



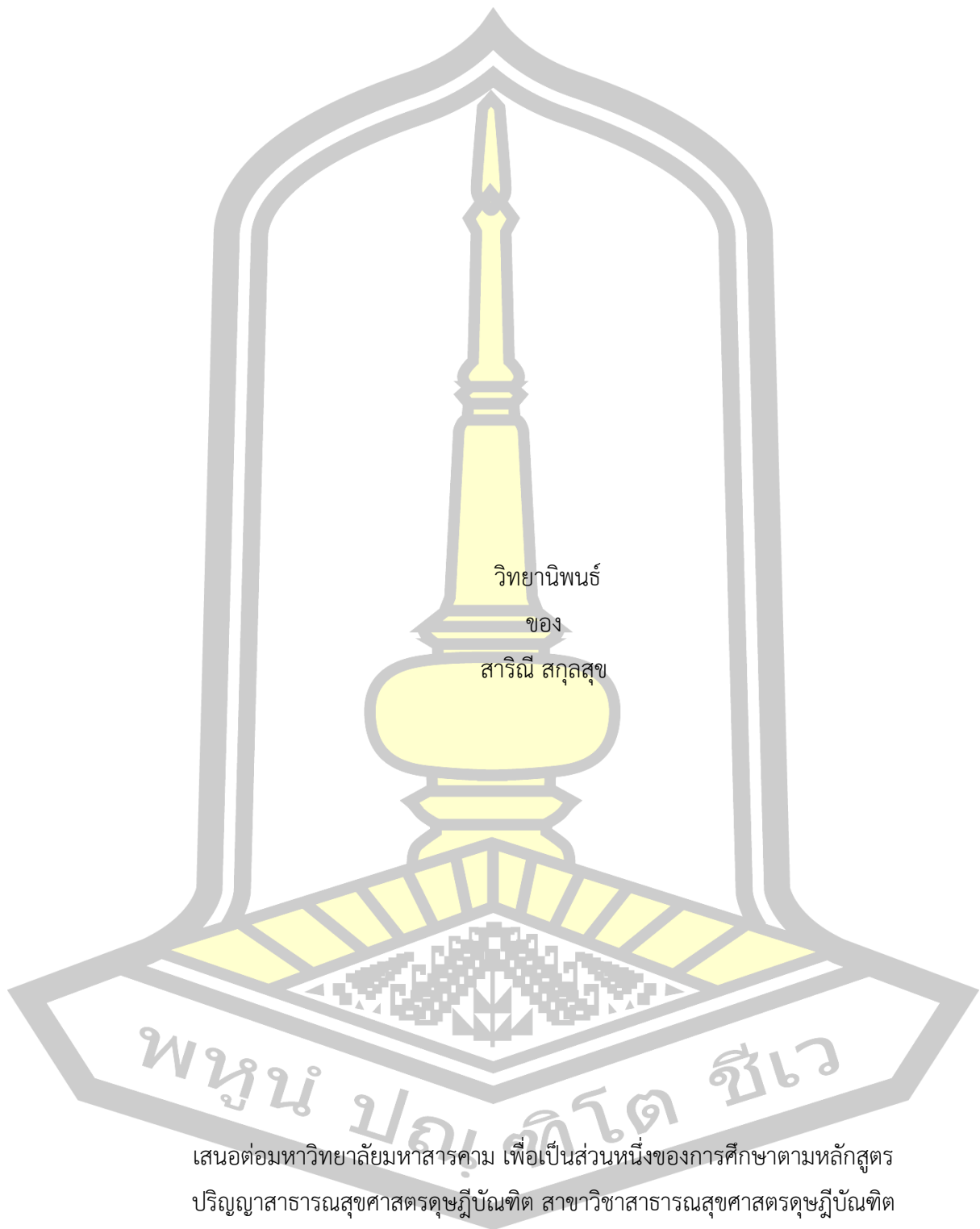
การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกสันหลังส่วนคอเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน

วิทยานิพนธ์
ของ
สาริณี สกุลสุข

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
มิถุนายน 2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน

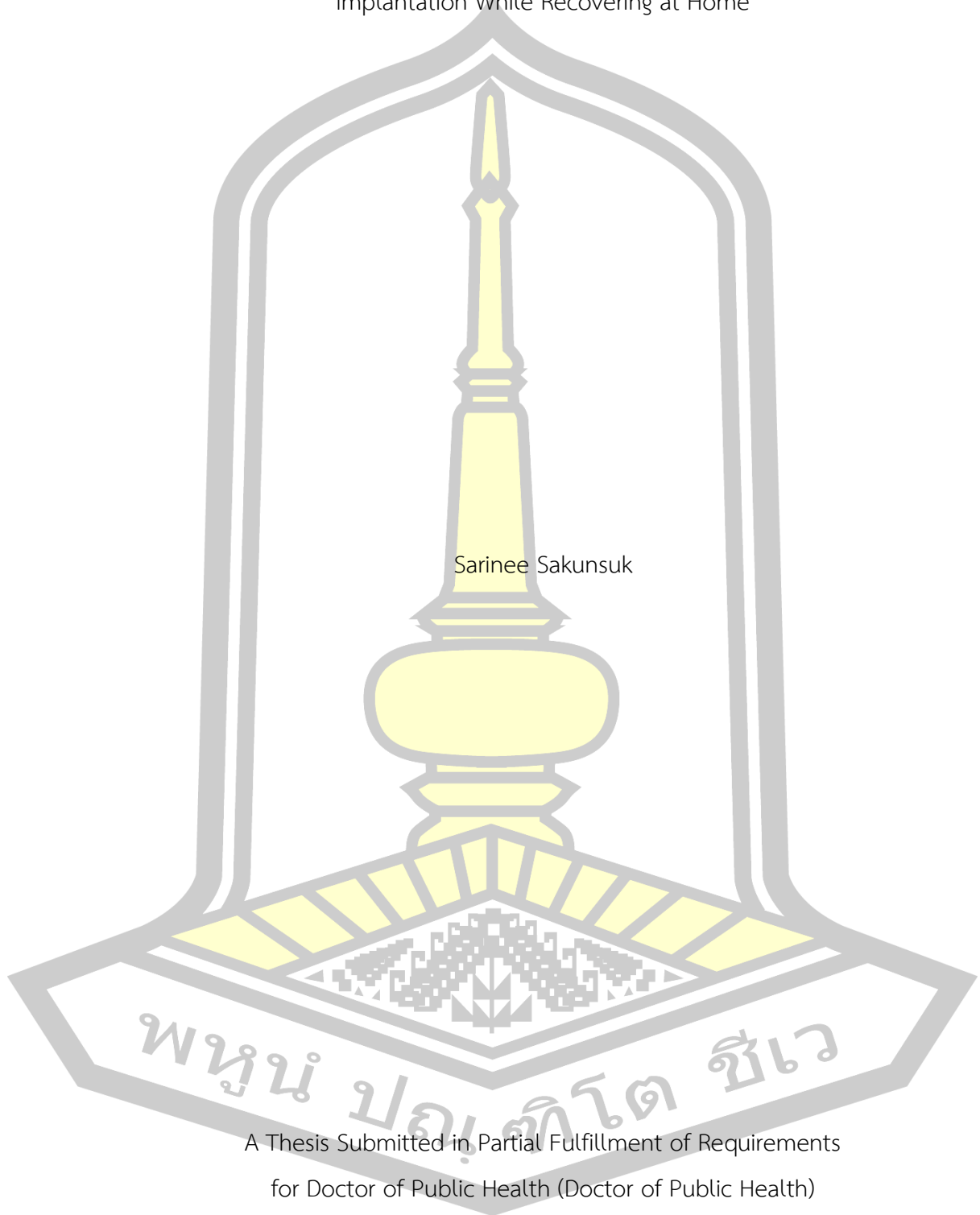


มิถุนายน 2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Development of A Patient Care Model After Cataract Surgery and Intraocular Lens
Implantation While Recovering at Home

Sarinee Sakunsuk



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Doctor of Public Health (Doctor of Public Health)

June 2024

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวสาริณี สกุลสุข แล้วเห็นสมควร
รับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร
ดุษฎีบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. วรางคณา จันท์คง)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. จตุพร เหลืองอุบล)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อ. ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์)

กรรมการ

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

กรรมการ

(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

กรรมการ

(อ. ดร. สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพัก พื้นที่บ้าน		
ผู้วิจัย	สาริณี สกุลสุข		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จตุพร เหลืองอุบล อาจารย์ ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรดุษฎี บัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2567

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นแบบผสมผสานวิธี (Mixed Method) วิธีมีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม และศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม การวิจัยออกแบบเป็น 2 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์แบบตัดขวาง ใช้ข้อมูลเชิงปริมาณ ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงปฏิบัติการ ผู้ศึกษาได้กำหนดรายละเอียดขั้นตอนเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัยกลุ่มเป้าหมายที่ใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ การศึกษาครั้งนี้มีผู้ร่วมวิจัยจำนวน 4 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 จักษุแพทย์โรคต่อกระดูก (3 คน) กลุ่มที่ 2 เภสัชกร (1 คน) กลุ่มที่ 3 พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยแผนกจักษุ (8 คน) พยาบาลวิชาชีพประจำตึกผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ (2 คน) พยาบาลวิชาชีพประจำห้องผ่าตัด (2 คน) กลุ่มที่ 4 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกจำนวน 141 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก จำนวน 111 คนเครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามแบบสัมภาษณ์ แบบทดสอบ และแบบประเมิน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ด้วยการวิเคราะห์พหุคูณ พบว่า อายุ ภาวะวิตกกังวล อาการหลังผ่าตัดต่อกระดูก ข้างที่ผ่าตัดต่อกระดูก สิทธิการรักษา และระดับการศึกษา สามารถร่วมกันพยากรณ์การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ได้ร้อยละ 98.8 และผลการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม การทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม โดยภาพรวม พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม มีความคิดเห็นแตกต่าง

กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ภาพรวมอยู่ในระดับมาก

สรุปและข้อเสนอแนะ ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลังผ่าตัดต่อกระดูกได้รับความรู้ที่เหมาะสม ครบถ้วนและสอดคล้องกับเนื้อหาในการให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก สามารถนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยที่ดียิ่งขึ้นต่อไปและสามารถนำข้อมูลวิจัยนี้เป็นแนวทางในการพัฒนาในหน่วยงานและเป็นองค์ความรู้ ผู้ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสามารถนำงานวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน

คำสำคัญ : ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก, เลนส์ตาเทียม, การดูแลตนเองที่บ้าน



TITLE	Development of A Patient Care Model After Cataract Surgery and Intraocular Lens Implantation While Recovering at Home		
AUTHOR	Sarinee Sakunsuk		
ADVISORS	Assistant Professor Jatuporn Luangubol , Ph.D. Terdsak Promarak , Ph.D.		
DEGREE	Doctor of Public Health	MAJOR	Doctor of Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2024

ABSTRACT

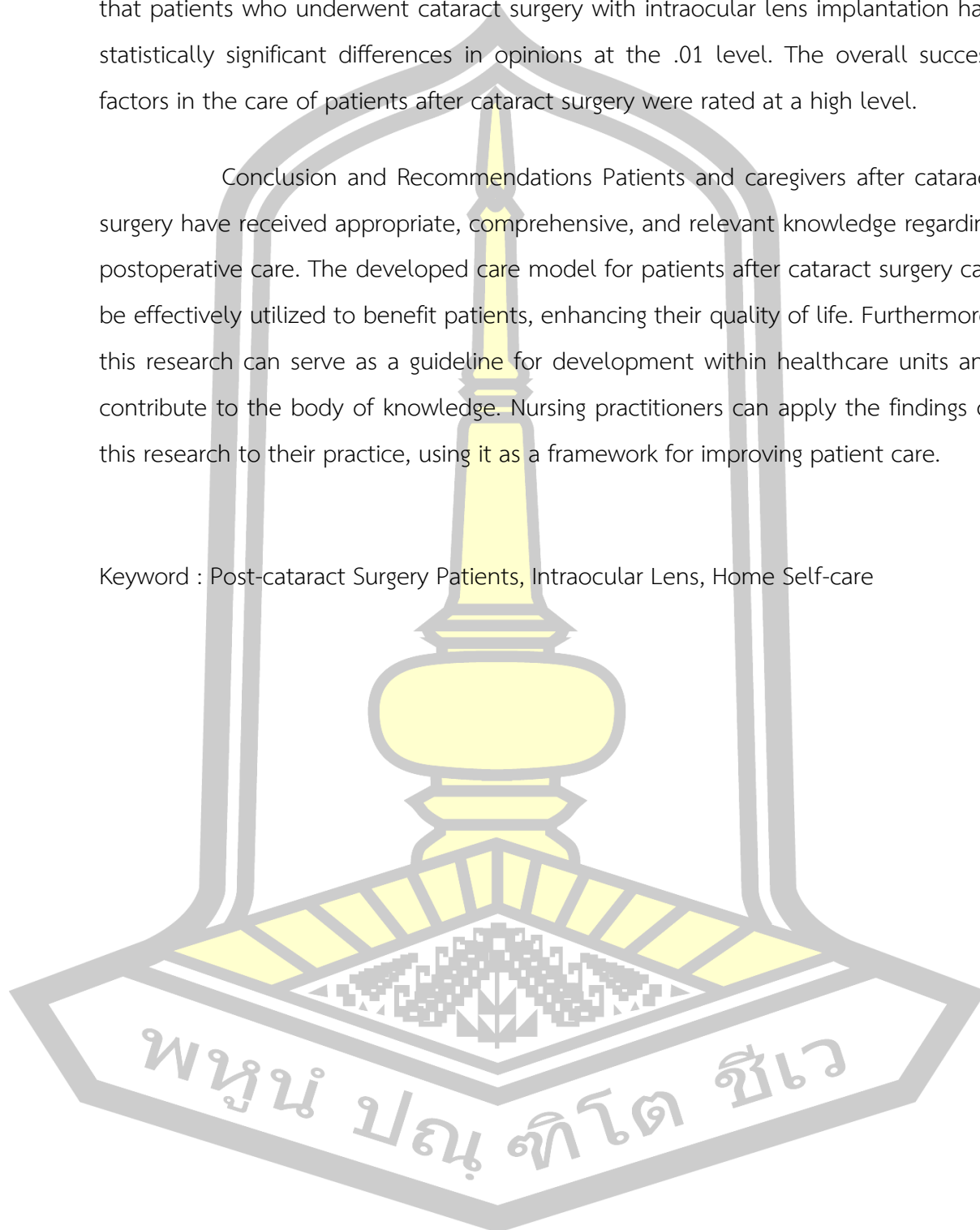
This research employs a mixed-method approach with the objectives of studying the care situation of patients after cataract surgery with intraocular lens implantation and examining the care model for these patients. The research is divided into two phases Phase 1 Cross-Sectional Study Utilizes quantitative data to study the care situation of patients after cataract surgery. Instruments used include questionnaires, interviews, tests, and assessment forms. Phase 2 Action Research. Focuses on developing and implementing the care model for patients after cataract surgery Instruments used include questionnaires, interviews, tests, and assessment forms. The study involves four target groups Cataract Ophthalmologists (3 people) Pharmacist (1 person) Professional Nurses. In the ophthalmology ward (8 people). In the outpatient ophthalmology department (2 people). In the operating room (2 people) Post-cataract Surgery Patients (141 people) and their Caregivers (111 people). Statistical methods used for data analysis include descriptive statistics and inferential statistics.

Research Findings The factors influencing the care of patients after cataract surgery with intraocular lens implantation, analyzed using multiple regression analysis, include age, anxiety levels, postoperative symptoms, the operated eye, healthcare entitlement, and education level. Together, these factors can predict 98.8% of the care provided to patients after cataract surgery with intraocular lens implantation. Regarding the development of the care model for patients after cataract surgery with

intraocular lens implantation, the knowledge test on self-care post-surgery revealed that patients who underwent cataract surgery with intraocular lens implantation had statistically significant differences in opinions at the .01 level. The overall success factors in the care of patients after cataract surgery were rated at a high level.

Conclusion and Recommendations Patients and caregivers after cataract surgery have received appropriate, comprehensive, and relevant knowledge regarding postoperative care. The developed care model for patients after cataract surgery can be effectively utilized to benefit patients, enhancing their quality of life. Furthermore, this research can serve as a guideline for development within healthcare units and contribute to the body of knowledge. Nursing practitioners can apply the findings of this research to their practice, using it as a framework for improving patient care.

Keyword : Post-cataract Surgery Patients, Intraocular Lens, Home Self-care



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยสำหรับนิสิตระดับบัณฑิตศึกษา งบประมาณเงินรายได้ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้ศึกษาจึงขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ ที่นี้

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความอนุเคราะห์จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและอาจารย์ ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมที่ได้ให้คำปรึกษา อบรม สั่งสอน ให้คำแนะนำแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดการศึกษาวิจัย จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งในความเมตตา กรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงยิ่งไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบเค้าโครงวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ คณาจารย์ผู้สอน คณาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ทุกท่าน ที่ให้ความรู้ อบรมสั่งสอน ให้เป็น บัณฑิตที่มีคุณภาพ ตลอดจนท่านผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่า และให้ข้อเสนอแนะ เพื่อปรับปรุงแก้ไขการวิจัยให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ป่วยโรคต่อกระจาก ผู้ดูแล แพทย์ และพยาบาลทุกท่าน ที่สละเวลาอันมีค่า โดยให้ความรู้ร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

ท้ายนี้ ขอขอบคุณครอบครัวสกุลสุข และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ กล่าววามมา ที่คอยเป็นกำลังใจและสนับสนุนช่วยเหลือด้วยดีมาโดยตลอด

สาริณี สกุลสุข

พูน ปณ จิตโต ชีเว

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพประกอบ.....	ท
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย	4
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	5
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ	6
1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
2.1 แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับโรคต่อกระดูก.....	8
2.2 การจัดการบริการสุขภาพ.....	18
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home care).....	23
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนา.....	36
2.5 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	38
2.6 การวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Method Research)	46
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	50

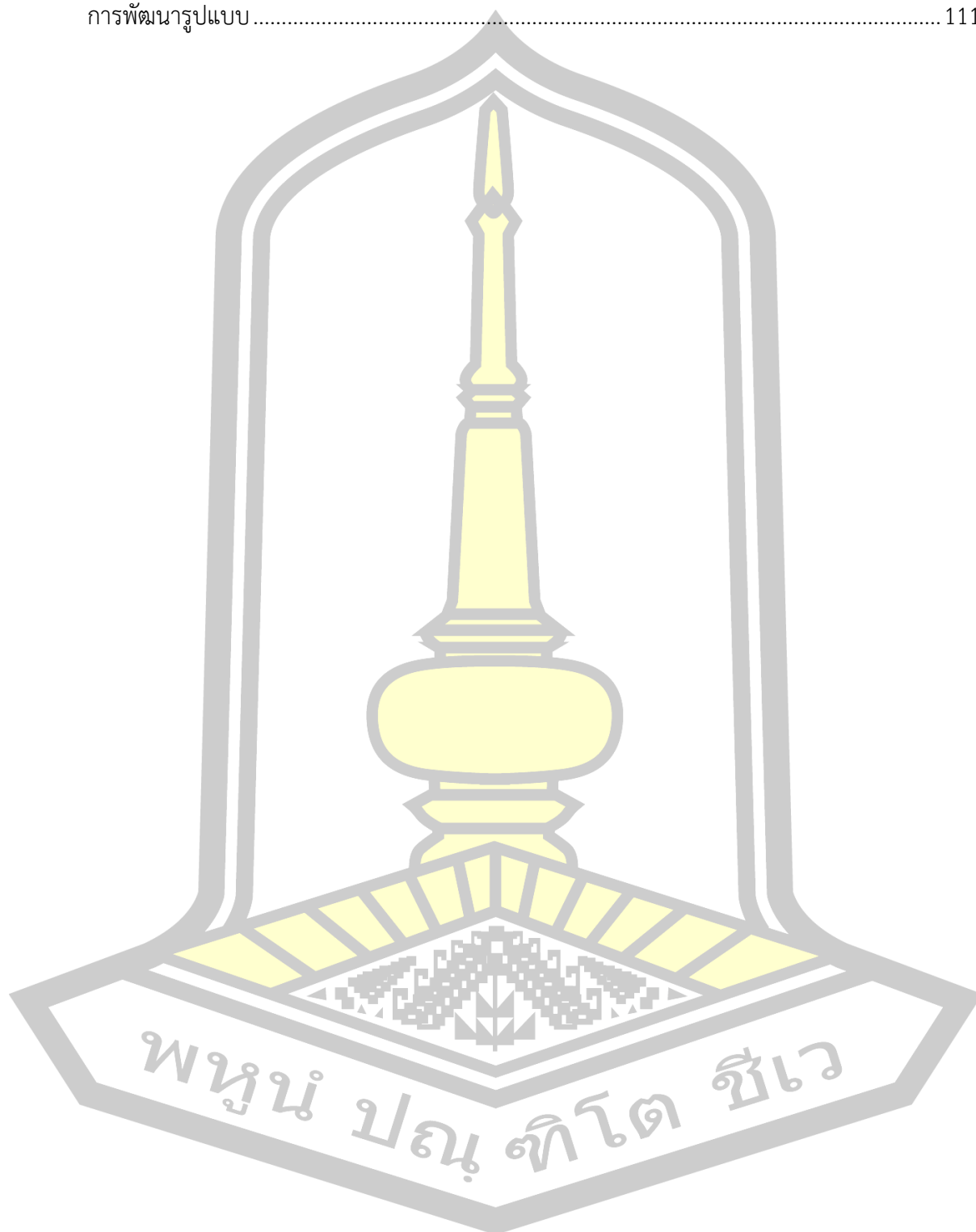
2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	56
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	58
3.1 พื้นที่การศึกษาและขอบเขตการวิจัย.....	58
3.2 ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์แบบตัดขวาง (Cross-Sectional Study).....	59
3.3 ระยะที่ 2 ศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research).....	64
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	77
4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	77
4.2 ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์แบบตัดขวาง (Cross-Sectional Study).....	78
4.2 ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research).....	89
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	114
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	114
5.2 อภิปรายผล.....	119
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	124
บรรณานุกรม.....	125
ภาคผนวก.....	137
ภาคผนวก ก หนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญในการประเมิน.....	138
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	150
ภาคผนวก ค วัตถุประสงค์ และคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน.....	166
ภาคผนวก ง ตารางแสดงการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of Item Object).....	172
ภาคผนวก จ ภาพกิจกรรมในงานวิจัย.....	181
ภาคผนวก ฉ รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ.....	188
ประวัติผู้เขียน.....	190

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การจำแนกโรคต่อกระดูก.....	21
ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกระดับประเทศไทยจำแนกตามเขตบริการสุขภาพ พ.ศ. 2562-2566.....	22
ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกระดับเขตบริการสุขภาพที่ 8 จำแนกตามจังหวัด พ.ศ. 2562-2566.....	22
ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละ ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียมขณะพักพื้นที่บ้าน จำแนกตามลักษณะทางประชากร (n = 111).....	78
ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนก ตามอาการหลังผ่าตัดต่อกระดูก (n = 111).....	80
ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนก ตามพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียมขณะพักพื้นที่บ้าน (n = 111)....	81
ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนก ตาม ภาวะวิตกกังวลหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียมขณะพักพื้นที่บ้าน (n = 111).....	83
ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามระดับการดูแลผู้ป่วยต่อกระดูก หลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียมขณะพักพื้นที่บ้าน (n=111).....	84
ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักพื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม.....	84
ตารางที่ 10 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่ เลนส์ตาเทียม ขณะพักพื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม โดยใช้สถิติ Multiple Linear Regression ด้วยวิธี Stepwise.....	85
ตารางที่ 11 แสดงปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก โรงพยาบาลนครพนม (n=111).....	87
ตารางที่ 12 กิจกรรมในการดำเนินงาน.....	94

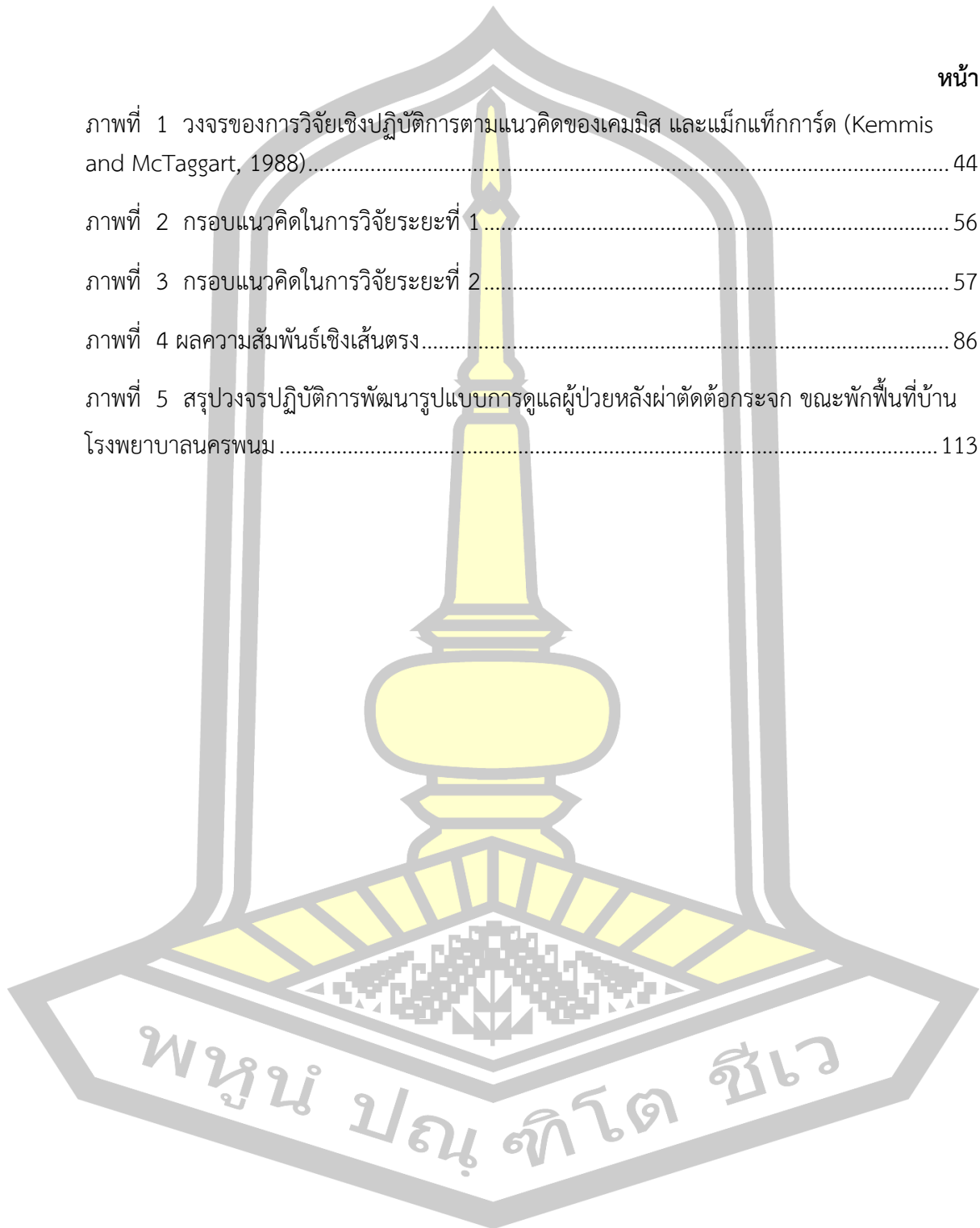
ตารางที่ 13 เปรียบเทียบการทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์ตาเทียมขณะพักพื้นที่บ้าน	99
ตารางที่ 14 เปรียบเทียบการประเมินการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์ตาเทียมขณะพักพื้นที่บ้าน	99
ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ และคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์ตาเทียมขณะพักพื้นที่บ้าน (n = 30).....	100
ตารางที่ 16 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระจก (n=111)	103
ตารางที่ 17 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามความถี่ของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระจก (n=111).....	105
ตารางที่ 18 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง (n=111).....	105
ตารางที่ 19 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์ตาเทียมขณะพักพื้นที่บ้าน (n=111).....	106
ตารางที่ 20 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามความถี่ของคะแนนการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์ตาเทียมขณะพักพื้นที่บ้าน (n=111)	107
ตารางที่ 21 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์ตาเทียม ขณะพักพื้นที่บ้าน (n=111).....	107
ตารางที่ 22 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ (n=111).....	108
ตารางที่ 23 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ (n=111).....	109
ตารางที่ 24 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วย (n=111).....	109
ตารางที่ 24 (ต่อ).....	110
ตารางที่ 25 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วย (n=111)	110

ตารางที่ 26 เปรียบเทียบขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน ก่อนและหลัง การพัฒนารูปแบบ	111
---	-----



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพที่ 1 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิส และแม็กแท็กการ์ด (Kemmis and McTaggart, 1988).....	44
ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัยระยะที่ 1.....	56
ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัยระยะที่ 2.....	57
ภาพที่ 4 ผลความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง.....	86
ภาพที่ 5 สรุปวงจรปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจก ขณะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม	113



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคต้อกระจก (Cataract) เป็นโรคที่เกิดการเสื่อมหรือขุ่นของเลนส์ตา ทำให้ตามัวลงช้า ๆ โดยทั่วไปมักเริ่มมีอาการมองเห็นภาพซ้อนเวลามองแสงสว่าง ลักษณะอาการมัวเหมือนมีหมอก หรือ ฝ้าขาวบัง มักไม่มีอาการปวดตา ระดับค่าสายตาเปลี่ยนแปลง และสามารถพบได้สำหรับบุคคลที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ซึ่งอาการแทรกซ้อนที่พบได้มากที่สุดของต้อกระจก (Cataract) คือตาบอด (Blinding Cataract) และการตาบอดเป็นสาเหตุของทั่วโลก (Majid Moshirfar et al., 2022) ในปีค.ศ. 2022 มีผู้ป่วยโรคต้อกระจก (Cataract) ประมาณ 94 ล้านคนทั่วโลก พบภาวะตาบอด 45 ล้านคน และจำนวนการผ่าตัดต้อกระจก 1 ล้านคนต่อปีแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศโลก องค์การอนามัย ประเมินการผ่าตัดต้อกระจกที่ 4,000 ถึง 5,000 ต่อล้านคนในสหรัฐอเมริกา ซึ่งสหรัฐอเมริกามีผู้ป่วย ต้อกระจกมากกว่า 22 ล้านคน ตัวเลขดังกล่าวคาดว่าจะสูงถึง 30.1 ล้าน อุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามอายุ ผู้ป่วยอายุ 43 ถึง 54 ปี มีอุบัติการณ์ร้อยละ 8.3 ในขณะที่ผู้ป่วยอายุมากกว่า 75 ปีมีอุบัติการณ์สูงถึง ร้อยละ 70.5 มีการผ่าตัดต้อกระจก 3.7 ล้านครั้งในสหรัฐอเมริกา โดยมีข้อมูลบ่งชี้ว่าอุบัติการณ์ของ การผ่าตัดต้อกระจกจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอุบัติการณ์ที่พบคือติดเชื้อหลังผ่าตัดต้อกระจก (Endophthalmitis) จำนวน 307 คน ร้อยละ 2.94 (Seth Kaufman, 2011) และในผู้ป่วยที่มา โรงพยาบาลด้วยโรคกระจกตาอักเสบติดเชื้อ 435 คน จากภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด คือความ เสี่ยงที่เพิ่มขึ้นต่อการติดเชื้อหลังผ่าตัดต้อกระจก (Endophthalmitis) ในกรณีของการติดเชื้อหลัง ผ่าตัดต้อกระจก (Endophthalmitis) พบว่าร้อยละ 15-30 มีผลกระทบต่อการมองเห็น ซึ่งหลังการ ผ่าตัดมีการมองเห็นลดลงน้อยกว่า 20/200 ไปจนถึงการสูญเสียตา ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและ การสูญเสียคุณภาพชีวิต (ปานเนตร ปางพุฒิพงศ์ และคณะ, 2557)

จากการสำรวจสภาวะตาบอดของสมาคมจักษุแพทย์แห่งประเทศไทยใน พ.ศ.2565 พบว่า ประชากรไทยมีความชุกของตาบอดร้อยละ 3.58 และสายตาเลือนรางร้อยละ 4.01 พ.ศ. 2565 พบ ผู้ป่วยที่เป็นต้อกระจกจำนวน 6,769,041 คน และผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกจำนวน 127,584 คน และรอผ่าตัดต้อกระจก จำนวน 143,210 คน (กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขกระทรวง สาธารณสุข, 2565) นอกจากนั้นต้อกระจกยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียสายตาถึงร้อยละ 85.68 ซึ่งปัจจุบันโรคต้อกระจกเป็นโรคสำคัญทางจักษุ มีอัตราการป่วยด้วยโรคต้อกระจกมากกว่าร้อยละ 50 ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์เทียม (มนัสนันท์ วงษ์หาแก้ว, 2563) พบเขตสุขภาพที่ 8 มีผู้ป่วย ที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกจำนวน 10,352 คน และรอผ่าตัดต้อกระจก จำนวน 10,627 คน ทั้งนี้ จังหวัดนครพนมมีผู้ป่วยเป็นต้อกระจกจำนวนมากที่สุดจำนวน 4,640 คน ผู้ป่วยรอการผ่าตัดจำนวน 2,334 คน และผ่าตัดแล้วจำนวน 2,306 คน (Eye Health Data Center, 2023)

สาเหตุสำคัญของภาวะตาบอด สืบจากโดยองค์การอนามัยโลก พบว่าเกิดจากโรคต้อกระจก ร้อยละ 50 และความพิการทางตาทุกประเภทจะพบว่าเพิ่มขึ้นตามอายุของประชากรที่มากขึ้น ประกอบกับประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุทำให้มีปัญหายายตามากขึ้นเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่นับวันจะทวีความรุนแรงขึ้นตามลำดับ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขา ตา ได้นำแผนแม่บทการพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุขสาขาจักษุวิทยา “ประชาชนชาวไทย สามารถเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐานได้อย่างทั่วถึง และเป็นธรรมไปสู่การมีสุขภาพตาดี” (Eye Health Data Center, 2023) และแนวคิดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เพื่อให้เกิดการ บริการที่ดี (Better Service) มีประสิทธิภาพ (More Efficiency) บริการที่ไร้รอยต่อ (Seamless) มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันมาเป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินงาน ซึ่งจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพตาที่ดี ผู้ป่วยโรคตาหาย/ทุเลา มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ, 2565) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ตั้งเป้าหมายการลดความชุกภาวะตา บอดให้ต่ำกว่า 0.50 ภายใน พ.ศ. 2563 และรณรงค์ไม่ให้มีผู้ที่ตาบอดหลงเหลืออยู่ร้อยละ 80 ของ ภาวะตาบอดสามารถป้องกันหรือรักษาได้ เพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายสำคัญในการขจัดตาบอด และสายตาสั้นจากต้อกระจก เพื่อให้ประชาชนไทยสามารถเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐานได้อย่าง ทั่วถึงและเป็นธรรมไปสู่การมีสุขภาพตาดี (วรภัทร วงษ์สวัสดิ์, 2565) การดูแลตนเองของผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดต้อกระจก มีความจำเป็นอย่างมาก ถ้าไม่ได้รับการดูแลอาการหลังผ่าตัดต้อกระจกอาจทำให้ตา มัวลง ตาแดง เคืองตา น้ำตาไหล สู้แสงไม่ได้ และมีขี้ตา ตรวจตามักพบว่าระดับสายตาลดลงกว่า ภายหลังการผ่าตัดใหม่ ๆ มีอาการหนังตาบวม เยื่อบุตาแดง และอาการบวมร่วมกับมีเลือดคั่ง (Meisler, and Mandelbaum S, 1987) กระจกตาอาจบวม และขุ่นได้ มีขี้ตาแฉะสีเหลือง คล้าย หนอง (Hypopyon Level) วัณตาขุ่นมีการอักเสบรอบ ๆ เส้นเลือดที่จอประสาทตาได้ (Periphlebitis) (Roussel, 1987) การตรวจพบเซลล์อักเสบบนกระจกตาด้านใน (Keratic Precipitate: KP) มักพบ บันขาว ๆ อยู่ในเยื่อหุ้มเลนส์ตา หรืออยู่หลังเลนส์ตาเทียม อาจพบความดันตาสูงได้ (Baum J, 1982) ในคนที่เกิดจากการติดเชื้อจะมีอาการตามัวลง หรือเห็นจุดดำลอยในตา เชื้อโรคมักจะฝังตัวที่เส้นเลือด ของคอร์อยด์ก่อนแล้วลุกลามผ่านชั้นจอประสาทตาเข้าสู่วัณตา ตรวจพบรอยโรคที่จอประสาทตาเป็น รอยขาว ๆ อาจมีการอักเสบ รอบเส้นเลือด น้ำวัณตามักขุ่น ความดันตาอาจสูงขึ้นได้ หลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง คืออาการอักเสบของเนื้อเยื่อภายในดวงตาที่มักเกิดจากการติดเชื้อ (Endophthalmitis) (Elsie Chan, 2010) (Goel Ruchi, 2022) ซึ่งภาวะเลนส์เลื่อนหลุด และภาวะ ติดเชื้อหลังผ่าตัดต้อกระจกจะส่งผลต่อการมองเห็น ซึ่งทำให้การมองเห็นลดลงได้ (Thomas Kohnen, 2009)

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์เทียม คือ เลนส์เลื่อนหลุด และการ ติดเชื้อหลังผ่าตัด (Endophthalmitis) การผ่าตัดต้อกระจกจัดเป็นแผลผ่าตัดชนิดแผลสะอาด (Yu-Chi Liu et al., 2017) ซึ่งตามเกณฑ์การควบคุมคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด อัตราการติดเชื้อ เป็นศูนย์ (Javitt JC et al., 1991) จากอุบัติการณ์พบการติดเชื้อหลังผ่าตัดต้อกระจก (สถาบันรับรอง คุณภาพสถานพยาบาล, 2565) อัตราผู้ป่วยที่มีระดับการมองเห็นลดลงหลังการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 11.12 นอกจากนั้นยังพบการรับรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องร้อยละ 88 มีการ

เช็ดตาและหยอดตาไม่ถูกต้อง ร้อยละ 62 มีความวิตกกังวลในการทำผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด ร้อยละ 58 ยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับการใช้ผ้าครอบตา และร้อยละ 35 (เรวดี ศรีสุข, 2564) การขานนับร้อยละ 74.80 และยังปฏิบัติตนไม่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อหลังทำผ่าตัด โรคต่อกระจกก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และครอบครัว (พรทิพย์ มงคลสวัสดิ์, 2556) ซึ่งการติดเชื้อมักเกิดระหว่าง 3-4 วันหลังผ่าตัด (Fox GM et al., 1991) และส่วนใหญ่พบหลังการรักษาภายใน 7 วัน (เมธี อึ้งอาภรณ์, 2563) ในจังหวัดนครพนม พบเลนส์เลื่อนหลุด และการติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระจก (Endophthalmitis) จากสถิติ พ.ศ. 2561-2565 (สถิติผ่าตัดต่อกระจก, 2565) เกิดภาวะแทรกซ้อนจากเลนส์เลื่อนหลุด ร้อยละ 0.36, 0.32, 1.00, 0.31 และ 0.57 ตามลำดับ และภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระจก (Endophthalmitis) ร้อยละ 0.09, 0.08, 0.17, 0.08 และ 0.07 ตามลำดับ ซึ่งการติดเชื้อมักเกิดระหว่าง 3-4 วัน หลังผ่าตัดมีจำนวน 3 คน จากอุบัติการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว (พัชรา บรรดาศักดิ์, 2564) ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สูญเสียเวลา ค่าใช้จ่าย และขณะทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยมีอาการตามัว มองเห็นไม่ชัด ส่งผลต่ออุปสรรคในการดำเนินชีวิต (อรุณรัตน์ รอดเชื้อ, 2554) เมื่อมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องจะทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น

การรักษาผู้ป่วยโรคต่อกระจกด้วยการผ่าตัดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายอาการหลังผ่าตัดต่อกระจก และภาวะวิตกกังวลหลังผ่าตัดใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน รวมไปถึงการพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยนั้น จำเป็นต้องมีการประเมินความรุนแรงเมื่อมีอาการปวด และอาการไม่สบายตาอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัดต่อกระจก มีการวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ การเคลื่อนไหว การมองเห็น การได้ยิน กิจวัตรประจำวัน และความรู้สึกไม่สบาย/อาการอื่น ๆ ที่ตามมา (Susanna Porela-Tiihonen and Hannu Kokki, 2016) นอกจากนั้นยังมีการประเมินระยะการพักฟื้นและอาการทางตาด้วยการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคต่อกระจก ซึ่งต้องได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ วิดีทัศน์เรื่องโรคต่อกระจก การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดต่อกระจก แผนการสอนเรื่องการเช็ดตาแบบปราศจากเชื้อ การหยอดตา ป้ายตา และการครอบตา มีคู่มือการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระจก และแผนการโทรศัพท์เยี่ยมบ้านก่อนและหลังการผ่าตัด (ปรีศนิย์ พันธุ์สิกร และศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล, 2563) และผู้ป่วยต้องได้รับการสนับสนุน และให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคต่อกระจก ซึ่งมีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก ทั้งด้านการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการจัดสิ่งแวดล้อม ให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี (กนกพร อริยวงค์, ศุภพร ไพฑูริ และทนายตะวัน สลิวงค์, 2562) จากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเชื่อว่าความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองหลังจำหน่ายกลับบ้าน สามารถช่วยในเรื่องความรู้สึกความกลัว ความกังวล และความเครียดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ความทุกข์ใจจากการเจ็บป่วย การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยต่อตนเองด้วย (ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ, ไบบัว เสวตสุวรรณ, และสมัย นงนุช, 2563) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกจึงมีการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก (ละมิตร์ ปีกขาว, เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, และกาญจนา หัถรังษี, 2563) ด้วยวิธีการวิเคราะห์สภาพปัญหา พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบโดยใช้คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก วิดีทัศน์และแผ่นพับโดยละเอียด และประเมินประสิทธิผลทางด้านปัจจัยด้านโครงสร้าง การเรียนรู้ การอบรม การจัดทำแนวทางปฏิบัติ การจัดทำสื่อการสอน

บุคลากร ปัจจัยด้านกระบวนการพยาบาล ด้านการรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง (Knowing) ด้านการเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (Being With) ด้านการช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ (Doing For) ด้านการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ (Enabling) และด้านการดำรงไว้ซึ่งความหวัง ความเชื่อ ความศรัทธา (Maintaining Belief) และปัจจัยด้านผลลัพธ์ ความรู้ ทักษะ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ มีความเหมาะสม และครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน ยังไม่มีแนวทางในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระดูกที่ชัดเจน ข้อมูลที่ได้รับในใจอวิตทัศน์ กับแผนพับไม่ตรงกัน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ที่ไม่ตรงกัน ทำให้ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานไม่ได้รับการพัฒนาในการดำเนินงาน และการดำเนินกิจกรรมเกิดขึ้นไม่ต่อเนื่อง นอกจากนั้นหลังผ่าตัดต่อกระดูก ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามคำแนะนำ ทั้งอาการหลังผ่าตัดต่อกระดูก และภาวะวิตกกังวลหลังผ่าตัดใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน รวมไปถึงการพฤติกรรมดูแลตนเอง เช่น การเช็ดตาและการหยอดตาที่ถูกต้อง การเช็ดทำความสะอาดตา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานตามแพทย์สั่ง และการได้รับความรู้เมื่อมีอาการผิดปกติ ควรมาพบแพทย์ตามนัด ดังนั้นผู้ป่วยควรปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อ และเลนส์เลื่อนหลุด ทั้งนี้ถ้ามีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง ลดความหวาดกลัว ลดภาวะวิตกกังวล และยังช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี กลับไปดำรงชีวิตได้ตามปกติ ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียมขณะพักฟื้นที่บ้าน และงานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน โดยผู้วิจัยจะใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียมที่เหมาะสม และพัฒนาการดูแลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม เพื่อภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดต่อผู้ป่วยและทำให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

1.2 คำถามการวิจัย

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้านที่มีเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียมขณะพักฟื้นที่บ้าน

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์ตาเทียมขณะพักฟื้นที่บ้าน

1.3.2.2 เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์ตาเทียมขณะพักฟื้นที่บ้าน

1.3.2.3 เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์ตาเทียมขณะพักฟื้นที่บ้าน

1.3.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์ตาเทียมขณะพักฟื้นที่บ้าน

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตในการศึกษา ดังนี้

1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์ตาเทียมในรูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยจำหน่าย จนถึงผู้ป่วยกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ตามแนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Care) โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน PAOR ของ (Kemmis และ McTaggart, 1988) ประกอบด้วย ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกต (Observation) และขั้นสะท้อนผลข้อมูล (Reflection)

1.4.2 ขอบเขตด้านประชากร

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย

1.4.2.1 ผู้ป่วยต่อกระจกที่ได้รับการวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ว่าเป็นโรคต่อกระจกและขึ้นทะเบียน ณ ตึกผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ โรงพยาบาลนครพนม โดยกำหนดช่วงเวลาในเดือน พฤษภาคม 2566 ถึง มกราคม 2567 ในการหาขนาดตัวอย่างของผู้ป่วยต่อกระจกที่ได้ขึ้นทะเบียนรับการรักษาด้วยการผ่าตัดจำนวน 1,098 ราย (Eye Health Data Center, 2023) ที่ต้องเข้ารับบริการในการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์ตาเทียม ณ โรงพยาบาลนครพนม มีขนาดตัวอย่างผู้ป่วยในระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์ตาเทียม จำนวน 111 ราย และระยะที่ 2 เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์ตาเทียมจำนวน 141 คน

1.4.2.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยต่อกระจกที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยหลังต่อกระจกใสเลนส์ตาเทียมขณะพักฟื้นที่บ้าน จำนวน 111 คน

1.4.2.3 ผู้ให้บริการในการดูแลผู้ป่วยโรคต่อกระจก ของแผนกจักษุ โรงพยาบาลนครพนม ประกอบด้วย จักษุแพทย์โรคต่อกระจก (3 คน) เภสัชกร (1 คน) พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยแผนกจักษุ (8 คน) พยาบาลวิชาชีพประจำตึกผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ (2 คน) พยาบาลวิชาชีพประจำห้องผ่าตัด (2 คน) รวมจำนวน 16 คน

1.4.3 ขอบเขตด้านสถานที่

การวิจัยครั้งนี้มีขอบเขตพื้นที่ในเขตรับผิดชอบการให้บริการสุขภาพแบ่งการปกครอง เป็น 12 อำเภอ ตั้งอยู่ในพื้นที่จังหวัดนครพนม ห่างจากอำเภอเมือง และโรงพยาบาลนครพนม

1.4.4 ขอบเขตด้านเวลา

ในการศึกษาครั้งนี้ มีขอบเขตพื้นที่ในการศึกษา ระยะเวลาของการศึกษาระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2566 ถึง 31 มกราคม 2567

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 ผู้ป่วยโรคต้อกระจก หมายถึง บุคคลที่มีแก้วตาขุ่น มีสภาพสายตาสลายรัง โดยมียระดับสายตาสายที่ต่ำที่สุดไม่เกิน 20/70 และได้รับการวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ประจำแผนกจักษุ โรงพยาบาลนครพนม ว่าเป็นโรคต้อกระจก และมาตามแพทย์นัดผ่าตัดครั้งแรก โดยเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลเพื่อรับการผ่าตัดต้อกระจกใส่แก้วตาเทียม (Phacoemulsification with Intraocular Lens หรือ Phaco & IOL)

1.5.2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก หมายถึง บุคคลที่ได้รับวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ว่าเป็นโรคต้อกระจก และได้รับการผ่าตัดต้อกระจก หลังผ่าตัดต้อกระจก 1 วัน ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจตาจากจักษุแพทย์ ถ้าอาการปกติผู้ป่วยจะจำหน่าย และนัดผู้ป่วยมา 1 สัปดาห์ เพื่อนัดมาตรวจดวงตา และวัดระดับสายตา

1.5.3 ผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก หมายถึง บุคคลในครอบครัว หรือใกล้ชิดกับผู้ป่วย หลังผ่าตัดต้อกระจก ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก สามารถดูแล และปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติตัว ได้แก่ การหยอดตาหรือการป้ายตา การครอบตา การทำความสะอาดดวงตา

1.5.4 การดูแลตนเองหลังการผ่าตัดต้อกระจก หมายถึง การปฏิบัติตามคำแนะนำ เกี่ยวกับการดูแลตาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจกภายหลังจากจักษุแพทย์ได้อนุญาตให้พักฟื้นที่บ้าน ได้แก่ การหยอดตาหรือการป้ายตา การสวมแว่นตา การครอบตา การป้องกันการกระแทก การป้องกันกระเด็นเข้าตา การทำความสะอาดดวงตา การตรวจตาตามนัดของจักษุแพทย์

1.5.5 สัญญาณบ่งชี้ถึงภาวะแทรกซ้อนที่เป็นไปได้ หมายถึง เปลือกตาบวม เยื่อบุตาแดง เกินควร กระจกตาฝ้าฟาง ช่องน้ำม่านตาตื้น มีเมือกเหลวไหลออกมาผิดปกติ เปลือกตาลอก ปวดศีรษะรุนแรง ปวดคิ้ว คลื่นไส้ ปวดตา ขี้ตามาก และการมองเห็นเปลี่ยนไป

1.5.6 การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home care) หมายถึง การดูแลอาการหลังผ่าตัดต้อกระจก ภาวะวิตกกังวลหลังผ่าตัด และพฤติกรรมในการดูแลตนเองใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้านอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก ซึ่งการรักษาพยาบาลที่บ้าน (High-tech Home care) เป็นการให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษาผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ในระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์ตาเทียม จำนวน 111 ราย และระยะที่ 2 ศึกษาผลพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์ตาเทียม ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก จำนวน 141 คน ผู้ดูแลหลังผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก จำนวน 111 คน

1.5.6.1 อาการหลังผ่าตัดต่อกระจก หมายถึง อาการที่พบหลังผ่าตัดต่อกระจก ซึ่งอาการปกติอาจจะมีภาวะเคือง คันดวงตาเล็กน้อย และอาการติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระจก อาการนี้พบตามัวลง ปวดตา ตาแดงมากขึ้น น้ำตาไหล มีขี้ตามาก

1.5.6.2 ภาวะวิตกกังวลหลังผ่าตัด หมายถึง ภาวะที่เกิดจากความเครียดความกังวล มีอาการกลัวการผ่าตัด กลัวการติดเชื้อหลังผ่าตัด ไม่มั่นใจในตัวเอง ทำให้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตได้

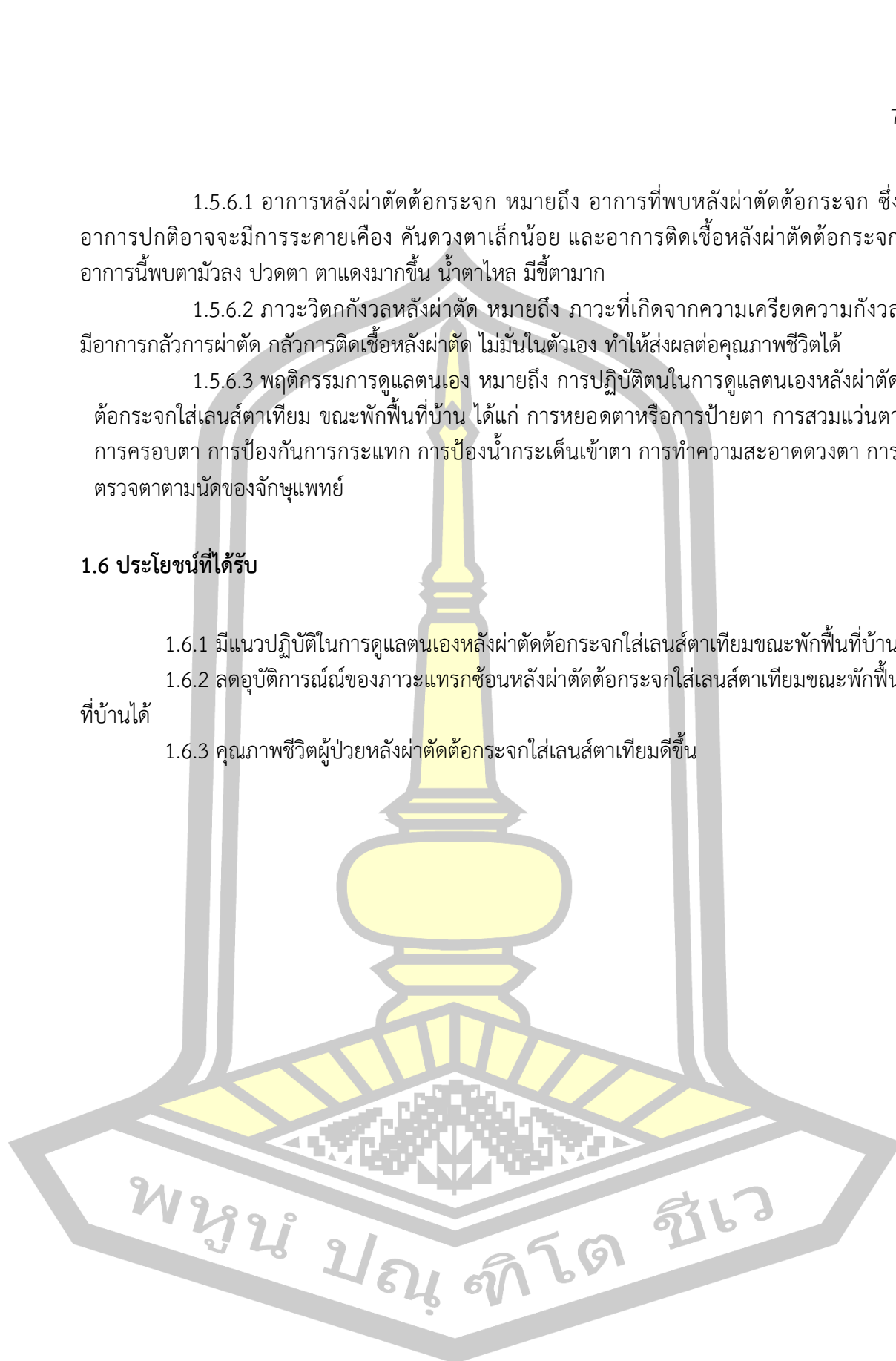
1.5.6.3 พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน ได้แก่ การหยอดตาหรือการป้ายตา การสวมแว่นตา การครอบตา การป้องกันการกระแทก การป้องกันกระเด็นเข้าตา การทำความสะอาดดวงตา การตรวจตามนั้ดของจักษุแพทย์

1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ

1.6.1 มีแนวปฏิบัติในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์ตาเทียมขณะพักฟื้นที่บ้าน

1.6.2 ลดอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์ตาเทียมขณะพักฟื้นที่บ้านได้

1.6.3 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์ตาเทียมดีขึ้น



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยได้ค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นพื้นฐานในการศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยนำเสนอในประเด็น ดังนี้

- 2.1 แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับโรคต้อกระจก
- 2.2 การจัดการบริการสุขภาพ
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง หรือการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home care)
- 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนา
- 2.5 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.6 การวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Method Research)
- 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับโรคต้อกระจก

2.1.1 ความหมายของโรคต้อกระจก

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาความหมายของโรคต้อกระจก โดยมีการนำเสนอในประเด็นที่เกี่ยวข้องดังนี้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1996) กล่าวว่า ต้อกระจกคือการที่บิลด์แสงหรือการสูญเสียความโปร่งใสในเลนส์ลูกตา ทำให้ตามัวมองไม่ชัด ถ้าปล่อยไว้มีโอกาสการตาบอดได้

Jay Thompson, and Naheed Lakhani (2015) กล่าวว่า ต้อกระจกคือการที่เลนส์ภายในดวงตาขุ่นมัว ซึ่งทำให้การมองเห็นลดลง เป็นสาเหตุของโรคตาบอด การผ่าตัดต้อกระจกด้วยเลนส์แก้วตาเทียม (Intraocular Lens Implantation: IOL) เป็นหนึ่งในการผ่าตัดที่พบได้บ่อยที่สุด และขั้นตอนการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด และสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของต้อกระจกคือผู้สูงอายุ

ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์ (2558) กล่าวว่า โรคที่เกิดการเสื่อมหรือขุ่นของเลนส์ตาตามอายุทำให้สูญเสียการมองเห็นไปในที่สุด เพราะเป็นการเสื่อมตามธรรมชาติ อาจเร็วหรือช้า เช่น เด็กบางคนอาจเป็นโรคต้อกระจกมาแต่กำเนิดโดยทั่วไปมักเริ่มมีอาการของโรคต้อกระจก คือมองเห็นภาพเป็นหมอกหรือควั่นบัง หลังอายุ 50 ปีขึ้นไป แต่อาจเป็นเร็วขึ้นกรณีมีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน หรือกินยาจำพวกสเตียรอยด์เป็นประจำ

ปริญญ์ โรจนพงศ์พันธุ์ (2559) กล่าวว่า ต้อกระจกส่วนใหญ่เกิดจากเลนส์แก้วตาเสื่อมตามอายุ ทำให้มองเห็นไม่ชัดจนตามระดับขุ่นของแก้วตา ผู้ป่วยจะมีอาการตามัวจนเป็นอุปสรรคในการ

ดำรงชีวิตประจำวัน หรือถ้าไม่รักษาจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากต้อกระจกได้ ต้อกระจกไม่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยการใช้ยา การรักษาที่ได้ผลดีที่สุดสำหรับผู้ที่มีคุณภาพการมองเห็นลดลง คือ การผ่าตัดต้อกระจกและเปลี่ยนใส่เลนส์แก้วตาเทียม

ผกามาศ ศรีหะชัย (2559) กล่าวว่า โรคต้อกระจก (Cataract) เป็นโรคที่เกิดการเสื่อมหรือขุ่นของเลนส์ตา โดยทุกคนต้องมีการเกิดต้อกระจก เพราะเป็นการเสื่อมตามธรรมชาติ ทำให้มีการตามัวลงช้า ๆ โดยทั่วไปมักเริ่มมีอาการมองเห็นภาพซ้อนเวลามองแสงสว่าง ลักษณะอาการมัวเหมือนมีหมอก หรือฝ้าขาวบัง มักไม่มีอาการปวดตา ระดับค่าสายตาเปลี่ยนแปลง

สรุปโรคต้อกระจก หมายถึง โรคที่เกิดการเสื่อมหรือขุ่นของเลนส์ตาม เป็นการเสื่อมตามธรรมชาติ ซึ่งจะพบมากในผู้สูงอายุ ยิ่งอายุมาก ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายก็เสื่อมลง หรืออาจเกิดจากโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต เป็นต้น ถ้าหากไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้ตาบอดได้

2.1.2 ชนิดและสาเหตุของต้อกระจก

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาชนิดและสาเหตุของต้อกระจกของโรคต้อกระจก โดยมีการนำเสนอในประเด็นที่เกี่ยวข้องดังนี้

ต้อกระจกเกิดได้ในผู้สูงอายุ (Senile Cataract) และส่วนน้อยที่เกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่โรคชรา ซึ่งมีสาเหตุ (เบญจมาศ เทียนแสงสว่าง, 2559) ดังนี้

1) ต้อกระจกโดยกำเนิด (Congenital Cataract) คือ ต้อกระจกที่เลนส์แก้วตาขุ่นมาตั้งแต่กำเนิดเกิดขึ้นได้กับทุกเพศ เกิดได้ทั้งตาข้างเดียวและสองข้าง เช่น มารดาติดเชื้อซิฟิลิส หัดเยอรมันหรือขาดสารอาหารในระยะ 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ หรือเกิดจากพันธุกรรม และบางครั้งไม่ทราบสาเหตุ

2) ต้อกระจกในผู้สูงอายุ (Senile Cataract) คือ ต้อกระจกที่พบในวัยกลางคนขึ้นไป ไม่จำกัดเพศเป็นต้อกระจกที่พบมากเป็นอันดับหนึ่ง สาเหตุเกิดจากความเสื่อมของโปรตีนในเลนส์แก้วตา

3) ต้อกระจกแทรกซ้อน (Complication Cataract) คือ ต้อกระจกที่เกิดแทรกซ้อนตามหลังโรคของดวงตา เช่น ม่านตาอักเสบ ต้อหินเรื้อรัง จอประสาทตาอักเสบหรือเสื่อม จอประสาทตาลอก เนื่องจากในดวงตาดวงตาขาดเลือด สายตาสั้นมาก

4) ต้อกระจกร่วม (Secondary Cataract) คือ โรคต้อกระจกที่เกิดร่วมกับโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรคที่เกี่ยวกับดวงตา เช่น โรคเบาหวาน โรคพาราไธรอยด์ โรคต่อมไธรอยด์เป็นพิษ โรคระบบประสาทบางชนิดโรคจากสารเคมี

5) ต้อกระจกจากอันตราย คือ ต้อกระจกที่เป็นผลจากการได้รับอุบัติเหตุของดวงตา หรือบริเวณใกล้เคียงตา เช่น แผลกระแทกจากการชกต่อย ถูกของแหลมคมแทงทะลุเลนส์แก้วตา หรือเกิดจากการได้รับรังสี

6) ต้อกระจกที่เกิดจากพิษของยา เช่น ผู้ป่วยที่รับประทานยาในกลุ่ม Steroid เป็นประจำต้อกระจกเกิดซ้ำ (After Cataract) คือ ต้อกระจกที่เกิดขึ้นใหม่หลังการผ่าตัดต้อกระจกในครั้งแรก

7) ต้อกระจกเกิดซ้ำ (After Cataract) คือ ต้อกระจกที่เกิดขึ้นใหม่หลังการผ่าตัดต้อกระจกในครั้งแรก

2.1.3 อาการของต้อกระจก

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาอาการของต้อกระจก โดยมีการนำเสนอในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1) ผู้ป่วยจะรู้สึกวุ้นๆ ค่อย ๆ มัวลงเรื่อย ๆ อย่างช้า ๆ โดยไม่มีอาการเจ็บปวดหรือตาแดงในระยะเริ่มแรกจะรู้สึกว่ามีอาการตามัวเหมือนหมอกบัง มองเห็นในที่มืดชัดกว่าที่สว่าง หรือเห็นภาพซ้อน เพราะแก้วตาดำมักจะขุ่นขาวเฉพาะบริเวณตรงกลาง เมื่อมองในที่ที่มีรูม่านตาอาจจะขยายและเปิดทางให้แสงผ่านเข้าแก้วตาส่วนรอบนอกที่ยังใสอยู่ได้เป็นปกติ จึงทำให้เห็นภาพได้ชัดในที่มืด แต่ถ้ามองในที่สว่างๆ รูม่านตาจะหดแคบลง จึงทำให้แสงสว่างผ่านเฉพาะแก้วตาบริเวณตรงกลางที่ขุ่นขาวให้พร่ามัว ผู้ป่วยบางรายอาจสังเกตได้ว่าการมองเป็นของตนเองนั้นผิดปกติ เช่น อาจมองเห็นภาพเป็นมองเป็นอยู่ด้านหน้าดวงตา มองเห็นแสงไฟเป็นแสงกระจาย มองเห็นแสงไฟเป็น 2 ดวง ซ้อนกัน แม้จะดูด้วยตาข้างเดียวแต่ได้เป็นภาพซ้อนกัน ทั้งนี้เป็นเพราะแก้วตาที่ขุ่นมัวจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการหักเหของแสงไม่เท่ากัน การหักเหของแสงจึงไม่รวมเป็นจุดเดียว

2) ผู้ป่วยอาจเปลี่ยนแว่นตาบ่อย เพราะการมองเห็นในระยะใกล้ดีขึ้นหรือไม่ต้องใส่แว่นตา เพื่ออ่านหนังสือ ซึ่งในผู้สูงอายุที่อ่านหนังสือและต้องใช้แว่นสายตาช่วยเป็นปกติแล้ว แต่อยู่ ๆ กลับพบว่าสามารถอ่านหนังสือได้โดยไม่ต้องใส่แว่น หากเกิดอาการแบบนี้ คือเป็นอาการเริ่มต้นของการเสื่อมจอแก้วตา (โรคต้อกระจกในระยะแรก) พอแก้วตาเริ่มขุ่นก็จะทำให้การหักเหของแสงเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุจึงกลับมาเป็นคนสายตาสั้น (Secondary Myopia) ดังนั้นถ้าพบอาการเช่นนี้ ควรรีบไปพบจักษุแพทย์

3) ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดตาหรือปวดศีรษะร่วมด้วย

4) อาการตามัวจะเริ่มเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ กับเวลาเป็นเดือนหรือปี จนในที่สุดเมื่อแก้วตาขุ่นขาวจนหมดหรือที่เรียกว่า ต้อสุก ก็จะมองไม่เห็นสำหรับในผู้สูงอายุมักจะเป็นต้อกระจกที่ตาทั้ง 2 ข้าง แต่จะสุกไม่พร้อมกัน

2.1.4 การวินิจฉัยต้อกระจก

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาการวินิจฉัยต้อกระจก โดยมีการนำเสนอในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

M Delbarre, and F Froussart-Maille (2020) กล่าวว่า ต้อกระจกคือการทำให้เลนส์ขุ่นมัวบางส่วนหรือทั้งหมด อาการที่พบบ่อยคือสูญเสียการมองเห็น ซึ่งมีอาการกลัวแสง มองเห็นซ้อนข้างเดียว สายตาเปลี่ยนไป การมองเห็นสีเปลี่ยนไป และอาจพบได้ขึ้นอยู่กับกายวิภาคศาสตร์ของแต่ละบุคคล การวินิจฉัยจะขึ้นอยู่กับการตรวจโดยใช้ไฟส่องตา (Slit-lamp) เพื่อตรวจดู และวินิจฉัยความทึบของต้อกระจกได้

ภทนี สามเสน (2550) ความผิดปกติของเลนส์นั้น จะพบก็ต่อเมื่อความขุ่นนั้นเกิดขึ้นมากแล้ว ในระยะแรกของการเกิดต้อกระจกอาจพบความผิดปกติได้เมื่อตรวจดูด้วย Ophthalmoscope ในขณะที่รูม่านตาขยายเต็มที่ โดยจะเห็นมีเงาบัง (Red Fundus Reflex) ซึ่งเงาดำนั้นจะมีลักษณะต่าง ๆ ตามชนิดของต้อกระจก เช่น เงาดำจะอยู่ตรงกลาง (Nuclear Opacity) และมักมีขนาดใหญ่กว่าชั้นเลนส์ที่อยู่รอบนอกสุดติดกับเยื่อหุ้มเลนส์ด้านหลัง (Posterior Subcapsular

Opacity) สำหรับเพอร์ริพีรอล คอร์ติคอล แอปacity) จะเห็นเงาดำมีลักษณะเป็นซี่ล้อเกวียน (Irregular Spokes) ในขณะที่บริเวณตรงกลางใส

สุชาดา กัมปนาทแสนยากร (2550) กล่าวว่า โรคของกระจกตาที่พบบ่อย ตรวจด้วยไฟฉายส่องเฉียง ๆ จะช่วยบอกได้ แต่บางโรคต้องใช้เครื่องมือพิเศษ (Slit Lamp Biomicroscope) ช่วย ในกรณีที่ไม่มีเครื่องมือพิเศษ อาจใช้แว่นขยายช่วยได้ กระจกตาคือจะใสเป็นมันวาว ไม่มีหลอดเลือด ถ้ามีรอยโรคสิ่งเหล่านี้จะเปลี่ยนไป คือจะมีการขุ่นเป็นหย่อม ๆ หรือขุ่นทั้งหมด และอาจมีหลอดเลือดผิดปกติในบริเวณที่ขุ่น

วิชัย สีสวงค์เทวัญ (2551) กล่าวว่า การตรวจเพื่อบริเวณโรคต่อกระจก จะตรวจเลนส์แก้วตา (lens) ใช้ไฟฉายส่องที่เลนส์แก้วตาซึ่งอยู่หลังรูม่านตาสังเกตดูความขุ่นใสของเลนส์แก้วตา หากพบมีความขุ่นของเลนส์แก้วตาแสดงว่าผู้ป่วยมีต้อกระจก (Cataract) เกิดขึ้น และดูตำแหน่งของเลนส์แก้วตาอาจพบ เลนส์แก้วตาเคลื่อน (Lens Dislocation) นอกจากนี้จะต้องดูรูปร่างของเลนส์แก้วตาด้วยการตรวจเลนส์แก้วตาสามารถตรวจให้ละเอียดขึ้นด้วยการใช้ Direct Ophthalmoscope และการใช้ขยายม่านตา

เบญจมาศ เทียนแสงสว่าง (2559) กล่าวว่า การตรวจตาจะพบว่าแก้วตามีลักษณะขุ่นขาว เมื่อใช้ไฟส่องตาผู้ป่วยจะรู้สึกวามพร่าเมื่อใช้เครื่องส่องตา (Ophthalmoscope) ตรวจดูจะไม่พบปฏิกิริยาสะท้อนสีแดง (Red Reflex)

2.1.5 ภาวะแทรกซ้อนจากต้อกระจก

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาภาวะแทรกซ้อนจากต้อกระจก โดยมีการนำเสนอในประเด็นที่เกี่ยวข้องดังนี้

Manoj V Parulekar (2008) กล่าวว่า อาการที่มีภาวะเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ในระหว่างผ่าตัด และก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้นั้นประกอบด้วย ภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับบาดแผลร้าว ช่วง 1-3 วัน จะมีอาการแผลร้าว มีการระคายเคืองของรอยเย็บเสี่ยงต่อแผลติดเชื้อ สัปดาห์ที่ 1-2 จะภาวะเลือดออกในช่องลูกตาด้านหน้า ภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับกระจกตา กระจกตาบวม ภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับเลนส์ เลนส์เคลื่อน และมีสารตกค้างที่เลนส์ สัปดาห์ที่ 3-4 มีการทึบแสงของแคปซูลด้านหลัง (Posterior Capsular Opacification: PCO) อาการบวม น้ำที่จ่อประสาทตาทำให้เยื่อตาอักเสบ ม่านตาอักเสบถาวรทำให้เกิดอาการสายตาสั้น หลังจาก 1 เดือน อาจจะเสี่ยงต่อหนังตาตกได้

Thomas Kohlen (2009) กล่าวว่า บาดแผลที่เกิดจากกากรัดจากการผ่าตัด อาจจะมีการรั่วของบาดแผลโดยไม่ได้ตั้งใจ หรือเลือดออกบาดแผล (Hyphema) นอกจากนั้นการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ อาจจะทำให้เกิดการอักเสบหลังผ่าตัดด้วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดตาเฉียบพลัน หรือเยื่อตาอักเสบ (Endophthalmitis) จะเกิดขึ้นหลังผ่าตัด 2 วัน และเยื่อตาอักเสบเรื้อรังโดยทั่วไปจะได้รับการวินิจฉัยเป็นเวลาหลายสัปดาห์ หรือนานกว่า

Jessica Randolph et al. (2023) กล่าวว่า ภาวะแทรกซ้อนอาจมีตั้งแต่ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทันทีหลังผ่าตัดไปจนถึง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดตามขั้นตอน อาการแทรกซ้อนเฉียบพลันบางอย่างเป็นผลมาจากการผ่าตัด ซึ่งรวมถึงอาการ รอยขีดและบวมที่เปลือกตา ความดันลูกตาเพิ่มขึ้น และปฏิกิริยาภูมิแพ้ต่อสเตียรอยด์หรือยาปฏิชีวนะลดลง

ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะได้รับการตรวจสอบเมื่อเวลาผ่านไปหลังการผ่าตัด หากมีอาการปวดมากขึ้น การมองเห็นลดลง หรือมีของเหลวไหลออกจากดวงตาได้ ผลที่ตามมาของต้อกระจกคือการทำให้ทึบแสงด้านหลัง (Posterior Capsular Opacification: PCO) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดของการผ่าตัดต้อกระจก

เมธี อึ้งอารมณ์ (2563) กล่าวว่า ต้อกระจกที่ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องอาจเกิดต้อหินแทรกซ้อนได้ ทำให้มีอาการปวดตาเฉียบพลัน จำเป็นต้องรักษาอย่างรีบด่วน เพื่อมิให้สูญเสียสายตาวงาวร หลังผ่าตัดมีโอกาสที่เชื้อแบคทีเรียจะปนเปื้อนเข้าไปในตาได้แต่โอกาสเกิดต่ำมาก แต่ก็มีโอกาสพบจะมีอาการตามัวมองไม่เห็น ปวดตามาก ตาแดง น้ำตาไหลและเคืองตามาก สู้แสงไม่ได้โดยมักจะเกิดหลังการรักษาตั้งแต่วันแรกหลังการรักษาจนถึง 7 วัน และส่วนใหญ่มักจะเกิดการติดเชื้อภายใน 3-4 วัน หลังผ่าตัด หากไม่ได้รับการแก้ไขอาจทำให้สูญเสียการมองเห็นได้ และภาวะเลือดออกใน น้ำวุ้นตา จอตาลอก ภาวะใส่เลนส์แก้วตาเทียมไม่ได้ หรือ ภาวะเลนส์แก้วตาเทียมเคลื่อน/หลุด เป็นต้น

2.1.6 ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด โดยมีการนำเสนอในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

Myron Yanoff และ Duker (2009) กล่าวว่า เมื่อสายตาลดลง ตามัวมากจนไม่สามารถประกอบภารกิจประจำวันได้ จนกระทั่งกระจกที่มีต้อหินแทรกซ้อน ต้อกระจกขุ่นมากพอทำให้บดบังการตรวจหรือรักษาโรคของส่วนหลังของตา เช่น จอตาลอก เบาหวานขึ้นตา และต้อหิน เป็นต้น ดังนั้นเมื่อต้อกระจกที่สุกหรือเกือบสุก ก็ควรแนะนำให้ผ่าตัดเพื่อป้องกันการเกิดต้อหินแทรกซ้อน เทคนิคการผ่าตัด (Surgical Technique)

Stephen D, and McLeod (2016) กล่าวว่า ผู้ป่วยจะมีภาวะค่าสายตาไม่เท่ากัน มีความทึบของเลนส์ ซึ่งเลนส์ทำให้เกิดต้อกระจกที่สุก หรือเกือบสุกควรได้รับการผ่าตัด ถ้าปล่อยนานไปจะทำให้เกิดต้อหินได้

Majid Moshirfar et al., (2022) กล่าวว่า ต้อกระจกส่งผลต่อการมองเห็นได้ไม่ดี มีการมองเห็นดีขึ้นในแสงสลัว หากปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ได้รับการรักษา อาจเกิดต้อกระจกสุกเต็มที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ไรต์ม่านตาอักเสบ ต้อหิน เลนส์เคลื่อนหลุด ซึ่งอาจส่งผลให้การมองเห็นบกพร่องอย่างรุนแรง หรือแม้แต่สูญเสียการมองเห็นโดยสิ้นเชิง

สุนิสา เทพเอื้อตระกูล (2555) กล่าวว่า การมองเห็นลดลงจากต้อกระจก โดยคำนึงถึงระดับสายตา ชนิดต้อกระจก คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากต้อกระจก เช่น ต้อหินเฉียบพลัน (Phacomorphic Glaucoma) เกิดจากการรั่วของโปรตีน (Phacolytic Glaucoma) ไปบดบังจอตา จนไม่สามารถตรวจและให้การรักษาโรคจอตาบางโรค เช่น เบาหวานขึ้นจอตา (Diabetic Retinopathy)

2.1.7 การรักษาต้อกระจก

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาการรักษาต้อกระจก โดยมีการนำเสนอในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

Sudsawadsawas Phumipan (2007) กล่าวว่า วิธีการผ่าตัดต้อกระจกได้รับการพัฒนาเพื่อปรับปรุงขึ้นทำให้การรักษาที่รวดเร็วขึ้น การมองเห็นที่ดีขึ้นหลังการผ่าตัด และการแพร่กระจายเพื่อคุณภาพการมองเห็นที่ดีที่สุดใน การผ่าตัดต้อกระจกอยู่ 5 วิธี ได้แก่ การนอนบนเตี้ย (Couching) การผ่าตัดต้อกระจกออกทั้งเปลือกหุ้มเลนส์แก้วตา (Intracapsular Cataract Extraction with/without Intraocular Lens: ICCE) การผ่าตัดต้อกระจกออกเหลือเปลือกหุ้มเลนส์แก้วตาด้านหลังไว้ (Extracapsular Cataract Extraction with/without Intraocular Lens Implantation) การผ่าตัดสลายต้อกระจกด้วยคลื่นความถี่สูงและใส่เลนส์แก้วตาเทียม (Phacoemulsification and Aspiration with/without Intraocular Lens Implantation: Phaco & IOL) และการผ่าตัดเปิดแผลเล็กด้วยมือ (Manual Small Incision Cataract Surgery: MSICS)

Frank Howes (2009) กล่าวว่า การผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แบ่งออกเป็น 4 ประเภทหลักๆ ได้แก่ การนอนบนโซฟา (Couching) การผ่าตัดต้อกระจกออกทั้งเปลือกหุ้มเลนส์แก้วตา (Intracapsular Extraction) เป็นการเปิดแผลใหญ่เอาต้อกระจกออกทั้งหมดรวมทั้งเปลือกหุ้มเลนส์แก้วตา (Large-Incision Nuclear Expression Cataract Surgery: Extracapsular Cataract) การผ่าตัดเปิดแบบแผลเล็กการผ่าตัดต้อกระจกออกเหลือเปลือกหุ้มเลนส์แก้วตาด้านหลังไว้ (Small-Incision Nuclear Expression Cataract Surgery: Extracapsular Cataract) ได้แก่ การผ่าตัดสลายต้อกระจกด้วยคลื่นความถี่สูงและใส่เลนส์แก้วตาเทียม (Phacoemulsification)

Myron Yanoff and Duker (2009) กล่าวว่า การรักษาต้อกระจกที่ได้ผลแน่นอน คือ การผ่าตัดเอาเลนส์แก้วตาที่ขุ่นออกแล้วใช้สิ่งทดแทนเลนส์แก้วตาธรรมชาติเพื่อรวมแสงให้ไปตกที่จอรับภาพพอดี เช่น แว่นตา หรือเลนส์แก้วตาเทียม

1) การผ่าตัดต้อกระจกออกทั้งเปลือกหุ้มเลนส์แก้วตา (Intracapsular Cataract Extraction: ICCE) เป็นการเอาต้อกระจกออกทั้งหมดรวมทั้งเปลือกหุ้มเลนส์แก้วตา (Extracapsular Cataract)

2) การผ่าตัดต้อกระจกออกเหลือเปลือกหุ้มเลนส์แก้วตาด้านหลังไว้ (Extraction: ECCE)

3) การผ่าตัดต้อกระจกออกเหลือเปลือกหุ้มเลนส์แก้วตาด้านหลังไว้ร่วมกับการใส่เลนส์แก้วตา (Extracapsular Cataract Extraction with Intraocular Lens with ECCE & IOL) แผลกว้างประมาณ 12-13 มิลลิเมตร ผู้ป่วยต้องพักฟื้นเป็นเวลานานจนกว่าแผลจะหายสนิท

4) การผ่าตัดสลายต้อกระจกด้วยคลื่นความถี่สูงและใส่เลนส์แก้วตาเทียม (Phacoemulsification With Intraocular Lens หรือ Phaco & IOL) ข้อดีของการผ่าตัดวิธีนี้ คือ แผลผ่าตัดขนาดเล็กประมาณ 3-3.2 มิลลิเมตร ระยะพักฟื้นหลังการผ่าตัดสั้น ผู้ป่วยสามารถใช้สายตาและปฏิบัติการกิจได้ตามปกติภายหลังการผ่าตัด 1 วัน แก้วตาเทียม (Intraocular Lens) แก้วตาเทียมเป็นสิ่งประดิษฐ์ที่ผลิตขึ้นมาใช้แทนแก้วตามนุษย์ ส่วนใหญ่ทำมาจากสาร (Polymethyl Methacrylate: PMMA) หรือซิลิโคน ซึ่งไม่มีปฏิกิริยากับเนื้อเยื่อของตา

Maria Vittoria Cicinelli, and John C Buchan (2022) ต้อกระจกเป็นสาเหตุของการตาบอดที่พบบ่อยที่สุดทั่วโลก ในการรักษาส่วนใหญ่ใช้วิธีการสลายต้อกระจกด้วยการฝังเลนส์แก้วตาเทียม ซึ่งเป็นการผ่าตัดต้อกระจกแบบครบวงจร และเป็นเทคโนโลยีการผ่าตัดใหม่ ทำให้การผ่าตัดต้อกระจกเป็นไปตามความคาดหวัง และผลลัพธ์คือทำให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้เป็นปกติ และปัจจัยหลักคือทำให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่มีอยู่ในปัจจุบันอย่างทั่วถึง

2.1.8 แนวทางการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจก

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาแนวทางการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจก โดยมีการนำเสนอในประเด็นที่เกี่ยวข้องดังนี้

การให้ความรู้และการให้คำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวหลังทำผ่าตัดต้อกระจก ภายหลังจากที่แพทย์ทำการรักษาผู้ป่วยโรคต้อกระจกด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แล้วแพทย์ และพยาบาล ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องจะให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ ปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม ถูกต้องตามแผนการรักษาพยาบาล โดยจะมีการสอน 2 ระยะ คือ (ภาควิชาจักษุวิทยา, 2562; พรศิริ พันธสี, 2563; ชนินทรฤดา สมบัติมาก, 2565)

1) ระยะรักษาและพักฟื้นอยู่ในโรงพยาบาล

การให้คำแนะนำระยะที่ผู้ป่วยยังรักษาและพักฟื้นอยู่ในโรงพยาบาล เนื่องจากการทำผ่าตัดต้อกระจกด้วยวิธีการเปลี่ยนเลนส์แก้วตา หมายถึง การเปลี่ยนเอาเลนส์แก้วตาที่นอกแล้วใส่เลนส์แก้วตาเทียมเข้าไปแทนที่ ส่วนใหญ่แพทย์จะใช้วิธีการฉีดยาเฉพาะที่แทนการดมยาสลบ เนื่องจากอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วยขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ ดังนั้นในขณะที่แพทย์กำลังทำการผ่าตัดจนกระทั่งทำการผ่าตัดเสร็จแล้ว ผู้ป่วยก็จะยังคงรู้สึกตัว อยู่ตลอดเวลาสามารถพูดหรือคุยซักถามปัญหาได้ เมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเสร็จ แพทย์ พยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องจะเป็นผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวกับผู้ป่วย เพื่อให้เข้าใจถึงวิธีการปฏิบัติตัวขณะที่ยังพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลดังนี้

(1) เมื่อกลับจากห้องผ่าตัดให้ค่อย ๆ เลื่อนตัวจากเปลนอนลงมาที่เตียงของผู้ป่วยอย่างระมัดระวัง

(2) ไม่นอนทับบริเวณตาข้างที่ทำผ่าตัด

(3) ห้ามเปิดผ้าปิดตาหรือฝากรอบตาออก ห้ามขยี้ตาข้างที่ทำผ่าตัดเพราะจะทำดวงตาได้รับความกระทบกระเทือนและมีเลือดออกในตาได้

(4) หลังกลับจากห้องผ่าตัดให้นอนพักมาก ๆ และสามารถลุกจากเตียงได้ถ้ามีระยะ ก่อนลุกจากเตียง ให้ใช้มือดันกับที่นอนและพยุงตัวลุกขึ้นนั่ง ไม่ควรใช้มือทั้งสองข้างดึงไม้กั้นเตียง เพื่อลุกขึ้นนั่งเพราะอาจทำให้เกิดแรงเบ่งไปที่ลูกตาทำให้ ความดันลูกตาสูงขึ้น แผลแยก และเลนส์แก้วตาเคลื่อนที่ได้

(5) ห้ามนอนตะแคงไปทางด้านที่ไม่ได้ทำผ่าตัดตา

(6) ถ้ามีอาการเมื่อยให้พลิกตะแคงตัวไปทางด้านที่ไม่ได้ทำผ่าตัดตาได้

(7) งดยืนหนัก และสูบบุหรี่หลังผ่าตัด เพราะจะทำให้กระทบกระเทือนตาและอาจทำให้มีอาการไธได้

(8) ถ้ารู้สึกเหมือนจะไอหรือจามให้ใช้วิธีหายใจลึก ๆ ช่วย ถ้าอดกลั้นไม่ไหวให้ไอ จามเบา ๆ

(9) หลังผ่าตัด รับประทานอาหารได้ตามปกติ แต่หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด แข็งเหนียว ที่ต้อง ออกแรงเคี้ยวมาก ๆ

(10) รักษาความสะอาดของปากและฟัน โดยแปรงฟันเบา ๆ ไม่ส่ายหน้าไปมาหรือ บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากที่จัดเตรียมไว้ให้

(11) ถ้ามีอาการปวดตาให้รีบแจ้งพยาบาลเพื่อให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาและถ้าอาการปวดยังไม่ทุเลา สามารถขอยาแก้ปวดได้ทุก 4-6 ชั่วโมง

(12) ห้ามเบ่งถ่ายอุจจาระ และกัมน้ำต่ำกว่าเอว เพราะจะทำให้ความดันลูกตาเพิ่มหรือแผลผ่าตัดแยก ถ้ายังไม่ถ่ายอุจจาระควรแจ้งให้แพทย์หรือพยาบาลทราบ เพื่อแพทย์จะได้พิจารณาให้ยาระบาย

(13) ไม่ให้ล้างหน้า ใช้ผ้าชุบน้ำบิดแห้งหมาดเช็ดหน้าแทน ขณะอาบน้ำ ระวังไม่ให้น้ำเข้าตาข้างที่ทำผ่าตัด และไม่สระผมเอง ควรนอนและให้ญาติเป็นผู้สระผมให้ จนกว่าแพทย์จะอนุญาตให้ล้างหน้าได้

2) ระยะที่ผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้าน การให้คำแนะนำระยะที่ผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้านเมื่อแพทย์ลงความเห็นว่าผู้ป่วยสามารถกลับไปพักฟื้นต่อที่บ้านได้แล้วแพทย์จะมีคำสั่งให้ผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นต่อที่บ้าน พยาบาลจะให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องการปฏิบัติตัวสำหรับ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระจกเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน พร้อมทั้งมอบเอกสารที่เป็นแผนพับ แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระจกให้กลับไปทบทวนที่บ้าน (สุพรรณิการ์ แก้วมณี และสุภา สุเรศนิวงษ์, 2558; อารณีย์ พันดี, 2562)

2.1) ข้อควรปฏิบัติเกี่ยวกับตา

(1) ระวังไม่ให้น้ำเข้าตาประมาณ 4 สัปดาห์ หรือตามแผนการรักษาของแพทย์ไม่ควรล้างหน้า ให้เช็ดหน้าแทน โดยใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำบิดหมาด ๆ เช็ดหน้าเบา ๆ

(2) ห้ามล้างตาโดยเด็ดขาดให้ทำความสะอาดรอบ ๆ ตาข้างที่ทำผ่าตัดโดยใช้สำลีที่ผ่านการฆ่าเชื้อแล้วชุบน้ำต้มสุกบีบให้แห้งหมาด เริ่มเช็ดรอบ ๆ ตาเบา ๆ และเช็ดจากหัวตาไปหางตา

(3) ล้างมือฟอกสบู่ให้สะอาดก่อนเช็ดตา หยอดตา หรือป้ายตาเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรค

(4) หยอดตาหรือป้ายตาให้ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง เพื่อให้ได้ยาครบตามแผนการรักษา

(5) ใช้ผ้าครอบตาที่เป็นพลาสติกแข็ง ปิดตาไว้เวลานอนทุกครั้ง เพื่อป้องกันการขยี้ตาหรือโดนกระแทก ประมาณ 4-8 สัปดาห์ หรือตามแผนการรักษาของแพทย์

(6) ควรสวมแว่นตากันแดด เมื่อรู้สึกมีแสงจ้า มีฝุ่นละอองลมพัดแรง หรือเมื่อออกนอกบ้าน

(7) เวลาอาบน้ำต้องระวัง ไม่ให้น้ำเข้าตา เพราะอาจเกิดตาอักเสบได้

(8) ไม่ควรไอ หรือจามแรง ๆ ระวังไม่ให้ท้องผูก ไม่ควรเบ่งถ่ายอุจจาระ
อย่างรุนแรง

(9) ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น เนื้อสัตว์ ผัก
ผลไม้ นม ฯลฯ

(10) ไม่ควรปรุงอาหารหรือรับประทานอาหารที่มีควันมาก ๆ หรือทำ
ความสะอาดบ้านที่มีฝุ่นฟุ้งกระจายประมาณ 1-2 เดือน หรือตามแผนการรักษาของแพทย์ เพราะอาจ
ทำให้ตาอักเสบได้

(11) ออกกำลังกายเบา ๆ ได้ เช่น การเดิน ฯลฯ งดออกกำลังกายที่ออก
แรงประมาณ 1 เดือน หรือตามแผนการรักษาของแพทย์

(12) ไม่ควรอุ้มหรือเล่นกับเด็กและสัตว์เลี้ยง เช่น แมว สุนัข ฯลฯ เพราะ
อาจถูกตา ทำให้เกิดอันตรายได้

(13) ห้ามหิว หรือยกของหนัก

(14) แนะนำเวลาแปรงฟัน แปรงเบา ๆ ไม่สั่นศีรษะไปมาขณะแปรงฟัน

(15) ใช้สายตาได้ตามปกติ เช่น ดูโทรทัศน์ หรืออ่านหนังสือ แต่ถ้าเมื่อยตา
ก็ควรหยุดพัก

(16) เน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการใช้ผ้าปิดตา และที่ครอบตา 1
เดือนหรือใส่แว่นตาสีดำ 1 เดือน เพื่อป้องกันฝุ่นเข้าตา

(17) สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการเช็ดตา หยอดตา ป้ายตา ให้ถูกต้องตาม
เทคนิคปลอดเชื้อ

(18) ไม่ควรก้มศีรษะต่ำกว่าระดับเอว หรือเงยหน้ามาก ๆ

(19) ควรระมัดระวังอุบัติเหตุต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น การหกล้ม เดิน
ชนสิ่งกีดขวาง และการกระทบกระเทือนบริเวณดวงตา ใบหน้า หรือบริเวณศีรษะ

(20) ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น ปวดตามาก รับประทานยาแก้ปวดแล้วไม่
หายหรือมีไข้ตามาก ตาแดง ตามัวลงกว่าเดิม คลื่นไส้อาเจียน ควรรีบมาพบแพทย์ก่อนนัดวันนัด

(21) ไม่ควรซื้อยาหยอดตาจากร้านขายยามาหยอดตา หรือรับประทาน

(22) แนะนำเรื่องการรับประทานยา และใช้ยาหยอดตา ยาป้ายตา ตาม
แผนการรักษา

(23) แนะนำให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ทันที
ได้แก่ ปวดตามากตาแดง ถึงแม้รับประทานยาแก้ปวดที่ได้รับจากโรงพยาบาลแล้วก็ไม่ทุเลา

(24) มาพบแพทย์เพื่อตรวจตามนัดหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์

2.2) วิธีหยอดตา

(1) ล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่หรือน้ำยาล้างมือ แล้วเช็ดมือให้แห้ง

(2) อ่านสลากข้างขวดยาก่อนจะนำไปหยอดตาทุกครั้ง เพื่อป้องกันการ
หยิบยาผิด

(3) ให้นอนหรือนั่งเงยหน้า และมองขึ้นข้างบน

(4) ดึงหนังตาล่างลง เขย่าขวดยาเบา ๆ แล้วหยอดยาลงไปหนึ่งหยด ที่บริเวณกระดุงตาด้านล่าง

(5) ให้หลับตา และลืมตาเบา ๆ 1-2 ครั้ง เพื่อให้ยากระจายไปทั่วตา แล้วหลับตาไว้

(6) ใช้สำลีที่ผ่านการฆ่าเชื้อแล้ว ชุบน้ำยาที่ไหลออกมานอกตา

2.3) วิธีป้ายยาขี้ผึ้ง

ยาผิด

(1) ล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่หรือน้ำยาล้างมือแล้วเช็ดมือให้แห้ง

(2) อ่านสลากข้างหลอดยาก่อนนำไปป้ายตาทุกครั้ง เพื่อป้องกันการหยิบ

(3) ให้นอน หรือนั่งเงยหน้าและมองขึ้นข้างบน

(4) ดึงหนังตาล่างลง แล้วป้ายยาให้ลงบริเวณกระดุงตาด้านล่าง

หลับตาไว้

(5) ให้หลับตา ลืมตาเบา ๆ 1-2 ครั้ง เพื่อให้ยากระจายไปทั่วตา แล้ว

(6) ใช้สำลี ที่ผ่านการฆ่าเชื้อแล้ว ชุบน้ำยาที่ไหลออกมานอกตา

2.4) ข้อควรระวังในการหยอดตาหรือป้ายตา

(1) ล้างมือให้สะอาด ก่อนหยอดตา หรือป้ายตาทุกครั้ง

(2) ถ้ามีขี้ตาควรเช็ดตาให้สะอาดก่อนหยอดตาหรือป้ายตา

(3) หยอดตาและป้ายตาตามแพทย์สั่ง

(4) เมื่อเปิดยาใช้ไม่ให้วางฝาหรือจุกยาคว่ำบนพื้นโต๊ะ

ตาไม่เกิน 1-2 เซนติเมตร ระวังไม่ให้ปลายหลอดยาสัมผัสกับมือของผู้หยอดหรือตาข้างที่หยอด

(6) ถ้ามียาหยอดตาหลายชนิดที่ต้องหยอดในเวลาเดียวกัน ให้หยอดห่าง

กันประมาณ 5-10 นาที

(7) ให้หยอดยาน้ำก่อน แล้วจึงป้ายยาขี้ผึ้งตาม

(8) ห้ามนำยาไปใช้กับผู้อื่น

(9) ในกรณีที่มียาที่ต้องแช่เย็น ควรเก็บยาไว้ในตู้เย็น

(10) ยาที่เปิดใช้แล้วควรใช้ภายใน 1 เดือน ถ้ายาเปลี่ยนสีให้ทิ้งไปไม่ควร

นำมาใช้อีก

(11) ถ้ามีอาการตาแดง คัน เคืองตาทุกครั้งที่ยอดตาหรือป้ายตา ควร

หยุดใช้แล้วมา

สรุปการปฏิบัติตัวหลังทำผ่าตัดต้อกระจกเป็นสิ่งสำคัญ และต้องทำด้วยความระมัดระวัง และสะอาดปราศจากเชื้อ เพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด รวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยไม่ควรทำกิจกรรมที่กระทบสายตาสายตาข้างที่ผ่าตัด เพื่อภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และส่งผลกระทบต่อเลนส์ และเสี่ยงต่อเลนส์เลื่อนหลุดได้ทำให้ตาบอดได้ การให้ความรู้ และการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวจึงเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นแนวทางการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจก ไปใช้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก จำนวน 141 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก จำนวน 111 คน ใน

โรงพยาบาลนครพนม ดังนั้นผู้ป่วยควรมีความตระหนักทั้งระยะทำการรักษาและพักฟื้นอยู่ในโรงพยาบาล และระยะที่ผู้ป่วยกลับไปพักที่บ้าน ควรปฏิบัติตามคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัดด้วย

2.2 การจัดการบริการสุขภาพ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาการจัดการบริการสุขภาพ โดยมีการนำเสนอประเด็นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

Leanne Coombe (2008) กล่าวว่า การเข้าถึงพื้นที่ที่ชุมชน ควรมุ่งเน้นในการสร้างการพัฒนาชุมชนเพื่อให้บริการในระยะยาว ซึ่งกลยุทธ์การพัฒนาความสามารถแบบอย่างของการดูแล เพื่อให้มีความเหมาะสมกับหลักการและโครงสร้าง การกำกับดูแลกิจกรรมที่ดี และการดูแลที่เป็นระบบ จะทำให้การจัดการมีประสิทธิภาพ ซึ่งกิจกรรมการพัฒนาที่ดีและมีประสิทธิภาพ คือรูปแบบการกำกับดูแล เป็นกรอบการกำกับดูแลที่กว้างขึ้นที่ควรดำเนินการเพื่อจะได้ดำเนินการอย่างเหมาะสม

B Keogh (2015) กล่าวว่า การฟื้นฟูเป็นตัวบ่งชี้หลักของแนวทางปฏิบัติ ซึ่งพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญ จำเป็นต้องตระหนักถึงการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ซึ่งอยู่เหนือโครงสร้างของโรงพยาบาลหรือหอผู้ป่วย และยึดมั่นในทัศนคติ ปฏิสัมพันธ์ การปฏิบัติ และสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ที่ทำงานกับผู้ให้บริการ และช่วยให้ผู้รับบริการสามารถดำเนินชีวิตได้เป็นปกติ

กลุ่มวิชาการพยาบาลสาธารณสุข (2557) กล่าวว่า การดูแลและสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพของประชาชน ซึ่งดำเนินการโดยบุคลากรของหน่วยงาน ภาครัฐและภาคเอกชนรวมทั้งการมีส่วนร่วมในการให้บริการของภาคประชาชน ระบบบริการสุขภาพ

กฤษฎา โพธิ์นัมแดง (2560) ในกระทรวงสาธารณสุขจะแบ่งขีดความสามารถของสถานพยาบาลในสังกัดออกเป็น 4 ระดับ ซึ่งบ่งชี้ด้วยศักยภาพในการรักษา และปริมาณผู้ป่วยที่สามารถรองรับไว้ในโรงพยาบาลได้ โดยทั้ง 4 ระดับแบ่งออกได้ดังนี้

1) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดหรือประจำภูมิภาค ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการส่งต่อผู้ป่วย (Refer Case) ที่ต้องการเครื่องมือพิเศษหรือแพทย์เฉพาะทางในการรักษา จึงจัดว่าโรงพยาบาลศูนย์มีขีดความสามารถในการรักษาในระดับตติภูมิ (Tertiary Care) โรงพยาบาลศูนย์จะมีจำนวนเตียง ตั้งแต่ 500 เตียงขึ้นไป

2) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โดยเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดทั่วไปหรือโรงพยาบาลประจำอำเภอขนาดใหญ่ โดยจะมีขีดความสามารถในการรักษาอยู่ในระดับทุติภูมิ (Secondary Care) มีขนาดและจำนวนเตียงตั้งแต่ 120-500 เตียง

3) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอทั่วไป มีขีดความสามารถระดับปฐมภูมิ (Primary Care) หรือระดับทุติภูมิ (Secondary Care) ในบางแห่ง มีจำนวนเตียง 10 - 120 เตียง

4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นสถานพยาบาลประจำตำบล โดยเดิมนั้นคือสถานีอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชน มีขีดความสามารถระดับปฐมภูมิ (Primary Care) โดยเกือบทั้งหมดจะไม่รับผู้ป่วยใน และไม่มีแพทย์ทำงานอยู่เป็นประจำ แต่จะอาศัยความร่วมมือกับแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อดำเนินการดูแลผู้ป่วยในเชิงการรักษา พินฟูและการป้องกัน บุคลากรที่ทำหน้าที่จะเป็นพยาบาลวิชาชีพ หรือนักสาธารณสุขศาสตร์ เป็นต้น

ดารณี อินทรลาวัณย์ (2560) กล่าวว่า ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย (Health Service System) มุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาพกายและจิตที่ดี ผ่านกระบวนการ สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค พินฟูการทำงานของร่างกาย และกระบวนการสร้างความแข็งแกร่งและความพร้อมของสาธารณสุขในการรับมือ โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และภัยพิบัติ การจัดระบบบริการสุขภาพ ควรมีความเหมาะสม สอดคล้อง กับความจำเป็นหรือความต้องการและสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพของประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของการบริการ

ศิริเกษม ศิริลักษณ์ (2563) กล่าวว่า รูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ และระดับจังหวัด (Provincial Health System) มีการพัฒนาระบบสุขภาพแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และเชื่อมโยงและสอดคล้องกับระบบที่สำคัญทั้งสถาบันการศึกษา เช่น มหาวิทยาลัย สามารถสนับสนุนด้านวิชาการด้วย จึงเป็นส่วนสำคัญในการร่วมพัฒนาไปด้วยโดยมีเป้าหมายคือ สุขภาวะของประชาชน ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ข้อ ความสำคัญของระบบสุขภาพชุมชนไว้เป็นอีกหนึ่ง 1 ข้อ รวม 7 ข้อ เรียกว่า Six Building Blocks Plus One องค์การอนามัยโลก ได้เสนอกรอบแนวคิดของระบบสุขภาพ ซึ่งถือว่าเป็นแนวทางในการดำเนินงาน โดยทั่วไปในปัจจุบัน โดยมุ่งหวังให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น ครอบคลุมทั่วถึง รวมถึงเป็นการให้บริการที่มีคุณภาพและมีความปลอดภัย ดังต่อไปนี้

- 1) ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ (Leadership and Governance)
- 2) ระบบบริการสุขภาพ (Service Delivery System)
- 3) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)
- 4) ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health Information System)
- 5) การเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น (Access to Essential Medicines and Health Technology)
- 6) การเงินการคลัง และการแบ่งปันทรัพยากร (Financing System)
- 7) ระบบสุขภาพชุมชน (Community Health System)

กุลวดี เช่งวา (2564) กล่าวว่า ระบบสุขภาพมุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาพกายและจิตที่ดีผ่าน กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค พินฟู การทำงานของร่างกาย และกระบวนการสร้างความแข็งแกร่งและความพร้อมของ สาธารณสุขในการรับมือโรคติดต่อโรคไม่ติดต่อ และภัยพิบัติ ระบบสุขภาพที่ดีควรเห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ของทุกคน ยึดมั่นในหลัก ศีลธรรม คุณธรรม จริยธรรมในการดำเนินการ และให้ความเท่าเทียมด้านสิทธิประโยชน์แก่ ชนทุกกลุ่มอย่างเหมาะสม

พศวีร์ วัชรบุตร (2564) กล่าวว่า มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (Health Service System Standard) มีเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานและวัดความสำเร็จของสถานพยาบาล ในการจัดการคุณภาพ รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย ด้านอาคารสิ่งแวดล้อม

และเครื่องมือแพทย์ในสถานพยาบาล และด้านการดำเนินงานสุขศึกษาที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นระบบบริการสุขภาพที่จัดให้แก่ประชาชน และส่งมอบบริการที่มีคุณภาพ เป็นที่ไว้วางใจของประชาชนและสังคม เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพเอื้อให้เกิดความปลอดภัย สวัสดิภาพของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ผู้มาเยือน ชุมชนและสิ่งแวดล้อม

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2564) กำหนดมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับมาตรฐานด้านการบริหาร จัดการสถานพยาบาลตามมาตรฐานสถานพยาบาลภายใต้กฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล โดยเน้นการประเมิน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับประชาชนผู้รับบริการภายใต้การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของ สถานพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดกิจกรรมที่ผู้ประเมินสามารถเทียบเคียงกิจกรรมที่สถานพยาบาลดำเนินการ อยู่จริงได้ในแบบประเมิน ดังนี้ (1) นโยบายการจัดการคุณภาพ (2) กระบวนการคุณภาพ (3) ผลลัพธ์ของการจัดการคุณภาพ โดยมีสถานบริการสุขภาพพื้นที่ให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพด้านสาธารณสุข แบ่งออกเป็น 4 ระดับดังนี้

1) โรงพยาบาลขนาดใหญ่ หมายถึง สถานบริการสุขภาพขนาดใหญ่ มีจำนวนเตียงผู้ป่วยให้บริการ จำนวน 500 เตียงขึ้นไป

2) โรงพยาบาลขนาดกลาง หมายถึง สถานบริการสุขภาพประจำจังหวัด มีจำนวนเตียงผู้ป่วยให้บริการ จำนวน 150-500 เตียง

3) โรงพยาบาลขนาดเล็ก หมายถึง สถานบริการสุขภาพระดับอำเภอที่ได้รับการยกระดับขึ้นพิเศษ มีจำนวนเตียงผู้ป่วยให้บริการจำนวน 1-149 เตียง

ฉันทิร สิทธิศักดิ์ (2565) กล่าวว่า ระบบสุขภาพของประเทศไทย (Thailand's Health System) มุ่งเน้นระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care) โดยการรักษา พันฟู ส่งเสริม ป้องกันโรค และการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ดูแลแบบองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม วางแผนการดูแลรายบุคคล และครอบครัว กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และป่วย ระยะเฉียบพลัน ระยะกลาง ระยะเรื้อรัง ระยะยาว ระยะประคับประคอง ระยะท้ายของชีวิต กลุ่มเปราะบาง กลุ่มด้อยโอกาส การเชื่อมโยง กับระบบบริการโรงพยาบาล ให้เป็นหนึ่งเดียวกันหนึ่งจังหวัด หนึ่งโรงพยาบาลชุมชน หนึ่งอำเภอต้นแบบ มีหน่วยบริการปฐมภูมิ เชื่อมโยงการให้บริการฯ ทุกระดับทั้งไปและกลับ

กองการพยาบาลสาธารณสุขสำนักอนามัย (2566) กล่าวว่า ระบบสุขภาพชุมชน (Community Health System) เป็นระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับพื้นที่ร่วมกับทุกภาคส่วน โดยบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการขึ้นชม และการจัดการความรู้ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยกำหนดเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาพของประชาชน เป้าหมายของระบบระบบสุขภาพชุมชน (1) เป็นสังคมที่เอื้ออาทร ไม่ทอดทิ้งกัน (2) ให้การรักษาคนที่เจ็บป่วยเล็กน้อย (3) มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุกคน (4) ชุมชนสามารถควบคุมโรคที่พบบ่อยได้ (5) ชุมชนมีการสร้างเสริมสุขภาพ

2.2.1 การจำแนกโรคต่อภาระจก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2558) การบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการกำหนดให้หน่วยบริการผ่าตัดต่อภาระจกเป็นผู้บันทึกข้อมูล และรับชดเชยค่าบริการผ่าตัดต่อภาระจก และเลนส์แก้วตาเทียม โดยหน่วยบริการจะต้องบันทึกข้อมูลในระบบ e-Claim ให้ถูกต้อง ครบถ้วน ดังต่อไปนี้ (1) ข้อมูลผู้ป่วยข้อมูลบริการ และการส่งต่อเข้ารับบริการตามหลักเกณฑ์การจ่าย

ชดเชยค่าบริการข้อมูลการจำแนกระดับสายตาของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยระบุข้อมูลการจำแนกระดับสายตาของผู้ป่วย ตามหลัก (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD-10) กลุ่มรหัส H54 เพื่อประเมินคุณภาพการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยต่อกระจกในภาพรวมของประเทศ

ปัทมา สันติวงศ์เดชา (2562) กล่าวว่า การจำแนกโรค เพื่อให้เกิดมาตรฐานเดียวกันในการรายงาน และการตรวจสอบ เป็นบัญชีโรคย่อยหนึ่งจากบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD-10) ซึ่งเป็นรหัสของโรคและอาการ อาการแสดง ความผิดปกติที่ตรวจพบ อาการนำ สภาพสังคม หรือสาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บหรือโรค โดยมีวัตถุประสงค์ในการจัดประเภทการเจ็บป่วยตามเกณฑ์เพื่อใช้บันทึกเพื่อรวบรวมเป็นข้อมูลทางสถิติในการวางแผนสุขภาพในระดับสากลบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพ

ตารางที่ 1 การจำแนกโรคต่อกระจก

ICD-10	การวินิจฉัยโรค	ศัพท์ทางการแพทย์
H25	ต้อกระจกในวัยชรา	Senile Cataract
H25.0	ต้อกระจกเริ่มแรกในวัยชรา	Senile Incipient Cataract
H25.1	ต้อกระจกนิวเคลียร์ในวัยชรา	Senile Nuclear Cataract
H25.2	ต้อกระจกในวัยชรา, ประเภท Morgagnian	Senile Cataract, Morgagnian Type
H25.8	ต้อกระจกในวัยชราอื่น ๆ	Other Senile Cataract
H25.9	ต้อกระจกในวัยชรา ไม่ระบุรายละเอียด	Senile Cataract, Unspecified
H26	ต้อกระจกแบบอื่น	Other cataract
H26.1	ต้อกระจกบาดแผล ความผิดปกติอื่นของเลนส์	Traumatic Cataract
H27	ความผิดปกติแบบอื่นที่แก้วตา	Other disorders of lens
H27.0	ไม่มีแก้วตา	Aphakia
H27.1	แก้วตาเคลื่อน	Dislocation of lens
H28	ต้อกระจกและความผิดปกติอื่นที่แก้วตาในโรคที่จำแนกไว้ที่อื่น	Cataract and other disorders of lens in diseases classified elsewhere

ที่มา: ภาควิชาจักษุวิทยา (2562)

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจกระดับประเทศไทยจำแนกตามเขตบริการสุขภาพ พ.ศ. 2562-2566

เขตบริการสุขภาพ	2562	2563	2564	2565	2566
เขต 1	15,121	12,798	13,044	14,874	20,625
เขต 2	11,220	9,841	8,684	9,622	14,312
เขต 3	7,684	7,629	5,745	6,435	7,714
เขต 4	14,520	11,647	8,569	13,494	16,491
เขต 5	20,693	19,374	13,121	20,721	23,363
เขต 6	12,086	11,185	7,510	10,607	13,732
เขต 7	7,817	8,383	8,515	10,918	13,955
เขต 8	11,764	10,026	8,211	10,352	16,501
เขต 9	16,468	12,823	10,318	13,282	19,925
เขต 10	8,284	7,344	5,751	6,754	9,204
เขต 11	10,990	9,810	8,990	10,194	12,462
เขต 12	9,256	8,625	6,181	8,302	19,925
เขต 13	276	194	44	0	0

ที่มา: Eye Health Data Center ข้อมูล ณ.วันที่ 31 มกราคม 2567

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจกระดับเขตบริการสุขภาพที่ 8 จำแนกตามจังหวัด พ.ศ. 2562-2566

จังหวัด	พ.ศ.2562	พ.ศ.2563	พ.ศ.2564	พ.ศ.2565	พ.ศ.2566
นครพนม	1,462	1,355	1,268	2,331	1,504
บึงกาฬ	732	515	488	560	1,115
สกลนคร	2,756	2,334	1,378	1,963	4,004
หนองคาย	1,306	1,720	1,655	2,040	2,485
หนองบัวลำภู	2,144	1,659	1,192	1,224	2,068
อุดรธานี	2,254	955	730	396	3,186
เลย	956	1,324	1,472	1,836	2,139

ที่มา: Eye Health Data Center ข้อมูล ณ. วันที่ 31 มกราคม 2567

สรุปการจัดการบริการสุขภาพ เป็นกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟู มุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาพกายและจิตที่ดี และการจัดระบบบริการสุขภาพควรมีความเหมาะสม สอดคล้อง กับความจำเป็นหรือความต้องการและสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพของ

ประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของการบริการ ดำเนินการโดยบุคลากรของหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนรวมทั้งการมีส่วนร่วมใน การให้บริการของภาคประชาชน เพื่อรับมือโรคติดต่อโรคไม่ติดต่อ อีกทั้งการดูแลยังมุ่งเน้นการให้บริการในระยะยาว เพื่อการฟื้นฟู และดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม เพื่อให้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน ในโรงพยาบาลนครพนม

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home care)

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home care) โดยมีการนำเสนอในประเด็นที่เกี่ยวข้องดังนี้

2.3.1 ความหมายของการดูแลตนเอง

2.3.2 ความต้องการดูแลตนเอง

2.3.3 กระบวนการดูแลผู้ป่วย

2.3.4 แนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน

2.3.5 การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home care)

การดำเนินชีวิตหลังการเจ็บป่วยจากการผ่าตัด ของแต่ละบุคคลต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวทั้งก่อนและหลังผ่าตัด รวมไปถึงความสำคัญของการกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ทั้งเรื่องการปฏิบัติตัว การดูแลตนเองขณะทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งแต่ละครอบครัวมีการปฏิบัติตัวที่แตกต่างกันไป ทั้งเรื่อง การดำรงชีวิต สถานที่พักฟื้น และสิ่งแวดล้อม รวมไปถึงการรับรู้ และการให้ความสำคัญในโรคที่เป็นอยู่ด้วย

2.3.1 ความหมายของการดูแลตนเอง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาความหมายของการดูแลตนเอง โดยมีการนำเสนอในประเด็นที่เกี่ยวข้องดังนี้

Orem (2001) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่แต่ละบุคคลปฏิบัติเพื่อตนเองหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง เป็นการกระทำที่จงใจ มีเป้าหมาย มีระบบระเบียบขั้นตอน เป็นการกระทำที่ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการของชีวิตดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล

Tedros-Adhanom Ghebreyesus and Soumya Swaminathan (2022) กล่าวว่า การดูแลตนเองคือความสามารถของบุคคล ครอบครัว และ ชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และดูแลรักษาสุขภาพ และการมีส่วนร่วมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อรับมือกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งขอบเขตการดูแลตนเองในหมายรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และควบคุม การรักษา โดยการดูแลนั้นผู้ป่วยต้องหาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ การฟื้นฟูรวมทั้งการดูแลแบบประคับประคอง การดูแลตนเองเป็นเครื่องมือที่สนับสนุนในการดูแลตนเอง ซึ่งรวมถึงยา อุปกรณ์ การวินิจฉัยและ/หรือการป้องกันโรค ทางดิจิทัลที่สามารถทำได้ ในการให้บริการด้านสุขภาพนอกระบบทั้งหมดหรือบางส่วน ซึ่งสามารถใช้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้

จันทร์ทิวา เจียรณัย (2553) กล่าวว่า การที่บุคคลหนึ่งที่ต้องเปลี่ยนสภาพดีหรือสุขภาพที่ปกติ เข้าสู่การเจ็บป่วย การให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำผู้ป่วยจะต้องปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตใหม่ ทั้งความกลัว วิดกกังวล แตกต่างกันไป การบริหารจัดการ เป็นการถ่ายทอดความรู้ ทักษะและเจตคติที่ดี และความสามารถในการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนนั้นเป็นสิ่งสำคัญ

จิรัชยา เจียวกิก (2558) กล่าวว่า การดูแลตนเองนั้นต้องมีความรู้ ความสามารถ และดูแลอย่างใกล้ชิด โดยภายใน ครอบครัวจะมีวิธีการจัดการ หรือกำหนดบทบาท หน้าที่ในการดูแลของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก แตกต่างกัน

อมรรัตน์ นระสนธิ์ (2559) กล่าวว่า การจัดการสิ่งแวดล้อม มีผลต่อการดูแลสุขภาพ และสอดคล้องกับการดูแลแบบองค์รวม เป็นการบูรณาการของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อลดความเครียด และอันตรายที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งการส่งเสริม และสนับสนุนสมาชิกในครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาภาวะสุขภาพด้วย

พารุณี วงษ์ศรี (2561) กล่าวว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเอง มีความจำเป็นต่อการดูแล ได้นั้น ต้องมีการดูแลทางด้านร่างกายจิตใจ และสังคม เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องของตนเอง ด้วยการกระทำ การชี้แนะ การสอน การสนับสนุน และส่งเสริมผู้ป่วย เพื่อรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ความผาสุก และคุณภาพชีวิตที่ดี

จิราพร รักการ (2564) ความสามารถในการดูแลตนเองในการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาทางจิต ดูแลช่วยเหลือตนเอง ครอบครัว และชุมชนเมื่อเกิดปัญหาทางจิตได้แต่หากบุคคลไม่สามารถปฏิบัติดูแลตนเองได้ พยาบาลจะเป็นผู้ช่วยเหลือและชดเชยในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ

สรุปการดูแลตนเองต้องคำนึงถึงปัญหาสุขภาพที่มีความต้องการมากกว่าความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งการดูแลตนเองนั้นเป็นการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลนั้นต้องการทางด้านร่างกาย และสังคมและการมีส่วนร่วมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตามขอบเขตการดูแลการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และควบคุม การรักษา และฟื้นฟูทั้งการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำรงชีวิต มีภาวะสุขภาพที่ดี และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนากิจการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดการที่บุคคลจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมนั้น ต้องริเริ่มและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้คือ มีความรู้ความชำนาญและความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง มีแรงจูงใจที่จะกระทำและมีความพยายามอย่างต่อเนื่องจนได้รับผลสำเร็จให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพดีรับรู้พฤติกรรมดูแลตนเอง สามารถลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ให้กระทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอโดยมีข้อบกพร่องหรือการถดถอยที่น้อยที่สุด จนบรรลุผลสำเร็จตามต้องการมีกำลังใจและความตั้งใจสูง ตั้งแต่เริ่มปฏิบัติจนสิ้นสุด

2.3.2 ความต้องการดูแลตนเอง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาความต้องการดูแลตนเอง โดยมีการนำเสนอในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ความต้องการดูแลตนเอง หมายถึง (Orem, 1991) ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care Demand) และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care Agency) เป็นปัจจัยพื้นฐานบางส่วน ของการดูแลตนเองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งหมายถึงกิจกรรม

การดูแลตนเองทั้งหมด ที่บุคคลควรจะทำภายในระยะเวลาหนึ่ง (Orem, 2001) ซึ่งจะประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care Requisites) 3 ด้าน คือ

2.3.2.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป (Universal Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเอง เพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็น สำหรับบุคคล ทุกคน ทุกวัยแต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์และ กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป มีดังนี้

- 1) คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำอาหารที่เพียงพอ
 - (1) บริโภคอาหาร น้ำอากาศให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติและคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก
 - (2) รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง
 - (3) หาความเพลิดเพลินจากการหายใจการดื่ม และการรับประทานอาหารโดยไม่ทำให้เกิดพิษ
- 2) คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ
 - (1) จัดการให้มีการขับถ่ายตามปกติทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม
 - (2) จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่าย ซึ่งรวมถึงการจัดการโครงสร้างและหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติและการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่าย
 - (3) ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล
 - (4) ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ
- 3) รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
 - (1) เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกก าลังกายการตอบสนองทางอารมณ์ทางสติปัญญาและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม
 - (2) รับรู้และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง
 - (3) ใช้ความสามารถความสนใจค่านิยม และกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียมประเพณีเป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง
- 4) รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
 - (1) คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนา ซึ่งเป็นที่พึงของตนเอง และสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพรู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น
 - (2) ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรักความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน
 - (3) ส่งเสริมความเป็นตัวของตนเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม
- 5) ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ
 - (1) สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น
 - (2) จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย
 - (3) หลีกเลียงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ
 - (4) ควบคุมหรือจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

6) ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระเบียบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of Normalcy)

(1) พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง

(2) ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง

(3) ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล (Health Promotion & Preventions)

(4) ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้างและการทำหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง (Early Detection)

2.3.2.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ และเหตุการณ์ที่มีผลเสีย หรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

1) พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่จะช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่าง ๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอดในวัยแรกเกิด วัยทารกวัยเด็กวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และวัยชรา

2) ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการสื่อเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียความเจ็บป่วยการบาดเจ็บ และการพิจารณาการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ใน ชีวิต ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

2.3.2.3 การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเมื่อมีความผิดปกติหรือมีความพิการของ โครงสร้างและหน้าที่ของบุคคลเช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วยรวมทั้งผลกระทบจากการวินิจฉัยโรคและการรักษาของแพทย์การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มีดังนี้

1) แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่เชื่อถือได้เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

2) รับรู้สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3) ปฏิบัติตามแผนการรักษาการวินิจฉัยการฟื้นฟูและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

4) รับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

5) ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษา โดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

6) เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุด ตาม

ความสามารถที่เหลืออยู่รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลในประเด็นนี้บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัยและการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง ในแง่ของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้น บุคคลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการได้รับการตอบสนองและเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งเกิดจากภาวะเจ็บป่วยแต่ในขณะเดียวกันจะต้องดัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย เพื่อรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ปกติและเพื่อส่งเสริมพัฒนาการและมีส่วนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.3.3 กระบวนการดูแลผู้ป่วย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยมีการนำเสนอในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

นริศรา งานสะอาด (2551) กล่าวว่า การดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับบริการ จนออกจากหน่วยบริการ การดูแลต่อเนื่อง ประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ให้ความช่วยเหลือ แนะนำผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยความเอาใจใส่ที่จะตอบสนองต่อปัญหาของผู้ป่วยรายงานอาการ หรือความผิดปกติต่อผู้ป่วย ให้ข้อมูล และรายงานอาการ หรือความผิดปกติต่าง ๆ แก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการผ่าตัดและขอบเขตวิชาชีพ ประสานงานกับทีมพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อวางแผนฟื้นฟูสภาพ

วรรณ ประสารอริคม (2561) กล่าวว่าในการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการสังเกต การสรุปข้อวินิจฉัย การพยาบาล การบันทึกข้อมูล และการวางแผนการพยาบาล ผู้ป่วยในการพยาบาลที่บ้านมีหลายระดับ ซึ่งปัญหาที่พบจะต่างกัน การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยจะช่วยให้การวางแผนการพยาบาล การกำหนดเป้าหมาย กิจกรรมและการประเมินผลง่ายขึ้น ซึ่งผู้ป่วยที่ส่งต่อให้ได้รับการดูแลที่บ้านแบ่งได้เป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มแรก ผู้ป่วยที่รักษาหายได้ (Curable/Recover) ต้องการการดูแลระยะสั้นส่วนใหญ่ไม่ใช่ผู้ป่วยเรื้อรัง กลุ่มที่สอง ผู้ป่วยเรื้อรัง (Long-Term Chronic) กลุ่มที่สาม Long-Term with Mild Disability มีการเปลี่ยนแปลง การดำเนินชีวิตค่อนข้างมาก ต้องมีคนช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยต้องการการสอน และสาธิตการช่วยเหลือในกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน กลุ่มที่สี่ Long-Term with Extreme Disability การดูแลซับซ้อน โรคอาจรุนแรงขึ้น ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ผู้ป่วยต้องการการสอน และสาธิตกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื่องต่าง ๆ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือกำลังจะตาย อาจต้องกลับไปรับการรักษาในโรงพยาบาล อาจแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ยังดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันได้เอง หรือได้บ้าง และกลุ่มที่ดูแลตนเองไม่ได้เลย

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2565) กล่าวว่า กระบวนการดูแลผู้ป่วย มีการเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access & Entry: ACN) การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment: ASM) การวางแผน (Planning: PLN) การดูแลผู้ป่วย (General Care Delivery: PCD) การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย และครอบครัว (Information and Empowerment for Patients and

Families: IMP) การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care: COC) ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น โดยอธิบายรายละเอียดไว้ดังนี้

1. เข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access & Entry: ACN) ได้โดยสะดวก มีกระบวนการ รับผู้ป่วยที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วย ความต้องการของผู้ป่วย อย่างทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ ระบบงานและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ

- 1.1 ชุมชนสามารถเข้าถึงบริการต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับปัญหาและความ
- 1.2 มีการประสานงานที่ดีระหว่างองค์กรกับหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมา
- 1.3 ผู้ป่วยได้รับการคัดแยก (Triage) ภายในระยะเวลา
- 1.4 มีการประเมินความสามารถในการรับผู้ป่วยไว้ดูแลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
- 1.5 การรับย้ายหรือรับเข้าหน่วยบริการวิกฤตหรือหน่วยบริการพิเศษเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

1.6 ในการรับผู้ป่วยไว้ดูแล มีการให้ข้อมูลที่เหมาะสมและเข้าใจง่ายแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

1.7 มีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลความยินยอมจากผู้ป่วยและครอบครัวไว้ในเวชระเบียนก่อนที่จะจัดให้บริการ หรือให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม

1.8 องค์กรจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งแนวทางการบ่งชี้ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

2. การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment: ASM) ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม มีองค์ประกอบคือ

- 1.1 มีการประเมินผู้ป่วย
- 1.2 การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค
- 1.3 การวินิจฉัยโรคมีการกำหนดเรื่องการลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคเป็นเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วย โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเข้ม มีการปรับปรุงและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

3. การวางแผน ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบด้วย

- 3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planning of Care)
 - 1) การวางแผนดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเชื่อมโยงและประสานกันระหว่างวิชาชีพ แผนก และหน่วยบริการต่าง ๆ
 - 2) แผนการดูแลผู้ป่วยตอบสนองอย่างครบถ้วนต่อปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมิน
 - 3) มีการทำหลักฐานวิชาการหรือแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
 - 4) ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาหลังจากได้รับข้อมูลที่เพียงพอ และมีส่วนร่วมใน การวางแผนการดูแล
 - 5) แผนการดูแลผู้ป่วยมีการระบุเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ ครอบคลุมทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และบริการ ที่จะให้

6) มีการสื่อสารและประสานงานระหว่างสมาชิกของทีมผู้ให้บริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการนำแผนการดูแลผู้ป่วยไปสู่การปฏิบัติที่ได้ผลในเวลาที่เหมาะสม สมาชิกของทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจบทบาท ของผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ

7) มีการทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีข้อบ่งชี้จากสภาวะหรืออาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป

3.2 การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วย สามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพ ปัญหาและความ ต้องการ หลังจากจำหน่ายออกจากองค์กร

1) มีการกำหนดแนวทาง ข้อบ่งชี้และโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย

2) มีการพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่ช่วงแรกของการดูแลรักษา

3) แพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย

4) มีการประเมินและระบุปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย และประเมินซ้ำเป็นระยะใน ช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอยู่ในโรงพยาบาล

5) มีการปฏิบัติตามแผนจำหน่ายในลักษณะที่เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ตามหลักการเสริมพลัง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพและความมั่นใจในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง

6) มีการประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่าย โดยใช้ข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วยและข้อมูล สะท้อนกลับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4. การดูแลผู้ป่วย

4.1 การดูแลทั่วไป (General Care Delivery) ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่างทันทั่วถึงที่ ปลอดภัย เหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ

4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (Care of High-Risk Patients and Provision of High-Risk Services) ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงอย่างทันทั่วถึงที่ ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ

4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care) ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันทั่วถึงที่ ปลอดภัย และ เหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ การระงับความรู้สึกการผ่าตัด อาหารและโภชนาบำบัด การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการความปวด การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลผู้ป่วยโรคต่อกระฉก

5. การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (Information and Empowerment for Patients and Families: IMP) ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพ แก่ผู้ป่วย และครอบครัว และกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัวให้มี

ความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้าง เสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล

6. การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care: COC) ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี

6.1 องค์กรระบุกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องใช้ขั้นตอนการจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นกรณีพิเศษ เพื่อให้มั่นใจในผลการส่งต่อที่ทันเวลาและปลอดภัย.

6.2 การดูแลขณะส่งต่อ ดำเนินการโดยบุคลากรที่มีศักยภาพ และมีการสื่อสารข้อมูลระหว่างการส่งต่อที่เหมาะสม

6.3 ยานพาหนะที่ใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยได้มาตรฐานความปลอดภัย มีอุปกรณ์การแพทย์และเวชภัณฑ์ที่พร้อมตอบ สนองความต้องการของผู้ป่วย

6.4 มีระบบนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่องเมื่อมีข้อบ่งชี้ มีระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสม

6.5 องค์กรสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรชุมชนและภาคส่วนอื่น ๆ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วยและบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเข้าในกระบวนการ ดูแลผู้ป่วย

6.6 มีการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยให้แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่อง ทั้งภายในองค์กรและกับองค์กรภายนอก โดยคำนึงถึงการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วย

6.7 มีการทบทวนเวชระเบียนเพื่อประเมินความเพียงพอของข้อมูลสำหรับการดูแลต่อเนื่อง

6.8 มีการติดตามผลการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจว่าความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง และนำผล การติดตามมาปรับปรุงและวางแผนบริการในอนาคต

สรุปการดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่แต่ละบุคคลปฏิบัติเพื่อตนเอง และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพชีวิตที่ดีของตนเอง รวมไปถึงการให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ามาใช้บริการ จนออกจากหน่วยบริการ กระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีขั้นตอนเริ่มตั้งแต่การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access & Entry: ACN) การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment: ASM) การวางแผน (Planning: PLN) การดูแลผู้ป่วย (General Care Delivery: PCD) การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย และครอบครัว (Information and Empowerment for Patients and Families: IMP) การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care: COC) ดังนั้นทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี นอกจากนั้นทีมสหวิชาชีพต้องมีความรู้และทักษะในกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

2.3.4 แนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจก ขณะพักฟื้นที่บ้าน

หลักการดำเนินงานของระบบสุขภาพโรงพยาบาลนครพนม ได้แก่ หอผู้ป่วยแผนกจักษุ ตึกผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ และงานเวชศาสตร์ครอบครัว มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย (กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาล, 2565) ดังนี้

1. ขั้นตอนการให้บริการหอผู้ป่วยแผนกจักษุ

1.1 การประเมินผู้ป่วยแรกรับ ชักประวัติสุขภาพ โรคประจำตัว ประวัติแพ้ยาอาหาร

1.2 ตรวจสอบตาข้างที่ผ่าตัดทุกรายอย่างละเอียด เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดข้าง ผิดคน ผิดตำแหน่ง ได้แก่ ป้ายข้อมือ คำสั่งแพทย์ เวชระเบียน ให้ตรงกับผู้ป่วยทุกราย

1.3 ตรวจสอบสิทธิการรักษา

1.4 การประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม (Fall Risk) การตรวจวัดระดับการมองเห็น (Visual Acuity: VA) และการวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel Activity of Daily Living Index หรือ ADL Index)

1.5 ขั้นตอนการเตรียมผ่าตัด ผู้ป่วยมีความพร้อมในการผ่าตัด แนะนำการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัด ตัดขนตา ตรวจสอบ (Intraocular Lens: IOL) ถูกต้องทุกราย เจาะหาระดับน้ำตาลในเลือดที่โดยเจาะที่ปลายนิ้ว (Dextrostix: DTX) ถ้า (Dextrostix: DTX) < 200 mg% รายงานแพทย์ งดผ่าตัด และหยุดตาขยายให้รุ่มานตามานตาขยาย > 8 มิลลิเมตร

1.6 การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจก แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด สังเกตอาการปวดตา เฝ้ารวังการพลัดตกหกล้ม (Fall Risk) สังเกตอาการปวดตา ก่อนกลับบ้านเปิดตา เช็ดตาด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ หยุดตา พร้อมแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สอนวิธีเช็ดตา หยุดตา ให้ยากกลับบ้าน และบัตร์บัต ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจกจะต้องได้รับชมวิดีโอทัศนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระจกทุกราย และให้ยากกลับบ้านพร้อมบัตร์นัดก่อนจำหน่าย

2. การให้บริการผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ

2.1 การบริการแรกรับ คือ การคัดกรอง คัดแยก การต้อนรับผู้ป่วย ตั้งแต่ ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับบริการในโรงพยาบาล โดยจัดการให้ผู้ป่วยได้รับบริการทันทีอย่างปลอดภัยพยาบาล และเจ้าหน้าที่ต้องทักทายผู้ป่วย แสดงออกถึงความเต็มใจในการให้บริการ พูดกับผู้ใช้บริการด้วยวาจาสุภาพ ให้เกียรติและแนะนำขั้นตอนการรับบริการ

2.2 การบริการก่อนตรวจ ประกอบด้วย

2.2.2 การชักประวัติอาการสำคัญประเมินสภาพผู้ป่วย วัดสัญญาณชีพ การตรวจวัดระดับการมองเห็น (Visual Acuity: VA) ได้แก่ การวัดค่าสายตาเบื้องต้น เพื่อคัดกรองการมองเห็นที่ผิดปกติ (Refraction) และตรวจวัดค่าเลนส์ให้กับผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลในการประเมินอาการ และคัดแยกผู้ป่วยให้ได้รับการพยาบาลที่ถูกต้อง ดังนี้

1) ผู้ป่วยรายใหม่

(1) ตามัว ส่งตรวจคัดกรองต้อหิน ต้อกระจก ด้วยเทคโนโลยี (Optical Coherence Tomography: OCT) 2 จุด และตรวจจอประสาทตา ขั้วประสาทตาด้วยกล้องถ่ายภาพจอประสาทตา (Fundus Camera)

(2) ต้อหิน ส่งตรวจขั้วประสาท (Optic Disc) ด้วยOphthalmoscope ดูขนาดหลุม (Cupping) กลางขั้วประสาท และตรวจลานสายตา เนื่องจากต้อหินเรื้อรังมักทำลายลานสายตาด้านข้าง (Side Vision)

2) ผู้ป่วยมาตามนัด

(1) ซักประวัติอาการสำคัญประเมินสภาพผู้ป่วย วัดสัญญาณชีพ การตรวจวัดระดับการมองเห็น (Visual Acuity: VA) ได้แก่ การวัดค่าสายตาเบื้องต้น เพื่อคัดกรองการมองเห็นที่ผิดปกติ (Refraction) และตรวจวัดค่าเลนส์

(2) ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแลระหว่างรอพบแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตามความเหมาะสม และปลอดภัยการบริการขณะตรวจ ให้การช่วยเหลือขณะตรวจ ให้การช่วยเหลือ และอยู่กับผู้ป่วยขณะที่แพทย์ตรวจชี้แจงให้เข้าใจถึงวิธีการตรวจต่าง ๆ ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแล เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ขั้นตอนการรับบริการขั้นต่อไป การมาตรวจตามนัด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ และปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

(3) การบริการหลังตรวจ ได้แก่ ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแลหลังตรวจ การนัดและติดตามครั้งต่อไป การให้คำแนะนำการรับยา การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแล ภายหลังการตรวจรักษาเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ และวิธีปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลที่มารับบริการได้รับความสะดวก และความปลอดภัย หลังจากให้คำแนะนำ หลังตรวจเสร็จ ส่งต่อผู้ป่วยรับยากลับบ้าน

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม (2565) ประเมินสภาวะสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย วางแผนจำหน่าย ส่งต่อ เพื่อที่จะส่งให้โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดตามดูแลต่อเนื่อง ส่งต่อเพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิ ติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีหน้าที่ติดตามดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจก หรือผู้รับบริการที่บ้าน ตามแผนปฏิบัติงานของ หน่วยบริการ ทีมสหวิชาชีพ มีหน้าที่ให้คำปรึกษา หรือร่วมติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อน หรือการดูแลที่ย่างยากจำเป็นต้องใช้ความรู้ความชำนาญของวิชาชีพ หน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลนครพนม ได้แก่ ทีมผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ หอผู้ป่วยแผนกจักษุ และงานเวชศาสตร์ครอบครัว ฯลฯ และมีหน้าที่วางแผนจำหน่าย และการส่งต่อ ก่อนที่จะส่งข้อมูลให้โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือศูนย์สุขภาพชุมชนติดตามดูแลต่อเนื่อง ซึ่งการเยี่ยมติดตามดูแลต่อเนื่อง เมื่อรับข้อมูลจากโปรแกรม (Long Term Care: LTC) ให้วางแผนติดตามเยี่ยมตามระดับความรุนแรงของโรคตามประเภทผู้ป่วยที่เยี่ยมบ้าน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่มีภาวะความเจ็บป่วยอยู่ในระยะที่มีอาการดีขึ้น อาการคงที่ สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ทั้งหมด เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ช่วยเหลือตนเองได้ แต่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ติดตามเยี่ยมภายใน 2-4 สัปดาห์ โดยอาสาสมัครประจำครอบครัวประจำบ้าน (อสค.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประจำครอบครัว ร่วมประเมินผลการเยี่ยม

กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่มีอาการเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลังผ่าตัดต่อกระจก หลังออกจากโรงพยาบาลเพื่อการติดตามประเมินอาการหลังได้รับการรักษาจากโรงพยาบาล หรือสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัดเป็นเหตุให้ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ไม่สามารถประเมินผลหลังการรักษา ปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้บางส่วน ช่วยเหลือตนเองได้แต่ไม่เต็มที่ และขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ติดตามเยี่ยมภายใน 2-4 สัปดาห์ โดยอาสาสมัครประจำ

ครอบครัวประจำบ้าน (อสค.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประจำครอบครัว ร่วมประเมินผลการเยี่ยม

กลุ่มที่ 3 กลุ่มที่มีความจำกัดในการไปใช้บริการ แต่ต้องการการประเมินเพื่อติดตามสถานะสุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการ ผู้ป่วย ที่มีความจำกัดในการไปรับบริการลำบาก ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ฯลฯ ควรได้รับการเยี่ยมเพื่อประเมินภาวะสุขภาพ และความต้องการจำเป็นในการดูแลรักษาสุขภาพตลอดจน ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา คือ กลุ่มผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของโรค ทำให้เกิดความพิการ/จำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมของตนเอง หรือมีการแพทย์เพื่อช่วยในการดำรงชีวิต ติดตามเยี่ยมภายใน 1-2 สัปดาห์ พยาบาลเวชปฏิบัติ (Nurse Practitioner: NP) และพยาบาลวิชาชีพ (Registered Nurse: RN) และประเมินผลการเยี่ยม

กลุ่มที่ 4 กลุ่มที่มีการดำเนินโรคในระยะสุดท้าย เช่น โรคมะเร็ง ระยะสุดท้าย โรคไตวาย เรื้อรังระยะสุดท้าย ฯลฯ การเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากที่สุด โดยการให้การพยาบาลเพื่อลดอาการรบกวน เช่น ความเจ็บปวด ลดอาการแน่นอึดอัดในช่องท้อง ลดอาการเหนื่อยหอบ ฯลฯ นอกจากช่วยลดอาการไม่สุขสบายแล้ว พยาบาลต้องเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และญาติในการช่วยให้ผู้ป่วยสมาชิกครอบครัวเข้าใจพร้อมต่อการสูญเสียบุคคลที่รัก ติดตามเยี่ยมภายใน 1-2 สัปดาห์ พยาบาลเวชปฏิบัติ (Nurse Practitioner: NP) และพยาบาลวิชาชีพ (Registered Nurse: RN) และประเมินผลการเยี่ยม ดังนี้

3. หน่วยงานส่งแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านทางโปรแกรม (Long Term Care: LTC) ไปที่พื้นที่ที่ดูแลผู้ป่วย โดยการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) มีหน้าที่ดังนี้

1) ประสานงานการดูแลต่อเนื่องระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลชุมชน กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชน รวมถึงโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่ ส่งข้อมูลเพื่อให้ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2) จัดทำฐานข้อมูล การรับและส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่อง

3) ติดตามการรายงานการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของหน่วยงานต่าง ๆ

4) ประสานการดูแลหรือจัดการประชุมเพื่อทบทวนการดูแลต่อเนื่องเพื่อให้การดำเนินงานมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

5) ร่วมกับคณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อรายงานผลการดำเนินงานแก่คณะกรรมการอำนวยการ

4. หน่วยงานเขียนใบส่งต่อในแบบฟอร์มที่กำหนด และส่งให้ศูนย์ดูแลต่อเนื่องลงทะเบียน

5. ศูนย์ดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลนครพนมส่งข้อมูลไว้ที่โปรแกรม (Long Term Care: LTC)

6. ในกรณีเร่งด่วนหน่วยงานที่ส่งต่อโทรศัพท์แจ้งไปที่ผู้ประสานงานระดับพื้นที่ หลังจากนั้นจึงนำส่งเอกสารมาที่ศูนย์การดูแลต่อเนื่องเพื่อลงทะเบียนก่อนส่งศูนย์ ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านหน่วยบริการ ปฏิบัติดังนี้

(1) ทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำรวจข้อมูลประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ และคัดแยกกลุ่มเป้าหมายตามคำจำกัดความ

(2) ทีมดูแลสุขภาพที่บ้านประเมินสภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ และให้บริการ ตามมาตรฐานที่กำหนด ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) การบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) การดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward)

(3) บันทึกข้อมูลและรายงานในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน และในโปรแกรม (Long Term Care: LTC)

(4) ในกรณีที่ได้รับการส่งต่อเพื่อดูแลต่อที่บ้านจากหน่วยงานต่าง ๆ ของโรงพยาบาลนครพนม ให้บันทึกผลการดูแลต่อเนื่องลงในแบบฟอร์มที่กำหนด และส่งคืนไว้ที่โปรแกรม (Long Term Care: LTC) ของโรงพยาบาล

(5) ในกรณีที่ต้องการคำปรึกษาหรือต้องการความช่วยเหลือจากทีมสหวิชาชีพ ให้ประสานได้ที่ ศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Continuity of Care: COC)

(6) สรุปผลการปฏิบัติงาน พร้อมปัญหาและอุปสรรคทุกสิ้นเดือน

7. การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นแบบแผนการดูแล และการให้บริการเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง โดยหลักการสำคัญของการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home care) คือ

1) ประเมินความรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก และผู้ดูแล เกี่ยวกับการดำเนินการดูแลตนเองในเรื่องต่าง ๆ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และระบบการสนับสนุนของผู้ป่วย และผู้ดูแล

2) ประเมินภาวะสุขภาพ ภาวะเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล รวมถึงการเผชิญปัญหา การปรับตัว หรือความเครียดทุกครั้ง

3) สรุปภาวะสุขภาพทั้งของผู้ป่วย และผู้ดูแล ปัญหาที่มีผลกระทบต่อการดูแลที่บ้านให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลทราบ และให้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและกลวิธีการปฏิบัติ หรือการจัดการกับปัญหา โดยพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วย และผู้ดูแลต้องการ และประเมินผลลัพธ์ร่วมกัน

4) กำหนดแผนการเยี่ยมที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย

5) มีการประสานงาน กับแพทย์เจ้าของไข้ และทีมสุขภาพที่รับผิดชอบผู้ป่วย

6) ส่งต่อแหล่งประโยชน์ที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามที่ต้องการ

สรุปการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นทางเลือกที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพ และลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระบบบริการสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จเพื่อให้บริการแก่ผู้รับบริการ และครอบครัวโดยมีเป้าหมายเพื่อเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ โดยให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเอง และจัดทำแผนแนวทางในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระดูกที่ชัดเจน และมีการกำหนดผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเพื่อนำรูปแบบที่ได้ไปใช้ในการดำเนินงาน การติดตามผลการแก้ไข ปัญหาเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้มีส่วนร่วม เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน

2.3.5 การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home care)

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home care) โดยมีการนำเสนอในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

V Kent and B Hanley (1990) กล่าวว่า นโยบายของการดูแลบ้าน มีประสิทธิภาพในการให้บริการ และประหยัดต้นทุน การดูแลที่บ้านเติบโตได้อย่างรวดเร็ว และเริ่มดึงดูดความสนใจการมีส่วนร่วมของแพทย์มากขึ้น และส่งผลให้ผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยเฉียบพลัน และเรื้อรังได้รับการดูแลในบ้านของตนเองมากขึ้น ซึ่งมีขอบเขตการดูแลป้องกัน วินิจฉัย รักษา ฟื้นฟู และบำรุงรักษาระยะยาวล้วนได้รับการนำเสนอเป็นอย่างดี เนื่องจากแพทย์พัฒนารูปแบบการปฏิบัติใหม่ในการดูแลที่บ้าน

Turk et al. (2000) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงนโยบายและการเปิดศักราชใหม่ในการดูแลบ้าน มีข้อบังคับสำหรับการประเมินผลลัพธ์ และให้โอกาสในการขยายรูปแบบการดูแลบ้านที่เป็นนวัตกรรมใหม่ แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ (1) การดูแลระยะยาวโดยชุมชน เช่น โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร (2) การดูแลเบื้องต้นที่บ้าน เช่น โปรแกรมการดูแลเบื้องต้นตามบ้าน และ (3) โปรแกรมการจัดการโรค เช่น Group Health Cooperative of Puget Sound

Sharon Levine, Jeremy Boal, and Peter Boling (2003) กล่าวว่า การดูแลที่บ้านเป็นทางเลือกที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพเฉียบพลัน หรือเรื้อรัง และลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้อย่างเหมาะสมโดยไม่กระทบต่อผลลัพธ์ทางการแพทย์ นอกจากนี้ ผู้ป่วยมักชอบที่จะอยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย การสนับสนุนจากแพทย์สำหรับบริการดูแลที่บ้านถือเป็นความต้องการของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

Leila Toivainen (2005) กล่าวว่า การดูแลที่บ้านส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นการดูแลบ้านที่ดีไม่ควรปล่อยให้อาสาสมัครทั้งหมด แต่ควรได้รับการสนับสนุนจากรัฐผ่านกฎหมาย และนโยบายทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการดูแลเบื้องต้น และการส่งเสริมสุขภาพ เช่นเดียวกับการดูแลระยะสุดท้าย สิ่งเหล่านี้สามารถลดผลกระทบด้านลบบางประการของการดูแลที่บ้านต่อผู้รับบริการ และผู้ดูแลได้

สายพิน หัตถิรัตน์ (2554) กล่าวว่า การบริหารจัดการให้มีบริการเต็มรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย และครอบครัวรายหนึ่ง ๆ ที่บ้านโดยเริ่มตั้งแต่ การวางแผนการเยี่ยมบ้าน การประเมินสภาพผู้ป่วยที่บ้าน การประสานงานกับทีมผู้รักษาที่จะรักษาที่บ้าน ที่โรงพยาบาล หรือส่งต่อการมอบหมายให้หน่วยงาน หรือแผนกต่าง ๆ รับผิดชอบหน้าที่ต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยหนึ่ง ๆ ร่วมกัน การประเมินความต้องการด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่จะสามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ตามปกติ

วรณัน ประสารอริคม (2561) กล่าวว่า ระบบบริการสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จเพื่อให้บริการแก่ผู้รับบริการหรือผู้ป่วย และครอบครัวโดยมีเป้าหมายเพื่อเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ โดยให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเอง ในขณะที่ต้องการการดูแลสุขภาพ หรือเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยมีการใช้ เทคโนโลยีขั้นสูงในการประเมินภาวะสุขภาพ และให้การรักษาพยาบาลที่บ้าน (High-tech Home Care) และ โดยการให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีส่วนร่วมกับพยาบาลและทีมสุขภาพในการกำหนดปัญหาเป้าหมายและ กลวิธีในการดูแลตนเอง และการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลและครอบครัว (Self Determination)

คณะกรรมการจัดทำคู่มือการให้บริการ (2563) กล่าวว่า งานบริการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การดูแลรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว แบบบูรณาการที่บ้านของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษาและสนับสนุน การดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี โดยครอบคลุมทั้งโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรังต่าง ๆ

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนา

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนา โดยมีการนำเสนอในประเด็นที่ เกี่ยวข้อง ดังนี้

Good (1973) ได้รวบรวมความหมายของรูปแบบไว้ในพจนานุกรมการศึกษา 4 ประการ คือ (1) เป็นแบบอย่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างหรือทำซ้ำ ๆ (2) เป็นตัวอย่างเพื่อ การเลียนแบบ เช่น การออกเสียงภาษาต่างประเทศเพื่อให้ผู้เรียนได้เลียนแบบ (3) เป็นแผนภูมิหรือรูป สามมิติซึ่งเป็นตัวแทนของสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือหลักการหรือแนวคิด และ (4) เป็นชุดของปัจจัย ตัวแปรที่ มีความสัมพันธ์ ซึ่งกัน และกันที่ได้รวบรวมเป็นตัวประกอบและเป็นสัญลักษณ์ทางระบบสังคม อาจจะ เขียนออกมาเป็นสูตรทางคณิตศาสตร์หรือบรรยายเป็นภาษาก็ได้

Hayne W Reese and Willis F Overton (1970) กล่าวว่า รูปแบบได้มาจากการสร้าง ทฤษฎีมีการสร้างที่แตกต่างกัน ในรูปแบบต่างๆ ของโลกที่มองต่างกันในความหมายของรูปแบบ ได้มา จากความเข้าใจที่แตกต่างกันในสิ่งที่มีความรู้ ดังนั้นการสร้างรูปแบบขึ้นมาจากเนื้อหาอาจแตกต่าง กัน หรือประเด็นทางทฤษฎีที่เฉพาะเจาะจง แต่ความแตกต่างนี้จะสามารถแก้ไขได้ ขึ้นอยู่กับทฤษฎี และความคิดที่แตกต่างกัน

วาโร เฟ็งสวส์ตี (2553) กล่าวว่า รูปแบบ หมายถึง กรอบความคิดทางด้านหลักการ วิธีการดำเนินงาน และเกณฑ์ต่างๆ ของระบบ ที่ สามารถยึดถือเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้ บรรลุตามวัตถุประสงค์ การกำหนดองค์ประกอบของ รูปแบบว่าจะประกอบด้วยอะไรจำนวนเท่าใด มี โครงสร้างและความสัมพันธ์กันอย่างไรขึ้นอยู่กับปรากฏการณ์ ปัจจัยหรือตัวแปรต่าง ๆ ที่กำลังศึกษา ซึ่งจะออกแบบตามแนวคิด ทฤษฎีงานวิจัย และหลักการพื้นฐานในการ กำหนดรูปแบบนั้น ๆ เป็น หลัก ส่วนกระบวนการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบ สามารถสรุปได้เป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การสร้าง หรือพัฒนารูปแบบ และ (2) การตรวจสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ

มาเรียม นิลพันธุ์ (2556) กล่าวว่า รูปแบบ หมายถึง กระบวนการหรือระบบ ที่ ดำเนินการตามวัตถุประสงค์ และโดยสร้างจากความคิด ประสบการณ์ ซึ่งมาจากหาคำตอบ ความรู้ และความเข้าใจ

ปรัตถกร วงศ์กาฬสินธุ์ (2564) กล่าวว่า รูปแบบ หมายถึง แบบแผนในการดำเนินการ เพื่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ หรือบรรลุตามเป้าหมายของผู้ที่นำไปใช้หรือผู้ที่ทำซ้ำ รวม ไปถึงเป็นแนวทางในการพัฒนา กระบวนการหรือสิ่งหนึ่งสิ่งใดเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพอย่างสูงสุด อย่างเป็นรูปธรรมและดำเนินไป อย่างมีแบบแผนที่ถูกต้อง โดยรูปแบบอาจจะเป็นแนวทาง ขั้นตอน การปฏิบัติ กระบวนการต่าง ๆ สื่อ ให้ความรู้ รวมไปถึงเครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อให้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ หรือด้านใดด้านหนึ่งให้ดีขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

2.4.1 ประเภทของรูปแบบ (Keeves, 1988) ได้แบ่งรูปแบบ ออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้

1) รูปแบบคล้าย (Analogue Model) คือ รูปแบบที่มีความสัมพันธ์กับระบบกายภาพ มักเป็นรูปแบบที่ใช้ในวิทยาศาสตร์กายภาพ เป็นรูปแบบที่นำไปใช้อุปมากับสิ่งอื่นได้ เช่น รูปแบบจำลอง เป็นต้น

2) รูปแบบที่อธิบายความหมายหรือให้ความหมาย (Semantic Model) คือ รูปแบบ ที่ใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาด้วยภาษา แผนภูมิ หรือรูปภาพ เพื่อให้เห็นโครงสร้างทางความคิด องค์ประกอบและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของปรากฏการณ์ นั้น ๆ

3) รูปแบบที่มีลักษณะเป็นแผนภูมิแบบแผน หรือโครงการ (Schematic Models)

4) รูปแบบเชิงคณิตศาสตร์ (Mathematical Model) คือ รูปแบบที่กำหนด ความสัมพันธ์ ขององค์ประกอบในรูปสมการหรือฟังก์ชันทางคณิตศาสตร์

5) รูปแบบเชิงเหตุผล (Causal Model) เป็นรูปแบบที่มีโครงสร้างเป็นสมการเชิงเส้น ที่ประกอบด้วยตัวแปรสัมพันธ์กันเชิงเหตุและผลที่เกิดขึ้น มีการทดสอบสมมติฐานผลของรูปแบบ

กิตติยา วงษ์ขันธ์ (2561) กล่าวว่า รูปแบบแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ รูปแบบการวิจัย และพัฒนา (Participatory Action Research: PAR) และ รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR)

1) รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เป็นวิธีการปฏิบัติ ใหม่ที่แปลกไปจากเดิม เกิดจากการคิดค้น ปรับปรุงเสริมแต่งของเก่าที่ได้รับการทดลองและพัฒนาจน เป็นที่เชื่อถือ และใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นกระบวนการศึกษาค้นคว้า คิดค้น อย่างเป็น ระบบ น่าเชื่อถือ มีเป้าหมายในการพัฒนาผลผลิต เทคโนโลยี สิ่งประดิษฐ์ สื่อ อุปกรณ์เทคนิควิธีหรือ รูปแบบการทำงาน ระบบบริหารจัดการ หรือ “นวัตกรรม” และทดลองใช้จนได้ผลเป็นที่น่าพอใจ แล้วจึงนำไปเผยแพร่เพื่อพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2) รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เป็นการวิจัยที่ผสมผสานการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Research) กับการวิจัยเชิง ปฏิบัติการ (Action Research) รวมทั้งเทคนิควิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เข้า ด้วยกัน คณะวิจัย ชุมชนและแกนนำชาวบ้านมีส่วนร่วมในการ วิจัยทุกขั้นตอน ตั้งแต่ ร่วมคิด ร่วม ตัดสินใจ ร่วมทำร่วมตรวจสอบและร่วมรับ

2.4.2 การพัฒนารูปแบบ การพัฒนาหรือการสร้างรูปแบบ มีหลักการเพื่อกำกับการสร้าง รูปแบบไว้ 4 ประการ คือ (ประสิทธิ์ ฉิมบุญมา, 2564)

1) รูปแบบควรประกอบขึ้นด้วยความสัมพันธ์อย่างมีโครงสร้างของตัวแปร มากกว่า ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงแบบธรรมดา

2) รูปแบบควรใช้เป็นแนวทางในการพยากรณ์ผลที่จะเกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบได้ สามารถตรวจสอบได้โดยการสังเกต และหาข้อสนับสนุนด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ได้

3) รูปแบบควรจะต้องระบุหรือชี้ให้เห็นถึงกลไกเชิงเหตุผลของเรื่องที่ศึกษา เป็นรูปแบบ เครื่องมือในการพยากรณ์ได้ ควรใช้อธิบายปรากฏการณ์ได้ด้วย

4) รูปแบบควรเป็นเครื่องมือในการสร้างมโนทัศน์ใหม่ และการสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรในลักษณะใหม่

สรุปรูปแบบเป็นการสร้างมาจากทฤษฎี ถ่ายทอดออกมาทางความคิด ความเข้าใจ ตลอดจนจินตนาการที่มีต่อปรากฏการณ์โดยใช้การสื่อสารในลักษณะต่าง ๆ เพื่อให้เข้าใจได้ง่าย และสามารถนำเสนอเรื่องราวได้อย่างมีระบบ เพื่อให้เป็นแบบแผนในการดำเนินงาน เป็นแนวทาง ขั้นตอน การปฏิบัติ มีการสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก (1) แบ่งเนื้อหาสื่อวีดิทัศน์ออกเป็น ตอน ๆ เพื่อให้เกิดความสะดวกในการเปิดหาความรู้ และอัปโหลด (Upload) สื่อวีดิทัศน์ผ่านช่องทาง ยูทูบ (YouTube) เพื่อเพิ่มช่องทางและง่ายต่อการเข้าถึง (2) สร้างกลุ่มไลน์แอปพลิเคชัน (LINE Group Application) เพื่อเป็นช่องทางในการให้คำปรึกษาและข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดต่อกระดูก (3) ปรับปรุงคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ให้มีความน่าสนใจมากยิ่งขึ้น โดยเพิ่มรูปภาพ สีสันทันและขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ดำเนินการหลังผ่าตัดต่อกระดูก ในหอผู้ป่วยแผนกจักษุ เพื่อติดตามการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่ บ้าน เพื่อนำไปใช้ในการวิจัยหรือการทำงานต่อไป

2.5 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีการนำเสนอใน ประเด็นที่เกี่ยวข้องดังนี้

2.5.1 ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

2.5.2 จุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.5.3 ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.5.4 กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.5.1 ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมี การนำเสนอในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

Kemmis and McTaggart (1988) ให้คำนิยามว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็น รูปแบบการวิจัยที่ใช้วิธีการศึกษาแบบสองสะท้อนตนเองเป็นหมู่คณะของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานใน สถานการณ์ทางสังคม เพื่อที่ต่อการจะพัฒนาหาลักษณะที่ขอธรรมในการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้ รูปแบบหรือแนวทางในการปฏิบัติงานและนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพของการปฏิบัติงานและเพื่อ พัฒนาความเข้าใจในการปฏิบัติงานนั้น ๆ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

Patrick J.M. Costello (2003) กล่าวว่า ลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็น การดำเนินโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการภายใต้การศึกษา ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญมากวิธีหนึ่ง โดยต้องเริ่มจาก ความคิด ซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ และเป็นการจัดเรียงลำดับโดยเริ่มจากการอ่าน การคิดทบทวน และการตั้งคำถาม

Briget Somekh (2006) กล่าวว่า งานวิจัยเชิงปฏิบัติ เป็นการดำเนินการ เพื่อตรวจสอบการดำเนินการในลักษณะของการวิจัยการดำเนินการเกี่ยวกับการพัฒนาการมุ่งเน้น การรวบรวมและการวิเคราะห์และการผลิตโครงการวิจัยที่เหมาะสมกับการรายงานรายงาน และการเก็บข้อมูล

ศิริพร จิรวัดกุล (2555) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแปลตรงตัวมาจากภาษาอังกฤษที่ว่า Action Research เป็นการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา พัฒนากิจกรรมโดยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง (Improving by Changing) โดยบุคคลที่เผชิญกับปัญหานั้นอยู่เอง การวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นรูปแบบของการทำความเข้าใจและปรับปรุงสถานการณ์เฉพาะที่พบว่ามีปัญหา หรือช่องว่างระหว่างทฤษฎีกับการปฏิบัติ นโยบายกับปฏิบัติ และการวิจัยกับการกระทำ ดำเนินการรวบรวมปัญหาหรือคำถามจาก การสะท้อนการปฏิบัติงานของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสังคม ชุมชน หรือองค์กรแห่งใดแห่งหนึ่ง เพื่อต้องการพัฒนา หาหลักการเหตุผล และวิธีการปฏิบัติงาน เพื่อการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้น และขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจ เกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้นๆ ให้สอดคล้องกับสถานะของสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

วีระยุทธ ชาตะกาญจน์ (2558) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นวิธีการแสวงหาความรู้ ความจริง โดยการนำกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ มาใช้ในการแสวงหาข้อมูล ข้อเท็จจริง หรือ ข้อสรุปที่ต้องการ จากนั้นจึงนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการแก้ปัญหาหรือพัฒนางานที่ ปฏิบัติอยู่ซึ่งมีวัตถุประสงค์สำคัญคือ การลดช่องว่างระหว่างการนำทฤษฎีไปใช้ในการปฏิบัติ งานในสถานการณ์ที่เป็นจริง รวมทั้งมุ่งพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานที่หน่วยงาน หรือ บุคลากรนั้น ๆ ได้รับผิดชอบอยู่

นิภาพร โพธิราช (2562) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือการวิจัยที่มีกระบวนการปฏิบัติอย่างมีระบบและต่อเนื่อง ของผู้วิจัยและผู้ที่มีส่วนร่วม เพื่อแสวงหาความรู้ นวัตกรรมใหม่ ๆ และวิธีการแก้ปัญหาที่มี ประสิทธิภาพ นำไปสู่การแก้ปัญหาหรือพัฒนาผู้เรียน หรือพัฒนากระบวนการเรียนรู้ให้ดีขึ้น

สรุปการวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การแสวงหา ความรู้ ความจริง โดยการนำกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ มาใช้ในการแสวงหาข้อมูล ข้อเท็จจริง หรือ ข้อสรุป เพื่อนำมาดำเนินการเป็นรูปแบบหรือแนวทางในการปฏิบัติงานและนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพของการปฏิบัติงานและเพื่อพัฒนาความเข้าใจในการปฏิบัติงานนั้น ๆ และพัฒนากระบวนการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

2.5.2 จุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาจุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีการนำเสนอในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

Cohen and Manion (1992) ได้จำแนกจุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ดังนี้ (1) เป็นแนวทางวิเคราะห์ หรือแก้ไขปัญหาเพื่อใช้ปรับปรุงเงื่อนไขหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (2) เป็นแนวทางในการอบรมบุคลากรประจำการโดยการมุ่งส่งเสริมให้ครูได้รับ ทักษะ และวิธีการใหม่ๆ ตระหนักถึงบทบาทและหน้าที่ของตน (3) เป็นแนวทางให้การเพิ่มพูนหรือเสนอ นวัตกรรม ทางการสอนเพื่อใช้ให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (4) เป็นแนวทางการสื่อสารที่ล้มเหลวระหว่าง

ครูปฏิบัติงานกับนักวิจัยให้เข้าใจชัดเจนยิ่งขึ้น และ (5) เป็นแนวทางเสนอทางเลือกใหม่ที่มีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น และแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาในชั้นเรียน

วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์ (2558) กล่าวว่า จุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อจะปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการปฏิบัติงานประจำให้ดีขึ้น โดยนำเอางานที่ปฏิบัติอยู่มาวิเคราะห์สภาพ ปัญหาอันเป็นเหตุให้งานนั้นไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร นอกจากนั้นต้องใช้แนวคิดทางทฤษฎีและประสบการณ์จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาเสาะหาข้อมูลและวิธีการที่คาดว่า จะแก้ปัญหาดังกล่าวได้แล้วสะท้อนวิธีการดังกล่าวไปทดลองใช้กับกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น ๆ

สมปอง พะมูลิลลา (2561) กล่าวว่า วิจัยเชิงปฏิบัติการมีจุดมุ่งหมาย (1) เพื่อการปรับปรุงพัฒนาเสริมศักยภาพบุคคลและองค์กร รวมทั้งการสร้างความรู้ที่สนับสนุน การปฏิบัติที่สามารถปฏิบัติจริงได้กระบวนการวิจัยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้ให้ข้อมูล จนสิ้นสุดกระบวนการวิจัย ทั้งนี้มีพื้นฐานความเชื่อเกี่ยวกับการให้คุณค่ากับความรู้ และประสบการณ์ชีวิต การมีส่วนร่วมและศักยภาพที่ได้รับการ (2) เพื่อให้สามารถตระหนักถึงปัญหา วิเคราะห์หาแนวทางในการแก้ไขร่วมกันลงมือปฏิบัติและประเมินผลจากการสะท้อนคิด อันนำไปสู่การวางแผนการดำเนินการ เพื่อปรับปรุง ให้ดียิ่งขึ้น และให้ได้มาซึ่งความรู้ใหม่ หรือกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นของผู้ร่วมวิจัยหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ทำให้ เกิดความเชื่อมั่นในการที่จะพัฒนาองค์กร ชุมชนของตนให้ดียิ่งขึ้น

2.5.3 ประเภทของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาจุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีการนำเสนอในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

Grundy (1988) ต่างก็ให้แนวคิดเกี่ยวกับวิจัยเชิงปฏิบัติการว่าแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ยึดเทคนิค (Technical Action Research) ดำเนินการโดยบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีประสบการณ์สูงหรือมีคุณสมบัติที่จัดว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญ ผู้ปฏิบัติการวิจัยเองเป็นผู้ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมแบบเป็นกันเองในกระบวนการของการปรับปรุง การวิจัยแบบนี้มีผลทำให้เกิดการสะสมของการทำนายความรู้ความสำคัญอยู่ที่การตรวจสอบความตรง และการทำให้ทฤษฎีที่มีอยู่ละเอียดมากขึ้น และให้ความสำคัญของการพิจารณาจากทฤษฎีนำไปสู่เรื่องเฉพาะของการปฏิบัติงาน หรือนำทฤษฎีสู่การปฏิบัติ

ประเภทที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกิดจากประสบการณ์การปฏิบัติ (Practical Action Research) โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการประเภทนี้ ผู้วิจัยกับผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง ช่วยกันกำหนดปัญหา และทดลองใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุง การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้เป็นการหาหนทางเพื่อการปรับปรุงการปฏิบัติ โดยใช้สติปัญญาของผู้ร่วมปฏิบัติงานเป็นสำคัญ ทำไปแก้ไขไปแล้วแต่สถานการณ์ และเน้นที่การตัดสินใจของผู้วิจัยเองที่มุ่งเพื่อให้เกิดสิ่งดี ๆ กับงานของตน และผู้เกี่ยวข้อง

ประเภทที่ 3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่อิสระ หรือวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การวิจัยประเภทนี้ ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติเป็นไปอย่างอิสระ โดยเป้าหมายสำคัญ 2 ประการ ประการแรก การทำให้เกิดความใกล้เคียงกันมากขึ้นระหว่างปัญหาที่เกิดขึ้นจริง (กับผู้ปฏิบัติงานในเฉพาะแห่งเฉพาะที่) กับทฤษฎีที่ใช้อธิบายและใช้แก้ปัญหา ประการที่สอง มีเป้าหมาย

เหนือกว่าวิจัย 2 ประเภทแรก คือ เพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถกำหนด และสามารถตั้งฐานเบื้องต้นของปัญหาออกมาได้โดยใช้ความสามารถรู้คิดที่มีอยู่ในตัวผู้ปฏิบัติงานเองวิธีการแบบนี้ ต้องผ่านกระบวนการของการพัฒนาการวิพากษ์วิจารณ์ที่ทำให้เกิดการโต้เถียง และมีความเป็นไปได้ในการเชื่อมโยงทฤษฎีกับการปฏิบัติ

วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์ (2558) ได้เสนอกรอบลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการทางการศึกษา (Action Research in Education) ไว้อย่างน่าสนใจ ดังต่อไปนี้

1. เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วมและมีการร่วมมือ (Participation and Collaboration) ใช้การทำงานเป็นกลุ่ม ผู้ร่วมวิจัยทุกคนมีส่วนร่วมสำคัญและมีบทบาทเท่าเทียมกันในทุกกระบวนการของการวิจัย ทั้งการเสนอความคิดเชิงทฤษฎี การปฏิบัติตลอดจนการวางนโยบายการวิจัย

2. เน้นการปฏิบัติการ (Action Orientation) การวิจัยชนิดนี้ใช้การปฏิบัติเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และศึกษาผลของการปฏิบัติเพื่อมุ่งให้เกิดการพัฒนา

3. ใช้การวิเคราะห์วิจารณ์ (Critical Function) กิจกรรมการวิเคราะห์ การปฏิบัติอย่างลึกซึ้งจากสิ่งที่สังเกตได้ จะนำไปสู่การตัดสินใจที่สมเหตุสมผลเพื่อการปรับแผนการปฏิบัติการ

4. ใช้วงจรการปฏิบัติการ (The Action Research Spiral) ตามแนวคิดของ (Kemmis & McTaggart, 1988) คือ การวางแผน (Planning) ตลอดจนการปรับปรุงผล (Re - Planning) เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไปจนกว่าจะไดรูปแบบของการปฏิบัติงานที่เป็นที่พึงพอใจ และได้เสนอเชิงทฤษฎีเพื่อเผยแพร่ต่อไป

เพ็ญศรี แก้วมณี (2560) ได้พัฒนาโดยนักวิชาการจำแนกการวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็น 3 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิค (Technical Action Research) มีแนวคิดที่สำคัญ คือ ผู้วิจัยทำตัวเป็นผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก (Outside Expert) ที่นำแนวคิด แผนงานหรือโครงการที่คิดหรือจัดทำขึ้นไปให้ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ปฏิบัติ

ประเภทที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติ (Practical Action Research) มีแนวคิดที่สำคัญ คือ ผู้วิจัยมีส่วนร่วมกับผู้ร่วมวิจัยมากขึ้น ไม่นำเอาแนวคิด แผนงาน หรือ โครงการของตนไปให้ปฏิบัติตามแบบแรก แต่จะทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาเป็นผู้กระตุ้นตั้งประเด็น และกำกับให้มีการร่วมกันคิด ปฏิบัติ สังเกตผล และสะท้อนผล

ประเภทที่ 3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิสระ (Emancipatory Action Research) มีแนวคิดที่สำคัญ คือ ผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัยในลักษณะเป็นความร่วมมือ (Collaboration) ทั้งผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยต่างมีสถานะที่เท่าเทียมกัน (Equally) ในการร่วมกันคิด ปฏิบัติ สังเกตผล และสะท้อนผล

สมปอง พะมูลิตา (2561) กล่าวว่า ลักษณะการดำเนินการวิจัยสามารถที่จะผสมระหว่างวิธีการเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณได้ แต่เนื่องจากมีจุดเน้นที่การสร้างความรู้ และสร้างศักยภาพ จึงพบว่าการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ประวัติชีวิต และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ซึ่งนักวิจัย

จะต้องเลือกวิธีที่เหมาะสมกับข้อมูลแต่ละประเภท ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการมีความแตกต่างกันตามประเภทการเลือกใช้วิธีการใดขึ้นกับผู้ร่วมวิจัย ประเภทของวิจัยเชิงปฏิบัติการชนิดที่ใช้บ่อยในการพยาบาล (Holter and Schwartz-Barcott, 1993) แบ่งระเบียบ วิธีวิจัยเป็น 3 แนวทาง

1. ดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือทางเทคนิค (Technical Collaborative Approach) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีเป้าหมายหลักเพื่อการทดสอบวิธีการแก้ไขปัญหา (Intervention) ซึ่งพัฒนามาจากความรู้หรือจากทฤษฎีที่มีอยู่ เพื่อดูว่าวิธีการตามทฤษฎีนั้นสามารถใช้ได้จริงในทางปฏิบัติมักมีการตั้งสมมติฐานนำมาก่อน เป็นการศึกษาโดยใช้วิธีการอนุมาน (Deductive Approach) ผู้วิจัยได้มีการกำหนดปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหามาก่อนแล้วความร่วมมือที่คาดหวังจากผู้ร่วมวิจัยคือการตกลง หรือยินยอมที่จะยอมรับและช่วยสนับสนุนให้มีการนำวิธีการนั้น ๆ มาใช้ในทางปฏิบัติ ผลที่ได้รับมักจะเป็นความเปลี่ยนแปลงในทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นในระยะสั้น และความรู้ที่ได้รับจะเป็นความรู้เชิงทำนาย (Predictive Knowledge) ซึ่งสอดคล้องกับชนิดของการวิจัยเชิง ปฏิบัติการที่เรียกว่า (Traditional Action Research) ที่หมายถึงการวิจัยเชิงปฏิบัติการแท้ ๆ ที่ทำในเรื่อง โครงสร้างอำนาจขององค์กรทำปฏิบัติการแก้ปัญหา

2. การดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกัน (Mutual Collaboration Approach) ขั้นตอนของการวิจัยนี้ผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยมักร่วมกันค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นหรือที่มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในสถานการณ์จริง ๆ รวมทั้งสาเหตุของปัญหาและวิธีการแก้ไขที่อาจจะเป็นไปได้ (Possible Interventions) มักใช้วิธีการอุปมาน (Inductive Approach) เป็นส่วนใหญ่ผลที่ได้รับคือทั้งผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยจะเกิดความเข้าใจในปัญหาและสาเหตุของปัญหาในมุมมองใหม่ ๆ ตลอดจนได้ทางเลือกสำหรับแก้ไข ปัญหาและนำไปสู่การพัฒนาความรู้หรือทฤษฎีใหม่ หรืออาจเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า Contextual Action Research: Action Learning ซึ่งงานวิจัยทำให้เกิดการเรียนรู้ระหว่าง องค์กร ผู้ปฏิบัติงานได้เข้าใจงานทั้งหมด และช่วยให้ผู้ร่วมงานได้กระทำตนเป็นผู้ออกแบบโครงการ และเป็นผู้ร่วมวิจัย

3. ดำเนินการโดยการส่งเสริมให้บุคคลได้สะท้อน ถึงปัญหาและการปฏิบัติด้วยตนเอง (Enhancement Approach) มีเป้าหมายคือช่วยให้ผู้ประสบปัญหาได้ค้นพบปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวกให้ผู้ร่วมวิจัยได้มีการคิดถึงสภาพปัญหาและเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งในระดับบุคคลหรือองค์กรภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และความขัดแย้งที่เกิดขึ้น จากการสะท้อนความคิดเชิงเหตุ และผลของผู้ร่วมวิจัยจะทำให้ได้มุมมองใหม่ ๆ เกี่ยวกับปัญหาและการปฏิบัติจะได้มาซึ่งความรู้เชิงบรรยาย และเชิงทำนายด้วย (Descriptive and Predictive Knowledge) ซึ่งมีการใช้ (Practical Action Research: PAR) ในการเคลื่อนไหวทาง เสรีภาพ สิทธิสตรีเพื่อให้เกิด การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

สรุปวิจัยเชิงปฏิบัติการมีจุดมุ่งหมาย คือเป็นการเอาความรู้ ประสบการณ์ที่เกิดปัญหามาแก้ไข พัฒนาศักยภาพ การปรับปรุง ซึ่งอาจจะนำเอาทฤษฎีเข้ามาเป็นข้อมูลในการค้นคว้า วิเคราะห์หาแนวทางในการแก้ไขร่วมกันลงมือปฏิบัติ ซึ่งอาจจะเป็นนวัตกรรมหรืองานวิจัย สื่อย่าง ๆ และนำประเมินผลจากการสะท้อนคิด อันนำไปสู่การวางแผนการดำเนินการต่อไป

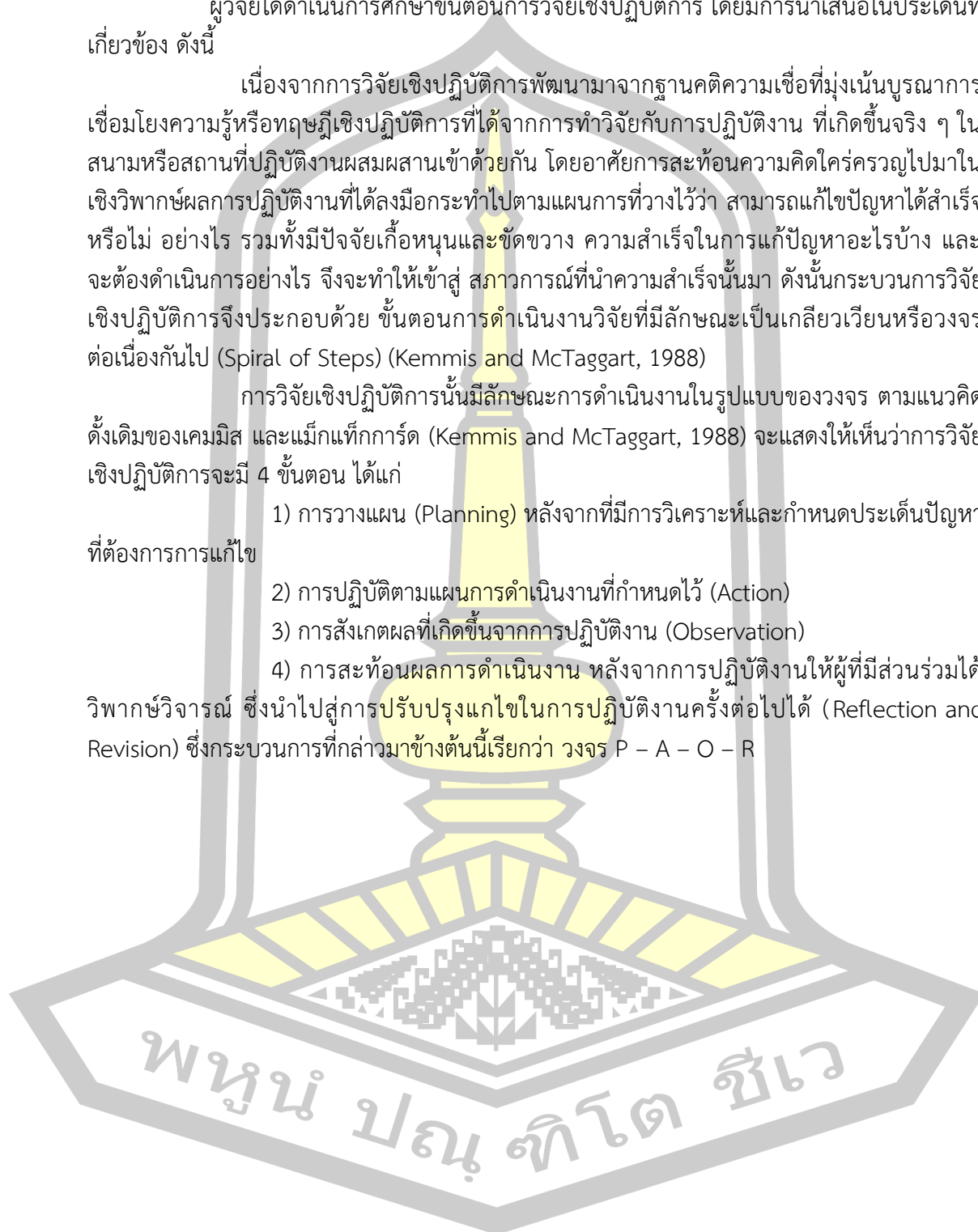
2.5.3 ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

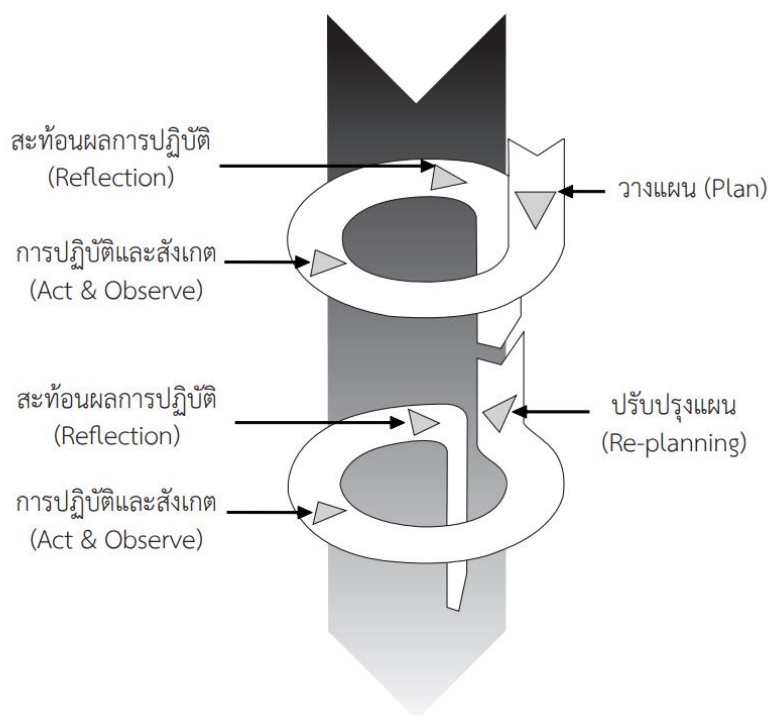
ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีการนำเสนอในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

เนื่องจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนามาจากฐานคติความเชื่อที่มุ่งเน้นบูรณาการเชื่อมโยงความรู้หรือทฤษฎีเชิงปฏิบัติการที่ได้จากการทำวิจัยกับการปฏิบัติงาน ที่เกิดขึ้นจริง ๆ ในสนามหรือสถานที่ปฏิบัติงานผสมผสานเข้าด้วยกัน โดยอาศัยการสะท้อนความคิดใคร่ครวญไปมาในเชิงวิพากษ์ผลการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำไปตามแผนการที่วางไว้ว่า สามารถแก้ไขปัญหาได้สำเร็จหรือไม่ อย่างไร รวมทั้งมีปัจจัยเกื้อหนุนและขัดขวาง ความสำเร็จในการแก้ปัญหาอะไรบ้าง และจะต้องดำเนินการอย่างไร จึงจะทำให้เข้าสู่ สภาพการณ์ที่นำความสำเร็จนั้นมา ดังนั้นกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงประกอบด้วย ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยที่มีลักษณะเป็นเกลียวเวียนหรือวงจรต่อเนื่องกันไป (Spiral of Steps) (Kemmis and McTaggart, 1988)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนั้นมีลักษณะการดำเนินงานในรูปแบบของวงจร ตามแนวคิดดั้งเดิมของเคมมิส และแม็กแท็กการ์ด (Kemmis and McTaggart, 1988) จะแสดงให้เห็นว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะมี 4 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) การวางแผน (Planning) หลังจากที่มีการวิเคราะห์และกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการการแก้ไข
 - 2) การปฏิบัติตามแผนการดำเนินงานที่กำหนดไว้ (Action)
 - 3) การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน (Observation)
 - 4) การสะท้อนผลการดำเนินงาน หลังจากการปฏิบัติงานให้ผู้ที่มีส่วนร่วมได้
- วิพากษ์วิจารณ์ ซึ่งนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขในการปฏิบัติงานครั้งต่อไปได้ (Reflection and Revision) ซึ่งกระบวนการที่กล่าวมาข้างต้นนี้เรียกว่า วงจร P – A – O – R





ที่มา : Kemmis and McTaggart (1988)

ภาพที่ 1 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิส และแม็กแท็กการ์ด (Kemmis and McTaggart, 1988)

จากภาพแสดงให้เห็นการดำเนินงานจากแนวคิดของเคมมิส และแม็กแท็กการ์ด (Kemmis and McTaggart, 1988) ซึ่งประกอบไปด้วยขั้นตอนหลักในการดำเนินงาน 4 ประการ ดังนี้

1) การพัฒนาแผน (Planning) การปฏิบัติเพื่อปรับปรุงสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วให้ดีขึ้นจากเดิม ซึ่งผู้ร่วมงานจะต้องให้ความร่วมมือร่วมใจร่วมแรงในการอภิปราย ทั้งในแง่ทฤษฎีและปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการวิเคราะห์และปรับปรุงพัฒนา การกำหนดแผนงานที่จะสามารถปฏิบัติได้จริงในสภาพที่เป็นอยู่

2) การปฏิบัติการตามแผน (Action) นำแผนไปใช้ปฏิบัติ เป็นการดำเนินงานตามความมุ่งหมายที่ตั้งไว้มีการควบคุมการปฏิบัติงานและมีหลักฐานที่ตรวจสอบได้

3) การสังเกต (Observe) ผลการปฏิบัติเป็นการเก็บบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผลที่ได้จากการปฏิบัติงานอย่างมีแบบแผนและมีรายงานหลักฐาน โดยการสังเกตทั้งกระบวนการและผลการปฏิบัติงาน

4) การสะท้อนผล (Reflect) เป็นการอภิปรายร่วมกันกันระหว่างผู้ร่วมงานตามที่ได้บันทึกไว้จากการสังเกตเก็บข้อมูลเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไข/ปฏิบัติขั้นต่อไป ลักษณะการปฏิบัติงานทั้ง 4 ขั้นตอน มีความเชื่อมโยงเกี่ยวเนื่องติดต่อกันไป ซึ่งนำไปสู่การนำวิธีการใหม่ ๆ มาเริ่มดำเนินการตาม วงจรการวิจัยในรอบใหม่อีกหลาย ๆ รอบต่อไป

2.5.4 กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

กระบวนการวิจัยนี้ เมื่อก้าวในเชิงการนำไปใช้เพื่อพัฒนา และปรับปรุง การปฏิบัติงาน ในหน่วยงาน สามารถอธิบายวิธีการดำเนินการตามวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการได้ดังนี้

1) การจำแนกหรือพิจารณาปัญหาที่ประสงค์จะศึกษาผู้วิจัย และกลุ่มที่ทำการวิจัย จะต้องศึกษารายละเอียดของปัญหาที่จะศึกษาอย่างละเอียด ปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงานที่จะทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะต้องศึกษาค้นคว้า ศึกษาหลักการ และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น ๆ

2) ศึกษาปัญหาสำคัญในการศึกษาวิจัย โดยศึกษาหลักการและทฤษฎีมาใช้ในการวิเคราะห์ลักษณะของปัญหา แล้วสร้างวัตถุประสงค์ และสมมติฐานของการวิจัยในรูปแบบของข้อความที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของปัญหากับหลักการหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

3) เลือกเครื่องมือดำเนินการวิจัยที่ช่วยให้ได้คำตอบของปัญหาตามสมมติฐาน ที่ตั้งไว้ โดยเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัยมีอยู่ 2 ลักษณะ คือ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาปัจจัย และเครื่องมือที่ใช้สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นผลจากการปฏิบัติการ เช่น แบบสอบถาม แบบทดสอบ การรับชมวีดิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วย การประเมินความรู้ความสามารถในการดูแลหลังผ่าตัด การประเมินความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลัง การประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก

4) บันทึกเหตุการณ์อย่างละเอียดในแต่ละขั้นตอนของการวิจัย ทั้งส่วนที่เป็นความก้าวหน้า และที่เป็นอุปสรรคตามวงจรของการปฏิบัติการทั้ง 4 ขั้นตอน โดยจะต้องเก็บสะสมข้อบันทึกต่าง ๆ ไว้เพื่อใช้ในการปรับปรุงวงจรปฏิบัติในรอบต่อไป และเพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูลสำหรับใช้วิเคราะห์หาคำตอบของสมมติฐาน

(1) ขั้นวางแผน (Planning) เริ่มด้วยการสำรวจปัญหาร่วมกันระหว่างบุคลากรภายในหน่วยงาน เพื่อให้ได้ปัญหาที่สำคัญที่ต้องการให้แก้ไข ตลอดจนการแยกแยะรายละเอียดของปัญหานั้น เกี่ยวกับลักษณะของปัญหา เกี่ยวข้องกับใคร แนวทางแก้ไขอย่างไร และจะต้องปฏิบัติอย่างไร

(2) ขั้นปฏิบัติการ (Action) นำแนวคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมในขั้น วางแผนมาดำเนินการโดยวิเคราะห์พิจารณาอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกันของทีมงาน เพื่อทำการแก้ไขปรับปรุงแผน

(3) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) ศึกษาความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้น โดยต้องอาศัยเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ

(4) ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflection) การทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยทำการประเมินหรือตรวจสอบกระบวนการแก้ปัญหา หรือสิ่งที่เป็นข้อจำกัดอันเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการ ผู้วิจัยร่วมกับสหวิชาชีพผู้เกี่ยวข้องจะต้องตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้น ที่การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน โดยผ่านการร่วมอภิปรายปัญหา และการประเมินโดยสหวิชาชีพ ซึ่งจะทำได้แนวทางของการพัฒนาและขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม เพื่อจะได้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่นำไปสู่การปรับปรุงและวางแผนการปฏิบัติต่อไป

5) วิเคราะห์ปัญหาในด้านต่าง ๆ ของข้อมูลที่ได้รับรวบรวมไว้ ซึ่งส่วนใหญ่ จะเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการตรวจสอบรายละเอียดของข้อมูลเพื่อให้อยู่ในความถูกต้อง แสดงรายละเอียดในการอธิบายเหตุการณ์ต่าง ๆ

6) ตรวจสอบข้อมูล เพื่อสรุปหาคำตอบที่เป็นสาเหตุ วิธีการแก้ปัญหา และผลที่ได้รับตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ได้กำหนดไว้ สามารถทำการประมวล และสรุปเป็นหลักการ (Principle) รูปแบบ (Model) ของปฏิบัติการแก้ปัญหานั้น ๆ ได้ ทั้งนี้ควรใช้วงจรของกระบวนการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติการสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติ เพื่อนำมาปรับปรุงแผนงานแล้ว ดำเนินกิจกรรมที่ปรับปรุงใหม่ ซึ่งจะนำไปสู่การสรุปเป็น ผลงานวิจัย และแสดงให้เห็นแนวทางหรือรูปแบบการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อการแก้ไขปัญหของสิ่งที่ศึกษานั้น

สรุปจากแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีของเคมมิส และแม็กแท็กการ์ด (Kemmis & McTaggart, 1988) ประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอน (1) การพัฒนาแผน (Planning) การกำหนดการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน ทำการสะท้อนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 ขั้นตอนที่ (2) ดำเนินการตามแผนกิจกรรมที่ได้กำหนดไว้ ขั้นตอนที่ (3) สังเกต ติดตาม ประเมินผล วิเคราะห์ผลและข้อค้นพบที่เกิดขึ้น ก่อน ระหว่างและหลังการดำเนินงาน และขั้นตอนที่ (4) สรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียนรูปแบบการพัฒนา ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน

2.6 การวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Method Research)

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการวิจัยแบบผสมวิธี โดยมีการนำเสนอในประเด็นที่เกี่ยวข้องดังนี้

- 2.6.1 แนวคิดเกี่ยวกับการออกแบบงานวิจัย
- 2.6.2 ความหมายของการวิจัยแบบผสมวิธี
- 2.6.3 รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน
- 2.6.4 ขั้นตอนการวิจัยแบบผสมผสาน
- 2.6.5 ข้อจำกัดของการวิจัยแบบผสมผสาน

2.6.1 แนวคิดเกี่ยวกับการออกแบบงานวิจัย

การวิจัยแบบผสมวิธีมีความสำคัญตามแนวคิดของกรีน และคณะ (Greene et al., 1989) (Creswell, 2009) ดังนี้ คือ (1) ผลการวิจัยแบบผสมวิธีสามารถเสริมต่อกันโดยใช้ผลการวิจัยจากวิธีหนึ่งอธิบายขยายความผล การวิจัยอีกวิธีหนึ่งช่วยให้การตอบคำถามการวิจัยได้ละเอียดชัดเจนมากกว่าการใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ หรือเชิงคุณภาพเพียงรูปแบบเดียว (2) การใช้ผลการวิจัยจากวิธีหนึ่งไปช่วยพัฒนาการวิจัยอีกวิธีหนึ่งหรือการใช้ผล การวิจัยวิธีหนึ่งไปตั้งคำถามการวิจัยอีกวิธีหนึ่ง (3) การวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพต่างก็มีจุดเด่นใน ตนเอง สามารถนำจุดเด่นมาใช้ในการแสวงหาความรู้ความจริงได้ถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น (4) การวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิง

คุณภาพต่างก็มีจุดด้อยในตนเองผู้วิจัยสามารถใช้ จุดเด่นของการวิจัยเชิงปริมาณมาแก้ไขจุดด้อยของการวิจัยเชิงคุณภาพ ขณะเดียวกันอาจใช้จุดเด่นของการวิจัย เชิงคุณภาพมาใช้แก้ไขจุดด้อยของการวิจัยเชิงปริมาณ และ (5) สามารถนำผลผลิตจากการวิจัยแบบผสมผสานวิธีมาสร้างความรู้ความจริงที่สมบูรณ์สำหรับการใช้ในการปรับเปลี่ยนทฤษฎีหรือการปฏิบัติงาน

2.6.2 ความหมายของการวิจัยแบบผสมผสานวิธี

Johnson and Onwuegbuzi (2004) กล่าวว่า การวิจัยแบบผสมผสานเป็นการนำวิธีวิจัยทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพมาใช้ในการวิจัยเรื่องเดียวกันเพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่รอบคอบรัดกุม โดยใช้จุดแข็งของงานวิจัยเชิงปริมาณมาแก้ไขจุดอ่อนของงานวิจัยเชิงคุณภาพ และใช้จุดแข็งของงานวิจัยเชิงคุณภาพมาแก้ไขจุดอ่อนของงานวิจัยเชิงปริมาณเป็นวิธีวิจัยที่ผู้วิจัยบูรณาการการวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพเข้าด้วยกันทั้งเรื่องเทคนิควิธีการแนวทางการรวบรวมข้อมูลเพื่อสามารถตอบคำถามการวิจัยได้สมบูรณ์ขึ้น

ภัทรวดี มากมี (2559) กล่าวว่า การวิจัยแบบผสมผสานวิธีเป็นการนำเทคนิควิธีการวิจัยเชิงปริมาณ และเทคนิควิธีการวิจัยเชิงคุณภาพมาผสมผสานกันในการทำวิจัยเรื่องเดียวกันเพื่อที่จะตอบคำถามการวิจัยได้สมบูรณ์ขึ้น วิธีวิทยาการแบบผสมผสานวิธีจำแนกเป็นสองลักษณะ คือการประยุกต์ลักษณะเดียว (Single Application) และการประยุกต์ลักษณะพหุ (Multiple Application) โดยการผสมนั้นเกิดขึ้นภายในขั้นตอนของการวิจัย ซึ่งกระบวนการที่นักวิจัยที่ใช้ อาจเป็นเชิงปริมาณ แต่การรวบรวมข้อมูลอาจเป็นเชิงคุณภาพ หรือกลับกันหรือข้อมูลที่รวบรวมมาอาจเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ แต่อาจวิเคราะห์ให้เป็นเชิงปริมาณ

คณะกรรมการจัดการความรู้ คณะสื่อสารมวลชน (2561) กล่าวว่า เป็นการผนวก รวมเอาระเบียบวิธี วิจัย 2 รูปแบบ ได้แก่ เชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณเข้าด้วยกัน โดยไม่เพียงแต่เทคนิคการวิจัยที่ต้องมีทั้ง 2 รูปแบบ เท่านั้น แต่ต้องมีการผสมผสานทางใดทางหนึ่งในกระบวนการวิจัยด้วย

2.6.3 รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน

Greene et al. (1989) การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research)

1) ผลการวิจัยจากวิธีการวิจัยแบบผสมผสานสามารถเสริมต่อกันโดยใช้ผลการวิจัยจากวิธีหนึ่ง อธิบายขยายความผลการวิจัยอีกวิธีหนึ่ง ช่วยให้การตอบคำถามการวิจัยได้ละเอียดชัดเจนมากกว่าการใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพเพียงรูปแบบเดียว

2) การใช้ผลการวิจัยจากวิธีหนึ่งไปช่วยพัฒนาการวิจัยอีกวิธีหนึ่งหรือการใช้ผลการวิจัยวิธีหนึ่งไปตั้งคำถามการวิจัยอีกวิธีหนึ่ง

3) การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพต่างก็มีจุดเด่นในตนเอง สามารถนำจุดเด่นมาใช้ในการแสวงหาความรู้ความจริงได้ถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น

4) การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพต่างก็มีจุดด้อยในตนเอง ผู้วิจัยสามารถนำจุดเด่นของการวิจัยเชิงปริมาณมาแก้ไขจุดด้อยของการวิจัยเชิงคุณภาพ ขณะเดียวกันอาจใช้จุดเด่นของการวิจัยเชิงคุณภาพมาแก้ไขจุดด้อยของการวิจัยเชิงปริมาณ

5) สามารถนำผลผลิตจากการวิจัยแบบผสมผสานมาสร้างความรู้ความจริงที่สมบูรณ์สำหรับการใช้ในการปรับเปลี่ยนทฤษฎีหรือการปฏิบัติงาน

กันต์ฤทัย คลังพหล (2563) กล่าวว่า ลักษณะพื้นฐานของการวิจัยแบบผสมวิธี จนถึงขั้นตอนการทำวิจัยแบบผสมวิธี และจะอธิบายถึงแบบแผนการวิจัยแบบผสมวิธีอย่างละเอียดทั้งหมด พร้อมตัวอย่างงานวิจัย โดยแบบการวิจัยแบบผสมวิธีมีทั้งหมด 7 แบบ มี 3 แบบแรกเป็นวิธีหลักซึ่งเป็นแบบผสมวิธีพื้นฐาน ส่วนอีก 4 แบบหลังเป็นแบบผสมวิธีขั้นสูงที่น่า 3 แบบพื้นฐานเป็นหลักในการออกแบบการวิจัย ซึ่งในแต่ละแบบจะมีการรวมข้อมูลที่ไม่เหมือนกันโดยสรุปดังนี้ รายละเอียดมีดังนี้

1) แบบแผนแบบคู่ขนาน (Convergent Design) ใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณโดยวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสองชุดพร้อมกันหรือเป็นการเก็บข้อมูลที่ไม่ได้มีลำดับว่าวิธีการใดเก็บก่อนเก็บหลัง และผสานผลของการวิเคราะห์ที่ได้จากข้อมูลทั้งสองชุดเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ กล่าวคือเป็นการตรวจสอบผลการวิจัยโดยเปรียบเทียบข้อมูลชุดหนึ่งที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ กับอีกชุด หนึ่งที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ

2) แบบแผนแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย (Explanatory Sequential Design) ใช้วิธีเชิงปริมาณก่อนแล้วตามด้วยวิธีเชิงคุณภาพแล้วนำผลเชิงคุณภาพมาอธิบายผลของเชิงปริมาณในเชิงลึกเป็นวิธีที่ง่ายในการออกแบบ

3) แบบแผนแบบขั้นตอนเชิงสำรวจ (Exploratory Sequential Design) ขั้นตอนแรก คือการสำรวจปัญหาด้วยวิธีการเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจกับปัญหา เพราะบางปัญหาผู้วิจัยอาจจะยังไม่ทราบประชากรที่ต้องการศึกษาอยากที่จะเข้าถึง และหลังจากที่สำรวจสิ่งที่จำเป็นของปัญหาแล้วนักวิจัยใช้วิธีการเชิงคุณภาพเพื่อสร้างงานในระยะที่สองที่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ซึ่งเกี่ยวกับการออกแบบสร้างเครื่องมือการวัดตัวแปรเพื่อนำมาพัฒนาการทดลอง หรือการออกแบบต่าง ๆ ในการวิจัย และในระยะที่สามเครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ หรือการทดลอง หรือตัวแปร จะถูกนำมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล

4) แบบแผนเชิงทดลอง (Experimental Design or Intervention Design) โดยนักวิจัยจะใช้แบบ Convergent Design, Explanatory Sequential Design หรือ Exploratory Sequential Design ภายในของกรอบวิจัยแบบแผนเชิงทดลองผสมวิธีที่มีแบบแผนที่ใหญ่กว่า ซึ่งเป็น การออกแบบที่ง่าย ในการที่นักวิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและสำรวจข้อมูลเชิงคุณภาพในระหว่างการทดลอง หรือ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ซึ่งข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จะถูกนำไปใช้ในการทดลอง

5) แบบแผนการศึกษากรณี (Case Study Design) เป็นแบบแผนที่นำแบบแผนผสมวิธีหลัก (Convergent Design, Explanatory Sequential Design หรือ Exploratory Sequential Design) มาใช้ในกรอบการวิจัยของการศึกษารายกรณีแบบเดี่ยว หรือการศึกษาพหุกรณี โดยเก็บรวบรวม ข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพและนำข้อมูลทั้งสองอย่าง มาสรุปรวมกันในแต่ละกรณี และนำข้อสรุปแต่ละกรณีมาเปรียบเทียบกัน

6) แบบแผนความยุติธรรมทางสังคม หรือ แบบแผนแบบปฏิรูป (Social Justice or Transformative Designs) หรือ แบบแผนการมีส่วนร่วม-ความยุติธรรมทางสังคม (Participatory Social Designs) แบบแผนนี้จะมีเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมและความยุติธรรมทางสังคมเป็นหลักและ แวดล้อมด้วยแบบแผนพื้นฐาน Convergent Design, Explanatory Sequential Design หรือ

Exploratory Sequential Design แต่จะมีจุดเน้นที่ความเป็นอยู่ของบุคคลในสังคมปัจจุบัน การผสมหรือรวมข้อมูลจะเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของมนุษย์

7) แบบแผนการประเมินหลายขั้นตอน (Multistage Evaluation Design) หรือแบบแผนการประเมิน (Evaluation Design) หรือแบบแผนการประเมินโปรแกรม (Program Evaluation Design) เป็นแบบแผนที่เหมาะสำหรับการศึกษาที่ยาวนาน หรือโครงการที่มีหลายขั้นตอน ใช้การเสาะแสวงหาที่ยาวนานจึงต้องใช้ออกแบบผสมวิธีที่หลากหลาย และมีการแยกการศึกษาทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพโดยใช้แบบผสมวิธีพื้นฐาน Convergent Design, Explanatory Sequential Design หรือ Exploratory Sequential Design ขั้นตอนของการออกแบบอันนี้ใช้กับการประเมินโครงการ โปรแกรมหรือประเมินเครื่องมือ ขั้นตอนมีหลายระยะในการวิจัย ตั้งแต่กรอบการวิจัย ทั้งนี้ทางการศึกษาจะเกี่ยวข้องการประเมินโปรแกรม การประเมินความต้องการ การทดสอบโปรแกรม การติดตามโปรแกรม ในกรณีนี้การรวมข้อมูลจะอยู่ในขั้นแรกไปจนขั้นตอนสุดท้าย

2.6.4 ขั้นตอนการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research Process)

Creswell J. W. and Plano Clark V. L. (2018) การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดคำถามการวิจัย ผู้วิจัยอาจจะตั้งคำถามการวิจัยเพียงหนึ่งคำถามซึ่งมีลักษณะที่เป็นทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ หรือจะตั้งคำถามการวิจัยหลายคำถามซึ่งอาจจะแยกเป็นคำถามเชิงปริมาณ และคำถามเชิงคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยสามารถตั้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาไว้ข้อเดียวหรือหลายข้อ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคำถามการวิจัย

ขั้นตอนที่ 3 การเลือกระเบียบวิธีในการวิจัย ผู้วิจัยต้องพิจารณาเลือกรูปแบบการวิจัยที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการตอบคำถามการวิจัยให้ถูกต้อง แม่นยำน่าเชื่อถือ และมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติงานวิจัยโดยคำนึงถึงองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ เวลาที่เหมาะสม การให้ค่าน้ำหนักของข้อมูลเชิงปริมาณหรือคุณภาพ การผสมผสานวิธีการ ความลึกซึ้งในทฤษฎีหรือวิธีการเปลี่ยนแปลงไป

ขั้นตอนที่ 4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 6 การตีความหรือแปลผลข้อมูล

ขั้นตอนที่ 7 การกระทำข้อมูลให้ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 8 การสรุปผลและการจัดทำรายงานการวิจัย

2.6.5 ข้อจำกัดของการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research)

1) มีความยุ่งยากในการดำเนินการสำหรับนักวิจัยเพียงคนเดียวที่จะต้องดำเนินการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยเฉพาะหากจะต้องดำเนินการในลักษณะของการเกิดพร้อมกันของการวิจัยทั้งสองประเภทในเวลาเดียวกัน อาจจำเป็นต้องมีทีมวิจัย

2) ผู้วิจัยต้องเรียนรู้การวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแล้วต้องรู้จักการผสมผสานวิธีให้เหมาะสม

3) เสียค่าใช้จ่ายสูง

4) ใช้ระยะเวลายาวนาน

สรุป วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research Design) เกี่ยวข้องกับการนำแนวคิดการศึกษาเชิงปริมาณ และการศึกษาเชิงคุณภาพ มารวมกันในการเก็บข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาเรื่องเดียว (Single Study) ด้วยการผสมผสานขั้นตอนของการวิจัยอย่างเป็นเหตุเป็นผล ตามรูปแบบการศึกษาแบบหนึ่งของระเบียบวิธีวิจัยภายใต้กระบวนทัศน์แบบปฏิบัตินิยม (Pragmatism) ในการค้นหาความรู้ความจริง ในปรากฏการณ์ทางสังคมที่มีลักษณะซับซ้อน จำเป็นต้องใช้วิธีการวิจัยที่เหมาะสมกับปัญหาหรือคำถามการวิจัยที่ต้องการศึกษาคำตอบ วิธีการวิจัยเชิงผสมผสาน จะช่วยให้ได้คำตอบการวิจัยที่รอบด้าน หลายแง่มุม จากแบบแผนการวิจัยให้เลือกใช้หรือออกแบบการวิจัยอย่างหลากหลาย ซึ่งแต่ละแบบแผนก็เหมาะสมกับลักษณะปัญหาการวิจัยที่แตกต่างกัน ซึ่งศึกษากับผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน โดยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) โดยการออกแบบการวิจัยเป็นวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อศึกษาประเด็นที่มีผู้ทำวิจัยไว้แล้ว ซึ่งจะเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยเติมเต็มประเด็นที่จะศึกษาให้ครอบคลุม และเป็นแนวทางในการศึกษา ตลอดจนได้ทบทวนวิธีการดำเนินงานวิจัยในรูปแบบที่แตกต่างกันออกไปซึ่งจะส่งผลให้การศึกษาครั้งนี้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

ชลการ ทรงศรี (2557) ศึกษาแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่บ้านนันท เมืองอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการบริการสุขภาพที่พัฒนาขึ้นได้แบ่งประเภทผู้ป่วยออกเป็น 4 ประเภทคือ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนและขาดผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถดูแลตนเองได้ และผู้ป่วยหลังกลับจากการรักษาโรงพยาบาลสำหรับผู้ให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านนอกจากเป็นเจ้าของที่ด้านสุขภาพแล้วยังต้องมีเครือข่ายในการให้บริการ เช่น ผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสาบุคคลในครัวเรือนผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการบริการสุขภาพที่บ้านที่พัฒนาขึ้นโดยรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากและมีความสอดคล้อง

จิรัชยา เจียวกัก (2558) ศึกษาความรู้ความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดต่อกระดูกตา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดต่อกระดูกตา ณ หอผู้ป่วยตา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีความรู้ ในการดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดต่อกระดูกตาอย่างถูกต้อง ร้อยละ 97.14 ซึ่งเข้าใจว่า มองเห็นภาพบิดเบี้ยวหรือ เหมือนมีอะไรบางอย่างลอยไปมา ในตา เป็นอาการปกติสามารถพบแพทย์ให้ถึงวันนัดได้ ร้อยละ 12.90 รองลงมา เข้าใจว่าหากไม่มีอาการผิดปกติ ไม่จำเป็นต้องมาพบแพทย์ทุกครั้งที่มีแพทย์นัด ร้อยละ 9.68 และมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดต่อกระดูกตาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 76.88

ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ (2559) ศึกษาคุณภาพการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านตามการรับรู้และความคาดหวังของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตชุมชนเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อคุณภาพการให้บริการสุขภาพที่บ้านในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.50, S.D.=0.61$) ส่วนความคาดหวังภาพรวมอยู่ระดับมาก ($\bar{x}=4.10, S.D.=0.751$) โดยด้านบริการที่สร้างความมั่นใจแก่ผู้รับบริการมีค่ามากที่สุด ผลการเปรียบเทียบพบว่าค่าเฉลี่ยความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการสุขภาพที่บ้านมากกว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยความคาดหวัง และการรับรู้มากที่สุดคือบริการที่เข้าใจผู้รับบริการ ($\bar{x}=3.85$)

ยุวดี ขาดีไทย (2559) ศึกษาผลของการให้คำแนะนำผ่านสื่อวีดิทัศน์และหุ่นสาธิตต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดจากหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังให้คำแนะนำค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ก่อนและหลังการให้คำแนะนำ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังการผ่าตัด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(2, 69) = 8.05$; Wilk's $\Lambda = 0.81$, partial $\eta^2 = 0.19$) และการวิเคราะห์ Post-hoc พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทั้งความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1, 70) = 14.15$; $p < 0.001$; partial $\eta^2 = 0.17$) และ ($F(1, 70) = 4.38$; $p < 0.05$; partial $\eta^2 = 0.06$) ตามลำดับ

สมสมัย รัตนกริชากุล, และคณะ (2561) ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน: กรณีศึกษานวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด ผลการศึกษา พบว่า กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มี 4 ระยะ ได้แก่ (1) ริเริ่มนโยบาย กำหนดยุทธศาสตร์ เพื่อลดอัตราครองเตียง ลดอัตรา การนอนโรงพยาบาลซ้ำ และลดค่าใช้จ่าย (2) การสร้างทีมงานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สร้างโรงพยาบาล 1 เตียงที่บ้าน พยาบาลสอนฝึกทักษะให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้ เช่นเดียวกับได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลโดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วย (3) การสร้าง เครือข่ายการดูแล ได้แก่ กลุ่ม องค์กร อาสาสมัคร และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นให้งบประมาณสนับสนุน การดูแลผู้ป่วย และ (4) ได้รูปแบบระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีธนาการอุปกรณ์มีระบบการประเมินสภาพผู้ป่วยให้การดูแลแบบองค์รวม พยาบาลประสานความร่วมมือกับหน่วยงาน กลุ่มองค์กรต่าง ๆ เกิดเป็นภาคีเครือข่าย ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องครอบคลุมเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคลองใหญ่ โดยสามารถลดอัตรา ครองเตียง ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนต่ำกว่าเกณฑ์ ผลการวิจัยนี้พยาบาลสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในพื้นที่อื่น ๆ ให้สอดคล้องกับบริหารงานเครือข่ายบริการ สุขภาพระดับอำเภอตามบริบทพื้นที่

อรฉัตร จันทร์กระจ่าง (2561) ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ผลการศึกษาพบว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย สารระโน 3 ประเด็น คือ (1) การประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน (2) การบริหารความปวดในห้องพักฟื้น และ (3) การจำหน่ายผู้ป่วย และการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ พบว่า พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทุกราย ระบุว่า มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ใน

ระดับมาก และผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการดูแลในระยะหลังผ่าตัดตามแนวปฏิบัติดังกล่าว หลังจากสังเกตอาการในห้องพักฟื้น เป็นระยะเวลา 1 ชั่วโมง ไม่พบภาวะแทรกซ้อน สามารถย้ายกลับหอผู้ป่วย/จำหน่ายกลับบ้านได้

กนกพร อริยวงษ์ (2562) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก โรงพยาบาลสุโขทัย ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกในกลุ่มทดลองหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 21.20, p < .01$) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกหลังให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.90, p < .01$)

ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อการเจ็บป่วยต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจก และความสามารถของครอบครัวในการดูแล สุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อกระเจก โรงพยาบาลพระจอมเกล้า ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อการเจ็บป่วยมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจกและค่าเฉลี่ยความสามารถของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อกระเจกสูงขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ปรีศนีย์ พันธุ์สิริกร และศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล (2563) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม และหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ($p < .05$)

ละมิตร์ ปีกขาว (2563) ศึกษาการพัฒนาแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกแบบมีส่วนร่วมอย่างเอื้ออาทร ตามทฤษฎี Swanson โรงพยาบาลปทุมธานี แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพปัญหา โดยวิธีการระดมสมอง การสัมภาษณ์ การสังเกตร่วมกับการสำรวจข้อมูลอย่างเป็นระบบ ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ โดยใช้คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก วัตถุประสงค์ และแผนพับโดยละเอียด และระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบโดยใช้ แบบวัดความรู้ ทักษะ พฤติกรรมความพึงพอใจ อัตราการติดเชื้อ ผลการประเมินรูปแบบตามแนวคิดของแบบวัด ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ พฤติกรรมและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วย และผู้ดูแล หลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระเจกลดลงเท่ากับศูนย์

ทิพาภัทร เอกวงษา (2564) ศึกษาประสิทธิผลการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวล และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระเจก โรงพยาบาลวิชัยบุรี ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระเจกมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลโดยรวมน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลโดยรวมน้อยกว่าเท่ากับ 34.272 คะแนน (95% CI; 32.186, 38.358) และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระเจกมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายกลับบ้านโดยรวมมากกว่า

เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายกลับบ้านโดยรวมมากกว่าเท่ากับ 1.51 คะแนน (95% CI; 1.364, 1.656)

พิมพิลา ศิริปัน (2564) ศึกษาการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อในลูกตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างหลังชมวีดิทัศน์เพิ่มขึ้นจาก 22.7 คะแนน เป็น 26.9 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การประเมินประสิทธิภาพสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อในลูกตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก มีประสิทธิภาพ

Jeannie L Haggerty and Robert J Reid (2003) ศึกษาการทบทวนการดูแลต่อเนื่องของสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลนอร์ทดาม ผลการศึกษาพบว่า การดูแลต่อเนื่องของสุขภาพต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่สอดคล้องและเชื่อมโยงกับความต้องการทางการแพทย์ของผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่องมีแตกต่างจากคุณลักษณะอื่น ๆ ของการดูแลโดยองค์ประกอบหลักสองประการ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และมุ่งเน้นผู้ป่วยแต่ละรายบุคคล ซึ่งการดูแลต่อเนื่องสามประเภท คือการให้ข้อมูล การบริหารจัดการ และความสัมพันธ์ เน้นการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยแต่ละประเภทที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประเภทของการดูแล

Bradley L. Shoss, and Linda M. Tsai (2013) ศึกษาการดูแลหลังการผ่าตัดต้อกระจก มหาวิทยาลัยวอชิงตัน ผลการศึกษาพบว่า มีการคิดแผนปิดตาป้องกันดวงตา สามารถใช้ในกิจกรรมประจำวันหลังการผ่าตัดต้อกระจก วิธีการใช้ไม่ซับซ้อน และมีมาตรการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ลดความเสี่ยงของการเกิด (Cystoid Macular Edema: CME) ในตา แต่ต้องใช้ด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยที่เป็นโรคต้อกระจก ถ้ามีอาการก่อนป่วยทางตาอยู่อาจมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญ

Nadia Mohamed, Taha Nahla, and Ahmed Abd Elaziz (2015) ศึกษาผลของแนวทางการพยาบาลต่อบทบาทของพยาบาล ความต้องการของผู้ป่วย และปัญหาทางสายตาหลังการผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยซากาซิก ผลการศึกษาพบว่า การนำแนวทางการพยาบาลไปปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยต้อกระจกหลังการผ่าตัดมีประสิทธิผล ในการกระตุ้นให้เกิดการปรับปรุงทางด้านความรู้และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับพยาบาล ซึ่งมีการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยดีขึ้น และการลดอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

Susanna Porela-Tiihonen et al. (2016) ศึกษาการพักฟื้นหลังผ่าตัดต้อกระจก ผลการศึกษาพบว่า มีอุบัติการณ์ความเจ็บปวดในตาหลังการผ่าตัดที่รายงาน มีอาการปวดหรือปวดที่มีนัยสำคัญเป็นเวลานานหลายสัปดาห์ในผู้ป่วยที่ทำการศึกษามากกว่าร้อยละ 50 ในสภาพแวดล้อมการศึกษาปัจจุบัน มีรายงานความเจ็บปวดร้อยละ 34 ระหว่างการผ่าตัดครั้งแรก ชั่วโมงและประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยในช่วงหกสัปดาห์แรกหลังการผ่าตัด ระหว่างการพักฟื้นในโรงพยาบาลในระยะแรก มีผู้ป่วยส่วนน้อยที่รายงานอาการปวดเท่านั้นที่ได้รับยาแก้ปวด อาการไม่สบายตา เช่น อาการคัน แสบร้อน รู้สึกสิ่งแปลกปลอม และการฉีกขาด พบได้บ่อยทั้งก่อน (ร้อยละ 54) และหลังการผ่าตัด (ร้อยละ 38-52) อาการเหล่านี้สามารถอธิบายได้ว่าเป็นอาการเจ็บปวดและมักจะแยกแยะ

ได้ยากจากอาการปวดตา อาการดังกล่าวเป็นเรื่องปกติของโรคผิวหนังที่ตา และผู้ป่วยบางรายอาจได้รับประโยชน์จากการใช้สารทดแทนน้ำตาหลังการผ่าตัด

Heather Gilmou (2017) ศึกษาความต้องการการดูแลที่บ้านที่ไม่ได้รับการตอบสนองในแคนาดา ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีความต้องการการดูแลที่บ้านมากกว่าหนึ่งในสาม (ร้อยละ 35.4) หรือประมาณ 433,000 คน ที่ไม่ได้รับการดูแล ซึ่งพบได้บ่อยในกลุ่มผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือมากกว่าผู้ที่มีความต้องการของ (Home Health Care: HHC) ความพร้อมของบริการมักถูกอ้างถึงว่าเป็นอุปสรรคต่อการได้รับบริการดูแลที่บ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่มีความต้องการบริการ (Home Health Care: HHC) ที่ไม่ได้รับการตอบสนอง กลุ่มอายุ ประเภทครัวเรือน การประกันการดูแลระยะยาว และปัจจัยด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความต้องการการดูแลที่บ้านที่ไม่ได้รับการดูแล โดยมีความแตกต่างเล็กน้อยตามประเภทของความต้องการ

Watanya Kamel, and Atya Elgazar (2017) ศึกษาการพัฒนาแนวทางการดูแลตนเองในระยะหลังสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระจก มหาวิทยาลัยเบนะ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ศึกษามากกว่าครึ่งมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดต่อกระจกไม่เป็นที่น่าพอใจร้อยละ 78.0 ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีการปฏิบัติที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการบริหารยารักษาดวงตา

Claire Jackson, and Lauren Ball (2018) ศึกษาการดูแลต่อเนื่องในมหาวิทยาลัยเกิด มีวิธีการวัดและส่งเสริมได้ โดยการวัดที่เหมาะสม และการเลือกเครื่องมือต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ สิ่งนี้ควรรวมถึงคือขอบเขต ความยาว การทดสอบการตรวจสอบความถูกต้อง ความสามารถในการเข้าถึงเครื่องมือ ความสอดคล้องกับความคิดริเริ่มที่ต้องมีการประเมิน และการประยุกต์ใช้กับการวิเคราะห์ระดับท้องถิ่น และระดับระบบเนื่องจากระบบการดูแลสุขภาพของเรามุ่งสู่การปฏิรูปครั้งใหญ่ ในอนาคตอันใกล้ เราต้องตรวจสอบให้แน่ใจว่าระบบดังกล่าวสนับสนุนและมุ่งให้การดูแลอย่างต่อเนื่องในการพัฒนานโยบาย รูปแบบการดูแล วิธีการชำระเงิน การฝึกอบรม การวิเคราะห์ข้อมูล และการให้คำปรึกษาและการส่งข้อความของชุมชน

Mariam Ibrahim et al. (2018) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสอนต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดต่อกระจก มหาวิทยาลัยดามิตตา ผลการศึกษาพบว่า พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติในการปฏิบัติตนหลังการผ่าตัดใช้ยาหยอดตาสัมพันธ์กับการล้างมือก่อนและหลังใช้ยาหยอดตา ($p = .009$) และมี พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติในการปฏิบัติตนเองหลังการผ่าตัดใช้ยาหยอดตาสัมพันธ์กับการล้างมือก่อนและหลังใช้ยาหยอดตา ($p = .009$)

Chujin Qiu et al. (2019) ศึกษาการสอนการจำหน่าย ความพร้อมในการจำหน่าย และผลหลังการจำหน่ายในผู้ป่วยต่อกระจกที่รักษาด้วยการผ่าตัดระหว่างวัน: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง โรงพยาบาลเวสต์ไชน่า ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยรวมเกี่ยวกับคุณภาพของมาตราส่วนการสอนการจำหน่ายมาตราส่วนเท่ากับ 192.95 และมีมิติที่มีคะแนนต่ำสุดคือ "แนวทางที่ได้รับในทางปฏิบัติ" คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของความพร้อมสำหรับมาตราส่วนการจำหน่าย ของโรงพยาบาลมาตราส่วนเท่ากับ 175.51 และส่วนที่มีคะแนนต่ำสุดคือ "ความรู้เรื่องโรค" คะแนนเฉลี่ยทั้งหมดในแบบสอบถามผลลัพธ์หลังการจำหน่ายเท่ากับ 77.08 และทั้งสี่มิติที่มีคะแนนต่ำสุดคือ "พฤติกรรมปฏิบัติตาม" "หลีกเลี่ยงการใช้สายตามากเกินไป" "หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ต้องใช้กำลังมาก" และ "การ

ตรวจสอบสุขภาพเป็นประจำ” ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระบุความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการสอนการจำหน่ายและ PDO ต่ำถึงปานกลาง ($p < .01$), RHD และ PDO ($p < .01$) และคุณภาพการสอนการจำหน่ายและ PDO ($p < .01$)

Chi Wang et al. (2020) ศึกษาการดูแลต่อเนื่องในผู้เรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อการใช้บริการผู้ป่วยนอก ในสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่า การดูแลต่อเนื่องมีสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอายุ เพศ ระดับของเมือง สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม การเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน การรักษาในโรงพยาบาล ความผิดปกติทางจิต โรคเรื้อรัง และความเจ็บป่วยจากภัยพิบัติ ผู้ที่มีการดูแลความต่อเนื่องต่ำมักจะใช้การดูแลผู้ป่วยนอกบ่อยมาก การปรับปรุงความต่อเนื่องของการดูแลเป็นพื้นฐาน และวิธีที่ดีที่สุดคือการพัฒนา เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อการปฐมพยาบาลเบื้องต้น

Asmare Mihret Beyene, et al. (2021) ศึกษาเวลาในการฟื้นตัวจากต่อกระเจก และตัวทำนายผู้ป่วยต่อกระเจกตาที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระเจกในเอธิโอเปีย การศึกษาย้อนหลังในเอธิโอเปีย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยต่อกระเจกสองร้อยยี่สิบสามคนหายจากโรคต่อกระเจกร้อยละ 72.6 (95% CI 69.8–75.9), ต่อกระเจกที่กระทบกระเทือนจิตใจ (AHR = 1.75; 95% CI; 1.01–3.02) การผ่าตัดต่อกระเจกเสริมแคปซูลพิเศษ (AHR = 1.43; 95% CI; 1.07–1.94) และโรคเบาหวาน (AHR = 0.75; 95% CI; 0.41–0.96) มีความเกี่ยวข้องกับเวลาในการฟื้นตัวอย่างเห็นได้ชัด เวลาในการฟื้นตัวในพื้นที่ศึกษาสูงขึ้นเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับเวลาทั่วโลก ผู้ป่วยต่อกระเจกที่เป็นโรค DM มีเวลาพักฟื้นน้อยกว่า

Amal S. Taha (2021) ศึกษาประสิทธิผลของมาตรการการแทรกแซงทางการแพทย์ต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาลและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดต่อกระเจก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเบเน ผลการศึกษาพบว่า ผลลัพธ์แสดงให้เห็นการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในประสิทธิภาพของพยาบาล (ความรู้และการปฏิบัติ) หลังการพยาบาลทันทีและติดตามผล 1 เดือนหลังการพยาบาลเมื่อเทียบกับการใช้โปรโตคอลการแทรกแซงก่อนการพยาบาล ($p < .001$) การปรับปรุงโดยทั่วไปในกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย (41.6 ± 11.042) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเป็น (64.2 ± 13.65) หลังการใช้โปรโตคอลการแทรกแซงการพยาบาลที่ $p = .001$ อย่างไรก็ตาม หลังจากใช้โปรโตคอลการแทรกแซงการพยาบาลเป็นเวลาหนึ่งเดือน การลดลงเล็กน้อยเกิดขึ้นหลังจากหนึ่งเดือน (52.46 ± 10.97) เมื่อเทียบกับระดับก่อนการแทรกแซง พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญ

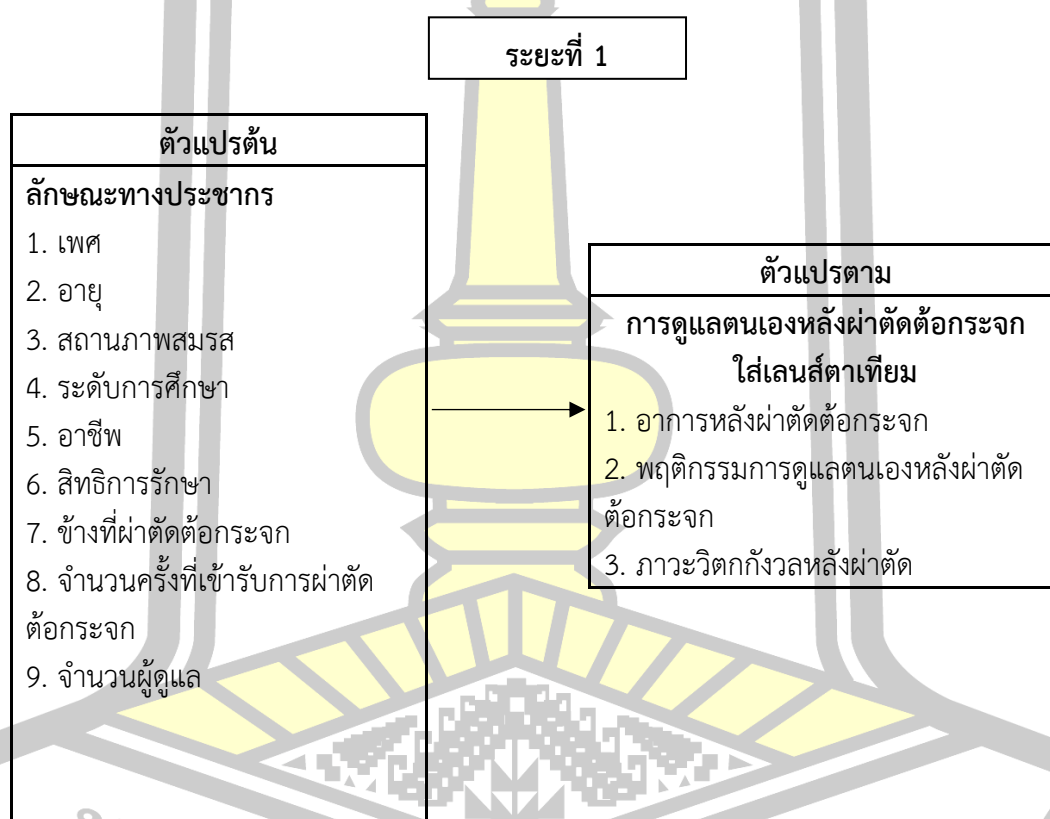
สรุปการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจกเปลี่ยนเลนส์ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ถ้าดูแลตนเองไม่ดี ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ติดเชื้อหลังผ่าตัด และเลนส์อาจเลื่อนหลุดได้ ดังนั้นการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เป็นสิ่งสำคัญรวมถึงการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะการให้ความรู้ทางด้านสื่อวิทัศน์ เป็นการให้ความรู้ที่สะดวกรวดเร็วและเข้าใจง่าย

2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย

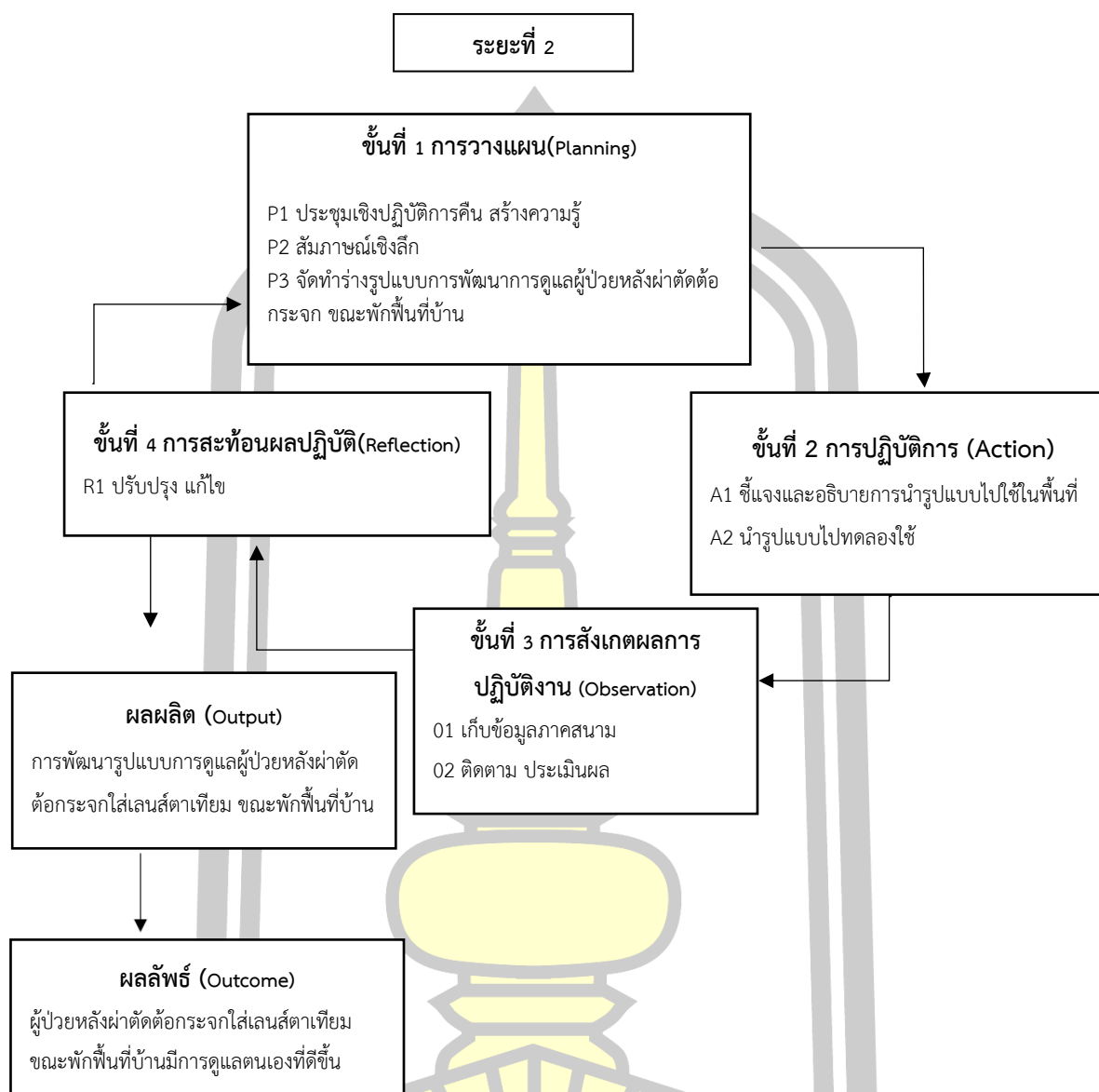
แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์แบบตัดขวาง (Cross-Sectional Study) ใช้ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน

ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน โดยใช้วงจร PAOR ของ (Kemmis and McTaggart, 1988) ประกอบด้วย ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ขั้นตอนปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกต (Observation) และขั้นสะท้อนผลข้อมูล และปรับปรุง (Reflection)



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัยระยะที่ 1



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัยระยะที่ 2

พญ. ปณ. จิตโต ชีเว

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) โดยการออกแบบการวิจัยเป็นวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้แบ่งขั้นตอนการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์แบบตัดขวาง (Cross-Sectional Study) ใช้ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน

ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน โดยใช้วงจร PAOR ของ (Kemmis and McTaggart, 1988) ประกอบด้วย ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ขั้นตอนปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกต (Observation) และขั้นสะท้อนผลข้อมูล และปรับปรุง (Reflection) ผู้วิจัยได้กำหนดรายละเอียดขั้นตอนเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัย ตามแนวทางของการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. ขั้นตอนการดำเนินการ
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การวิเคราะห์ข้อมูล
7. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
8. จริยธรรมงานวิจัย

3.1 พื้นที่การศึกษาและขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ มีขอบเขตพื้นที่ในเขตรับผิดชอบการให้บริการสุขภาพแบ่งการปกครองเป็น 12 อำเภอ ตั้งอยู่ในพื้นที่จังหวัดนครพนม ห่างจากอำเภอเมือง และโรงพยาบาลนครพนม มีอาณาเขตติดต่อกับพื้นที่ต่าง ๆ ดังนี้

ทิศเหนือ ติดต่อกับ อำเภอท่าอุเทน อำเภอบ้านแพง อำเภอนาทม

ทิศใต้ ติดต่อกับ อำเภอปลาปาก อำเภอวังยาง อำเภอเรณูนคร อำเภอธาตุพนม อำเภอ

นาแก

ทิศตะวันตก ติดต่อกับ อำเภอโพนสวรรค์ อำเภอศรีสงคราม อำเภอนาหว้า

จำแนกผู้ป่วยแต่ละอำเภอดังนี้

อำเภอ	จำนวน	
1. เมือง	63	คน
2. ท่าอุเทน	35	คน
3. บ้านแพง	16	คน
4. นาทม	20	คน
5. ปลาปาก	33	คน
6. วังยาง	12	คน
7. เรณูนคร	29	คน
8. ธาตุพนม	40	คน
9. นาแก	44	คน
10. โพนสวรรค์	30	คน
11. ศรีสงคราม	59	คน
12. นาหว้า	12	คน

3.2 ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์แบบตัดขวาง (Cross-Sectional Study)

การศึกษาศถานการณ์แบบตัดขวาง ใช้ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาระยะที่ 1 นี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Study) โดยมีประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยต่อกระจกใสเลนส์ตาเทียม แพทย์ว่าเป็นโรคต่อกระจก และขึ้นทะเบียน ณ ตึกผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ โรงพยาบาลนครพนม รวมทั้งสิ้น 4,640 ราย (Eye Health Data Center, 2023) โดยการกำหนดช่วงเวลาในเดือนพฤษภาคม 2566 ถึง มกราคม 2567 ในการหาขนาดตัวอย่าง ของผู้ป่วยต่อกระจกใสเลนส์ตาเทียมที่ได้รับการผ่าตัดจำนวน 1,098 ราย ที่ต้องเข้ารับบริการในการ ผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์ตาเทียม ณ โรงพยาบาลนครพนม ซึ่งคำนวณขนาดตัวอย่างการวิเคราะห์ Multiple Linear Regression เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามที่เป็นข้อมูลแบบต่อเนื่องกับ ตัวแปรต้นตั้งแต่ 2 ตัวแปรขึ้นไป โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ด้วย G*Power 3.1.9.4 (Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A., 2007) ทั้งนี้กำหนดขนาด อิทธิพล (Effect Size) ระดับปานกลาง เท่ากับ 0.3 (Cohen J., 1995) มีช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการหาความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปร (t-tests) ใช้ Statistical Test เป็น Linear Multiple Regression: Fixed Model,

Single Regression Coefficient และ Error Prob 0.3 Critical $t = 1.66$ ดังนั้นจึงมีขนาดตัวอย่างผู้ป่วยโรคต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม จำนวน 111 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมในการศึกษา (Inclusion Criteria)

- 1) ผู้ป่วยโรคต่อกระดูก ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ลงทะเบียนเข้ารับการผ่าตัด ณ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนครพนม หลังได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม
- 2) ผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อกระดูก และได้รับการลงทะเบียนเข้ารับการรักษ ณ ตึกผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ โรงพยาบาลนครพนม
- 3) ผู้ป่วยโรคต่อกระดูกและได้รับการวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ว่าเป็นโรคต่อกระดูก สามารถช่วยเหลือตนเองได้ สามารถตอบสนองและสื่อสารด้วยการพูด การฟัง การอ่านและการเขียน รวมไปถึงมี ความเข้าใจในภาษาไทยได้เป็นอย่างดี และไม่ใช่อุปสรรคต่อการเก็บข้อมูลทั้งการตอบแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์
- 4) เป็นผู้ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกรอกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

- 1) ผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อนรุนแรงอื่น ๆ ที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมโครงการ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (mg/dl) และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตขณะพักมากกว่าหรือเท่ากับ 160/100 มิลลิเมตรปรอท (mmHg) เป็นต้น
- 2) ผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มีความซับซ้อนทางการรักษา และการผ่าตัด เช่น ได้รับการผ่าตัดใส่ท่อช่วยหายใจ
- 3) ผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มีความผิดปกติทางจิตและผิดปกติทางร่างกาย เช่น มองไม่เห็นหรือตาบอด

2. การสุ่มตัวอย่าง

- 1) การสุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม โดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) เป็นการสุ่มโดยใช้กับประชากรจำนวน จากยอดการผ่าตัด และรายชื่อของสมาชิกได้เรียงลำดับตามตัวอักษรโดยยกเว้นการเรียงลำดับบนพื้นฐานของค่าตัวแปรที่ศึกษาเพราะจะได้กลุ่มตัวอย่าง ที่แตกต่างกันอย่างชัดเจนและไม่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร มีขั้นตอนการดำเนินการ (Krejcie and Morgan, 1970) ดังนี้

$$\text{สูตร } k = N/n$$

k = สมาชิกที่ถูกสุ่ม

N = กลุ่มประชากรทั้งหมด

n = กลุ่มตัวอย่าง

หาช่วงการสุ่ม

$$k = 1,098 / 111$$

$$k = 9.89 \approx 10 \text{ ราย}$$

จากนั้นสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) เรียงตามกลุ่มอายุ โดยการนำรายชื่อผู้ป่วยโรคต่อกระดูก ก่อนได้รับการผ่าตัด ทั้งเพศชายและเพศ

หญิงที่ ลงทะเบียนเข้ารับการรักษา ผ่าตัด ณ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนครพนม และโรคต่อกระຈกที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อกระຈก และได้รับการลงทะเบียนเข้ารับการรักษา ผ่าตัด ณ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนครพนม ทั้งหมดจำนวน 1,098 ราย มาสุ่มตัวอย่าง ด้วยการกำหนดกรอบประชากร ตามเลขบัตรโรงพยาบาล (Hospital Number: HN) ที่เรียงลำดับในประชากรตัวอย่างตามที่คำนวณไว้คือ 111 ตัวอย่าง โดยตัวอย่างต้องมีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการศึกษา (Inclusion Criteria) และเกณฑ์การคัดเลือกรอกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) และสุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) จากฐานข้อมูล HosXP ของโรงพยาบาลนครพนม (ธนสิทธิ์ ไพระพงษ์, 2565) โดยมีการกำหนดช่วงห่างระหว่างสมาชิกที่ถูกสุ่มประมาณ 10 ราย

3. ขั้นตอนการดำเนินการ

ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ รายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระຈก โรงพยาบาลนครพนม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ดำเนินการการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องก่อน เพื่อให้ได้ประเด็นในการจัดทำแนวคำถามสำหรับการสร้างแบบสอบถามเพื่อเป็นการเติมเต็มข้อมูล ตลอดจนเป็นการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนและสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้

2) ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3) การสังเคราะห์ข้อมูลการประมวลเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดเป็นร่างสถานการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระຈก และปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระຈก โรงพยาบาลนครพนม

4) การเก็บข้อมูลภาคสนามโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระຈก

5) นำข้อมูลที่ได้จากข้อ 4) มาวิเคราะห์ตัวแปรเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระຈก โรงพยาบาลนครพนม

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์แบบตัดขวาง (Cross-Sectional Study) ใช้ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Research)

ในการศึกษา ระยะที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) ใช้สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยต่อกระຈก โดยผู้ศึกษาได้ปรับและดัดแปลงแบบสอบถามจากการศึกษาเรื่อง แบบสอบถามด้านความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระຈก (จิรัชยา เจียวกิก และคณะ, 2558) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากร 9 ข้อ เป็นลักษณะคำถามทั้งแบบปลายปิดให้เลือกตอบและปลายเปิด ที่ต้องให้เติมข้อความให้สมบูรณ์ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส

ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ข้างที่ผ่าตัดต่อกระดูก จำนวนครั้งที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูก และ จำนวนผู้ดูแล

ตอนที่ 2 การดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน ได้แก่

1) อาการหลังผ่าตัดต่อกระดูก	จำนวน	4	ข้อ
2) พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูก	จำนวน	23	ข้อ
3) ภาวะวิตกกังวลหลังผ่าตัดต่อกระดูก	จำนวน	10	ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นการวัดประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย ซึ่งมีเกณฑ์การ ให้คะแนน ดังนี้

มาก หมายถึง มีความคิดเห็นหรือความรู้สึกเห็นด้วยตามข้อความนั้น

ปานกลาง หมายถึง มีความรู้สึกเฉย ๆ หรือไม่แน่ใจตามข้อความนั้น

น้อย หมายถึง มีความคิดเห็นหรือความรู้สึกไม่เห็นด้วยตามข้อความนั้น

ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นเพิ่มเติม 2 จำนวน

5. การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

5.1 การสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนเอกสาร แนวคิดและทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีขั้นตอน ในการดำเนินการดังนี้

5.1.1 กำหนดขอบเขตเนื้อหาที่ต้องการสร้างแบบเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อให้ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และเนื้อหาที่ต้องการศึกษา

5.1.2 ดำเนินการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและนำ เครื่องมือที่ได้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบและให้ ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และนำเครื่องมือในการเก็บรวบรวม ข้อมูล ปรับปรุงแก้ไข (Try Out) ให้สอดคล้องระหว่างเนื้อหา และวัตถุประสงค์วิธีการหาค่าดัชนีความ สอดคล้อง (Items Objective Congruence: IOC) โดยพิจารณาข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้น ไป ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1

5.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้นำแบบสอบถามการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อ กระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน นำมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้พร้อม ทั้งดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

5.2.1 ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเหมาะสมของภาษา (Wording) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้ว นำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความเหมาะสม โดยผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือประกอบด้วย

1) นายแพทย์ชำนาญการ แผนกจักษุ องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม

2) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม

3) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าตึกตา หู คอ จมูก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม

5.2.2 นำแบบสอบถามการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม รวมทั้งสิ้น 30 คน นำข้อมูลที่ได้จากการทดลองใช้วิเคราะห์หาความน่าเชื่อถือ (Discrimination) ของข้อคำถามเป็นรายข้อโดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation) และหาความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ผู้วิจัยเลือกคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.20-1.00 และ ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.82

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลนครพนม และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง วันที่ 1 พฤษภาคม 2566 ถึง วันที่ 31 มกราคม 2567 มีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

6.1 ขอความอนุเคราะห์จากคณะกรรมการสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคามในการออกหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม ในการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก โรงพยาบาลนครพนม

6.2 นำแบบสอบถามเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ พร้อมนำหนังสือจากคณะกรรมการสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม และนายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและลงนามในหนังสือความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง

6.3 ในกรณีแบบสอบถามดำเนินการต่อเนื่องดังต่อไปนี้

6.3.1 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีการคัดเลือกผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ในการศึกษาจากการเข้ารับบริการตามการนัดในการรักษาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก

6.3.2 อธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับการศึกษาวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำแบบสอบถามการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก โรงพยาบาลนครพนม และแบบประเมินการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก โรงพยาบาลนครพนม ให้กับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือกเข้าศึกษา ตอบแบบสอบถาม

6.3.3 ตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

ศึกษาสถานการณ์แบบตัดขวาง (Cross-Sectional Study) ใช้ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ที่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยระยะ 1 ดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากร 9 ข้อ เป็นลักษณะคำถามทั้งแบบปลายปิดให้เลือกตอบและปลายเปิด ที่ต้องให้เติมข้อความให้สมบูรณ์ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ข้างที่ผ่าตัดต่อกระดูก จำนวนครั้งที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูก และ จำนวนผู้ดูแล

- 1) อาการหลังผ่าตัดต่อกระดูก (4 ข้อ)
- 2) พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูก (23 ข้อ)
- 3) ภาวะวิตกกังวลหลังผ่าตัด (10 ข้อ)

ลักษณะคำถามเป็นการวัดประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาก	หมายถึง	มีความคิดเห็นหรือความรู้สึกเห็นด้วยตามข้อความนั้น ให้ 3 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	มีความรู้สึกเฉย ๆ หรือไม่แน่ใจตามข้อความนั้น ให้ 2 คะแนน
น้อย	หมายถึง	มีความคิดเห็นหรือความรู้สึกไม่เห็นด้วยตามข้อความ ให้ 1 คะแนน

โดยนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ แบ่งปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยออกเป็น 3 ระดับ การแบ่งอันตรภาคชั้น โดยนำคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนชั้นที่ต้องการแบ่ง (สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553 อ้างอิงจาก Best, 1977: 174; Daniel, 1995: 19) ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{3 - 1}{3} = 0.66\end{aligned}$$

การแปลผลคะแนน

ระดับการดูแลตนเองดี	หมายถึง	คะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 2.34–3.00
ระดับการดูแลตนเองพอใช้	หมายถึง	คะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 1.67–2.33
ระดับการดูแลตนเองไม่ดี	หมายถึง	คะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 1.00–1.66

3.3 ระยะที่ 2 ศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

การศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน โดยใช้วงจร PAOR ของ (Kemmis and McTaggart, 1988) ประกอบด้วย ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกต

(Observation) และขั้นตอนสะท้อนผลข้อมูล และปรับปรุง (Reflection) ผู้วิจัยได้กำหนดรายละเอียดขั้นตอนเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัย ตามแนวทางของการดำเนินการวิจัย ดังนี้

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน คณะกรรมการที่ปรึกษาทางคลินิก (Patient Care Team: PCT) จักษุ เจ้าหน้าที่หน่วยบริการที่ให้บริการ ของแผนกจักษุ โรงพยาบาลนครพนมทั้งหมด คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่คัดเลือกที่กำหนดไว้ ดังนี้

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีผู้ร่วมวิจัยจำนวน 4 กลุ่ม ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 จักษุแพทย์โรคต่อกระดูก จำนวน 3 คน

กลุ่มที่ 2 เภสัชกร จำนวน 1 คน

กลุ่มที่ 3 พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยแผนกจักษุ (8 คน) พยาบาลวิชาชีพประจำตึกผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ (2 คน) พยาบาลวิชาชีพประจำห้องผ่าตัด (2 คน) รวมจำนวน 12 คน

กลุ่มที่ 4 ตัวแทนผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก และผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก รวมทั้งสิ้น 252 คน ที่เกี่ยวข้องได้แก่ วงรอบที่ 1 ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก จำนวน 141 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก จำนวน 111 คน

กลุ่มเป้าหมายในกลุ่มนี้ใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการสร้างรูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก และเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกประชากรเข้าร่วมในการศึกษา (Inclusion Criteria)

ก. จักษุแพทย์โรคต่อกระดูก

- 1) เป็นแพทย์ที่ปฏิบัติงาน ณ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนครพนม
- 2) ปฏิบัติงาน ณ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนครพนมโดยมีอายุงานไม่น้อยกว่า 1 ปี
- 3) เป็นผู้ที่มีความสนใจและยินดีที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

ข. เภสัชกร

- 1) เป็นเภสัชกรที่ปฏิบัติงาน ณ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลนครพนม
- 2) ปฏิบัติงาน ณ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลนครพนมโดยมีอายุงานไม่น้อยกว่า 1 ปี
- 3) เป็นผู้ที่มีความสนใจและยินดีที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

ค. พยาบาลวิชาชีพ

- 1) เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่หรือมีหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยโรคต่อกระดูก โรงพยาบาลนครพนม
- 2) ปฏิบัติหน้าที่หรือมีหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยโรคต่อกระดูกโรงพยาบาลนครพนมโดยมีอายุงานไม่น้อยกว่า 1 ปี

3) เป็นผู้ที่มีความสมัครใจและยินดีที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

ง. ตัวแทนผู้ป่วยโรคต่อกระดูก

1) ผู้ป่วยโรคต่อกระดูก ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ลงทะเบียนเข้ารับการรักษา ณ ตึกผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ โรงพยาบาลนครพนม

2) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก ที่แพทย์วินิจฉัยว่าต้องได้รับการผ่าตัด ณ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนครพนม

3) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ที่สามารถช่วยเหลือตนเอง สามารถตอบสนองและสื่อสารด้วยการพูด การฟัง การอ่านและการเขียน รวมไปถึงมีความเข้าใจใน ภาษาไทยได้เป็นอย่างดีที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเก็บข้อมูลทั้งการตอบแบบสอบถาม

4) เป็นผู้ที่มีความสมัครใจและยินดีที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

ก. จักษุแพทย์โรคต่อกระดูก

1) ขอลอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

2) ย้ายงานหรือสถานที่ปฏิบัติงาน

ข. เภสัชกร

1) ขอลอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

2) ย้ายงานหรือสถานที่ปฏิบัติงาน

ค. พยาบาลวิชาชีพ

1) ขอลอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

2) ย้ายงานหรือสถานที่ปฏิบัติงาน

ง. ตัวแทนผู้ป่วยโรคต่อกระดูก

1) ผู้ป่วยโรคต่อกระดูก ที่มีความซับซ้อน เช่น ใส่ท่อช่วยหายใจและได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก 2 ข้าง

2) ผู้ป่วยโรคต่อกระดูก ที่มีความผิดปกติทางจิตและผิดปกติทางร่างกายเช่น มีความผิดปกติทางหู มีความผิดปกติทางด้านสายตาหรือมอง ต้อหิน ตาบอด

3) ผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

4) ผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อนรุนแรงอื่น ๆ ที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมโครงการ ได้แก่ โรคมะเร็ง และโรคความดันโลหิต เป็นต้น

5) ผู้ป่วยขอลอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมการศึกษา

6) ผู้ป่วยมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

7) ผู้ป่วยที่มีการย้ายที่ภูมิลำเนาอยู่เป็นประจำ

8) ผู้ป่วยต่อกระดูกที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อนรุนแรงอื่น ๆ ที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมโครงการ ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (mg/dl) และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตขณะพักมากกว่าหรือเท่ากับ 160/100

มิลลิเมตรปรอท (mmHg) มีการเต้นของหัวใจผิดจังหวะที่ยังไม่สามารถควบคุมได้และมีอาการเจ็บหน้าอก นอนราบไม่ได้ เป็นต้น

1. การสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนเอกสาร แนวคิดและทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1.1 กำหนดขอบเขตเนื้อหาที่ต้องการสร้างแบบเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และเนื้อหาที่ต้องการศึกษา

1.2 ดำเนินการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและนำเครื่องมือที่ได้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และนำเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ปรับปรุงแก้ไข (Try Out) ให้สอดคล้องระหว่างเนื้อหา และวัตถุประสงค์วิธีการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Items Objective Congruence: IOC) โดยพิจารณาข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้นำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง หลังผ่าตัดต่อกระเจก และแบบประเมินการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระเจก นำมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้พร้อมทั้งดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.1 ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเหมาะสมของภาษา (Wording) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้ว นำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความเหมาะสม โดยผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือประกอบด้วย

1) นายแพทย์ชำนาญการแผนกจักษุ องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม

2) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม

3) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าตึกตา หู คอ จมูก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม

2.2 นำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระเจก และแบบประเมินการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระเจก แบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ให้คำแนะนำ การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระเจก ขณะพักฟื้นที่บ้าน แบบประเมินความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจก ขณะพักฟื้นที่บ้าน ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจกใส่เลนส์ตาเทียม โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม รวมทั้งสิ้น 30 คน นำข้อมูลที่ได้จากการทดลองใช้วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) ของข้อคำถามเป็นรายข้อโดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total correlation) และหาความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha

Coefficient) ผู้วิจัยเลือกคัดเลือกร้อยคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.20-1.00 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.82

ศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม โดยใช้ข้อมูลจากการวิจัยในระยะที่ 1 และข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และเลือกพื้นที่ 1 หน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดต่อกระดูก โรงพยาบาลนครพนม เป็นพื้นที่ปฏิบัติการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนร่วมหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้านเพื่อการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ได้แก่ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ที่มีรายชื่อในทะเบียนประวัติของโรงพยาบาลนครพนม ปี พ.ศ. 2565 ผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วย และผู้ดูแลหลังผ่าตัดต่อกระดูก และผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการสร้างรูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ได้แก่ จักษุแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ ร่วมสร้างและพัฒนารูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก โดยใช้กรอบแนวคิดของ (Kemmis and McTaggart, 1988) กระบวนการ PAOR ตั้งแต่ขั้นวางแผนตั้งแต่ขั้นวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกต (Observation) และขั้นสะท้อนผลข้อมูลและปรับปรุง (Reflection) โดยมีวิธีการการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

วงรอบที่ 1 การพัฒนาการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกขณะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

1) ลงพื้นที่เพื่อศึกษารวบรวมข้อมูลเบื้องต้นและบริบทของผู้ป่วยในพื้นที่ ทั้งอาการหลังผ่าตัดต่อกระดูก พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูก และภาวะวิตกกังวลหลังผ่าตัด ลักษณะปัญหาที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกขณะพักฟื้นที่บ้าน ค้นหาสาเหตุของปัญหาและศึกษาสภาพปัญหาในปัจจุบัน ที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน

2) แต่งตั้งคณะทำงานในการวิจัยเพื่อให้การดำเนินการวิจัยมีผู้รับผิดชอบและมีส่วนร่วมในการพัฒนาการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกขณะพักฟื้นที่บ้าน เพื่อให้เกิดความสะดวกในการดำเนินการวิจัย รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ และมีการจัดการประชุมคณะทำงานเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์รวมทั้งแนวทางการทำวิจัย ขอบเขต รวมถึงกำหนดหน้าที่และมอบหมายงาน

3) ประชุมผู้มีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสร้างและพัฒนารูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกขณะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม

(1) การสร้างความรู้ โดยการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาในระยะที่ 1 สะท้อนข้อมูลคืนให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับรู้ปัญหาและการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก เพื่อหาแนวทางในการดำเนินงานและจัดทำแผนปฏิบัติการในการพัฒนาการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกขณะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม ให้สอดคล้องและเหมาะสมกับสถานการณ์ต่อไป

(2) การสร้างแนวทางการพัฒนาเป็นขั้นตอนการหาวิธีการที่จะทำให้เกิดการพัฒนา การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกขณะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม

(3) การวางแผนติดตามและประเมินผล

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ดำเนินการตามแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกขณะพักฟื้นที่บ้าน ของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

1. กลุ่มเป้าหมาย คือ

1) ผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มีรายชื่อในทะเบียนประวัติเข้ารับการผ่าตัด โรงพยาบาลนครพนม มีวันนัดไม่เกิน 1 สัปดาห์และยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 141 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคต่อกระดูก จำนวน 111 ราย ที่มีรายชื่อในทะเบียนประวัติของโรงพยาบาลนครพนม ปี พ.ศ. 2565 รวมทั้งสิ้นจำนวน 252 คน

2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกขณะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม

ตัวแปรตาม ได้แก่

1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียมขณะพักฟื้นที่บ้าน

2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูก

3) แบบประเมินการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูก

4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกขณะพักฟื้นที่บ้าน

5) แบบประเมินความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกขณะพักฟื้นที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation)

ติดตามและประเมินผลผลการดำเนินการตามการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับผลการปฏิบัติงาน (Reflection)

นำผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์จากขั้นสังเกต ค้นข้อมูลผู้มีส่วนร่วมโดยการประชุมผู้มีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก จัดการความรู้ในการดำเนินการในรอบที่ 1 เพื่อทราบถึงผลสำเร็จ ไม่สำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนแนวทางการปรับปรุงแก้ไข เพื่อนำไปสู่การวางแผนดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน แบบประเมินการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน แบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน และแบบประเมินความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน ใช้สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มผู้ให้บริการใน

การดูแลผู้ป่วยโรคต่อกระຈก และกลุ่มผู้ป่วย และผู้ดูแลหลังผ่าตัดต่อกระຈก โดยผู้วิจัยได้ปรับและดัดแปลงมาจากการศึกษาเรื่องแบบสอบถามด้านความรู้ และการปฏิบัติ ตัวในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระຈก (จิรัชยา เจียวกิก และคณะ, 2558) และแบบประเมินความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระຈก (ชุมพร ฉ่ำแสง, 2560) ประกอบด้วย 5 ตอน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระຈกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน จำนวน 10 ข้อ (ผู้ให้บริการ 16 คน)

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระຈก ขณะพักฟื้นที่บ้าน จำนวน 30 ข้อ (ผู้ป่วย 30 คน)

ตอนที่ 3 แบบประเมินการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระຈก ขณะพักฟื้นที่บ้าน จำนวน 14 ข้อ (ผู้ป่วย 111 คน)

ตอนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระຈก ขณะพักฟื้นที่บ้าน จำนวน 12 ข้อ (ผู้ป่วย 111 คน และผู้ดูแล 111 คน)

ตอนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระຈก ขณะพักฟื้นที่บ้าน จำนวน 8 ข้อ (ผู้ป่วย 111 คน และผู้ดูแล 111 คน)

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระຈกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน จำนวน 10 ข้อ เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง ด้วยข้อคำถามสำหรับการประชุม ระดมสมอง ของกลุ่มเป้าหมาย ในประเด็นต่าง ๆ ต่อไปนี้

1) คนคิดว่าปัญหาหลังผ่าตัดต่อกระຈกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้านเกิดจากอะไร และมีแนวทางการดูแลอย่างไรบ้าง

2) คนคิดว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีบทบาทเข้าไปมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดต่อกระຈกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้านอย่างไร ผลเป็นอย่างไร มีปัญหาอะไรที่ผู้ดูแลสามารถช่วยแก้ไข ปัญหาได้บ้าง และมีปัญหาใดที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง

3) คนคิดว่าสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระຈกใส่เลนส์ตาขณะพักฟื้นที่บ้านเป็น อย่างไร มีปัญหาอะไรบ้าง

4) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระຈกใส่เลนส์ตาเทียม และผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวหลัง ผ่าตัดต่อกระຈกอย่างไรบ้าง

5) วิธีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระຈกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้านมีอะไรบ้าง

6) วิธีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระຈกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้านมีอะไรบ้าง

7) วิธีในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระຈกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระຈก และผู้ดูแลมีอะไรบ้าง

8) คนคิดว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระຈกหรือแนวทางในการพัฒนาการดูแลตนเองอย่างไร

9) คนคิดว่าสิ่งที่ต้องการสนับสนุนในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระเจกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้านมีอะไรบ้าง

10) ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระเจกขณะพักฟื้นที่บ้าน จำนวน 30 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ตัวเลือก คือ

ใช่ หมายถึง คนได้ปฏิบัติตัวตามข้อความนั้น

ไม่ใช่ หมายถึง คนไม่ได้ปฏิบัติตัวข้อความนั้น

ตอนที่ 3 แบบประเมินการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระเจกขณะพักฟื้นที่บ้าน จำนวน 14 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ตัวเลือก คือ

ใช่ หมายถึง มีความคิดเห็นข้อความนั้นถูกต้อง

ไม่ใช่ หมายถึง มีความคิดเห็นข้อความนั้นผิดหรือไม่ถูกต้อง

ตอนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระเจก ขณะพักฟื้นที่บ้าน จำนวน 12 ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นการวัดประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย ซึ่งมีเกณฑ์การ ให้คะแนน ดังนี้

มาก หมายถึง มีความคิดเห็นหรือความรู้สึกเห็นด้วยตามข้อความนั้น

ปานกลาง หมายถึง มีความรู้สึกเฉย ๆ หรือไม่แน่ใจตามข้อความนั้น

น้อย หมายถึง มีความคิดเห็นหรือความรู้สึกไม่เห็นด้วยตามข้อความนั้น

ตอนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจก ขณะพักฟื้นที่บ้าน จำนวน 8 ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นการวัดประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย ซึ่งมีเกณฑ์การ ให้คะแนน ดังนี้

มาก หมายถึง มีความคิดเห็นหรือความรู้สึกเห็นด้วยตามข้อความนั้น

ปานกลาง หมายถึง มีความรู้สึกเฉย ๆ หรือไม่แน่ใจตามข้อความนั้น

น้อย หมายถึง มีความคิดเห็นหรือความรู้สึกไม่เห็นด้วยตามข้อความนั้น

3. การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.1 การสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนเอกสาร แนวคิดและทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดย มีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

3.1.1 กำหนดขอบเขตเนื้อหาที่ต้องการสร้างแบบเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และเนื้อหาที่ต้องการศึกษา

3.1.2 ดำเนินการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและนำเครื่องมือที่ได้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และนำเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ปรับปรุงแก้ไข (Try Out) ให้สอดคล้องระหว่างเนื้อหา และวัตถุประสงค์วิธีการหาค่าดัชนีความ

สอดคล้อง (Items Objective Congruence: IOC) โดยพิจารณาข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1

3.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้นำแบบสัมภาษณ์เชิงลึกการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน แบบประเมินการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน แบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน และแบบประเมินความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน นำมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้พร้อมทั้งดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.2.1 ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเหมาะสมของภาษา (Wording) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้ว นำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความเหมาะสม

3.2.2 นำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน แบบประเมินการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน แบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน และแบบประเมินความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม รวมทั้งสิ้น 30 คน นำข้อมูลที่ได้จากการทดลองใช้วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) ของข้อคำถามเป็นรายข้อโดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation) และหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ผู้วิจัยเลือกคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนก รายข้ออยู่ระหว่าง 0.20-1.00 และ ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.82

3.3 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะที่ 2

ในการศึกษาระยะที่ 2 นี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกขณะพักฟื้นที่บ้าน จำนวน 30 ข้อ

มีลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ตัวเลือก คือ

ใช่	หมายถึง คนได้ปฏิบัติตามข้อความนั้น
ไม่ใช่	หมายถึง คนไม่ได้ปฏิบัติตามข้อความนั้น

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

ตอบถูกต้อง เท่ากับ 1 คะแนน

ตอบผิดหรือไม่ถูกต้อง เท่ากับ 0 คะแนน

การแปลความหมาย ค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระเจก แบ่งค่าคะแนนที่ได้โดยการอิงเกณฑ์มี 3 ระดับ ดังนี้

ระดับความรู้สูง	หมายถึง มีค่าคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป
ระดับความรู้ปานกลาง	หมายถึง มีค่าคะแนนระหว่างร้อยละ 60.0 – 79.9
ระดับความรู้ต่ำ	หมายถึง มีค่าคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.0

ตอนที่ 3 แบบประเมินการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระเจก ขณะพักฟื้นที่บ้าน จำนวน 14 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ตัวเลือก คือ

ใช่	หมายถึง มีความคิดเห็นว่าข้อความนั้นถูกต้อง
ไม่ใช่	หมายถึง มีความคิดเห็นว่าข้อความนั้นผิดหรือไม่ถูกต้อง
โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ	
ตอบถูกต้อง	เท่ากับ 1 คะแนน
ตอบผิด หรือไม่ถูกต้อง	เท่ากับ 0 คะแนน

การแปลความหมายค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระเจก ใส่เลนส์ตาเทียมขณะพักฟื้นที่บ้าน มีการแบ่งค่าคะแนนที่ได้โดยการอิงเกณฑ์มี 3 ระดับ ดังนี้

ระดับการดูแลตนเองสูง	หมายถึง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป
ระดับการดูแลตนเองปานกลาง	หมายถึง คะแนนร้อยละ 60.0 – 79.9
ระดับการดูแลตนเองต่ำ	หมายถึง คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.0

ตอนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระเจก ขณะพักฟื้นที่บ้าน จำนวน 12 ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดประมาณค่า (Rating Scale) ใน 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย โดย มีเกณฑ์การให้คะแนนขึ้นอยู่กับข้อที่กำหนดดังนี้

มาก	หมายถึง มีความคิดเห็นหรือความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้น
	ให้ 3 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง มีความคิดเห็นหรือความรู้สึกเฉย ๆ หรือไม่แน่ใจกับ
	ให้ 2 คะแนน
น้อย	หมายถึง มีความคิดเห็นหรือความรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
	ให้ 1 คะแนน

โดยนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ แบ่งความพึงพอใจออกเป็น 3 ระดับ การแบ่งอันตรายภาคชั้น โดยนำคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนชั้นที่ต้องการแบ่ง (สุมิทนา กลางคารและวรพจน์ พรหมสัทยพรต, 2553: 100 อ้างอิงจาก Best, 1977: 174; Daniel, 1995: 19) ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{3 - 1}{3} = 0.66\end{aligned}$$

การแปลผลคะแนน

ระดับความพึงพอใจมาก	หมายถึง คะแนนระหว่าง 2.34 – 3.00
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	หมายถึง คะแนนระหว่าง 1.67 – 2.33
ระดับความพึงพอใจน้อย	หมายถึง คะแนนระหว่าง 1.00 – 1.66

ตอนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน จำนวน 8 ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดประมาณค่า (Rating Scale) ใน 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนขึ้นอยู่กับข้อที่กำหนดดังนี้

มาก	หมายถึง มีความคิดเห็นหรือความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้น ให้ 3 คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง มีความคิดเห็นหรือความรู้สึกเฉย ๆ หรือไม่แน่ใจกับ ให้ 2 คะแนน
น้อย	หมายถึง มีความคิดเห็นหรือความรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น ให้ 1 คะแนน

โดยนำมาแจกแจงความถี่ และร้อยละ แบ่งความพึงพอใจออกเป็น 3 ระดับ การแบ่งอันตรภาคชั้น โดยนำคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนชั้นที่ต้องการแบ่ง (สมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553: 100 อ้างอิงจาก Best, 1977: 174; Daniel, 1995: 19) ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{3 - 1}{3} = 0.66\end{aligned}$$

การแปลผลคะแนน

ระดับความพึงพอใจมาก	หมายถึง คะแนนระหว่าง 2.34 – 3.00
ระดับความพึงพอใจปานกลาง	หมายถึง คะแนนระหว่าง 1.67 – 2.33
ระดับความพึงพอใจน้อย	หมายถึง คะแนนระหว่าง 1.00 – 1.66

3.3 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.3.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

3.3.1.1 ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ข้างที่ผ่าตัดต่อกระดูก จำนวนครั้งที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูก และจำนวนผู้ดูแล ใช้สถิติในการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกตินำเสนอค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกติ ใช้สถิตินำเสนอด้วยมัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด - ต่ำสุด (Minimum - Maximum)

3.3.1.2 การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก โรงพยาบาลนครพนม กรณีข้อมูลมีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3.3.1.3 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก โรงพยาบาลนครพนม นำเสนอข้อมูลในรูปแบบตารางโดยวิธีการพรรณนา

3.3.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic)

3.3.2.1 กรณีข้อมูลแจกแจงแบบปกติใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariate Analysis) ซึ่งตัวแปรต้นและตัวแปรตามนั้น จะต้องมีการวัดไม่ต่ำกว่าช่วงสเกล (Interval Scale) หรืออัตราส่วนสเกล (Ratio Scale) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัวแปร โดยตัวแปรต้นทุกตัวที่ต้องการวิเคราะห์จับคู่กับตัวแปรตามทีละตัววัดโดย Linear Correlation ตรวจสอบว่าตัวแปร 2 ตัวสัมพันธ์กันแบบ Linear โดยทำ Scatter Diagrams ว่าสัมพันธ์แบบเส้นตรง ได้แก่ การหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก โรงพยาบาลนครพนม

สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ใช้เกณฑ์ของ (Elifson et al., 1990) มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1 แบ่งระดับ ดังนี้

ไม่มีความสัมพันธ์ (No Relationship)	หมายถึง $r = 0$
มีความสัมพันธ์ต่ำ (Weak Relationship)	หมายถึง $r = \pm 0.01$ ถึง ± 0.30
มีความสัมพันธ์ปานกลาง (Moderate Relationship)	หมายถึง $r = \pm 0.31$ ถึง ± 0.70
มีความสัมพันธ์สูง (Strong Relationship)	หมายถึง $r = \pm 0.71$ ถึง ± 0.99
มีความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์ (Perfect Relationship)	หมายถึง $r = \pm 1$

3.3.2.2 Multiple Linear Regression Analysis หรือการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariate Relationship) ซึ่งเป็นวิธีการทางสถิติที่อธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นตั้งแต่ 2 ตัวขึ้นไป ใช้ทำนายโอกาสที่จะเกิดในการดูแลผู้ป่วย

หลังผ่าตัดต่อกระดูกโดยใช้ตัวแปรทำนายหลายตัว (Multiple Logistic Regression) วิเคราะห์เพื่อหาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก โรงพยาบาลนครพนม

3.3.2.3 การทดสอบความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่ม กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม แบ่งเป็นก่อนการปฏิบัติตัว และหลังการปฏิบัติตัว โดยใช้สถิติ Independent Sample t-test ในการดูแลตนเอง ระหว่าง 2 กลุ่ม และการเปรียบเทียบการดูแลตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกก่อนและหลังได้รับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน ของกลุ่มก่อนการปฏิบัติตัว และหลังการปฏิบัติตัว ใช้สถิติ Paired t-test เพื่อประเมินผลของ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกขณะพักฟื้นที่บ้าน

3.3.3 การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน แนวทางหรือวิธีในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน โดยทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูล

3.4 จริยธรรมในการวิจัย

3.4.1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์แล้ว โดยการศึกษาครั้งนี้จะพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ โดยยึดหลัก 3 ประการ ดังนี้

- 1) หลักในการเคารพในตัวบุคคล (Respect for Person)
- 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence)
- 3) หลักยุติธรรม (Justice)

โดยคำนึงถึงการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การให้คำยินยอมโดยอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการต้องได้รับข้อมูลที่เพียงพอและเป็นอิสระในการตัดสินใจ ยื่นขอจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ลงวันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 เลขที่รับรอง 209-132/2566 และ โรงพยาบาลนครพนม ลงวันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2566 เลขที่รับรอง NP-EC11-No. 8/2566

3.4.2 ผู้วิจัยปกป้องสิทธิความเป็นมนุษย์ของผู้ให้ข้อมูลตั้งแต่ต้นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งนำเสนอผลวิจัย โดยการขออนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรตามแบบฟอร์ม และการได้รับความเห็นชอบจากผู้ให้ข้อมูลก่อนทำการศึกษา

3.4.3 ผู้วิจัยแนะนำตัวตามข้อความในใบพิทักษ์สิทธิ ให้คำอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ ขั้นตอนต่าง ๆ ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.4.4 ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลทั้งหมดเพื่อผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบและเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัย และมีอิสระที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยถึงแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะยินยอมเข้าร่วมศึกษาวิจัยแล้ว หากผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกที่จะตอบคำถาม ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามและแบบบันทึก ถือเป็นความลับและไม่เปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล การนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวม เพื่อจุดมุ่งหมายทางวิชาการเท่านั้น และข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม และแบบบันทึกจะถูกทำลายทิ้งเมื่อวิจัยเสร็จสมบูรณ์ และได้รับการตีพิมพ์

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) โดยการออกแบบการวิจัยเป็นวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้แบ่งขั้นตอนการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์แบบตัดขวาง (Cross-Sectional Study) ใช้ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน

ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามกระบวนการ PAOR ของ (Kemmis and McTaggart, 1988) ประกอบด้วย ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ขั้นตอนปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกต (Observation) และขั้นสะท้อนผลข้อมูล และปรับปรุง (Reflection)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในการแปลความหมายและการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดความหมายของสัญลักษณ์ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ดังต่อไปนี้

N	แทน จำนวนประชากรในกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา
n	แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
SD	แทน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
Mean	แทน ค่าเฉลี่ย
Minimum	แทน จำนวนที่น้อยที่สุด
Maximum	แทน จำนวนที่มากที่สุด
Median	แทน มัธยฐาน
t	แทน ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม
B	แทน ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย
Beta	แทน ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในแบบคะแนนมาตรฐาน
p-value	แทน ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Significances)
R	แทน ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่นำเข้าสู่สมการกับตัวแปรตาม
R ²	แทน ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R Square)
R ² adj	แทน Adjusted R Square หมายถึง R Square ที่มีการปรับแก้ให้เหมาะสม

4.2 ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์แบบตัดขวาง (Cross-Sectional Study)

ใช้ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน

1. ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน

1.1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียมขณะพักฟื้นที่บ้านกลุ่มตัวอย่างได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ สิทธิการรักษา จำนวนข้างที่ผ่าตัดต่อกระดูก จำนวนครั้งที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูก และจำนวนผู้ดูแล ซึ่งเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์ จำนวน 111 คน

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ลักษณะทางประชากรของผู้ตอบแบบสอบถามที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 111 คน จำแนกตัวแปร ดังนี้

ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.0 ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 61–70 ปี ร้อยละ 40.5 สถานภาพสมรส ร้อยละ 74.8 ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.8 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40.5 สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพ (บัตรทอง) เข้ามาใช้บริการ ร้อยละ 74.8 ข้างที่ผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นข้างซ้าย ร้อยละ 57.7 เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูก 1 ครั้ง ร้อยละ 100.0 และจำนวนผู้ดูแล 1-2 คน ร้อยละ 91.9

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละ ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียมขณะพักฟื้นที่บ้าน จำแนกตามลักษณะทางประชากร (n = 111)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	65	59.0
ชาย	46	41.0
อายุ		
50 ปี	5	4.5
51–60 ปี	18	16.2
61–70 ปี	45	40.5
71–80 ปี	32	28.8
มากกว่า 80 ปีขึ้นไป	11	9.91

(Mean=67.23, SD=9.68, Minimum=38, Maximum=85)

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	7	6.3
สมรส	83	74.8
หม้าย/หย่าร้าง	21	18.9
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	9	8.1
ประถมศึกษา	83	74.8
มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.	15	13.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส.	0	0.0
ปริญญาตรี หรือสูงกว่าปริญญาตรี	4	3.6
อาชีพ		
ว่างงาน	17	15.4
รับจ้าง	11	9.9
เกษตรกรกรรม เช่น ทำสวน ทำนา ทำไร่ ฯลฯ	45	40.5
ค้าขาย	3	2.7
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	5.4
อื่น ๆ ระบุ (แม่บ้าน)	29	26.1
สิทธิการรักษา		
ข้าราชการ/อปท.	5	4.5
รัฐวิสาหกิจ	1	0.9
ประกันสังคม	0	0.0
หลักประกันสุขภาพ (บัตรทอง)	105	94.6
ข้างที่ผ่าตัดต่อกระดูก		
ข้างซ้าย	64	57.7
ข้างขวา	47	42.3
จำนวนครั้งที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูก		
1 ครั้ง	111	100.0
จำนวนผู้ดูแล		
ไม่มีผู้ดูแล	26	23.4
1-2 คน	73	65.8
3-4 คน	6	5.4
4-5 คน	2	1.8
มากกว่า 6 คน	4	3.6

(Mean=1.63, SD=0.83, Minimum=1, Maximum=6)

ผลการวิเคราะห์โดยรวมของคะแนนเฉลี่ยปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์ตาเทียมขณะพักพื้นที่บ้าน

อาการหลังผ่าตัดต่อกระจกอยู่ในระดับน้อยกลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด พบว่า “มีอาการปวดตา” (Mean = 1.12, SD = 0.42) รองลงมา คือ “มีอาการตามัวลงมองเห็นไม่ชัด” (Mean = 1.29, SD = 0.64) ตามลำดับ

พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระจกอยู่ในระดับน้อยกลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด ด้านความรู้ในระดับน้อยกลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด พบว่า “ท่านสามารถเช็คตาเองได้” (Mean = 1.89, SD = 0.71) รองลงมา คือ “ท่านทราบวิธีการรับประทานยา” (Mean = 1.88, SD = 0.61) ตามลำดับ

ด้านการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลางกลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด พบว่า “หลีกเลี่ยงการอาบน้ำโดยใช้ฝักบัว แนะนำให้ตักน้ำอาบจากถังตั้งแต่คอลงมา” (Mean = 2.97, SD = 0.16) รองลงมา คือ “ระวังน้ำกระเด็นเข้าตาข้างที่ผ่าตัด” (Mean = 2.96, SD = 0.25) ตามลำดับ

ภาวะวิตกกังวลหลังผ่าตัดต่อกระจก อยู่ในระดับมากกลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด พบว่า “มีความกังวลต่อการมองเห็น” (Mean = 2.82, SD = 0.51) รองลงมาตอบคะแนนเท่ากัน คือ “กลัวเกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระจก” และ “มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการดูแลหลังผ่าตัด” (Mean = 2.81, SD = 0.49) ตามลำดับ

ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์ตาเทียม ขณะพักพื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.09 คะแนน (SD = 0.18) เมื่อพิจารณาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์ตาเทียม ขณะพักพื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม พบว่า อาการหลังผ่าตัดต่อกระจก อยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.34 คะแนน (SD = 0.41) รองลงมาคือ พฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 1.98 (SD = 0.21) และภาวะวิตกกังวลหลังผ่าตัด อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.47 (SD = 0.38)

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามอาการหลังผ่าตัดต่อกระจก (n = 111)

อาการหลังผ่าตัดต่อกระจก	มาก	ปานกลาง	น้อย	Mean (SD)	การแปลผล
1. มีอาการปวดตา	4 (3.6)	5 (4.5)	102 (91.9)	1.12 (0.42)	น้อย
2. มีอาการเคืองตา	18 (16.2)	32 (28.8)	61 (55.0)	1.61 (0.75)	น้อย
3. มีอาการตาแดง น้ำตาไหล ช้ำตามาก	14 (12.6)	11 (9.9)	86 (77.5)	1.35 (0.69)	น้อย
4. มีอาการตามัวลงมองเห็นไม่ชัด	11 (9.9)	10 (9.0)	90 (81.1)	1.29 (0.64)	น้อย

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์ตาเทียมขณะพักพื้นที่บ้าน (n = 111)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	มาก	ปานกลาง	น้อย	Mean (SD)	การแปลผล
ด้านความรู้					
1. ทราบวิธีการรับประทานยา	7 (6.3)	75 (67.6)	29 (26.1)	1.88 (0.61)	ปานกลาง
2. สามารถเช็ดตาเองได้	14 (12.6)	65 (58.6)	32 (28.8)	1.89 (0.71)	ปานกลาง
3. ทราบวิธีการเช็ดตา	3 (2.7)	95 (85.6)	13 (11.7)	1.93 (0.44)	ปานกลาง
4. ทราบอาการผิดปกติก่อนมาพบแพทย์	88 (79.3)	14 (12.6)	9 (8.1)	2.71 (0.61)	มาก
5. โรคต่อกระจกเมื่อปล่อยทิ้งไว้นาน ๆ อาจทำให้เกิดตาบอดได้	66 (59.5)	6 (5.4)	39 (35.1)	2.24 (0.95)	ปานกลาง
ด้านการปฏิบัติตัว					
1. หลีกเลี่ยงการอาบน้ำโดยใช้ฝักบัว แนะนำให้ตักน้ำอาบจากถังตั้งแต่คอลงมา	108 (97.3)	3 (2.7)	0 (0.0)	2.97 (0.16)	มาก
2. ระวังน้ำกระเด็นเข้าตาข้างที่ผ่าตัด	107 (96.4)	3 (2.7)	1 (0.9)	2.96 (0.25)	มาก
3. ระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุที่เกิดจากการใช้สายตาข้างที่ผ่าตัด	98 (88.3)	5 (4.5)	8 (7.2)	2.81 (0.55)	มาก
4. กลางวันใส่แว่นกันแดด กลางคืนปิดครอบตาไว้	69 (62.2)	31 (27.9)	10 (9.0)	2.63 (1.19)	มาก
5. มาพบแพทย์ทุกครั้งที่แพทย์นัด	104 (93.7)	0 (0.0)	7 (6.3)	2.87 (0.49)	มาก
6. ก่อนเช็ดตาข้าพเจ้าล้างมือขณะเช็ดตาเป็นบางครั้ง	25 (22.5)	59 (53.2)	27 (24.3)	1.98 (0.69)	ปานกลาง

ตารางที่ 6 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	มาก	ปานกลาง	น้อย	Mean (SD)	การแปลผล
7. เช็ดทำความสะอาดตาวันละ 2 ครั้ง	67 (60.4)	7 (6.3)	37 (33.3)	2.27 (0.93)	ปานกลาง
8. ทำงานที่ต้องก้มเงย/ก้มหน้าต่ำกว่า เอวหรือสะบัดหน้าแรงๆ	50 (45.0)	48 (43.2)	13 (11.7)	1.67 (0.68)	ปานกลาง
9. ไม่อยากปิดตานาน ๆ เนื่องจาก ลำบากจากการทำงาน	20 (18.0)	57 (51.4)	34 (30.6)	1.87 (0.69)	ปานกลาง
10. เมื่อมีอาการผิดปกติ ท่านจะมาพบ แพทย์ก่อนนัด	57 (51.4)	10 (9.0)	44 (39.6)	2.21 (0.95)	ปานกลาง
11. ทำงานที่เจอฝุ่นหรือควัน	11 (9.9)	30 (27.0)	70 (63.1)	1.47 (0.67)	น้อย
12. ควันหรือฝุ่นอาจฟุ้งกระจายเข้าตา ทำให้ตาอักเสบ	16 (14.4)	33 (29.7)	62 (55.9)	1.59 (0.73)	น้อย
13. ทำงานหรือยกของหนัก	12 (10.8)	17 (15.3)	82 (73.9)	1.37 (0.67)	น้อย
14. คิดว่าขณะเช็ดตาไม่จำเป็นต้องล้าง มือก็ได้	11 (9.9)	19 (17.1)	81 (73.0)	1.37 (0.66)	น้อย
15. ผู้ดูแลเช็ดตาไม่ใช่คนเดียว	32 (28.8)	1 (0.9)	78 (70.3)	1.59 (0.91)	น้อย
16. เมื่อถึงเวลาเช็ดตาต้องขอความ ช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน	7 (6.3)	19 (17.1)	85 (76.6)	1.30 (0.58)	น้อย
17. ไม่ว่างไปพบแพทย์ตามนัดเนื่องจาก ต้องทำงาน	14 (12.6)	10 (9.0)	87 (78.4)	1.34 (0.69)	น้อย
18. ท่านต้องการให้เจ้าหน้าที่ผ่านการ อบรม เช่น พยาบาล หรือ อสม. ฯลฯ ช่วยในการดูแลหลังผ่าตัด	19 (17.1)	8 (7.2)	84 (75.7)	1.41 (0.77)	น้อย

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามภาวะวิตกกังวลหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์ตาเทียมขณะพักที่บ้าน (n = 111)

ภาวะวิตกกังวลหลังผ่าตัด	มาก	ปานกลาง	น้อย	Mean (SD)	การแปลผล
1. ไม่มั่นใจในการเช็ดตาเอง	67 (60.4)	16 (14.4)	28 (25.2)	2.35 (0.86)	มาก
2. กลัวเกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระจก	95 (85.6)	11 (9.9)	5 (4.5)	2.81 (0.49)	มาก
3. มีความกังวลต่อการมองเห็น	97 (87.4)	8 (7.2)	6 (5.4)	2.82 (0.51)	มาก
4. กลัวตาบอด	79 (71.2)	22 (19.8)	10 (9.0)	2.62 (0.65)	มาก
5. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการดูแลหลังผ่าตัด	95 (85.6)	11 (9.9)	5 (4.5)	2.81 (0.49)	มาก
6. กลัวสูญเสียงาน	77 (69.4)	14 (12.6)	20 (18.0)	2.51 (0.76)	มาก
7. ไม่มั่นใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ภายในชุมชนได้	57 (51.4)	22 (19.8)	32 (28.8)	2.23 (0.87)	ปานกลาง
8. กลัวว่าไม่สามารถรักษาบทบาทหน้าที่ของตนเองไว้ได้	61 (55.0)	16 (14.4)	34 (30.6)	2.24 (0.89)	ปานกลาง
9. มีความมั่นใจในตนเอง	44 (39.6)	36 (32.4)	31 (27.9)	1.88 (0.82)	น้อย
10. ยอมรับกับโรคที่เป็นอยู่	12 (10.8)	40 (36.0)	59 (53.2)	2.42 (0.68)	มาก

เมื่อพิจารณาระดับการดูแลผู้ป่วยต่อกระจกหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการดูแลผู้ป่วยต่อกระจกหลังผ่าตัดในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 89.19 รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการดูแลผู้ป่วยมาก ร้อยละ 9.91 และกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการดูแลผู้ป่วยน้อย ร้อยละ 0.9

ชุมชน ปณ จิตโต ชีเว

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามระดับการดูแลผู้ป่วยต่อกระจก
หลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์ตาเทียมขณะพักพื้นที่บ้าน (n=111)

ระดับการดูแลตนเอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการดูแลตนเองมาก	11	9.91
ระดับการดูแลตนเองปานกลาง	99	89.19
ระดับการดูแลตนเองน้อย	1	0.9

จากศึกษาพบว่า ตัวแปรทุกตัวมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์ตาเทียม ขณะพักพื้นที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์ตาเทียม
ขณะพักพื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม

ลักษณะทางประชากร	พฤติกรรมในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด		ระดับความสัมพันธ์
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	
1. เพศ	-0.121	.205	ต่ำ
2. อายุ	-0.256	.007*	ต่ำ
3. สถานภาพสมรส	-0.153	.108	ต่ำ
4. ระดับการศึกษาสูงสุด	0.206	.030*	ต่ำ
5. จำนวนผู้ดูแล	-0.211	.026*	ต่ำ
6. ข้างที่ผ่าตัดต่อกระจก	-0.032	.739	ปานกลาง
7. อาชีพ	-0.345	<.001**	ปานกลาง
8. ภาวะวิตกกังวลหลังผ่าตัด	.638	<.001**	ปานกลาง
9. สิทธิการรักษา	-0.87	.366	สูง
10. อาการหลังผ่าตัดต่อกระจก	.753	<.001**	สูง

** . Correlation is Significant at the .01 Level (2-tailed).

* . Correlation is Significant at the .05 Level (2-tailed).

ตารางที่ 10 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกสันหลัง
 เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม โดยใช้สถิติ Multiple Linear
 Regression ด้วยวิธี Stepwise

ตัวแปร	B	Beta	t	p-value	R	R ²
1. อายุ	0.010	0.330	5.539	<.001**	0.986	0.971
2. ภาวะวิตกกังวล	0.170	0.200	3.210	.002**	0.992	0.983
3. อาการหลังผ่าตัดต่อกระดูก	0.192	0.128	3.642	<.001**	0.993	0.985
4. ข้างที่ผ่าตัดต่อกระดูก	0.152	0.110	5.361	.001**	0.993	0.986
5. สิทธิการรักษา	0.087	0.161	2.673	.009**	0.994	0.987
6. ระดับการศึกษา	0.078	0.086	6.365	.009**	0.994	0.988
R = 0.994, R ² = 0.988, R ² _{adj} = 0.988						

** . Correlation is Significant at the .01 Level (2-tailed).

* . Correlation is Significant at the .05 Level (2-tailed).

จากตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ที่ได้สมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงซึ่งเป็นสมการทำนาย
 ในรูป ค่ะแนบดังต่อไปนี้ $Y = b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + b_4x_4 + b_5x_5 + b_6x_6$

เมื่อ Y = พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน

b_1 = สัมประสิทธิ์สมการถดถอยในรูปคะแนนดิบของตัวแปรตัวที่ 1

x_1 = ตัวแปรต้นตัวที่ 1 คือ อายุ

b_2 = สัมประสิทธิ์สมการถดถอยในรูปคะแนนดิบของตัวแปรตัวที่ 2

x_2 = ตัวแปรต้นตัวที่ 2 คือ ภาวะวิตกกังวล

b_3 = สัมประสิทธิ์สมการถดถอยในรูปคะแนนดิบของตัวแปรตัวที่ 3

x_3 = ตัวแปรต้นตัวที่ 3 คือ อาการหลังผ่าตัดต่อกระดูก

b_4 = สัมประสิทธิ์สมการถดถอยในรูปคะแนนดิบของตัวแปรตัวที่ 4

x_4 = ตัวแปรต้นตัวที่ 4 คือ ข้างที่ผ่าตัดต่อกระดูก

b_5 = สัมประสิทธิ์สมการถดถอยในรูปคะแนนดิบของตัวแปรตัวที่ 5

x_5 = ตัวแปรต้นตัวที่ 5 คือ สิทธิการรักษา

b_6 = สัมประสิทธิ์สมการถดถอยในรูปคะแนนดิบของตัวแปรตัวที่ 6

x_6 = ตัวแปรต้นตัวที่ 6 คือ ระดับการศึกษา

แทนค่าสมการได้ดังนี้

$Y = (0.010)$ (อายุ)

+ (0.170) (ภาวะวิตกกังวล)

+ (0.192) (อาการหลังผ่าตัดต่อกระดูก)

+ (0.152) (ข้างที่ผ่าตัดต่อกระดูก)

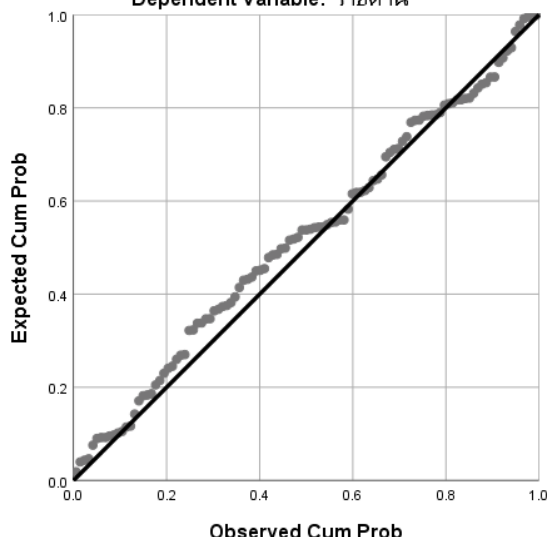
+ (0.087) (สิทธิการรักษา)

+ (0.078) (ระดับการศึกษา)

ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรต้นที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม และถูกเลือกเข้าสมการนั้นมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนตัวแปรต้นที่ไม่ได้ถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า .05 โดยตัวแปรต้นที่ถูกเลือกเข้ามาในสมการได้ดังนี้ อายุ (p-value <.001) ภาวะวิตกกังวล (p-value = .002) อาการหลังผ่าตัดต่อกระจก (p-value <.001) ข้างที่ผ่าตัดต่อกระจก (p-value = .001) สิทธิการรักษา (p-value = .009) และระดับการศึกษา (p-value = .009) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรต้น 6 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม ได้ร้อยละ 98.8

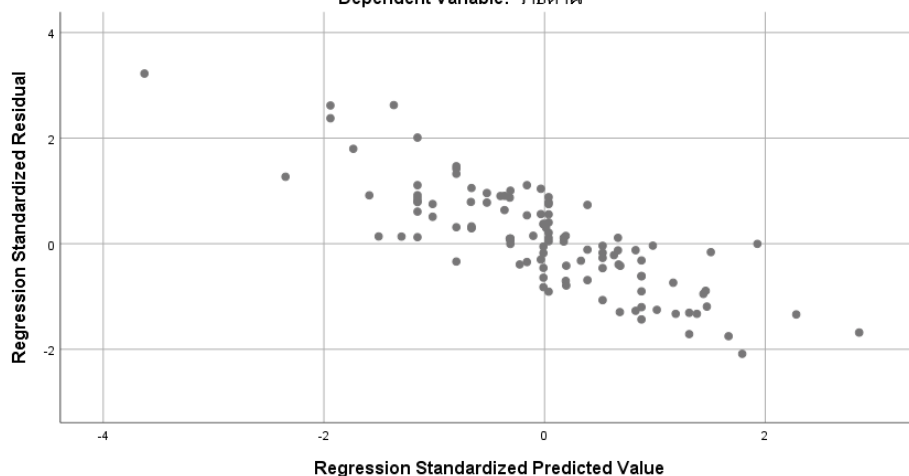
Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

Dependent Variable: รายด้าน



Scatterplot

Dependent Variable: รายด้าน



ภาพที่ 4 ผลความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

จากภาพที่ 4 Scatterplot มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางลบ โดยค่าของตัวแปรต้น และตัวแปรตาม มีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางตรงกันข้ามกัน เมื่อตัวแปรต้นมีค่าเพิ่มขึ้น มีผลทำให้ค่าของตัวแปรตามมีค่าลดลง และเมื่อตัวแปรต้นมีค่าลดลงมีผลทำให้ตัวแปรตามมีค่าเพิ่มขึ้น

2. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก โรงพยาบาลนครพนม

จากแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้านโรงพยาบาลนครพนม ประเด็นปัญหา และข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียมขณะพักฟื้นที่บ้านโรงพยาบาลนครพนม มีดังนี้

ตารางที่ 11 แสดงปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก
โรงพยาบาลนครพนม (n=111)

ข้อเสนอแนะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาการหลังผ่าตัดต่อกระดูก		
1. แสบตาเป็น ๆ หาย ๆ	2	1.80
2. น้ำตาไหล	1	0.90
3. เคืองตา และน้ำตาไหล	15	13.51
4. ตาขวามัวลงเล็กน้อย	2	1.80
5. ตามัว เช่น มองไกลไม่ชัด หลังผ่าตัดตามัวเท่าเดิม	5	4.50
6. หลังผ่าตัดวันที่ 7 มีขี้ตาเหนียว	1	0.90
7. ผู้ป่วยมีอาการตาซ้ายมองเห็นเป็นสีฟ้า	1	0.90
8. เลนส์เคลื่อนมีอาการ ตามัว เคืองตา น้ำตาไหล	2	1.80
พฤติกรรมในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูก		
1. เช็ดตาคนเดียว ดูจากคลิปให้เช็ดตาวันละ 1 ครั้ง หยอดตาเอง โดยการส่องกระจกแล้วหยอด	1	0.90
2. เช็ดตาทุกชั่วโมง	4	3.60
3. ไม่ระวังเรื่องการดูแลตัวเองหลังโดนแอร์รถยนต์	1	0.90
4. ไม่ระมัดระวังเรื่องอุบัติเหตุมีอาการเคืองแดงตาขวาเป็น วันหลัง ไม่ทึมตาซื้อยาหยอดไม่ดีขึ้น	1	0.90
5. ทำความสะอาดเองบางวันต้องขอให้ข้างบ้านมาช่วย	1	0.90
6. ให้สามีเช็ดตาให้ 1 สัปดาห์ หลังจาก 1 สัปดาห์ เช็ดเอง	1	0.90
7. เช็ดตาคนเดียว มีลืมน้ำเป็นบางวัน บางวันก็ขอเพื่อนข้างบ้านมาช่วยหยอดตา ต้องหุงข้าว ทำกับข้าวเอง ซักผ้าเอง	1	0.90
8. เช็ดตาวันละ 1 ครั้งเพราะในวิดีโอให้เช็ดวันละ 1 ครั้ง 2	1	0.90
9. ลูกสาวทำความสะอาดตาให้มีลืมน้ำด้วย บางทีก็ลืมน้ำมือ	1	0.90
10. ต้องทำงานกรดยาง ทำกับข้าวเอง	1	0.90

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ข้อเสนอแนะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
11. ขับรถเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ต้องขับรถไปส่งพระเดินทางต่างจังหวัด	1	0.90
12. ติดโควิดไม่อยากมาพบแพทย์	1	0.90
13. เคื่องตามาก่อนนัดสองรอบ	1	0.90
14. ไม่มาตามนัด	13	11.71
15. แพทย์นัดเตรียมผ่าตัดหลายรอบ หงุดหงิด ต้องเลี้ยงหลาน	1	0.90
16. กังวลเรื่องการมองเห็นเพราะหลังผ่ามองเห็นเป็นภาพซ้อน	1	0.90
17. ไม่สะดวก เช็ดตาหยอดตา บางวันก็ลืมเช็ด ลืมล้างมือ เครียด กังวล ต้องทำงานหนัก เลี้ยงควาย	1	0.90
18. มาก่อนนัด 4 ครั้ง มองเห็นจุดดำลอยไปมา กลัว กังวล	1	0.90

3. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

3.1 หลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียมขณะพักฟื้นที่บ้านผู้ป่วยไม่มาตามนัดทั้งสองรอบ 13 ราย โทรสอบถามแจ้งว่า ไม่ว่างต้องทำงาน ต้องดูแลหลาน ญาติไม่พามา ญาติไม่ว่างมองเห็นเลยไม่อยากมาพบแพทย์

3.2 ทำความสะอาดตาเองแต่อยากให้เจ้าหน้าที่เข้ามาถามบ้าง ยิ่งตอนป่วยต้องการความช่วยเหลือ ดีใจมีผู้วิจัยโทรถามเยี่ยม เพราะกังวลไม่ได้ไปตามนัด และสามารถแจ้งวันเลื่อนนัดให้ตรงกับแพทย์เจ้าของไข้ ไม่เสียเวลาไปผิดนัด

3.3 บ้านไกลต้องจ้างรถมา ได้คิวไกลไม่ได้ตรวจต้องเลื่อนไปวันใหม่

3.4 มีแผ่นกระดาษแจกให้หยดตาตามเวลาแต่ไม่มีชื่อยามีแผ่นเดียวเล็ก ๆ น่าจะมีรูปยาในแผ่นกระดาษหยอดตา ทำรวมกันกับทำเป็นแผ่นพับรวมกับจะได้ไม่หาย

3.5 น่าจะมีการเช็ดตาวันละ 2 ครั้ง การสอนปฏิบัติตัวไม่เหมือนวิดีโอ วิดีโอมาก กับแผ่นพับที่ให้ก็ไม่เหมือนกัน ไม่รู้จะยึดตัวไหน

3.6 เช็ดทำความสะอาดทำตามคลิปในโทรศัพท์ที่ถ่ายมาจากจอวิดีโอในห้องพักหลังผ่าตัด ต้องเช็ดทำความสะอาดเองลูกสาวไม่มีว่าง

3.7 ควรมีการเช็ดทำความสะอาดมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไปต่อวัน เพราะดูในวิดีโอ ให้เช็ดแค่ครั้งเดียว

3.8 อยากได้คำแนะนำ คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่บางทียายไม่ว่างต้องเลื่อนเช็ดตาและหยอดตา อยากมีคนมาช่วยตอนที่ไม่มีคนอยู่บ้าน

3.9 หลานมาเช็ดทำความสะอาดให้บางครั้ง ๆ ก็เช็ดตาคนเดียว บ้านหลานอยู่ไกลกว่าจะมาเช็ดตาให้ ไม่สะดวก น่าจะผู้นำชุมชนมาดูแล

3.10 ช่องทางการเข้าถึงไม่มี ไม่มีคนให้คำปรึกษา ต้องมาเอง แล้วผิวนัดหลายรอบเช็ดตาตามตาราง ไม่ได้เช็ดตามคลิป

3.11 อายุเยอะต้องดูแลตัวเองไม่ค่อยมีคนอยู่ด้วย ต้องมาพบแพทย์คนเดียว

3.12 ผู้ป่วยตามัวไม่ต้องการการรักษาต่อเพราะคิดว่ามองเห็นขึ้นนิดนึงกว่าตอนผ่าตัด
ตัดกระจกใสเลนส์ตาเทียม

4.2 ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

1. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดตัดกระจกใสเลนส์ตาเทียมขณะพักฟื้นที่บ้าน

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดตัดกระจกใสเลนส์ตาเทียมขณะพักฟื้นที่บ้าน เกิดจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงจรของ (Kemmis and McTaggart, 1988) ตามกระบวนการ PAOR ตั้งแต่ขั้นวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นสะท้อนผลข้อมูลและปรับปรุง (Reflection) เพื่อให้ได้ผลลัพธ์คือการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดตัดกระจกใสเลนส์ตาเทียมขณะ พักฟื้นที่บ้าน ดังนี้

วงรอบที่ 1 การพัฒนาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดตัดกระจกขณะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม

1) ขั้นวางแผน (Planning) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดตัดกระจกใสเลนส์ตาเทียมขณะพักฟื้นที่บ้าน โดยประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดตัดกระจก ซึ่งแบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็น 4 กลุ่มดังนี้

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดตัดกระจกใสเลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team: PCT) จักษุ เจ้าหน้าที่หน่วยบริการที่ให้บริการ ของแผนกจักษุ โรงพยาบาลนครพนมทั้งหมด คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่ที่กำหนดไว้ ดังนี้

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีผู้ร่วมวิจัยจำนวน 4 กลุ่ม คนประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 จักษุแพทย์โรคตัดกระจก จำนวน 3 คน

กลุ่มที่ 2 เภสัชกร จำนวน 1 คน

กลุ่มที่ 3 พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยแผนกจักษุ (8 คน) พยาบาลวิชาชีพประจำตึกผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ (2 คน) พยาบาลวิชาชีพประจำห้องผ่าตัด (2 คน) รวมจำนวน 12 คน

กลุ่มที่ 4 ตัวแทนผู้ป่วยหลังผ่าตัดตัดกระจก และผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดตัดกระจก รวมทั้งสิ้น 252 คน ที่เกี่ยวข้องอันได้แก่ วงรอบที่ 1 จำนวน 141 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดตัดกระจก จำนวน 111 คน

กิจกรรมที่ 1 จัดการประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดตัดกระจก ขณะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม ร่วมวางแผนในการสร้างรูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดตัดกระจก ขณะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม โดยใช้การมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย (1) การสร้างความรู้ (2) แนวทางการสร้างรูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดตัดกระจกขณะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม และ(3) การวางแผนปฏิบัติการติดตามและประเมินผล การวางแผนปฏิบัติการได้เลือกพื้นที่ ทดลองใช้จากอาสาสมัครที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยได้

จนเสร็จสิ้นกระบวนการทุกขั้นตอนโดยมีหน่วยบริการโรคต่อกระดูก โรงพยาบาลนครพนม ที่แสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการ และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

สรุปแนวทางของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม

ผลการวิจัยระยะที่ 1 และการประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม การดำเนินงานในแบบเดิมไม่มีรูปแบบหรือแนวปฏิบัติที่ชัดเจนขึ้นอยู่กับแต่ละพื้นที่ที่จะดำเนินการ เมื่อนำข้อมูลที่ได้จากการประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก และจากการศึกษาในระยะที่ 1 มารวบรวมและวิเคราะห์ พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน อยู่ในระดับปานกลาง และจากการวิเคราะห์ผลการศึกษาเพื่อหาปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้านโดยใช้สถิติ Multiple Linear Regression ได้สมการ ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ได้สมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงซึ่งเป็นสมการทำนายในรูป คะแนนดิบ ดังนี้

$$\begin{aligned}
 Y (\text{พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก}) &= (0.010) (\text{อายุ}) \\
 &+ (0.170) (\text{ภาวะวิตกกังวล}) \\
 &+ (0.192) (\text{อาการหลังผ่าตัดต่อกระดูก}) \\
 &+ (0.152) (\text{ข้างที่ผ่าตัดต่อกระดูก}) \\
 &+ (0.087) (\text{สิทธิการรักษา}) \\
 &+ (0.078) (\text{ระดับการศึกษา})
 \end{aligned}$$

จากสมการที่ได้พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน ด้วยการวิเคราะห์พหุคูณถดถอยพหุคูณ ปรากฏว่า อายุ ภาวะวิตกกังวล อาการหลังผ่าตัดต่อกระดูก ข้างที่ผ่าตัดต่อกระดูก สิทธิการรักษา และระดับการศึกษา ส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก และสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก โดยที่อาการหลังผ่าตัดต่อกระดูก มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ภาวะวิตกกังวล ภาวะวิตกกังวล สิทธิการรักษา ระดับการศึกษา และอายุ ตามลำดับ

กิจกรรมที่ 2 การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม การสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ให้บริการในการดูแลผู้ป่วยโรคต่อกระดูกของแผนกจักษุ โรงพยาบาลนครพนม ประกอบด้วย จักษุแพทย์โรคต่อกระดูก (3 คน) เกสซ์กร (1 คน) พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยแผนกจักษุ (8 คน) พยาบาลวิชาชีพประจำตึกผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ (2 คน) พยาบาลวิชาชีพประจำห้องผ่าตัด (2 คน) รวมจำนวน 16 คน ในประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม และแนวทางที่จะใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกมีผลการศึกษา ดังนี้

ด้านร่างกาย พบว่า ปัญหาหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักพื้นที่บ้านแนวทางการดูแล ผู้ดูแลในครอบครัวมีบทบาทเข้าไปมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อผู้ดูแลสามารถช่วยดูแล และสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ซึ่งสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตามีปัญหาอะไรบ้างนั้น มีรายละเอียดดังนี้

“ที่ผ่านมาเราไม่เคยตามคนไข้ถึงบ้านเลย นอกจากมีระบบติดตามเข้ารโปรแกรม (Long Term Care: LTC) และไม่รู้ว่าคุณมีมีปัญหา หรือต้องการอะไรไหม”

(จักษุแพทย์)

“ใช่ค่ะ ไม่ทราบด้วยว่าผู้ป่วยไปรักษาต่อที่ไหน ถ้ามีอาการผิดปกติ”

(พยาบาลวิชาชีพประจำห้องผ่าตัด)

“ใช่ จนได้มาเห็นการเก็บข้อมูลงานวิจัย จึงได้เป็นตัวชี้วัด สถิติที่ชัดเจน หมอว่าเป็นเรื่องที่ดีมากที่เรามาคุยกันวันนี้ แล้วเราคิดว่าเราจะทำอะไร แก่ไขงานนี้บ้างคะ”

(จักษุแพทย์)

“ขออนุญาตสอบถามค่ะ OPD เคยเจอไหมว่าผู้ป่วยมาด้วยอาการผิดปกติ”

(พยาบาลวิชาชีพประจำห้องผ่าตัด)

“ที่เจอส่วนมากก็มาด้วยดูแลตัวเองไม่ถูก มีขี้ตาแฉะ แนะนำตรวจตาปกติแล้วก็ให้กลับไปดูแลที่บ้านต่อค่ะ”

(พยาบาลวิชาชีพประจำตึกผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ)

“กับที่เจอก็พบว่าผิดปกติจากที่อื่น แล้วกลับมารักษาต่อที่เรา เช่น ไปผ่าที่คลินิกใกล้ ๆ มีติดเชื้อมาด้วย 1 รายแล้วมารักษาต่อที่เรา และไปรักษาที่เอกชน เห็นบอกว่าค่ารักษาแพงก็มารักษาที่นี่ค่ะ”

(พยาบาลวิชาชีพประจำตึกผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ)

“กับอีกรายที่เจอ ก็เจอแบบส่งตัวกลับมารักษาต่อที่นี่ค่ะ”

(พยาบาลวิชาชีพประจำตึกผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ)

“ที่เคยเจอนะคะ บางรายก็บ้านอยู่ไกล ไม่มีค่ารถ ไม่มีคนพามา ก็ปล่อยไว้รอให้เป็นเยอะ ๆ ค่อยมา”

(พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยแผนกจักษุ)

ด้านอารมณ์ และจิตใจ

“จริง ๆ เคยเจอคนไข้บางราย ก็กลัว กังวลมาก แคน้ำตาไหลก็มาพบแพทย์หลายรอบ”

(พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยแผนกจักษุ)

“แล้วถ้ากลับบ้านเค้าดูแลตัวเองยังไงคะ”

(จักษุแพทย์)

“ได้แผนพับ ดูวิดีโออยู่เฝ้าก่อนกลับบ้านค่ะ”

(พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยแผนกจักษุ)

“แล้วมีญาติมาไหมคะ”

(จักษุแพทย์)

“มีค่ะแต่บางคนมาส่งแล้วก็กลับ บางคนก็ไม่ได้ญาติดูแลพามาค่ะ”

(พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยแผนกจักษุ)

“แล้วเราจะแก้อย่างไรถ้าไม่ใช่ญาติใกล้ชิดคะ”

(จักษุแพทย์)

“ญาติคนไข้มาทุกคนไหมคะ คนไข้มาตามนัดทุกรายไหมคะ”

(จักษุแพทย์)

“ไม่ค่ะ บางรายก็มา บางรายก็ติดต่อไม่ได้”

(พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยแผนกจักษุ)

“งั้นเราทำช่องทางติดต่อเพิ่มไหมคะ”

(เภสัชกร)

“เราให้อสม.ช่วยได้ไหมคะ”

(จักษุแพทย์)

“เคยเจอแบบว่าจะไปอบรม แต่ได้คำตอบมาว่า อบรมแต่ อสม. อสม.ไม่ได้ปฏิบัติเอง ทำไม่ไปสอนคนที่เขาผ่าตัดเลยเขาจะได้ทราบ และปฏิบัติตัวได้”

(พยาบาลวิชาชีพประจำตึกผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ)

“ถ้าไม่มีญาติเค้าดูแลตัวเองยังไงคะอยากทราบจังเลย”

(จักษุแพทย์)

“ขออนุญาตนะคะ เคยถามแล้วค่ะ บางรายถ้าไม่ติดปกติก็ไม่ได้เข้าไปเยี่ยมค่ะ แต่นำมาลงข้อมูลในโปรแกรม (Long Term Care: LTC) เราเลยไม่ได้ตามต่อ”

(พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยแผนกจักษุ)

“บางรายถ้าเช็ดตา สามารถเช็ดตาได้ แต่ถ้าหยอดตา กับป้ายตาจะให้คนข้างบ้านมาช่วยค่ะ เห็นบอกว่าทำไม่เป็น บางรายก็หยอดตาผิดก็มีค่ะ ไม่ทราบว่ายานไหนก่อนหลัง”

(พยาบาลวิชาชีพประจำตึกผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ)

ด้านความรู้ พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์ตาเทียม และผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต้อกระจก

“เราทำเป็นห้องให้คำปรึกษา เช่น ไลน์ หรือ เฟสบุ๊คไหมคะ”

(พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยแผนกจักษุ)

“ดีค่ะเห็นด้วยค่ะ”

(เภสัชกร)

“ทำเป็นวิดีโอด้วย เผื่อคนไข้ดูไม่ได้ก็ฟังเอา แต่ญาติบางคนก็เก่งนะคะ อ่านใน google มาก่อน หรือเราทำเป็นคู่มือด้วยไหมคะ จะได้มีวันนัด มีชื่อยา มีเนื้อหาให้อ่านครบเลยคะ”

(พยาบาลวิชาชีพประจำตึกผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ)

“เห็นด้วยค่ะ เพราะเป็นแนวทางการรักษาของเราด้วย”

(พยาบาลวิชาชีพประจำห้องผ่าตัด)

ด้านการปฏิบัติตัว พบว่าวิธีการเตรียมความพร้อมการดูแลตนเอง และวิธีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย และผู้ดูแลหลังผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์ตาเทียมขณะพักพื้นที่บ้าน มีปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจกหรือแนวทางในการพัฒนาการดูแลตนเอง ที่ต้องการสนับสนุนในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์ตาเทียม

“เราทราบปัญหาแล้ว จากที่สรุปปัญหาเยอะมาก เรื่องนี้เป็นเรื่องที่ต้องมาคุยกัน หาแนวทางร่วมกัน” สรุปนะค่ะ วันนี้เราได้แนวทางที่ชัดเจน เป็นแนวทางเดียวกัน และสามารถนำไปพัฒนากับคนไข้ได้ คือ

1. ให้คำปรึกษาทางไลน์ ช่องทางเอาไว้ให้ผู้ป่วยที่ต่อ ปรีक्षा หรือนัดวันเลื่อนวันนัดได้
2. คู่มือที่มีรายละเอียดชัดเจน มีวันนัด วันที่ฉีดยา ซื้อยาหยอด ยาป้าย เรื่องโรคต้อกระจก เรื่องวิธีการหยอดตา เช็ดตา การรับประทานยา อาการที่ผิดปกติก่อนมาพบแพทย์ ฯลฯ
3. มีคลิปวิดีโอออนไลน์ เพื่อผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูได้ แต่สามารถฟังได้ว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไร (จักขุแพทย์)

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

เรื่องนี้ดีมากเลยนะค่ะ ถ้าทำเรื่องนี้ได้ จะเป็นประโยชน์กับคนไข้ และญาติจะได้มีวิธีการที่ถูกต้อง และเป็นแนวทางเดียวกัน ทำเป็นเครือข่ายที่ดีด้วย และถ้าเกิดปัญหาก็มีช่องทางที่ติดต่อได้ ทำให้ทราบถึงปัญหา แก้ไขได้เร็ว และจะได้แจ้งและติดตามได้ทันเวลา รวดเร็วเข้าถึงง่าย อยากขออนุญาตเพิ่มเติม ถ้าเป็นไปได้อยากเสนอให้ทุกทีมสหวิชาชีพ ทั้ง สสจ.มาร่วมงานกันเพราะงานวิจัยนี้สำคัญมาก มีผลต่อการมองเห็น เหมือนจะเป็นเรื่องเล็ก ๆ แต่คนไข้ให้ความสนใจมาก

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการจัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก จากการสร้างรูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก จึงสร้างสื่อวีดิทัศน์ เพื่อให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก ได้เห็นภาพประกอบพร้อมคำบรรยาย ร่วมกับคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก เพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก ขณะพักพื้นที่บ้าน และมีเนื้อหาประกอบด้วย ขั้นตอน และวิธีการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต้อกระจก อาการผิดปกติที่มาพบแพทย์ก่อนนัด และเนื้อหาเกี่ยวกับโรคต้อกระจก (Cataract) ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยจากจักขุแพทย์ว่าเป็นโรคต้อกระจก และ เข้านอนโรงพยาบาลนครพนม ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดต้อกระจก โดยเฉพาะการให้คำแนะนำเรื่อง การปฏิบัติในการดูแลผ่าตัดต้อกระจก หลังผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจตาจากจักขุแพทย์ ถ้าอาการปกติผู้ป่วยจะจำหน่าย และนัดผู้ป่วยมา 1 สัปดาห์ เพื่อนัดมาตรวจดวงตา และวัดระดับสายตาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก จากนั้นช่วงระหว่างรอพบแพทย์ จึงเป็นโอกาสที่จะใช้ช่วงเวลารอตรวจนี้ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ และคู่มือให้ความรู้ครั้งที่ 1 จะใช้เวลา 30 นาทีต่อคน เพื่อทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจก และแบบประเมินการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์ตาเทียม ประเมินความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์ตาเทียม และประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก ขณะพักพื้นที่บ้าน ซึ่งสรุป ขั้นตอนบริการที่ปรับปรุงได้ดังแสดงใน

ตารางที่ 12 กิจกรรมในการดำเนินงาน

กิจกรรม	การดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย/เวลา	ผู้รับผิดชอบ
1.การประชุมกลุ่มย่อย วัตถุประสงค์ เพื่อสร้าง รูปแบบการพัฒนาการดูแล ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจก	1.ประสานผู้ที่จะร่วมประชุม 2.ทำหนังสือเรียนเชิญประชุม 3.จัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ 4.ประชุมกลุ่มย่อย	1. จักษุแพทย์โรคต้อ กระจก 2. เกสซ์กร 3. พยาบาลวิชาชีพประจำ หอผู้ป่วยแผนกจักษุ 4. พยาบาลวิชาชีพประจำ ตึกผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ 5. พยาบาลวิชาชีพประจำ ห้องผ่าตัด 6.ระยะเวลา 1 วัน	ผู้วิจัย
2.การแต่งตั้งคณะกรรมการ วัตถุประสงค์ เพื่อแต่งตั้ง คณะกรรมการและ ชี้แจง ขั้นตอนการ ดำเนินงาน	1.ประสานและทำหนังสือ เรียน เชิญประชุม 2.จัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ 3.จัดทำคำสั่งแต่งตั้ง คณะทำงาน แบ่งหน้าที่และกำหนดหน้าที่ รับผิดชอบ	1. จักษุแพทย์โรคต้อ กระจก 2. เกสซ์กร 3. พยาบาลวิชาชีพประจำ หอผู้ป่วยแผนกจักษุ 4. พยาบาลวิชาชีพประจำ ตึกผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ 5. พยาบาลวิชาชีพประจำ ห้องผ่าตัด 6.ระยะเวลา 1 วัน	ผู้วิจัย
3. จัดทำแผนปฏิบัติการ วัตถุประสงค์เพื่อจัดทำ แผนปฏิบัติการ และวางแผน การทำงาน	1.ประสานผู้ที่จะร่วมประชุม 2. ทำหนังสือเรียนเชิญประชุม 3.จัดเตรียมสถานที่และ อุปกรณ์ 4.จัดทำแผนปฏิบัติการ	1. จักษุแพทย์โรคต้อกระจก 2. เกสซ์กร 3. พยาบาลวิชาชีพประจำ หอผู้ป่วยแผนกจักษุ 4. พยาบาลวิชาชีพประจำ ตึกผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ 5. พยาบาลวิชาชีพประจำ ห้องผ่าตัด 6.ระยะเวลา 1 วัน	ผู้วิจัย
4. การพัฒนารูปแบบ วัตถุประสงค์เพื่อการสร้าง รูปแบบการพัฒนาการดูแล ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจก	1.จัดทำหนังสือเชิญประชุม 2.ส่งหนังสือเชิญประชุม 3.ประสาน/จัดเตรียมสถานที่ 4.ลงทะเบียนผู้เข้าร่วมประชุม 5. ร่วมระดมสมองเพื่อสร้าง รูปแบบการพัฒนา รูปแบบ การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อ กระเจก	1. จักษุแพทย์โรคต้อกระจก 2. เกสซ์กร 3. พยาบาลวิชาชีพประจำ หอผู้ป่วยแผนกจักษุ 4. พยาบาลวิชาชีพประจำ ตึกผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ 5. พยาบาลวิชาชีพประจำ ห้องผ่าตัด 6.ระยะเวลา 1 วัน	ผู้วิจัย และ กลุ่มผู้มีส่วน เกี่ยวข้องกับการพัฒนา รูปแบบ

ตารางที่ 12 (ต่อ)

กิจกรรม	การดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย/เวลา	ผู้รับผิดชอบ
5. ค้นหาและแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก วัตถุประสงค์เพื่อค้นหาและดำเนินการแก้ไขปัญหา	1.ดำเนินการวัดความรู้ก่อนและหลังได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกกับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง 2.สรุปปัญหาการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกที่พบวางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหา	1. จักษุแพทย์โรคต่อกระดูก 2. เกสัชกร 3. พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยแผนกจักษุ 4. พยาบาลวิชาชีพประจำตึกผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ 5. พยาบาลวิชาชีพประจำห้องผ่าตัด 6.ระยะเวลา 1 วัน	ผู้วิจัย และกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ
6. ติดตามการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก วัตถุประสงค์เพื่อติดตาม และดำเนินการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก	1.ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกกับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง 2. สรุปปัญหาการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกที่พบวางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหา	1. จักษุแพทย์โรคต่อกระดูก 2. เกสัชกร 3. พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยแผนกจักษุ 4. พยาบาลวิชาชีพประจำตึกผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ 5. พยาบาลวิชาชีพประจำห้องผ่าตัด 6.ระยะเวลา 1 วัน	ผู้วิจัย และกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ
7. การประเมินความพึงพอใจ วัตถุประสงค์เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม และประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกขณะพักฟื้นที่บ้าน	1.ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกกับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง 2. สรุปปัญหาการประเมินความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม และประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกขณะพักฟื้นที่บ้าน	1. จักษุแพทย์โรคต่อกระดูก 2. เกสัชกร 3. พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยแผนกจักษุ 4. พยาบาลวิชาชีพประจำตึกผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ 5. พยาบาลวิชาชีพประจำห้องผ่าตัด 6.ระยะเวลา 1 วัน	ผู้วิจัย และกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ
8. การประเมินผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก	ประเมินผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก	1. จักษุแพทย์โรคต่อกระดูก 2. เกสัชกร 3. พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยแผนกจักษุ 4. พยาบาลวิชาชีพประจำตึกผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ 5. พยาบาลวิชาชีพประจำห้องผ่าตัด 6.ระยะเวลา 1 วัน	ผู้วิจัย และกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ

ตารางที่ 12 (ต่อ)

กิจกรรม	การดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย/เวลา	ผู้รับผิดชอบ
9.การถอดบทเรียน วัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัย แห่งความสำเร็จ	1.ประเมินผลลัพธ์ หลังใช้การ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย หลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพัก ที่บ้าน โรงพยาบาล นครพนม 2. นำผลการวิเคราะห์และ สังเคราะห์จากขั้นสังเกต ค้น ข้อมูลผู้มีส่วนร่วมโดยการ ประชุมผู้มีส่วนร่วมเกี่ยวกับ การพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก จัดการความรู้ในการ ดำเนินการเพื่อเป็นแนวทางใน การปรับปรุงแก้ไขสู่การวาง แผนการดำเนินงานพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดต่อกระดูก	1. จักษุแพทย์โรคต่อกระดูก 2. เกสเซอร์ 3. พยาบาลวิชาชีพประจำ หอผู้ป่วยแผนกจักษุ 4. พยาบาลวิชาชีพประจำ ตึกผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ 5. พยาบาลวิชาชีพประจำ ห้องผ่าตัด 6.ระยะเวลา 1 วัน	ผู้วิจัย และ กลุ่มผู้มีส่วน เกี่ยวข้องกับ ผู้วิจัย และ กลุ่มผู้มีส่วน เกี่ยวข้องกับ การพัฒนา รูปแบบ

2) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ชี้แจงและอธิบายรูปแบบกับผู้ป่วย และผู้ดูแลหลังผ่าตัดต่อกระดูก เพื่อนำร่างการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม ไปทดลองใช้ เพื่อให้ทราบว่ารูปแบบที่สร้างขึ้นเหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกหรือไม่โดยการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อดำเนินการตามแผนกิจกรรม เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก จำนวน 30 คน

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักที่บ้าน ตัวแทนผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก จำนวน 30 คน ที่เกี่ยวข้องอันได้แก่ ในกลุ่มผู้ป่วยต่อกระดูก จำนวน 30 คน เข้ามามีส่วนร่วมในเกี่ยวกับปัญหาเรื่องการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักที่บ้าน ซึ่งหลังจากการให้ความรู้เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ส่วนใหญ่ มีอายุตั้งแต่ 61 -70 ปี มีการดำเนินชีวิตโดยการประกอบอาชีพเกษตรกรรม เช่น ทำนา ทำไร่ ทำสวน ปลูกผัก เป็นต้น ผู้ป่วยบางรายมีผู้ดูแลต้องไปทำงาน จึงไม่สามารถดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกได้จนครบระยะเวลาที่แพทย์นัดได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง เช่น ทำกับข้าว อาบน้ำ รวมถึงการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกด้วย สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ที่ไม่ถูกคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการตามขั้นตอนปกติ ผลลัพธ์หลังเข้าร่วมกิจกรรมได้แก่ ทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ประเมินการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูก และพึงพอใจ

ต่อสื่อวีดิทัศน์ และคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) ประชุมผู้มีส่วนรวมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก จัดการความรู้ในการดำเนินงาน เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขสู่การวางแผนการดำเนินงาน พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม ซึ่งพบว่า รูปแบบที่สร้างขึ้นนี้สามารถทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก แต่พบข้อจำกัดด้านกระบวนการการใช้สื่อวีดิทัศน์ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกมีความสนใจเรียนรู้ และการแบ่งเนื้อหาของสื่อวีดิทัศน์เป็นตอน ๆ จะทำให้เพิ่มความสนใจ สะดวกและง่าย สามารถเลือกเปิดเป็นบางเรื่องตามปัญหาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก และการอัปโหลด (Upload) สื่อวีดิทัศน์ผ่านช่องทางยูทูบ (YouTube) ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูได้ทุกที่ ทุกเวลา นอกจากนี้ ยังเพิ่มช่องทางสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย และผู้ดูแลหรือผู้ที่สนใจผ่านช่องทาง LINE Group Application เพื่อเป็นช่องทางให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก สรุปการปรับปรุง ได้แก่

(1) แบ่งเนื้อหาสื่อวีดิทัศน์ออกเป็นตอน ๆ เพื่อให้เกิดความสะดวกในการเปิดหาความรู้ และอัปโหลด (Upload) สื่อวีดิทัศน์ผ่านช่องทางยูทูบ (YouTube) เพื่อเพิ่มช่องทางและง่ายต่อการเข้าถึง

(2) สร้างกลุ่มไลน์แอปพลิเคชัน (LINE Group Application) เพื่อเป็นช่องทางในการให้คำปรึกษาและข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก

(3) ปรับปรุงคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ให้มีความน่าสนใจมากยิ่งขึ้น โดยเพิ่มรูปภาพ สีสັນและขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก

2) การประเมินสถานะแวดล้อม วัตถุประสงค์มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ ปัญหาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกในพื้นที่ในการศึกษาพื้นที่ในเขตรับผิดชอบการให้บริการ สุขภาพ ของโรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม

3) การประเมินข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ได้ผลลัพธ์การใช้ร่างการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน เพื่อสนับสนุนในการดำเนินงานด้านสถานที่ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัด พร้อมทั้งดำเนินการขอสนับสนุนด้านงบประมาณ เพื่อนำมาปรับปรุง อุปกรณ์ เครื่องเสียง คอมพิวเตอร์ จอทีวีสำหรับฉายสื่อวีดิทัศน์ประจำหอผู้ป่วยแผนกจักษุ รวมถึงการจัดทำเล่มสมุดคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อให้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) การประเมินกระบวนการความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยแผนกจักษุ และกลุ่มเป้าหมายต่อระยะเวลาที่ใช้จัดกิจกรรมเนื้อหาสาระเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย รูปแบบ และการจัดกิจกรรมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และเนื้อหาทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้เพิ่มมากขึ้น สื่อวีดิทัศน์ที่ใช้มีเนื้อหาและการลำดับเนื้อหาที่มีความเหมาะสมแต่มีข้อเสนอแนะคือ ควรแบ่งเนื้อหาออกเป็นตอน ๆ ตามหัวข้อให้ความรู้ เพราะการเปิดเป็นระยะเวลานานทำให้ระดับความสนใจลดลง และการหาข้อมูลในการดูแลตนเองมากขึ้นทำให้เสียเวลากับผู้ดูแลที่ต้องเร่งรีบไปทำงาน ดังนั้นจึงควร

แบ่งเนื้อหาเป็นตอนเพื่อให้ระยะเวลาลดลง และเพื่อให้ความสะดวกในการเปิดดูตามหัวข้อที่สนใจ ทำให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงสื่อวีดิทัศน์ได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น ควรเพิ่มช่องทางในการติดตาม และเข้าถึงสื่อวีดิทัศน์ รวมถึงช่องทางในการให้คำปรึกษาเมื่อมีข้อสงสัย นอกจากนี้สมุดคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจก เนื้อหามีความเหมาะสมแต่ควรเพิ่มรูปภาพ และขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจก ให้มีสีสันเพื่อให้ดึงดูดความสนใจ ผลการประเมินความพึงพอใจต่อสื่อและกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจก ขณะพักฟื้นที่บ้าน ไปใช้ในพื้นที่โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) การประเมินสภาวะแวดล้อม วัตถุประสงค์มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหา การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจกในพื้นที่ ต้องการให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจกสามารถกลับมามองเห็นได้อย่างปกติ และใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขอีกครั้ง ซึ่งพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจกจะส่งผลต่อ การดำเนินชีวิต และการใช้ชีวิตประจำวันเป็นอย่างมาก ถ้าหากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องจะส่งผลกระทบต่อ การมองเห็น

2) การประเมินข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคต่อกระเจก ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ได้ผลลัพธ์การใช้ร่างการพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจก ขณะพักฟื้นที่บ้าน เพื่อสนับสนุนในการดำเนินงานด้านสถานที่ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัด พร้อมทั้งดำเนินการขอสนับสนุนด้านงบประมาณ เพื่อประชาสัมพันธ์หลายช่องเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ง่าย รวมถึงการจัดทำเล่มสมุดคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อให้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ด้านบุคลากรสามารถดำเนินการตามกิจกรรมอย่างเต็มความรู้และ ความสามารถได้เป็นอย่างดี

3) การประเมินกระบวนการความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่และเป้าหมายต่อระยะเวลาที่ใช้จัดกิจกรรมเหมาะสม เนื้อหาสาระเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีช่องทางกลุ่มไลน์แอปพลิเคชัน (LINE Group Application) เป็นอีกช่องทางให้คำปรึกษา เพื่อลดกลัวและลดภาวะกังวล ทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด รวมไปถึงผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปพักฟื้นที่บ้านด้วย การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจก โดยมีผู้ป่วยและผู้สนใจเกี่ยวกับอาการหลังผ่าตัดต่อกระเจก พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระเจก และภาวะวิตกกังวลหลังผ่าตัดต่อกระเจก การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจก หรือมีข้อสงสัยในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจก อีกทั้งยังมีสื่อวีดิทัศน์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจก มีการแบ่งเนื้อหาความรู้ออกเป็นตอน ๆ และมีการจัดลำดับเนื้อหาไว้อย่างเหมาะสมยังสามารถค้นหาทางออนไลน์ได้อีกช่องทางคือ ยูทูบ (YouTube) เป็นวิธีที่สะดวก และง่ายต่อการเข้าถึงในการค้นคว้าหาความรู้ ซึ่งในปัจจุบันประชาชนทั่วไปมีการใช้โทรศัพท์มือถือ (Smart Phone) อย่างแพร่หลายและมีการติดต่อสื่อสารผ่านช่องทางไลน์แอปพลิเคชัน (LINE Application) ในชีวิตประจำวันอยู่แล้วจึงไม่เป็นอุปสรรคในการที่ค้นคว้าหาความรู้หรือสอบถามข้อสงสัยได้ รวมไปถึงการเปิดดูสื่อวีดิทัศน์ หรือสมุดคู่มือหากไม่เข้าใจสามารถเปิดดูได้ทางช่องทางยูทูบ (YouTube) ได้ จากผลการประเมินความพึงพอใจต่อสื่อโดยรวมพบว่า อยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 9

4) ประเมินผลลัพธ์หลังใช้การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกขณะพักฟื้นที่บ้านที่สร้างและพัฒนาขึ้น ดังนี้

ดังแสดงในตารางที่ 13 ผลการเปรียบเทียบการทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน โดยภาพรวม พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม มีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ดังแสดงในตารางที่ 14 ผลการเปรียบเทียบการประเมินการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน โดยภาพรวม พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม มีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบการทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียมขณะพักฟื้นที่บ้าน

ตัวแปร	n	Mean	SD	t	p-value
ก่อนการทดสอบ	30	0.58	0.20	10.152	<.001
หลังการทดสอบ	30	0.96	0.21		

ผลการเปรียบเทียบการประเมินการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน โดยภาพรวม พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม มีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบการประเมินการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียมขณะพักฟื้นที่บ้าน

ตัวแปร	Mean	SD	t	p-value
ก่อนการทดสอบ	0.67	0.20	7.590	<.001
ก่อนการทดสอบ	0.98	0.04		

ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ และคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน พบว่า ความพึงพอใจการใช้สื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.95, SD = 0.11) ความพึงพอใจสมุดคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.93, SD = 0.12) และความพึงพอใจโดยรวม (Mean = 2.94, SD = 0.09)

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ และคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์ตาเทียมขณะพักฟื้นที่บ้าน (n = 30)

ความพึงพอใจ	Mean (SD)	ระดับ
การใช้สื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้	2.95 (0.11)	มาก
สมุดคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจก	2.93 (0.12)	มาก
ความพึงพอใจโดยรวม	2.94 (0.09)	มาก

1. ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจกโรงพยาบาลนครพนม

- 1.1 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ก่อนการทดลอง
- ห่าง 1-2 ชั่วโมง
- 1) เข้าใจผิดใช้น้ำต้มสุกเดือดร้อน ๆ เช็ดตาคิดว่ายิ่งร้อนยิ่งฆ่าเชื้อ หยอดตาไม่ถูกต้อง ไม่ทราบวิธีการหยอดตา
 - 2) ไม่มี มองเห็นชัด
 - 3) ทำความสะอาดที่ครอบตาไม่เป็น ต้องใช้เจลล้างมือเช็ดกับแอลกอฮอล์
 - 4) นาน ๆ ครั้งล้างฝากรอบตา ต้องทำงานหนัก และทำกับข้าวเอง
 - 5) ไม่ใส่แว่นตาดำ อาบน้ำเอง
 - 6) ไม่ใส่แว่น ทำงานหนัก ทำกับข้าว ไม่ครอบตา ตามัวลง พร่ามัว ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ไม่ทราบวิธีการหยอดตา
 - 7) ไม่ครอบตา ไม่ใส่แว่น
 - 8) ไม่ทราบวิธีครอบตา หยอดตาไม่ถูกต้อง
 - 9) ใช้แอลกอฮอล์เช็ดฝากรอบตา หยอดตาไม่ถูกต้อง ไม่ทราบวิธีการหยอดตา
 - 10) กังวล สอบถามหมอ ล้างหน้าได้หรือยัง สระผมได้หรือยัง เข้าเตาได้หรือยัง ล้างจาน มีแผ่นภาพที่ติดให้แต่ไม่มี
 - 11) รูปใหญ่ ไม่เข้าใจ งง. ยายอยากทราบข้อมูล
 - 12) ต้องทำงานปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ดูแลตัวเองไม่ได้ ตามัวมองไม่ชัด
 - 13) หยอดตาไม่ถูกต้อง
 - 14) ใช้ผ้าขนหนูเช็ดตา ใช้ Alcohol เช็ดฝากรอบตา
 - 15) ลืมง่ายเช็ดตาวันละ 1 ครั้ง หยอดตาไม่ถูกต้อง
 - 16) ไม่ทำความสะอาดฝากรอบตา ฝากรอบตามาก ติดพลาสติกไม่ถูก สระผมเอง
 - 17) เช็ดตาไม่ถูกต้อง บีบสำลีชุ่มมาก ไม่ใส่แว่น หยอดตาไม่ถูกต้อง ทำงานบ้านซักผ้า สระผมเอง
 - 18) ใช้แอลกอฮอล์เช็ดฝากรอบตา บางทีลืมเช็ดตา หยอดตา
 - 19) หยอดตาไม่ถูกต้อง น้ำตาไหล
 - 20) ใช้น้ำเปล่าล้างฝากรอบ ใช้ผ้าขนหนูเช็ดตา หยอดตาไม่ถูกต้อง แสบตา

22) ด้านร่างกาย

- (1) มองเห็นชัด ไม่เคือง
- (2) มองเห็นดี น้ำตาไหล
- (3) มีน้ำตาไหล มีขี้ตาและ ตามัวลง พร่ามัว
- (4) มองเห็นดี เคืองตา
- (5) ตาพร่ามัวเท่าเดิม
- (6) เคืองตาล็กน้อย มองเห็นดี
- (7) ตามัวลงยังไม่หาย

1.2 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ หลังการทดลอง

- 1) คุณหมอใจดี มองเห็นชัด
- 2) มีข้อมูลชัดเจน ไม่กลัวเลย
- 3) อยากให้ทุกโรคมีช่องทางให้ติดต่อง่าย ๆ แบบนี้จะดีมาก ดีใจที่เข้าถึงได้
- 4) ดีใจมีอยู่ดูแลอยู่ใกล้ ๆ
- 5) มองเห็นชัด
- 6) ทำตามขั้นตอนตามหมอแนะนำทุกอย่าง มองเห็นชัด
- 7) ปฏิบัติตามขั้นตอนทุกอย่าง มองเห็นชัด
- 8) ทำตามหมอสั่งทุกอย่าง มองเห็นชัด
- 9) กลัวตาบอด พอได้รับคู่มือก่อนผ่าตัด ได้อ่าน ได้ปฏิบัติ ก็ไม่กลัว ตั้งใจอ่านเตรียมก่อนเข้ารับการผ่าตัด เพราะได้ยินคนอื่นพูดว่าถ้าเตรียม ปฏิบัติไม่ดี จะทำให้ตาบอด
- 10) มีเจ้าหน้าที่ที่เก็บวิจัยช่วยดูแลเป็นขั้นตอนทำให้ไม่กลัวอุ่นใจด้วย
- 11) คู่มือมีขั้นตอนที่ชัดเจน ทำได้ ไม่กลัว ไม่กังวล ดูคู่มือแล้วสบายใจปฏิบัติตามได้ด้วย ดีใจที่พยาบาลคอยคุยด้วย โทรถาม
- 12) ปฏิบัติตัวตามได้
- 13) ก่อนหน้านี้มีกังวลแต่มีเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำอยู่ใกล้ ๆ เวลาทำไม่ถูกก็สามารถ สอบถามได้
- 14) ถ้าไม่เข้าใจที่คู่มือก็สามารถปฏิบัติตัวได้ เข้าใจง่าย
- 15) ทำตามขั้นตอนตามหมอแนะนำทุกอย่าง มองเห็นชัด
- 16) ทำความสะอาดได้ ให้หลานดูคลิปด้วย
- 17) ปฏิบัติตัวถูกต้องครบทุกข้อ
- 18) ทำตามขั้นตอนตามหมอแนะนำทุกอย่าง มองเห็นชัด
- 19) จ้างคนมาสระผมให้ ปฏิบัติตัวตามได้
- 20) ปฏิบัติตัวตามได้
- 21) ทำตามขั้นตอนตามหมอแนะนำทุกอย่าง มองเห็นชัด
- 22) ญาติไม่ค่อยอยู่ด้วย มาเช็ดตาให้แล้วไปทำงาน พอมีคุณหมอช่วยถามข่าวก็ดีใจ มองเห็นชัด

23) ด้านร่างกาย มองเห็นชัด ไม่เคือง

3) ขั้นสังเกต (Observation) เก็บข้อมูล ติดตามและประเมินผลการดำเนินการตามแผน กิจกรรมการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาล นครพนม ดำเนินการตามแผนกิจกรรมเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ต่อกระดูก จำนวน 111 คน กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 111 คน จำนวนทั้งสิ้น 222 คน

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยนำโดยใช้เครื่องมือในการดำเนินงาน ดังนี้

- 1) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน
- 2) แบบประเมินการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน
- 3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน
- 4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมติดตาม ประเมินผลลัพธ์หลังใช้การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้านที่สร้างและพัฒนาขึ้นพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูก พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน ของกลุ่มตัวอย่างเลือกตอบจำแนกเป็นรายชื่อ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างตอบใช่ 3 อันดับแรก ได้แก่ อันดับที่ 1 “ควรครอบผาครอบตาตอนนอนเป็นเวลานาน 4 สัปดาห์” ร้อยละ 97.3 อันดับที่ 2 “การป้ายยาให้ท่านป้ายยาที่บริเวณด้านในของเปลือกตาจากหัวตามาหางตา” ร้อยละ 96.4 และอันดับที่ 3 “เมื่อผู้ป่วยต้องการออกจากบ้านควรปิดผาครอบตา หรือแว่นตากันแดดทุกครั้ง” ร้อยละ 94.6 ตามลำดับ ข้อคำถามที่ตอบไม่ใช่มากที่สุดคะแนนเท่ากันสองข้อ ได้แก่ อันดับที่ 1 “สำลีที่ใช้เช็ดตา ควรชุบน้ำยาให้มาก ๆ และไม่ควรถูแหว่งหมดเพราะจะทำให้เช็ดตาไม่สะอาด” ร้อยละ 94.6 และอันดับที่ 2 “ผู้ป่วยสามารถประกอบอาหารได้” ร้อยละ 94.6 ตามลำดับ

พูน ปณ จิต ชเว

ตารางที่ 16 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง
หลังผ่าตัดต่อกระจก (n=111)

ข้อ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1	ผู้ป่วยไม่ควรอาบน้ำ เพราะอาจทำให้น้ำกระเด็นเข้าตาได้	13 (11.7)	98 (88.3)
2	ผู้ป่วยควรใช้ผ้าเช็ดหน้าชุบน้ำบิดแห้งหมาด ๆ เช็ดหน้าประมาณ 4 สัปดาห์	94 (84.7)	17 (15.3)
3	การเช็ดหน้าควรเช็ดให้ทั่วทั้งหน้ารวมทั้งรอบ ๆ ดวงตาข้างที่ทำผ่าตัดด้วย	18 (16.2)	93 (83.8)
4	ท่านควรเช็ดตาในตอนเช้าเพียงครั้งเดียวเท่านั้น	10 (9.0)	101 (91.0)
5	ภาชนะที่ใช้สำหรับเช็ดตานั้นควรเป็นพลาสติก หรือแก้วพลาสติก	7 (6.3)	104 (93.7)
6	ขณะเช็ดตาท่านควรเช็ดเปลือกตาแรง ๆ จะช่วยให้เช็ดตาออกได้ง่าย	9 (8.1)	102 (91.9)
7	สำลีที่ใช้เช็ดตา ควรชุบน้ำยาให้มาก ๆ และไม่ควรบิดแห้งหมาด เพราะจะทำให้เช็ดตาไม่สะอาด	6 (5.4)	105 (94.6)
8	ขณะเช็ดตานี้ควรเช็ดจากหัวตาไปหางตา ไม่ต้องเปลี่ยนสำลีบ่อย เพราะจะทำให้สิ้นเปลืองสำลี	14 (12.6)	97 (87.4)
9	ถ้าหากผู้ป่วยมีน้ำตาไหลจากตาข้างที่ทำผ่าตัด ท่านใช้กระดาษทิชชู ซับลงบนตาให้ผู้ป่วยได้	8 (7.2)	103 (92.8)
10	หลังจากใช้ผ้าครอบตาแล้วควรทำความสะอาดด้วยน้ำยาล้างจาน	102 (91.9)	9 (8.1)
11	ก่อนนอนทุกคืนท่านควรนำผ้าครอบตามาครอบตาให้ผู้ป่วย	98 (88.3)	13 (11.7)
12	ผู้ป่วยสามารถทาแป้งที่ใบหน้าได้ตามปกติแต่ควรหลีกเลี่ยงเพื่อป้องกันฝุ่นแป้งเข้าตา	7 (6.3)	104 (93.7)
13	การเคี้ยวอาหารธรรมดาอาจทำให้กระเทือนดวงตาและเป็นอันตรายต่อดวงตาได้	14 (12.6)	97 (87.4)
14	ถ้ามีอาการท้องผูกให้ผู้ป่วยเบ่งถ่ายอุจจาระได้	16 (14.4)	95 (85.6)
15	ผู้ป่วยสามารถสระผมได้ด้วยตนเอง	16 (14.4)	95 (85.6)

ตารางที่ 16 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
16	ถ้าหากผู้ป่วยคันตา สามารถลูบหรือสัมผัสบริเวณที่คันได้	101 (91.0)	10 (9.0)
17	ผู้ป่วยสามารถประกอบอาหารได้	6 (5.4)	105 (94.6)
18	ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายเบา ๆ ได้	26 (23.4)	85 (76.6)
19	ผู้ป่วยสามารถก้มลงหยิบของที่พื้นได้	13 (11.7)	98 (88.3)
20	เมื่อผู้ป่วยต้องการออกจากบ้านควรปิดผาครอบตา หรือแว่นตา กันแดดทุกครั้ง	105 (94.6)	6 (5.4)
21	ถ้ามีทั้งยาหยอดตาและยาป้ายตาท่านควรป้ายยาก่อนหยอดตา	13 (11.7)	98 (88.3)
22	ถ้ามียาหยอดตา 2 ชนิดท่านสามารถหยอดยาติดต่อกันได้เลย	7 (6.3)	104 (93.7)
23	การป้ายยาให้ท่านป้ายยาที่บริเวณด้านในของเปลือกตาจากหัว ตามาหางตา	107 (96.4)	4 (3.6)
24	ควรครอบผาครอบตาตอนนอนเป็นเวลานาน 4 สัปดาห์	108 (97.3)	3 (2.7)
25	ผู้ป่วยสามารถพรนดิน และรดน้ำต้นไม้ได้แต่ต้องใส่แว่นกัน แดดป้องกันน้ำเข้าตา	7 (6.3)	104 (93.7)
26	ในเวลากลางวันผู้ป่วยไม่ต้องครอบผาครอบตากก็ได้	101 (91.0)	10 (9.0)

ผลการวิเคราะห์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามความถี่ของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจก พบว่า จำแนกตามความถี่ของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน ของกลุ่มตัวอย่างเลือกตอบจำแนกเป็นรายข้อ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างตอบข้อ 23 อันดับแรก ได้แก่ ร้อยละ 27.0 อันดับที่ 2 ตอบข้อ 23 ร้อยละ 25.2 และอันดับที่ 3 ตอบข้อ 25 ร้อยละ 14.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 17 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามความถี่ของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูก (n=111)

ความถี่ของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
25	16	14.4
24	28	25.2
23	30	27.0
22	13	11.7
21	8	7.2
20	7	6.3
19	4	3.6
18	1	0.9
17	2	1.8
16	0	0.0
15	1	0.9
14	1	0.9

ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 85.6 ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกปานกลาง ร้อยละ 12.6 และระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกน้อย ร้อยละ 1.8 ตามลำดับ

ตารางที่ 18 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง (n=111)

ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมาก	95	85.6
ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองปานกลาง	14	12.6
ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองน้อย	2	1.8

ผลการวิเคราะห์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน พบว่า ความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน ของกลุ่มตัวอย่างเลือกตอบจำแนกเป็นรายชื่อ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุดคะแนนเท่ากับสองข้อ ได้แก่ อันดับที่ 1 “ขั้นตอนการใช้ผ้าครอบตาโดยล้างทำความสะอาดด้วยน้ำสบู่แล้วล้างด้วยน้ำสะอาดทิ้งไว้ให้แห้งและเก็บไว้ในภาชนะที่สะอาด” ร้อยละ 100.0 และ “เขย่าวขดยาก่อนทุกครั้ง” ร้อยละ 100.0 ข้อคำถามที่ตอบผิดมากที่สุดคะแนนเท่ากับ

ได้แก่ อันดับที่ 1 “ถ้าต้องใช้ยาป้ายตาพร้อมด้วยในเวลาเดียวกันควรเว้นระยะเวลาระหว่างหยอดตาและยาป้ายตาประมาณ 5-10 นาที และให้ป้ายตาหลังยาหยอด” ร้อยละ 10.8 และอันดับที่ 2 “ครอบตาทุกครั้งทีนอน ตอนกลางวันให้ใช้แว่นกันแดดแทนได้” ร้อยละ 10.8 ตามลำดับ

ตารางที่ 19 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์ตาเทียมขณะพักฟื้นที่บ้าน (n=111)

ข้อ	ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
ขั้นตอนการเช็ดตา			
1	ที่จะเช็ดตาควรล้างมือด้วยสบู่ และเช็ดมือให้แห้งด้วยผ้าสะอาด	108	97.3
2	เช็ดขอบตาบนจากหัวตาไปหางตา	110	99.1
3	เช็ดขอบตาล่างจากหัวตาไปหางตา	110	99.1
4	เช็ดบริเวณร่องน้ำตาและสันจมูกโดยเริ่มเช็ดจากตรงกลางระหว่างคิ้วลงไปร่องน้ำตาทั้งสองข้างรวมทั้งบริเวณร่องจมูกทั้งหมด	100	90.1
ขั้นตอนการหยอดยา			
5	เขย่าขวดยาก่อนทุกครั้ง	111	100.0
6	จัดท่านอนหรือนั่งแหงนหน้ามองขึ้นเพดาน และเล็บบตาขึ้นข้างบน แล้วดึงหนังตาล่างลง	110	99.1
ขั้นตอนการใช้ฝาคครอบตา			
7	หยอดยาลงกระพุ้งตาล่างไม่ให้โดนตาดำและระวังให้ปลายหลอดอยู่ห่างจากลูกตาประมาณ 1 นิ้ว	110	99.1
8	ใช้สำลีซับน้ำยาที่ล้นออกมาจากตา	106	95.5
9	ถ้าจำเป็นต้องหยอดตา 2 ชนิด ในเวลาเดียวกันควรเว้นระยะเวลาระหว่างหยอดตาแต่ละชนิดประมาณ 5-10 นาที	104	93.7
10	ถ้าต้องใช้ยาป้ายตาพร้อมด้วยในเวลาเดียวกันควรเว้นระยะเวลาระหว่างหยอดตาและยาป้ายตาประมาณ 5-10 นาที และให้ป้ายตาหลังยาหยอดตา	99	89.2
11	ล้างทำความสะอาดด้วยน้ำสบู่แล้วล้างด้วยน้ำสะอาดทั้งไว้ให้แห้งและเก็บไว้ในภาชนะที่สะอาด	111	100.0
12	ครอบตาโดยเอารอยเว้าหรือป้านเข้าแนบแนวสันจมูก	110	99.1
13	ติดพลาสติกเอร์แนวเฉียงไม่ให้ปิดรูตรงกลางฝาคครอบ	100	90.1
14	ครอบตาทุกครั้งทีนอน ตอนกลางวันให้ใช้แว่นกันแดดแทนได้	99	89.2

ผลการวิเคราะห์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามความถี่ของคะแนนการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน พบว่า การดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน ของกลุ่มตัวอย่างเลือกตอบจำแนกเป็นรายข้อแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างตอบข้อ 14 อันดับแรก ได้แก่ ร้อยละ 54.1 อันดับที่ 2 ตอบข้อ 13 ร้อยละ 35.1 และอันดับที่ 3 ตอบข้อ 12 ร้อยละ 9.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 20 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามความถี่ของคะแนนการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียมขณะพักฟื้นที่บ้าน (n=111)

ความถี่ของคะแนนการดูแลตนเอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
14	60	54.1
13	39	35.1
12	10	9.0
11	1	0.9
10	1	0.9

ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน พบว่า ระดับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 98.2 และระดับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้านปานกลาง ร้อยละ 1.8 ตามลำดับ

ตารางที่ 21 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน (n=111)

ระดับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกดี	109	98.2
ระดับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกพอใช้	2	1.8
ระดับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกไม่ดี	0	0

ผลการวิเคราะห์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน พบว่า ความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน ของกลุ่มตัวอย่างเลือกตอบจำแนกเป็นรายข้อ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างตอบมากที่สุด ได้แก่ อันดับที่ 1 “ความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง” (Mean = 2.97, SD = 0.16) รองลงมา คือ “ระดับความพึงพอใจภาพรวมของวีดิทัศน์” (Mean = 2.95, SD = 0.21) ข้อคำถามที่น้อยที่สุด ได้แก่ “เนื้อหามีความเหมาะสมไม่สั้นหรือยาวเกินไป” (Mean = 2.70, SD = 0.46)

ตารางที่ 22 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ (n=111)

ข้อ	ประเด็น	ความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์			Mean (SD)	การแปลผล
		มาก (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)		
รูปแบบของวีดิทัศน์						
1	วีดิทัศน์มีความน่าสนใจ	105 (94.6)	6 (5.4)	0 (0.0)	2.95 (0.28)	มาก
2	วีดิทัศน์นี้ทำให้เข้าใจเรื่องการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก	105 (94.6)	6 (5.4)	0 (0.0)	2.95 (0.28)	มาก
เนื้อหาของวีดิทัศน์						
1	เนื้อหามีความเหมาะสมไม่สั้นหรือยาวเกินไป	78 (70.3)	33 (29.7)	0 (0.0)	2.70 (0.46)	มาก
2	เนื้อหาเข้าใจง่าย	102 (91.9)	9 (8.1)	0 (0.0)	2.92 (0.27)	มาก
3	ความรู้ที่ได้รับครบถ้วน	101 (91.0)	10 (9.0)	0 (0.0)	2.91 (0.29)	มาก
รูปภาพ ตัวหนังสือ ภาษา สี และเทคนิค						
1	สี ความชัดเจนของภาพนิ่ง และภาพเคลื่อนไหว	102 (91.9)	9 (8.1)	0 (0.0)	2.92 (0.27)	มาก
2	ภาษาที่ใช้มีความถูกต้อง เหมาะสม	100 (90.1)	11 (9.9)	0 (0.0)	2.90 (0.30)	มาก
3	ภาพที่ใช้ทำให้เข้าใจเนื้อหามากขึ้น	99 (89.2)	12 (10.8)	0 (0.0)	2.89 (0.31)	มาก
4	ความสอดคล้องของรูปภาพกับคำบรรยายในเนื้อหา	102 (91.9)	9 (8.1)	0 (0.0)	2.92 (0.27)	มาก
ประโยชน์ที่ได้รับ						
1	ความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	108 (97.3)	3 (2.7)	0 (0.0)	2.97 (0.16)	มาก
2	การได้รับความรู้ในครั้งนี้ทำให้เข้าใจการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกมากขึ้น	102 (91.9)	9 (8.1)	0 (0.0)	2.92 (0.27)	มาก
ภาพรวมของวีดิทัศน์						
1	ระดับความพึงพอใจภาพรวมของวีดิทัศน์	106 (95.5)	5 (4.5)	0 (0.0)	2.95 (0.21)	มาก

ผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน พบว่า ระดับความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 91.89 และระดับความพึงพอใจปานกลาง ร้อยละ 8.11 ตามลำดับ

ตารางที่ 23 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ (n=111)

ระดับความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์มาก	102	91.89
ระดับความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ปานกลาง	9	8.11
ระดับความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์น้อย	0	0

ผลการวิเคราะห์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน พบว่า ความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน ของกลุ่มตัวอย่างเลือกตอบจำแนกเป็นรายชื่อ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างตอบมากที่สุด ได้แก่ อันดับที่ 1 “ขนาดของคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกมีความเหมาะสม” (Mean = 2.92, SD = 0.27) รองลงมาตอบคะแนนเท่ากัน คือ “ภาษาเข้าใจง่าย” (Mean = 2.90, SD = 0.30) และ “ระดับความพึงพอใจในภาพรวมต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก” (Mean = 2.90, SD = 0.30) ตามลำดับ

ตารางที่ 24 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วย (n=111)

ข้อ	ประเด็น	ความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์			Mean (SD)	การแปลผล
		มาก (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)		
1	ลักษณะของขนาดอักษร สี ตัวอักษร ชัดเจน สวยงาม อ่านง่าย	97 (87.4)	14 (12.6)	0 (0.0)	2.87 (0.33)	มาก
2	ภาษาเข้าใจง่าย	100 (90.1)	11 (9.9)	0 (0.0)	2.90 (0.30)	มาก
3	มีความน่าดึงดูดและน่าสนใจ	98 (88.3)	13 (11.7)	0 (0.0)	2.88 (0.32)	มาก
4	ขนาดของคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกมีความเหมาะสม	102 (91.9)	9 (8.1)	0 (0.0)	2.92 (0.27)	มาก

ตารางที่ 2425 (ต่อ)

ข้อ	ประเด็น	ความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์			Mean (SD)	การแปลผล
		มาก (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)		
5	ระดับความพึงพอใจในภาพรวมต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก	100 (90.1)	11 (9.9)	0 (0.0)	2.90 (0.30)	มาก

ผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน พบว่า ระดับความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 90.99 และระดับความพึงพอใจปานกลาง ร้อยละ 9.01 ตามลำดับ

ตารางที่ 26 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วย (n=111)

ระดับความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยมาก	101	90.99
ระดับความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยปานกลาง	10	9.01
ระดับความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยน้อย	0	0.00

1. ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก โรงพยาบาลนครพนม

- 1.1 เนื้อหาดูแล้วใจง่ายดีครับ แต่ตัวหนังสือเล็กไปหน่อย
- 1.2 คำพูดสื่อสารได้เข้าใจ ชัดเจนดี แนะนำได้ดีมาก
- 1.3 คลิปมีเสียงและรายละเอียด พูดได้ชัดเจน
- 1.4 เนื้อหามากไป ควรแยกตามหัวข้อ

4) ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ประชุมและสรุปผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์จากขั้นสังเกต ค้นข้อมูลสู่ผู้มีส่วนร่วมได้แก่ ตัวแทนผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก และผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก และเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก จัดการความรู้ในการดำเนินการพบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้านที่สร้าง และพัฒนามีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งการมีสื่อวีดิทัศน์เป็นตอน ๆ ที่อัปโหลด (Upload) ผ่านยูทูป (YouTube) ทำให้ผู้ป่วยมีความสะดวกและง่ายต่อการเข้าถึงสามารถเปิดดูสื่อได้ทุกที่ทุกเวลา และการมีสมุดคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกยังเป็นอีกช่องทางในการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกที่ไม่สามารถเข้าถึงสื่อผ่าน

ช่องทางออนไลน์ได้ นอกจากนี้การมีกลุ่มไลน์แอปพลิเคชัน (LINE Application) ยังเป็นอีกหนึ่งช่องทางที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก และผู้สนใจสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษาหาความรู้ สอบถามหรือปรึกษาข้อสงสัยในประเด็นที่ไม่เข้าใจได้ จึงสรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้านที่สร้างและพัฒนาขึ้นสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ได้แก่ อาการหลังผ่าตัดต่อกระดูก ภาวะวิตกกังวลหลังผ่าตัดต่อกระดูก และพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูก ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความรู้ และสามารถดูแลตนเองได้จนสามารถกลับมามองเห็นได้อย่างปกติ และใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขอีกครั้ง

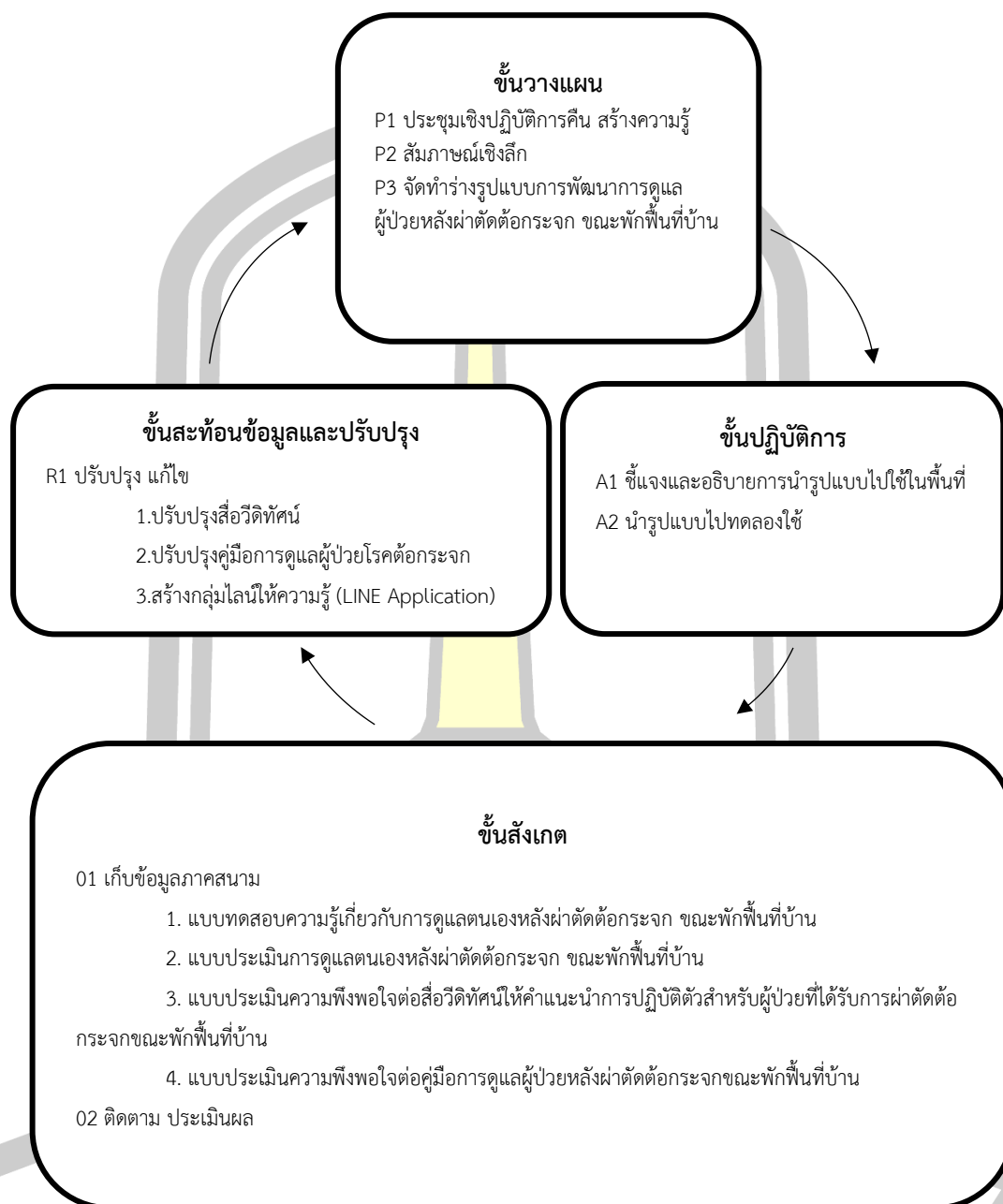
จากการวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานรูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม เปรียบเทียบขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน การดำเนินงาน ดังนี้

ตารางที่ 27 เปรียบเทียบขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

ก่อนการพัฒนารูปแบบ	หลังการพัฒนารูปแบบ
การวางแผน (Planning) 1. การประชุมวางแผนแยกกันประชุมไม่ได้ ประชุมร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ 2. ไม่มีแนวทางในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระดูกที่ชัดเจน ข้อมูลที่ได้รับในจอวิทัศน์ กับแผนพับไม่ตรงกัน	การวางแผน (Planning) 1. การประชุมวางแผนร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา 2. จัดทำแผนแนวทางในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระดูกที่ชัดเจนที่ชัดเจน
การวางแผน (Planning) 3. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ไม่ตรงกัน ทำให้ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง	การวางแผน (Planning) 3. มีการกำหนดผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเพื่อนำรูปแบบที่ได้ไปใช้ในการดำเนินงาน 4. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานและแบ่งหน้าที่ชัดเจน
การปฏิบัติ (Action) 1. ไม่มีกระบวนการและวิธีแก้ไขปัญหาและขาดการติดตามผลการแก้ไขปัญหา 2. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานไม่ได้รับการพัฒนาในการดำเนินงาน 3. การดำเนินกิจกรรมเกิดขึ้นไม่ต่อเนื่อง	การปฏิบัติ (Action) 1. การจัดประชุมเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน 2. การสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน (1) แบ่งเนื้อหาสื่อวิทัศน์ออกเป็นตอน ๆ เพื่อให้เกิดความสะดวกในการเปิดหาความรู้และอัปโหลด (Upload) สื่อวิทัศน์ผ่านช่องทางยูทูบ (YouTube) เพื่อเพิ่มช่องทางและง่ายต่อการเข้าถึง

ตารางที่ 26 (ต่อ)

ก่อนการพัฒนารูปแบบ	หลังการพัฒนาแบบ
	(2) สร้างกลุ่มไลน์แอปพลิเคชัน (LINE Group Application) เพื่อเป็นช่องทางในการให้คำปรึกษาและข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก (3) ปรับปรุงคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ให้มีความน่าสนใจมากยิ่งขึ้น โดยเพิ่มรูปภาพสีสันทันและขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก 3. การดำเนินการหลังผ่าตัดต่อกระดูก ในหอผู้ป่วยแผนกจักษุ เพื่อติดตามการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน
การสังเกตการณ์ (Observe) ไม่มีการดำเนินงาน	การสังเกตการณ์ (Observe) 1. การติดตามผลการแก้ไขปัญหเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน 1) ทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน 2) ประเมินการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน 3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน 4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน
การสะท้อนกลับผลการปฏิบัติงาน (Reflection) ไม่มีการดำเนินงาน	การสะท้อนกลับผลการปฏิบัติงาน (Reflection) 1. การระดมสมองเพื่อถอดบทเรียนและสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จรวมทั้งสะท้อนปัญหาอุปสรรคใน แต่กิจกรรมพร้อมทั้งร่วมหาแนวทางแก้ไข ปัญหา 2. การคืนข้อมูลการดำเนินงานให้กับกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาแบบและนำเสนอผลการดำเนินงานต่อผู้บริหาร



ภาพที่ 5 สรุปรวบรวมปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจาก ขณะพักฟื้นที่บ้าน
โรงพยาบาลนครพนม

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขนะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขนะพักฟื้นที่บ้าน 2) เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขนะพักฟื้นที่บ้าน 3) เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขนะพักฟื้นที่บ้าน และ 4) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขนะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม สรุปผลการวิจัยดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.2 อภิปรายผล

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขนะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม สรุปผลครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

5.1.1 สถานการณ์และบริบทเกี่ยวกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขนะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม

จากการสำรวจผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขนะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม พบว่า ลักษณะทางประชากรเป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.0 ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี ร้อยละ 40.5 สถานภาพสมรส ร้อยละ 74.8 ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.8 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40.5 สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพ (บัตรทอง) เข้ามารับบริการ ร้อยละ 74.8 ข้างที่ผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นข้างซ้าย ร้อยละ 57.7 เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูก 1 ครั้ง ร้อยละ 85.6 และจำนวนผู้ดูแล 1-2 คน ร้อยละ 91.9 โดยรวมของคะแนนเฉลี่ยปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขนะพักฟื้นที่บ้านอาการหลังผ่าตัดต่อกระดูกอยู่ในระดับน้อยกลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด พบว่า “มีอาการปวดตา” (Mean = 1.12, SD = 0.42) รองลงมา คือ “มีอาการตามัวมองเห็นไม่ชัด” (Mean = 1.29, SD = 0.64) ตามลำดับ พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อยกลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด ด้านความรู้อยู่ในระดับน้อยกลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด พบว่า “ท่านสามารถเช็ดตาเองได้” (Mean = 1.89, SD = 0.71) รองลงมา คือ “ท่านทราบวิธีการรับประทานยา” (Mean = 1.88, SD = 0.61) ตามลำดับด้านการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลางกลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด พบว่า “หลีกเลี่ยงการอาบน้ำโดยใช้ฝักบัว แนะนำให้ตักน้ำอาบจากถังตั้งแต่คอลงมา” (Mean = 2.97, SD = 0.16) รองลงมา คือ “ระวังน้ำกระเด็นเข้าตาข้างที่ผ่าตัด” (Mean = 2.96, SD = 0.25)

ตามลำดับภาวะวิตกกังวลหลังผ่าตัด อยู่ในระดับมากกลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด พบว่า “มีความกังวลต่อการมองเห็น” (Mean = 2.82, SD = 0.51) รองลงมาตอบคะแนนเท่ากัน คือ “กลัวเกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระดูก” และ “มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการดูแลหลังผ่าตัด” (Mean = 2.81, SD = 0.49) ตามลำดับ

ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.09 คะแนน (SD = 0.18) เมื่อพิจารณาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม พบว่า อาการหลังผ่าตัดต่อกระดูก อยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.34 คะแนน (SD = 0.41) รองลงมาคือ พฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 1.98 (SD = 0.21) และภาวะวิตกกังวลหลังผ่าตัด อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.47 (SD = 0.38)

เมื่อพิจารณาระดับการดูแลผู้ป่วยต่อกระดูกหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการดูแลผู้ป่วยต่อกระดูกหลังผ่าตัดในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 89.19 รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการดูแลผู้ป่วยมาก ร้อยละ 9.91 และกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการดูแลผู้ป่วยน้อย ร้อยละ 0.9

จากศึกษาพบว่า ตัวแปรทุกตัวมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรต้นที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดใส่เลนส์ตาเทียมขณะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม และถูกเลือกเข้าสมการนั้นมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนตัวแปรต้นที่ไม่ได้ถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า .05 โดยตัวแปรต้นที่ถูกเลือกเข้ามาในสมการได้ดังนี้ อายุ (p-value <.001) ภาวะวิตกกังวล (p-value = .002) อาการหลังผ่าตัดต่อกระดูก (p-value <.001) ข้างที่ผ่าตัดต่อกระดูก (p-value = .001) สิทธิการรักษา (p-value = .009) และระดับการศึกษา (p-value = .009) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรต้น 6 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม ได้ร้อยละ 98.8

5.1.2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียมขณะ พักฟื้นที่บ้าน เกิดจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงจรของ (Kemmis and McTaggart, 1988) ตามกระบวนการ PAOR ตั้งแต่ขั้นวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นสะท้อนผลข้อมูลและปรับปรุง (Reflection) เพื่อให้ได้ผลลัพธ์คือการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียมขณะ พักฟื้นที่บ้าน มีบทบาทในการช่วยดูแลผู้ป่วยพร้อมทั้งสนับสนุนให้เกิดการดูแลตนเอง โดยมีการบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health care: HHC) การจัดบริการดูแลสุขภาพอนามัยอย่างต่อเนื่อง (Continuing Care) โดยบุคลากรทางด้านสาธารณสุข หรือบุคลากรทีมสุขภาพ (สหวิชาชีพ) ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพที่บ้านที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เป็นระบบบริการ

สุขภาพ มีบทบาทหน้าที่หลักในการจัดบริการสุขภาพ และให้การดูแลสุขภาพของประชาชน ติดตามผลการรักษา เยี่ยมบ้านหรือโทรศัพท์ให้คำแนะนำ มีสื่อการเรียนรู้ได้แก่ สื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้ คู่มือการจัดการตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และช่องทางการสื่อสารใน LINE Group และให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงทำงานเชื่อมประสานกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ อสม. และผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1) ขั้นวางแผน (Planning) ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียมขณะพักฟื้นที่บ้าน โดยประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ซึ่งแบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็น 4 กลุ่มดังนี้ การศึกษาครั้งนี้คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team: PCT) จักษุ เจ้าหน้าที่หน่วยบริการที่ให้บริการ ของแผนกจักษุ โรงพยาบาลนครพนมทั้งหมด คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่คัดเลือกได้ ดังนี้ การศึกษาครั้งนี้มีผู้ร่วมวิจัยจำนวน 4 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 จักษุแพทย์โรคต่อกระดูก (3 คน) กลุ่มที่ 2 เภสัชกร (1 คน) กลุ่มที่ 3 พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยแผนกจักษุ (8 คน) พยาบาลวิชาชีพประจำตึกผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ (2 คน) พยาบาลวิชาชีพประจำห้องผ่าตัด (2 คน) รวมจำนวน 12 คน กลุ่มที่ 4 ตัวแทนผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก และผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก รวมทั้งสิ้น 222 คน ที่เกี่ยวข้องอันได้แก่ วงรอบที่ 1 ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก จำนวน 30 คน ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก จำนวน 111 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก จำนวน 111 คน

สรุปแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม ผลการวิจัยระยะที่ 1 และการประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม การดำเนินงานในแบบเดิมไม่มีรูปแบบหรือแนวปฏิบัติที่ชัดเจนขึ้นอยู่กับแต่ละพื้นที่ที่จะดำเนินการ เมื่อนำข้อมูลที่ได้จากการประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก และจากการศึกษาในระยะที่ 1 มารวบรวมและวิเคราะห์ พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน อยู่ในระดับปานกลาง และจากการวิเคราะห์ผลการศึกษาเพื่อหาปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้านโดยใช้สถิติ Multiple Linear Regression จากสมการที่ได้พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน ด้วยการวิเคราะห์พหุคูณพบว่าคุณูปรากรว่า อายุ ภาวะวิตกกังวล อาการหลังผ่าตัดต่อกระดูก ข้างที่ผ่าตัดต่อกระดูก สิทธิการรักษา และระดับการศึกษา ส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก และสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก โดยที่อาการหลังผ่าตัดต่อกระดูก มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ภาวะวิตกกังวล ภาวะวิตกกังวล สิทธิการรักษาเพศ ระดับการศึกษา และอายุ ตามลำดับ

2) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ชี้แจงและอธิบายรูปแบบกับผู้ดูแลหลังผ่าตัดต่อกระดูก เพื่อนำร่างการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาล

นครพนม ไปทดลองใช้ เพื่อให้ทราบว่ารูปแบบที่สร้างขึ้นเหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกหรือไม่โดยการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อดำเนินการตามแผนกิจกรรม เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกจำนวน 30 คน ผลการเปรียบเทียบการทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน โดยภาพรวม พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม มีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการเปรียบเทียบการประเมินการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน โดยภาพรวม พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม มีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ และคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน พบว่า ความพึงพอใจการใช้สื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.95, SD = 0.11) ความพึงพอใจสมุดคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.93, SD = 0.12) และความพึงพอใจโดยรวม (Mean = 2.94, SD = 0.09)

3) ขั้นสังเกต (Observation) เก็บข้อมูล ติดตามและประเมินผลการดำเนินการตามแผนกิจกรรมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม ดำเนินการตามแผนกิจกรรมเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก จำนวน 111 คน กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 111 คน จำนวนทั้งสิ้น 222 คน

ผลการวิเคราะห์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูก พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน ของกลุ่มตัวอย่างเลือกตอบจำแนกเป็นรายชื่อ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างตอบใช้ 3 อันดับแรก ได้แก่ อันดับที่ 1 “ควรครอบผาครอบตาตอนนอนเป็นเวลานาน 4 สัปดาห์” ร้อยละ 97.3 อันดับที่ 2 “การป้อนยาให้ท่านป้อนยาที่บริเวณด้านในของเปลือกตาจากหัวตามาทางตา” ร้อยละ 96.4 และอันดับที่ 3 “เมื่อผู้ป่วยต้องการออกจากบ้านควรปิดผาครอบตา หรือแว่นตากันแดดทุกครั้ง” ร้อยละ 94.6 ตามลำดับ ข้อคำถามที่ตอบไม่ใช้มากที่สุดคะแนนเท่ากันสองข้อ ได้แก่ อันดับที่ 1 “สำลีที่ใช้เช็ดตา ควรชุบน้ำยาให้มาก ๆ และไม่ควรถูขี้ตาเพราะจะทำให้เช็ดตาไม่สะอาด” ร้อยละ 94.6 และอันดับที่ 2 “ผู้ป่วยสามารถประกอบอาหารได้” ร้อยละ 94.6 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามความถี่ของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูก พบว่า จำแนกตามความถี่ของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน ของกลุ่มตัวอย่างเลือกตอบจำแนกเป็นรายชื่อแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างตอบข้อ 23 อันดับแรก ได้แก่ ร้อยละ 27.0 อันดับที่ 2 ตอบข้อ 23 ร้อยละ 25.2 และอันดับที่ 3 ตอบข้อ 25 ร้อยละ 14.4 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 85.6 ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกปานกลาง ร้อยละ 12.6 และระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกน้อย ร้อยละ 1.8 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน พบว่า ความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน ของกลุ่มตัวอย่างเลือกตอบจำแนกเป็นรายชื่อ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุดคะแนนเท่ากันสองข้อ ได้แก่ อันดับที่ 1 “ขั้นตอนการใช้ผ้าครอบตา โดยล้างทำความสะอาดด้วยน้ำสบู่แล้วล้างด้วยน้ำสะอาดทั้งไว้ให้แห้งและเก็บไว้ในภาชนะที่สะอาด” ร้อยละ 100.0 และ “เขย่าวดยาก่อนทุกครั้ง” ร้อยละ 100.0 ข้อคำถามที่ตอบผิดมากที่สุดคะแนนเท่ากัน ได้แก่ อันดับที่ 1 “ถ้าต้องเขย่าวดยาพร้อมด้วยในเวลาเดียวกันควรเว้นระยะเวลาระหว่างหยอดตาและยาป้ายตาประมาณ 5-10 นาที และให้ป้ายตาหลังยาหยอด” ร้อยละ 10.8 และอันดับที่ 2 “ครอบตาทุกครั้งทีนอน ตอนกลางวันให้ใช้แว่นกันแดดแทนได้” ร้อยละ 10.8 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามความถี่ของคะแนนการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน พบว่า การดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน ของกลุ่มตัวอย่างเลือกตอบจำแนกเป็นรายชื่อแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างตอบข้อ 14 อันดับแรก ได้แก่ ร้อยละ 54.1 อันดับที่ 2 ตอบข้อ 13 ร้อยละ 35.1 และ อันดับที่ 3 ตอบข้อ 12 ร้อยละ 9.0 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน พบว่า ระดับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 98.2 และระดับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้านปานกลาง ร้อยละ 1.8 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน พบว่า ความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน ของกลุ่มตัวอย่างเลือกตอบจำแนกเป็นรายชื่อ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างตอบมากที่สุด ได้แก่ อันดับที่ 1 “ความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง” (Mean = 2.97, SD = 0.16) รองลงมา คือ “ระดับความพึงพอใจภาพรวมของวีดิทัศน์” (Mean = 2.95, SD = 0.21) ข้อคำถามที่น้อยที่สุด ได้แก่ “เนื้อหามีความเหมาะสมไม่สั้นหรือยาวเกินไป” (Mean = 2.70, SD = 0.46)

ผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน พบว่า ระดับความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 91.89 และระดับความพึงพอใจปานกลาง ร้อยละ 8.11 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกตามความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน พบว่า ความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน ของกลุ่มตัวอย่างเลือกตอบจำแนกเป็นรายชื่อ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างตอบมากที่สุด ได้แก่ อันดับที่ 1 “ขนาดของคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกมีความเหมาะสม” (Mean = 2.92, SD = 0.27) รองลงมาตอบคะแนนเท่ากัน คือ “ภาษาเข้าใจง่าย” (Mean = 2.90, SD = 0.30) และ “ระดับความพึงพอใจในภาพรวมต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก” (Mean = 2.90, SD = 0.30) ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน พบว่า ระดับความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 90.99 และระดับความพึงพอใจปานกลาง ร้อยละ 9.01 ตามลำดับ

4) ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ประชุมและสรุปผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์จากชั้นสังเกต ค้นข้อมูลผู้มีส่วนร่วมได้แก่ ตัวแทนผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก และผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก และเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก จัดการความรู้ในการดำเนินการพบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้านที่สร้าง และพัฒนามีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งการมีสื่อวีดิทัศน์เป็นตอน ๆ ที่อัปโหลด (Upload) ผ่านยูทูป (YouTube) ทำให้ผู้ป่วยมีความสะดวกและง่ายต่อการเข้าถึงสามารถเปิดดูสื่อได้ทุกที่ทุกเวลา และการมีสมุดคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ยังเป็นอีกช่องทางในการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกที่ไม่สามารถเข้าถึงสื่อผ่านช่องทางออนไลน์ได้ นอกจากนี้การมีกลุ่มไลน์แอปพลิเคชัน (LINE Application) ยังเป็นอีกหนึ่งช่องทางที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก และผู้สนใจสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษาหาความรู้ สอบถามหรือปรึกษาข้อสงสัยในประเด็นที่ไม่เข้าใจได้ จึงสรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้านที่สร้างและพัฒนาขึ้นสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ได้แก่ อาการหลังผ่าตัดต่อกระดูก พฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะวิตกกังวลหลังผ่าตัด ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความรู้ และสามารถดูแลตนเองได้จนสามารถกลับมามองเห็นได้อย่างปกติ และใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขอีกครั้ง

5.2 อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

5.2.1 สถานการณ์และบริบทเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน พบว่า การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน การบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health care: HHC) (คณะกรรมการจัดทำคู่มือการให้บริการ, 2563) เพื่อให้การรักษาและสนับสนุนการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี โดยครอบคลุมทั้งโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรังต่าง ๆ พบว่า ผู้ป่วยมีอาการหลังผ่าตัดต่อกระดูก พฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะวิตกกังวลหลังผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผู้ป่วย และผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระดูก แต่ไม่สามารถปฏิบัติตัวได้ เนื่องจากมีความกลัวเรื่องตาบอด กลัวว่าจะปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดไม่ถูกต้อง และไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง อีกทั้งมีผู้ดูแลหลายคนที่สับเปลี่ยนมาช่วยดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ดังนั้นทำให้ผู้ที่มีความรู้ความสามารถไม่ว่างในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก และผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้ความสามารถเรื่องการดูแลหลังผ่าตัดต่อกระดูก จึงไม่สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง และทำให้ผู้ป่วยความกลัวเรื่องตาบอด กลัวว่าจะปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดไม่ถูกต้อง และไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง (ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล, 2553) ความต้องการความรู้ที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก ภายหลังผ่าตัด 1 วัน และ 1 สัปดาห์ มีการรับรู้ความรู้ที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 86.92 และ 94.6 ตามลำดับ

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีความต้องการความรู้ที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสูงถึงร้อยละ 73.07 โดยควรเป็นความรู้ที่ง่ายต่อการเข้าใจ รวมทั้งส่วนใหญ่ต้องการการนำเสนอในรูปแบบซีดีและแผ่นพับ (อรุณรัตน์ รอดเชื้อ, 2550) การส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้ และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง มีการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจกดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (กนกพร อริยวงค์, 2562) ดังนั้นจากระบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกในกลุ่มทดลองหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 21.20, p < .01$) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกหลังให้การพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.90, p < .01$)

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ช่วงที่ผ่าตัดต่อกระเจก จำนวนครั้งที่เข้ารับการ ผ่าตัดต่อกระเจก จำนวนผู้ดูแล ด้านร่างกาย ด้านความรู้ ด้านการปฏิบัติตัว และด้านอารมณ์ และจิตใจ อธิบายได้ว่าเมื่อเกิดอาการ (Susanna Porela-Tiihonen and Hannu Kokki, 2016) อุบัติการณ์ความเจ็บปวดในตาหลังการผ่าตัดจะมีอาการปวดนานหลายสัปดาห์ในผู้ป่วยที่ทำการศึกษามากกว่าร้อยละ 50 มีรายงานความเจ็บปวดร้อยละ 34 ระหว่างการผ่าตัดครั้งแรกชั่วโมงและประมาณ 10% ของผู้ป่วยในช่วงหกสัปดาห์แรกหลังการผ่าตัด ระหว่างการพักฟื้นในโรงพยาบาลในระยะแรก มีผู้ป่วยส่วนน้อยที่รายงานอาการปวดเท่านั้นที่ได้รับยาแก้ปวด อาการไม่สบายตา เช่น อาการคัน แสบ ร้อน รู้สึกสิ่งแปลกปลอม และการฉีกขาด พบได้บ่อยทั้งก่อน (ร้อยละ 54) และหลังการผ่าตัด (ร้อยละ 38-52) การเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และอาการของโรคและยังต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (สุรพิทย์ มาสมบุญ, 2553) รวมถึงการดูแลภายหลังผ่าตัดต่อกระเจก ใส่เลนส์ตาเทียม ครอบครัวจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค (Bradley L. Shoss, and Linda M. Tsai, 2013) และการดูแลหลังการผ่าตัดต่อกระเจก ต้องใช้ดวงตาด้วยความระมัดระวัง ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจก ถ้ามีอาการก่อนป่วยทางตาอยู่อาจมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญ (Mariam Ibrahim et al., 2018) รวมถึงการใช้โปรแกรมการสอนต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดต่อกระเจก การปฏิบัติตนหลังการผ่าตัด จะต้องปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ใช้ยาหยอดตาสัมพันธ์กับการล้างมือก่อนและหลังใช้ยาหยอดตา ($p = .009$) (ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ, 2562) ดังนั้น ความสามารถของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อกระเจก ครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อกระเจกสูงขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อีกทั้งผู้ดูแลต้อง (จิรัชยา เจียวัก, 2558) ความรู้ ในการดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดต่อกระเจก อย่างถูกต้อง (ปรีศนีย์ พันธุ์สิกร และศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล, 2563) และมีการดูแลตนเองต่อความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม

และหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ($p < .05$) (อรุณรัตน์ รอดเชื้อ, 2550) การได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง จะมีความรู้ในการดูแลตนเองของ และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.2.2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักพื้นที่บ้าน จากศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักพื้นที่บ้าน พบอาการหลังผ่าตัดต่อกระดูก พฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะวิตกกังวลหลังผ่าตัดใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักพื้นที่บ้าน ผลการวิจัยระยะที่ 1 และการประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักพื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม การดำเนินงานในแบบเดิมไม่มีรูปแบบหรือแนวปฏิบัติที่ชัดเจนขึ้นอยู่กับแต่ละพื้นที่ที่จะดำเนินการ เมื่อนำข้อมูลที่ได้จากการประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก และจากการศึกษาในระยะที่ 1 มารวบรวมและวิเคราะห์ พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักพื้นที่บ้าน อยู่ในระดับปานกลาง และจากการวิเคราะห์ผลการศึกษาเพื่อหาปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักพื้นที่บ้านโดยใช้สถิติ Multiple Linear Regression จากสมการที่ได้พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักพื้นที่บ้าน ด้วยการวิเคราะห์พหุคูณพหุคูณ ปรากฏว่า อายุ ภาวะวิตกกังวล อาการหลังผ่าตัดต่อกระดูก ข้างที่ผ่าตัดต่อกระดูก สิทธิการรักษา และระดับการศึกษา ส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก และสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก โดยที่อาการหลังผ่าตัดต่อกระดูก มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ภาวะวิตกกังวล ภาวะวิตกกังวล สิทธิการรักษา เพศ ระดับการศึกษา และอายุ ตามลำดับ จากการศึกษาในระยะที่ 2 การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักพื้นที่บ้าน สรุปปัญหาการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกที่พบวางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหา และปรับปรุง ได้แก่ (1) แบ่งเนื้อหาสื่อวีดิทัศน์ออกเป็นตอน ๆ เพื่อให้เกิดความสะดวกในการเปิดหาความรู้ และอัปโหลด (Upload) สื่อวีดิทัศน์ผ่านช่องทางยูทูป (YouTube) เพื่อเพิ่มช่องทางและง่ายต่อการเข้าถึง (2) สร้างกลุ่มไลน์แอปพลิเคชัน (LINE Group Application) เพื่อเป็นช่องทางในการให้คำปรึกษาและข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก (3) ปรับปรุงคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ให้มีความน่าสนใจมากยิ่งขึ้น โดยเพิ่มรูปภาพ สีสັນและขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก ผลการเปรียบเทียบการทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียมขณะพักพื้นที่บ้าน โดยภาพรวม พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม มีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผลการเปรียบเทียบการประเมินการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักพื้นที่บ้าน โดยภาพรวม พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม มีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การฟื้นตัวจากต่อกระดูก ต่อกระดูกที่กระทบกระเทือนจิตใจ ($AHR = 1.75$; 95% CI; 1.01–3.02) มีความเกี่ยวข้องกับเวลาในการฟื้นตัวอย่างเห็นได้ชัด (Asmare Mihret Beyene et al., 2021) หลังการจำหน่ายในผู้ป่วยต่อกระดูกที่รักษาด้วยการผ่าตัดระหว่างวัน (Chujin Qiu et al., 2019) มีการสอนการจำหน่าย ได้แก่ แนวทางที่

ได้รับในทางปฏิบัติ ความรู้เรื่องโรค พฤติกรรมการปฏิบัติตาม หลีกเลี่ยงการใช้สายตามากเกินไป หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ต้องใช้กำลังมาก และ การตรวจสุขภาพเป็นประจำ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระบุความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการสอนการจำหน่ายและ PDO ต่ำถึงปานกลาง (0.245, $p < 0.01$), RHD และ PDO (0.271, $p < 0.01$) และคุณภาพการสอนการจำหน่ายและ PDO (0.559, $p < 0.01$) (ทิพาภัทร เอกวงษา, 2564) ความวิตกกังวล และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระเจก โดยรวมน้อยกว่าเท่ากับ 34.272 คะแนน (95% CI; 32.186, 38.358) และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระเจกมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายกลับบ้านโดยรวมมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p < 0.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายกลับบ้านโดยรวมมากกว่าเท่ากับ 1.51 คะแนน (95% CI; 1.364, 1.656) (Claire Jackson, and Lauren Ball, 2018) จนสามารถส่งผู้ป่วยดูแลต่อเนื่อง ซึ่งเรามีวิธีการวัด และส่งเสริมได้โดยการวัดที่เหมาะสม สนับสนุน และจูงใจให้การดูแลอย่างต่อเนื่องในการพัฒนานโยบาย รูปแบบการดูแล วิธีการชำระเงิน การฝึกอบรม การวิเคราะห์ข้อมูล และการให้คำปรึกษาและการส่งข้อความของชุมชน (Chi Wang et al., 2020) ผู้ป่วยเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อการใช้บริการ เรื่อง อายุ เพศ ระดับของเมือง สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม การเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน การรักษาในโรงพยาบาล ความผิดปกติทางโรคเรื้อรัง (Jeannie L Haggerty and Robert J Reid, 2003) จะมีสหสาขาวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์ที่สอดคล้องและเชื่อมโยงกับความต้องการทางการแพทย์ของผู้ป่วย มุ่งเน้นผู้ป่วยแต่ละรายบุคคล โดยการให้ข้อมูล การบริหารจัดการ และความสัมพันธ์ เน้นการดูแลต่อเนื่อง (อรฉัตร จันทร์กระจ่าง, 2561) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ประกอบด้วย 3 ประเด็น คือ (1) การประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน (2) การบริหารความปวดในห้องพักฟื้น และ (3) การจำหน่ายผู้ป่วยและการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (Watanya Kamel, and Atya Elgazar, 2017) การพัฒนาแนวทางการดูแลตนเองในระยะหลังสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระเจก มากกว่าครึ่งมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดต่อกระเจกไม่เป็นที่น่าพอใจร้อยละ 78.0 (Nadia Mohamed Taha, and Nahla Ahmed Abd Elaziz, 2015) ดังนั้น ความต้องการของผู้ป่วย และปัญหาทางสายตาสองหลังการผ่าตัดต่อกระเจก พบว่า การนำแนวทางการพยาบาลไปปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยต่อกระเจกหลังการผ่าตัดมีประสิทธิภาพสูง ในการกระตุ้นให้เกิดการปรับปรุงทางด้านความรู้และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับพยาบาล ซึ่งมีการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดีขึ้น และการลดอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด (อัจฉรา ศิริรัตน์, 2553) ในการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระเจก จึงมีการปฏิบัติขั้นตอนของรูปแบบการให้ข้อมูล และความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ และมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับสูง ทำให้รูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระเจกที่พัฒนาขึ้น มีระบบที่ชัดเจนขึ้น และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ส่งผลให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Amal S. Taha, 2021) ผลลัพธ์แสดงให้เห็นการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในประสิทธิภาพของพยาบาล (ความรู้และการปฏิบัติ) หลังการพยาบาลทันทีและติดตามผล 1 เดือนหลังการพยาบาล เมื่อเทียบกับการใช้โปรโตคอลการแทรกแซงก่อนการพยาบาล ($p < .001$) การปรับปรุงโดยทั่วไปในกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย (41.6 ± 11.042) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

เป็น (64.2 ± 13.65) หลังการใช้โปรโตคอลการแทรกแซงการพยาบาลที่ $p = .001$ อย่างไรก็ตาม หลังจากใช้โปรโตคอลการแทรกแซงการพยาบาลเป็นเวลาหนึ่งเดือน การลดลงเล็กน้อยเกิดขึ้น หลังจากหนึ่งเดือน (52.46 ± 10.97) เมื่อเทียบกับระดับก่อนการแทรกแซง พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญ (ละมิตร์ ปีกขาว, 2563) การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบโดยใช้ แบบวัดความรู้ ทักษะ พฤติกรรมความพึงพอใจ อัตราการติดเชื้อ ผลการประเมินรูปแบบตามแนวคิดของแบบวัด ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ พฤติกรรมและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วย และผู้ดูแล หลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระเจกลดลงเท่ากับศูนย์ (ลาวัลย์ ชาวเลาขวัญ, 2550) การกลับไปพักฟื้นที่บ้านนั้น (พิมพิลา ศิริปัน, 2564) การป้องกันการติดเชื้อในลูกตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก จะต้องประเมินประสิทธิภาพสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อในลูกตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก มีประสิทธิภาพ (ยุวดี ขาติไทย, 2559) การให้คำแนะนำผ่านสื่อวีดิทัศน์ และหุ่นสาธิตต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระเจก ของผู้ป่วยที่รับ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ก่อนและหลังการให้คำแนะนำ (สุธัญญา นวลประสิทธิ์ พวงเพชร วุฒิพงศ์กษิรา จันทรมณี, 2553) หลังสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์โปรแกรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับมากความรู้และความสามารถของผู้ป่วยก่อนและหลังการสอนพบว่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ (ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์, 2559) เมื่อกลับดูแลสุขภาพที่บ้าน (ชลการ ทรงศรี, 2557) รูปแบบการบริการสุขภาพที่พัฒนาขึ้นได้ แบ่งประเภทผู้ป่วยออกเป็น 4 ประเภทคือ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนและขาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถดูแลตนเองได้ และผู้ป่วยหลังกลับจากการรักษาโรงพยาบาลสำหรับผู้ให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านนอกจากเป็นเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพแล้วยังต้องมีเครือข่ายในการให้บริการ เช่น ผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสาบุคคลในครัวเรือน ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการบริการสุขภาพที่บ้านที่พัฒนาขึ้นโดยรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากและมีความสอดคล้อง (Heather Gilmo, 2560) ความต้องการการดูแลที่บ้านที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ในกลุ่มผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือมากกว่าผู้ที่มีความต้องการของ (Home Health care: HHC) ความพร้อมของบริการมีถูกอ้างถึงว่าเป็นอุปสรรคต่อการได้รับบริการดูแลที่บ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่มีความต้องการบริการ (Home Health care: HHC) ที่ไม่ได้รับการตอบสนอง กลุ่มอายุ ประเภทครัวเรือน การประกันการดูแลระยะยาว และปัจจัยด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความต้องการการดูแลที่บ้านที่ไม่ได้รับการดูแล โดยมีความแตกต่างเล็กน้อยตามประเภทของความต้องการ (สมสมัย รัตนกริฑากุล, และคณะ, 2561) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มี 4 ระยะ ได้แก่ (1) ริเริ่มนโยบาย กำหนดยุทธศาสตร์ เพื่อลดอัตราครองเตียง ลดอัตรา การนอนโรงพยาบาลซ้ำ และลดค่าใช้จ่าย (2) การสร้างทีมงานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สร้างโรงพยาบาล 1 เตียงที่บ้าน พยาบาลสอนฝึกทักษะให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้ เช่นเดียวกับได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลโดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วย (3) การสร้าง เครือข่ายการดูแล ได้แก่ กลุ่ม องค์กร อาสาสมัคร และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นให้งบประมาณสนับสนุน การดูแลผู้ป่วย (4) ได้รูปแบบระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีธนาคารอุปกรณ์มีระบบการประเมินสภาพผู้ป่วยให้การดูแลแบบองค์รวม พยาบาลประสานความร่วมมือกับหน่วยงาน กลุ่มองค์กรต่าง ๆ เกิดเป็นภาคีเครือข่าย ในการ

ดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องครอบคลุมเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคลองใหญ่ โดยสามารถลด อัตรา ครอบเตียง ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนต่ำกว่าเกณฑ์ ผลการวิจัยนี้พยาบาลสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในพื้นที่อื่น ๆ ให้สอดคล้องกับบริหารงานเครือข่ายบริการ สุขภาพระดับอำเภอตามบริบทพื้นที่

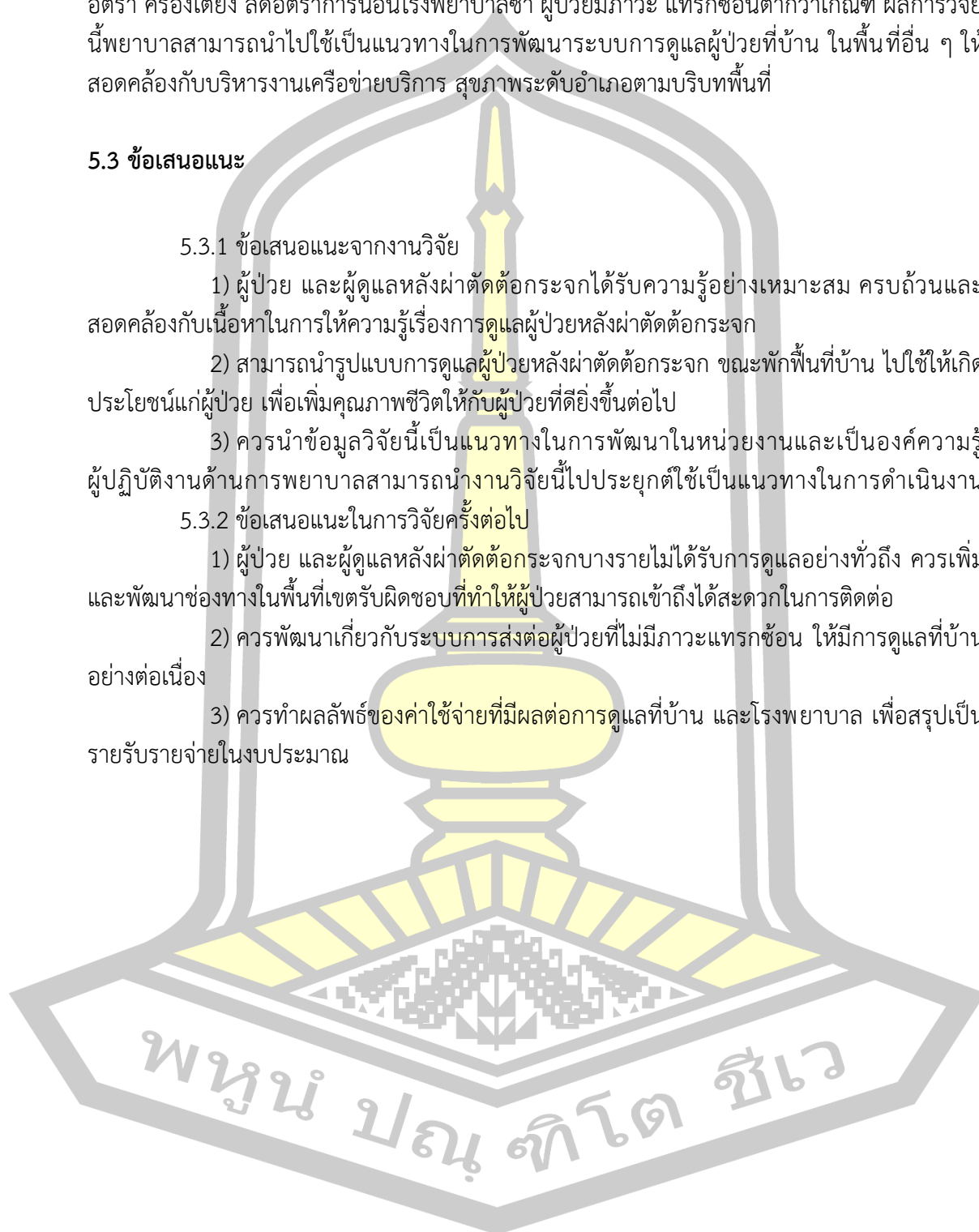
5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

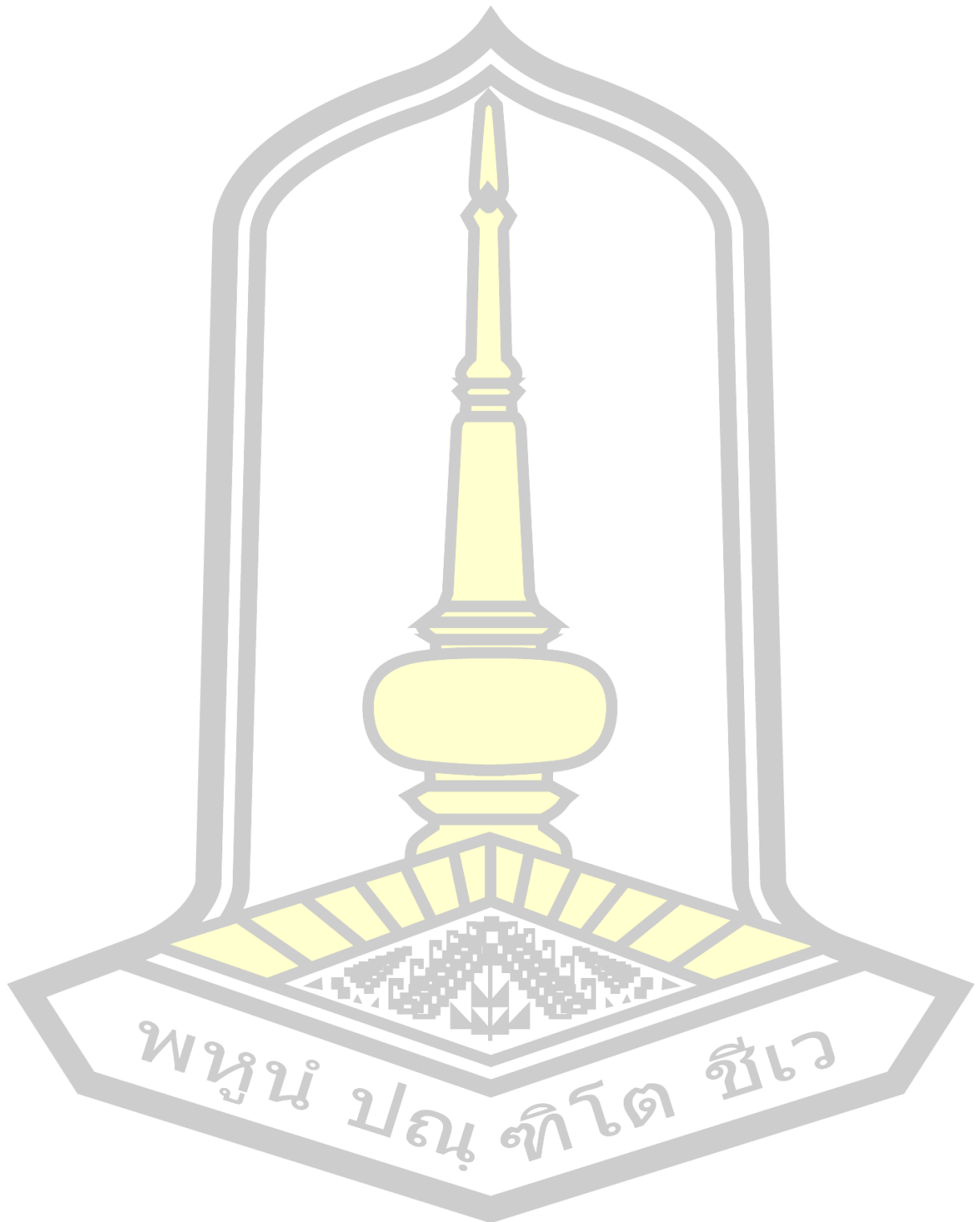
- 1) ผู้ป่วย และผู้ดูแลหลังผ่าตัดต่อกระดูกซี่โครงได้รับความรู้ที่เหมาะสม ครบถ้วนและสอดคล้องกับเนื้อหาในการให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกซี่โครง
- 2) สามารถนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกซี่โครง ขณะพักฟื้นที่บ้าน ไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยที่ยังขึ้นต่อไป
- 3) ควรนำข้อมูลวิจัยนี้เป็นแนวทางในการพัฒนาในหน่วยงานและเป็นองค์ความรู้ ผู้ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสามารถนำงานวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ผู้ป่วย และผู้ดูแลหลังผ่าตัดต่อกระดูกซี่โครงบางรายไม่ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ควรเพิ่มและพัฒนาช่องทางในพื้นที่เขตรับผิดชอบที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้สะดวกในการติดต่อ
- 2) ควรพัฒนาเกี่ยวกับระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ให้มีการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง
- 3) ควรทำผลลัพธ์ของค่าใช้จ่ายที่มีผลต่อการดูแลที่บ้าน และโรงพยาบาล เพื่อสรุปเป็นรายรับรายจ่ายในงบประมาณ



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย. (2566). แนวทางการดำเนินงานผู้จัดการสุขภาพระดับพื้นที่ (Area Manager) กรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.หลักสูตรผู้บริหารการพยาบาล. กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2564). คู่มือมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ปี 2564.กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กฤษฎา โพธิ์นึ่งแดง. (2560). การออกแบบและพัฒนาระบบจัดการการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. วิทยานิพนธ์นี้หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต.สาขาวิชาวิศวกรรมอุตสาหการ ภาควิชาวิศวกรรมอุตสาหการ คณะวิศวกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กนกพร อริยวงษ์, ศุภพร ไพโรดม, และทนายตะวัน สลึงค์. (2562). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกโรงพยาบาลสุโขทัย. วารสารวิทยาลัยเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 2(3), 17-30.
- กิตติยา วงษ์จันทร์.(2561). รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (R&D) และรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR).ภาควิชาเคมี คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- กลุ่มการพยาบาล. (2565). กระบวนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก.กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม.
- กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2565). Health KPI. [ออนไลน์]. 2565, แหล่งที่มา: <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index2/>.
- กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ. (2565). รายงานผลการปฏิบัติราชการ ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และเขตสุขภาพที่ 8. อุดรธานี: โรงพยาบาลอุดรธานี.
- กลุ่มงานเวชกรรมสังคม. (2565). คู่มือแนวทางปฏิบัติงานตามภารกิจหลัก ภารกิจ: งานดูแลต่อเนื่องในชุมชน (Continuing of Care) และงานศูนย์ดูแลต่อเนื่อง COC.กลุ่มงานเวชกรรมสังคม งานพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า.
- กลุ่มนโยบายและวิชาการสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครพนม. (2564).รายงานสถานการณ์ทางสังคม จังหวัดนครพนม. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครพนม.
- กลุ่มวิชาการพยาบาลสาธารณสุข. (2557). การสอนสุขศึกษาในโรงเรียน. กลุ่มวิชาการพยาบาลสาธารณสุขคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กุลวดี แข่งวา. (2564). บริการทางสุขภาพ ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการสาธารณสุข ครั้งที่ 3. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี.
- กันต์ฤทัย คลังพล. (2563). การวิจัยแบบผสมวิธี MIXED METHODS RESEARCH. วารสารบัณฑิตศึกษา, 14(1), 235-256.
- คณะกรรมการจัดการความรู้ คณะสื่อสารมวลชน. (2561). สรุปผลการจัดการความรู้ (Knowledge Management).คณะสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

- คณะกรรมการจัดทำคู่มือการให้บริการ. (2563). **คู่มือการให้บริการ เรื่อง การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Continuity of care) โรงพยาบาลนาแก.** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
- จันทร์ทิรา เจียรณัย. (2553). **แนวคิดพื้นฐานของศาสตร์ทางการแพทย์.ประมวลสาระการ สอน.** สำนักงานพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- จิรัชยา เจียวกิก, สุภาวี หมดอะด้า, และเชมริฐศา เข้มมะลวน. (2558). ความรู้ความสามารถของ ครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดต่อกระเจก. **วารสารหาดใหญ่วิชาการ**, 13(1), 35-45.
- จิราพร รักการ. (2564). **แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.** การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- ชลการ ทรงศรี. (2557). รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่น้ำ นนท์ เมืองอุดรธานี. **วารสารการพยาบาล และการดูแลสุขภาพ**, 32(3), 155-162.
- ชนินทร์ธุดา สมบัติมาก. (2565). **คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม.** ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช.
- ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. (2559). คุณภาพการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านตามการรับรู้และความ คาดหวังของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตชุมชนเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี. **วารสารพยาบาล สาธารณสุข**, 31(2), 201-219.
- ชุมพร ฉ่ำแสง. (2560). **แบบฟอร์มการจัดการความรู้ การพยาบาลศัลยกรรมหญิง 13/2.** ศูนย์ การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี: หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โสต ศอ นาสิก ลาริงซ์ วิทยา.
- ณภัทร สิทธิศักดิ์. (2565). **ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปีงบประมาณ 2565.** อุดรธานี: ประธาน คณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ เขตสุขภาพที่ 8.
- ดารณี อินทรลาวัณย์. (2560). **ระบบบริการสุขภาพของไทย Health Care System.** โรงพยาบาลเชียงราย ประชาชนเคราะห์.
- ทิพาภัทร เอกวงษา. (2564). ประสิทธิภาพการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความ วิตกกังวล และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระเจก. **วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ**, 2(1), 71-81.
- ธนสิทธิ์ ไพรพงษ์. (2565). **รายงานสถิติผู้ป่วยผ่าตัด.** นครพนม: งานห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครพนม.
- นริศรา งามสะอาด. (2551). **มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด.** (พิมพ์ครั้งที่ 3). สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.นนทบุรี: องค์การลิขสิทธิ์ สงเคราะห์สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- นิภาพร โพธิราช. (2562). การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อแก้ปัญหาการอ่านของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาวิจัยและประเมินผลการศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- เบญจมาศ เทียนสว่าง. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก. สำนักการแพทย์: ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสิรินธร.
- ปริญญ์ โรจนพงศ์พันธุ์. (2559). ต่อกระเจกและการผ่าตัดรักษาต่อกระเจก.(พิมพ์ครั้งที่ 2). จักรุจพา กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี จำกัด.
- ประสิทธิ์ ฉิมบุญมา. (2564). รูปแบบการถ่ายทอดอาชีพการทำปานขอยในจังหวัดแม่ฮ่องสอน. ภาควิชาเทคโนโลยีอุตสาหกรรม คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- ปรัตถกร วงศ์กาฬสินธุ์. (2564). รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต. ปริญญาสาธาณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต. สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ปรีศนีย์ พันธุ์กลีกร, และศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล. (2562). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก. วารสารสภาการพยาบาล, 35(4), 84-98.
- ปัทมา สันติวงศ์เดชา. (2562). เทคนิคการให้รหัส ICD-10 และ ICD-9-CM. ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปานเนตร ปางพุดมพงศ์ และคณะ. (2557). โรคตา (Eye Diseases). กรมแพทย์ไทย โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์.
- ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ, ไบบัว เศวตสุวรรณ, และสมัย นงนุช. (2563). ผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อการเจ็บป่วยต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจก และความสามารถของครอบครัวในการดูแล สุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อกระเจก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์, 11(2), 16-31.
- ผกามาศ ศรีหะชัย. (2559). ผลการผ่าตัดต่อกระเจกแผลเล็กสำหรับต้อชนิดสุกงอม ในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 33(2), 129-137.
- พรทิพย์ มงคลสวัสดิ์. (2556). การพัฒนารูปแบบการบริการ การผ่าตัดผู้ป่วยโรคต่อกระเจกแบบไม่ค้างคืนโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 12(1), 71-76.
- พรศิริ พันธสี. (2563). กระบวนการพยาบาล แบบแผนสุขภาพ การประยุกต์ใช้ทางคลินิก.(พิมพ์ครั้งที่ 24) .กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด พิมพ์อักษร.
- พศวีร์ วัชรบุตร. (2564). คู่มือมาตรฐาน ระบบบริการสุขภาพ ปี 2563. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- พัชรา บรรดาศักดิ์. (2564). รายงานกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดตาต่อกระเจกใส่เลนส์เทียมมีภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด. อ่างทอง: โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ.

- พารุณี วงษ์ศรี, และทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล. (2561). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มกับการดูแล และการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลตำรวจ, 10(1), 209-219.
- เพ็ญศรี แก้วมณี. (2560). การวิจัยเชิงปฏิบัติการจัดการเรียนรู้พัฒนาความสามารถในการอ่าน **จับใจความ**ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5.ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชา วิจัยและประเมินผลการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- พิมพ์ลา ศิริปิ่น, นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, และพิมพ์ภาภรณ์ กลั่นกลั่น. (2564). การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ ในการป้องกันการติดเชื้อในลูกตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก. พยาบาลสาร, 48(3), 179-190.
- ภาควิชาจักษุวิทยา. (2562). **ความรู้และแนวทางการปฏิบัติตัว**สำหรับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดต้อ **กระจก**. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภัทนี สามเสน. (2550). **จักษุวิทยา บทที่ 12 เลนส์**. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ ฯ บริษัทศิริวัฒนา อินเทอร์เน็ต.
- ภัทราวดี มากมี. (2559). การออกแบบการวิจัยสำหรับการวิจัยแบบผสมวิธี. วารสารสมาคม **นักวิจัย**, 21(2), 19-31.
- มนัสนันท์ วงษ์หาแก้ว. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดตาติดเชื้อหลังผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์ตา เทียม กรณีศึกษา:3 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 13(3), 61-70.
- มาเรียม นิลพันธุ์. (2556). การประเมินโครงการพัฒนาครูภาษาอังกฤษของสถาบันภาษาอังกฤษ ตามโครงการความร่วมมือระหว่างสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) กับมูลนิธิเทมาเล็ก และSEAMEO RELC ประเทศสิงคโปร์. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- เมธี อึ้งอารมณ์. (2563). **รู้ให้ทัน...เฝ้าระวังให้ดีกับโรคต้อกระจก**. [ออนไลน์]. 2563, แหล่งที่มา: https://www.phyathai.com/article_detail/2264/th/รู้ให้ทัน...เฝ้าระวังให้ดีกับโรคต้อกระจก [20 พฤษภาคม 2563]
- ยุวดี ขาดีไทย, นภาพร วาณิชยกุล, และสุชาดา ภัทธมงคลฤทธิ์. (2559). ผลของการให้คำแนะนำ ผ่านสื่อวีดิทัศน์และหุ่นสาธิตต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจก ของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดจากหน่วยแพทย์เคลื่อนที่. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 36(2), 159-170.
- เรวดี ศรีสุข. (2564). **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง** ของผู้สูงอายุ **ภายหลังการผ่าตัดต้อกระจก**. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี, 21(5), 65-76.
- ละมิตร์ ปีกขาว, เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, และกาญจนา หัถังยี. (2563). การพัฒนารูปแบบการ พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกแบบมีส่วนร่วมอย่างเอื้ออาทร ตามทฤษฎี Swanson โรงพยาบาลปทุมธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29(5), 864-875.

- ลาวัลย์ ชาวเลาขวัญ. (2550). การสร้างวิทัศน์ เรื่อง การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระเจก เมื่อ กลับไปพักฟื้นที่บ้าน ของวิทยาลัยแพทย์ กรุงเทพมหานครและศิริพยาบาล. การศึกษาค้นคว้าอิสระ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- วรรณัน ประสารอธิคม. (2561). แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Concept of home care). พยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรภัทร วงษ์สวัสดิ์. (2565). รายงานผลการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพสาขาจักษุวิทยา. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์ กรมการแพทย์: โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง).
- _____ (2565). รายงานผลสรุปการคัดกรองและวินิจฉัยตาบอด (Health KPI). กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์ กรมการแพทย์: โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง).
- วาโร เพ็งสวัสดิ์. (2553). การวิจัยพัฒนารูปแบบ. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร, 2(4), 1-15.
- วิชัย ลีละวงศ์เทวัญ. (2551). ตำราพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา บทที่ 3 การตรวจตา .(พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ ฯ: ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วีระยุทธ์ ชาทะกาญจน์. (2558). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research). วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี. 2(1),29-49.
- ศักดิ์ชัย วงศ์กิตติรักษ์. (2558). แนวทางจักษุวิทยา สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- ศรเกษม ศรีลักษณ์. (2563). การจัดการความรู้ ระบบสุขภาพอำเภอพึงประสงค์ โดยใช้หลักการ Six Building Blocks Plus One. เขตสุขภาพที่ 2.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2555). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล:ระเบียบวิธีวิจัยและกรณีศึกษา.(พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ ฯ: สำนักบริหารจัดการทรัพยากรสิ่งทางปัญญามหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล. (2553). การรับรู้และความต้องการความรู้ที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระเจกแบบไม่ค้างคืน. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 20(5), 437-448.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2565). ผลการดำเนินการ ตอนที่ IV ประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 (SAR 2018 version 1.0). สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2565). มาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5.นนทบุรี: ก.การพิมพ์เทียนทอง.
- สถิติผ่าตัดต่อกระเจก. (2565). รายงานสถิติผ่าตัดต่อกระเจกโรงพยาบาลนครพนม.งานห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม.

- สมปอง พะมูลิลา. (2561). เอกสารประกอบการสอน: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research). กลุ่มวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- สมสมัย รัตนกริธากุล, และคณะ. (2561). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน: กรณีศึกษา นวัตกรรมพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา**, 26(1), 79-90.
- สายพิน หัตถ์รัตน์. (2554). เอกสารประกอบการสอน เรื่อง การบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care). รายวิชา เวชปฏิบัติปฐมภูมิ 1 (ร.ม.ค.408). ภาควิชา เวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุชาดา กัมปนาทแสนยากร. (2550). **จักษุวิทยา บทที่ 5 การตรวจตาทั่วไป**. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ ฯ: บริษัทศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้น.
- สุธัญญา นวลประสิทธิ์, พวงเพชร วุฒิพงศ์, และกษิรา จันทรมณี. (2553). การศึกษาผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์โปรแกรมการดูแลตนเองต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยตาต้อกระจกและญาติผู้ดูแล. **วารสารพยาบาล**, 25(2), 78-85.
- สุพรรณิการ์ แก้วมณี และสุภา สุรเศรษฐ์. (2558). การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดตาเมื่อกลับบ้าน. ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- สุ่มทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัถยพรต. (2553). **หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 6)**. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์สารคามเปเปอร์.
- สุนิสา เทพอ้อตระกูล. (2555). **การผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงในโรงพยาบาลสิรินธร**. กลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิระดับสูง กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลสิรินธร สำนักการแพทย์.
- สุรพีย์ มาสมบุญ. (2553). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อกระจก ที่มารับการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์**.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558). **คู่มือบริหารกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2558**. การบริหารงบประมาณการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- อาภรณ์ พันดี. (2562). ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกโรงพยาบาลแพร่. **วารสารโรงพยาบาลแพร่**, 27(2), 30-45.
- อมรรัตน์ นระสนธิ. (2559). **แนวคิดพื้นฐานและทฤษฎีการพยาบาล.เอกสารประกอบการสอน รหัสวิชา 1802 103**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- อรนัทร จันทรกระจ่าง. (2561). การศึกษาการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกเปลี่ยนเลนส์. ราชบุรี: ศูนย์อนามัยที่ 5.
- อรุณรัตน์ รอดเชื้อ. (2554). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้และ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาล. **วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนีกรุงเทพ**, 28(2). 1-14.

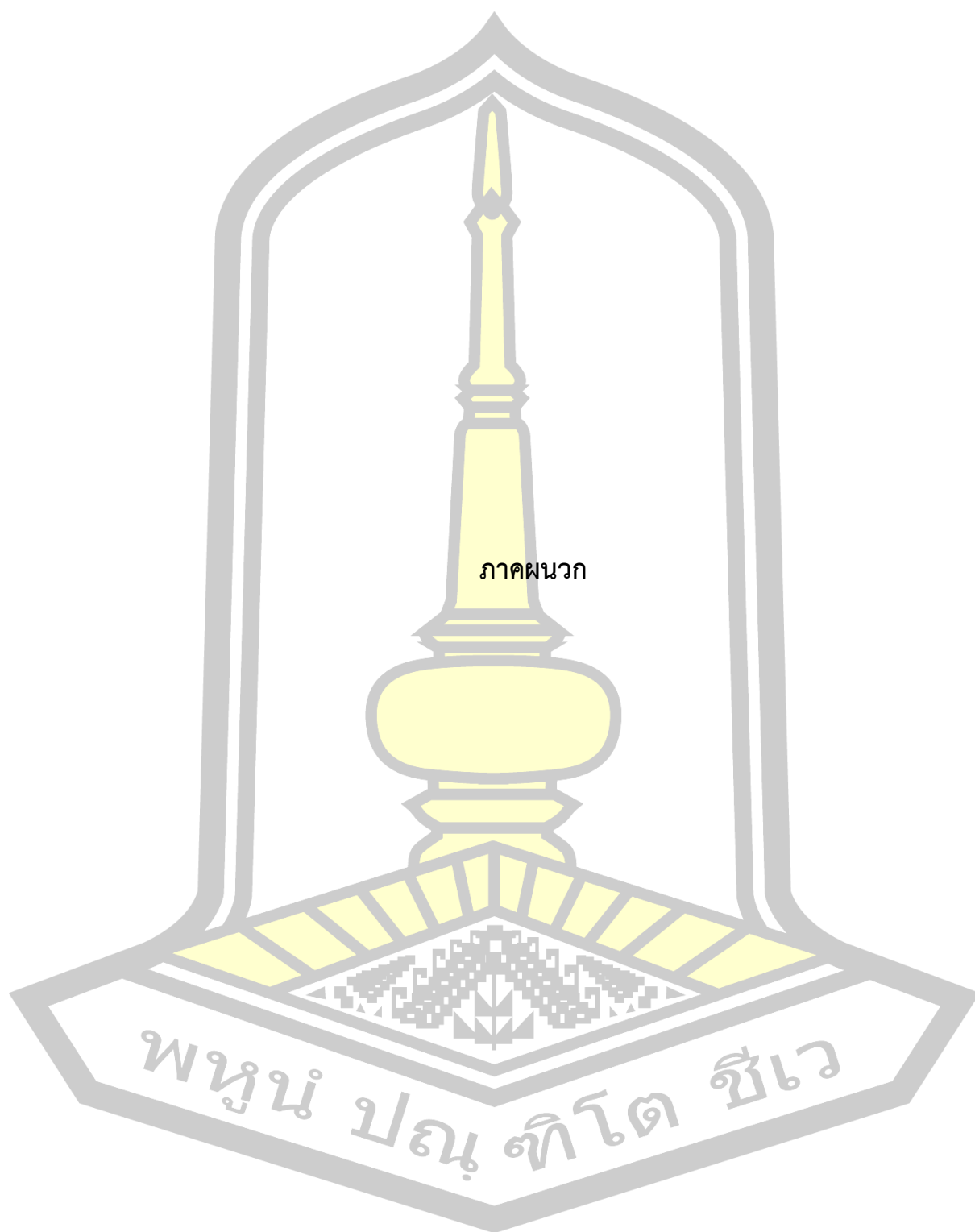
- อัจฉรา ศิรินันท์. (2553). การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกโรงพยาบาลบุรีรัมย์. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Amal S. Taha. (2021). Effectiveness of Nursing Intervention Protocol on Nurses' Performance and Patients' Self-Care after Cataract Surgery. **Evidence-Based Nursing Research**, 3(2), 1-16. Doi: 10.47104/ebnrojs3.v3i2.190.
- Asmare Mihret Beyene et al. (2021). Time to recovery from cataract and its predictors among eye cataract patients treated with cataract surgery: A retrospective cohort study in Ethiopia. **Ann Med Surg (Lond)**, 9(65), 102275. Doi:10.1016/j.amsu.2021.102275.
- B Keogh, P Callaghan, and A Higgins. (2015). Managing preconceived expectations: mental health service users experiences of going home from hospital: a grounded theory study. **J Psychiatr Ment Health Nurs**. 22(9),715-23. Doi: 10.1111/jpm.12265.
- Baum J, Payman GA, Barza M. (1982). Intravitreal administration of antibiotic in the treatment of bacterial endophthalmitis: iii consensus. **Surv Ophthalmol**, 26(6), 204.
- Bradley L. Shoss, and Linda M. Tsai. (2013). Postoperative care in cataract surgery. **Curr Opin Ophthalmol**, 24(1), 66-73. Doi: 10.1097/ICU.0b013e32835b0716.
- Briget Somekh. (2006). **Action Research a methodology for change and development. (First published)**. Printed and bound by bell & Bain Ltd. Glasgow.
- Chi Wang et al. (2020). Continuity of care and multiple chronic conditions impact frequent use of outpatient services. **Health Informatics J**, 26(1), 318-327. Doi: 10.1177/1460458218824720.
- Chujin Qiu et al. (2019). Discharge teaching, readiness for discharge, and post discharge outcomes in cataract patients treated with day surgery: A cross-sectional study. **Indian J Ophthalmol**, 67(5), 612-617. Doi: 10.4103/ijo.IJO_1116_18.
- Claire Jackson, and Lauren Ball. (2018). Continuity of care: Vital, but how do we measure and promote it?. **Aust J Gen Pract**, 47(10), 662-664. Doi:10.31128/AJGP-05-18-4568.
- Cohen J. (1995). The earth is round ($p < .05$): Rejoinder. **Am. Psychol.** 50, 1103-1105. Doi: 10.1037/0003-066X.50.12.1103
- Cohen, L., and Lawrence M. (1992). **Research methods in education**. London: Croom Helm.

- Creswell J.W. (2009). **Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches**. 3rd ed. California: Sage.
- Creswell J. W., and Plano Clark V. L. (2018). **Designing and conducting Mixed Methods Research**. 3rd ed. Los Angeles.
- Elifson et al. (1990). **Fundamentals of Social Statistics**. (2nd ed). New York: McGraw – Hill, Inc.
- Elsie Chan. (2010). Complications of cataract surgery. **Intraocular Lens Papers**, 93(6),379-89. Doi: 10.1111/j.1444-0938.2010.00516.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. **Behavior Research Methods**, 39, 175-191.
- Frank W. Howes . (2009). **Indications for Lens Surgery/Indications for Application of Different Lens Surgery Techniques**. Ophthalmology. Third Edition. Boston: University School of Medicine Boston, MA.
- Fox GM et al. (1991). Delayed- onset pseudophakic endophthalmitis. **Am J Ophthalmol**, 111(9), 163-73.
- Goel Ruchi. (2022). Complications of manual small incision cataract surgery. **Indian J Ophthalmol**, 70(11), 3803-3811.
- Greene et al. (1989). Toward a Conceptual Framework for Mixed-method Evaluation Designs. **Educational Evaluation and Policy Analysis**, 11(3), 255-274.
- Good, C. V. (1973). **Dictionary of Education**. (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Grundy S. (1988). “Three Modes of Action Research”, In **Action Research Reader**. Edited by Stephen, Kemmis and Robin, McTaggart. 3rd ed. P 353-364. Victoria: Deakin University.
- Hayne W. Reese and Willis F. Overton. (1973). **Models of Development and Theories of Development**. CHAPTER 5. Academic press INC: New York. Doi: 10.1016/B978-0-12-293850-4.50011-X.
- Heather Gilmou. (2560). Unmet home care needs in Canada. **Health Rep**. Nov 21;29(11):3-11.
- Holter and Schwartz-Barcott. (1993). Action research: What is it? How has it been used and how can it be used in nursing?. **Journal of Advanced Nursing**, 18(2), 298-304.
- Javitt JC et al. (1991). National outcomes of cataract extraction: endophthalmitis following inpatient surgery. **Arc Ophthal**, 109(8), 1085-9.
- Jay Thompson MD, and Naheed Lakhani MD. (2015). **Cataracts**. Volume 42, Issue 3, September 2015, Pages 409-423

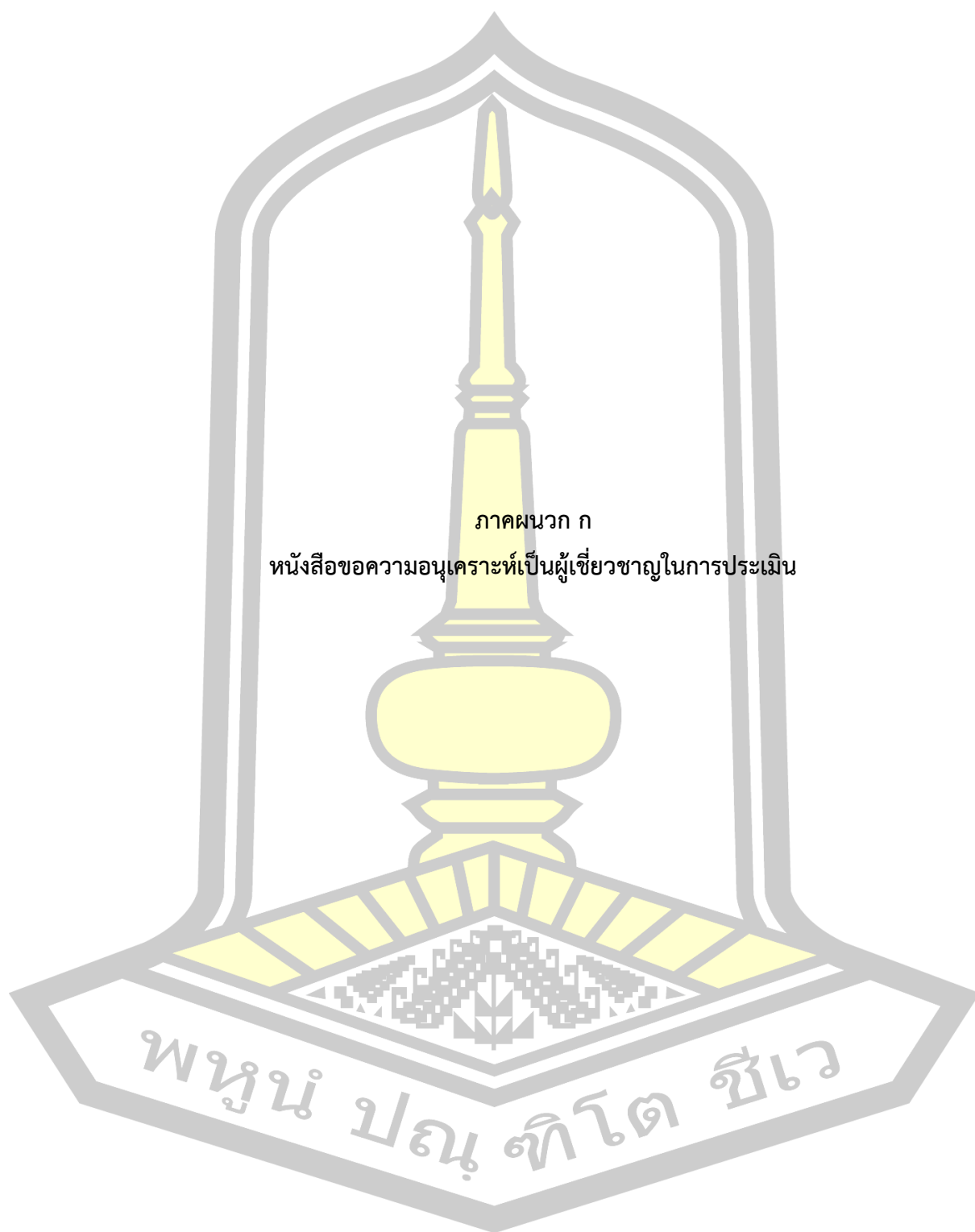
- Jeannie L Haggerty, and Robert J Reid. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ**, 327(7425), 1219-21. Doi: 10.1136/bmj.327.7425.1219.
- Jessica Randolph, and All authors. (2023). **Cataract Surgery Complications**. American Academy Of Ophthalmology: Eye Wiki.
- Johnson and Onwuegbuzi. (2004). Mixed methods research: a research paradigm whose time has come. **Educational Researcher**, 33(7), 14-26.
- Keeves P.J. 1988. **Educational research, methodology and measurement: An international handbook**. Oxford: Pergamon Press.
- Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). **The Action Research Planer**. (3rd ed.). Victoria: Deakin University.
- Krejcie, R.V., & D.W. Morgan. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. **Educational and Psychological Measurement**. 30(3),607 – 610.
- Leanne L Coombe, Melissa R Haswell-Elkins, and Peter S Hill. (2008). Community-governed health services in Cape York: does the evidence point to a **model** of service delivery? **Aust Health Rev**. 32(4), 605-12. doi: 10.1071/ah080605.
- Leila Toiviainen. (2005). Home care for older people. **J Br Menopause Soc**. Jun;11 (2):57-60. doi: 10.1258/136218005775544480.
- Turk et al., (2000). A new era in home care. **Semin Nurse Manag**. 8 (3),143-50.
- Manoj V Parulekar .(2008). Complications following cataract surgery. Butterworth **Heinemann**, 141-182. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-044977-7.50013-6>
- Majid Moshirfar et al. (2022). **Cataract Surgery**. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
- Maria Vittoria Cicinelli, and John C Buchan. (2022). **Cataracts**. Feb 4;401(10374):377-389. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01839-6. Epub 2022 Dec 21.
- Mariam Ibrahim et al.(2018). Effect of Implementing Teaching Program on Knowledge and Practice of Nurses and Clinical Outcomes of Patients Post Cataract Surgery. **Journal of Nursing and Health Science**, 5(3), 60-70.
- M Delbarre, and F Froussart-Maille. (2020). Signs, symptoms, and clinical forms of cataract in adults. **J Fr Ophtalmol**, 43(7),653-659.doi:10.1016/j.jfo.2019.11.009.Epub 2020 Jun 22.
- Meisler D, and Mandelbaum S. (1987). Propionibacterium associated endophthalmitis after extracapsular cataract extraction: review of reported cases. **Ophthalmology**, 96(10), 54-61.
- Myron Yanoff and Duker. (2009). **Cataract**. Ophthalmology Part 5. (Third Edition). China: Mosby Elsevier.

- Nadia Mohamed Taha, and Nahla Ahmed Abd Elaziz. (2015). Effect of Nursing Intervention Guidelines on Nurses' Role, Patients' Needs, and Visual Problems Post Cataract Surgery. **American Journal of Nursing Science**, 4(5), 261-269.
- National eye health data center. (2023). **VISION THAILAND 2020**. [Online]. 2023, Source: <https://vision2020thailand.org/home.php>.
- Orem D. E. (1991). **Nursing: Concepts of Practice**. (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- _____. (2001). **Nursing: concept of practices**. (6th ed.) St. Louis MO: Mosby.
- Patrick J.M. Costello. (2003). **Action Research**. (First published). Print in great Britain by Bindles Ltd, King's Lynn, Norfolk.
- Roussel T, Culbertson W, Jajje N. (1987). Chronic postoperative endophthalmitis associated with Propionibacterium acne. **Arch Ophthalmol**, 105(201), 1199.
- Seth A. Kaufman. (2011). **CATARACT SURGERY AMONG THOSE AGED FIFTY AND OLDER**. A THESIS Presented to the Department of Health Care Administration California State University, Long Beach.
- Sharon Levine, Jeremy Boal, and Peter Boling. (2003). Home Care. **JAMA**. 2003;290(9), 1203-1207. doi:10.1001/jama.290.9.1203.
- Stephen D, and McLeod. (2016). **Cataract in the Adult Eye Preferred Practice Pattern**. American Academy of Ophthalmology: Published by Elsevier Inc.
- Susanna Porela-Tiihonen and Hannu Kokki. (2016). Recovery after cataract surgery. **Acta Ophthalmol**, 16(94), 1–34. doi: 10.1111/aos.13055.
- Sudsawadsawas Phumipan. (2007). **Cost-effectiveness analysis of manual small incision cataract surgery (MSICS) and phacoemulsification (PHACO) methods for cataract patients at Phrapoklao Hospital, Thailand**. Master's Degree Mahidol University. Source: TH S943c.2007.
- Tedros Adhanom Ghebreyesus and Soumya Swaminathan. (2022). **WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision**. World Health Organization.
- Thomas Kohnen. (2009). **Complications of cataract surgery**. Ophthalmology. Third Edition. Boston: University School of Medicine Boston, MA.
- V Kent and B Hanley. (1990). Home health care. **Nurse Health Care**, 11(5), 234-40.
- Watanya Kamel Atya Elgazar. (2017). Developing postoperative self-care guideline for patient undergoing cataract surgery. **Mansoura Nursing Journal (MNJ)**, 4(1), 255-265. Doi:10.21608/MNJ.2017.176440.

Yu-Chi Liu et al. (2017). Cataracts. **The lancet journal**, 390(10094), 600-612. doi: 10.1016/S0140- 6736(17)30544-5.



ภาคผนวก



	มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร เลขที่รับ ๙๓๐๘ วันที่ - ๕ กย ๒๕๖๖ เวลา ๑๖.๐๙ น.
ที่ ศร ๐๖๐๔.๗๗/ศร๕๖	คณะกรรมการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตำบลสามแเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ๔๖๑๔๐
๕๙ มีนาคม ๒๕๖๖	
เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ข้อมูลการเป็นผู้นำวิทยากรตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย	
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาคู	
สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างงานวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ๒. แบบสอบถามการศึกษาวิจัย ชุดที่ ๑ และ ๒ ๓. แบบประเมินคุณภาพของเครื่องมือ ๔. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือก่อนเก็บข้อมูล	จำนวน ๑ ฉบับ จำนวน ๑ ชุด จำนวน ๑ ชุด จำนวน ๑ ฉบับ
ด้วยนางสาวราวีณี สกุลสุข นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ขมคอหักที่พื้นบ้าน (Development of care model for patients after myocardial infarction with intraocular lens implantation while recovering at home) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาค้นคว้าหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฑาพร เกื้อทองอยู่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและอาจารย์ ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอำภรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมในภาคศึกษาวรรณนี้	
ในการนี้ทางคณะกรรมการสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้พิจารณาเห็นว่า แพทย์หญิงนิดา สาริคำ นายแพทย์ชำนาญการ ซึ่งเป็นบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงได้ขอความอนุเคราะห์ให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้	
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาไม่คิดค่าธรรมเนียม และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย	
นาย นพ.ดร.นพคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาคู (ลงนาม) ๔ กมี ๖๖	ขอแสดงความนับถือ (ลงนาม) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุจิตต์ ไชยมานะ รองคณบดีฝ่ายบริหารและกิจการพิเศษ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร (ลงนาม)
ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้ประสานงาน นางสาวราวีณี สกุลสุข โทร ๐๘๘-๙๔๔๕๕๙๕	
(นายจุฑาสราย ชื่นดี) รองผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล ผู้อำนวยการแผนกพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพประชาชน	

โรงพยาบาลนครพนม

เลขที่รับ ๙๓๐๙

วันที่ - ๔ กย ๒๕๖๖

เวลา ๑๖.๑๐ น



ที่ ทว ๐๖๐๕๓๘/๓๕๔

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
คำชะโนดวิทยา อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๘๑๕๐

๒๓ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือมือที่วิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างงานวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ จำนวน ๑ ฉบับ
 ๒. แบบสอบถามการศึกษาวิจัย ชุดที่ ๑ และ ๒ จำนวน ๑ ชุด
 ๓. แบบประเมินคุณภาพของเครื่องมือ จำนวน ๑ ชุด
 ๔. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการกับข้อมูล จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย นางสาวสาวณี สุกสุระ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน (Development of care model for patients after cataract surgery with intraocular lens implantation while recovering at home) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาคณะหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต โดยมี โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฑาท เพ็ชรอุบล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและอาจารย์ ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอริรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมในการศึกษาค้นคว้า

ในการนี้ทางคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้พิจารณาเห็นว่า บัณฑิตศึกษา ประเด็น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ซึ่งเป็นบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถและมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงขอความอนุเคราะห์ให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณ ณ โอกาสนี้ด้วย

สืบ นภะวัณ นภะวัณ

☒ ผอ.โรงพยาบาลนครพนม

☒ ผอ.ศูนย์วิจัยสุขภาพชุมชน

☐ ผอ.ศูนย์วิจัยสุขภาพชุมชน

Alien

4 ก.ย. ๖๖

ขอแสดงความนับถือ

ns

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุณิสา ปิ่นแก้ว

รองศาสตราจารย์ ดร.สุณิสา ปิ่นแก้ว

รองศาสตราจารย์ ดร.สุณิสา ปิ่นแก้ว

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ประสานงาน นางสาวสาวณี สุกสุระ โทร. ๐๘๔-๙๘๖๐๖๕๕

(นายสุวิทย์ ปิ่นแก้ว)

รองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ

เป็นารราชการแทนผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ

ที่ ยว ๐๖๐๕๔๘๗๕๐



โรงพยาบาลนครพนม
เลขที่ใบ ๙๓๑๐
วันที่ - ๕ ก.ย. ๒๕๖๖
เวลา ๑๖.๑๑

คณะกรรมการสุขภาพ
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ค่านางสาวใจ อำนวยกิจกรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๕๙๐๕๖๐

๕๙ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม

- | | | |
|--|-----------|------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงการงานวิทยานิพนธ์ฉบับที่ ๒ | จำนวน = ๑ | เล่ม |
| ๒. แบบสอบถามการศึกษาค้นคว้า ชุดที่ ๑ และ ๒ | จำนวน = ๑ | ชุด |
| ๓. แบบประเมินคุณภาพของเครื่องมือ | จำนวน = ๑ | ชุด |
| ๔. แบบรับรองการตรวจลงนามภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล | จำนวน = ๑ | ฉบับ |

ด้วย นางสาวสาวิณี สกุลสูง นิสิตศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน (Development of care model for patients after cataract surgery with intraocular lens implantation while recovering at home) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาค้นคว้าระดับปริญญาตรี สาขาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมี โสณี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฑารัตน์ เกียรติคุณ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและอาจารย์ ดร.เบญจศักดิ์ พรหมเอารักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมในการศึกษานี้

ในการนี้ทางคณะกรรมการสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้พิจารณาเห็นว่านางสาวสาวิณี วิชา วิศนจันทร์ พธนากรวิชัยชำนาญการ ซึ่งเป็นบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงได้ขอความอนุเคราะห์ให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ศกน. นพ.ดร.นครพนม

ศาสตราจารย์ ดร.นครพนม
[Signature]
[Signature]
4๐๖๖

ขอแสดงความนับถือ

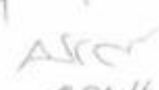
[Signature]
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สาวิณี
นางสาวใจ อำนวยกิจกรวิชัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญจศักดิ์ พรหมเอารักษ์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ประสานงาน นางสาวสาวิณี สกุลสูง โทร. ๐๘๘-๙๕๖๕๐๕

(นางสาวใจ อำนวยกิจกรวิชัย)

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์

โรงพยาบาลนครพนม

ที่ อว ๐๖๐๕.๓๔/๓๖๑		โรงพยาบาลเอกชนนครพนม เลขที่รับ 9307 วันที่ - ๕ กย ๒๕๖๖ เวลา 16.07 น. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ๔๘๑๕๐
๕๙ มีนาคม ๒๕๖๖		
เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระจกใสเลนส์ตาเทียม		
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม		
สิ่งที่น่าสนใจคือ เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย		จำนวน ๓๐ ชุด
ด้วย นางสาวสาริณี สกุลสุข นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระจกใสเลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน (Development of care model for patients after cataract surgery with intraocular lens implantation while recovering at home) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาค้นคว้าหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต โดยมี โฉมมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฑา เพ็ญอุบล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและอาจารย์ ดร.เทอดศักดิ์ พรหมยารักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมในการศึกษาค้นคว้า เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ ทางคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระจกใสเลนส์ตาเทียม จำนวน ๓๐ คน จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย		
ขอแสดงความนับถือ		
		
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุเมธ ใจดี (เป็น)		
รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหารและพัฒนาคุณภาพชีวิต		
ส่วน อว ๐๖๐๕.๓๔/๓๖๑ ผู้ประสานงาน นางสาวสาริณี สกุลสุข โทร. ๐๘๘-๖๓๔๓๖๕๕	 (นายจรูญธรรม ใจดี) รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหารและพัฒนาคุณภาพชีวิต	ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้ประสานงาน นางสาวสาริณี สกุลสุข โทร. ๐๘๘-๖๓๔๓๖๕๕



บันทึกข้อความ

เลขที่	๓๕๓
วันที่	๐๖ มี.ค. ๒๕๖๖
เรื่อง	๐๙ - ๑๖ - ๓๖

ส่วนราชการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร. ๔๖๐๔

ที่ ยว ๐๖๐๕.๑๔/

วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ลงนาม

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ด้วยนางสาวสาวณี สกอลสุข นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจกใสเลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน (Development of care model for patients after cataract surgery with intraocular lens implantation while recovering at home) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาค้นคว้าหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและอาจารย์ ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมในการศึกษาครั้งนี้

ในการนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์โปรดลงนามในหนังสือฉบับ ดังนี้

1. หนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย จำนวน ๓ ฉบับ
2. หนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือ จำนวน ๑ ฉบับ
3. หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ฉบับ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดลงนาม จัดเป็นพระคุณยิ่งพิจารณา

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

☒ เพื่อโปรดทราบ

☒ เพื่อโปรดพิจารณา

☐ เพื่อส่งตรวจแจ้ง

นางสาวสาวณี สกอลสุข
หัวหน้าส่วนงานเลขานุการ
คณะสาธารณสุขศาสตร์

สาวณี สกอลสุข

(นางสาวสาวณี สกอลสุข)

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

วาทะเรไร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล
คณบดีมหาวิทยาลัยมหาสารคาม
จึงได้ขอความเห็นชอบจากคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์



१७०८५४

១១ មីនាគម ២៥៦៦

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เกี่ยวกับข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม

ด้วย นางสาวพรวิมล สุกอสุข นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระจกใสเลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน (Development of care model for patients after cataract surgery with intraocular lens implantation while recovering at home) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฑารัตน์ เหลืองสุพล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและอาจารย์ ดร.เพชรดลิต์ พรหมเอารักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมในการศึกษารังนี้

ในการนี้ทางคณะกรรมการดารณัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้นางสาวสาริณี สกุลทุฑ์ ทำการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้ปวยหลังผ่าตัดคอคอรจกใส่เลนส์ตาเทียม จำนวน 161 คน ในระหว่างวันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๖๒ ถึง ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๒ และขอรับรองว่าจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่านหรือหน่วยงานของท่าน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

เรียน นายสมพงศ์ สาธารณสุข จังหวัดนครพนม

- ☒ เพื่อโปรดทราบ คณะกรรมการฯ ได้รับแจ้ง (ฝ่ายการตลาดจารย์ ดร.สุวิรัตน์ ชัยนิยม)
☒ เพื่อโปรดพิจารณา (กรรมการฯ) ให้แจ้ง (รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ)
☐ อื่นๆ (ผู้รับผิดชอบ)
- เป็นของคณะฯ ได้รับแจ้ง (ฝ่ายการตลาดจารย์ ดร.สุวิรัตน์ ชัยนิยม)

(นางสาว ชะพรังสุกุล)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
แผนก หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและรูปแบบบริการ

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ประสานงาน นางสาวสาวิณี สกฤตสุข โทร. ๐๘๘-๓๕๖๒๕๗๕

(นายชั้นชัย / ชั้นทะชา)

ศาสตราจารย์ ดร. อรรถาธิบาย (นักวิชาการสาธารณสุข) สำนักงานการพิเศษ
วิชาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริหารทางวิชาการ)
วิชาการและการพัฒนาระบบสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

ที่ ฮว ๐๖๐๕.๑๘/๓๕๕



เลขที่รับ	๑๖๐๕
วันที่	- ๕ กย ๒๕๖๖
เวลา	๑๖.๐๙ ๕

คณะกรรมการ
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
คณาจารย์
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๔๕๐

๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม

- | | |
|---|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย ๓. โครงร่างงานวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ | จำนวน ๑ แผ่น |
| ๒. แบบสอบถามการศึกษาวิจัย ชุดที่ ๑ และ ๒ | จำนวน ๑ ชุด |
| ๓. แบบประเมินคุณภาพของเครื่องมือ | จำนวน ๑ ชุด |
| ๔. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล | จำนวน ๑ ฉบับ |

ด้วยนางสาวสารณี สกุลสุข นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน (Development of care model for patients after cataract surgery with intraocular lens implantation while recovering at home) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาค้นคว้าหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฑา เหลืองอุบล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและอาจารย์ ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมในการศึกษาครั้งนี้

ในการนี้ทางคณะกรรมการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้พิจารณาเห็นว่าการแพทย์ฉุกเฉินตา ติศา นายแพทย์ชำนาญการ ซึ่งเป็นบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงได้ขอความอนุเคราะห์ให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ศน. อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

☒ เพื่อเป็นหลักฐานและพิจารณา
☒ รับทราบ *(Signature)*
๔๐๕๖๖

ขอแสดงความนับถือ

(Signature)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฑา เหลืองอุบล
รองคณบดีฝ่ายพัฒนาระบบงานบริหาร
วิทยาลัยการแพทย์และทันตศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ประสานงาน นางสาวสพัตต์ สกุลสุข โทร. ๐๔๔-๖๕๕๒๕๐๕

(Signature)

(นายจุฑาธรรม จันทร์)

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์

โรงพยาบาลนครพนมผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม

ที่ อว ๐๖๐๕.๓๘/๓๕๕



โรงพยาบาลนครพนม
เลขที่รับ ๙๓๐๙.
วันที่ - ๕ กย ๒๕๖๖
เวลา ๑๖.๑๐ น

คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเือง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๘๑๕๐

๙๑ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม

- | | |
|---|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โฉนดร่างงานวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ | จำนวน ๑ เล่ม |
| ๒. แบบสอบถามการศึกษาวิจัย ชุดที่ ๑ และ ๒ | จำนวน ๑ ชุด |
| ๓. แบบประเมินคุณภาพของเครื่องมือ | จำนวน ๑ ชุด |
| ๔. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล | จำนวน ๑ ฉบับ |

ด้วย นางสาวสาวณี สกฤตสุข นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน (Development of care model for patients after cataract surgery with intraocular lens implantation while recovering at home) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาคณะหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต โดยมี โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและอาจารย์ ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

ในการนี้ทางคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้พิจารณาเห็นว่านางสาวสาวณี ปรังสนย์ พยานาธิราชจิระนาถกุล ซึ่งเป็นบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถและมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงได้ขอความอนุเคราะห์ให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

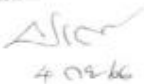
เรียน ผู้อำนวยการพนม

ขอแสดงความนับถือ

☒ ผศ.ดร.พรหมลิขิต ธีรเวคิน

☒ ผศ.ดร.พรหมลิขิต ธีรเวคิน

☒ ผศ.ดร.พรหมลิขิต ธีรเวคิน


4 ก.ย. ๖๖



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิไลย์ ยี่หวุ่น

รองคณบดีฝ่ายกิจการและประกันคุณภาพ

ปฎิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ประสานงาน นางสาวสาวณี สกฤตสุข โทร. ๐๘๘-๓๕๖๐๕๕๕


(นายจตุรธรรม ชื่นดี)

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์

รักษาการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม

ที่ ยว ๐๖๐๕.๑๘/๕๐



ใบมอบหมายงาน
เลขที่ ๙๓๑๐
วันที่ - ๕ กย. ๒๕๖๖
เวลา ๑๖.๑๑ น.

คณะกรรมการ
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
คำบงการเรื่อง ดำเนินการวิจัย
จังหวัดมหาสารคาม ๕๖๕๐

๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม

- | | |
|---|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างงานวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ | จำนวน ๓ เล่ม |
| ๒. แบบสอบถามการศึกษาวิจัย ชุดที่ ๑ และ ๒ | จำนวน ๓ ชุด |
| ๓. แบบประเมินคุณภาพของเครื่องมือ | จำนวน ๓ ชุด |
| ๔. แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการมีใบข้อมูล | จำนวน ๓ ฉบับ |

ด้วย นางสาวสาริณี สกุลสุข นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน (Development of care model for patients after cataract surgery with intraocular lens implantation while recovering at home) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาค้นคว้าหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต โดยมี โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและอาจารย์ ดร.เทอดศักดิ์ พรหมเอกรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมในการศึกษาค้นคว้า

ในการนี้ทางคณะกรรมการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้พิจารณาเห็นว่านางสาวสาริณี วิชา วิวัฒน์จันทร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ซึ่งเป็นบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงขอความอนุเคราะห์ให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

สมณ ผอ.รพ.นครพนม

☒ เพื่อโปรดพิจารณา
☒ เพื่อเป็นหลักฐาน
นาย สาริณี

4๐๖๖

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ประสานงาน นางสาวสาริณี สกุลสุข โทร. ๐๘๘-๓๕๔๐๕๐๕

ขอแสดงความนับถือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุพร เหลืองอุบล
รองคณบดีฝ่ายปฏิบัติการและประกันคุณภาพ
ผู้รับผิดชอบงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ

(นายจตุพร เหลืองอุบล)

รองผู้อำนวยการฝ่ายการดำเนินงาน

ผู้อำนวยการแผนกผู้ประสานงานโรงพยาบาลนครพนม



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 209-132/2566

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์ตาเทียม
ขณะพักฟื้นที่บ้าน

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) Development of care model for patients after cataract surgery
with intra implantation while recovering at home.

ผู้วิจัย : นางสาวสาริณี สกุล สุข

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดนครพนม

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 30 พฤษภาคม 2566

วันหมดอายุ : 29 พฤษภาคม 2567

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐาน
ของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการ
ปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(รองศาสตราจารย์วราภรณ์ พรหมสัถยพรต)

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลนครพนม

ใบรับรองการอนุมัติ

NP - EC11 - No. 8/2566

ชื่อโครงการวิจัย : การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์ตาเทียม
ขณะพักฟื้นที่บ้าน

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) : Development of care model for patients after cataract surgery
with intraocular lens implantation while recovering at home.

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวสาริณี สกกุลสุข

สถานที่ทำการวิจัย : โรงพยาบาลนครพนม

วิธีทบทวน : แบบเร่งด่วน (Expedited review)

ทั้งนี้ข้อเสนอการวิจัย ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
เกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลนครพนม และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้
บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณาหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ
ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

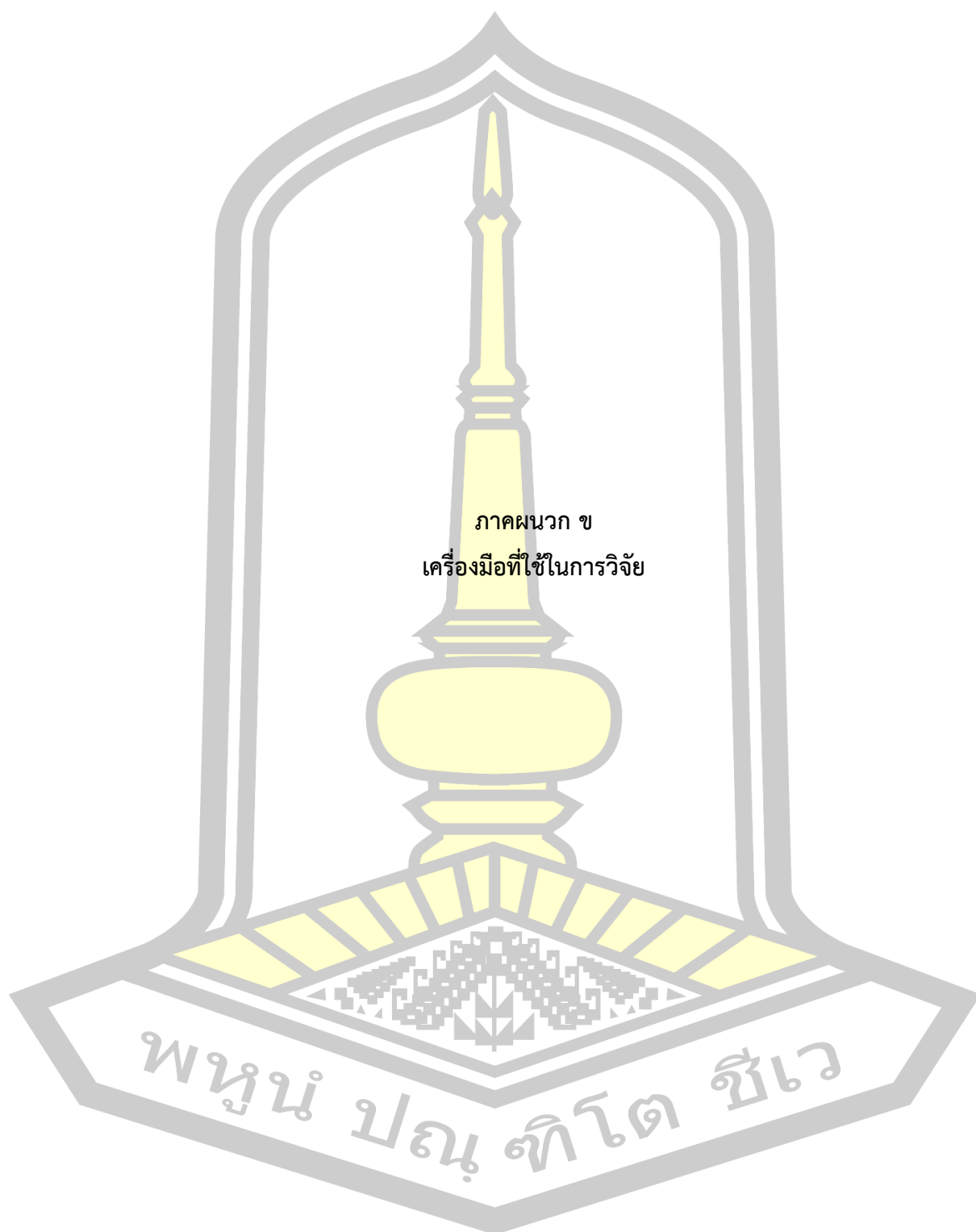
วันที่ให้การรับรอง : 24 เมษายน 2566

วันหมดอายุใบรับรอง : 23 เมษายน 2567

(นายสุรจิตร คุณกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์

โรงพยาบาลนครพนม



การวิจัยระยะที่ 1

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน

คำชี้แจง: แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากร จำนวน 9 ข้อ

ตอนที่ 2 การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียมขณะพักฟื้นที่บ้าน ประกอบด้วย
ได้แก่

อาการหลังผ่าตัดต่อกระดูก	จำนวน	4	ข้อ
พฤติกรรม การดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูก	จำนวน	23	ข้อ
ภาวะวิตกกังวลหลังผ่าตัด	จำนวน	10	ข้อ

ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นเพิ่มเติม จำนวน 2 ข้อ



มณู จี ๒๕

คำชี้แจง: กรุณาตอบข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านโดย ทำเครื่องหมาย / ลงใน ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริง

ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากร

1. เพศ
☐ หญิง ☐ ชาย
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย/หย่าร้าง
4. ระดับการศึกษา
☐ ไม่ได้ศึกษา ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา/ปวช.
☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. ☐ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
5. อาชีพ
☐ ว่างาน ☐ ค้าขาย
☐ รับจ้าง ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
☐ เกษตรกรรม เช่น ทำสวน ทำนา ทำไร่ ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
6. สิทธิการรักษา
☐ ข้าราชการ/อปท. ☐ รัฐวิสาหกิจ ☐ ประกันสังคม
☐ หลักประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ☐ ต่างตัว (ชำระเงินเอง) ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
7. ผ่าตัดต่อกระเจก
☐ ชาย ☐ หญิง
8. จำนวนครั้งที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระเจก..... ครั้ง
9. จำนวนผู้ดูแล.....ครั้ง



บุญทิพย์

ตอนที่ 2 การดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระเจกใส่เลนส์ตาเทียมขณะพักฟื้นที่บ้าน โรงพยาบาลนครพนม

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ☐ ที่ตรงตามความคิดเห็นและความเป็นจริงมากที่สุด

การดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระเจกใส่เลนส์ตาเทียมของท่านในขณะนี้ ซึ่งจะไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิดโดยมีเกณฑ์ดังนี้

มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกเห็นด้วยตามข้อความนั้น ให้ 3 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเฉย ๆ หรือไม่แน่ใจตามข้อความนั้น ให้ 2 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกไม่เห็นด้วยตามข้อความ ให้ 1 คะแนน

ข้อความ	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)
อาการหลังผ่าตัดต่อกระเจก			
1. มีอาการปวดตา			
2. มีอาการเคืองตา			
3. มีอาการตาแดง น้ำตาไหล ชีตามาก			
4. มีอาการตามัวลงมองเห็นไม่ชัด			
พฤติกรรมในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระเจก			
ด้านความรู้			
1. สามารถเช็ดตาเองได้			
2. ทราบวิธีการเช็ดตา			
3. ทราบวิธีการรับประทานยา			
4. ทราบอาการผิดปกติก่อนมาพบแพทย์			
5. โรคต่อกระเจกเมื่อปล่อยทิ้งไว้นาน ๆ อาจทำให้เกิดตาบอดได้			
ด้านการปฏิบัติตัว			
1. หลีกเลี่ยงการอาบน้ำโดยใช้ฝักบัว แนะนำให้ตักน้ำอาบจากถังตั้งแต่คอลงมา			
2. ระงับน้ำกระเด็นเข้าตาข้างที่ผ่าตัด			
3. ทำงานหรือยกของหนัก			
4. ทำงานที่ต้องก้มเงย/ก้มหน้าต่ำกว่าเอวหรือสะบัดหน้าแรงๆ			
5. ทำงานที่เจอฝุ่นหรือควัน			
6. ควันหรือฝุ่นอาจฟุ้งกระจายเข้าตา ทำให้ตาอักเสบ			
7. ระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุที่เกิดจากการใช้สายตาข้างที่ผ่าตัด			
8. ก่อนเช็ดตาเข้าพาสีมาสลิ้งมือขณะเช็ดตาเป็นบางครั้ง			
9. คิดว่าขณะเช็ดตาไม่จำเป็นต้องล้างมือก็ได้			
10. ผู้ดูแลเช็ดตาไม่ใช่คนเดียว			



๒๕๖๒ ปณฺ ๓๒๓

ข้อความ	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)
11. เช็ดทำความสะอาดวันละ 2 ครั้ง			
12. เมื่อถึงเวลาเช็ดผ้าต้องขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน			
13. ไม่อยากปิดผ้าม่าน ๆ เนื่องจากกลัวนกจากการทำงาน			
14. กลางวันใส่แว่นกันแดด กลางคืนปิดครอบตาไว้			
15. ไม่ว่างไปพบแพทย์ตามนัดเนื่องจากต้องทำงาน			
16. มาพบแพทย์ทุกครั้งที่แพทย์นัด			
17. เมื่อมีอาการผิดปกติ ท่านจะมาพบแพทย์ก่อนนัด			
18. ท่านต้องการให้เจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรม เช่น พยาบาล หรือ อสม. ฯลฯ ช่วยในการดูแลหลังผ่าตัด			
ภาวะวิตกกังวลหลังผ่าตัด			
1. ไม่มั่นใจในการเช็ดผ้าเอง			
2. กลัวเกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระดูก			
3. มีความกังวลต่อการมองเห็น			
4. กลัวตาบอด			
5. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการดูแลหลังผ่าตัด			
6. กลัวสูญเสียงาน			
7. ไม่มั่นใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ภายในชุมชนได้			
8. กลัวว่าไม่สามารถรักษาพยาบาลหน้าที่ของตนเองไว้ได้			
9. มีความมั่นใจในตนเอง			
10. ยอมรับกับโรคที่เป็นอยู่			

ตอนที่ 3 ขอเสนอแนะและข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

คำชี้แจง: ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นข้อคำถามเป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม

ขณะพักที่บ้าน ขอให้ท่านตอบคำถามแต่ละข้อต่อไปนี้ตามความคิดเห็นของท่านตามความเป็นจริง

1. ปัจจุบันค่าใช้จ่ายที่ผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียมท่านเป็นอย่างไร

.....

.....

2. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....



บุญทิพย์

การวิจัยระยะที่ 2

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกสันหลังส่วนคอเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน

คำชี้แจง: รูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกสันหลังส่วนคอเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้านประกอบด้วย 5 ตอน ได้แก่

- ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกสันหลังส่วนคอเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน
จำนวน 10 ข้อ
- ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกสันหลังส่วนคอเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน
จำนวน 30 ข้อ
- ตอนที่ 3 แบบประเมินการดูแลหลังผ่าตัดต่อกระดูกสันหลังส่วนคอเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน
จำนวน 14 ข้อ
- ตอนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับ การผ่าตัดต่อกระดูก ขณะพักฟื้นที่บ้าน
จำนวน 12 ข้อ
- ตอนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกสันหลังส่วนคอเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน
จำนวน 8 ข้อ



มณุ จิ ๕๕

**ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกสันหลังเตียน ขณะพักฟื้นที่บ้าน
โรงพยาบาลนครพนม**

คำชี้แจง: ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นข้อคำถามสำหรับการประชุมระดมสมองเพื่อสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกสันหลังเตียน ขณะพักฟื้นที่บ้าน ขอให้ท่านตอบคำถามแต่ละข้อต่อไปนี้ตามความคิดเห็นของท่านตามความเป็นจริง

1. ท่านคิดว่าปัญหาหลังผ่าตัดต่อกระดูกสันหลังเตียน ขณะพักฟื้นที่บ้านเกิดจากอะไร และมีแนวทางการดูแลอย่างไรบ้าง

2. ท่านคิดว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีบทบาทเข้าไปมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกสันหลังเตียน ขณะพักฟื้นที่บ้านอย่างไร ผลเป็นอย่างไร มีปัญหาอะไรที่ผู้ดูแลสามารถช่วยแก้ไขปัญหได้บ้าง และมีปัญหาใดที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหได้ด้วยตนเอง

3. ท่านคิดว่าสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกสันหลังเตียนขณะพักฟื้นที่บ้านเป็นอย่างไร มีปัญหาอะไรบ้าง

4. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกสันหลังเตียน และผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระดูกอย่างไรบ้าง



5. วิธีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกสันหลังส่วนคอเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้านมีอะไรบ้าง

6. วิธีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกสันหลังส่วนคอเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้านมีอะไรบ้าง

7. วิธีการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกสันหลังส่วนคอเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกสันหลังส่วนคอเทียมมีอะไรบ้าง

8. ท่านคิดว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกสันหลังส่วนคอเทียมหรือแนวทางในการพัฒนาการดูแลตนเองอย่างไร

9. ท่านคิดว่าสิ่งที่ต้องการสนับสนุนในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูกสันหลังส่วนคอเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน มีอะไรบ้าง

10. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม



ศูนย์ ปณฺ ทิโต ขบ

แบบบันทึกการประชุมระดมสมอง

ดำเนินการประชุมระดมสมองเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้จัดบันทึกการประชุมระดมสมอง.....

ผู้ช่วยผู้วิจัยที่ดำเนินการประชุมระดมสมอง.....

คำชี้แจง: แบบบันทึกการประชุมระดมสมองนี้ เป็นการศึกษาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกสันหลังเทียม
ขณะพักฟื้นที่บ้าน

รายชื่อสมาชิกผู้ร่วมประชุมระดมสมอง

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....
- 8.....
- 9.....
- 10.....
- 11.....
- 12.....
- 13.....
- 14.....
- 15.....
- 16.....

สรุปการประชุมระดมสมอง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



มณู ทีเขต

การวิจัยระยะที่ 2

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจกไส้เลื่อนสัตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน

คำชี้แจง: กรุณาตอบข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านโดย ทำเครื่องหมาย / ลงใน ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริง

ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากร

1. เพศ
☐ หญิง ☐ ชาย
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย/หย่าร้าง
4. ระดับการศึกษา
☐ ไม่ได้ศึกษา ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา/ปวช.
☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. ☐ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี ☐ อื่น ๆระบุ.....
5. อาชีพ
☐ว่างงาน ☐ค้าขาย
☐รับจ้าง ☐รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
☐เกษตรกรรม เช่น ทำสวน ทำนา ทำไร่ ☐อื่น ๆ ระบุ.....
6. สิทธิการรักษา
☐ข้าราชการ/อปท. ☐รัฐวิสาหกิจ ☐ประกันสังคม
☐หลักประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ☐ต่างด้าว (ชำระเงินเอง) ☐อื่น ๆระบุ.....
7. ผ่าตัดต่อกระเจก
☐ข้างซ้าย ☐ข้างขวา
8. จำนวนครั้งที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระเจก..... ครั้ง
9. จำนวนผู้ดูแล.....ครั้ง



บุญ ภิเษ

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระเจกใสเลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน

คำชี้แจง: โปรดอ่านข้อความและข้อแล้วเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่อง “ใช่” “ไม่ใช่” เพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบให้ครบทุก

ข้อ การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระเจกใสเลนส์ตาเทียมของท่านในขณะนี้ ซึ่งจะไม่มีการตอบที่ถูกหรือผิดโดยมีเกณฑ์ดังนี้

มีลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ตัวเลือก คือ

ใช่ หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติตัวตามข้อความนั้น

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติตัวข้อความนั้น

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

ตอบถูกต้อง ได้ค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

ตอบผิดหรือไม่ถูกต้อง ได้ค่าคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

ลำดับที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1.	ผู้ป่วยไม่ควรอาบน้ำ เพราะอาจทำให้น้ำกระเด็นเข้าตาได้		
2.	ผู้ป่วยควรใช้ผ้าเช็ดหน้าชุบน้ำบิดแห้งหมาดเช็ดหน้า ประมาณ 4 สัปดาห์		
3.	การเช็ดหน้าควรเช็ดให้ทั่วทั้งหน้ารวมทั้งรอบ ๆ ดวงตา ข้างที่ทำผ่าตัดด้วย		
4.	ท่านควรเช็ดตาผู้ป่วยในตอนเช้าเพียงครั้งเดียวเท่านั้น		
5.	ภาชนะที่ใช้สำหรับเช็ดหน้านั้นควรเป็นถ้วยพลาสติก หรือแก้วพลาสติก		
6.	น้ำยาที่ใช้เช็ดตาควรเป็นน้ำยาฆ่าเชื้อหรือน้ำยาสำหรับล้างตา ที่หาซื้อได้จากร้านขายยา		
7.	ในการเช็ดตาท่านควรให้ผู้ป่วยนอนหันศีรษะมาทางปลายเตียง		
8.	ขณะเช็ดตาท่านควรเช็ดเปลือกตาแรงๆ จะช่วยทำให้เช็ดตา ออกได้ง่าย		
9.	สำลีที่ใช้เช็ดตา ควรชุบ ยาให้มาก ๆ และไม่ควรถูบิดแห้งหมาด เพราะจะทำให้เช็ดตาไม่สะอาด		
10.	ขณะเช็ดตานี้ท่านควรเช็ดจากหัวตาไปหางตา ไม่ต้องเปลี่ยนสำลีบ่อย เพราะจะทำให้สิ้นเปลืองสำลี		
11.	ถ้าหากผู้ป่วยมีน้ำตาไหลจากตาข้างที่ทำผ่าตัด ท่านใช้ กระดาษทิชชูซับลงบนตาให้ผู้ป่วยได้		
12.	หลังจากใช้ผ้าครอบตาแล้วควรทำความสะอาดด้วยน้ำยาล้างจาน		
13.	ก่อนนอนทุกคืนท่านควรนำผ้าครอบตาที่ฝังไว้มาครอบตา ให้ผู้ป่วยได้ทันที		
14.	ผู้ป่วยสามารถหาเบาะที่ใบหน้าได้ตามปกติแต่ควรหลับตาเพื่อ ป้องกันฝุ่นแป้งเข้าตา		
15.	ผู้ป่วยสามารถซักผ้าขนหนูได้		
16.	การเคี้ยวอาหารธรรมดาอาจทำให้กระเียนดวงตาและเป็น อันตรายต่อดวงตาได้		
17.	ถ้ามีอาการท้องผูก ให้ผู้ป่วยเบ่งถ่ายอุจจาระได้		
18.	ผู้ป่วยสามารถสระผมได้ด้วยตนเอง		
19.	ถ้าหากผู้ป่วยคันตา สามารถลูบ หรือสัมผัสบริเวณที่คันได้		
20.	ผู้ป่วยสามารถประกอบอาหารได้		



มณ ๓๖

ลำดับที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
21.	ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายเบาๆได้		
22.	ผู้ป่วยสามารถก้มลงหยิบของที่พื้นได้		
23.	ผู้ป่วยยืนหรือเล่นกับเด็กเล็กได้		
24.	เมื่อผู้ป่วยต้องการออกจากบ้านควรปิดฝาครอบตาทุกครั้ง		
25.	ถ้ามีทั้งยาหยอดตาและยาป้ายตาทำนควรป้ายยาก่อนหยอดตา		
26.	ถ้ามียาหยอดตา 2 ชนิดท่านสามารถหยอดยาติดต่อกันได้เลย		
27.	การป้ายยา ให้ท่านป้ายยาที่บริเวณด้านในของเปลือกตา จากหัวตามาหางตา		
28.	ควรครอบฝาครอบตานอนเป็นเวลานาน 4 สัปดาห์		
29.	ผู้ป่วยสามารถพรวนดิน และรดน้ำต้นไม้ได้แต่ต้องใส่แว่นกันแดด ป้องกันน้ำเข้าตา		
30.	ในเวลากลางวันผู้ป่วยไม่ต้องครอบฝาครอบตาก็ได้		

ขอเสนอแนะอื่น ๆ

.....

.....

.....

.....

.....



มณุ จิ ๒๕

ตอนที่ 3 แบบประเมินการดูแลหลังผ่าตัดต่อกระดูกสันหลังเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน

คำชี้แจง: โปรดเขียนเครื่องหมาย / หน้าข้อความที่ท่านเห็นว่าเป็นความจริงมากที่สุด

แบบประเมินการดูแลหลังผ่าตัดต่อกระดูกสันหลังเทียม ของท่านในขณะนี้ ซึ่งจะไม่มีการตอบที่ถูกหรือผิดโดยมีเกณฑ์ดังนี้

มีลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ตัวเลือก คือ

ใช่ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้นถูกต้อง

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้นผิดหรือไม่ถูกต้อง

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

ตอบถูกต้อง ได้ค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

ตอบผิด หรือไม่ถูกต้อง ได้ค่าคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

ข้อที่	หัวข้อ	ใช่	ไม่ใช่
1	ขั้นตอนการเช็ดตา 1.1 ผู้ที่จะเช็ดตา ล้างมือด้วยสบู่ และเช็ดมือให้แห้งด้วยผ้า สะอาด 1.2 เช็ดขอบตาจากหัวตาไปหางตา 1.3 เช็ดขอบตาล่างจากหัวตาไปหางตา 1.4 เช็ดบริเวณรอบน้ำตาและ สันจมูก โดยเริ่มเช็ดจากตรงกลาง ระหว่างคิ้วลงไปยัง น้ำตาทั้งสองข้าง รวมทั้งบริเวณรอบจมูก ทั้งหมด		
2	ขั้นตอนการหยอดยา 2.1 เขย่าขวดยาก่อนทุกครั้ง 2.2 จัดท่านอนหรือนั่ง แหงหน้ามองขึ้นเพดาน และเล็บบตาขึ้น ข้างบน แล้วดึงหนัง ตาล่างลง 2.3 หยอดยาลงกระพุ้งตาล่างไม่ให้โดนตาขาวและระวังให้ปลาย หลอดอยู่ห่างจากลูกตา ประมาณ 1 นิ้ว 2.4 ใช้สำลีซับน้ำยาที่ล้นออกมาจากตา 2.5 ถ้าจำเป็นต้องหยอดตา 2 ชนิด ในเวลาเดียวกัน ควรเว้นวัน ระยะเวลาระหว่าง หยอดตาแต่ละชนิดประมาณ 5-10 นาที 2.6 ถ้าต้องใช้ยาป้ายตาพร้อมด้วย ในเวลาเดียวกัน ควรเว้นวัน ระยะเวลาระหว่างหยอด ตาและยาป้ายตาประมาณ 5-10 นาที และให้ป้ายตาหลังยาหยอดตา		



บุญ พิไล

ข้อที่	หัวข้อ	ใช่	ไม่ใช่
3	ขั้นตอนการใช้ผ้าครอบตา 3.1 ล้างทำความสะอาดด้วยน้ำ สบู่ แล้วล้างด้วยน้ำสะอาด ทิ้งไว้ให้ แห้งและเก็บไว้ในภาชนะที่สะอาด 3.2 ครอบตา โดยเอารอยเว้า หรือป้าน เข้าแนบแนวสันจมูก 3.3 ติดพลาสติกแนวเฉียง ไม่ให้ปิดรูตรงกลางผ้าครอบ 3.4 ครอบตาทุกครั้งก่อน กลางวันให้ใช้แว่นกันแดดแทนได้		
รวม			



มณุ จัก ๒๕

ตอนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกสันหลัง

ดาเทียม ขณะกลับไปที่บ้าน

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงใน () ที่ตรงตามระดับความพึงพอใจมาก

การประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกสันหลังดาเทียม ของ ท่านในขณะนี้ ซึ่งจะไม่มีความถูกต้องหรือผิดโดยมีเกณฑ์ดังนี้ ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดประมาณค่า (Rating Scale) ใน 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย โดย มีเกณฑ์การให้คะแนนขึ้นอยู่กับข้อที่กำหนดดังนี้

มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้น ให้ 3 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกเฉย ๆ หรือไม่แน่ใจกับ ให้ 2 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น ให้ 1 คะแนน

หัวข้อประเมิน	ระดับความพึงพอใจ		
	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)
รูปแบบของวีดิทัศน์			
1. วีดิทัศน์มีความน่าสนใจ			
2. วีดิทัศน์นี้ทำให้เข้าใจเรื่องการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก			
เนื้อหาของวีดิทัศน์			
1. เนื้อหามีความเหมาะสมไม่สั้นหรือยาวเกินไป			
2. เนื้อหาเข้าใจง่าย			
3. ความรู้ที่ได้รับครบถ้วน			
รูปภาพ ตัวหนังสือ ภาษา สี และเทคนิค			
1. สี ความชัดเจนของภาพนิ่ง และภาพเคลื่อนไหว			
2. ภาษาที่ใช้มีความถูกต้อง เหมาะสม			
3. ภาพที่ใส่ทำให้เข้าใจเนื้อหามากขึ้น			
4. ความสอดคล้องของรูปภาพกับคำบรรยายในเนื้อหา			
ประโยชน์ที่ได้รับ			
1. ความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง			
2. การได้รับความรู้ในครั้งนี้ทำให้เข้าใจการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกมากขึ้น			
ภาพรวมของวีดิทัศน์			
1. ระดับความพึงพอใจภาพรวมของวีดิทัศน์			



มณ จิ ๒๔

ตอนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกสันหลังแบบส่องกล้องส่องดูตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงใน () ที่ตรงตามระดับความพึงพอใจมากที่สุด

การประเมินความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกสันหลังแบบส่องกล้องส่องดูตาเทียม ของท่านในขณะนี้ ซึ่งจะไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิดโดยมีเกณฑ์ดังนี้

ลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดประมาณค่า (Rating Scale) ใน 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนขึ้นอยู่กับข้อที่กำหนดดังนี้

มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้น ให้ 3 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกเฉย ๆ หรือไม่แน่ใจกับ ให้ 2 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น ให้ 1 คะแนน

หัวข้อประเมิน	ระดับความพึงพอใจ		
	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)
1. ลักษณะของขนาดอักษร สีตัวอักษร ชัดเจน สวยงาม อ่านง่าย			
2. ภาษาเข้าใจง่าย			
3. มีความน่าดึงดูดและน่าสนใจ			
4. ขนาดของคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกสันหลังมีความเหมาะสม			
5. ระดับความพึงพอใจในภาพรวมต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก			

ขอเสนอแนะและข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีทัศน์

1. จากการที่ท่านได้รับชมวิธีทัศน์เรื่องนี้แล้ว ท่านคิดว่ามีข้อบกพร่องใดควรแก้ไขบ้าง

2. ท่านคิดว่าต้องการให้มีการเพิ่มเติมสิ่งใดลงในวิธีทัศน์เรื่องนี้อีก นอกเหนือจากที่มีอยู่เดิม

3. ขอเสนอแนะอื่น ๆ



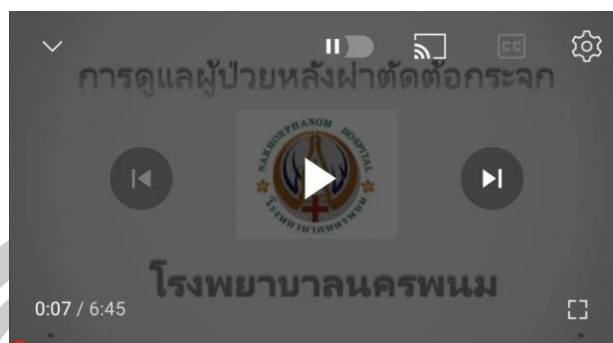
มณุ ทัช ๒๕



ภาคผนวก ค

วิธีทัศน์ และคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน

พูน ปณ จิโต ชีเว



การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจก



การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจก

คณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพ (PCT) จักษ โรงพยาบาลนครพนม



จัดทำโดย
นางสาวสารณี สกลสุข รหัสนิสิต 64011491010
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจก



การให้ความรู้และการให้คำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต้องกระทำเป็นสิ่งสำคัญ และต้องทำความความระมัดระวัง และสะอาดปราศจากเชื้อ เพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด รวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยไม่ควรมีการทำงานที่กระชั้นชิด สายตาข้างที่ผ่าตัด เพื่อภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และส่งผลกระทบต่อตาได้ ดังนั้นผู้ป่วยควรมีความตระหนักถึงระยะทำการรักษาและพักที่นอนในโรงพยาบาล และระยะที่ผู้ป่วยกลับไปพักที่บ้าน ควรปฏิบัติตามคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัดด้วย



วิธีโฮการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดคอกระจง



ห้องให้คำปรึกษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก

จัดทำโดย
นางสาวสาวินี สกุลสุข ทรัพย์สิน 64011491010
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียม

เลขที่ (HIN).....เบอร์โทรศัพท์.....

ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี

โรค.....แผนก.....

การศึกษา.....เจ้าหน้าที่.....

ชื่อ-นามสกุล (ผู้ดูแล).....

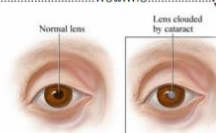
เบอร์โทรศัพท์.....

E-mail.....

ออกให้ครั้งแรกที่ โรงพยาบาลสมนครพนม วันที่.....

นัคมาโรงพยาบาล

นัดครั้งที่ 1	พบแพทย์	ผู้ให้บัตรนัด
นัดครั้งที่ 2	พบแพทย์	ผู้ให้บัตรนัด
นัดครั้งที่ 3	พบแพทย์	ผู้ให้บัตรนัด
นัดครั้งที่ 4	พบแพทย์	ผู้ให้บัตรนัด
นัดครั้งที่ 5	พบแพทย์	ผู้ให้บัตรนัด



โปรดอย่าทำลายน้ำติดตัวทุกครั้ง

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด

- 1) มีสายตาลดลง ตามัวมากจนไม่สามารถประกอบการกิจประจำวันได้
- 2) เป็นทั้งกระจกที่มีต้อหินแทรกซ้อน
- 3) ต้อกระจก ชุ่มมากพอจนกระทั่งบดบังการตรวจหาหรือรักษาโรคของส่วนหลังของตา เช่น จอตาลอก เบาหวานขึ้นตา และต้อหิน เป็นต้น
- 4) ต้อกระจกที่สุกหรือแก่เกินไป ก็ควรแนะนำให้ผ่าตัดเพื่อป้องกันการเกิดต้อหินแทรกซ้อนหรือเนื้องอกตาผิดปกติ (Surgical technique)

การรักษาต่อกระฉก

- 1) การผ่าตัดต้อกระจกออกทั้งเปลือกหุ้มเลนส์แก้วตา (intracapsular cataract extraction; ICCE) เป็นการเอาต้อกระจกออกทั้งหมดรวมทั้งเปลือกหุ้มเลนส์แก้วตา (extracapsular cataract)
- 2) การผ่าตัดต้อกระจกออกเหลือเปลือกหุ้มเลนส์แก้วตาด้านหลังไว้ (extraction; ECCE)
- 3) การผ่าตัดต้อกระจกออกเหลือเปลือกหุ้มเลนส์แก้วตาด้านหลังไว้ ร่วมกับการใส่เลนส์แก้วตา (extracapsular cataract extraction with intraocular lens with ECCE & IOL) แพลทว้างประมาณ 12-13 มิลลิเมตร ผู้ป่วยต้องพักเป็นเวลานานจนกว่าแผลจะหายสนิท
- 4) การผ่าตัดสลายต้อกระจกด้วยคลื่นความถี่สูงและใส่เลนส์แก้วตาเทียม (phacoemulsification With intraocular lens หรือ Phaco & piOL) ข้อดีของการผ่าตัดวิธีนี้ คือ แผลผ่าตัดขนาดเล็กประมาณ 3-3.2 มิลลิเมตร ระยะพักฟื้นหลังการผ่าตัดสั้น ผู้ป่วยสามารถใช้สายตาและปฏิบัติการกิจได้ตามปกติภายหลังการผ่าตัด 1 วัน แก้วตาเทียม (Intraocular Lens) แก้วตาเทียมเป็นสิ่งประดิษฐ์ที่ผลิตขึ้นมาให้แทนแก้วตามนุษย์ ส่วนใหญ่ทำมาจากสาร Poly(methylmethacrylate) (PMMA) หรือซิลิโคน ซึ่งไม่มีปฏิกิริยากับเนื้อเยื่อของตา

ตารางการหยอดตาและป้ายตา

[illegible]

วิธีการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด
- 1.2 เพื่อทำความสะอาดหลังผ่าตัดตาได้อย่างถูกต้อง
- 1.3 เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการผิดปกติที่อาจบ่งบอกถึงภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง

2. ขั้นตอนการเตรียมอุปกรณ์ ได้แก่

- 2.1 ถ้วย (ใส่สำลี)
- 2.2 น้ำเกลือ หรือน้ำต้มสุกที่เย็นแล้ว
- 2.3 สำลีปลอดเชื้อ
- 2.4 ฝาครอบตาและพลาสเตอร์
- 2.5 ยาหยอดตาและยาป้ายตา

3. ขั้นตอนการล้างมือ

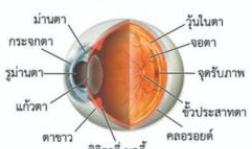
ก่อนมีการสัมผัสหรือตรวจตา หรือมีการหยิบจับอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเช็ดตา ต้องล้างมือให้สะอาดนานประมาณ 15 วินาที และเช็ดให้แห้งทุกครั้ง



1



กายวิภาคของดวงตา



อาการของต้อกระจก

1) ผู้ป่วยจะรู้สึกวุ่นวาย ค่อย ๆ มัวลงเรื่อย ๆ อย่างช้า ๆ โดยไม่มีการเจ็บปวดหรือตาแดงในระยะเริ่มแรกจะรู้สึกว่ามีอาการตามัวเหมือนหมอกบัง มองเห็นในที่มืดชัดกว่าที่สว่าง หรือเห็นภาพซ้อน เพราะแก้วต้ามักจะขุ่นขาวเฉพาะบริเวณตรงกลาง เช่น อาจมองเห็นภาพเป็นมวงเป็นอยู่ด้านหน้าดวงตา มองเห็นแสงไฟเป็นแสงกระจาย มองเห็นแสงไฟเป็น 2 ดวง ซ้อนกัน แม้จะดูด้วยตาข้างเดียวแต่ได้เป็นภาพซ้อนกัน ทั้งนี้เป็นเพราะแก้วตาที่ขุ่นมัวจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการหักเหของแสงไม่เท่ากัน การหักเหของแสงจึงไม่รวมเป็นจุดเดียว

2) ผู้ป่วยอาจเปลี่ยนแว่นตาบ่อย เพราะการมองเห็นในระยะใกล้ดีขึ้น หรือไม่ต้องใส่แว่นตา เพื่ออ่านหนังสือ ซึ่งในผู้สูงอายุที่อ่านหนังสือและต้องใช้แว่นสายตาช่วยเป็นปกติแล้วแต่อยู่ ๆ กลับพบว่าสามารถอ่านหนังสือได้โดยไม่ต้องใส่แว่น หากเกิดอาการแบบนี้ คือเป็นอาการเริ่มต้นของการเสื่อมจอแก้วตา (โรคต้อกระจกในระยะแรก) พอแก้วตาเริ่มขุ่นก็จะทำให้การหักเหของแสงเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุจึงกลับมาเป็นคนสายตาสั้น (secondary myopia) ดังนั้นถ้าพบอาการเช่นนี้ ควรรีบไปพบจักษุแพทย์

3) ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดตาหรือปวดศีรษะร่วมด้วย

4) อาการตามัวจะเริ่มเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ กับเวลาเป็นเดือนหรือปี จนในที่สุดเมื่อแก้วตาขุ่นขาวจนหมดหรือที่เรียกว่า ต้อสุก ก็จะมองไม่เห็นสำหรับในผู้สูงอายุ มักจะเป็นต้อกระจกทั้ง 2 ข้าง แต่จะสุกไม่พร้อมกัน

9

การวินิจฉัยต้อกระจก

การตรวจตาจะพบว่าแก้วต้ามืดขุ่นขาว เมื่อใช้ไฟส่องตาผู้ป่วยจะรู้สึกวุ่นวายตามัวเมื่อใช้เครื่องส่องตา (Ophthalmoscope) ตรวจดูจะไม่พบปฏิกิริยาสะท้อนสีแดง (red reflex)

ภาวะแทรกซ้อนจากต้อกระจก

1) ต้อกระจกที่ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องอาจเกิดต้อหินแทรกซ้อนได้ ทำให้มีอาการปวดตาเฉียบพลัน จำเป็นต้องรักษาอย่างรีบด่วน เพื่อไม่ให้สูญเสียสายตาทันที

2) หลังผ่าตัดมีโอกาสที่เชื้อแบคทีเรียจะปนเปื้อนเข้าไปในตาได้แต่โอกาสเกิดต่ำมาก แต่ก็มีโอกาสพบจะมีการตามัวมองไม่เห็น ปวดตาแดง น้ำตาไหล และเคืองตามาก ผู้ป่วยไม่ได้โดยมักจะเกิดหลังการรักษาดังนี้วันแรกหลังการรักษานานถึง 7 วันและส่วนใหญ่มักเกิดการติดเชื้อภายใน 3-4 วัน หลังผ่าตัด หากไม่ได้รับการแก้ไขอาจทำให้สูญเสียการมองเห็นได้

3) ภาวะเลือดออกใน น้ำในตา จอตาลอก ภาวะใส่เลนส์แก้วตาเทียมไม่ได้หรือภาวะเลนส์แก้วตาเทียมเคลื่อน/หลุด เป็นต้น



10



4. ขั้นตอนการเช็ดทำความสะอาดดวงตา

4.1 เช็ดตาตามคำแนะนำวันละ 1 ครั้งตอนเช้า ถ้าหากมีขี้ตาออกมาอาจเช็ดเพิ่มได้ตามความ

4.2 หยดตาข้างที่ทำผ่าตัดตามแพทย์สั่ง

4.1 จัดทำให้ผู้ป่วยนอนราบ หรือ นิ่งในท่าที่สบายเงยหน้าเล็กน้อย

4.2 ใช้สำลีชุบน้ำเกลือ หรือน้ำต้มสุกที่เย็นแล้ว บิดสำลีพอหมาดทำความสะอาดดวงตาโดย

1) สำลีก้อนที่ 1 เช็ดจากหัวตาข้างที่ผ่าตัด โดยเช็ดจากหัวตาออกมาถึงจมูก

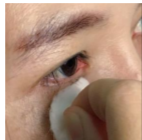


2) สำลีก้อนที่ 2 ให้ผู้ป่วยมองลงล่างเพื่อเลือกด้านบนขึ้นเล็กน้อย เช็ดขัดขอบตาบนจากหัวตาไปหางตา พลิกสำลีอีกด้านเช็ดเลือกด้านล่างบนจากหัวตาไปหางตาไล่ขึ้นไปเหนือคิ้ว



2

3) สำลือก้อนที่ 3 ให้ผู้ป่วยมองขึ้นด้านบน ดึงเปลือกตาล่างลงเช็ดขีดขอบตาล่างจากหัวตาไปหางตา พลิกสำลือก้อนด้านเช็ดเปลือกตาล่างไล่ลงมาถึงแก้มโดยเช็ดจากหัวตาไปหางตาไม่เช็ดย้อนไปมา

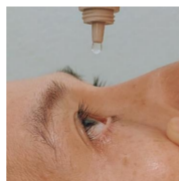


5. การหยอดตา และป้ายตาตามแพทย์สั่ง

5.1 การใช้ยาหยอดตา

- 1) อ่านชื่อยาและฉลากยาข้างขวดเชย่ย่ชวยหยอดยาก่อนใช้ยา
- 2) หยอดตาลงในลุ่มเปลือกตาล่าง 1 หยดระวังอย่าให้ตวยหยอดของ

ชวยตาและถูกตา



3) หลังหยอดตาผู้ป่วยนอนหลับตาบ่ง ๆ ประมาณ 1-2 นาที กดบริเวณหัวตาเบา ๆ ไม่บีบตาแน่นหรือไม่กระพริบตาแรง ๆ หากน้ำยาส่วนเกินล้นออกมาสามารถใช้น้ำสะอาดล้างออกได้

3

8

- 8.5 ไม่ควรทำกิจกรรมที่ออกแรงเบ่งหรือแรงดันเยอะ ๆ
- 8.6 ผู้ป่วยควรระมัดระวังในเวลาเดิน หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ มากกว่าปกติ เช่น การขึ้นรถ
- 8.7 หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มีความเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดการกระทบกระเทือนดวงตา เช่น เล่นกับเด็ก หรือสัตว์เลี้ยง
- 8.8 หลีกเลี่ยงฝุ่น หรือควันเข้าตา เช่น การปรุงอาหาร หรือ ควันธูป
- 8.9 หลีกเลี่ยงการนอนตะแคงทับตาข้างที่ผ่าตัด
- 8.10 ควรหลีกเลี่ยงไอจามแรง ๆ หากจำเป็นต้องไอจามแรง ๆ ไม่ควรกลั้นจาม ควรอำปากจามเพื่อส่งแรงดันออกมาภายนอกแทน
- 8.11 หลีกเลี่ยงการเบ่งอุจจาระแรง ๆ
- 8.12 รับประทานอาหารได้ตามปกติ รับประทานอาหารผักผลไม้ และดื่มน้ำให้เพียงพอวันละ 1-2 ลิตร ควรหลีกเลี่ยงอาหารรสจัดเปรี้ยวจัดอาหารที่มีเครื่องเทศและเครื่องมีนมาต่าง ๆ งดสูบบุหรี่เคี้ยวหมากได้แต่ควรลดปริมาณลงไม่ควรรทำเองควรให้ผู้อื่นทำ
- 8.13 ใช้ยาหยอดและยาป้ายตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่ควรซื้อยาหยอดตามร้านขายยามาหยอดตา หรือรับประทานเอง
- 8.14 มาตรวจตามแพทย์นัด ผู้ป่วยควรมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ซึ่งปกติแพทย์จะนัดมาให้ตรวจ 1 สัปดาห์ 1 เดือน และ 3 เดือน หลังผ่าตัด

9. อาการผิดปกติที่มาพบแพทย์ก่อนนัด

- 9.1 ตาแดงมากขึ้น
- 9.2 มีขี้ตามาก
- 9.3 ปวดตาจนคลื่นไส้อาเจียน
- 9.4 สายตามัวลงกว่าเดิม
- 9.5 เปลือกตาบวมหรือโดนกระแทกบริเวณที่ผ่าตัด ควรรีบมาพบแพทย์ตามนัดทันทีไม่ต้องรอถึงวันนัด

7

10. โรคต้อกระจก (Cataract)

โรคที่เกิดการเสื่อมหรือขุ่นของเลนส์ตามอายุทำให้สูญเสียการมองเห็นไปในที่สุด เพราะเป็นการเสื่อมตามธรรมชาติ อาจเร็วหรือช้า โดยทุกคนต้องมีการเกิดต้อกระจก เพราะเป็นการเสื่อมตามธรรมชาติ ทำให้มีการคาวมัวลงช้า ๆ โดยทั่วไปมักเริ่มมีอาการมองเห็นภาพซ้อนเวลามองแสงสว่าง ลักษณะอาการมัวเหมือนมีหมอก หรือฝ้าขาวบัง มักไม่มีอาการปวดตา ระดับค่าสายตาเปลี่ยนแปลง มองเห็นภาพเป็นหมอกหรือควั่นบัง หลังอายุ 50 ปีขึ้นไป แต่อาจเป็นเร็วขึ้นกรณีมีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน หรือกินยาจำพวกสเตียรอยด์เป็นประจำ และเด็กบางคนอาจเป็นโรคต้อกระจกมาแต่กำเนิด โดยทั่วไปมักเริ่มมีอาการของโรคต้อกระจก

ชนิดและสาเหตุของต้อกระจก

ต้อกระจกเกิดได้ในผู้สูงอายุ (Senile Cataract) และส่วนน้อยที่เกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่โรคชรา ซึ่งสาเหตุ มีดังนี้

- 1) ต้อกระจกโดยกำเนิด (congenital cataract)
- 2) ต้อกระจกในผู้สูงอายุ (senile cataract)
- 3) ต้อกระจกแทรกซ้อน (complication cataract)
- 4) ต้อกระจกร่วม (Secondary cataract)
- 5) ต้อกระจกจากอันตราย
- 6) ต้อกระจกที่เกิดจากพิษของยา เช่น ผู้ป่วยที่รับประทานยากลุ่ม steroid เป็นประจำต้อกระจกเกิดช้า (after cataract) คือต้อกระจกที่เกิดขึ้นใหม่หลังการผ่าตัดต้อกระจกในครั้งแรก
- 7) ต้อกระจกเกิดซ้ำ (after cataract) คือต้อกระจกที่เกิดขึ้นใหม่หลังการผ่าตัดต้อกระจกในครั้งแรก

- 4) ยาหยอดตาหลังผ่าตัดต้อกระจกหากมีมากกว่า 2 ขวดให้หยอดขวดน้ำใสก่อนต่อมาจึงหยอดยาน้ำขุ่นเช่นตอนหลังหยอดขวดแรกแล้วให้รอเวลาห่างกัน 5 นาทีจึงหยอดขวดที่ 2
- 5) ยาหยอดตาควรเก็บไว้ในตู้เย็นตรงช่องธรรมดาจะหมดอายุหลังจากเปิดใช้แล้ว 1 เดือนหากไม่มีตู้เย็นไม่ต้องแช่เย็นก็ได้แต่ไม่ควรวางยาไว้ใกล้แสงความร้อน เพราะยาจะเสื่อมอายุเร็ว
- 6) ยาหยอดตาใช้หยอดตาข้างที่ทำการผ่าตัดเท่านั้นไม่ควรใช้ร่วมกับผู้อื่น เพราะอาจจะติดเชื้อได้
- 7) ถ้ายาหยอดตาเปลี่ยนสีไม่ควรนำมาใช้อีก
- 8) ห้ามซื้อยามาหยอดตาเอง

5.2 การป้ายตา

- 1) อ่านชื่อยาและฉลากยาข้างขวดในการใช้ยาทุกครั้ง เพื่อป้องกันการหยิบยาผิด
- 2) ดึงหนังตาล่างลงให้ผู้ป่วยมองขึ้นข้างบน ให้เป็นลุ่ม บีบยาข้างที่สั่งลงในเปลือกตาล่าง ระวังอย่าให้นิ้วมือสัมผัสปลายหลอด และในระหว่างการหยอดตา หลังหยอดตาเสร็จปิดฝายาข้างที่สั่งให้สนิท โดยไม่ต้องเช็ดปลายหลอด หลับตาเพื่อใหยากระจายทั่ว



4

3) หลังเช็ดทำความสะอาด และหยอดตาเสร็จแล้ว นำผ้าครอบตา

4) ปิดตาด้วยพลาสติก วิธีการครอบตา หลังออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยจะต้องครอบตาตอนกลางวันและก่อนนอนเป็นเวลา 1 สัปดาห์ หากผู้ป่วยไม่สะดวกตอนกลางวันให้ใช้แว่นกันแดด หรือแว่นตาสีขาวเป็นเวลา 1 เดือน ตอนกลางคืนควรใส่ที่ครอบตาทุกครั้งเพื่อป้องกันอุบัติเหตุต่อดวงตา



6. วิธีกาดูแลผ้าครอบตา

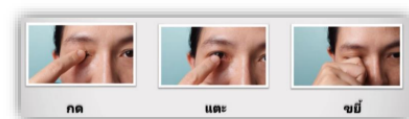
ผ้าครอบตาทำความสะอาดวันละ 1 ครั้งโดยใช้สบู่ล้างให้สะอาดแล้วเช็ดให้แห้งด้วยผ้าสะอาด กรณีที่ครอบตาใช้แล้วสามารถล้างที่ครอบตา ล้างด้วยน้ำสะอาด หรือสบู่นิยั่ใช้สำลีแอลกอฮอล์และไม้มิ่งหรือต้ม

7. ข้อแนะนำเพิ่มเติม

หลังผ่าตัดต้อกระจก จะมีอาการ แสบตา เคืองตา มีน้ำตาไหลมากกว่าปกติ ผู้ป่วยสามารถใช้ผ้าสะอาดทำความสะอาดบริเวณแก้มได้ หากต้องการเช็ดตาต้องใช้สำลีที่ผ่านการฆ่าเชื้อแล้วเท่านั้น

8. การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต้อกระจก

8.1 ระวังอุบัติเหตุต่อดวงตา ห้าม กด และ ขยี้ตา



8.2 ห้ามน้ำ และวัตถุอื่นสัมผัสตา เพื่อความปลอดภัยและป้องกันการติดเชื้อ หากต้องการสระผม ให้สระผมที่ร้าน หรือให้ผู้ดูแลสระให้ ควรใช้ผ้าครอบตา ครอบตาข้างที่ผ่าตัดขณะสระผม

8.3 สามารถอาบน้ำได้ แต่ต้องระวังน้ำเข้าตา

8.4 ใช้สายตาได้ตามปกติ เช่น ดู โทรทัศน์ อ่านหนังสือ ควรพักสายตา เมื่อรู้สึกแสบตา

5

6





ภาคผนวก ง

ตารางแสดงการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of Item Object)

ตารางวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อ
กระดูกสันหลังระดับตติยภูมิที่โรงพยาบาลนครพนม

ข้อที่	คะแนนคนที่			คะแนนรวม	ค่า IOC	ผลการวิเคราะห์	ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
	1	2	3				
1	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
2	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	แนะนำให้เก็บอายุเป็นตัวเลข
3	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
4	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
5	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
6	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	เพิ่มผ่าตัดสองข้าง
7	1	-1	0	0	0	ไม่ผ่านเกณฑ์	
8	1	-1	0	0	0	ไม่ผ่านเกณฑ์	
9	1	-1	-1	-1	-1	ไม่ผ่านเกณฑ์	ซ้ำ
10	1	0	0	1	0.3	ไม่ผ่านเกณฑ์	
11	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
12	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
13	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
14	1	1	0	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	
15	1	-1	-1	-1	-1	ไม่ผ่านเกณฑ์	ซ้ำ
16	1	0	0	1	0.3	ไม่ผ่านเกณฑ์	
17	0	0	0	0	0	ไม่ผ่านเกณฑ์	
18	0	0	1	2	0.3	ไม่ผ่านเกณฑ์	
19	0	0	1	2	0.3	ไม่ผ่านเกณฑ์	
20	0	0	1	2	0.3	ไม่ผ่านเกณฑ์	
21	0	0	1	2	0.3	ไม่ผ่านเกณฑ์	
22	1	0	0	1	0.3	ไม่ผ่านเกณฑ์	เป็นอาการไม่ใช่สาเหตุของการเกิด
23	0	0	1	2	0.3	ไม่ผ่านเกณฑ์	
24	1	0	1	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	
25	0	1	0	1	0.3	ไม่ผ่านเกณฑ์	

ฉบับที่ ๒

ข้อที่	คะแนนคนที่			คะแนนรวม	ค่า IOC	ผลการวิเคราะห์	ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
	1	2	3				
26	-1	1	0	0	0	ไม่ผ่านเกณฑ์	เป็นโรคต้อหิน
27	0	-1	0	-1	-1	ไม่ผ่านเกณฑ์	
28	-1	0	1	0	0	ไม่ผ่านเกณฑ์	
29	-1	0	1	0	0	ไม่ผ่านเกณฑ์	
30	0	0	1	1	0.3	ไม่ผ่านเกณฑ์	
31	-1	-1	1	-1	-1	ไม่ผ่านเกณฑ์	
32	0	1	1	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	
33	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
34	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
35	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
36	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	เปลี่ยนหรือเป็นเนื้องอก
37	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
38	0	1	1	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	
39	0	1	1	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	แก้ไขเป็นกัมต้ามัก ๆ
40	-1	1	1	1	0.3	ไม่ผ่านเกณฑ์	ซ้ำ
41	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
42	-1	1	1	1	0.3	ไม่ผ่านเกณฑ์	
43	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
44	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	ปิดตาครอบเวลานอน
45	-1	0	1	0	0	ไม่ผ่านเกณฑ์	
46	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
47	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
48	0	1	1	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	
49	0	1	1	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	ไม่ปิดตา ใส่แว่นกันแดด 1 เดือน
50	-1	1	1	1	0.3	ไม่ผ่านเกณฑ์	
51	-1	1	1	1	0.3	ไม่ผ่านเกณฑ์	
52	0	1	1	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	

๖๘ ปณฺ ทิโต ๖

ข้อที่	คะแนนคนที่			คะแนนรวม	ค่า IOC	ผลการวิเคราะห์	ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
	1	2	3				
53	0	1	1	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	
54	0	1	1	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	
55	0	1	1	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	
56	-1	1	1	1	0.3	ไม่ผ่านเกณฑ์	
57	0	1	1	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	
58	-1	1	1	1	0.3	ไม่ผ่านเกณฑ์	หรือไม่มีเวลาเข็ดตา
59	0	1	1	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	
60	0	1	1	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	
61	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
62	-1	1	1	1	0.30	ไม่ผ่านเกณฑ์	
63	-1	0	1	0	0	ไม่ผ่านเกณฑ์	
64	-1	0	1	0	0	ไม่ผ่านเกณฑ์	
65	-1	1	1	1	0.3	ไม่ผ่านเกณฑ์	
66	-1	0	1	0	0	ไม่ผ่านเกณฑ์	
67	-1	0	1	0	0	ไม่ผ่านเกณฑ์	
68	-1	1	1	1	0.3	ไม่ผ่านเกณฑ์	
69	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
70	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
71	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
72	1	0	1	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	
73	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
74	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
75	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
76	1	-1	1	1	0.3	ไม่ผ่านเกณฑ์	ควรมีระยะเวลามาก
77	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
78	-1	1	1	1	0.3	ไม่ผ่านเกณฑ์	
79	-1	1	1	1	0.3	ไม่ผ่านเกณฑ์	

ศูนย์ ปณ. ทีโตน บ...

ข้อที่	คะแนนคนที่			คะแนนรวม	ค่า IOC	ผลการวิเคราะห์	ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
	1	2	3				
80	-1	0	1	0	0	ไม่ผ่านเกณฑ์	
81	-1	1	1	1	0.3	ไม่ผ่านเกณฑ์	เป็นข้อเดียวกันกับข้อ 82
82	0	1	1	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	
83	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
84	1	0	1	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	
85	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
86	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
87	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
88	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะและความคิดเห็นเพิ่มเติม							
89	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	ปรับเป็นปัจจุบันตารางที่ผัดตัด ท่านเป็นอย่างไร
90	0	0	1	1	0.3	ไม่ผ่านเกณฑ์	ใช้ข้อความแทน
91	1	0	0	1	0.3	ไม่ผ่านเกณฑ์	
92	0	1	0	1	0.3	ไม่ผ่านเกณฑ์	
93	0	0	0	1	0.3	ไม่ผ่านเกณฑ์	
94	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
ค่าเฉลี่ยรวม						0.89	



ตารางวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อแบบสัมภาษณ์เชิงลึกการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก
ใส่เลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน

ข้อที่	คนที่			คะแนนรวม	ค่า IOC	ผลการวิเคราะห์	ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
	1	2	3				
1	1	0	1	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	
2	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
3	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
4	1	0	1	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	ปรับข้อความให้สั้นลง
5	1	1	1	1	1	ผ่านเกณฑ์	
6	1	0	1	0	0.67	ผ่านเกณฑ์	
7	1	1	1	0	1	ผ่านเกณฑ์	
8	1	0	1	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	
9	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
10	1	0	1	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	
ค่าเฉลี่ยรวม						0.84	

มณุ จี ๒๔

ตารางวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์จากการรับชมวีดิทัศน์ เรื่อง
การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตัดต่อกระจกใสเลนส์ตาเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน

ข้อที่	คนที่			คะแนนรวม	ค่า IOC	ผลการวิเคราะห์	ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
	1	2	3				
1	1	0	1	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	
2	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	ขีดหน้า 4 สัปดาห์
3	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	ขีดหน้าเว้นรอบดวงตาข้างที่ผ่าตัด
4	1	0	1	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	ก่อนหยอดตาถ้ามีขี้ตามาก
5	-1	1	1	1	0.3	ผ่านเกณฑ์	
6	-1	0	1	0	0	ไม่ผ่านเกณฑ์	เพิ่มNSS/น้ำตมสุกที่เย็นแล้ว
7	1	-1	0	0	0	ไม่ผ่านเกณฑ์	
8	1	0	1	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	
9	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
10	1	0	1	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	ใช้สำลีเช็ดจากหัวตาไปหางตาเพียง 1 ครั้ง
11	1	0	1	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	
12	1	0	1	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	
13	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
14	1	0	1	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	
15	-1	1	1	1	0.3	ไม่ผ่านเกณฑ์	
16	1	0	1	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	
17	1	0	1	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	
18	1	0	1	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	
19	1	0	1	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	
20	1	0	1	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	
21	1	0	1	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	
22	1	0	1	1	0.67	ผ่านเกณฑ์	
23	1	-1	1	1	0.3	ไม่ผ่านเกณฑ์	ให้แวนตากันแดด หรือครอบตา
24	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
25	1	0	1	1	0.67	ผ่านเกณฑ์	

ข้อที่	คนที่			คะแนนรวม	ค่า IOC	ผลการวิเคราะห์	ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
	1	2	3				
26	1	0	1	1	0.67	ผ่านเกณฑ์	
27	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
28	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
29	1	0	1	1	0.67	ผ่านเกณฑ์	
30	1	0	1	1	0.67	ผ่านเกณฑ์	
ค่าเฉลี่ยรวม						0.76	

ตารางวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีแบบประเมินความรู้ความสามารถในการดูแลหลังผ่าตัดต่อ
กระดูกสันหลังคอเทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน

ข้อที่	คนที่			คะแนนรวม	ค่า IOC	ผลการวิเคราะห์	ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
	1	2	3				
1	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
2	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
3	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
4	1	0	1	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	
5	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
6	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
7	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
8	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
9	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
10	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
11	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
12	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
13	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
14	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
ค่าเฉลี่ยรวม						0.98	

พูน ปณ ทิโต ชีเว

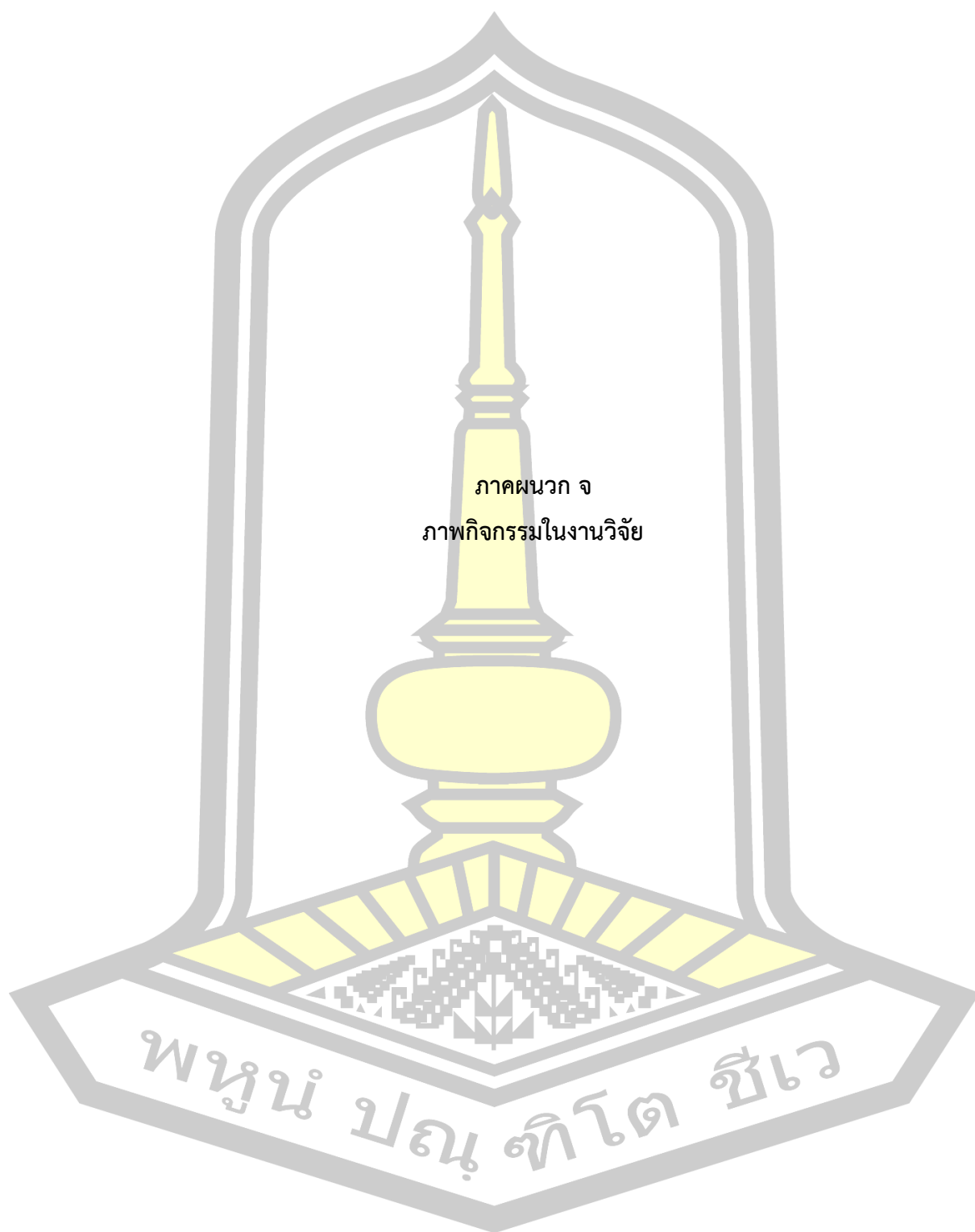
ตารางวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีแบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว
สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก ขณะกลับไปพักฟื้นที่บ้าน

ข้อที่	คนที่			คะแนนรวม	ค่า IOC	ผลการวิเคราะห์	ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
	1	2	3				
1	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
2	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
3	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
4	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
5	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
6	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
7	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
8	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
9	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
10	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
11	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
12	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
ค่าเฉลี่ยรวม						1.00	

ตารางวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีแบบประเมินความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก
ใส่เลเซอร์เทียม ขณะพักฟื้นที่บ้าน

ข้อที่	คนที่			คะแนนรวม	ค่า IOC	ผลการวิเคราะห์	ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
	1	2	3				
1	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	ควรมีภาพประกอบเพื่อประกอบการเข้าใจ
2	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
3	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
4	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
5	1	1	1	3	1	ผ่านเกณฑ์	
ค่าเฉลี่ยรวม						1.00	





ภาพกิจกรรมที่ 1 การลงพื้นที่การนำเครื่องมือไปทดลองใช้



ภาพกิจกรรมที่ 2 การสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้บริการในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจก



ภาพกิจกรรมที่ 3 การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกแบบเดิม
ภาพดูวิถีโอบนหอผู้ป่วยจักษุ และการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ



ภาพกิจกรรมที่ 4 การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกแบบใหม่

1. ภาพการให้ข้อมูลผู้ป่วยบนหอผู้ป่วยจักษูก่อนกลับบ้าน

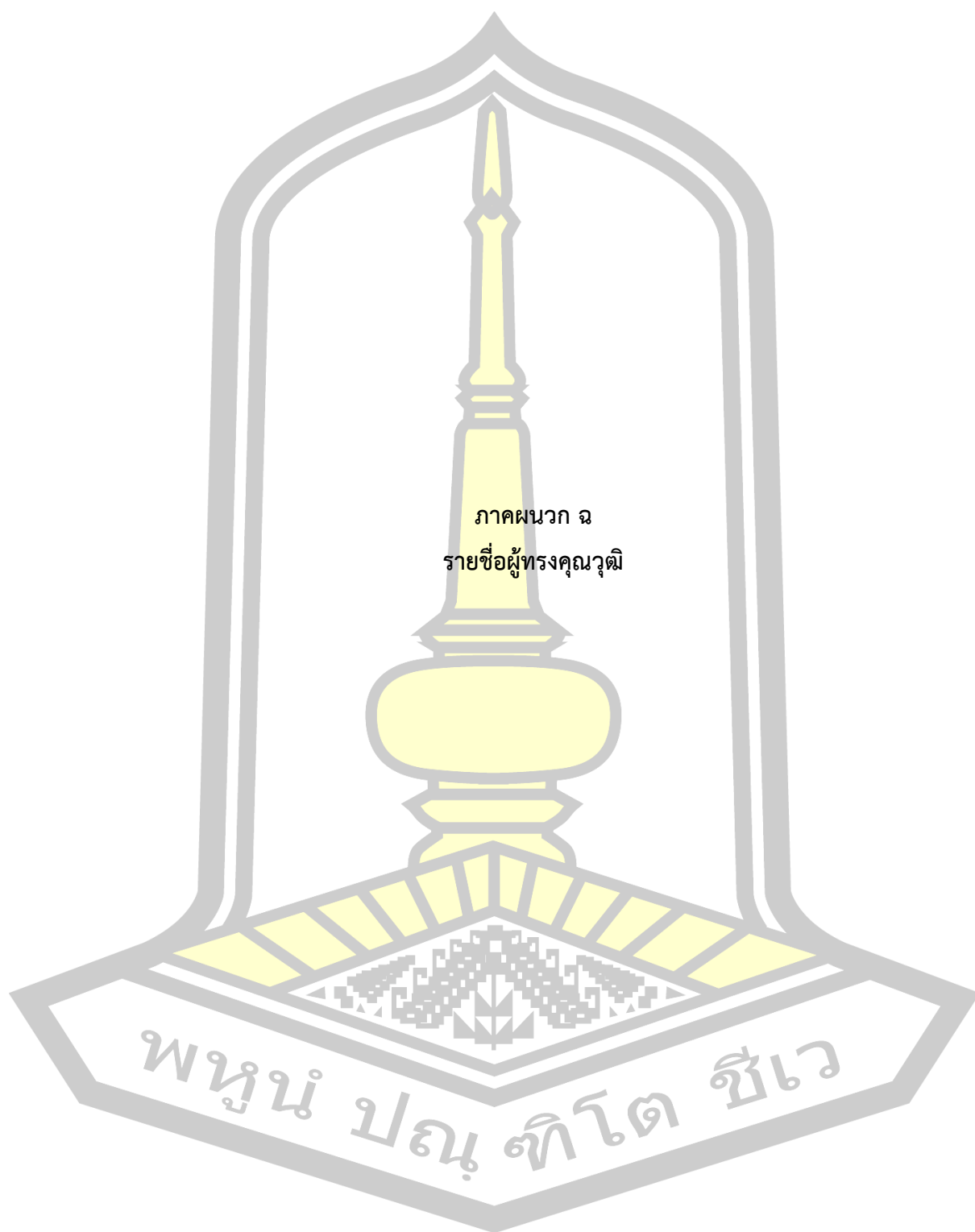


2. ภาพการให้ข้อมูลผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ



3. ภาพผู้ป่วยที่พึงพอใจต่อการใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก



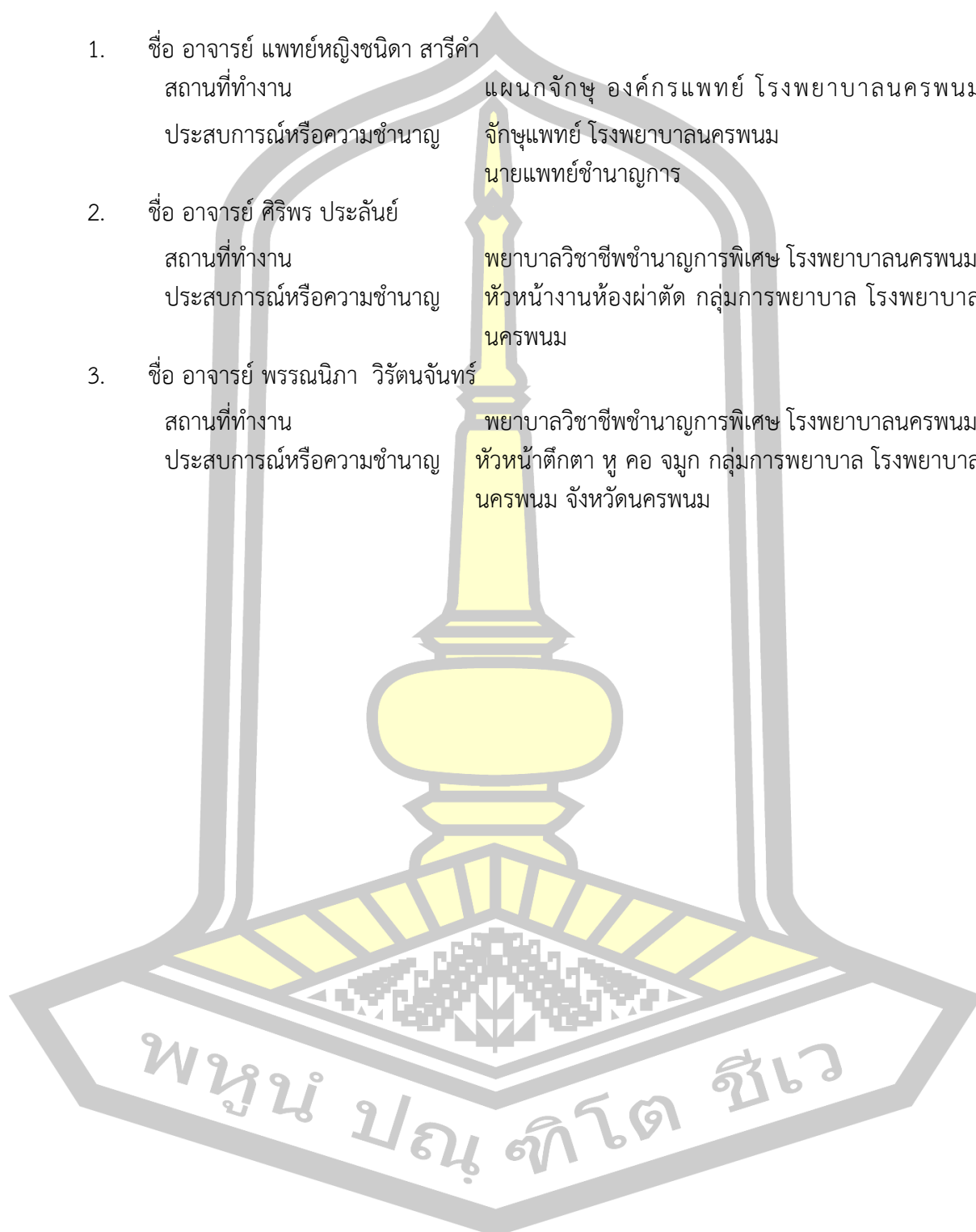


ภาคผนวก ฉ
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

พูน ปณ จิต ชีเว

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. ชื่อ อาจารย์ แพทย์หญิงชนิดา สารีคำ
 สถานที่ทำงาน แผนกจักษุ องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลนครพนม
 ประสบการณ์หรือความชำนาญ จักษุแพทย์ โรงพยาบาลนครพนม
 นายแพทย์ชำนาญการ
2. ชื่อ อาจารย์ ศิริพร ประลันย์
 สถานที่ทำงาน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนครพนม
 ประสบการณ์หรือความชำนาญ หัวหน้างานห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาล
 นครพนม
3. ชื่อ อาจารย์ พรรณนิภา วิรัตน์จันทร์
 สถานที่ทำงาน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนครพนม
 ประสบการณ์หรือความชำนาญ หัวหน้าตึกตา หู คอ จมูก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาล
 นครพนม จังหวัดนครพนม



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวสาริณี สกกุลสุข
วันเกิด	วันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2526
สถานที่เกิด	อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 137 หมู่ที่ 8 ตำบลเรณูนคร อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม รหัสไปรษณีย์ 48170
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลนครพนม เลขที่ 270 ถนนอภิบาลบัญชา ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม รหัสไปรษณีย์ 48000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2549 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) มหาวิทยาลัยราชธานี (วิทยาเขตอุดรธานี) พ.ศ. 2558 ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (กศ.ม.) แขนงวิชาการแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2567 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผลงานวิจัย	1. สาริณี สกกุลสุข. (2559).ผลของการให้การปรึกษาแบบรายบุคคล เพื่อ เสริมสร้างความสุขของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ถูกตัดขาใน โรงพยาบาล นครพนม จังหวัดนครพนม. วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข, 21(5), 66-71. 2. สาริณี สกกุลสุข. (2561). การอุดตันของกล้องขณะทำ Colonoscopy เปรียบเทียบระหว่างการ Irrigate ลำไส้ผ่านกล้องด้วย Sterile Water กับ Normal Saline Solution โรงพยาบาลนครพนม.มหกรรมการนำเสนอ ผลงานวิจัย เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในงานประจำโรงพยาบาล นครพนม ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2560-2561.(น.22). ร้านสยามการพิมพ์: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.