

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและความดันตาของ
ผู้ป่วยโรคต้อหิน

The Effect of Empowerment Program on Adherence Behaviors and Intraocular Pressure in
Glaucoma Patients

สุวัทฒนา ชุณหคล้าย (Suwattana Chunhklai)* สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ (Suchittra Limumnoilap)**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและระดับความดันตาของผู้ป่วยโรคต้อหิน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคต้อหินที่มารับบริการ ณ ห้องตรวจจักษุ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง เลือกรูปแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 32 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้กลุ่มละ 16 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2556 ถึง 28 ธันวาคม 2556 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยต้อหิน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา Chi-square test Paired t-test Independent t-test Wilcoxon signed-ranks test และ Mann Whitney-U test ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับความดันลูกตาลดลง ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยนี้คือควรมีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคต้อหินและผู้ป่วยอื่นๆที่มีบริบทคล้ายกัน

ABSTRACT

This Quasi-experimental study aimed to examine the effect of empowerment program on adherence behaviors and intraocular pressure in glaucoma patients. Purposive sampling was used to recruited patients with glaucoma receiving care at eye clinic of Out Patient Department, an university hospital from 1 August to 28 December 2013. These participants then were randomly assigned to control group or intervention group, 16 participants for each group. Participants in the control group received usual care whereas those in the intervention group received empowerment program in addition to usual care. The adherence behaviors of glaucoma patient interviews was used for data collection. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi square, t-test, Wilcoxon signed-ranks test, and Mann Whitney-U test. The results revealed that this empowerment program contributed to increase in adherence behaviors scores significantly and decrease intraocular pressure levels in glaucoma patients. The program should be applied to empower patients with Glaucoma and other patients within similar context.

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ความดันตา

Key Words: Empowerment, Adherence behaviors, Intraocular pressure

* นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ต้อหินเป็นโรคทางตาที่สำคัญ การดำเนินโรคเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่ค่อยมีอาการเจ็บปวดใดๆ แต่เมื่อปรากฏอาการขึ้นแล้วไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้(American academy of ophthalmology, 2007) จากการสำรวจสภาวะตาบอด และโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญในประเทศไทย ปี 2549 พบว่าโรคต้อหินเป็นสาเหตุสำคัญของสภาวะตาบอด คิดเป็นร้อยละ 9.8 เป็นอันดับ2 รองจากโรคต้อกระจก(สมสงวน, ประภัสสร, นภาพร, ดิเรก และ เกษรา, 2552) มีการคาดการณ์ว่า มีผู้ป่วยโรคต้อหินทั่วโลกเพิ่มขึ้นจาก 60.5 ล้านคน ในปี 2553 เป็น 79.6 ล้านคนและปี 2563 จะมีผู้ตาบอดทั้งสองข้างจากโรคนี้ถึง 11.1 ล้านคน(Quigley & Broman,2006) โรคต้อหินเป็นกลุ่มของโรคที่มีรอยโรคบริเวณประสาทตา โดยมีความดันตาสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรค จนส่งผลให้เกิดความผิดปกติของขั้วประสาทตา ร่วมกับการเกิดการสูญเสียลานสายตา มีผลให้การมองเห็นสูญเสียไป ดังนั้นเป้าหมายในการรักษาคือการลดความดันตา ซึ่งทำได้โดยการให้ยาที่ช่วยส่งเสริมการระบายออกของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา(aqueous humor) และ/หรือลดการสร้างน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา ซึ่งอยู่ในรูปของยาหยอดตาหรือยาชนิดรับประทาน หรือใช้ทั้งสองอย่างร่วมกัน เมื่อใดก็ตามที่ให้ยาเต็มที่แล้วยังไม่สามารถควบคุมความดันตาให้อยู่ในเกณฑ์ปลอดภัยได้ การรักษาที่ต้องทำต่อไปคือการรักษาโดยใช้แสงเลเซอร์หรือการผ่าตัดเพื่อเพิ่มการระบายน้ำหล่อเลี้ยงลูกตาหรือลดการสร้างน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา (American academy of ophthalmology, 2007)ภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังจำเป็นต้องรักษาด้วยยาหยอดและรับประทานยาไปจนตลอดชีวิต จะเห็นได้ว่าการรักษาโรคต้อหินนั้น ต้องการความร่วมมือและความเข้าใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ยังต้องมีการติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งระยะเวลาในการมาพบแพทย์ ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของโรค และการตรวจรักษาอย่างอื่นเพิ่มเติมนอกเหนือจากยาที่ได้รับ

และพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากที่ต้องปรับเพิ่มการรักษาโดยการเพิ่มยาและหรือต้องผ่าตัด เนื่องจากการรักษาเดิมไม่สามารถควบคุมความดันตาให้เหมาะสมได้ ดังนั้นในการป้องกันการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร ผู้ป่วยจำเป็นต้องให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยการหยอดยา และรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างถูกต้องและเคร่งครัด ตลอดจนมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับเพิ่ม ลดหรือเปลี่ยนยาให้เหมาะสม เพื่อควบคุมให้ระดับความดันตาอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัยเพียงพอที่จะไม่ทำให้มีการทำลายขั้วประสาทตาและลานสายตา

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคต้อหินที่มารับบริการตรวจ ณ ห้องจักษุ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 27 ราย โดยเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษามาแล้วตั้งแต่ 6 เดือน - 5 ปี เกี่ยวกับความรู้ในเรื่องโรคและพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาพบเป็นดังนี้ 1) มีปัญหาเกี่ยวกับการหยอดตา เช่น หยอดยาไม่ตรงเวลา ไม่เช่ขาขวดยาก่อนการหยอดตา หยอดยาไม่เข้าแ่่งตา ไม่กดหัวตาหลังหยอดตา หยอดตามากเกินความจำเป็น ขาดยา เป็นต้น 2) ไม่มาตรวจตามนัด 3) จากการสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค ผู้ป่วยส่วนใหญ่ เคยได้รับความรู้เรื่องโรคและการรักษาและสามารถจำได้ แต่มีผู้ป่วยที่ไม่ทราบถึงความรุนแรงของโรค จะเห็นได้ว่ายังมีผู้ป่วยที่แม้ว่าเคยได้รับความรู้เรื่องโรคและการรักษาแล้วก็ตาม ยังพบปัญหาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่ไม่ถูกต้อง เป็นเพราะปัจจัยต่างๆ ได้แก่ การใช้ยาหลายตัว เกิดอาการข้างเคียงหลังใช้ยา การเดินทางไปที่อื่นโดยไม่ได้นำยาไปด้วย ไม่มีเงินค่าการเดินทางมาโรงพยาบาล และผู้ป่วยู้สึกว่าใช้ยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเอง(Muir, Santiago-Turla, Stinnett, Herndon, Allingham, Challa&Lee, 2006; Tsai, McClure, Ramos, Schlundt & Picher, 2003; Day, Sharpe, Atkinson, Stewart & Stewart,2006) 2) ปัจจัยด้านลักษณะของโรค(Ashburn, Goldberg & Kass,1980) 3)

ปัจจัยด้านระบบการบริหารยาของผู้ป่วยโรคไต (Gray, Orton, Henson, Harper & Waterman, 2010; ยูพิน, 2550) และ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การรักษากับผู้ป่วย (นภาพร, 2541)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ (critical awareness) ถึงปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา ตระหนักถึงศักยภาพและข้อจำกัดของตนเองในการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขปัญหานั้นๆ โดยผู้ป่วยจะมีกระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์ การปฏิบัติและร่วมมือกันแก้ไขปัญหานั้นๆ เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นเองภายในบุคคลนั้น (Gibson, 1995) ขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) เป็นการพิจารณาไตร่ตรองสิ่งที่เผชิญอยู่ ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา ความรู้และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) ผู้ป่วยจะได้รับการส่งเสริมให้ใช้ความสามารถของตนเองในการคิดพิจารณาไตร่ตรองทบทวนทำความเข้าใจกับสถานการณ์ ปัญหา แสวงหาทางเลือก เพื่อการตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (sense of personal control) ทำให้บุคคลรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถ และมีพลังเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา 3) การตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติของตนเอง (taking charge) บุคคลมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อเป็นสิ่งประกอบการเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมโดยใช้เหตุผลของตนเอง ในการประกอบการตัดสินใจ เป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเองได้ สอดคล้องกับปัญหาของตน เกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจในตนเอง (a sense of personal power) ทำให้เกิดการยอมรับการตัดสินใจด้วยตนเอง (self determination) พยายามทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษา และพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) เป็นความมุ่งมั่น (commitment) ที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยพบ

ปัญหา ผู้ป่วยจะแก้ไขปัญหานั้นและเลือกแนวทางปฏิบัติด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจในการจัดการกับความเจ็บป่วย ความรู้ลึกถึงความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของตนเอง (คารณิ, 2545) ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา (นิศย์, 2545) เพื่อช่วยส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในผู้ป่วยโรคไตเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและระดับความดันตาของผู้ป่วยโรคไต

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคไตที่มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาภายหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจดีกว่าก่อนการได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. ผู้ป่วยโรคไตกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. ผู้ป่วยโรคไต ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีระดับความดันตาต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
4. ผู้ป่วยโรคไตกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีระดับความดันตาต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups pre-post test design) ที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไต ที่มารับบริการ ณ ห้อง

ตรวจจักษุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล-มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง โดยได้รับการวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ว่าเป็นโรคต้อหินระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป มีสายตาสั้นที่ตีหลังแก้ไขแล้วไม่ต่ำกว่า 3/60 และมีลานสายตาไม่น้อยกว่า 10 องศา การรับรู้และสติสัมปชัญญะดี สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการเขียนพูด อ่าน และฟังภาษาไทยได้ ได้รับการรักษาด้วยยาหยอดตาเพื่อควบคุมระดับความดันตาตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป ไม่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาขณะศึกษาวิจัย และมีความยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (sample random sampling) เป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 16 คน กลุ่มควบคุม (control group) ที่ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลอง (experimental group) ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นรายบุคคล 2 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือนและในระหว่างกิจกรรม ผู้วิจัยมีการโทรศัพท์พูดคุยกับผู้ป่วย 2 ครั้ง ในสัปดาห์แรกและสัปดาห์ที่ 3 และติดตามผลของค่าระดับความดันตา และการมาตรวจตามนัดภายหลังการเสร็จสิ้นกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 1 เดือน เปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือและค่าระดับความดันตาภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหิน โดยใช้แบบสัมภาษณ์เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการหยอดตา ด้านข้อควรปฏิบัติอื่นๆ และด้านการมาพบแพทย์ แต่ละข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ การตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหิน โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 13 ราย คำนวณหาค่า

ความเที่ยงแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.74

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ คู่มือการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหิน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

วิธีดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองภายหลังผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสถาบันที่เกี่ยวข้องแล้วโดย

กลุ่มควบคุม ได้รับการประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคต้อหินโดยผู้ช่วยวิจัยและวัดความดันตาโดยจักษุแพทย์ หลังจากนั้นดูแลให้ได้รับการพยาบาลตามปกติตลอดช่วงระยะเวลาดำเนินการวิจัย และประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคต้อหินและวัดความดันตาอีกครั้งเมื่อครบ 2 เดือน

กลุ่มทดลอง ได้รับการประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคต้อหินโดยผู้ช่วยวิจัย และวัดความดันตาโดยจักษุแพทย์ ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจครั้งที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 90 นาที เมื่อครบสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ผู้ป่วยจะได้รับการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ เมื่อครบ 1 เดือน ผู้ป่วยจะได้รับกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจครั้งที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 60 นาที และเมื่อครบ 2 เดือน ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินโดยการสัมภาษณ์จากผู้ช่วยวิจัยและวัดความดันตาจากจักษุแพทย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ χ^2 -test และ Independent t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินก่อนและหลัง ภายในกลุ่มใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันตา ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-ranks test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับความดันตา ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Mann Whitney-U test

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 56.3 และ 62.5 ตามลำดับ มีอายุมากกว่า 60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 56.25 และ 50 ตามลำดับ โดยกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 59.75 ปี (S.D. = 7.79, Range = 43-70 ปี) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 55.50 ปี (S.D. = 16.69, Range = 20-74 ปี) กลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด ร้อยละ 81.3 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 56.3 และ 62.5 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมมีอาชีพเกษตรกรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 31.3 รองลงมาคือรับราชการ ร้อยละ 25 กลุ่มทดลองมีอาชีพเกษตรกรกรรม รับจ้าง ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด เท่ากันคือ ร้อยละ 31.3 สิทธิการรักษาของกลุ่มควบคุมรับราชการมากที่สุด ร้อยละ 81.3 ส่วนกลุ่มทดลองใช้สิทธิประกันสังคม/บัตรประกันสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 56.2 รายได้ของครอบครัว < 20,000 บาท มากที่สุด

ร้อยละ 62.5 และ 81.3 ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้ ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p>.05$)

การวินิจฉัยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นโรคต่อหินทั้งสองข้างมากที่สุด ร้อยละ 56.3 และ 75.0 ตามลำดับ จำนวนยาที่ใช้หยอดตามากที่สุด 3 ชนิด เท่ากันทั้งสองกลุ่ม ไม่มีโรคประจำตัวและมีโรคประจำตัวเท่ากันทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 50 โดยมีโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 25 และ 18.8 ตามลำดับ ระยะเวลาความเจ็บป่วยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง < 5 ปี มากที่สุด ร้อยละ 56.25 และ 68.75 ตามลำดับ รองลงมาคือ 6-10 ปี ร้อยละ 31.25 และ 25 ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ได้แก่ การวินิจฉัย จำนวนยาที่ใช้หยอดตา โรคประจำตัว และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคต่อหินของทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p>.05$)

กลุ่มควบคุมก่อนการทดลองมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเฉลี่ย 114.13 (S.D. = 9.21, Range = 99-130) หลังทดลองมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเฉลี่ย 116.63 (S.D. = 9.72, Range = 101-133)

กลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเฉลี่ย 112.44 (S.D. = 6.96, Range = 97-128) หลังทดลองมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเฉลี่ย 140.75 (S.D. = 3.11, Range = 133-145)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหิน ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า

กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินก่อนการทดลองเฉลี่ย 114.13 (S.D. = 9.21) และหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ย 116.63 (S.D.=9.72) โดยไม่มีความแตกต่าง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=-1.36$, $df=15, P=.193$)

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคข้อหีนก่อนการทดลองเฉลี่ย 112.44 (S.D. = 6.96) และหลังการทดลอง

คะแนนเฉลี่ย 140.75 (S.D. = 3.11) โดยพบโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้มีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=-18.99$, $df=15, P=.000$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคข้อหีน ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ paired t-test

	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t-value	df	P-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
กลุ่มควบคุม	114.13	9.21	116.63	9.72	-1.36	15	.193
กลุ่มทดลอง	112.44	6.96	140.75	3.11	-18.99	15	.000*

* $P < 0.05$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคข้อหีน ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ independent t-test

	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t-value	df	P-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
ก่อนการทดลอง	114.13	9.21	112.44	6.96	-.585	30	.563
หลังการทดลอง	116.63	9.72	140.75	3.11	11.48	18.04	.000*

* $P < 0.05$

ตารางที่ 2 แสดงเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคข้อหีน ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า

ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคข้อหีนก่อนการทดลองเฉลี่ย 114.13 (S.D. = 9.21) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 112.44 (S.D. = 6.96) โดยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=-.585$, $df=30$, $P=.563$)

หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรค

ข้อหีนก่อนการทดลองเฉลี่ย 116.63 (S.D. = 9.72) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 140.75 (S.D. = 3.11) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=11.48$, $df=18.04$, $P=.000$)

ค่าเฉลี่ยความดันตาของผู้ป่วยโรคข้อหีน ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า

กลุ่มควบคุมเป็นโรคข้อหีนที่ต้องใช้ยาหยอดตาเพื่อลดความดันตาทั้งสองข้างจำนวน 9 คน และข้างเดียวจำนวน 7 คน รวมทั้งสิ้น 25 คน (N = 25) ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันตา 15.04 มิลลิเมตรปรอท

(S.D. = 2.56 , Range = 11-19) หลังทดลองมีค่าเฉลี่ย 14.24 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 3.09, Range = 10-21) กลุ่มทดลองเป็น โรคต่อหินที่ต้องใช้ยาหยอดตา เพื่อลดความดันตาทั้งสองข้างจำนวน 12 คน และข้าง

เดียวจำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้น 28 ตา (N = 28) ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันตา 17.50 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 8.81, Range = 9-50) หลังทดลองมีค่าเฉลี่ย 14.64 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 5.06, Range = 10-34)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับที่ของระดับความดันตาของผู้ป่วยโรคต่อหิน ก่อนและหลังการทดลองภายใน กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon signed-ranks test

	จำนวน	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p-value
กลุ่มควบคุม				-0.489	.625
Negative Ranks	11	12.86	141.50		
Positive Ranks	11	10.14	111.50		
Ties	3				
Total	25				
กลุ่มทดลอง				-2.578	.010*
Negative Ranks	18	14.33	258.00		
Positive Ranks	7	9.57	67.00		
Ties	3				
Total	28				

*p < 0.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับที่ของระดับความดันลูกตาของผู้ป่วยโรคต่อหิน ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า

กลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่ของระดับความดันตา ระหว่างก่อนกับ หลังการทดลอง นำมาทดสอบด้วย Wilcoxon signed-ranks test พบว่าค่าเฉลี่ยอันดับที่ของระดับความดันตา หลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05)

กลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่ของระดับความดันตา ระหว่างก่อน กับหลังการทดลอง นำมาทดสอบด้วย Wilcoxon signed-ranks test พบว่าค่าเฉลี่ยอันดับที่ของระดับความดันตา หลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่ของระดับความดันตาของผู้ป่วยโรคต้อหิน ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Mann Whitney-U test

	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			U	p-value
	Mean	Sum	Rank	Mean	Sum	Rank		
ก่อนการทดลอง	25	26.42	660.50	28	27.52	770.50	335.50	.795
หลังการทดลอง	25	27.54	688.50	28	26.52	742.50	336.50	.808

*p < 0.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่ของระดับความดันตาของผู้ป่วยโรค ต้อหิน ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า

ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยอันดับที่ของระดับความดันตา 26.42 และกลุ่มทดลอง 27.52 เมื่อนำมาทดสอบด้วย Mann Whitney-U test พบว่าก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยอันดับที่ของระดับความดันตา ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ($U = 335.50$, $p = .795$)

หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยอันดับที่ของระดับความดันตา 27.54 และกลุ่มทดลอง 26.52 เมื่อนำมาทดสอบด้วย Mann Whitney-U test พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยอันดับที่ของระดับความดันตาของกุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ($U = 336.50$, $p = .808$)

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคต้อหินที่ได้รับการโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาดีกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการ

พยาบาลแบบปกติ อธิบายได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันเป็นพื้นฐาน มีความไว้วางใจ มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วยถึงความรุนแรงของโรคต้อหินซึ่งอาจทำให้ตาบอดได้ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต เมื่อผู้ป่วยได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ถึงปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงของปัญหามีความมุ่งมั่นพัฒนาความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ในด้านการหยอดตา ซึ่งนอกจากต้องเกิดจากความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแล้วยังต้องมีเทคนิคในการหยอดตาอย่างถูกต้อง เช่น การนำยาหยอดที่แช่ตู้เย็นมาหยอดตา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้ถึงยาที่เข้าตามากกว่ายาที่ไม่ได้แช่ตู้เย็น อีกทั้งรู้สึกสบายตามากกว่า การเน้นผู้ป่วยถึงการหยอดตาแต่ละครั้งเพียงหยดเดียวที่เข้าตาก็เพียงพอต่อการรักษา การหยอดยาหลายหยด นอกจากจะสิ้นเปลืองโดยใช่เหตุแล้ว แต่อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงทางร่างกายที่ไม่พึงประสงค์ และที่สำคัญอาจทำให้ยาไม่เพียงพอต่อการรักษาของผู้ป่วยได้อันเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยขาดยาก่อนถึงวันนัดพบแพทย์ ทำให้ความดันตาที่ต้องการการควบคุมอย่างสม่ำเสมอขึ้นมีระดับสูงขึ้นจนส่งผลทำให้ข้อผิดพลาดถูกทำลายมากขึ้น การใช้เทคนิคการลดอาการข้างเคียงทางร่างกายที่ไม่พึงประสงค์โดยการกด

หัตถาข้างที่ห้อยคยา การหลับตานิ่งไม่กระพริบตาหลังการหยอดตาใหม่ๆ การหยอดตาตรงตามเวลาโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดเวลาที่เหมาะสมของตนเองให้สะดวกต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและไม่ขัดกับแผนการรักษา การหยอดคยาตามเวลาในขณะที่รอพบแพทย์ การนำยาหยอดที่เหลื่อมมาพบแพทย์ทุกครั้งเพื่อตรวจดูและสั่งจ่ายยาให้เพียงพอต่อการมาพบแพทย์ในแต่ละครั้งโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดปริมาณยาที่จะรับในแต่ละครั้ง นอกจากนี้การปฏิบัติตัวด้านอื่นๆ ซึ่งส่งผลต่อระดับความดันลูกตา เช่น การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงหรือจำกัดความเครียด ตลอดจนหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ส่งผลให้ความดันตาสูงขึ้น และอีกด้านที่สำคัญคือ การมาพบแพทย์ตามนัด การบอกถึงอาการผิดปกติ การมาพบแพทย์ก่อนนัดเมื่อมีอาการผิดปกติหรือพบว่ายาใกล้หมด ซึ่งต้องอาศัยความเข้าใจมีการตระหนักรู้ถึงความสำคัญ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ มีตั้งเป้าหมายร่วมกัน ร่วมมือกัน และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจเลือกนำไปปฏิบัติและเมื่อนำไปปฏิบัติแล้วพบว่าเกิดผลดีต่อตนเองทำให้เกิดกำลังใจและมีความมุ่งมั่นที่จะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ดีต่อไป

จากผลการวิจัยพบว่าในกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่ของระดับความดันตาระหว่างก่อนและหลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยอันดับที่ของระดับความดันตา หลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพบว่าค่าเฉลี่ยอันดับที่ของระดับความดันตาของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) อธิบายได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยโรคต้อหิน มีระดับความดันตาลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคต้อหิน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

2. ควรนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนให้แก่นักศึกษาพยาบาลพยาบาลเวชปฏิบัติทางจักษุ ในเนื้อหาวิชาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคต้อหิน

3. ควรมีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้กับผู้ป่วยโรคต้อหินที่ห้องตรวจจักษุ โดยใช้แบบรายกลุ่ม และเพิ่มระยะเวลาการศึกษาเป็น 3 – 6 เดือน เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของลานสายตา พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และระดับความดันตา

เอกสารอ้างอิง

- คารณี จามจรี. 2545. พลังอำนาจกับการจัดการความเจ็บป่วยเรื้อรัง. วารสารกองการพยาบาล. 29(2): 55-63.
- นภาพร พรหมคำชาว. 2541. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิตย์ ทศนิยม. 2545. การส่งเสริมสุขภาพ : มิติการสร้างพลังอำนาจ. วารสารคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยขอนแก่น. 25(2): 103-114.
- ยุพิน ลีละชัยกุล. 2550. การรักษาต้อหินด้วยการใช้ยา. กรุงเทพฯ : กอไฟ่การพิมพ์.
- สมสงวน อัญญคุณ, ประภัสสร ผาดิกุลศิลา, นภาพร ตนานุวัฒน์, ดิเรก ผาดิกุลศิลา และ เกษรา พัฒนพิฑูรย์. 2552. โรคตาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ. เชียงใหม่ : วิทอินดีไซน์.
- American academy of ophthalmology. 2007. Basic and clinical science course section 10 : Glaucoma. San Francisco: American academy of Ophthalmology.
- Ashburn, F.S., Goldberg, I., & Kass, M.A. 1980. Compliance with ocular therapy. Survey of Ophthalmology. 24: 237.

- Day, D.G., Sharpe, E.D., Atkinson, M.J., Stewart, J.A., & Stewart, W.C. 2006. The clinical validity of the treatment satisfaction survey for intraocular pressure in ocular hypertensive and glaucoma patients. *Eye*. 20 (5): 586-590.
- Gibson. 1995. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*. 21(6): 1201-1210.
- Gray, T.A., Orton, L.C., Henson, D., Harper, R., & Waterman, H. 2010. Interventions for improving adherence to ocular hypotensive therapy (Review). *The Cochrane Collaboration*: John Wiley & Sons.
- Muir, K.W., Santiago-Turla, C., Stinnett, S.S., Herndon, L.W., Allingham, R.R., Challa, P., & Lee, P.P. 2006. Health Literacy and Adherence to Glaucoma Therapy. *American Journal of Ophthalmology*. 142(2): 223-226.
- Quigley, H.A. & Broman, A.T. 2006. The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020. *British Journal of Ophthalmology*. 90(3): 262-267.
- Tsai, J.C., McClure, C.A., Ramos, S.E., Schlundt, D.G., & Pichert, J.W. 2003. Compliance barriers in glaucoma: a systematic classification. *Journal of Glaucoma*.; 12:393-8.