดันตาสูง

กลไกการออกฤทธิ์ยังไม่ทราบแน่นอน ผลของยาทำให้วุ้นตามีปริมาตรลดลงและความดันตาลดลงด้วย

ฤทธิ์ข้างเคียง มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ และอาจมีความผิดปกติของการไหลเวียนของเลือดทำให้จำนวนมากหรือให้เร็วเกินไป

Hyperosmotic agents มี 2 พวก คือชนิดรับประทาน ได้แก่ glycerol, isosorbide อีกชนิดหนึ่งให้ทางหลอดเลือด ได้แก่ mannitol และ urea

ขนาดของ 20% mannitol solution ให้ 1-2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ทางหลอดเลือดดำควรให้หมดภายใน 30-40 นาที ยาจะออกฤทธิ์ภายใน 30-60 นาที และอยู่ได้นานประมาณ 6 ชั่วโมง

ขนาดของ 50% glycerol solution 1-2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

2.1.4.2 การรักษาด้วยเลเซอร์ (laser treatment) การรักษาด้วยแสงเลเซอร์ในผู้ป่วยต้อหินมีหลายวิธี จะเลือกใช้วิธีใดขึ้นกับชนิดของต้อหินนั้นๆ ได้แก่

2.1.4.2.1 Laser iridotomy เป็นการผ่าตัดเพื่อให้ aqueous humor ไหลผ่านจากช่องหลังม่านตามายังช่องหน้าม่านตาโดยใช้แสงเลเซอร์เจาะทะลุบริเวณ midperiphery ของม่านตาเพื่อป้องกัน pupillary block ข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัดเหมือนกับการทำ surgical iridectomy

2.1.4.2.2 Argon laser trabeculoplasty การทำผ่าตัดวิธีนี้นำมาใช้ในผู้ป่วยที่เป็นต้อหินมุมเปิด ซึ่งใช้รักษาแล้วยังควบคุมความดันตาไม่ได้ วิธีผ่าตัดโดยใช้แสงเลเซอร์ยิงไปที่ anterior surface ของ trabecular meshwork

2.1.4.2.3 Laser iridoplasty หรือ laser goniotomy เป็นการผ่าตัดโดยใช้แสงเลเซอร์ยิงไปที่ peripheral iris stroma เพื่อให้ม่านตาบริเวณนั้นเกิดการหดตัวทำให้ peripheral anterior chamber angle ลึกขึ้น ข้อบ่งชี้ทำในรายที่เป็นต้อหินชนิดมุมปิดและมี PAS เกิดขึ้นใหม่

2.1.4.2.4 Laser cyclophotocoagulation เป็นการผ่าตัดโดยใช้แสงเลเซอร์ไปทำลายเยื่อบุผิวของ ciliary เพื่อลดการสร้าง aqueous humor

ปัจจุบันนิยมใช้เลเซอร์เนื่องจากหลังทำและความดันตาลดลงได้ดี ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวด และอักเสบในลูกตาไม่มาก โรคแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดน้อยกว่าวิธีอื่นๆ

2.1.4.3 การรักษาด้วยการผ่าตัด (Surgical treatment)

2.1.4.3.1 Peripheral iridectomy ข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัดมีดังนี้

- Acute angle-closure glaucoma
- Subacute angle-closure glaucoma
- Prophylactic ในตาข้างหนึ่งของผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น

2.1.4.3.2 Filtering operation ทำในรายที่ควบคุมความดันตา โดยการรักษาด้วยยาไม่ได้ผลในผู้ป่วยต้อหินมุมเปิด ต้อหินมุมปิด รวมทั้งต้อหินทุติยภูมิ วัตถุประสงค์ของการทำผ่าตัด filtering operation เพื่อทำช่องทางเดินของ aqueous humor โดยทำให้เกิดมีรูรั่วอย่างถาวร ติดต่อระหว่างช่องหน้าลูกตากับช่องว่างใต้เยื่อตา (subconjunctival space) มีอยู่หลายวิธี ได้แก่ iridencleisis, posterior lip sclerectomy, sclero-corneal trephine และ trabeculectomy

2.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหิน

ปัจจัยเสี่ยงเป็นลักษณะพฤติกรรมของบุคคลหรือแบบแผนการดำเนินชีวิต การเผชิญกับสภาพสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการเป็นมาแต่กำเนิดหรือจากการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ เป็นปัจจัยส่งเสริมที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางสุขภาพ โรคต้อหินมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่ส่งเสริมต่อการเกิดโรค (Gupta, 2005) จากการศึกษาพบปัจจัยเสี่ยงหลายประการดังต่อไปนี้

2.2.1 ระดับความดันภายในลูกตา (intraocular pressure)

ระดับของความดันภายในลูกตาที่สูงขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคต้อหิน (อังคณา เมธิไตรรัตน์ และรจิต ตูจันดา, 2550; Gupta, 2005; James, Chew, & Bron , 2007; Le, Mukesh, McCarty, & Taylor, 2003) เชื่อว่าการเพิ่มของระดับความดันภายในลูกตามีผลไปกดขั้วประสาทตาโดยตรง ทำให้มีการอุดกั้นทางเดินของสารอาหารของเส้นประสาทตาและการเพิ่มความดันตาจะไปกดหลอดเลือดที่มาเลี้ยงขั้วประสาทตา ทำให้เกิดภาวะการขาดเลือด มีผลทำให้มีการทำลายประสาทตา เกิดขั้วประสาทตาฝ่อจากต้อหิน (อังคณา เมธิไตรรัตน์ และรจิต ตูจันดา, 2550; James, Chew, & Bron , 2007)

ถึงแม้ว่าปัจจุบันนิยามของโรคต้อหินได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมจากที่เกิดจากภาวะความดันภายในลูกตาสูงขึ้นจนไปทำลายขั้วประสาทตา พบว่ายังมีผู้ที่ความดันลูกตาอยู่ในระดับปกติแต่พบว่ามีพยาธิสภาพที่ขั้วประสาทตาในลักษณะของโรคต้อหิน (normal tension glaucoma) และผู้ที่ระดับความดันลูกตาสูงกว่าปกติแต่ไม่พบว่ามีพยาธิสภาพที่ขั้วประสาทตาที่ผิดปกติในลักษณะของโรคต้อหิน (ocular hypertension) โดยภาวะความดันลูกตาปกติคือระดับของความดันลูกตาที่ไม่สามารถทำให้เกิดลักษณะของรอยโรคที่ขั้วประสาทตา ส่วนภาวะความดันลูกตาที่ผิดปกติคือระดับของความดันลูกตาที่สามารถทำให้เกิดลักษณะของรอยโรคที่ขั้วประสาทตา (Gupta, 2005) ซึ่งในทางปฏิบัติเป็นเรื่องที่ยากในการกำหนดค่าของความดันลูกตาที่แน่นอน เนื่องจากแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันของระดับความดันลูกตา ลักษณะของความดันลูกตาจึงได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มผู้ที่ปกติมีระดับความดันลูกตาเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ และกลุ่มผู้ที่มีความผิดปกติในลักษณะของโรคต้อหิน (Gupta, 2005; James, Chew, & Bron, 2007) ในกลุ่มผู้ที่ปกติร้อยละ 95 จะมีระดับ

ของความดันลูกตาอยู่ในช่วง 10.5-20.5 mm Hg. ค่าโดยเฉลี่ย 15.5 $\pm$ 2.5 mm Hg. ซึ่งค่าความดันลูกตาที่ระดับ 20.5 mm Hg. จะเป็นช่วงที่คาบเกี่ยวในกลุ่มผู้ที่ปกติและกลุ่มผู้ที่มีความผิดปกติ ผู้ที่มีความดันลูกตาในระดับนี้ควรต้องมีการเฝ้าระวังและติดตามความผิดปกติของข้อประสาทตาและในกลุ่มผู้ที่มีความผิดปกติในลักษณะของโรคต้อหินประมาณร้อยละ 5 จะมี 2 ลักษณะคือ Normal tension glaucoma และ Ocular hypertension (Gupta, 2005; James, Chew, & Bron, 2007)

จากการศึกษาพบว่า ในผู้ที่มีระดับความดันลูกตาสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคต้อหินเพิ่มขึ้น (Gupta, 2005; Leske, Connell, Wu, Hyman, & Schachat, 1995; Leske, Wu, Hennis, Honkanen, & Nemesure, 2008; Sommer et al., 1991) สาเหตุที่ส่งเสริมให้ระดับความดันลูกตาสูงขึ้น ได้แก่ ความเสื่อมของ trabecular meshwork เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้น (James, Chew, & Bron, 2007) การใช้ยาประเภทสเตียรอยด์ (กำพล ศรีวัฒนกุล, 2541; Garbe, Leloir, Boivin, & Suissa, 1997; Ponte, Giuffre, Giammanco, & Dardanoni, 1994) นอกจากนี้อาจพบการสูบบุหรี่ (Wilson, Hertzmark, Walker, Childs, & Epstein, 1987; Kang et al., 2003) การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ชา หรือ กาแฟ (Higginbotham, Kilimanjaro, Wilensky, Batenhorst, & Hermann, 1989; Okimi, Sportsman, Pickard, & Fritsche, 1991; Ajayi & Ukwade, 2001; Avisar, Avisar, & Weinberger, 2002; Chandrasekaran, Rochtchina, & Mitchell, 2005) และในผู้ที่มีภาวะความอ้วนพบว่าระดับดัชนีมวลกาย (BMI) ที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อระดับความดันลูกตาที่สูงขึ้น (Mori, Ando, Nomura, Sato, & Shimokata, 2000)

นอกจากนี้ยังพบว่าการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันลูกตาในช่วงเวลา 24 ชั่วโมงในแต่ละวันยังเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการเกิดโรคต้อหิน พบว่าในผู้ที่ปกติการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันลูกตาสามารถอยู่ในช่วง 2-4 mm Hg. ภายใน 24 ชั่วโมงแล้วกลับมาคงที่ แต่ถ้าช่วงของค่าความดันลูกตาเพิ่มสูงขึ้นจะมีโอกาสเสี่ยงที่เพิ่มการทำลายของข้อประสาทตา โดยเฉพาะระดับความดันลูกตาที่มีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ 10 mm Hg. จะรุนแรงมากในกรณีที่มีระดับความดันลูกตาที่มีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ 30 mm Hg. (Newell & Krill, 1964 cited in Gupta, 2005) และในผู้ที่มีระดับของความดันลูกตา 2 ข้าง ที่แตกต่างกันตั้งแต่ 2 mm Hg. มีแนวโน้มของการเป็นโรคต้อหิน (Wilensky et al., 1993 cited in Gupta, 2005)

2.2.2 ประวัติครอบครัว (Family history)

ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคต้อหิน เป็นปัจจัยสำคัญที่บ่งชี้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหิน ซึ่งจำนวนและโอกาสเสี่ยงอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละกรณี จากการศึกษาของเพ็ญศรี สาราญเวทย์ (2533) พบผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคต้อหินมีความสัมพันธ์กับการเป็นต้อหินมุมปิดปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคต้อหินมีโอกาสเกิด

โรคต้อหินมากเป็น 4.42 เท่าของผู้ที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคต้อหิน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดใจ วราพันธ์ (2534) พบผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคต้อหินมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคต้อหินชนิดปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคต้อหินมีโอกาสเกิดโรคมากเป็น 4.49 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคต้อหิน และจากการศึกษาของ ลินี ยมาภัย (2547) พบผู้ที่มีประวัติโรคต้อหินในครอบครัวมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคต้อหินมุมเปิดปฐมภูมิในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่มีประวัติโรคต้อหินในครอบครัวจะมีโอกาสเกิดโรคต้อหินมากเป็น 11.43 เท่าของผู้ที่ไม่มีประวัติโรคต้อหินในครอบครัว จากการศึกษาของ Leske, Nemesure, He, Wu, Hejtmancik, & Hennis (2001) ได้ศึกษาการเกิดโรคต้อหินมุมเปิดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย พบกลุ่มสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยร้อยละ 10 เป็นต้อหินมุมเปิด และจากการศึกษาของ Weih, Mukesh, McCarty, & Taylor (2001) พบความชุกของโรคต้อหินร้อยละ 1.8 และในผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นต้อหินมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหินเป็น 3.1 เท่าของผู้ที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นต้อหิน

แนวโน้มการเกิดโรคต้อหินในผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคต้อหิน พบจะมีความเสี่ยงมากในพี่น้องสายตรง จากการศึกษาของ Tielsch, Katz, Sommer, Quigley, & Javit (1994) พบความสัมพันธ์ทางสถิติถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหินในผู้ที่มีประวัติพี่น้องสายตรงเป็น 3.69 เท่า ในผู้ที่มีประวัติพ่อแม่เป็น 2.17 เท่า ในผู้ที่มีประวัติบุตรเป็น 1.12 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีประวัติโรคต้อหิน Wolfs et al., (1998) พบความชุกโรคต้อหินในกลุ่มพี่น้องสายตรงของผู้ป่วยต้อหินร้อยละ 10 และพบความชุกโรคต้อหินในบุตรของผู้ป่วยต้อหินร้อยละ 1.1 และจากการศึกษาของ Sung et al., (2006) พบแนวโน้มความชุกและอุบัติการณ์การเกิดโรคต้อหินมุมเปิดประมาณร้อยละ 20 ในผู้ที่อายุ 70 ปีที่มีประวัติพี่น้องเป็นโรคต้อหินมุมเปิด

2.2.3 อายุ (Age)

โรคต้อหินพบได้ในผู้ป่วยทุกอายุ จากการศึกษาในแต่ละกรณีจะมีความแตกต่างกันจากสาเหตุความแตกต่างด้านประชากรและข้อบ่งชี้ในการวินิจฉัย แต่แนวโน้มโดยส่วนใหญ่มีความสอดคล้องกันโดยพบทั้งอุบัติการณ์และความชุกของโรคเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น (วัตินีย์ เย็นจิตร และคณะ, 2550; Dandona et al., 2000; Klein et al., 1992; Le et al., 2003; Leske et al., 2008; Ramakrishnan et al., 2003; Resnikoff et al., 2004; Vijaya, 2005; Wensor, McCarty, Stanislavsky, Livingston, & Taylor, 1998) ในทางคลินิกมักพิจารณาอายุที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหินที่อายุ ≥ 40 ปี (Gupta, 2005) เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคต้อหินปฐมภูมิมุมปิด (primary angle-closure suspects) และระยะเริ่มต้นของโรคต้อหินปฐมภูมิมุมปิด (primary angle-closure) (Nolan, 2007) ผู้ที่อายุเพิ่มขึ้นพบความถี่ของช่องหน้าม่านตาลดลง (Foster et al., 1997)

2.2.4 เชื้อชาติ (Race)

จากการศึกษาพบเชื้อชาติที่ต่างกันการเกิดโรคต้อหินแต่ละชนิดจะมีความแตกต่างกันพบว่าแนวโน้มการเกิดโรคต้อหินปฐมภูมิมุมปิดของประชากรส่วนใหญ่ในชาวเอเชีย (Nolan, 2007) ชาวมองโกเลีย ชาวจีน (Wang, Wu, & Fan, 2007) และชาวเอสกีโม (Arkel et al., 1987) ผู้หญิงจะพบมากกว่าผู้ชาย จากการศึกษาของ Foster & Johnson (2001) ในกลุ่มประชากรในประเทศจีนทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป พบจำนวนผู้ป่วยโรคต้อหินปฐมภูมิมุมปิด (primary angle closure glaucoma) ถึงร้อยละ 91 ส่วนแนวโน้มการเกิดโรคต้อหินปฐมภูมิมุมเปิด (primary open angle glaucoma) พบได้เท่าๆกันทั้งเพศหญิงและเพศชาย มักพบในคนผิวดำมากกว่าคนผิวขาวโดยเฉพาะผู้ที่มิใช่เชื้อสายแอฟริกาอเมริกา Tielsch, Sommer, Katz, Royall, Quigley, & Javit (1991) ได้ศึกษาความชุกของโรคต้อหินปฐมภูมิมุมเปิด (primary open angle glaucoma) ในผู้ที่อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ใน Baltimore พบความชุกในคนผิวดำมากกว่าคนผิวขาว 4-5 เท่า ความชุกในคนผิวดำร้อยละ 1.23 ในช่วงอายุ 49 ปี และเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 11.26 ในผู้ที่อายุ 80 ปีหรือมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับคนผิวขาวพบความชุกร้อยละ 0.92 ในช่วงอายุ 49 ปี และเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 2.16 ในผู้ที่อายุ 80 ปีหรือมากกว่า Quigley et al., (2001) ได้ศึกษาความชุกโรคต้อหินประชากรเชื้อสายละตินอเมริกา (Hispanic) อายุมากกว่า 40 ปี พบความชุกต้อหินปฐมภูมิมุมเปิด (open angle glaucoma) ร้อยละ 1.97 จากร้อยละ 0.50 ในผู้ที่อายุ 41-49 ปี และเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 12.63 ในผู้ที่อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ส่วนต้อหินมุมปิด (angle closure glaucoma) พบร้อยละ 0.10 สอดคล้องกับการศึกษาของ Sakata et al., (2007) ได้ศึกษาความชุกของโรคต้อหินของประชากรทางตอนใต้ของประเทศบราซิลที่มีอายุมากกว่า 40 ปี พบความชุกของต้อหินโดยรวมร้อยละ 3.4 อายุเพิ่มขึ้นความชุกของโรคต้อหินจะเพิ่มขึ้น ต้อหินปฐมภูมิมุมเปิด (primary open angle glaucoma) พบร้อยละ 2.4 ต้อหินปฐมภูมิมุมปิด (primary closure angle glaucoma) พบร้อยละ 0.7 ในผู้ที่มิใช่เชื้อชาติผิวดำมีความชุกต้อหินปฐมภูมิมุมเปิด (primary open angle glaucoma) ร้อยละ 3.8 มากกว่าผู้ที่มิใช่เชื้อชาติผิวขาวซึ่งพบความชุกร้อยละ 2.1

2.2.5 ประวัติการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง

โรคที่มีความเกี่ยวพันต่อการเป็นปัจจัยส่งเสริมต่อการเกิดโรคต้อหินมีหลายโรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ปวดศีรษะไมเกรน (Gupta, 2005)

จากการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างโรคความดันโลหิตสูงและโรคต้อหินตั้งแต่ในอดีตถึงปัจจุบันในต่างประเทศ พบบางการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์แต่บางการศึกษาพบมีความสัมพันธ์กัน (Gupta, 2005) สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาที่ผ่านมาพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคต้อหินมุมเปิด (Open angle glaucoma) และพบโอกาส

เสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 2-3 เท่า (สุจิต วราพันธ์, 2534; สินี ยมาภัย, 2547) และบางการศึกษาในปัจจุบันพบว่าโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้เป็นสาเหตุโดยตรงต่อการเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหิน แต่พบการลดลงของค่า diastolic perfusion pressure ซึ่งมักพบร่วมกับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (Pache, Dubler, & Flammer, 2003 cited in Gupta, 2005) ค่า diastolic perfusion pressure คำนวณจากค่าความดันโลหิตที่หัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure) ลบด้วยค่าระดับความดันลูกตา (intraocular pressure) (Sommer & Doyne, 1996 cited in Gupta, 2005) พบว่าผู้ป่วยที่มีค่า diastolic perfusion pressure น้อยกว่า 30 mmHg. มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหินมากกว่า 6 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีค่า diastolic perfusion pressure มากกว่า 50 mmHg (Gupta, 2005) สันนิษฐานทฤษฎีที่ว่าค่า diastolic perfusion pressure มากกว่า 50 mmHg กลไกการปรับตัวของเส้นเลือดบริเวณขั้วประสาทตาจะไม่มีเปลี่ยนแปลง แต่ในขณะที่ค่าใดค่าหนึ่งของระดับของความดันโลหิตที่หัวใจคลายลดลงหรือค่าระดับความดันลูกตาสูงขึ้น กลไกการปรับตัวของเส้นเลือดบริเวณขั้วประสาทตาจะล้มเหลวมีผลทำให้ขั้วประสาทตาถูกทำลายในลักษณะต้อหิน นอกจากนี้ยังพบค่า diastolic perfusion pressure มักจะลดลงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับยาลดความดันก่อนนอน (Pillunat, Anderson, Knighton et al., 1997 cited in Gupta, 2005)

ผู้ป่วยเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหินมุมเปิด (Open angle glaucoma) จากการศึกษาพบผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคต้อหินและมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน 2-4 เท่า (Chopra, Varma, Francis, Wu, Torres, & Azen, 2008; Klein, Klein, & Jensen, 1994; Mitchell, Smith, Chey, & Healey, 1997) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคอื่นร่วมด้วยจะมีอัตราการเกิดโรคต้อหินมากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน (Klein et al., 1994) และพบว่าระยะเวลาที่เป็นเบาหวานตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปเป็นปัจจัยส่งเสริมต่อความชุกในการเกิดต้อหินเพิ่มขึ้น (Chopra et al., 2008) สันนิษฐานว่าในผู้ที่เป็นเบาหวาน มีอุบัติการณ์ของโรคนี้สูงกว่าประชากรทั่วไป เนื่องจากในผู้ป่วยเบาหวาน หลอดเลือดเล็กๆ จะมีความผิดปกติโดยเฉพาะที่บริเวณขั้วประสาทตา ซึ่งมีผลทำให้ความดันลูกตาสูงขึ้น ขั้วประสาทตาไม่สามารถทนต่อการเปลี่ยนแปลงของความดันตาได้ เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ขั้วประสาทตาในลักษณะต้อหิน นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ที่เป็นเบาหวานมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในการเกิดต้อหินจากเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (Neovascular glaucoma) (Gupta, 2005)

2.2.6 การใช้ยาประเภทสเตียรอยด์ (Steroid used)

สเตียรอยด์ คือชื่อของกลุ่มฮอร์โมนที่ถูกสร้างจากต่อมหมวกไตและมีบทบาทในการใช้รักษาโรคอย่างกว้างขวาง คือยาประเภทสเตียรอยด์ หรือคอร์ติโคสเตียรอยด์ หรือกลูโคคอร์ติคอยด์ ซึ่งนอกจากจะใช้ทดแทนในกรณีที่ร่างกายขาดฮอร์โมนดังกล่าวแล้ว การนำสเตียรอยด์ไปใช้ในการ

รักษาโรคต่างๆได้หลายชนิดเป็นสิ่งที่มิมีประโยชน์ แต่เนื่องจากสเตียรอยด์เป็นยาซึ่งมีผลต่อระบบต่างๆในร่างกายแทบทุกระบบ การใช้สเตียรอยด์อาจนำไปสู่อันตรายจากการใช้มากมายหลายประการ ได้แก่ ผลต่อตาอาจทำให้ความดันในลูกตาส่งขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมต่อการเกิดโรคต้อหิน(กำพล ศรีวัฒนกุล, 2541; Garbe, Leloir, Boivin, & Suissa, 1997; Ponte, Giuffre, Giammanco, & Dardanoni, 1994)

ต้อหินที่เกิดจากการใช้ยาสเตียรอยด์จากการศึกษาพบว่าขึ้นอยู่กับขนาดและระยะเวลาของการใช้สเตียรอยด์ (Garbe, et al ,1997 & Mitchell, Cumming, & Mackey, 1999) การใช้ยาสเตียรอยด์นานๆ โดยเฉพาะยาหยอดตา (topical) อาจทำให้ความดันเพิ่มได้ ในคนทั่วไปจะพบว่าเป็นผู้ที่ตอบสนองต่อยาสเตียรอยด์ ประมาณร้อยละ 30 ซึ่งในกลุ่มนี้เมื่อได้รับยาหยอดตา ยาสเตียรอยด์ ติดต่อกันประมาณ 3-6 สัปดาห์ คนที่เป็นต้อหินมุมเปิดและมีญาติพี่น้องเป็นโรคต้อหิน การใช้ยาสเตียรอยด์จะทำให้เกิดต้อหินได้มากกว่าคนทั่วไป (อังคณา เมธีไตรรัตน์ และรจิต ตู้จินดา, 2550) โดยพบลักษณะของยีน (TIGR/MYOC) ที่ตอบสนองต่อการให้สารคอร์ติโคสเตียรอยด์และทำให้เกิดโรคต้อหิน (Wirtz & Samples, 2003)

กลไกของการเกิดต้อหินจากการใช้สเตียรอยด์ยังไม่ทราบแน่ชัด เชื่อว่าการไหลเวียนของ aqueous humor ลดลงเนื่องจากมีสารจำพวก glycosaminoglycans ไปอุดหน้า trabecular meshwork บางคนเชื่อว่าไปกด phagocytic activity อาการและอาการแสดงของโรคจะดำเนินไปอย่างช้าๆ ไม่มีอาการเจ็บปวดบริเวณตา โดยในระยะแรกๆไม่มีอาการผิดปกติ การรักษาที่สำคัญ คือหยุดการใช้ยาสเตียรอยด์

2.2.7 ภาวะสายตาผิดปกติ (Refractive error)

ภาวะสายตาผิดปกติ ได้แก่ ภาวะสายตาสั้น สายตายาว สายตา 2 ข้างไม่เท่ากัน จากการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับภาวะข้อผิดพลาดตามีลักษณะถูกทำลายจากโรคต้อหิน ผู้ที่มีภาวะสายตาวายจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหินมุมปิดมากกว่าผู้ที่มีภาวะสายตาปกติ เนื่องจากในผู้ที่มีภาวะสายตาวายจะมีลักษณะของกระจกตาดำค่อนข้างแบนราบมีผลต่อความลึกในช่องหน้าม่านตา (anterior chamber) ตื้นขึ้นเป็นปัจจัยส่งเสริมต่อการเกิดภาวะ pupillary block และ angle closure glaucoma (Gupta, 2005) และในผู้ที่มีภาวะสายตาสั้นจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหินชนิดมุมเปิดมากกว่าผู้ที่มีภาวะสายตาปกติ (Mastropasqua, Lobefalo, Mancini, Ciancaglini, & Palma, 1992; Mitchell, Hourihan, Sandbach, & Wang, 1999) พบโอกาสเสี่ยงในการเกิดต้อหินเพิ่มขึ้นเมื่อระดับของสายตาสั้นเพิ่มมากขึ้น (Mitchell, Hourihan, Sandbach, & Wang, 1999; Xu, Wang, Wang, Wang, & Jonas, 2007) ในผู้ที่มีภาวะสายตาสั้นมากกว่า -6 D เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหินมากกว่าภาวะสายตาผิดปกติอื่น และพบความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหิน 2-3 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่

ภาวะสายตาสั้น ถึงแม้ว่ากลไกการเกิดโรคยังไม่ทราบแน่นอน Faschinger & Mossbock (2007) มีเหตุผลที่จะอธิบายถึงกระบวนการเกิดโรคคือเห็นว่าผู้ที่ภาวะสายตาสั้นมากๆ จะมีลักษณะทางโครงสร้างหลายอย่างที่ผิดปกติ เช่น ความยาวของลูกตาเพิ่มมากขึ้น ลักษณะของขั้วประสาทตาที่มีการเปลี่ยนแปลงที่คล้ายกับภาวะต้อหินในระยะเริ่มต้น ลักษณะของเลนส์แก้วตาที่หนาตัวขึ้นและดันไปด้านหน้าของลูกตาที่สามารถทำให้เกิดต้อหินมุมปิด เป็นต้น

2.2.8 อุบัติเหตุ (Trauma)

จากการศึกษาพบผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุกับดวงตาเป็นสาเหตุการเกิดโรคต้อหินทุติยภูมิ (secondary glaucoma) หลังจากได้รับอุบัติเหตุ (Girkin, McGwin, Morris, & Kuhn, 2005; Ozer, Yalvac, Satana, Eksioglu, & Duman, 2007; Sihota, et al (2008) พบอุบัติการณ์ร้อยละ 2-10 (Jones, 1987) จากการศึกษานี้พบ 1 ใน 3 ของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บเกิดในขณะปฏิบัติงาน และมากกว่าร้อยละ 40 ของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บเกิดในขณะทำงานอดิเรก (Viestenz & Kuchle, 2004) ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ พบ 2 ลักษณะคือ แบบของแหลมมีรอยทะลุ (penetrating injury) และไม่ใช่ของแหลม (nonpenetrating injury) (Jones, 1987) ลักษณะของแหลมแบบมีรอยทะลุ (penetrating injury) ทำให้เกิดอันตรายที่รุนแรงภายในลูกตา และเกิดการอักเสบที่อาจเป็นสาเหตุของ anterior synechiae, papillary block, trabeculitis และลักษณะแบบไม่ใช่ของแหลม (nonpenetrating injury) แรงกระแทกที่เกิดกับดวงตาสามารถทำลายโครงสร้างของมุมตาและเป็นสาเหตุทำให้เกิดมุมม่านตาหลุดเคลื่อน (angle recession) ทำให้เกิดภาวะต้อหินจากการลดลงของน้ำ aqueous humour ภายในลูกตาเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะความดันลูกตาส่ง ผู้ป่วยบางรายจะเกิดอาการอย่างทันทีทันใด แต่ในผู้ป่วยบางรายกระบวนการอาจเกิดอย่างช้าๆ ซึ่งใช้เวลาหลายปีในการพัฒนาต่อการเกิดภาวะต้อหิน ดังนั้นในผู้ที่มิประวัติได้รับอุบัติเหตุควรได้รับการติดตามตรวจตาเป็นระยะหลังจากได้รับอุบัติเหตุเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน (Gupta, 2005; Viestenz & Kuchle, 2004)

ดังนั้นผู้ที่มิปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหินดังกล่าวข้างต้น จึงเป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงหรือโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหินมากกว่าปกติ โดยเฉพาะผู้ที่มิปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างจะเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหินจะเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นประชากรกลุ่มเสี่ยงจะต้องมีการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพของดวงตาที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดโรค ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ตลอดจนการเฝ้าระวังและติดตามการเกิดโรค เพื่อป้องกันภาวะอาการตาบอดจากโรคต้อหินจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างสม่ำเสมอ

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหิน

จากการทบทวนวรรณกรรม มีผู้กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคดังนี้

Pender, Murdaugh, & Parsons (2002) กล่าวว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะการเจ็บป่วย การค้นหาโรคในระยะเริ่มต้น หรือการควบคุมขีดขวางภาวะการเจ็บป่วยของบุคคล

Leavell & Clark (1979) กล่าวว่าพฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นการปฏิบัติเพื่อยับยั้งขีดขวาง การเกิดโรคในแต่ละระยะขั้นตอนความก้าวหน้าของโรค โดยเน้นประวัติด้านธรรมชาติของโรคและกระบวนการพยาบาลที่เฉพาะซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพ การวินิจฉัยโรคขั้นต้น การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ การป้องกันระดับปฐมภูมิ การป้องกันระดับทุติยภูมิ และการป้องกันระดับตติยภูมิ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันระดับปฐมภูมิ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่มีผลโดยตรงที่จะลดโอกาสความเป็นไปได้ในการเกิดโรค หรือความผิดปกติของการทำหน้าที่ของร่างกาย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1.1 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การสอนทางด้านสุขภาพ มาตรฐานในเรื่องภาวะโภชนาการในการปรับเปลี่ยนพัฒนาการแต่ละช่วงวัยของชีวิต การติดตามระยะพัฒนาการส่วนบุคคล การจัดเตรียมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม การพักผ่อนให้เพียงพอ การปรึกษาคำแนะนำก่อนแต่งงานและการสอนเรื่องเพศ การคัดกรองยีน และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นระยะๆ

1.2 พฤติกรรมการปกป้องเฉพาะโรค เช่น การให้ภูมิคุ้มกันโรค การดูแลความสะอาดส่วนบุคคล การใช้สิ่งแวดล้อมด้านสุขอนามัย การปกป้องอันตรายจากอาชีพ การปกป้องอุบัติเหตุ การใช้สารอาหารเฉพาะ การปกป้องจากสารก่อมะเร็ง และการหลีกเลี่ยงจากสารก่อให้เกิดภูมิแพ้

2. พฤติกรรมการป้องกันระดับทุติยภูมิ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมมุ่งเน้นปัญหาทางด้านสุขภาพหรือการเจ็บป่วยส่วนบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะการทำงานของร่างกายที่เสื่อมลง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่รวดเร็วในการวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรก เพื่อลดความรุนแรงของโรค แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

2.1 การวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกและการรักษาโรคโดยเร็ว เช่น กิจกรรมการค้นหาโรคทั้งในส่วนบุคคลและเป็นกลุ่ม การสำรวจคัดกรองโรค การเลือกตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการที่เหมาะสม การรักษาและป้องกันเพื่อป้องกันการแพร่กระจาย ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และลดระยะเวลาของความเจ็บป่วย

2.2 ข้อจำกัดในการไม่สามารถปฏิบัติ เช่น การให้การรักษาที่เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค การให้ความสะดวกต่อความข้อจำกัดในการปฏิบัติหน้าที่ และป้องกันการเสียชีวิต

3. พฤติกรรมการป้องกันระดับตติยภูมิ เป็นการปฏิบัติเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้กลับคืนสภาพภาวะปกติเท่าที่จะเป็นไปได้ และฟื้นฟูสภาพเพื่อลดและป้องกันความพิการในอนาคต

Kasl and Cobb (1966) กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลและรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องในมิติต่างๆ โดยแบ่งพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคลไว้ 3 ลักษณะคือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (health behavior) หมายถึง การกระทำกิจกรรมใดๆ ของบุคคลที่มีความเชื่อเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์แข็งแรง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือค้นหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง การกระทำกิจกรรมใดๆ ของบุคคล เมื่อบุคคลรู้สึกว่าจะไม่สบาย โดยการปฏิบัติเพื่อประเมินความเจ็บป่วยและหาวิธีการรักษาที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (Sick role behaviors) หมายถึง การกระทำกิจกรรมใดๆ ของบุคคลเมื่อมีการเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ตนเองมีอาการดีขึ้น หลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย เช่น การได้รับการรักษาที่เหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญ การหยุดพักงานประจำ เป็นต้น

ดังนั้นพฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหิน จึงเป็นการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ เพื่อหลีกเลี่ยงและลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ตลอดจนการตรวจค้นหาโรคในระยะเริ่มต้นเพื่อควบคุมชะลอความรุนแรงของโรคต้อหินเพื่อป้องกันภาวะการสูญเสียระดับของลานสายตา ระดับของสายตาและภาวะอาการตาบอด พบว่าโรคต้อหินส่วนหนึ่งสามารถป้องกันได้ถึงแม้ว่าจะมีความยากในการป้องกัน (WHO, 2005) เนื่องจากสาเหตุส่วนใหญ่ของโรคต้อหินมักพบในต้อหินระดับปฐมภูมิซึ่งมักเกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุ ถึงอย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่เป็นโรคต้อหินสามารถที่จะป้องกันภาวะตาบอดได้ จากการดูแลสุขภาพของดวงตาในการตรวจคัดกรองโรคในระยะเริ่มต้นและได้รับการรักษาโรคในระยะเวลาที่เหมาะสม องค์การอนามัยโลกได้ประกาศเจตนารมณ์ Vision 2020: Global initiative to eliminate avoidable blindness เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 1999 ที่กรุงเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ โดยมีมุ่งเน้นจำนวนคนตาบอดที่สามารถป้องกันได้ และให้ประชาชนมีสุขภาพตาดีถ้วนหน้าปี ค.ศ 2020 ซึ่งประเทศไทยได้มีนโยบายที่สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกและได้

ประกาศเจตนารมณ์เพื่อสนับสนุนพันธกิจสุขภาพชาติปี 2563 เพื่อลดจำนวนคนตาบอดของประเทศ (สุจริต ศรีประพันธ์, 2543)

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยต้อหินมักมารับการตรวจรักษาล่าช้า ไม่ได้มารับการตรวจตาเพื่อค้นหาโรคในระยะแรกเมื่อการดำเนินของโรคเป็นมาก ขั้วประสาทตาถูกทำลายไปมาก ทำให้ลานสายตาแคบลงและระดับสายตาผิดปกติจนกระทั่งเป็นมากหรือระยะท้าย (วัฒนีย์ เ็นจิตร และคณะ, 2550; ธวัช ดันติสารศาสน์, 2548; ภัสสร ปรีชาไว, 2546; Fraser, Bunce, & Wormald, 1999, 2003) สาเหตุที่ประชาชนไม่มารับการตรวจตาเนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติทางตา มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ไม่มีเวลา (Ellish, Royak-Schaler, Passmore, & Higginbtham, 2007) การรักษาในปัจจุบันมีจุดประสงค์เพื่อรักษาไม่ให้เกิดการมองเห็นที่เหลือน้อยลงลง การให้การวินิจฉัยผู้ป่วยต้อหินได้ในระยะแรกจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลรักษาผู้ป่วยต้อหินในระยะเริ่มแรกเพื่อป้องกันการสูญเสียของเซลล์ประสาทตา (บุญชัย หวังสุกคิลก, 2548)

ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย (สุกชัย คุณารัตนพฤกษ์, วิทยา ศรีดามา, วิระพล จันทรดียิ่ง และ ศรีสุกคิลกษณ์ สิงคาลวณิช, 2545) ได้ให้คำแนะนำในการตรวจวัดสายตาในประชาชนทั่วไป ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ คนที่ยังไม่มีอาการทางตาในคนปกติและคนกลุ่มเสี่ยง ด้วยเหตุผลที่ว่าอาจมีบางสภาวะหรือโรคตาบางโรคซึ่งคุกคามการมองเห็นโดยผู้ป่วยไม่มีอาการ

1. โรคดังกล่าวอาจมีผลทำให้สายตามัวลงข้างเดียว โดยที่ผู้นั้นไม่รู้ตัวเนื่องจากตาอีกข้างยังมองเห็นได้ดี
2. ภาวะตามัวลงเป็นไปอย่างช้าๆ ค่อยเป็นค่อยไป หรือมีผลเฉพาะการมองเห็นข้างๆ (peripheral vision) ดังเช่น ผู้ป่วยต้อหินเรื้อรัง
3. พยาธิสภาพกำลังเกิดขึ้น แต่ยังมีได้ทำให้การมองเห็นลดลง เช่น จอประสาทตาเสื่อมจากเบาหวาน เป็นต้น
4. ในเด็กเล็กมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากไม่สามารถบอกได้ว่าตามัว หรือมองไม่ชัด ภาวะตามัวอาจนำไปสู่ภาวะสายตาสั้นหรือต้อหิน ซึ่งเกิดจากสายตาไม่เคยมีการพัฒนามาก่อน จึงมองไม่เห็นหรือไม่สามารถใช้สายตาได้พร้อมกันในเวลาเดียวกันถ้าปล่อยทิ้งไว้แม้มาแก้ไขความผิดปกติในภายหลังก็ยังไม่สามารถมองเห็น หรือไม่สามารถใช้ได้ เพราะว่าประสาทตาไม่เคยรับรู้การเห็น

ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย (สการรัตน์ คุณาวิศรุต, 2544) ได้แนะนำแนวทางการตรวจคัดกรองโรคต้อหินเรื้อรัง สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยงโดยแนะนำให้ทำการตรวจคัดกรองเบื้องต้นในผู้ที่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคต้อหินมากกว่าบุคคลทั่วไป ได้แก่ ผู้ที่มีประวัติโรคต้อหินในครอบครัว ผู้ที่มีสายตาสั้นหรือยาวมากๆ ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรได้รับการตรวจวัดสายตา และวัดความดันตา อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง และการตรวจคัดกรองที่มี

ประสิทธิภาพมากที่สุด ควรกระทำโดยจักษุแพทย์ ซึ่งสามารถใช้เครื่องมือเฉพาะทางในการตรวจจอประสาทตาและวัดลานสายตา

การป้องกันโรคต้อหินปฐมภูมิมุมปิด (primary angle-closure glaucoma) ซึ่งประชากรส่วนใหญ่จะพบในชาวเอเชีย ผู้ที่อายุ ≥ 40 ปี เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคต้อหินปฐมภูมิมุมปิด (primary angle-closure suspects) และระยะเริ่มต้นของโรคต้อหินปฐมภูมิมุมปิด (primary angle-closure) การยิงแสงเลเซอร์ (laser iridotomy) เป็นวิธีการป้องกันความก้าวหน้าของโรคและป้องกันข้อผิดพลาดจากการทำลายที่มีประสิทธิภาพ ผู้ที่มีความเสี่ยงควรที่จะได้รับการตรวจและติดตามภาวะสุขภาพของดวงตาจากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพเพื่อป้องกันอาการตาบอดจากโรคต้อหิน (Nolan, 2007)

ความรู้และคำแนะนำในการดูแลสุขภาพของดวงตา จากการทบทวนเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีข้อควรปฏิบัติดังนี้

1. ห้ามขยี้ตาโดยที่ยังไม่ล้างมือให้สะอาด เพื่อป้องกันดวงตาเกิดการอักเสบติดเชื้อ
2. เมื่อมีภาวะตาอักเสบต้องรีบรับการรักษาจากแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข และปฏิบัติตามการรักษาและคำแนะนำอย่างเคร่งครัด เพื่อการป้องกันไม่ให้ดวงตาเกิดการอักเสบติดเชื้อเรื้อรัง
3. การใช้ยาเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นกับดวงตา เช่น ตาแดง ไม่ควรซื้อยาหยอดตามาใช้เอง โดยเฉพาะถ้ามีอาการปวดตาและตามัวร่วมด้วย เพราะอาจจะเป็นตาแดงที่เกิดจากต้อหินมุมปิดเฉียบพลัน ซึ่งถ้ารักษาไม่ทันตาจะบอดอย่างถาวร
4. การรับประทานยาและการใช้ยาหยอดตาที่มีส่วนผสมของสารสเตียรอยด์ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อประเมินและติดตามภาวะความดันลูกตาสูงจากการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
5. ในขณะปฏิบัติงานหรือทำงานอดิเรกที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือการอักเสบกับดวงตา เช่น การเชื่อมเหล็ก การตอกตะปูและงานช่างต่างๆ ควรสวมแว่นเพื่อป้องกันอุบัติเหตุไม่ให้เกิดขึ้นกับดวงตา
6. การสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง เช่น ตามัว ลานสายตาแคบลง ปวดตา ต้องรีบไปพบแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาในระยะเริ่มต้น
7. การควบคุมและรักษาโรคประจำตัว เช่น ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานต้องควบคุมอาหารและน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับดวงตา
8. ผู้ที่มีสายตาดัดผิดปกติเปลี่ยนแว่นตาบ่อยๆ ควรไปรับการตรวจตาจากจักษุแพทย์
9. หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้ความดันภายในลูกตาสูง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟเป็นประจำ

10. การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในดูแลสุขภาพของดวงตาเพื่อป้องกันโรคจากแพทย์และพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพ จากสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือ เอกสาร แผ่นพับ ตลอดจนการเข้าร่วมในกิจกรรมการรณรงค์ในโครงการที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพตา ฯลฯ
11. ผู้ที่อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปและผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหิน ควรไปได้รับการตรวจสุขภาพตาจากจักษุแพทย์เป็นประจำทุก 1 ปี เพื่อค้นหาโรคในระยะเริ่มต้น

2.4 กรอบแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ความเชื่อและพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและการป้องกันโรค (Rosenstock, 1974 cited in Potter and Perry, 1993) โดยได้เริ่มต้นพัฒนามาตั้งแต่ปี ค.ศ 1950 โดยกลุ่มนักจิตวิทยาสังคม (Hochbaum, Kegeles, Leventhal, & Rosenstock cited in Rosenstock, 1974) ที่พยายามจะอธิบายถึงความล้มเหลวของประชากรที่เข้าร่วมในโปรแกรมการป้องกันและค้นหาโรคในระยะแรก ซึ่งนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาอธิบายการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยพัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีของเลวิน (Lewin) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนเองพอใจและคิดว่าเกิดผลดีกับตนเอง และจะหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา โดยนำทฤษฎีนี้มาประยุกต์เพื่ออธิบายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล ภายใต้แนวคิดและสมมติฐานที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพว่า บุคคลจะกระทำการใดๆ เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค โดยการที่บุคคลเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และโรคที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรงที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต การปฏิบัติพฤติกรรมใดๆที่จะก่อให้เกิดประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ถ้าการดำเนินของโรคเกิดขึ้นแล้วก็สามารถลดความรุนแรงของโรคได้ และจะต้องเป็นการกระทำที่ไม่เป็นอุปสรรคที่จะขัดขวางการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เช่น เรื่องค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบาย ความเจ็บปวด และความอับอาย (Rosenstock, 1974)

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1974) ดังแผนภูมิที่ 1 ประกอบด้วย

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility to disease) เป็นความรู้สึกรู้สึกคิด ความเข้าใจและความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดโรคในสภาวะหรือสถานการณ์หนึ่งๆ และการยอมรับว่าตนเองมีความเสี่ยงในการเกิดโรค
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived seriousness to disease) เป็นความรู้สึกรู้สึกคิด ความเข้าใจและความเชื่อของบุคคลถึงความรุนแรง อันตรายและผลเสียของโรคที่มีผลกระทบต่ชีวิตทั้งร่างกาย จิตใจ ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม หน้าที่การงาน หากบุคคลนั้นๆ เกิดโรค ซึ่ง

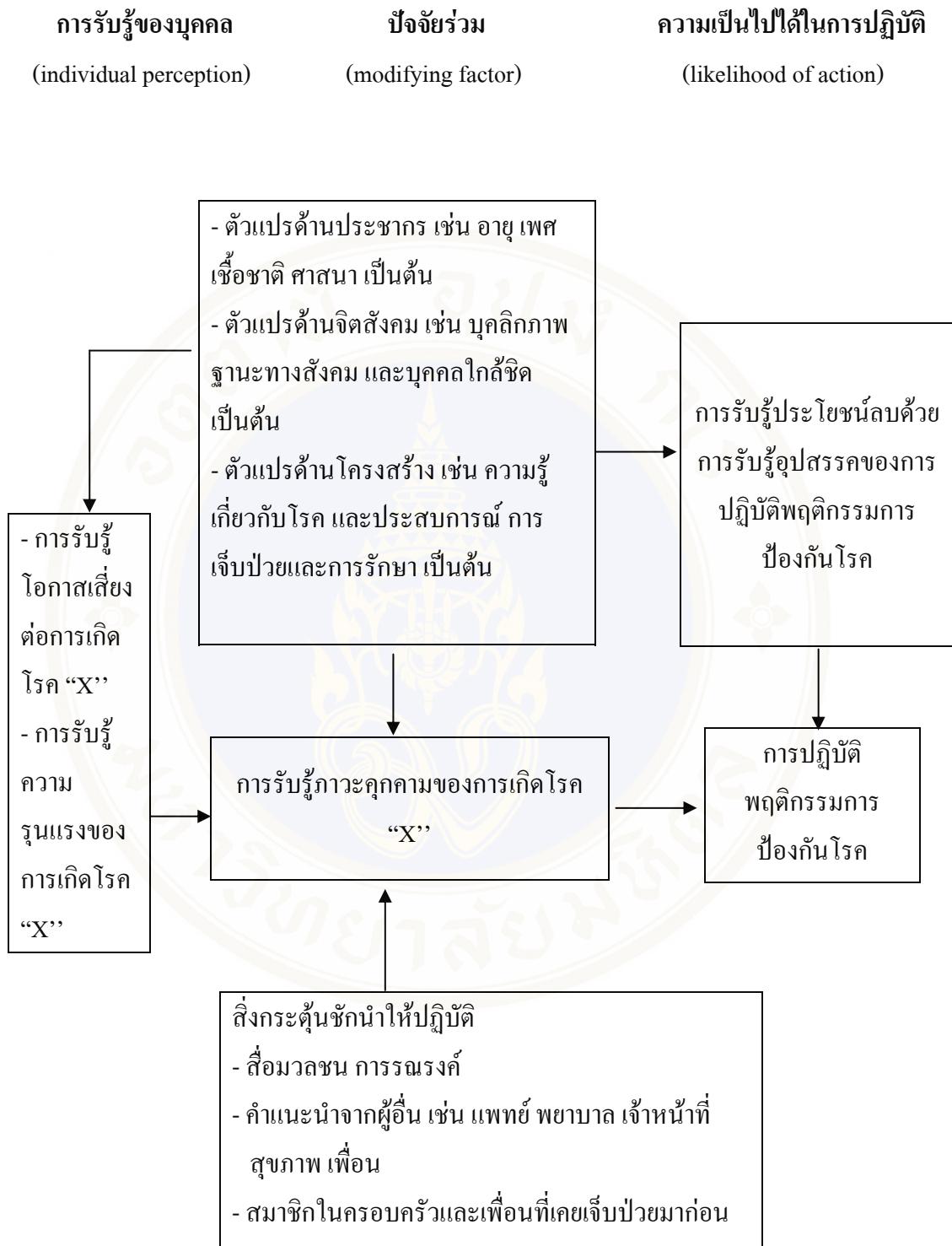
ความรู้สึกเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของโรคจะขึ้นอยู่กับการกระตุ้นทางอารมณ์จากความคิดเกี่ยวกับโรค และความเชื่อของบุคคลต่อสภาวะโรคนั้นๆ

3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค (perceived benefits of preventive action) เป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจและความเชื่อของบุคคลต่อการยอมรับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อการเกิดโรค ซึ่งมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจงที่บุคคลรับรู้ว่าจะเกิดผลดีในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดภาวะคุกคามจากโรคหรือการป้องกันโรคของตนเอง

4. การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค (perceived barriers to preventive action) เป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจและความเชื่อของบุคคลที่เกิดการเปรียบเทียบระหว่างคุณค่าของประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคในด้านบวกกับผลในด้านลบที่ตามมาจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งผลในด้านลบมีอิทธิพลมากกว่าด้านบวก เป็นผลจูงใจให้บุคคลหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค

5. ปัจจัยร่วม (modifying factors) ได้แก่ ตัวแปรด้านลักษณะประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา เป็นต้น ตัวแปรด้านจิตสังคม เช่น บุคลิกภาพ ฐานะทางสังคม กลุ่มเพื่อน และ กลุ่มบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความรู้เรื่องโรค การมีโอกาสดัมผัสโรค เป็นต้น ซึ่งตัวแปรเหล่านี้เป็นปัจจัยที่สนับสนุนโดยตรงต่อการรับรู้ของบุคคล ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค

6. ปัจจัยกระตุ้นชักนำให้ปฏิบัติ (cues to action) เช่น ข่าวสารจากสื่อ หนังสือพิมพ์ หนังสือวิชาการต่างๆ คำแนะนำจากบุคคลอื่น บัตรเตือนจากแพทย์หรือทันตแพทย์ ภาวะความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อน เป็นสิ่งสนับสนุนต่อการรับรู้ภาวะคุกคามของบุคคล โดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค



แผนภูมิ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แหล่งที่มาจาก Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model.

Health Education Monographs, 2(4), 334.

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ศึกษาในโรคคอตีบและโรคเรื้อรังอื่นๆ กลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยศึกษาตัวแปรด้านความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรค ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุใกล้เคียงกับที่ศึกษาและมีกรอบแนวคิดทฤษฎีที่มีความคล้ายกัน ซึ่งประกอบด้วยงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคคอตีบและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคคอตีบ

ชลธิชา พรหมพิชัย (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคคอตีบ ที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจฉุกเฉินแผนกผู้ป่วยนอกวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 159 ราย ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยภายในตัวบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคคอตีบ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคคอตีบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคคอตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.450$) และปัจจัยภายนอกตัวบุคคลด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยคอตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.418$)

ธีรา พงษ์พานิช (2543) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคคอตีบที่มารับบริการที่คลินิกโรคคอตีบโรงพยาบาลราชวิถี และเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคคอตีบ จำแนกตามตัวแปรต่างๆ เช่น ความรู้ที่เกี่ยวกับโรคคอตีบ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคคอตีบมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยโรคคอตีบที่มีระดับความรู้เรื่องโรคต่างกันมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคคอตีบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบผู้ป่วยคอตีบที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคคอตีบในระดับสูงมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคคอตีบดีกว่าผู้ป่วยโรคคอตีบที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคคอตีบในระดับปานกลางและระดับต่ำ

นภาพร พรหมคำชาว (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านจิตสังคมกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคคอตีบชนิดเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคคอตีบชนิดเรื้อรังที่มารับบริการที่ห้องตรวจตา โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาและโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี จำนวน 100 ราย พบว่าปัจจัยทางด้านจิตสังคมด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตาบอดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.517$)

Livingston et al., (1995) ศึกษาระดับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคคอตีบและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคกับการดูแลตนเองในกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างขาดความตระหนัก ขาดความรู้เรื่องโรคคอตีบและมีความสัมพันธ์ต่อการไปรับ

การตรวจสุขภาพตาจากจักษุแพทย์ โดยพบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยเป็นโรคต้อหินจะมีความรู้เรื่องโรคน้อยและไปรับการตรวจสุขภาพตาน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหิน และมีความรู้เรื่องโรรมากกว่า

Cross, Shah, Bativala, & Spurgeon (2005) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในประชากรเชื้อสายแอฟริกา กลุ่มตัวอย่างยังไม่เคยได้รับการรักษาโรคต้อหินจำนวน 48 ราย จากการสังเกตและสัมภาษณ์ในประเด็นความรู้เรื่องโรคต้อหิน การรับรู้ความเสี่ยงของโรคต้อหิน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้ยินเกี่ยวกับโรคต้อหิน โดยได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เรื่องโรคจากครอบครัวที่มีประวัติโรคต้อหิน ความน่าเชื่อถือและแหล่งของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต้อหินมีความสำคัญต่อความเข้าใจเรื่องโรค การรับรู้ความเสี่ยงของโรคต้อหินว่าเป็นโรคที่รุนแรงทำให้ตาบอดและส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันโรคในการไปรับการตรวจสุขภาพตา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคต้อหิน พบว่าความรู้เรื่องโรคต้อหิน การรับรู้ของบุคคลด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคต้อหิน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต้อหิน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการรักษาโรค ตลอดจนการไปรับการตรวจสุขภาพตาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคต้อหิน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ

ปิยลักษณ์ บุญธรรมช่วย (2548) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกของสตรีวัยหมดประจำเดือน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของบุคคลและพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกของสตรีวัยหมดประจำเดือน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกของสตรีวัยหมดประจำเดือนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของสตรีวัยหมดประจำเดือนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.69$)

มาลี หนานเจียง (2547) ศึกษาระดับความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดผิดปกติของบุคลากรสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดผิดปกติของบุคลากรสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 210 ราย ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติอยู่ในระดับดี มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี พฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดผิดปกติอยู่ในระดับปานกลาง และพบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.181$)

ยุทธนา พูนพานิช (2547) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนผู้มีสิทธิตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค) ผลการศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมในการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.394$) และการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.234$)

เจษฎา ศรีงาม (2546) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 370 ราย ผลการศึกษา พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.277$) ความรู้เรื่องโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.326$) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆอยู่ในระดับดี การได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.466$)

ศิริพร ปาระมะ (2545) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลจังหวัดลำพูน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับสูง ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.360$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพรายด้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.270$)

จินตนา มณฑลปัญญากุล (2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 341 ราย จากผู้ป่วยต้อกระจกที่มารับการตรวจตาที่มารับการรักษาที่คลินิกจักษุวิทยา แผลงผู้ป่วยนอกที่ยังไม่เคยได้รับการผ่าตัดต้อกระจก ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($r = 0.191$)

ศิริพร พรพุทธรักษา (2542) ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน ผลการศึกษา พบว่าความรู้ในการป้องกันการหกล้มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.327$)

พรรณี ส่งสาย (2541) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของหญิงอาชีพพิเศษในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 250 ราย ผลการวิจัยพบว่าหญิงอาชีพพิเศษส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกไม่พึงประสงค์ และพบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับทุติยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Jalili, Nakhaee, Askari, & Sharifi (2007) ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคแคลเซียมเพื่อป้องกันโรคกระดูกพรุนในหญิงอายุมากกว่า 45 ปี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 729 ราย จากผู้ที่มีอาชีพเกี่ยวกับงานบ้านทั้งหมด 770 ราย ใน Kerman (southern Iran) ประเทศอิหร่าน ผลการวิจัยพบว่าความรู้เรื่องโรค มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการได้รับข้อมูลข่าวสารมากที่สุด จากสื่อร้อยละ 40 จากเพื่อนและญาติคิดเป็นร้อยละ 34

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคต่อกระจาก โรคกระดูกพรุน โรคเบาหวาน โรคมะเร็งปากมดลูก พบว่าความเชื่อทางสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ปัจจัยร่วมด้านความรู้เรื่องโรคและปัจจัยกระตุ้นชักนำให้ปฏิบัติด้านการได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกและเป็นสิ่งที่สนับสนุนต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมการป้องกันโรคเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและลดความรุนแรงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาตัวแปรดังกล่าวเพื่อมาอธิบายถึงความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหินในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งเป็นผู้ที่มีโอกาสเกิดโรคต่อหินมากกว่าบุคคลทั่วไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อของประชากรกลุ่มเสี่ยง และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่อ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อของประชากรกลุ่มเสี่ยง

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ที่อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในเขต อ.เมือง จ.สมุทรสาคร ซึ่งประกอบด้วย 18 ตำบล มีจำนวนประชากรทั้งหมด 229,227 คน ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปมีจำนวน 82,072 คน แบ่งเป็นเพศชาย 38,270 คน และเพศหญิง 43,802 คน (สถิติทะเบียนราษฎรอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร, 2549)

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงได้มาจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกจากผู้ที่มีมารับบริการทางด้านสุขภาพในสถานบริการทางด้านสาธารณสุข 4 แห่งในเขต อ. เมือง ได้แก่ ส.อ บางกระเจ้า, PCU กาหลง, PCU เฉลิมพระเกียรติ และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล ต. ท่าฉลอม

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากค่าขนาดอิทธิพล estimated effect size โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล medium effect = 0.30 เมื่อกำหนดให้มีอำนาจในการวิเคราะห์ทางสถิติโดยมีระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ระดับอำนาจในการวิเคราะห์ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 174 ราย

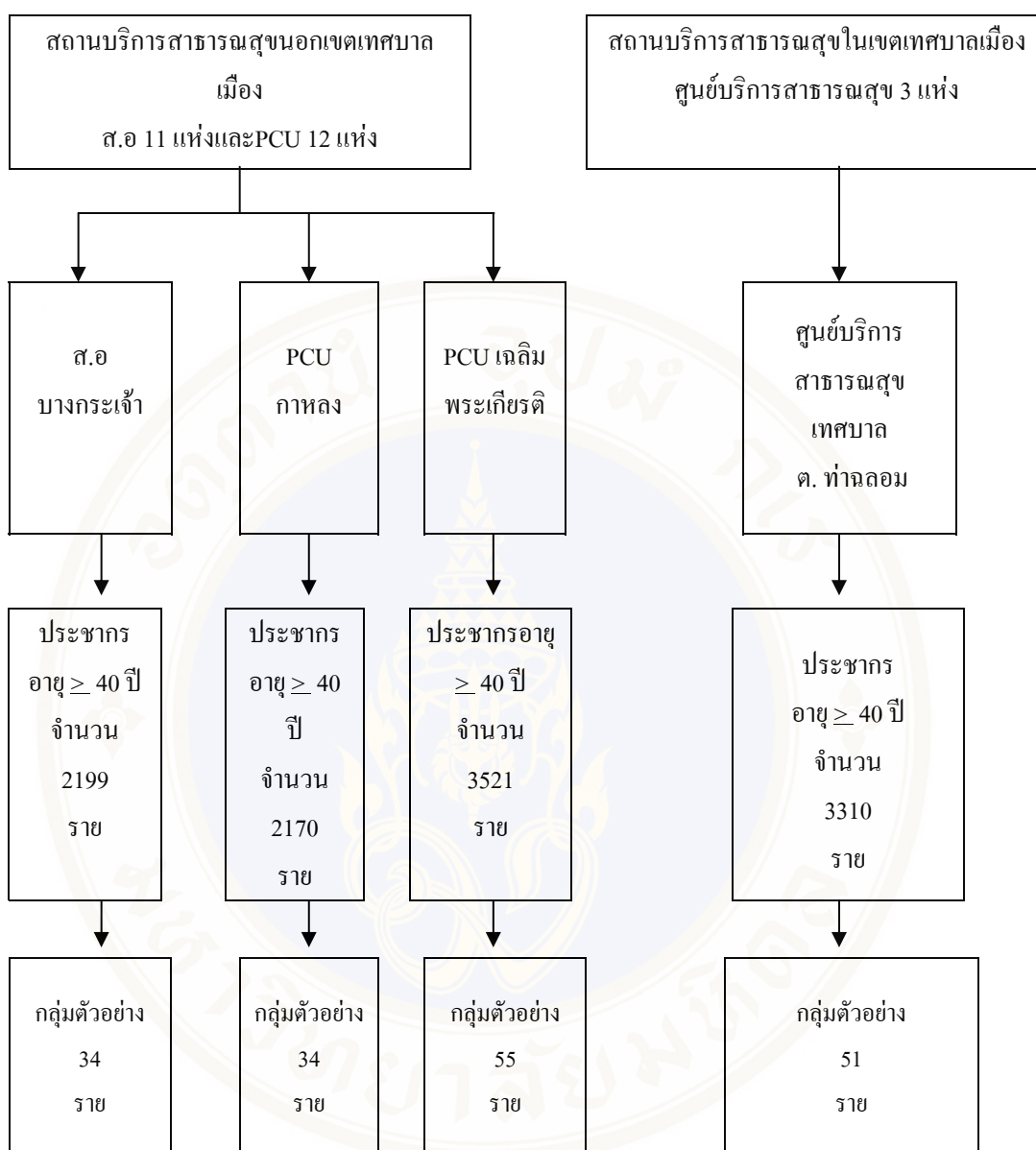
คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. อาศัยอยู่ในเขต อ. เมือง จ. สมุทรสาคร ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป
3. เป็นผู้ที่สามารถเข้าใจภาษาไทยและสื่อสารโดยใช้ภาษาพูดได้
4. ไม่มีประวัติป่วยเป็นโรคติดต่อมาก่อนการเข้าร่วมการวิจัย

วิธีการคัดเลือกสถานบริการสาธารณสุขและกลุ่มตัวอย่าง

1. การคัดเลือกสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากสถานบริการสาธารณสุขนอกเขตเทศบาลเมืองจำนวน 3 แห่ง จาก 23 แห่ง คือสถานีนอนามัยบางกระบือ, PCUกาหลง, PCUเฉลิมพระเกียรติและจากศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเทศบาลเมืองจำนวน 1 แห่งจาก 3 แห่ง คือ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล ต.ท่าฉลอม

2. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) จากผู้ที่มารับบริการทางด้านสุขภาพ การประกาศเชิญชวนผู้สนใจเข้าร่วมการวิจัย และขอรายชื่อผู้ที่มารับบริการที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปจากเจ้าหน้าที่ตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่างจากสถานีนอนามัยบางกระบือ จำนวน 34 ราย PCUกาหลงจำนวน 34 ราย PCUเฉลิมพระเกียรติจำนวน 55 ราย และศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาล ต.ท่าฉลอม จำนวน 51 ราย โดยคำนวณจากสัดส่วนของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปี ในเขตรับผิดชอบของแต่ละสถานีนอนามัยและหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังแผนภูมิ 2



แผนภูมิ 2 วิธีการคัดเลือกสถานบริการสาธารณสุขและกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคคอตีบและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคคอตีบของ ชีรา พงษ์พานิช (2544) และจากแบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคคอตีบกระจากที่มีความเกี่ยวข้องกับโรคคอตีบของ จินตนา มณฑลปัญญากุล (2542) โดยปรับเปลี่ยนข้อคำถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบบ

สัมภาษณ์ประกอบด้วย 6 ส่วนคือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์ข้อมูลด้านสุขภาพ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อ แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคติดต่อ แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อ และแบบสัมภาษณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่อ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

ส่วนที่ 2. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลด้านสุขภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพหรือโรคประจำตัว ประวัติการรักษาโรคประจำตัว ปัญหาหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคทางตาในปัจจุบันและในอดีต ประวัติบุคคลภายในครอบครัวหรือญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคติดต่อ ประวัติการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพตาจากแพทย์ สาเหตุที่ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพตา ประวัติการได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำเกี่ยวกับโรคติดต่อ และประวัติการเข้าร่วมกิจกรรมทางด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 3. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยต้อหินของ ชีรา พงษ์พานิช (2544) จำนวน 2 ข้อ จากข้อคำถาม 20 ข้อ โดยผู้วิจัยนำข้อคำถามมาแก้ไขภาษาเล็กน้อยเพื่อให้สอดคล้องตัวแปรที่ศึกษาในข้อคำถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อข้อ 5, 6 และผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยต้อกระจกที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อของ จินตนา มณฑลปัญญากุล (2542) จำนวน 3 จากข้อคำถาม 39 ข้อ โดยผู้วิจัยนำข้อคำถามมาใช้ในข้อคำถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อข้อ 2 และนำข้อคำถามมาแก้ไขภาษาเล็กน้อยเพื่อให้สอดคล้องกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในข้อคำถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อข้อ 7, 9 และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ลักษณะคำถามแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ-ปฏิบัติบ่อยครั้ง-ปฏิบัติบางครั้ง-ไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 8 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ 2 ข้อ

เกณฑ์ประมาณค่าแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อข้อ 1-9

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	กิจกรรมนั้นได้ปฏิบัติทุกครั้ง และ/หรือทุกวันอย่างสม่ำเสมอ
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมนั้นได้ปฏิบัติ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมนั้นได้ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์หรือน้อยกว่า
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	กิจกรรมนั้นไม่เคยปฏิบัติเลย

เกณฑ์ประมาณค่าแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหินข้อ 10

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง กิจกรรมนั้นได้ปฏิบัติบ่อยอย่างน้อย 1 ครั้ง

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นได้ปฏิบัติอย่างน้อย 1 ครั้ง
ทุก 2-3 ปี

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นได้ปฏิบัติอย่างน้อย 1 ครั้ง
ทุก 3-5 ปี หรือมากกว่า 5 ปี

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง กิจกรรมนั้นไม่เคยปฏิบัติเลย

เกณฑ์การให้คะแนนคำถามเชิงบวก

ปฏิบัติประจำ ให้ 4 คะแนน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง ให้ 3 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 2 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนคำถามเชิงลบ

ปฏิบัติประจำ ให้ 1 คะแนน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง ให้ 2 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 3 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติ ให้ 4 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหินโดยรวม แบ่งเป็น 3 ระดับ

คือ

ค่าเฉลี่ย 3.01 – 4.00 หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.01 – 3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.00 หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันระดับน้อย

ส่วนที่ 4. แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคต่อหิน ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหินของ ชีรา พงษ์พานิช (2544) จำนวน 5 ข้อ จากข้อคำถาม 17 ข้อ โดยผู้วิจัยนำข้อคำถามมาใช้ในข้อคำถามความรู้เรื่องโรคต่อหินข้อ 4, 5 และนำข้อคำถามมาแก้ไขภาษาเล็กน้อยเพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในข้อคำถามความรู้เรื่องโรคต่อหินข้อ 2, 3, 8 และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคต่อหิน ลักษณะเป็นคำถามปลายปิด มีคำตอบคือ ใช่ และไม่ใช่ มีคำถามด้านบวก 8 ข้อ และด้านลบ 2 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนโดยแบ่งการให้คะแนนตอบถูกให้คะแนนเท่ากับ 1 ตอบผิดให้คะแนนเท่ากับ 0

เกณฑ์การแปลผลคะแนนของความรู้เรื่องโรคฉีดยา โดยรวม แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ
คะแนน ≥ 8 (เท่ากับหรือสูงกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนรวม) หมายถึง มีความรู้เรื่องโรคฉีดยาในระดับมาก

คะแนน 6.1 – 7.9 (ตั้งแต่ร้อยละ 61 – 79 ของคะแนนรวม) หมายถึง มีความรู้เรื่องโรคฉีดยาในระดับปานกลาง

คะแนน ≤ 6 (เท่ากับหรือต่ำกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนรวม) หมายถึง มีความรู้เรื่องโรคฉีดยาในระดับน้อย

ส่วนที่ 5. แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฉีดยา เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ลักษณะคำถามแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ โดยมีการแบ่งระดับเห็นด้วยมากที่สุด-เห็นด้วยมาก-เห็นด้วยน้อย-ไม่เห็นด้วย จำนวน 10 ข้อ คำถามด้านบวก 7 ข้อ คำถามด้านลบ 3 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนคำถามเชิงบวก

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้	4	คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้	3	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	1	คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนคำถามเชิงลบ

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้	1	คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้	2	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	4	คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฉีดยา โดยรวม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

ค่าเฉลี่ย	3.01 – 4.00	หมายถึง	มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฉีดยาในระดับมาก
ค่าเฉลี่ย	2.01 – 3.00	หมายถึง	มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฉีดยาในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	1.00 – 2.00	หมายถึง	มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฉีดยาในระดับน้อย

ส่วนที่ 6. แบบสัมภาษณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต่อหีน เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ลักษณะคำถามแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ มีการแบ่งระดับ มาก-ปานกลาง-น้อย-ไม่เคย จำนวน 9 ข้อ

เกณฑ์ประมาณค่าแบบสัมภาษณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต่อหีน

มาก หมายถึง ท่านเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต่อหีน
มากกว่า 5 ครั้งต่อปี

ปานกลาง หมายถึง ท่านเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต่อหีน
3-5 ครั้งต่อปี

น้อย หมายถึง ท่านเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต่อหีน
1-2 ครั้งต่อปี

ไม่เคย หมายถึง ท่านไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต่อหีนเลย

เกณฑ์การให้คะแนน

มาก	ให้	4	คะแนน
ปานกลาง	ให้	3	คะแนน
น้อย	ให้	2	คะแนน
ไม่เคย	ให้	1	คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนนการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต่อหีนโดยรวม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

ค่าเฉลี่ย	3.01 – 4.00	หมายถึง	มีการได้รับข้อมูลข่าวสารระดับมาก
ค่าเฉลี่ย	2.01 – 3.00	หมายถึง	มีการได้รับข้อมูลข่าวสารระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	1.00 – 2.00	หมายถึง	มีการได้รับข้อมูลข่าวสารระดับน้อย

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการแก้ไข โดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จักษุแพทย์ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติเฉพาะทางตา 1 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบและนำมาหาค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา จากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้มาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม โดยวิธีหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) จากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ค่าดัชนีตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2547)

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหิน 11 ข้อ พิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและได้ตัดข้อคำถามออก 1 ข้อตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญด้านจักษุ จำนวนค่าดัชนีตรงตามเนื้อหาแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหินได้เท่ากับ 0.80

แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคต่อหิน 10 ข้อ จำนวนค่าดัชนีตรงตามเนื้อหาแบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคต่อหินได้เท่ากับ 1.0

แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อหิน ได้ตัดข้อคำถามออก 1 ข้อเนื่องจากข้อคำถามที่มีความซ้ำซ้อนกัน จำนวนค่าดัชนีตรงตามเนื้อหาแบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อหินได้เท่ากับ 1.0

แบบสัมภาษณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต่อหิน 10 ข้อ ได้ตัดข้อคำถามออก 1 ข้อเนื่องจากข้อคำถามที่มีความซ้ำซ้อนกัน จำนวนค่าดัชนีตรงตามเนื้อหาแบบสัมภาษณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต่อหินได้เท่ากับ 0.90

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหิน แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อหิน แบบสัมภาษณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต่อหินเท่ากับ 0.71, 0.76, 0.71 ตามลำดับ และเมื่อนำเครื่องมือมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 174 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหิน แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อหิน แบบสัมภาษณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต่อหินเท่ากับ 0.71, 0.74, 0.78 ตามลำดับ และจำนวนค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีของคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคต่อหินกับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คนได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 และเมื่อนำเครื่องมือมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 174 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคต่อหินเท่ากับ 0.82

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ดำเนินการในเรื่องการขอรับคำรับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล
2. หลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล ถึงสาธารณสุขอำเภอเมืองจังหวัดสมุทรสาครและนายกเทศมนตรีนครสมุทรสาคร เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย โดยชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมแนบแบบสัมภาษณ์
3. ภายหลังได้รับหนังสืออนุมัติ จากสาธารณสุขอำเภอเมืองจังหวัดสมุทรสาครและนายกเทศมนตรีนครสมุทรสาคร ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าสถานีอนามัยบางกระเจ้า หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิกลาง หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิเฉลิมพระเกียรติ และศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาล ต. ท่าฉลอม เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชาชนที่มารับบริการทางด้านสุขภาพ จากการประกาศเชิญชวนผู้สนใจเข้าร่วมการวิจัยและขอรายชื่อผู้ที่มารับบริการที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปจากเจ้าหน้าที่เพื่อคัดเลือกรandomตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) ในวันเวลาราชการ จันทร์-ศุกร์ เวลา 8.00-16.00 น. ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 184 ราย ไม่ได้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 10 ราย และอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 174 ราย
5. ผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัวเองชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือ พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์แก่กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
6. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ซึ่งมี 6 ส่วน เรียงตามลำดับในการสัมภาษณ์ คือ แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ, แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวน 11 ข้อ, แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อ จำนวน 10 ข้อ, แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 4 ความรู้เรื่องโรคติดต่อจำนวน 10 ข้อ, แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 5 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อ จำนวน 10 ข้อ และแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 6 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่อ จำนวน 9 ข้อ
7. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาทำการวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน และทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย สิทธิที่กลุ่มตัวอย่างจะเข้าร่วมการวิจัยต้องเป็นไปตามความสมัครใจมีการเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลต่อการได้รับการตรวจรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวิธีการเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ซึ่งจะใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที ระหว่างที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสัมภาษณ์ ถ้ามีข้อสงสัยประการใดๆ ผู้วิจัยยินดีที่จะตอบคำถามของผู้เข้าร่วมการวิจัย หากมีข้อคำถามที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูล ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามนั้นได้ ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลผู้เข้าร่วมการวิจัยไว้เป็นความลับโดยจะไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะนำเสนอรายงานผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติหรือวิธีการอื่นๆ ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS/PC for Window Version 17 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

1. คำนวณค่าร้อยละของข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพหรือโรคประจำตัว ประวัติการรักษาโรคประจำตัว ปัญหาหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคทางตาในปัจจุบันและในอดีต ประวัติบุคคลภายในครอบครัวหรือญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคต้อหิน ประวัติการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพตาจากแพทย์ ระยะเวลาการตรวจตาครั้งสุดท้าย สาเหตุที่ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพตา ประวัติการได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำเกี่ยวกับโรคต้อหิน ประวัติการเข้าร่วมกิจกรรมทางด้านสุขภาพ จำนวนครั้ง และความรู้ด้านสุขภาพที่ได้เข้าร่วมในรอบปีที่ผ่านมา

2. คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหิน ความรู้เรื่องโรคต้อหิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหิน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต้อหิน

3. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างความรู้เรื่องโรคต้อหิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหิน การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต้อหิน และพฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหินของประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยกำหนดระดับความสัมพันธ์ใช้เกณฑ์พิจารณาระหว่างตัวแปรตามที่มันโรว์ (Munro, 2005) กำหนดไว้ดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง	0.00-0.25	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก
”	0.26-0.49	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ
”	0.50-0.69	มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
”	0.70-0.89	มีความสัมพันธ์ระดับสูง
”	0.90-1.00	มีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหื่นและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคต่อหื่น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรม การป้องกันโรคต่อหื่นในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 174 ราย ผลการวิจัยได้นำเสนอด้วย ตารางประกอบการบรรยายมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=174)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	97	55.70
ชาย	77	44.30
อายุ (ปี)		
40-49	39	22.41
50-59	54	31.03
60-69	51	29.31
ตั้งแต่ 70 ขึ้นไป	30	17.25
$\bar{X} = 58.06, SD = 10.52, \text{Range } 40-81$		
สถานภาพสมรส		
คู่	128	73.60
หย่าหรือแยกกันอยู่	18	10.30
หม้าย	17	9.80
โสด	11	6.30

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=174)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	11	6.30
ประถมศึกษา	142	81.60
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	5.20
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช	7	4.00
ปวส / อนุปริญญา / ปริญญาตรี	5	2.90
อาชีพ		
รับจ้าง	56	32.18
แม่บ้าน	55	31.61
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	21	12.07
ค้าขาย	21	12.07
เกษตรกร	11	6.32
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ /	6	3.45
นักการเมืองท้องถิ่น		
ธุรกิจส่วนตัว	4	2.30
รายได้ (บาท)ต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000	91	52.30
5,000 -10,000	62	35.63
10,001-15,000	10	5.75
15,001-20,000	5	2.88
มากกว่า 20,000	6	3.44

จากตาราง 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 55.70 สถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 73.60 กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 50-59 ปีคิดเป็นร้อยละ 31.03 ใกล้เคียงกับกลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปีคิดเป็นร้อยละ 29.31 และพบว่าอายุน้อยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 58.06 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 81.60 มีอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 32.18 ใกล้เคียงกับกลุ่มแม่บ้านคิดเป็นร้อยละ 31.61 และด้านรายได้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 52.30

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว การได้รับการตรวจรักษาโรคประจำตัวจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=174)	ร้อยละ
ปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว		
มี	137	78.70
ไม่มี	37	21.30
โรคที่เป็นปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว (ตอบมากกว่า 1 โรค)		
โรคความดันโลหิตสูง	71	39.88
โรคเบาหวาน	32	17.98
โรคปวดหลัง/ปวดเข่า/เท้า	24	13.50
โรคกระเพาะ	13	7.30
โรคหัวใจ	12	8.75
โรคภูมิแพ้	8	4.50
ปวดมีนศีรษะ/นอนไม่หลับ/โลหิตจาง	8	4.50
โรคติดเชื้อ	4	2.24
โรคไทรอยด์	3	1.68
โรคอื่นๆ	3	1.68
การได้รับการรักษาโรคประจำตัว		
สม่ำเสมอ	97	70.80
ไม่สม่ำเสมอ	40	29.20

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 78.20 โรคที่เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 39.88 รองลงมา คือ โรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 17.98 และมีประวัติได้รับการตรวจรักษาโรคประจำตัวจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอคิดเป็นร้อยละ 70.80

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ประวัติครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเป็นโรคต่อหิน และปัญหาหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคทางตา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=174)	ร้อยละ
ประวัติครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเป็นโรคต่อหิน		
ไม่มี	159	91.40
มี	15	8.60
ปัญหาหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคทางตาในปัจจุบัน		
มี	147	84.50
ไม่มี	27	15.50
โรคที่เป็นปัญหาหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคทางตาในปัจจุบัน (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)		
ภาวะสายตาสั้นในผู้สูงอายุ	96	47.30
ต้อเนื้อ/ต้อลม	41	20.20
ต้อกระจก	32	15.77
ต้อกระจก	19	9.35
อื่นๆ	15	7.38
ปัญหาหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคทางตาในอดีต		
ไม่มี	110	63.20
มี	64	36.80
โรคที่เป็นปัญหาหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคทางตาในอดีต (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)		
ตาแดง	28	38.36
ผ่าตัดต้อกระจก	22	30.14
อุบัติเหตุทางตา	6	8.22
ผ่าตัดต้อเนื้อ	2	2.74
อื่นๆ	15	20.54

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคทางตาในปัจจุบันคิดเป็นร้อยละ 84.50 ปัญหาหรือโรคทางตาที่พบมากที่สุด คือ ภาวะสายตาสั้นในผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 47.30 นอกจากนี้ยังพบกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคทางตาในอดีต คิดเป็นร้อยละ 36.80 โรคที่พบมากที่สุด คือ โรคตาแดงและเคยได้รับการผ่าตัดต้อกระจกคิดเป็นร้อยละ 38.36 และ 30.14 ตามลำดับ และมีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 8.60 มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคต่อหิน

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ประวัติการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพตาจากแพทย์

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=174)	ร้อยละ
การเข้ารับบริการตรวจสุขภาพตาจากแพทย์		
ไม่เคย	97	55.70
เคย	77	44.30
สาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ไปรับการตรวจสุขภาพตา (n = 97)		
ไม่มีอาการเจ็บปวด/ไม่มีปัญหาอะไร	49	50.51
คิดว่าไม่เป็นอะไร	16	16.50
คิดว่าเป็นตามอายุ	8	8.25
ยังสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติ	8	8.25
แก้ปัญหาสายตาโดยไปร้านแว่นตัดแว่น	8	8.25
ไม่มีเวลา	5	5.15
ไม่มีใครพาไปตรวจ	2	2.06
กลัว	1	1.03
ระยะเวลาการตรวจสุขภาพตาครั้งสุดท้ายในกลุ่มตัวอย่างที่เคยตรวจสุขภาพตา (n = 77)		
ระยะเวลา 1 ปี	27	35.06
ระยะเวลา 2-3 ปี	29	37.66
ระยะเวลา 4-5 ปี	2	2.60
ระยะเวลามากกว่า 5 ปี	19	24.68

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับบริการตรวจสุขภาพตาจากแพทย์คิดเป็นร้อยละ 55.70 สาเหตุที่ไม่เคยตรวจกลุ่มตัวอย่างระบุว่าไม่มีอาการเจ็บปวดและไม่มีปัญหาอะไรคิดเป็นร้อยละ 50.51 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เคยตรวจสุขภาพตาจากแพทย์พบว่าระยะเวลาในการตรวจตาครั้งสุดท้ายอยู่ในช่วง 2-3 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 37.66

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การได้เข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพในรอบปีที่ผ่านมา จำนวนครั้งและเรื่องที่เข้าร่วมกิจกรรม

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=174)	ร้อยละ
การได้เข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพในรอบปีที่ผ่านมา		
ไม่ได้เข้า	132	75.90
เข้า	42	24.10
จำนวนครั้งที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม (n = 42)		
1 - 2 ครั้ง	20	47.62
3 - 5 ครั้ง	9	21.43
มากกว่า 5 ครั้ง	13	30.95
ความรู้ด้านสุขภาพที่ได้เข้าร่วม (ตอบได้มากกว่า 1 เรื่อง)		
การดูแลตนเองในโรคเบาหวาน	27	22.69
การดูแลตนเองในโรคความดันโลหิตสูง	18	15.12
โรคไข้หวัดใหญ่ 2009	15	12.61
โรคมะเร็งเต้านม	15	12.61
โรคไข้เลือดออก	13	10.92
โรคมะเร็งปากมดลูก	13	10.92
โรคไข้หวัดนก	12	10.09
อื่นๆ	6	5.04

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพในรอบปีที่ผ่านมาคิดเป็นร้อยละ 75.90 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพพบจำนวนครั้งที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมมากที่สุด คือ 1 - 2 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 47.61 และความรู้ด้านสุขภาพเรื่องที่กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมกิจกรรมมากที่สุด คือ เรื่องการดูแลตนเองในโรคเบาหวานพบร้อยละ 22.69 รองลงมา คือ การดูแลตนเองในโรคความดันโลหิตสูงพบร้อยละ 15.12 ตามลำดับ

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำเกี่ยวกับโรคดื้อหิน และแหล่งการได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำ เกี่ยวกับโรคดื้อหิน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=174)	ร้อยละ
การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำเกี่ยวกับโรคดื้อหิน		
เคย	145	83.30
ไม่เคย	29	16.70
แหล่งการได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำเกี่ยวกับโรคดื้อหิน (ตอบได้มากกว่า 1 แหล่ง)		
เพื่อน	73	38.02
แพทย์ / พยาบาล / เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	15	7.81
ผู้ป่วยดื้อหินที่เป็นญาติ	15	7.81
ผู้ป่วยดื้อหินที่ไม่ใช่ญาติ	10	5.21
ญาติที่ไม่เป็น โรคดื้อหิน	12	6.25
ญาติของผู้ป่วยที่เป็น โรคดื้อหิน	8	4.17
วิทยุ/โทรทัศน์	40	20.83
เอกสารแผ่นพับ / หนังสือพิมพ์	8	4.17
การจัดกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์	6	3.13
ป้าย/กระดานให้ความรู้	5	2.60

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำเกี่ยวกับโรคดื้อหินคิดเป็นร้อยละ 83.30 แหล่งข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับโรคดื้อหินได้รับจากเพื่อนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 38.02 รองลงมาจากสื่อโทรทัศน์หรือวิทยุคิดเป็นร้อยละ 20.83 ส่วนแหล่งข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคดื้อหินน้อยที่สุด คือ จากป้ายหรือกระดานให้ความรู้คิดเป็นร้อยละ 2.60 และจากการจัดกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ในการป้องกันโรคดื้อหินคิดเป็นร้อยละ 3.12 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา

ตาราง 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคต่อ หิน ความรู้เรื่องโรคต่อหิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อหิน และการได้รับข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับโรคต่อหิน

ตัวแปร	จำนวน (n=174)	ร้อยละ
พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคต่อหิน		
ระดับมาก	5	2.88
ระดับปานกลาง	79	45.40
ระดับน้อย	90	51.72
$\bar{X} = 2.10$ SD = 0.43		
ความรู้เรื่องโรคต่อหิน		
ระดับมาก	98	56.32
ระดับปานกลาง	34	19.55
ระดับน้อย	42	24.13
$\bar{X} = 7.27$ SD = 2.11		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค		
ระดับมาก	106	60.91
ระดับปานกลาง	68	39.09
ระดับน้อย	-	-
$\bar{X} = 3.10$ SD = 0.34		
การได้รับข้อมูลข่าวสาร		
ระดับมาก	-	-
ระดับปานกลาง	7	4.02
ระดับน้อย	167	95.98
$\bar{X} = 1.21$ SD = 0.28		

จากตาราง 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหินโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.10 (SD =0.43) แต่เมื่อพิจารณาตามระดับคะแนนพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหินในระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 51.72 รองลงมามีพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหินในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 45.40 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคต่อหินโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคต่อหินในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 56.32 รองลงมามีความรู้เรื่องโรคต่อหินในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 19.55 กลุ่มตัวอย่างรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.10$, SD = 0.34) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อหินในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 60.91 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต่อหินโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 1.21$, SD = 0.28) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต่อหินในระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 95.98

ตาราง 8 จำนวน ร้อยละ และระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหินจำแนกเป็นรายข้อ (n=174)

พฤติกรรมป้องกันโรคต่อหิน	ประจำ n (%)	บ่อยครั้ง n (%)	บางครั้ง n (%)	ไม่เคย n (%)
1. ท่านไปพบแพทย์เมื่อมีอาการความผิดปกติทางตาเช่น ปวดตา ตามัว ตาแดง	8 (4.6)	11 (6.3)	77 (44.3)	78 (44.8)
2. ท่านให้ความสนใจต่ออาการตามัวที่เกิดขึ้น	33 (19.0)	24 (13.8)	100 (57.5)	17 (9.8)
3. ท่านซื้อยาหยอดตามาใช้เอง*	1 (0.6)	5 (2.9)	82 (47.1)	86 (49.4)
4. ท่านใส่แว่นเพื่อป้องกันอุบัติเหตุกับดวงตาในขณะที่ปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยงเช่น การเชื่อมเหล็ก การทำงานก่อสร้าง	10 (5.7)	6 (3.4)	24 (13.8)	134 (77.0)

ตาราง 8 จำนวน ร้อยละ และระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหินจำแนกเป็นรายชื่อ (n=174)
(ต่อ)

พฤติกรรมป้องกันโรคต่อหิน	ประจำ n (%)	บ่อยครั้ง n (%)	บางครั้ง n (%)	ไม่เคย n (%)
5. ท่านสนใจ ติดตาม ข่าวสาร รายการ วิทยุโทรทัศน์ที่เกี่ยวกับโรคต่อหิน และการดูแลสุขภาพตนเอง	2 (1.1)	6 (3.4)	127 (73.0)	39 (22.4)
6. ท่านไม่อ่านหนังสือเกี่ยวกับโรคต่อหิน*	174 (100)	-	-	-
7. ท่านสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับดวงตาของท่าน	34 (19.5)	34 (19.5)	98 (56.3)	8 (4.6)
8. ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ หรืออยู่ใกล้คนสูบบุหรี่	65 (37.4)	65 (37.4)	26 (14.9)	18 (10.3)
9. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของ แพทย์พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขเมื่อมีปัญหาทางตา	36 (20.7)	20 (11.5)	45 (25.9)	73 (42.0)
10. ท่านไปรับการตรวจสุขภาพตา จากจักษุแพทย์	14 (8.0)	2 (1.1)	61 (35.1)	97 (55.7)

* คำถามเชิงลบ

จากตาราง 8 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ซื้อยาหยอดตามาใช้เอง และมีการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรืออยู่ใกล้คนสูบบุหรี่ได้ถูกต้อง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคต่อหินไม่ถูกต้อง ในเรื่องการไม่อ่านหนังสือเกี่ยวกับโรคต่อหินพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 ไม่เคยอ่านหนังสือเกี่ยวกับโรคต่อหิน รองลงมา การใส่แว่นเพื่อป้องกันอุบัติเหตุกับดวงตาในขณะปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยง และการไปรับการตรวจสุขภาพตาจากจักษุแพทย์ ตามลำดับ

ตาราง 9 จำนวน ร้อยละ และระดับความรู้เรื่องโรคต้อหินจำแนกเป็นรายชื่อ (n=174)

ความรู้เรื่องโรคต้อหิน	ใช่	ไม่ใช่
	n	n
	(%)	(%)
1. ต้อหินเป็นโรคที่ทำให้ตาบอดได้	167 (96.0)	7 (4.0)
2. โรคต้อหินไม่สามารถรักษาให้ สายตากลับมาดีได้เหมือนเดิม	147 (84.5)	27 (15.5)
3. โรคต้อหินเป็นโรคตาที่เกิดจาก จากภาวะความดันลูกตาสูงกว่าปกติเท่านั้น*	128 (73.6)	46 (26.4)
4. อาการของโรคต้อหินชนิดเฉียบพลัน คือ ตาแดง ตามัว ปวดตากระบอกตา เห็นแสงสี รุ้งรอบๆ ดวงไฟ	126 (72.4)	48 (27.6)
5. อาการของโรคต้อหินจะมีลานสายตาแคบ ซึ่งสังเกตได้จากการเดินชนสิ่งของบ่อยๆ โดยไม่ตั้งใจ	139 (79.9)	35 (20.1)
6. โรคต้อกระจกในระยะรุนแรงสามารถ ทำให้เกิดโรคต้อหินได้	131 (75.3)	43 (24.7)

* คำถามเชิงลบ

ตาราง 9 จำนวน ร้อยละ และระดับความรู้เรื่องโรคต่อหินจำแนกเป็นรายชื่อ (n=174) (ต่อ)

ความรู้เรื่องโรคต่อหิน	ใช่	ไม่ใช่
	n	n
	(%)	(%)
7. โรคต่อหินสามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้	97 (55.7)	77 (44.3)
8. ต่อหินเป็นโรคที่พบในผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปีเท่านั้น*	79 (45.4)	95 (54.6)
9. โรคต่อหินส่วนหนึ่งสามารถป้องกันได้ เช่น การไม่ซื้อยามาหยอดตามาใช้เอง การป้องกันอุบัติเหตุกับดวงตา	144 (82.8)	30 (17.2)
10. ผู้ที่มีประวัติและ/หรืออย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ผู้ที่อายุมากกว่า 40 ปี มีประวัติครอบครัวเป็นโรคต่อหิน มีโรคเบาหวาน เคยมีประวัติอุบัติเหตุทางตา ผู้ที่สายตาสั้นหรือยาวมากๆ ควรได้รับการตรวจสุขภาพตา จากจักษุแพทย์เป็นประจำทุกปี	174 (100)	- -

* คำถามเชิงลบ

จากตาราง 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบคำถามความรู้เรื่องโรคต่อหินได้ถูกต้อง ยกเว้นคำถามความรู้เรื่องโรคต่อหินที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบผิดในข้อ โรคตาที่เกิดจากจากภาวะความดันลูกตาส่งกว่าปกติเท่านั้น โรคต่อหินเป็นโรคที่พบในผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปีเท่านั้นและโรคต่อหินเป็นโรคที่สามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้ ตามลำดับ

ตาราง 10 จำนวน ร้อยละ และระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อหินจำแนกเป็นรายชื่อ
(n=174)

การรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคต่อหิน	เห็นด้วยมากที่สุด n (%)	มาก n (%)	น้อย n (%)	ไม่เห็นด้วย n (%)
1. ผู้ที่มีประวัติโรคต่อหินใน ครอบครัวมีโอกาสเสี่ยงต่อการ เกิดโรคต่อหินมากกว่าผู้อื่น	25 (14.4)	104 (59.8)	39 (22.4)	6 (3.4)
2. การซื้อยามาหยอดตาเองโดย ไม่ปรึกษาแพทย์ มีความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคต่อหิน	33 (19.0)	105 (60.3)	34 (19.5)	2 (1.1)
3. ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมี โอกาสเกิดโรคต่อหินมากกว่า ผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน	30 (17.2)	113 (64.9)	30 (17.2)	1 (0.6)
4. ผู้ที่อายุมากขึ้นจะมีความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคต่อหินเพิ่มขึ้น	31 (17.8)	122 (70.1)	19 (10.9)	2 (1.1)
5. โรคต่อกระจกที่ไม่ได้รับการรักษา มีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อหิน	33 (19.0)	128 (73.6)	11 (6.3)	2 (1.1)
6. ผู้ที่เกิดอุบัติเหตุกับดวงตามี ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อหิน	25 (14.4)	106 (60.9)	38 (21.8)	5 (2.9)

* คำถามเชิงลบ

ตาราง 10 จำนวน ร้อยละ และระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อหินจำแนกเป็นรายชื่อ (n=174) (ต่อ)

การรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคต่อหิน	เห็นด้วยมากที่สุด มาก น้อย ไม่เห็นด้วย			
	n	n	n	n
	(%)	(%)	(%)	(%)
7. ผู้ที่มีสายตาปกติ มีโอกาสเกิดโรคต่อหินได้เท่ากับผู้ที่มียาตาสั้นหรือยาวมาก*	1 (0.6)	11 (6.3)	73 (42.0)	89 (51.1)
8. เมื่อเป็นโรคต่อหินที่ตาข้างหนึ่งแล้วจะไม่มีโอกาสเป็นกับตาอีกข้าง*	2 (1.1)	1 (0.6)	38 (21.8)	133 (76.4)
9. การตรวจสุขภาพตาเป็นประจำทุกปีสามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อภาวะตาบอดจากโรคต่อหิน	57 (32.8)	114 (65.5)	3 (1.7)	-
10. ในขณะนี้ท่านคิดว่าตนเองมีโอกาสที่จะเป็นโรคต่อหินเนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยง	10 (5.7)	115 (66.1)	42 (24.1)	7 (4.0)

* คำถามเชิงลบ

จากตาราง 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อหินในระดับมาก ยกเว้นการรับรู้และยอมรับว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อหินเนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยง

ตาราง 11 จำนวน ร้อยละ และระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคต้อหินจำแนกเป็นรายชื่อ
(n=174)

การได้รับข้อมูล ข่าวสารเรื่องโรคต้อหิน	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เคย
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคต้อหินจาก สื่อวิทยุโทรทัศน์ สิ่งพิมพ์ เอกสารแผ่นพับ	2 (1.1)	6 (3.4)	70 (40.2)	96 (55.2)
2. ท่านได้เข้าชมนิทรรศการในการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ เพื่อป้องกันภาวะตาบอด จากโรคต้อหิน	- -	- -	6 (3.4)	168 (96.6)
3. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคต้อหิน จากป้ายหรือกระดานให้ความรู้จาก สถานบริการทางด้านสุขภาพ	1 (0.6)	4 (2.3)	22 (12.6)	147 (84.5)
4. ท่านได้รับความรู้หรือคำแนะนำเกี่ยวกับ โรคต้อหินจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	- -	1 (0.6)	13 (7.5)	160 (92.0)
5. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคต้อหินจาก ผู้ป่วยที่เป็นโรคต้อหินหรือบุคคลในครอบครัว ที่เป็นโรคต้อหิน	4 (2.3)	3 (1.7)	40 (23.0)	127 (73.0)

ตาราง 11 จำนวน ร้อยละ และระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคต่อหินจำแนกเป็นรายชื่อ (n=174) (ต่อ)

การได้รับข้อมูล ข่าวสารเรื่องโรคต่อหิน	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เคย
	n	n	n	n
	(%)	(%)	(%)	(%)
6. ท่านได้รับคำแนะนำในการดูแล สุขภาพจากแพทย์ พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อป้องกัน อุบัติเหตุและป้องกันโรคตาในหน่วย งานที่ท่านปฏิบัติงาน	1 (0.6)	2 (1.1)	12 (6.9)	159 (91.4)
7. ท่านได้รับคำแนะนำไม่ควรซื้อยา หยอดตามาใช้เองเมื่อมีอาการผิดปกติ กับดวงตาจากแพทย์ พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2 (1.1)	6 (3.4)	75 (43.1)	91 (52.3)
8. ท่านได้รับคำแนะนำให้หลีกเลี่ยง การเกิดภาวะความดันลูกตาสูง เช่น การสูบบุหรี่จากแพทย์ พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	8 (4.6)	29 (16.7)	79 (45.4)	58 (33.3)
9. ท่านได้รับคำแนะนำให้ไปรับการ ตรวจวัดสายตาและความดันตาจาก แพทย์ พยาบาลหรือ เจ้าหน้าที่ทาง ด้านสาธารณสุข	3 (4.6)	3 (16.7)	53 (45.4)	115 (33.3)

จากตาราง 11 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องโรคต่อหิน รายชื่อในระดับน้อยทุกข้อ โดยเฉพาะจากการเข้าชมนิทรรศการในการณรงค์ประชาสัมพันธ์ เพื่อ ป้องกันภาวะตาบอดจากโรคต่อหินพบน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหิน

ตาราง 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหินของประชากรกลุ่มเสี่ยง

ตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหิน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ระดับนัยทางสถิติ
	(r)	(p)
ความรู้เรื่องโรคต่อหิน	0.174*	0.021
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	0.238**	0.002
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต่อหิน	0.422**	0.000

* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตาราง 12 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหินของประชากรกลุ่มเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.174, p < 0.05$; $r = 0.238, p < 0.01$; $r = 0.422, p < 0.01$) ตามลำดับ แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เรื่องโรคต่อหิน มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อหิน มีการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต่อหินมาก มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหินได้ถูกต้อง

บทที่ 5

อภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคติดต่อ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อของประชากรกลุ่มเสี่ยง การอภิปรายผลการศึกษา ผู้วิจัยขอเสนอใน 2 ประเด็น คือ 1) ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อของประชากรกลุ่มเสี่ยง ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อ

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 81.60 มีอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 32.18 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 52.30 และเป็นกลุ่มที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 40-59 ปีคิดเป็นร้อยละ 53.44 ซึ่งเป็นวัยทำงานที่ต้องรับผิดชอบในการเลี้ยงดูครอบครัว มีโอกาสที่จะละเลยใส่ใจในสุขภาพ ขาดความตระหนักในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรค โดยเฉพาะพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อ กลุ่มตัวอย่างอาจคิดว่าตนเองไม่มีอาการผิดปกติและไม่เห็นความจำเป็นในการไปตรวจสุขภาพ จึงให้ความสำคัญในการประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงครอบครัวมากกว่า อีกทั้งอาจคิดว่าเป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ประชาชนส่วนใหญ่จะไปพบแพทย์เมื่อมีอาการแสดงที่ผิดปกติและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันจึงไปรับการตรวจรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุปผา อินตะแก้ว (2544) พบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีการศึกษาน้อย และรายได้ค่อนข้างต่ำ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในระดับน้อย และการศึกษาของชลธิชา พราทิตย์ (2549) พบว่าระดับการศึกษาส่งผลต่อระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคติดต่อ โดยพบว่าผู้ที่มีการศึกษาชั้นประถมศึกษา มีระดับการดูแลตนเองน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาในชั้นอุดมศึกษาและชั้นมัธยมศึกษา

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.43 แต่เมื่อพิจารณาตาม

ระดับคะแนน พบว่าร้อยละ 51.72 ของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหินในระดับน้อย และร้อยละ 45.40 มีพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหินในระดับปานกลาง แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหินบางส่วนยังไม่เหมาะสม โดยเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหินรายชื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 100 ไม่เคยอ่านหนังสือเกี่ยวกับโรคต่อหิน รองลงมากลุ่มตัวอย่างไม่เคยใส่แว่นตา เพื่อป้องกันอุบัติเหตุกับดวงตาในขณะที่ปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยง เช่น การเชื่อมเหล็ก การทำงานก่อสร้าง คิดเป็นร้อยละ 77.0 ไม่เคยไปรับการตรวจสุขภาพตา จากจักษุแพทย์คิดเป็นร้อยละ 55.7 และกลุ่มตัวอย่างไม่เคยไปพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติทางตา เช่น ปวดตา ตามัว ตาแดง คิดเป็นร้อยละ 44.8 ตามลำดับ จากการสัมภาษณ์ข้อมูลด้านสุขภาพถึงสาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการตรวจสุขภาพตา กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลว่าไม่มีอาการเจ็บปวด หรือไม่มีปัญหาอะไรคิดเป็นร้อยละ 50.51 รองลงมาคิดว่าไม่เป็นอะไรคิดเป็นร้อยละ 16.49 เป็นความเสื่อมตามอายุคิดเป็นร้อยละ 8.25 และสาเหตุอื่นๆ เช่น ไม่มีเวลา ไม่มีผู้พาไปตรวจ กลัวการศึกษารั้วนี้สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร พรพุทธยา (2542) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบทจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับสายตาไม่เคยไปปรับตรวจวัดสายตาถึงร้อยละ 74.5 โดยให้เหตุผลว่าปัญหาด้านการมองเห็นไม่ชัดเป็นสิ่งที่พบได้ตามปกติในผู้สูงอายุ การศึกษาของ Ellish, Royak-Schaler, Passmore, & Higginbtham (2007) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจว่าโรคต่อหินเป็นการเปลี่ยนแปลงของภาวะสายตา เป็นเรื่องปกติของกระบวนการที่อายุเพิ่มขึ้นส่งผลให้บุคคลไม่ไปรับการตรวจสุขภาพตา และการศึกษาของ Altangerel et al (2009) และ Ellish et al (2007) พบว่าสาเหตุที่ประชาชนไม่ไปรับการตรวจสุขภาพตา เนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติทางตา มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ไม่มีเวลา จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพเชื่อมเหล็ก หรือทำงานก่อสร้าง อาจเข้าใจว่าอาชีพดังกล่าวเท่านั้นที่มีความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับดวงตา จึงไม่ใส่แว่นตาเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางตาเมื่อทำงานอดิเรก การศึกษาของ Viestenz & Kuchle (2004) พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บเกิดในขณะที่ปฏิบัติงาน และมากกว่าร้อยละ 40 ของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บเกิดในขณะที่ทำงานอดิเรก และจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติครอบครัวเจ็บป่วยเป็นโรคต่อหิน คิดเป็นร้อยละ 91.40 อาจส่งผลต่อข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำเกี่ยวกับโรคต่อหินในการกระตุ้นเตือนหรือส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลในครอบครัวไปปรับตรวจสุขภาพตา จากการศึกษาของ Cross et al (2005) พบว่าบุคคลที่มีสมาชิกในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคต่อหินเป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลไปรับการตรวจสุขภาพตา

สำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหินรายชื่อที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันโรคต่อหินได้ถูกต้อง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ซื้อยาหยอดตามาใช้เองโดยไม่

ปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขคิดเป็นร้อยละ 49.4 มีการซื้อยาหยอดตามาใช้เองเป็นบางครั้งหรือนานๆครั้ง คิดเป็นร้อยละ 47.1 มีเพียงร้อยละ 0.6 ที่ระบุว่ามีการซื้อยาหยอดตามาใช้เองเป็นประจำ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาหรือโรคทางตาในปัจจุบัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะสายตาสั้นในผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 47.30 และร้อยละ 38.36 ของกลุ่มตัวอย่างเคยมีประวัติการเจ็บป่วยในอดีตเป็นโรคตาแดง ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและสามารถเข้ารับการรักษาที่สถานอนามัยใกล้บ้านได้สะดวกและไม่เสียค่าใช้จ่าย ส่วนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรืออยู่ใกล้คนสูบบุหรี่ พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำและบ่อยครั้งคิดเป็นร้อยละ 74.8 อาจเนื่องมาจากมีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ในเรื่องโทษของบุหรี่ที่มีต่อร่างกายได้บ่อยตามสื่อต่างๆ และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 39.88 รองลงมาเป็นโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 17.98 ซึ่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มนี้มักจะได้รับความแนะนำจากแพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพใจห่วงหรือหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของสุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์ (2542) พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหินเรื้อรังส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการไม่สูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงควันบุหรี่อยู่ในระดับที่ถูกต้อง

ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสารและพฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหินของประชากรกลุ่มเสี่ยง

สมมติฐานที่ 1 ความรู้เรื่องโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหินของประชากรกลุ่มเสี่ยง

ผลการศึกษา พบว่าความรู้เรื่องโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหินของประชากรกลุ่มเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย แสดงถึงประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีความรู้เรื่องโรคมามีแนวโน้มที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และป้องกันภาวะตาบอดจากโรคต้อหินได้ถูกต้อง ผลการศึกษานับสนับสนุนแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ที่กล่าวถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพในด้านการป้องกันโรคว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคจะขึ้นอยู่กับปัจจัยร่วมด้านความรู้เรื่องโรค ความรู้เรื่องโรคต้อหินมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.174, p < 0.05$) แสดงถึงประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีความรู้เรื่องโรคต้อหินมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และหลีกเลี่ยงภาวะตาบอดจากโรคต้อหิน สอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstock (1974) กล่าวว่าความรู้เรื่องโรคเป็นปัจจัยด้านโครงสร้างของปัจจัยร่วมที่เป็นสิ่งสนับสนุนโดยตรงต่อการรับรู้ของบุคคล ที่ส่งผลโดยตรงต่อแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ

เจษฎา ศรีงาม (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่าความรู้เรื่องโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.326$) ชีรา พงษ์พานิช (2543) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มารับบริการที่คลินิกโรคต่อหีน และเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีน จำแนกตามตัวแปรด้านความรู้ที่เกี่ยวกับโรคต่อหีน พบว่าผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหีนในระดับสูงมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคต่อหีนดีกว่าผู้ป่วยโรคต่อหีน ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหีนในระดับปานกลางและระดับต่ำ การศึกษาของศิริพร พรพุทธรักษา (2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พบว่าความรู้ในการป้องกันการหกล้มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.327$) Jalili, Nakhacee, Askari, & Sharifi (2007) ศึกษาความรู้ พฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคแคลเซียมเพื่อป้องกันโรคกระดูกพรุนในหญิงอายุมากกว่า 45 ปี พบว่าความรู้เรื่องโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ Livingston et al., (1995) ศึกษา ระดับของความรู้เรื่องโรคต่อหีนในประชากรกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ขาดความรู้เรื่องโรคมีความสัมพันธ์ต่อการไปรับการตรวจสุขภาพตาจากจักษุแพทย์น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่าง ที่มีความรู้เรื่องโรคมากกว่า

สมมติฐานที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหีนของประชากรกลุ่มเสี่ยง

ผลการศึกษา พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหีนของประชากรกลุ่มเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.238$, $p < 0.01$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย แสดงถึงประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมักมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และป้องกันภาวะตาบอดจากโรคต่อหีนได้ถูกต้อง ผลการศึกษานับสนับสนุนแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ที่กล่าวถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพในด้านการป้องกันโรคว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคจะขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล ซึ่ง Rosenstock (1974) กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็นความรู้ที่นึกคิด ความเข้าใจและความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดโรคในสภาวะหรือสถานการณ์หนึ่งๆ และการยอมรับว่าตนเองมีความเสี่ยงในการเกิดโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นปัจจัยแรกด้านการรับรู้ของบุคคลที่สนับสนุนและส่งผลโดยตรงต่อแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค ผลการศึกษารุ่นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา พรทิพย์ (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแล

ตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจักษุแผนกผู้ป่วยนอก พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคต่อหีน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.450$) การศึกษาของปิยลักษณ์ บุญธรรมช่วย (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของบุคคลและพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกของสตรีวัยหมดประจำเดือน พบว่าการรับรู้ของบุคคลด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของสตรีวัยหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.69$) การศึกษาของมาลี หนานเจียง (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดผิดปกติของบุคลากรสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.181$) การศึกษาของเจษฎา ศรีงาม (2546) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.277$) การศึกษาของศิริพร ปาระมะ (2545) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.270$) การศึกษาของจินตนา มณฑลปัญญากุล (2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่เข้ารับการตรวจรักษาในคลินิกจักษุ แผนกผู้ป่วยนอกที่ยังไม่เคยได้รับการผ่าตัดต่อกระจก พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต่อกระจกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.191$) และการศึกษาของนภาพร พรหมคำชาว (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านจิตสังคมกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดเรื้อรัง ที่มารับบริการที่ห้องตรวจตา พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($r = 0.517$)

สมมติฐานที่ 3 การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหีนของประชากรกลุ่มเสี่ยง

ผลการศึกษา พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต่อหีนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหีนของประชากรกลุ่มเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.422$,

$p < 0.001$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย แสดงถึงประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต่อหื่นมากมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติกิจกรรม เพื่อหลีกเลี่ยงลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และป้องกันภาวะตาบอดจากโรคต่อหื่นได้ถูกต้อง ผลการศึกษาสนับสนุนแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ที่กล่าวถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพในด้านการป้องกันโรคว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค จะขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านสิ่งกระตุ้นชักนำให้ปฏิบัติด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร จากการศึกษาพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.422$) แสดงถึงประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องโรคต่อหื่นมีแนวโน้ม ที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและหลีกเลี่ยงภาวะตาบอดจากโรคต่อหื่น สอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstock (1974) กล่าวว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค เป็นสิ่งกระตุ้นชักนำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคามของบุคคลและส่งผลโดยตรงต่อแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา พรทิพย์ (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหื่นที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจักษุแผนกผู้ป่วยนอก พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยต่อหื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.418$) การศึกษาของยุทธนา พูนพานิช (2547) ศึกษาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของประชาชนผู้มีสิทธิตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค) พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมในการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.394$) และการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.234$) การศึกษาของพรณี ส่งสาย (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของหญิงอาชีพพิเศษ พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับทุติยภูมิในการตรวจหาเซลล์ผิดปกติของปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ Jalili, Nakhaee, Askari, & Sharifi (2007) ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคแคลเซียมเพื่อป้องกันโรคกระดูกพรุนในหญิงอายุมากกว่า 45 ปี พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Cross, Shah, Bativala, & Spurgeon (2005) ศึกษาในประชากรเชื้อสายแอฟริกาในกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่เคยได้รับการรักษาโรคต่อหื่น จากการสังเกตและสัมภาษณ์ในประเด็นความรู้เรื่องโรคต่อหื่น การรับรู้ความเสี่ยงของโรคต่อหื่น พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคส่งผลต่อการพฤติกรรม การป้องกันโรคในการไปรับการตรวจสุขภาพตา

ดังนั้นเมื่อพิจารณาโดยรวม พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสนับสนุนแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ที่กล่าวถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพในด้านการป้องกันโรคว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคจะขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล ปัจจัยร่วมและปัจจัยกระตุ้นชักนำไปปฏิบัติ โดยพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคต่อหื่นกับพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหื่นมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก ($r = 0.238$) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหื่นมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำมาก ($r = 0.174$) และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต่อหื่น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหื่นมีค่าความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ($r = 0.422$)

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคคอตีบและหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคคอตีบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมการป้องกันโรคคอตีบของประชากรกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ไม่มีประวัติป่วยเป็นโรคคอตีบมาก่อน สามารถเข้าใจภาษาไทยและสื่อสารโดยใช้ภาษาพูดได้ และอาศัยอยู่ในเขต อ. เมือง จ. สมุทรสาครตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป จากการคัดเลือกสถานบริการสาธารณสุขโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจำนวน 4 แห่ง ได้แก่ PCU เฉลิมพระเกียรติ PCUกาหลง ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล ต.ท่าฉลอม และสถานีอนามัยบางกระเจ้า และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกจากผู้ที่มีมารับบริการทางด้านสุขภาพ จำนวน 174 ราย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2552 ถึงเดือนธันวาคม 2552

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ 6 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลด้านสุขภาพ ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคคอตีบ ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคคอตีบ ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคคอตีบ ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคคอตีบ ก่อนนำเครื่องมือไปใช้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน รวมทั้งได้ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคคอตีบ แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคคอตีบ แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคคอตีบ และแบบสัมภาษณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคคอตีบ ได้ค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.80, 1.0, 1.0 และ 0.90 ตามลำดับ แล้วนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามประชากรที่ศึกษา และคำนวณหาความเชื่อมั่นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคคอตีบ แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคคอตีบ แบบสัมภาษณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคคอตีบ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.71, 0.74 และ 0.78 ตามลำดับ แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคคอตีบ

ห็น คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีของคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล ทำหลังได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล และของสถานที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก จากประชาชนที่มารับบริการทางด้านสุขภาพในวันเวลาราชการ จันทร์-ศุกร์ เวลา 8.00-16.00 น. โดยการประกาศเชิญชวนผู้สนใจเข้าร่วมการวิจัยและขอรายชื่อผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปจากเจ้าหน้าที่ ก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย พร้อมทั้งอธิบายพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และลงชื่อในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/PC for Window Version 17 และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

1. คำนวณหาค่าร้อยละของข้อมูลทั่วไป และข้อมูลด้านสุขภาพ
2. คำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหิน ความรู้เรื่องโรคต่อหิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อหิน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต่อหิน
3. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมป้องกันโรคต่อหินของประชากรกลุ่มเสี่ยง กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 55.70 เป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 31.03 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.60 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 81.60 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 32.18 โดยส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 52.30 กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว ร้อยละ 78.70 โรคที่พบว่าเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 39.88 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 17.98 และมีประวัติได้รับการตรวจรักษาโรคประจำตัวอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 70.80 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 91.40 ไม่มีประวัติครอบครัวเจ็บป่วยเป็นโรคต่อหิน ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคทางตาในปัจจุบัน ร้อยละ 84.50 โดยพบปัญหาภาวะสายตาสั้นในผู้สูงอายุ ร้อยละ 65.30 กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางตาในอดีต พบว่าเคยมีประวัติเป็นโรคตาแดง ร้อยละ 47.30 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่เคยเข้ารับบริการตรวจสุขภาพตาจากแพทย์ ร้อยละ 55.70 โดยระบุสาเหตุที่ไม่ไป

รับการตรวจสุขภาพตาว่าตนเองไม่มีอาการเจ็บปวดหรือไม่มีปัญหาอะไรร้อยละ 50.51 กลุ่มตัวอย่างที่เคยเข้ารับบริการตรวจสุขภาพตาจากแพทย์ พบว่าระยะเวลาในการตรวจตาครั้งสุดท้ายอยู่ในช่วง 2-3 ปี ร้อยละ 37.66 กลุ่มตัวอย่างเคยเข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพในรอบปีที่ผ่านมาเพียงร้อยละ 24.10 จำนวนครั้งที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมมากที่สุด 1-2 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 47.62 และกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ และเคยได้ยินเกี่ยวกับโรคต้อหินร้อยละ 83.30 โดยแหล่งของข้อมูลข่าวสารได้รับจากเพื่อนร้อยละ 38.02

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหินโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.43 แต่เมื่อพิจารณาตามระดับคะแนน พบว่าร้อยละ 51.72 ของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหินในระดับน้อย และร้อยละ 45.40 มีพฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหินในระดับปานกลาง มีเพียงร้อยละ 2.88 มีพฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหินในระดับมาก แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหินบางส่วนยังไม่เหมาะสม

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหิน ของประชากรกลุ่มเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($r = 0.174, p < 0.05$; $r = 0.238, p < 0.01$; $r = 0.422, p < 0.01$) ตามลำดับ

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการด้านสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตชนบท มีคุณลักษณะด้านประชากรคล้ายคลึงกัน อาจทำให้ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มีลักษณะที่เฉพาะไม่ครอบคลุม
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์เอง อาจส่งผลในการตอบของผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหินบางข้ออาจไม่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคต้อหินบางส่วนยังไม่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพตระหนักถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนงานในการให้คำแนะนำและการจัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหิน เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนเกิดความตระหนักในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคและหลีกเลี่ยงภาวะตาบอดจากโรคต้อหินให้ครอบคลุมทั้งรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ส่งเสริมกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคและแนวทางการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคต่อหินที่ถูกต้องและครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยงให้เพิ่มขึ้น โดยการพัฒนารูปแบบของแหล่งข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคต่อหินให้เพิ่มขึ้นและเหมาะสมกับกลุ่มของประชาชนซึ่งส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาน้อย ให้สามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก เช่น เอกสารแผ่นพับ การจัดกระดานให้ความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีโอหรือดีวีดี เป็นต้น ในหน่วยบริการทางด้านสุขภาพทุกระดับ

1.2 ประสานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้ข้อมูลข่าวสารทางด้านจักษุสาธารณสุขในการจัดโครงการหรือกิจกรรมเชิงรุก เช่น การจัดกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้และคัดกรองโรคในระยะเริ่มต้นในประชากรกลุ่มเสี่ยง ในหน่วยบริการทางด้านสุขภาพทุกระดับ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

2. ด้านบริหารการพยาบาล

2.1 กำหนดนโยบายหรือโครงการที่เกี่ยวข้องด้านจักษุสาธารณสุขให้ครอบคลุมด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ

2.2 กำหนดนโยบายด้านการวางแผนพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติงานในด้านจักษุสาธารณสุข เช่น การส่งบุคลากรไปรับการฝึกอบรมทั้งระยะสั้นและระยะยาว

3. ด้านการวิจัย

3.1 ผลการศึกษา พบว่าความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมในการป้องกันโรคต่อหินของประชากรกลุ่มเสี่ยง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำถึงต่ำมาก อาจเนื่องจากมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรค ดังนั้นในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาตัวแปรอื่นที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคต่อหิน เช่น การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ เป็นต้น และศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหินโดยใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ

3.2 การศึกษาวิจัยข้อคำถามเชิงลบควรเลือกใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

3.3 เป็นแนวทางในการศึกษาความชุกและอุบัติการณ์ของโรคต่อหินและโรคตาอื่นๆที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

3.3 เป็นแนวทางในการศึกษาเพื่อติดตามเปรียบเทียบผลของโปรแกรมในการป้องกันภาวะตาบอดจากโรคต้อหินและโรคตาอื่นๆที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานทางด้านการพยาบาลให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้น



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหินของประชากรกลุ่มเสี่ยง

THE RELATIONSHIPS AMONG KNOWLEDGE OF GLAUCOMA, PERCEIVED SUSCEPTIBILITY, RECEIVED INFORMATION AND PREVENTIVE BEHAVIOR OF GLAUCOMA IN POPULATION AT RISK

รติพร คำทัง 5037317 NSF/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: นันทวัน สุวรรณรูป, Ph.D. (Nursing), นริศ กิจณรงค์, พ.บ., ว.ว. (จักษุ), นันทิยา วัฒนา, Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ต้อหิน (glaucoma) เป็นโรคของดวงตาที่พบบ่อยในสถานบริการสุขภาพ มีอันตรายรุนแรงถึงขั้นตาบอดแบบถาวร การดำเนินของโรคเกิดจากมีการทำลายของเส้นใยประสาทบริเวณหัวประสาทตา (damage to the optic nerve) ทำให้สูญเสียลานสายตา (visual field loss) และระดับของสายตา (visual acuity) การป้องกันจึงมีความสำคัญที่จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและป้องกันภาวะตาบอดจากโรคต้อหิน องค์การอนามัยโลกรายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคตาในปี ค.ศ 2002 พบว่าโรคต้อหินเป็นสาเหตุอันดับที่ 2 ของอาการตาบอดทางโรคตาทั่วโลก (WHO, 2005) และพบว่ามีประชากรทั่วโลกกว่า 161 ล้านคนมีระดับของสายตาถูกทำลาย (visual impairment) ประมาณ 124 ล้านคนมีระดับสายตาเลือนราง (low vision) และประมาณ 37 ล้านคนตาบอด ผู้ที่ตาบอดพบว่าสาเหตุจากโรคต้อหินมีจำนวนถึง 4.5 ล้านคน (Resnikoff et al., 2004) มีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ 2020 จะมีผู้ป่วยโรคต้อหินประมาณ 79.6 ล้านคนและมีผู้ที่ตาบอดจากโรคต้อหินเพิ่มขึ้นประมาณ 11.2 ล้านคน ประชากรที่เป็นโรคต้อหินมาจากประเทศในแถบเอเชียมากถึงร้อยละ 47 (Quigley & Broman, 2006)

สำหรับประเทศไทยมีการรายงานข้อมูลจากชมรมต้อหินแห่งประเทศไทย ระบุว่า มีผู้ที่เป็นโรคต้อหินแต่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นอยู่ถึงร้อยละ 90 (อภัย อยู่สวัสดิ์, 2551) จากการสำรวจภาวะตาบอด สายตาเลือนราง และโรคตาที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2549-2550 ของ วัฒนีย์ เย็นจิตร และคณะ (2550) พบว่าโรคต้อหินเป็นสาเหตุของภาวะตาบอดอันดับที่ 2 รองจากโรคต้อกระจก ความชุกของโรคต้อหินคิดเป็นร้อยละ 4.56 และทำให้เกิดภาวะตาบอดร้อยละ 12 ของโรคทางตา โดยแนวโน้มของโรคต้อหินจะเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้นตามการเพิ่มของจำนวนประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป (นิศา โสธรวิทย์ และคณะ, 2550) กลุ่มเสี่ยงหมายถึงบุคคลที่มีแนวโน้มหรือโอกาสที่จะเกิดโรคต้อหินมากกว่าบุคคลทั่วไป จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าประชากรกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหินได้แก่ ผู้ที่อายุมากกว่า 40 ปี โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ คนที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคต้อหิน มีเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีการใช้ยาที่มีสารสเตียรอยด์เป็นประจำ มีภาวะสายตาสั้นหรือยาวมากๆ (high myopia, high hyperopia) และเคยมีประวัติได้รับอุบัติเหตุที่ตา (สมสงวน อัญญคุณ, 2549; Gupta, 2005)

จากสถิติถึงแม้ว่าความชุกและจำนวนของผู้ป่วยโรคต้อกระจก จะมากกว่าโรคต้อหิน แต่โรคต้อหินพบว่าเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขมากกว่า เนื่องจากเป็นโรคที่ยู่ยากในการดำเนินการแก้ไขและทำให้เกิดภาวะตาบอดอย่างถาวรได้ ค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูง การรักษาต้องใช้เวลานาน ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาและติดตามอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ดังนั้นผู้ป่วยโรคต้อหินมีโอกาสเกิดความวิตกกังวล (Janz et al., 2001; Odberg, Jakobsen, Hultgren, & Halseide, 2001) มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน (Nelson, Aspinall, & O'Brien, 1999) ส่งผลกระทบด้านจิตใจและสังคม (สิริพัชร รัตแพทย, 2535) ทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง (McKean-Cowdin et al., 2008; Nirmalan et al., 2005; Odberg et al., 2001; Uenishi, Tsumura, Miki, & Shiraki, 2003) ปัญหาดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขเห็นความสำคัญและได้มีนโยบายในการป้องกันภาวะตาบอด โดยเน้นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพตาและการป้องกันโรค ซึ่งความพิการที่เกิดขึ้นส่วนหนึ่งสามารถป้องกันหรือชะลอให้เกิดช้าลงและลดความรุนแรงความพิการลงได้ หากประชาชนรู้จักการดูแลสุขภาพตาของตนเองเพื่อป้องกันโรคและปฏิบัติการรักษาให้ถูกต้องในเวลาที่เหมาะสม

พฤติกรรมในการป้องกันโรคต้อหินของประชากรกลุ่มเสี่ยง จึงเป็นการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ เพื่อหลีกเลี่ยง ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและลดความรุนแรงในการดำเนินของโรค ซึ่งประกอบด้วยการดูแลสุขภาพของดวงตา เพื่อป้องกันการเกิดโรคและการป้องกันภาวะตาบอดในผู้ที่เป็นโรคต้อหิน แต่ยังไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัย ได้แก่ 1) การป้องกันอุบัติเหตุและการอักเสบติดเชื้อเรื้อรังกับดวงตา 2) การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้ความดันลูกตาสูง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การใช้ยาหยอดตาที่มีส่วนผสมของสารสเตียรอยด์โดยไม่ปรึกษาแพทย์ เป็นต้น 3) การหมั่นสังเกตความผิดปกติของดวงตา เช่น

ปวดตา ตามัว ลานสายตาแคบลง 4) การแสวงหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพของดวงตาจากแหล่งข้อมูลต่างๆ 5) ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหิน ควรไปรับการตรวจสุขภาพตาเป็นประจำทุกปีเพื่อคัดกรองโรคในระยะเริ่มต้น

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบประชาชนขาดความรู้ ขาดความตระหนักในเรื่องโรคต้อหิน (Livingston, McCarty, & Taylor, 1998; Livingston et al., 1995; Paczka et al., 2006; Pfeiffer, Krieglstein, & Wellek, 2002) ประชาชนที่มีปัญหาทางสายตาส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจวัดสายตา (ศิริพร พรพุทธรักษา, 2542) ซื่อหาหยอดตามาใช้เอง (สินี ยมาภัย, 2545) และพบปัญหาพฤติกรรมในการป้องกันตาบอดจากโรคต้อหิน ได้แก่ การมารับการตรวจตาล่าช้า ไม่ไปตรวจตาเพื่อค้นหาโรคในระยะแรก (ธวัช ตันติสารศาสน์, 2548; Chen, 2003; Fraser, Bunce, & Wormald, 1999; Grant & Burke, 1982) ดังนั้นประชากรกลุ่มเสี่ยงจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมในการดูแลสุขภาพของดวงตาเพื่อป้องกันโรคต้อหิน ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock (1974) ได้อธิบายถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ในด้านการป้องกันโรคว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล ปัจจัยร่วมและสิ่งกระตุ้นชักนำให้ปฏิบัติ จากการศึกษามาก่อนพบปัจจัยร่วมด้านความรู้เรื่องโรคมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค การขาดความรู้เรื่องโรคต้อหินมีความสัมพันธ์ต่อการไปรับการตรวจสุขภาพตาจากจักษุแพทย์ (Livingston et al., 1995) การศึกษาของ เกษญา ศรีงาม (2546) พบว่าความรู้เรื่องโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินและความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยต้อหินเรื้อรัง (ชลธิชา พรอาทิตย์, 2549; นภาพร พรหมคำชาว, 2541) และปัจจัยด้านสิ่งกระตุ้นชักนำให้ปฏิบัติด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค (ชลธิชา พรอาทิตย์, 2549; พรรณี ส่งสาย, 2541) ผู้วิจัยจึงเลือกแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหินของประชากรกลุ่มเสี่ยง ทั้งนี้จะได้นำผลการศึกษามากำหนดแนวทางในการพัฒนางาน เพื่อสร้างความตระหนักให้เกิดขึ้นกับประชาชน ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหินที่ถูกต้องในเขตพื้นที่รับผิดชอบต่อไป

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหินของประชากรกลุ่มเสี่ยงเป็นอย่างไร
2. ความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคต้อหิน มีความสัมพันธ์อย่างไร ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหินของประชากรกลุ่มเสี่ยง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อของประชากรกลุ่มเสี่ยง และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อของประชากรกลุ่มเสี่ยง

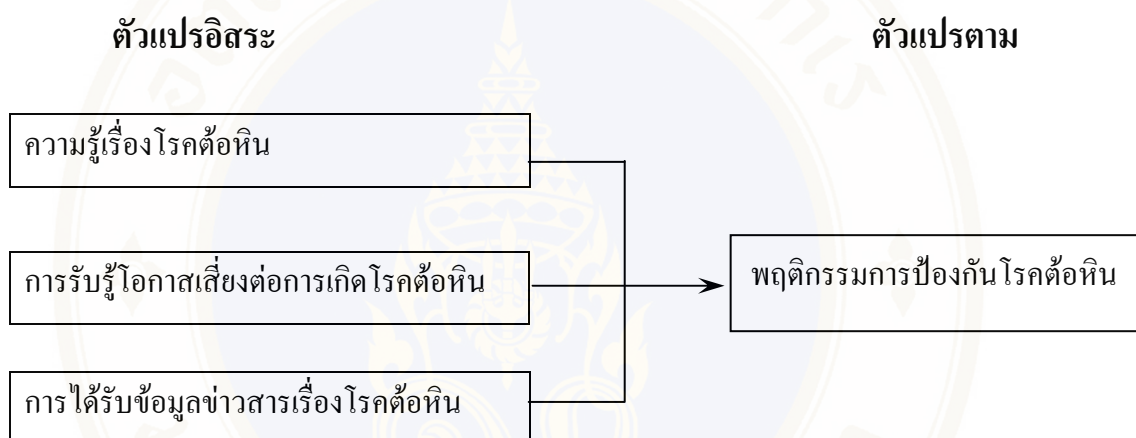
สมมติฐานของการวิจัย

1. ความรู้เรื่องโรคมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อของประชากรกลุ่มเสี่ยง
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อของประชากรกลุ่มเสี่ยง
3. การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อของประชากรกลุ่มเสี่ยง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อของประชากรกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดแบบความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) เพื่ออธิบายถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ที่มีแนวคิดว่าคุณคนจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล ปัจจัยร่วมและสิ่งกระตุ้นชักนำให้ปฏิบัติ โดยปัจจัยการรับรู้ของบุคคลประกอบด้วย การรับรู้ 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค (perceived benefits of preventive action) และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค (perceived barriers to preventive action) ซึ่งบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้น บุคคลจะต้องมีการรับรู้และยอมรับตนเองมีโอกาสรู้เสี่ยงต่อการเกิดโรค มีการรับรู้ว่าโรคนั้นมีความรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของตน และมีการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ที่มีผลต่อการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และลดความรุนแรงของโรคนอกจากการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ส่งผลให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคลจะส่งผลโดยตรงต่อแนวโน้มของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค นอกจากนี้ยังมีปัจจัยร่วม (modifying factors) เช่น ตัวแปรด้านความรู้เกี่ยวกับโรค รวมทั้งปัจจัยด้านสิ่งกระตุ้นชักนำให้ปฏิบัติ (cues to action) เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรค สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และเป็นสิ่งที่สนับสนุนต่อแนวโน้มของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค

ผู้วิจัยมีความเชื่อว่าบุคคลจะต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีปัจจัยสนับสนุนด้านความรู้เรื่องโรคต่อหื่นและสิ่งกระตุ้นชักนำให้ปฏิบัติจากการได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำเกี่ยวกับโรค จากแหล่งข้อมูลต่างๆ เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ประชากรกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อหื่นมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคต่อหื่นที่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหื่นในประชากรกลุ่มเสี่ยง และศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรด้านความรู้เรื่องโรคต่อหื่น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อหื่น และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต่อหื่นกับพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหื่นของประชากรกลุ่มเสี่ยงในผู้สูงอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป



แผนภูมิ 1 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

นิยามตัวแปร

พฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหื่น หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใดๆ เพื่อหลีกเลี่ยงและลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและลดความรุนแรงในการดำเนินของโรค ประเมินจากแบบสัมภาษณ์แบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

ความรู้เรื่องโรคต่อหื่น หมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุการเกิดโรค อาการ อันตรายและความรุนแรงของโรคต่อหื่น ประเมินจากแบบสัมภาษณ์คำถามปลายปิด มีคำตอบคือใช่-ไม่ใช่

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความเสี่ยงหรือแนวโน้มที่อาจจะเกิดโรคต่อหื่น ประเมินจากแบบสัมภาษณ์แบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

การได้รับข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับความรู้เรื่องโรคต่อหื่น เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อหื่น อาการของโรคต่อหื่น อาการผิดปกติของดวงตาที่ต้องไปพบแพทย์

คำแนะนำในการดูแลสุขภาพดวงตา เพื่อป้องกันโรคและการตรวจตาเพื่อตรวจค้นหาโรคในระยะเริ่มต้น จากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข ผู้ป่วยต้อหิน บุคคลในครอบครัวผู้ป่วยต้อหิน สื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ หนังสือ เอกสารแผ่นพับ ประเมินจากแบบสัมภาษณ์แบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหินของประชากรกลุ่มเสี่ยง และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหิน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต้อหิน และพฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหินของประชากรกลุ่มเสี่ยง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยสัมภาษณ์ด้วยตนเอง จากประชาชนที่มารับบริการทางด้านสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ไม่มีประวัติป่วยเป็นโรคต้อหินมาก่อน สามารถเข้าใจภาษาไทยและสื่อสารโดยใช้ภาษาพูดได้ และอาศัยอยู่ในเขต อ. เมือง จ. สมุทรสาคร ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ซึ่งมีขั้นตอนการจากคัดเลือกสถานบริการสาธารณสุขโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจำนวน 4 แห่ง ได้แก่ PCUเฉลิมพระเกียรติ PCUกาหลง ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล และสถานีอนามัยบางกระเจ้า และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกจากผู้ที่มารับบริการทางด้านสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากค่าขนาดอิทธิพล estimated effect size โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล medium effect = 0.30 เมื่อกำหนดให้มีอำนาจในการวิเคราะห์ทางสถิติโดยมีระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ระดับอำนาจในการวิเคราะห์ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 174 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ 6 ส่วน คือ

- แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้
- แบบสัมภาษณ์ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพหรือโรคประจำตัว ประวัติการรักษาโรคประจำตัว ปัญหาหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคทางตาในปัจจุบันและในอดีต ประวัติบุคคลภายในครอบครัวหรือญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคต้อหิน ประวัติการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพตาจากแพทย์ สาเหตุที่ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพตา ประวัติการได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำเกี่ยวกับโรคต้อหิน และประวัติการเข้าร่วมกิจกรรมทางด้านสุขภาพ

- แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหื่น ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ ชีรา พงษ์พานิช (2544) แบบสัมภาษณ์ของ จินตนา มณฑลปัญญากุล (2542) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ-ปฏิบัติบ่อยครั้ง-ปฏิบัติบางครั้ง-ไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 8 ข้อ และคำถามลบ 2 ข้อ

- แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคต่อหื่น ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ ชีรา พงษ์พานิช (2544) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคต่อหื่น เป็นคำถามปลายปิด มีคำตอบคือใช่-ไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 8 ข้อ และคำถามลบ 2 ข้อ

- แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อหื่น ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด-เห็นด้วยมาก-เห็นด้วยน้อย-ไม่เห็นด้วย จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 7 ข้อและคำถามลบ 3 ข้อ

- แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต่อหื่น ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ มาก-ปานกลาง-น้อย-ไม่เคย จำนวน 9 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก

ประสิทธิภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบเครื่องมือโดยหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจักษุ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลเวชปฏิบัติเฉพาะทางตา 1 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหื่น ความรู้เรื่องโรคต่อหื่น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อหื่น และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต่อหื่น ได้ค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.80, 1.0, 1.0 และ 0.90 ตามลำดับ แล้วนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามประชากรที่ศึกษา และหาความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหื่น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต่อหื่นได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71, 0.74 และ 0.78 ตามลำดับ และหาความเชื่อมั่นโดยวิธีของคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคต่อหื่นได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล และสถานที่เก็บข้อมูล และทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โดยก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยต้องเป็นไปตามความสมัครใจ มีการเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลต่อการได้รับการตรวจรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวิธีการเข้าร่วมการวิจัยโดยผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ซึ่งจะใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลผู้เข้าร่วมการวิจัยไว้เป็นความลับโดยจะไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะนำเสนอรายงานผลการวิจัยในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ทำหลังได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล และของสถานที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกจากประชาชนที่มารับบริการทางด้านสุขภาพในวันเวลาราชการ จันทร์-ศุกร์ เวลา 8.00-16.00 น. จากการประกาศเชิญชวนผู้สนใจเข้าร่วมการวิจัยและขอรายชื่อผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปจากเจ้าหน้าที่

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/PC for Window Version 17 และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

1. คำนวณหาค่าร้อยละของข้อมูลทั่วไป และข้อมูลด้านสุขภาพ
2. คำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรม การป้องกันโรคต่อหิน ความรู้เรื่องโรคต่อหิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อหิน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต่อหิน
3. คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรม การป้องกันโรคต่อหินของประชากรกลุ่มเสี่ยง กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 55.70 เป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 31.03 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 73.60 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 81.60 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 32.18 โดยส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 52.30 กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว ร้อยละ 78.70 โรคที่พบว่าเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพมากที่สุด คือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 39.88 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 17.98 และมีประวัติได้รับการตรวจรักษาโรคประจำตัวอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 70.80 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 91.40 ไม่มีประวัติครอบครัวเจ็บป่วยเป็นโรคต่อหิน ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคทางตาในปัจจุบัน ร้อยละ 84.50 โดยพบปัญหาภาวะสายตาสั้นในผู้สูงอายุ ร้อยละ

47.30 กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางตาในอดีต พบว่าเคยมีประวัติเป็นโรคตาแดง ร้อยละ 38.36 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่เคยเข้ารับบริการตรวจสุขภาพตาจากแพทย์ร้อยละ 55.70 โดยระบุสาเหตุที่ไม่ไปรับการตรวจสุขภาพตาว่าตนเองไม่มีอาการเจ็บปวดหรือไม่มีปัญหาอะไรร้อยละ 50.51 กลุ่มตัวอย่างที่เคยเข้ารับบริการตรวจสุขภาพตาจากแพทย์ พบว่าระยะเวลาในการตรวจตาครั้งสุดท้ายอยู่ในช่วง 2-3 ปี ร้อยละ 37.66 กลุ่มตัวอย่างเคยเข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพในรอบปีที่ผ่านมาเพียงร้อยละ 24.10 จำนวนครั้งที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมมากที่สุด 1-2 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 47.62 และกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ และเคยได้ยินเกี่ยวกับโรคต้อหินร้อยละ 83.30 โดยแหล่งของข้อมูลข่าวสารได้รับจากเพื่อนร้อยละ 38.02

2. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคต้อหินโดยรวมในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.43 เมื่อวิเคราะห์แบ่งกลุ่มตามระดับคะแนนพบว่า มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคต้อหินระดับน้อยร้อยละ 51.72 ระดับปานกลางร้อยละ 45.40 และระดับมากร้อยละ 2.88 ตามลำดับ

3. ความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($r = 0.174$, $p < 0.05$; $r = 0.238$, $p < 0.01$; $r = 0.422$, $p < 0.01$ ตามลำดับ)

อภิปรายผล

1. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคต้อหินโดยรวมในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.43 แต่เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.72 มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคต้อหินในระดับน้อย แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคต้อหินบางส่วนยังไม่เหมาะสม อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาน้อย มีอาชีพรับจ้าง และมีรายได้อยู่ในระดับต่ำ

2. ความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคต้อหินของประชากรกลุ่มเสี่ยง แสดงถึงผู้ที่มีความรู้เรื่องโรค มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีการได้รับข้อมูลข่าวสารมากมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและป้องกันภาวะตาบอดจากโรคต้อหินได้

ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคต้อหินบางส่วนยังไม่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการกำหนดแนวทางในการพัฒนางาน ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ส่งเสริมกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรค และแนวทางการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคติดต่อที่ถูกต้องและครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยงให้เพิ่มขึ้น โดยการพัฒนารูปแบบของแหล่งข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดต่อให้เพิ่มขึ้น และเหมาะสมกับกลุ่มของประชากร ซึ่งส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาน้อย ให้สามารถเข้าถึงได้ง่ายและ สะดวก เช่น เอกสารแผ่นพับ การจัดกระดานให้ความรู้เกี่ยวกับโรค วิดีโอหรือดีวีดี เป็นต้น ในหน่วยบริการทางด้านสุขภาพทุกระดับ

1.2 ประสานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการ ให้ข้อมูลข่าวสารทางด้านจักษุสาธารณสุขในการจัดโครงการหรือกิจกรรมเชิงรุก เช่น การจัด กิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้และคัดกรองโรคในระยะเริ่มต้นในประชากรกลุ่มเสี่ยง ใน หน่วยบริการทางด้านสุขภาพทุกระดับ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

2. ด้านบริหารการพยาบาล

2.1 กำหนดนโยบาย หรือโครงการที่เกี่ยวข้องด้านจักษุสาธารณสุขให้ ครอบคลุมด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ

2.2 กำหนดนโยบายด้านการวางแผนพัฒนาบุคลากร ให้มีความรู้ความ ชำนาญในการปฏิบัติงานในด้านจักษุสาธารณสุข เช่น การส่งบุคลากรไปรับการฝึกอบรมทั้งระยะ สั้นและระยะยาว

3. ด้านการวิจัย

3.1 ผลการศึกษา พบว่าความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อของประชากรกลุ่มเสี่ยง มีความ สัมพันธ์ในระดับต่ำถึงต่ำมาก อาจเนื่องจากมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรค ดังนั้นในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาตัวแปรอื่น ที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อ เช่น การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ เป็นต้น และศึกษาถึงปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อโดยใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ

3.2 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างควรใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง

3.3 การศึกษาความชุกและอุบัติการณ์ของโรคติดต่อและโรคตาอื่นๆ ที่เป็น ปัญหาทางด้านสาธารณสุข

3.4 การศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะตาบอดจาก โรคติดต่อและโรคตาอื่นๆที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางาน ทางด้านการพยาบาลให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้น

THE RELATIONSHIPS AMONG KNOWLEDGE OF GLAUCOMA, PERCEIVED SUSCEPTIBILITY, RECEIVED INFORMATION AND PREVENTIVE BEHAVIOR OF GLAUCOMA IN POPULATION AT RISK

RATIPORN KHAMTHUNG 5037317 NSFN/M

M.N.S. (FAMILY NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: NANTAWON SUWONNAROOP, Ph.D. (Nursing), NARIS KITNARONG, M.D., M.B.A., NANTIYA WATTTHAYU, Ph.D. (Nursing)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

Glaucoma is an eye disease that is frequently found at healthcare service centers. It can cause permanent blindness in patients, and the prognosis of the disease results from damage to the optic nerve, leading to visual field loss and visual acuity. Thus, prevention of glaucoma is deemed important as it can help reduce the chance to the disease and prevent glaucoma-related blindness. In 2002, World Health Organization reported that glaucoma is the second leading cause of blindness all over the world (WHO, 2005). Of the total population in the world, approximately 161 millions suffer from visual impairment, 124 millions have low vision, and 37 millions are blinded. There are as many as 45 millions people who suffer from glaucoma-related blindness (Resnikoff et al., 2004). It has been estimated that in 2020, the number of glaucoma patients will be as high as 79.6 millions, and around 11.2 millions more will suffer from glaucoma-related blindness. Of all glaucoma patients, there are as many as 47% who reside in Asian countries (Quigley & Broman, 2006).

As for Thailand, a report of the Thai Glaucoma Society has revealed that there are 90% of glaucoma patients who do not know that they are having glaucoma

(Attaya Yusawad, B.E. 2551). A survey conducted by Wattanee Yenchit et al. (B.E. 2550) on blindness, visual impairment, and eye diseases which constituted a major public health problem in Thailand in 2006-2007 revealed that glaucoma was the second leading cause of blindness after cataract. The prevalence of glaucoma was 4.56%, and it accounted for 12% of blindness caused by eye diseases. In general, glaucoma tends to be a public health problem that increases with age among the population older than 40 years of age who are the risk group (Nisa Sothornwit et al., B.E. 2550). Previous studies have revealed that the populations at risk of glaucoma are those older than 40 years old, especially the elderly, persons whose family members have a history of glaucoma, diabetic patients, patients on steroid, persons with high myopia or high hyperopia, and those with history of eye accidents (Somsanguan Assayakun, B.E. 2549; Gupta, 2005).

Even though the prevalence and number of patients with cataract are higher than those of patients with glaucoma, glaucoma is a more important public health problem because it is more complicated to treat and it can lead to permanent blindness. In addition, the treatment cost of glaucoma is rather high, and the treatment period lasts long as patients need to be treated and followed up for the rest of their life. Therefore, patients with glaucoma are likely to suffer from anxiety (Janz et al., 2001; Odberg, Jakobsen, Hultgren, & Halseide, 2001) and difficulty in daily living (Nelson, Aspinall, & O'Brien, 1999), which affect their psychosocial well-being (Siripat Rattapaet, B.E. 2535) and reduce their quality of life (McKean-Cowdin et al., 2008; Nirmalan et al., 2005; Odberg et al., 2001; Uenishi, Tsumura, Miki, & Shiraki, 2003). As a consequence, the Ministry of Public Health has realized the significance of glaucoma and devised a policy to prevent blindness with an emphasis on promotion of eye health and prevention of the disease. This is because the resulting morbidity can be prevented or prolonged, and the severity of the morbidity can be lessened if the people know how to take care of their eye health and seek timely medical treatment when they have problems with their eyes.

Preventive behaviors among people with a high risk of glaucoma refer to any activities that are carried out to avoid or reduce the risks of the disease and lessen the severity of the prognosis of the disease. Preventive behaviors consist of eye care to prevent the disease and blindness in persons with glaucoma who have been diagnosed

including the following: 1) prevention of accidents and chronic infections of the eyes, 2) avoidance of factors that increase pressure in the eyes such as smoking, using steroid-base eye drops without a prescription, 3) regular observation of abnormality of the eyes such as eye ache, blurred vision, narrowed field of vision, etc., 4) search for more knowledge about healthcare and diseases of the eyes from different information sources, and 5) seeking an annual eye check-up to screen for glaucoma.

Previous studies have revealed that people generally lack knowledge and awareness of glaucoma (Livingston, McCarty, & Taylor, 1998; Livingston et al., 1995; Paczka et al., 2006; Pfeiffer, Krieglstein, & Wellek, 2002). In addition, it has been found that most of the people with eyesight problems never have eye examinations (Siriporn Pornputhasa, B.E. 2542), buy their own eye drops without prescriptions (Sinee Yamabhai, B.E. 2545), and have behavioral problems in prevention of glaucoma including having delayed examination or not seeking an examination for initial screening and diagnosis (Thawat Tantisarasas, B.E. 2548; Chen, 2003; Fraser, Bunce, & Wormald, 1999; Grant & Burke, 1982). Thus, it is believed that people at risk of glaucoma need to have correct knowledge, understanding, and practices to take care of their eyes to prevent glaucoma. The Health Belief Model proposed by Rosenstock (1974) explains the health behaviors of individuals to prevent a disease that individuals' disease preventive behaviors depend on cognitive perceptual factors, modifying factors, and cues to action. A study conducted by Livingston et al. (1995) has found that the modifying factor of knowledge of the disease is associated with disease preventive behaviors and that lack of knowledge of glaucoma is related with self-care behaviors and seeking an eye examination by an ophthalmologist. And, Jessada Sringam (B.E. 2546) has found that knowledge about the disease is positively related to disease preventive behaviors, and perceived risk of the disease is positively associated with self-care behaviors of patients with glaucoma and cooperation in care of patients with chronic glaucoma (Cholthicha Porntit, B.E. 2549; Napaporn Promkamsao, B.E. 2541). Studies have also pointed out that cues to action and received information on disease prevention are positively associated with disease preventive behaviors (Cholthicha Porntit, B.E. 2549; Pannee Songsai, B.E. 2541). For these reasons, the researcher selected the Health Belief Model of Rosenstock (1974) as a conceptual framework of the study to investigate disease preventive behaviors of

glaucoma in population at risk. It is anticipated that the findings of the study can be used to develop a guideline to promote awareness among the population at risk of glaucoma in the area under the researcher's responsibility so that they will adopt correct preventive behaviors of glaucoma.

Research Questions

1. What is preventive behavior of glaucoma in population at risk?
2. What is the relationship between knowledge of glaucoma, perceived susceptibility, and received information and preventive behavior of glaucoma in population at risk?

Research Objectives

To investigate preventive behavior of glaucoma in population at risk and to determine the relationship between knowledge of glaucoma, perceived susceptibility, received information and preventive behavior of glaucoma in population at risk

Research Hypothesis

1. Knowledge of glaucoma is positively related to preventive behavior of glaucoma in population at risk.
2. Perceived susceptibility positively related to preventive behavior of glaucoma in population at risk.
3. Received information is positively related to preventive behavior of glaucoma in population at risk.

Conceptual Framework of the Study

In the present study which aimed at investigating the relationship between knowledge of glaucoma, perceived susceptibility, and received information and preventive behavior of glaucoma in population at risk, the Health Belief Model proposed by Rosenstock (1974) was employed to explain the factors that were associated with preventive behavior of glaucoma in population at risk. According to the model, whether individuals will have preventive behavior of a disease depends on individuals' cognitive perceptual factors, modifying factors, and cues to action. The cognitive perceptual factors consist of four aspects as follows: perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits of preventive action, and perceived barriers to

preventive action. In order for individuals to adopt preventive behavior of a disease, they have to perceive and admit that they have a risk to have the disease, they need to perceive that the disease is severe and can affect their ways of life, and they need to have a higher level of perceived benefits of preventive action than perceived barriers to preventive action. Thus, cognitive perceptual factors directly affect individuals' preventive action of a disease. In addition, there are modifying factors such as knowledge of the disease and cues to action such as received information and advice on the disease which are associated with and support individuals' tendency to have preventive behavior of a disease.

It is the researcher's belief that individuals need to have a cognitive perceptual factor of perceived susceptibility, a modifying factor of knowledge of glaucoma, and a cue to action of received information so as to develop correct preventive behavior of glaucoma. As a result, the present study aimed at investigating preventive behavior of glaucoma in population at risk as well as determining the relationship between knowledge of glaucoma, perceived susceptibility, and received information and preventive behavior of glaucoma in population at risk who were 40 years old and older.

The conceptual framework of the study was illustrated in Figure 1 below.

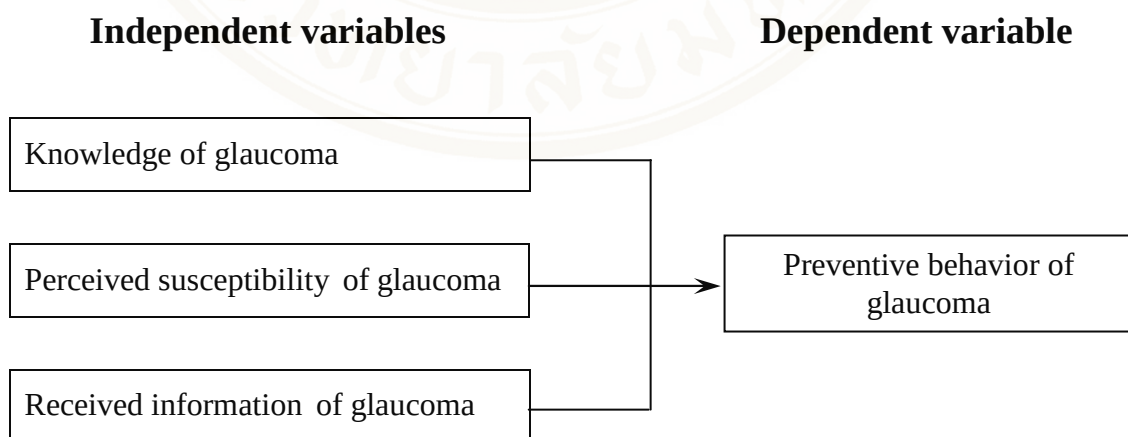


Figure 1 Conceptual Framework of the Study

Definition of Terms

Preventive behavior of glaucoma refers to any activities that individuals do to avoid or reduce the risk of glaucoma and decrease the severity of the prognosis of glaucoma. It was measured by using the interview questionnaire with 4 rating scales.

Knowledge of glaucoma refers to individuals' understanding of causes, symptoms, dangers, and severity of glaucoma.

Perceived susceptibility refers to individuals' thinking, understanding, and beliefs about their risk or tendency to suffer from glaucoma. It was measured by using the interview questionnaire with 4 rating scales.

Received information refers to individuals' reception of information about glaucoma including its causes, risk factors, symptoms, as well as information about the abnormality of the eyes that requires medical attention, advice on eye care to prevent the disease, and eye examinations to screen for onset of the disease. Such information is provided by physicians, nurses, public health officials, fellow glaucoma patients, family members of glaucoma patients, as well as various forms of media including television, books, pamphlets, etc. It was measured by using the interview questionnaire with 4 rating scales.

Research Methodology

This descriptive study was to investigate preventive behavior of glaucoma and to determine the relationship between knowledge of glaucoma, perceived susceptibility, received information, and preventive behavior of glaucoma. Data were collected by means of interviews of people who sought healthcare services at primary healthcare units. The interviews were conducted by the researcher between October and December 2009.

Population and Sample

The population consisted of males and females aged 40 years old and older who did not have history of glaucoma. They were able to understand and communicate in the Thai language, and they had been living in Muang District, Samut Sakon Province, for more than six months. The primary care units were selected by means of simple random sampling, and four primary care units were included in this study:

Chalermprakiat PCU, Kalong PCU, Municipality Public Healthcare Center, and Bang Krajae Health Center. The study sample was recruited by means of convenience sampling from the users of healthcare services provided at these centers.

As regards sample size, the sample size was calculated with the estimated effect size of 0.30, which is a medium effect. The confidence level was set at 95%, and the predictive power was set at 0.80. The sample size of the study was 174 subjects.

Data Collection Instrument

The instrument used to collect data in this study was an interview protocol which was composed of six parts as follows:

1. The demographic characteristics interview protocol aimed at eliciting data regarding demographic characteristics of the subjects including age, gender, marital status, educational background, occupation, and income.

2. The health data interview protocol elicited data regarding health problems or chronic illnesses, history of illness, problems or sickness with eye disease at present and in the past, family history of glaucoma, history of eye examinations with an ophthalmologist, reasons for not seeking eye examinations, history of reception of information or advice on glaucoma, and history of participation in health activities.

3. The preventive behavior of glaucoma interview protocol was adapted from the questionnaire developed by Theera Pongpanich (B.E. 2544) and the interview protocol of Jintana Montholpanyakul (B.E. 2542), as well as a review of related literature. The items in the interview protocol were arranged in a four-point rating scale of 'always,' 'frequently,' 'sometimes,' and 'never.' There were ten items in the interview protocol, with eight positive items and two negative items.

4. The knowledge of glaucoma interview protocol was adapted from the questionnaire developed by Theera Pongpanich (B.E. 2544) and a review of related literature on glaucoma. There were ten open-ended items with the responses of either 'yes' or 'no.' Of these, eight were positive items and two were negative items.

5. The perceived susceptibility of glaucoma interview protocol was developed by the researcher based on a review of related literature and documents. There were ten items arranged in a four-point rating scale of 'strongly agree,' 'quite

agree,’ ‘agree,’ and ‘disagree.’ Of the ten items, eight were positive items and two were negative items.

6. The received information of glaucoma interview protocol was developed by the researcher based on a review of related literature and documents. There were nine positive items arranged in a four-point rating scale of ‘greatly,’ ‘moderately,’ ‘slightly,’ and ‘never.’

Validation of the instruments

The interview protocols were submitted to a panel of five experts to confirm their content validity. These five experts consisted of two highly experienced ophthalmologists, two nursing instructors, and one nurse practitioner with specialization in ophthalmology. The content validity of the preventive behavior of glaucoma interview protocol, the knowledge of glaucoma interview protocol, the perceived susceptibility of glaucoma interview protocol, and the received information of glaucoma interview protocol was equal to 0.80, 1.0, 1.0, and 0.90, respectively. The interview protocols were then tried out with a group of subjects whose characteristics were similar to those of the subjects of the main study. Cronbach’s alpha correlation coefficient revealed that the reliability of the preventive behavior of glaucoma interview protocol, the perceived susceptibility of glaucoma interview protocol, and the received information of glaucoma interview protocol was equal to 0.71, 0.74, and 0.78, respectively. Kuder-Richardson 20 also showed that the reliability of the knowledge of glaucoma interview protocol was equal to 0.82.

Protection of the Rights of Human Subjects

The research proposal was submitted to the Ethics Committee on Research Involving Human Subjects of Mahidol University. After permission was granted, data collection took place when the researcher introduced herself and explained the research objectives to the subjects. The researcher protected the rights of human subjects by informing them of their rights to decide to participate in the study or to refuse to participate in the study. The subjects were also assured that their refusal to participate in the study or withdrawal from the study would not affect the treatment they would receive from the health center in any way. In addition, they were assured that data collected from them would be kept strictly confidential and would be reported only as group data with no identification of the subjects.

Data Collection

Data collection proceeded after permission to collect data was granted by the Ethics Committee on Research Involving Human Subjects of Mahidol University and by the selected research settings. The subjects were recruited by means of convenience sampling from the people who sought healthcare services at the research settings on Monday through Friday, 08:00 a.m. to 04:0 p.m. The researcher invited the interested healthcare service users to participate in the study, and also asked for the name lists of the healthcare service users who were older than 40 years old from the staff of the centers. Data collection lasted approximately 30 minutes.

Data Analysis

The SPSS/PC for Window version 17 was used to analyze the collected data in the following sequence:

1. Data regarding demographic characteristics and health data of the subjects were analyzed using percentage.
2. The scores of preventive behavior of glaucoma, knowledge of glaucoma, perceived susceptibility of glaucoma, and received information of glaucoma were analyzed in terms of percentage, mean, and standard deviation.
3. Pearson's product moment correlation was used to determine the relationship between knowledge of glaucoma, perceived susceptibility of glaucoma, and received information of glaucoma and preventive behavior of glaucoma in the population at risk, with the significance level set at 0.05.

Findings

1. More than half of the subjects, or 55.70%, were female, and 31.03% of them ranged in age from 50 to 59 years. Furthermore, close to three quarters, or 73.60%, were married, and most of them, or 81.60%, completed elementary education. In terms of occupation, nearly one-third, or 32.18%, were wage earners, and 52.30% had an income of no more than 5,000 baht per month. As for their health status, 78.70% had a health problem or a chronic illness. The most commonly found health problem among the subjects was hypertension, accounting for 39.88%. This was followed by diabetes mellitus, which made up 17.98%. In addition, 70.80% of the subjects had regular health check-ups and treatment, and most of them, or 91.40%,

never had a family history of glaucoma. Moreover, most of the subjects, or 84.50%, had eye problems or diseases, with 47.30% having presbyopia. With regard to history of eye diseases, close to half, or 38.36%, had history of conjunctivitis. Also, the findings showed that more than half, or 55.70%, never had an eye examination, with 50.51% reasoning that they never had problems with their eyes. For those who had had an eye examination with an ophthalmologist, 37.66% had their last examination in the past two to three years. In addition, only nearly one-fourth, or 24.10%, attended an activity to disseminate health knowledge in the past year, and 47.62% of them did that once or twice. Finally, 83.30% of the subjects had received information or advice, or had heard about, glaucoma, and half of them, or 38.02%, received the information or advice from their friends.

2. The subjects of the study had overall preventive behavior of glaucoma at a moderate level, with the mean score of 2.10 and the standard deviation of 0.43. A further analysis showed that 51.72% of the subjects had the mean scores of preventive behavior of glaucoma at a low level, 45.40% had the mean scores at a moderate level, and 2.88% had the mean scores at a high level.

3. According to the study findings, knowledge of glaucoma, perceived susceptibility of glaucoma, and received information of glaucoma were positively associated with preventive behaviors of glaucoma with statistical significance ($r = 0.0174, p < 0.05$; $r = 0.238, p < 0.01$; $r = 0.422, p < 0.01$, respectively).

Discussion of Findings

1. The subjects had overall preventive behavior of glaucoma at a moderate level, with the mean score of 2.10 and the standard deviation of 0.43. When considering the mean scores, it was found that more than half of the subjects, or 51.72%, had a low level of preventive behavior of glaucoma. One plausible explanation why the subjects had inappropriate overall preventive behavior of glaucoma is that the most of the subjects had a low level of education, were wage earners, and had a low level of income.

2. The findings indicated that knowledge of glaucoma, perceived susceptibility of glaucoma, and received information of glaucoma were positively associated with preventive behaviors of glaucoma with statistical significance. Thus, it can be seen that the subjects who had knowledge of glaucoma, had perceived

susceptibility of glaucoma, and had a chance to receive information of glaucoma were more likely to carry out appropriate activities to avoid or reduce the risk of glaucoma and prevent glaucoma-related blindness.

Recommendations

The study findings revealed that the overall preventive behavior of glaucoma of the subjects was not appropriate. Based on such finding, the following recommendations can be made:

Nursing practices

1. Nurses should organize activities to disseminate knowledge on glaucoma and appropriate practice to prevent glaucoma to cover more population at risk. The sources of health information, especially information on glaucoma, should be developed to better suit the demographic characteristics of the population who are mostly not highly educated and to ensure easy and convenience access to information sources such as pamphlets, poster boards, and videos or DVDs, which should be provided at all levels of healthcare service provision centers.

2. Nurses should coordinate with related healthcare personnel to provide information on public health ophthalmology through proactive projects or activities such as a campaign to publicize knowledge and initial screening among the population at risks at all levels of healthcare service provision centers in their responsible areas.

Nursing administration

1. Policies or projects related to public health ophthalmology should be devised to cover promotion, prevention, treatment, and rehabilitation of glaucoma at all levels of related agencies.

2. Policies should also be devised to further equip healthcare staff with knowledge and expertise in public health ophthalmology such as sending staff to attend short-term and long-term training.

Nursing research

1. Further study should include other factors such as perceived benefit, perceived barrier, and motivation to perform behavior. Multiple regression analysis should be used to determine predictive factors of glaucoma preventive behavior.

2. It is suggested that the selection of sample should use the random sampling method.

3. Further research on prevalence and incidence of glaucoma as well as other eye diseases that constitute public health problems should be investigated.

4. Research should be conducted to determine and follow up on the effects of programs to prevent glaucoma-related blindness and other eye diseases that are major public health problems so that the findings can be used as a guideline to increase quality of nursing care.



รายการอ้างอิง

- กำพล ศรีวัฒนกุล. (2541). คู่มือการใช้ยาฉบับสมบูรณ์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สยามสปอร์ตซินดิเคท.
- จินตนา มลทลปัญญากุล. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจกโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง). วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เจษฎา ศรีงาม. (2546). พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ชลธิชา พรทิพย์. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจักษุแผนกผู้ป่วยนอกวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ธวัช ดันติสารศาสตร์. (2548). การตรวจคัดกรองต้อหินสำหรับแพทย์ในเวชปฏิบัติทั่วไป. ใน แมน สิงห์ และวิรัช เกียรติศรีสกุล (บรรณาธิการ). *UPDATE MANAGEMENT IN EENT*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ธีรา พงษ์พานิช. (2543). การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต้อหินโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นภาพร พรหมคำชาว. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิตา โสธรวิทย์ และคณะ. (2007). ความชุกและการสูญเสียการมองเห็นจากโรคต้อหินรายงานโครงการสำรวจสถานะตาบอด สายตาเลือนรางและโรคตาที่เป็นปัญหาสาธารณสุข พ.ศ. 2549-2550. *วารสารจักษุสาธารณสุข*, 21(2), 161-182.
- บุญชัย หวังสุกคิลก. (2548). โรคต้อหินทันยุค. ใน แมนสิงห์ และ วิรัช เกียรติศรีสกุล(บรรณาธิการ). *UPDATE MANAGEMENT IN EENT*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร. (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: ยูเอสด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

- ปิยลักษณ์ บุญธรรมช่วย. (2548). การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของสตรีวัย
หมดประจำเดือน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรรณี ส่งสาย. (2541). พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของหญิงอาชีพพิเศษใน
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญศรี ตำราญเวทย์. (2533). ปัจจัยเสี่ยงของการเป็นโรคต่อหิน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภัตสร ปรีชาไว. (2546). การตรวจคัดกรองโรคตา. ใน โกวิท พุกษานุกัณฑ์ และ ธวัช ดันติสาร
ศาสน์ (บรรณาธิการ), ตาหูคอจมูกผู้ป่วยนอกและฉุกเฉินสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป.
(พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โอเอส พรินติ้งเฮาส์.
- มาลี หนานเจียง. (2548). ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ ละพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือด
ผิดปกติของบุคลากรสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ยุทธนา พูนพานิช. (2547). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนผู้มีสิทธิตามโครงการ
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30บาท รักษาทุกโรค) จ.สมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์
บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ยุพดี รัตตะรังสี. (2545). การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุทางจักษุวิทยา. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: คอม
ฟอร์ม.
- ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. (2547). การพยาบาลผู้สูงอายุ. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- วัฒน์ ยืนจิตร และคณะ. (2550). โครงการสำรวจสภาวะตาบอด สายตาเลือนรางและโรคตาที่เป็น
ปัญหาสาธารณสุข รวมทั้งการประเมินสมรรถภาพความพิการทางการมองเห็นใน
ประเทศไทย พ.ศ. 2549-2550. วารสารจักษุสาธารณสุข, 21(1), 1-94.
- ศิริพร ปารมะ. (2545). ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย
เบาหวานโรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต,
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพร พรพุทธรยา. (2542). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศุภชัย คุณารัตนพุกภัย, วิทยา ศรีดามา, วีระพล จันทร์ดียิ่ง, และ ศรีสุภลักษณ์ สิงคาลวนิช
(บรรณาธิการ). (2545). แนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทย. กรุงเทพฯ:
เอ็ม เอสเอสเซอร์วิส.

- สการรัตน์ คุณาวิศรุต. (2544). การตรวจคัดกรองโรคต้อหินเรื้อรัง. ใน สุรจิต สุนทรธรรม (บรรณาธิการ). *แนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐานการตรวจและการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- สาธิต วรรณแสง. (2548). โรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สินี ยมาภัย. (2545). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคต้อหินมุมเปิดปฐมภูมิในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สิริพัชร รัตแพทย. (2535) ผลกระทบด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยต้อหินเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.
- สุจริต ศรีประพันธ์. (2543). การประกาศเจตนารมณ์ เพื่อสนับสนุนพันธกิจ “สุขภาพตาดีปี 2563”. *วารสารจักษุสาธารณสุข*, 14(2), 117-118.
- สมสงวน อัญญคุณ. (2549). *ตำราเวชปฏิบัติจักษุสาธารณสุข*. เชียงใหม่: วิทอินดิไซน์.
- สุดใจ วราพันธ์. (2534). การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคต้อหินชนิดปฐมภูมิ ศึกษากรณีเฉพาะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และรามาธิบดี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อังคณา เมธีไตรรัตน์ และ รจิต ตูจินดา. (2550). ต้อหิน. ใน วนิชา ชื่นกองแก้ว และ อภิชาติ สิงคาลวนิช (บรรณาธิการ), *จักษุวิทยา*. กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์.
- อัทยา อยู่สวัสดิ์. (2551). *ตาใสห่างไกลโรคต้อหิน*. Retrieved June 11, 2008, from <http://www.oknation.net/blog/authaya>
- Ajayi, O. B., & Ukwade, M. T. (2001). Caffeine and intraocular pressure in a Nigerian population. *Journal of Glaucoma*, 10(1), 25-31.
- Altangerel, U., Nallamshetty, H. S., Uhler, T., Fontanarosa, J., Steinmann, W. C., Almodin, J. M., et al. (2009). Knowledge about glaucoma and barriers to follow-up care in a community glaucoma screening program. *Canadian Journal of Ophthalmology*, 44(1), 66-69.
- Arkell, S. M., Lightman, D. A., Sommer, A., Taylor, H. R., Korshin, O. M., & Tielsch, J. M. (1987). The Prevalence of Glaucoma Among Eskimos of Northwest Alaska. *Archives of Ophthalmology*, 105, 482-485.
- Attebo, K., Mitchell, P., Cumming, R., & Smith, W. (1997). Knowledge and beliefs about Common eye diseases. *Australian and New Zealand Journal of Ophthalmology*, 25, 283-287.

- Avisar, R., Avisar, E., & Weinberger, D. (2002). Effect of coffee consumption on intraocular pressure. *Annals of Pharmacotherapy*, 36(6), 992-995.
- Chandrasekaran, S., Rochtchina, E., & Mitchell, P. (2005). Effects of caffeine on intraocular pressure: The Blue Mountains Eye Study. *Journal of Glaucoma*, 14(6), 504-507.
- Chen, P. P. (2003). Blindness in patients with treated open-angle glaucoma. *Ophthalmology*, 110(4), 634-5.
- Chopra, V., Varma, R., Francis, B. A., Wu, F., Torres, M., & Azen, S. P. (2008). Type 2 diabetes mellitus and the risk of open-angle glaucoma the Los Angeles Latino Eye Study. *Ophthalmology*, 15(2), 227-232.
- Cross, V., Shah, P., Bativala, R., & Spurgeon, P. (2005). Glaucoma awareness and perception of risk Among African-Caribbeans in Birmingham, UK. *Diversity in Health and Social Care*, 2, 81-90.
- Dandona, L., Dandona, R., Mandal, P., Srinivas, M., John, R. K., McCarty, C. A., et al. (2000). Angle-closure glaucoma in an urban population in southern India. The Andhra Pradesh eye disease study. *Ophthalmology*, 107(9), 1710-1716.
- Dandona, L., Dandona, R., Srinivas, M., Mandal, P., John, R. K., McCarty, C. A., et al. (2000). Open-angle glaucoma in an urban population in southern India. The Andhra Pradesh eye disease study. *Ophthalmology*, 107(9), 1702-1709.
- Dandona, R., Dandona, L., John, R. K., McCarty, C. A., & Rao, G. N. (2001). Awareness of eye disease in an urban population in southern India. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(2), 96-102.
- Ellish, N. J., Royak-Schaler, R., Passmore, S. R., & Higginbotham, E. J. (2007). Knowledge, Attitudes, and Beliefs about Dilated Eye Examination among African-American. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 48(5), 1989-1994.
- Faschinger, C., & Mossbock, G. (2007). Myopia and glaucoma. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 157(7-8), 173-177.
- Foster, P. J., Alsbirk, P. H., Baasanhu, J., Munkhbayar, D., Uranchimeg, D., & Johnson, G. J. (2001). Glaucoma in China: how big is problem? *British Journal of Ophthalmology*, 85, 1277-1282.

- Fraser, S., Bunce, C., & Wormald, R. (1999). Retrospective analysis of risk factors for late presentation of chronic glaucoma. *British Journal of Ophthalmology*, 83, 24-28.
- Garbe, E., Leloir, J., Boivin, J. F., & Suissa, S. (1997). Risk of ocular hypertension or open-angle glaucoma in elderly patients on oral glucocorticoids. *Lancet*, 350(9083), 979-982.
- Girkin, C. A., McGwin, G. Jr., Morris, R., & Kuhn, F. (2005). Glaucoma following penetrating ocular trauma: a cohort study of United States Eye Injury Registry. *American Journal of Ophthalmology*, 139(1), 100-105.
- Grant, W. M., & Burke, JF. Jr. (1982). Why do some people go blind from glaucoma? *Ophthalmology*. 89(9), 991-998.
- Gupta, D. (2005). *Glaucoma Diagnosis and Management*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Higginbotham, E. J., Kilimanjaro, H. A., Wilensky, J. T., Batenhorst, R. L., & Hermann, D. (1989). The effect of caffeine on intraocular pressure in glaucoma patients. *Ophthalmology*, 96(5), 624-626.
- Jalili, Z., Nakhaee, N., Askari, R., & Sharifi, V. (2007). Knowledge, Attitude and Preventive Practice of Women Concerning Osteoporosis. *Iranian Journal of Public Health*, 36(2), 19-24.
- James, B., Chew, C., & Bron. (2007). *Ophthalmology*. (10 th ed.). Malden, MA: Blackwell.
- Janz, N. K., Wren, P. A., Lichter, P. R., Musch, D. C., Gillespie, B. W., Guire, K. E. et al. (2001). Quality of life in newly diagnosed glaucoma patient. *Ophthalmology*, 108(5), 887-897.
- Jones, W. L. (1987). Posttraumatic glaucoma. *The Journal of the American Ophthalmological Association*, 58(9), 708-715.
- Kang, J. H., Pasquale, L. R., Rosner, B. A., Willett, W. C., Egan, K. M., Faberowski, N. et al. (2003). Prospective Study of Cigarette Smoking and the Risk of Primary Open-angle Glaucoma. *Archives of Ophthalmology*, 121, 1762-1768.
- Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966). Health Behavior, Illness Behavior. *Archives of Environmental Health*, 12, 246-266.

- Klein, B. E., Klein, R., & Jensen. (1994). Open-angle glaucoma and older-onset diabetes. The Beaver Dam Eye Study. *Ophthalmology*, 101(7), 1173-1177.
- Klein, B. E., Klein, R., & Moss, S. E. (1997). Incidence of self reported glaucoma in people with diabetes mellitus. *British Journal of Ophthalmology*, 81, 743-747.
- Klein, B. E., Klein, R., Sponsel, W. E., Franke, T., Cantor, L. B., Martone, J., et al. (1992). Prevalence of glaucoma. The Beaver Dam Eye Study. *Ophthalmology*, 99(10), 1499-1504.
- Le, A., Mukesh, B. N., McCarty, C. A., & Taylor, H. R. (2003). Risk Factors Associated with the Incidence of Open-Angle Glaucoma: The Visual impairment Project. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 44(9), 3783-3789.
- Leavell, H. R., & Clark, E. G. (1979). *Preventive medicine for the doctor in his community*. (10 th ed.). New York: Robert E. Krieger.
- Leske, M. C., Connell, A. M., Wu, S. Y., Hyman, L. G., & Schachat, A. P. (1995). Risk factors for open-angle glaucoma. The Barbados Eye Study. *Archives of Ophthalmology*, 113(7), 918-924.
- Leske, M. C., Nemesure, B. He, Q., Wu, S. Y., Hejtmancik, J. F., & Hennis, A. (2001). Patterns of Open-angle Glaucoma in the Barbados Family Study. *Ophthalmology*, 108, 1015-1022.
- Leske, M. C., Wu, S. Y., Hennis, A., Honkanen, R., & Nemesure, B. (2008). Risk factors for Incident open-angle glaucoma: the Barbados Eye Studies. *Ophthalmology*, 115(1), 85-93.
- Livingston, P. M., Lee, S. E., De Paola, C., Carson, C. A., Guest, C. S., & Taylor, H. R. (1995). Knowledge of glaucoma, and its relationship to self-care practices, in a population sample. *Australian and New Zealand Journal of Ophthalmology*, 23(1), 37-41.
- Livingston, P. M., McCarty, C. A., & Taylor, H. R. (1998). Knowledge, attitudes, and self care practices associated with age relate eye disease in Australia. *British Journal of Ophthalmology*, 82, 780-785.

- Mansouri, K., Orgul, S., Meier-Gibbons, F., & Mermoud, A. (2006). Awareness about glaucoma and related eye health attitudes in Switzerland: a survey of the general public. *Documenta Ophthalmologica*, 220(2), 101-108.
- Mastropasqua, L., Lobefalo, L., Mancini, A., Ciancaglini, M., & Palma, S. (1992). Prevalence of Myopia in open angle glaucoma. *European Journal of Ophthalmology*, 2(1), 33-35.
- McKean-Cowdin, R., Varma, R., Wu, J., Azen, S. P., Varma, R., & Los Angeles Latino Eye Study Group. (2008). Impact of Visual Field Loss on Health Related Quality of Life in Glaucoma. *Ophthalmology*, 115(6), 941-948.
- Mitchell, P., Cumming, R. G., & Mackey, D. A. (1999). Inhaled corticosteroids, family history, and risk of glaucoma. *Ophthalmology*, 106(12), 2301-2306.
- Mitchell, P., Hourihan, F., Sandbach, J., & Wang, J. J. (1999). The relationship between glaucoma and myopia: the Blue Mountains Eye Study. *Ophthalmology*, 106(10), 2010-2015.
- Mitchell, P., Smith, W., Chey, T., & Healey, P. R. (1997). Open-angle glaucoma and diabetes: the Blue Mountains eye study, Australia. *Ophthalmology*, 104(4), 712-718.
- Mori, K., Ando, F., Nomura, H., Sato, Y., & Shimokata, H. (2000). Relationship between intraocular pressure and obesity in japan. *International Journal of Epidemiology*, 29, 661- 666.
- Munro, B. H. (2005). *Statistical method for health care research*. (5 th ed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Nelson, P., Aspinall, P., & O'Brien, C. (1999). Patients' perception of visual impairment in glaucoma: a pilot study. *British Journal of Ophthalmology*, 83, 546-552.
- Newell, F. W., & Krill, A. E. (1964). Risk factors for glaucoma. In D. Gupta (Eds.), *Glaucoma Diagnosis and Management* (pp. 8). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Nirmalan, P. K., Tielsch, J. M., Kate, J., Thulasiraj, R. D., Krishnadas., Ramakrishnan, R., et al. (2005). Relationship between Vision Impairment and Eye Disease to Vision-Specific Quality of life and Function in Rural India: The Aravind Comprehensive Eye Survey. *Investigative Ophthalmology & Visual Visual Science*, 46(7), 2308-2312.
- Nolan, W. P. (2007). Prevention of primary angle-closure glaucoma in Asia. *British of Journal Ophthalmology*, 91, 847-848.

- Odberg, T., Jakobsen, J. E., Hultgren, S. J., & Halseide, R. (2001). The impact of glaucoma on the quality of life of patients in Norway. *Acta Ophthalmologica Scandinavica*, 79, 116-120.
- Okimi, P. H., Sportsman, S., Pickard, M. R., & Fritsche, M. B. (1991). Effects of Caffeinated Coffee on Intraocular Pressure. *Applied Nursing Research*, 4(2), 72-76.
- Ozer, P. A., Yalvac, I. S., Satana, B., Eksioglu, U., & Duman, S. (2007) Incidence and risk factors In secondary glaucomas after blunt and penetrating ocular trauma. *Journal of Glaucoma*, 16(8), 685-690.
- Pache, M., Dubler, B., & Flammer, J. (2003). Risk factors for glaucoma. In D. Gupta (Eds.), *Glaucoma Diagnosis and Management* (pp. 11). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Paczka, J. A., Ochoa-Tabares, J. C., Giorgi-Sandoval, L. A., Topete-Jimenez, J., Sanchez-Castellanos, V. E., Jauregui-Garcia, D. G., et al. (2006). Knowledge and perceptions of glaucoma among adults living in an urban area. *Gaceta Medica De Mexico*, 142(4), 303-308.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice*. (4 th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Pfeiffer, N., Krieglstein, G. K., & Wellek, S. (2002). Knowledge about Glaucoma in the Unselected Population: A German Survey. *Journal of Glaucoma*, 11(5), 458-463.
- Pillunat, L. E., Anderson, Dr., Knighton, R. W., et al. (1997). Risk factors for glaucoma. In D. Gupta (Eds.), *Glaucoma Diagnosis and Management* (pp. 11). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Ponte, F., Giuffre, G., Giammanco, R., & Dardanoni, G. (1994). Risk factors of ocular hypertension and glaucoma. *Documenta Ophthalmologica*, 85(3), 203-210.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (1993). *Fundamentals of Nursing*. (3 rd ed.). Westline Industrial Drive, MO: Mosby Year Book.
- Quigley, H. A., & Broman, A. T. (2006). The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020. *British of Journal Ophthalmology*, 90, 262-267.

- Quigley, H. A., West, S. K., Rodriguez, J., Munoz, B., Klein, R., Snyder, R., et al. (2001). The Prevalence of Glaucoma in a Population Based Study of Hispanic Subjects. *Archives of Ophthalmology*, 119, 1819-1826.
- Ramakrishnan, R., Nirmalan, P. K., Krishnadas, R., Thulasiraj, R. D., Tielsch, J. M., Katz, J., et al. (2003). Glaucoma in a rural population of southern India: The Aravind comprehensive eye survey. *Ophthalmology*, 110(8), 1484-1490.
- Resnikoff, S., Pascolini, D., Etya'ale, D., Kocur, I., Pararajasegaram, R., Pokharel, G. P., et al. (2004). Policy and Practice Global data on visual impairment in the year 2002. *Bulletin of the World Health Organization*. 82(11). 844-852.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model . *Health Education Monographs*, 2(4), 328-334.
- Saksta, K., Sakata, L. M., Sakta, V. M., Santini, C., Hopker, L. M., Bernardes, R., et al. (2007).Prevalence of Glaucoma in a South Brazilian Population: Projeto Glaucoma. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 48(11), 4974-4979.
- Saw, S. M., Gazzard, G., Friedman, D., Foster, P. J., Devereux, J. G., Wong. M. L., et al. (2003). Awareness of glaucoma, and health beliefs of patients suffering primary acute angle closure. *British Journal of Ophthalmology*, 87, 446-449.
- Sheldrick, J.H; Ng, C., Austin, D.J., & Rosenthal, A.R. (1994). An analysis of referral routes and diagnosis accuracy in case of suspected glaucoma. *Ophthalmic Epidemiology*, 1, 31-39.
- Sihota, R., Kumar, S., Gupta, V., Dada, T., Kashyap, S., Insan, R., et al. (2008). Early predictors of traumatic glaucoma after closed globe injury: trabecular pigmentation, widened angle recess, and higher baseline intraocular pressure. *Archives of Ophthalmology*, 126(7), 921-926.
- Sommer, A., & Doyne, L., (1996). Risk factors for glaucoma. In D. Gupta (Eds.), *Glaucoma Diagnosis and Management* (pp. 11). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Sommer, A., Tielsch, J. M., Katz, J., Quigley, Gottsch, J. D., Gottsch, J.D., et al. (1991). Relationship between intraocular pressure and primary open angle glaucoma among white and black American. The Baltimore Eye Survey. *Archives of Ophthalmology*, 109(8), 1090-1095.

- Sung, V. C. T., Koppens, J. M., Vernon, S. A., Pawson, P., Rubinstein, M., King, A. J., et al. (2006). Longitudinal glaucoma screening for siblings of patients with primary open angle glaucoma: the Nottingham Family Glaucoma Screening Study. *British Journal of Ophthalmology*, 90, 59-63.
- Tielsch, J. M., Katz, J., Sommer, A., Quigley, H. A., & Javitt, J. C. (1994). Family history and risk of primary open angle glaucoma. The Baltimore Eye Survey. *Archives of Ophthalmology*, 112(1), 69-73.
- Tielsch, J. M., Sommer, A., Katz, J., Royall, R. M., Quigley, H. A., & Javit, J. (1991). Racial variation in the prevalence of primary open-angle glaucoma. The Baltimore Eye Survey. *Journal of the American Medical Association*, 266(3), 369-374.
- Uenishi, Y., Tsumura, H., Miki, T., & Shiraki, K. (2003). Quality of life of elderly Japanese patients with glaucoma. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 18-25.
- Viestenz, A., & Kuchle, M. (2004). Blunt ocular trauma. Part1: blunt anterior segment trauma. *Dermatologica Ophthalmologie*, 101(12), 1239-1258.
- Viestenz, A., & Kuchle, M. (2004). Retrospective analysis of 417 cases of contusion and rupture of The Erlangen Ocular Contusion-Registry (EOCR) 1985-1995. *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, 218(10), 662-669.
- Vijaya, L., George, R., Paul, P. G., Baskaran, M., Arvind, H., Raju, P., et al. (2005). Prevalence of Open-Angle Glaucoma in a Rural South Indian Population. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 46(12), 4461-4467.
- Wang, N., Wu, H., & Fan, Z. (2002). Primary angle closure glaucoma in Chinese and Western populations. *Chinese Medical Journal*, 115(11), 1706-1715.
- Weih, L. M., Mukesh, B. N., McCarty, C. A., & Taylor, H.R. (2001) Prevalence and predictors of open-angle glaucoma: results from the Visual Impairment Project. *Ophthalmology*, 108(11), 1966-1972.
- Wensor, M.D., McCarty, C. A., Stanislavsky, Y. L., Livingston, P. M., & Taylor, H. R. (1998). The prevalence of glaucoma in the Melbourne Visual Impairment Project. *Ophthalmology*, 105(4), 733-739.

- World Health organization. (2005). State of the world's sight VISION 2020: the right to sight 1999-2005. Retrieved June 11, 2008, from www.who.int/entity/pbd/blindness/vision_2020/v2020_therighttosight.pdf
- Wilensky, J. T., Gieser, D. K., Dietsche, M. L., et al. (1993). Risk factors for glaucoma. In D. Gupta (Eds.), *Glaucoma Diagnosis and Management* (pp. 8). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Wilson, M. R., Hertzmark, E., Walker, A. M., Childs-Shaw, K., & Epstein, D. L. (1987). A case-control study of risk factors in open angle glaucoma. *Archives of Ophthalmology*, 105(8), 1066-1071.
- Wolfs, R. C.W., Klaver, C. C. W., Ramrattan, R. S., Duijn, C. M., Hofman, A., & Jong, P. T. V. M. (1998). Genetic Risk of Primary Open-angle Glaucoma Population-Based Familial Aggregation Study. *Archives of Ophthalmology*, 116, 1640-1645.
- Xu, L., Wang, Y., Wang, S., Wang, Y., & Jonas, J. B. (2007). High myopia and glaucoma susceptibility the Beijing Eye Study. *Ophthalmology*, 114(2), 216-220.



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้ของแบบ
สัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อhin ความรู้เรื่องโรคติดต่อhin การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด
โรคติดต่อhin และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่อhin

1. รองศาสตราจารย์ นพ. นริศ กิจณรงค์
อาจารย์ประจำภาควิชาจุลชีววิทยา
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2. นาย สิริพงษ์ ลิ้มปัสเสียร
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานจักษุ
โรงพยาบาลสมุทรสาคร
3. นาง สุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นางสาว อรพิน สว่างวัฒนเศรษฐ์
อาจารย์ประจำภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส
5. นาง ธนศรี หฤทัยธนาสันต์
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลเวชปฏิบัติเฉพาะทางตา)
หัวหน้าห้องตรวจตา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมุทรสาคร

ภาคผนวก ข

จดหมายรับรองการเก็บข้อมูล

จธ.02



สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
ของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C สาขาพยาบาลศาสตร์
โทร 0-419-7466-80 ต่อ 1500,1503

ที่ ศธ 0517.05/จธ. 124

วันที่ 2 ตุลาคม 2552

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

ตามที่ นางรดิพร คำทัง ส่งโครงการวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อของประชากรกลุ่มเสี่ยง รหัสโครงการ MU-IRB/C 2009 /20.0508 มาเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนฯ นั้น

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนฯ ได้พิจารณาโครงการวิจัยแล้วเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2552 มีมติ เห็นสมควรให้การรับรอง โครงการวิจัยดังกล่าว

ทั้งนี้คณะกรรมการฯ ขอแจ้งให้ทราบถึงระเบียบและแนวทางการปฏิบัติภายหลังโครงการวิจัยได้รับการรับรอง ดังนี้

1. ขอให้ท่านใช้เอกสารที่มีตราประทับรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C สาขาพยาบาลศาสตร์เท่านั้น ในการดำเนินการวิจัย (เช่น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย, เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย, หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ)
2. หากท่าน ต้องการจะปรับเปลี่ยนรายละเอียดบางส่วน ของโครงร่างวิจัย ขอให้กรอกแบบฟอร์มการขอเปลี่ยนแปลงโครงร่างวิจัย (Protocol Amendment) มายังคณะกรรมการฯ เพื่อขอรับการพิจารณารับรองก่อนเริ่มดำเนินการ เมื่อคณะกรรมการฯ พิจารณารับรองแล้วท่านจึงจะสามารถดำเนินการต่อไปได้
3. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือเหตุการณ์ที่ไม่อาจคาดเดาได้ล่วงหน้าเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ขอให้ท่านรายงานมายังคณะกรรมการฯ โดยกรอกแบบฟอร์ม “รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์” หรือส่งสำเนาการรายงานที่ส่งไปยังผู้ให้ทุนมาให้คณะกรรมการฯ ด้วย

Page 1 of 2

๙๕.02

4. หากท่านดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นภายใน 1 ปี ขอให้แจ้งปิดโครงการวิจัย ตามแบบฟอร์ม มายัง

คณะกรรมการฯ

ในกรณีที่โครงการวิจัยของท่านมีระยะเวลานานกว่า 1 ปี ขอให้ท่านส่งรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัย พร้อม
ขอต่ออายุการรับรองโครงการ มายังคณะกรรมการ ก่อนหมดอายุโครงการอย่างน้อย 30 วัน

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดดำเนินการตามระเบียบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนฯ

ต่อไปด้วย

พลศรี ศรีอภัยพร.

(รองศาสตราจารย์พรศรี ศรีอภัยพร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของ
มหาวิทยาลัยมหิดลชุด C สาขาพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ศศ.ดร.นันทวัน สุวรรณรูป

นางรติพร คำทัง



COA.No.MU-IRB/C 2009/ 12.0110

Documentary Proof of Mahidol University Institutional Review Board Panel C (Nursing)

Title of Project: THE RELATIONSHIPS AMONG KNOWLEDGE OF GLAUCOMA, PERCEIVED SUSCEPTIBILITY, RECEIVED INFORMATION AND PREVENTIVE BEHAVIOR OF GLAUCOMA IN POPULATION AT RISK

Project Number: MU-IRB/C 2009/ 20.0508

Principle Investigator: Mrs. Ratipron Khamthung

Name of Institution: Faculty of Nursing Mahidol University

Approval includes

- 1) MU-IRB/C Submission form version 28 September 2009
- 2) Participant Information sheet version 28 September 2009
- 3) Consent form for version 5 August 2009
- 4) Questionnaire version 28 September 2009

Mahidol University Institutional Review Board Panel C (Nursing) is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Date of Approval: 1 October 2009

Date of Expiration: 1 October 2010

Signature of Chair:

Pornsri Sriussadaporn.
(Associate Professor Pornsri Sriussadaporn)

Chair

Signature of Dean, Faculty of Nursing

Fongcum Tilokskulchai
(Associate Professor Dr. Fongcum Tilokskulchai)

Dean, Faculty of Nursing

Office of Institutional Review Board panel C (Nursing) Room 502 Faculty of Nursing, 2 Phrannok Road, Bangkok 10700, THAILAND Tel: (662)-419-7466-80 Ext. 1500, 1503

ภาคผนวก ก
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่อ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือผู้อื่นที่ท่านต้องการปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย

ชื่อโครงการ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อหื่นของประชากรกลุ่มเสี่ยง

ชื่อผู้วิจัย นางรติพร คำทัง

สถานที่วิจัย ส.อ บางกระเจ้า, PCU กาหลง, PCU เฉลิมพระเกียรติ และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล ต. ท่าฉลอม อ. เมือง จ. สมุทรสาคร

ที่อยู่ 1300/599 ต.มหาชัย อ. เมือง จ. สมุทรสาคร รหัสไปรษณีย์ 74000

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร แผนกห้องตรวจตาผู้ป่วยนอก ต. มหาชัย อ. เมือง จ. สมุทรสาคร รหัสไปรษณีย์ 74000

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ 089-8197545

ผู้ให้ทุน ไม่มี

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ต้องการทราบถึงการปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันโรคต่อหื่น ความรู้เรื่องโรคต่อหื่น ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อหื่น และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคต่อหื่น โดยท่านเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรที่สามารถให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ได้ ซึ่งท่านอาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่ข้อมูลที่ได้รับจากท่านในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์โดยรวม ในการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่จะทำให้ประชาชนเกิดความรู้ ความตระหนัก และวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคต่อหื่นในกลุ่มประชาชนที่มีโอกาสเกิดโรคต่อหื่น ซึ่งเป็นโรคที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในขณะนี้

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยเพราะท่านมีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในนโยบายการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะมีผู้เข้าร่วมวิจัยนี้ทั้งสิ้นจำนวน 174 คน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 30 นาที แบบสัมภาษณ์มีทั้งหมด 6 ส่วน ซึ่งประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ, แบบสัมภาษณ์ ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวน 11 ข้อ, แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อ จำนวน 10 ข้อ, แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 4 ความรู้เรื่องโรคติดต่อ จำนวน 10 ข้อ, แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 5 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จำนวน 10 ข้อ, แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 6 การได้รับข้อมูลข่าวสาร จำนวน 9 ข้อ

ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในการเข้าร่วมการวิจัยและจากการสัมภาษณ์ครั้งนี้อาจทำให้ท่านเสียเวลาบ้าง และคำถามบ้างข้ออาจทำให้ท่านไม่สบายใจ ท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้

การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจในการตัดสินใจของท่าน หากท่านไม่เข้าร่วมในการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐานตามปกติ

ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและท่านจะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายอื่นๆ นอกจากที่ท่านต้องจ่ายตามปกติ

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบคณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C สายพยาบาลศาสตร์ ซึ่งสำนักงานอยู่ที่ ห้อง 502 ชั้น 5 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพหลโยธิน แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ หมายเลขโทรศัพท์ 02-4197466-80 ต่อ 1500, 1503 หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุ ท่านสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือผู้แทนได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ร่วมวิจัย

(.....)

วันที่...../...../.....

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับการบอกกล่าว

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อของประชากรกลุ่มเสี่ยง

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียด จุดประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและได้รับคำตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงยินดีสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นางรติพร คำทัง เบอร์โทรศัพท์ 089-8197545 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนหรือผู้แทนได้ที่ คณะกรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดลชุด C ชุดสายพยาบาลศาสตร์ ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ ห้อง 502 ชั้น 5 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพหลโยธิน แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700 หมายเลขโทรศัพท์ 02-4197466-80 ต่อ 1500,1503 ข้าพเจ้าได้รับทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และข้อเสียจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคตและยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล จะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้ โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้ร่วมวิจัยวันที่.....

(.....)

ลงชื่อ.....หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่.....

(.....)

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทน
ผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ

.....จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน
ลงชื่อ.....พยาน/วันที่.....
(.....)



ภาคผนวก ง

หนังสือขออนุญาตเผยแพร่ขอเก็บข้อมูล



สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย สาขาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
อาคารรัชมังคลาภิเษก ชั้น 3 2 ถนนพหลโยธิน
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทร. 0-2411-2002 โทรสาร 0-2419-9484

เลขที่.....
วันที่.....
เรื่อง.....

ที่ ศธ 0517.02 (ศร)/ 2537
วันที่ 30 กันยายน 2552
เรื่อง ขออนุญาตให้นักศึกษาได้มาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร
สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์ จำนวน 1 ชุด

ด้วย นางรติพร คำทั้ง นักศึกษามหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชา
การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้
เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อของ
ประชากรกลุ่มเสี่ยง” อยู่ในความควบคุมของ ศศ.ดร.นันทวัน สุวรรณรูป ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นักศึกษา
มีความประสงค์จะเก็บข้อมูลจากประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการทางด้านสุขภาพ ที่หน่วยบริการ
ปฐมภูมิ ณ สถานีอนามัยบางกระเจ้า, PCU เฉลิมพระเกียรติ, PCU กาหลง และ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล
ตำบลท่าฉลอม โดยใช้วิธีสัมภาษณ์ด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2552 ถึงวันที่ 30 ธันวาคม 2552

บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่าน โปรดอนุญาตให้นักศึกษาได้เก็บข้อมูลเพื่อประกอบ
การทำวิทยานิพนธ์ตามที่เห็นสมควรด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

— ๐๙๔๒ —
— แฉะ ล. พย. —

(นางเจ๊ระชัย จิระชัย)

ผู้อำนวยการศูนย์บริการทางวิชาการ
การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว สาขาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

12 ต.ค. 2552

ติดต่ออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ศศ.ดร.นันทวัน สุวรรณรูป
โทรศัพท์ 0-2419-7466-80

ขอแสดงความนับถือ

A

(รองศาสตราจารย์ ดร.พญ.พัชรีย์ เลิศฤทธิ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
บัณฑิตวิทยาลัย

ภาคผนวก จ
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบสัมภาษณ์สำหรับการวิจัย

**เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูล
ข่าวสาร และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อของประชากรกลุ่มเสี่ยง**

แบบสัมภาษณ์ ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ประกอบด้วย

- ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไป
- ส่วนที่ 2. ข้อมูลด้านสุขภาพ
- ส่วนที่ 3. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อ
- ส่วนที่ 4. ความรู้เรื่องโรคติดต่อ
- ส่วนที่ 5. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อ
- ส่วนที่ 6. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่อ

เลขที่แบบสัมภาษณ์.....

แบบสัมภาษณ์การวิจัย

ส่วนที่ 1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้ต้องการทราบถึงข้อมูลส่วนตัวของท่าน ขอให้ท่านโปรดพิจารณาคำถาม และตอบคำถามข้อที่ตรงกับตัวท่านตามสภาพความเป็นจริง

1. อายุ ปี
2. เพศ () 1.ชาย () 2.หญิง
3. สถานภาพสมรส
 - () 1. โสด () 2. คู่
 - () 3. หม้าย () 4. หย่าหรือแยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
 - () 1. ไม่ได้เรียน () 2. ประถมศึกษา
 - () 3. มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 3 () 4. มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 หรือ ปวช
 - () 5. ปวส หรือ อนุปริญญา () 6. ปริญญาตรี
 - () 7. สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพหลักในปัจจุบัน
 - () 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ () 2. เกษตรกรรม
 - () 3. ค้าขาย () 4. รับจ้าง
 - () 5. แม่บ้าน () 6. รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ
 - () 7. ธุรกิจส่วนตัว () 8. อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้ต่อเดือน บาท

แบบสัมภาษณ์การวิจัย

ส่วนที่ 2. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลด้านสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้ต้องการทราบถึงข้อมูลด้านสุขภาพของท่าน ขอให้ท่านโปรดพิจารณา

คำถามและตอบคำถามข้อที่ตรงกับตัวท่านตามสภาพความเป็นจริง

1. ท่านมีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัวหรือไม่

() 1. ไม่มี

() 2. ไม่ทราบ

() 3. มี ระบุ.....

2. ท่านได้รับการตรวจรักษาโรคประจำตัวจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขหรือไม่

() 1. ไม่สม่ำเสมอ

() 2. สม่ำเสมอ

() 3. อื่นๆ

3. ท่านมีปัญหาหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคทางตาในปัจจุบันหรือไม่

() 1. ไม่มี

() 2. มีระบุ

4. ท่านมีปัญหาหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคทางตาในอดีตหรือไม่

() 1. ไม่มี

() 2. มีระบุ

5. ท่านมีประวัติญาติบุคคลภายในครอบครัวหรือญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคต้อหินหรือไม่

() 1. ไม่มี

() 2. มี ระบุ

6. ท่านเคยเข้ารับบริการตรวจสุขภาพตาจากแพทย์หรือไม่

() 1. ไม่เคย (ตอบข้อ 7) () 2. เคย (ตอบข้อ 8)

7. สาเหตุที่ไม่ได้ไปรับการตรวจสุขภาพตา.....

.....

.....

8. ท่านเคยตรวจสุขภาพตาครั้งสุดท้ายเมื่อ.....

.....

.....

9. ท่านเคยได้รับข้อมูลข่าวสาร หรือคำแนะนำ เกี่ยวกับโรคต้อหินหรือไม่

() 1. ไม่เคย

() 2. เคย (ตอบข้อ 10)

10. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสาร หรือคำแนะนำ เกี่ยวกับโรคติดต่อจากแหล่งใด (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|-------------------------------|--|
| () 1. แพทย์ / พยาบาล | () 2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข |
| () 3. ผู้ป่วยติดโรค | () 4. บุคคลในครอบครัวที่เป็นโรคติดต่อ |
| () 5.ญาติ | () 6. เพื่อน |
| () 7. วิทยุ/โทรทัศน์ | () 8. เอกสารแผ่นพับ |
| () 9. หนังสือ/นิตยสาร | () 10. หนังสือพิมพ์ |
| () 11. ป้าย/กระดานให้ความรู้ | () 12. การจัดกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ |
| () 13. อื่นๆ | |

11. ในรอบปีที่ผ่านมามีท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพที่จัดให้กับประชาชนหรือไม่

- () 1 ไม่ได้เข้า
- () 2 เข้า จำนวนครั้ง.....
- ระบุเรื่องที่เข้าฟัง.....

แบบสัมภาษณ์การวิจัย

ส่วนที่ 3. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อ

คำชี้แจง 3.1 แบบสัมภาษณ์นี้ต้องการทราบถึงพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของท่านในข้อคำถาม 1-9 โปรดพิจารณาคำถามแต่ละข้ออย่างรอบคอบว่าตรงกับพฤติกรรมที่ท่านปฏิบัติอยู่แล้ว ตอบคำถามเพียงคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบให้ถี่ถ้วน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	กิจกรรมนั้นได้ปฏิบัติทุกครั้ง และ/หรือ ทุกวันอย่างสม่ำเสมอ
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมนั้นได้ปฏิบัติ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมนั้นได้ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ หรือน้อยกว่า
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	กิจกรรมนั้นไม่เคยปฏิบัติเลย

คำชี้แจง 3.2 แบบสัมภาษณ์นี้ต้องการทราบถึงพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของท่านในข้อคำถาม 10 โปรดพิจารณาคำถามแต่ละข้ออย่างรอบคอบว่าตรงกับพฤติกรรมที่ท่านปฏิบัติอยู่แล้วตอบคำถามเพียงคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบให้ถี่ถ้วน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	กิจกรรมนั้นได้ปฏิบัติปีละอย่างน้อย 1 ครั้ง
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมนั้นได้ปฏิบัติอย่างน้อย 1 ครั้งทุก 2-3 ปี
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมนั้นได้ปฏิบัติอย่างน้อย 1 ครั้งทุก 3-5 ปี หรือมากกว่า 5 ปี
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	กิจกรรมนั้นไม่เคยปฏิบัติเลย

ส่วนที่ 3. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคต้อหิน

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
1. ท่านไปพบแพทย์เมื่อมีอาการความผิดปกติทางตา เช่น ปวดตา ตามัว ตาแดง 2. ท่านให้ความสนใจต่ออาการตามัวที่เกิดขึ้น 3. ท่านซื้อยาหยอดตามาใช้เอง 4. ท่านใส่แว่นเพื่อป้องกันอุบัติเหตุกับดวงตา ในขณะที่ปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยง เช่น การเชื่อม เหล็ก การทำงานก่อสร้าง 5. ท่านสนใจ ติดตาม ข่าวสาร รายการวิทยุ โทรทัศน์ที่เกี่ยวกับโรคต้อหิน และการดูแล สุขภาพตนเอง 6. ท่านไม่อ่านหนังสือเกี่ยวกับโรคต้อหิน 7. ท่านสังเกตอาการผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้นกับ ดวงตาของท่าน 8. ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ หรืออยู่ใกล้คนสูบบุหรี่ 9. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อมีปัญหาทางตา 10. ท่านไปรับการตรวจสุขภาพตา จากจักษุแพทย์				

แบบสัมภาษณ์การวิจัย

ส่วนที่ 4. แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคต้อหิน

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้ต้องการทราบความเข้าใจเกี่ยวกับโรคต้อหินของท่าน ขอให้ท่านโปรด
พิจารณาคำถามและตอบคำถามข้อที่ตรงกับความเข้าใจของท่านเพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. ต้อหินเป็นโรคที่ทำให้ตาบอดได้ 2. โรคต้อหินไม่สามารถรักษาให้สายตาคลับมาดีได้เหมือนเดิม 3. โรคต้อหินเป็นโรคตาที่เกิดจากภาวะความดันลูกตาสูงกว่าปกติเท่านั้น 4. อาการของโรคต้อหินชนิดเฉียบพลัน คือ ตาแดง ตาขาว ปวดตากระบอกตา เห็นแสงสีรุ้งรอบๆ ดวงไฟ 5. อาการของโรคต้อหินจะมีลานสายตาแคบ ซึ่งสังเกตได้จากการเดินชนสิ่งของบ่อยๆ โดยไม่ตั้งใจ 6. โรคต้อกระจกในระยะรุนแรงสามารถทำให้เกิดโรคต้อหินได้ 7. โรคต้อหินสามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้ 8. ต้อหินเป็นโรคที่พบในผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปีเท่านั้น 9. โรคต้อหินส่วนหนึ่งสามารถป้องกันได้ เช่น การไม่ซื้อยาหยอดตามาใช้เอง การป้องกันอุบัติเหตุกับดวงตา 10. ผู้ที่มีประวัติและ/หรืออย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ผู้ที่อายุมากกว่า 40 ปี มีประวัติครอบครัวเป็นโรคต้อหิน มีโรคเบาหวาน เคยมีประวัติอุบัติเหตุทางตา ผู้ที่สายตาสั้นหรือยาวมากๆ ควรได้รับการตรวจสุขภาพตาจากจักษุแพทย์เป็นประจำทุกปี		

แบบสัมภาษณ์การวิจัย

ส่วนที่ 5. แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้ต้องการทราบว่าท่านมีความรู้สึก ความคิดเห็น ความเข้าใจ เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคดื้อหินของท่าน โปรดพิจารณาคำถามแต่ละข้ออย่างรอบคอบให้ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน แล้วเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านมาก
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านเลย

ส่วนที่ 5. แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

ข้อความ	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย น้อย	ไม่ เห็น ด้วย
1. ผู้ที่มีประวัติโรคต้อหินในครอบครัว มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหินมากกว่าผู้อื่น 2. การซื้อยามาหยอดตาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหิน 3. ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน มีโอกาสเกิดโรคต้อหินมากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน 4. ผู้ที่อายุมากขึ้นจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหินลดลง 5. โรคต้อกระจกที่ไม่ได้รับการรักษามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหิน 6. ผู้ที่เกิดอุบัติเหตุกับดวงตา มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหิน 7. ผู้ที่มีสายตาสั้นหรือยาวมาก มีโอกาสเกิดโรคต้อหินได้เท่ากับผู้ที่สายตาสั้นหรือยาวมาก 8. เมื่อเป็นโรคต้อหินที่ตาข้างหนึ่งแล้วจะไม่มีโอกาสเกิดโรคต้อหินกับตาอีกข้าง 9. การตรวจสุขภาพตาเป็นประจำทุกปี สามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อภาวะตาบอดจากโรคต้อหิน 10. ในขณะนี้ท่านคิดว่าตนเองมีโอกาที่จะเป็นโรคต้อหินเนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยง				

แบบสัมภาษณ์การวิจัย

ส่วนที่ 6. แบบสัมภาษณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคคอตีบ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้ต้องการทราบถึงการได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ เกี่ยวกับโรคคอตีบของท่าน โปรดพิจารณาคำถามแต่ละข้ออย่างรอบคอบว่าตรงกับข้อมูลที่ท่านเคยได้รับโดยตอบคำถามเพียงคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบให้ถี่ถ้วนที่สุด ดังนี้

มาก	หมายถึง	ท่านเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคคอตีบมากกว่า 5 ครั้งต่อปี
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคคอตีบ 3-5 ครั้งต่อปี
น้อย	หมายถึง	ท่านเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคคอตีบ 1-2 ครั้งต่อปี
ไม่เคย	หมายถึง	ท่านไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคคอตีบเลย

ส่วนที่ 6. แบบสัมภาษณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคดื้อหิน

ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เคย
1. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคดื้อหินจากสื่อวิทยุ โทรทัศน์ สิ่งพิมพ์ เอกสารแผ่นพับ 2. ท่านได้เข้าชมนิทรรศการในการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ เพื่อป้องกันภาวะตาบอดจากโรคดื้อหิน 3. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคดื้อหินจากป้ายหรือ กระดานให้ความรู้ จากสถานบริการทางด้านสุขภาพ 4. ท่านได้รับความรู้หรือคำแนะนำเกี่ยวกับโรคดื้อหินจาก แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 5. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคดื้อหินจากผู้ป่วยที่เป็น โรคดื้อหินหรือบุคคลในครอบครัวที่เป็นโรคดื้อหิน 6. ท่านได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพตา จากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ และป้องกันโรคตาในหน่วยงานที่ท่านปฏิบัติงาน 7. ท่านได้รับคำแนะนำไม่ควรซื้อยาหยอดตามาใช้เองเมื่อ มีอาการผิดปกติกับดวงตา จากแพทย์ พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 8. ท่านได้รับคำแนะนำให้หลีกเลี่ยงการเกิดภาวะ ความดันลูกตาสูง เช่น การสูบบุหรี่ จากแพทย์ พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 9. ท่านได้รับคำแนะนำให้ไปรับการตรวจวัดสายตา และความดันตาจากแพทย์ พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่ ทางด้านสาธารณสุข				

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางรติพร คำทั้ง
วัน เดือน ปี	22 พฤศจิกายน 2508
สถานที่เกิด	จังหวัดสมุทรสาคร
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2535 พยาบาลศาสตรบัณฑิต (Bachelor of Science in Nursing) มหาวิทยาลัยมหิดล, 2553 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว) Master of Nursing Science (Family nurse practitioner)
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลสมุทรสาคร ต. มหาชัย อ. เมือง จ. สมุทรสาคร 74000 ตำแหน่ง: พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ โทรศัพท์: 089-8197545 E-mail: ra_tip_ron@hotmail.com
ที่อยู่	37 ม. 5 ต. แคราย อ. กระทุ่มแบน จ. สมุทรสาคร 74110 โทรศัพท์: 034-848492