ผลของรูปแบบการพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก ต่อความวิตกกังวล ความร่วมมือในการผ่าตัด และอัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัด

สิริรักษ์ มีสุข พย.บ.[1]
วิยะดา วงศ์มุกดา พย.บ.[1]
จรินทร โคตพรม พย.ม.[2,3]
ณฐมน โจมแพง พย.ม.[2]

(วันรับบทความ: 17 มกราคม พ.ศ.2569/ วันแก้ไขบทความ: 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2569/ วันตอบรับบทความ: 5 มีนาคม พ.ศ.2569)

บทคัดย่อ

ความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดต้อกระจกเป็นภาวะคุกคามที่ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือและนำไปสู่ปัญหาการงดหรือเลื่อนผ่าตัด การวิจัยกึ่งทดลองนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก (Information-Preparation-Decrease Anxiety and Complication: IPD model) ต่อ 1)ระดับความวิตกกังวล 2) ความร่วมมือในการผ่าตัด และ 3) อัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลมุกดาหาร จำนวน 60 คน เลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนที่ได้รับรูปแบบการพยาบาล IPD model และ กลุ่มควบคุม 30 คน ที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานปกติ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ รูปแบบการพยาบาล IPD model และแบบประเมินความร่วมมือในการผ่าตัดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.92 และ 0.90 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินความวิตกกังวล (The Amsterdam preoperative anxiety and information scale: APAIS) และแบบประเมินความร่วมมือฯ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 และ 0.89 ตามลำดับ และ แบบบันทึกการงดหรือเลื่อนผ่าตัดมาตรฐานของโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Chi-square test, Independent t-test, Paired t-test และ Fisher's Exact Test

การวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่าและมีพฤติกรรมความร่วมมือขณะผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับอัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัด แม้ไม่พบความแตกต่างทางสถิติแต่มีนัยสำคัญเชิงคลินิก โดยกลุ่มทดลองไม่พบอุบัติการณ์ ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบร้อยละ 13.33 สรุปได้ว่ารูปแบบ IPD Model มีประสิทธิผลในการลดความวิตกกังวลและส่งเสริมความร่วมมือของผู้ป่วย ข้อเสนอแนะควรพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่เน้นการสื่อสารด้วยภาษาถิ่น การฝึกทักษะในสถานการณ์จำลอง และการคัดกรองความเสี่ยงเชิงรุกผ่านระบบติดตามทางไกล เพื่อยกระดับประสิทธิภาพการบริหารจัดการห้องผ่าตัดและผลลัพธ์การรักษาที่ดี

คำสำคัญ: ต้อกระจก ความวิตกกังวล ความร่วมมือในการผ่าตัด อัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัด รูปแบบการเตรียมผ่าตัด

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมุกดาหาร
[2]อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม
[3]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: Jarintorn569@gmail.com Tel: 098-1298617

Effects of a Preoperative Preparation Nursing Model for Cataract Surgery Patients on Anxiety, Intraoperative Cooperation, and Surgery Cancellation Rates

Siriruk Meesook B.S.N [1]
Wiyada Wongmukda B.S.N [1]
Jarintorn Koteprom M.N.S [2,3]
Nadhamon Jompaeng M.N.S [2]

(Received Date: January 17, 2026, Revised Date: February 26, 2026, Accepted Date: March 5, 2026)

Abstract

Preoperative anxiety among patients undergoing cataract surgery represents a significant clinical concern as it may impair intraoperative cooperation and contribute to surgery cancellation or postponement. This quasi-experimental study aimed to evaluate the effectiveness of a structured preoperative nursing intervention, the Information-Preparation-Decrease Anxiety and Complication (IPD) model, in reducing anxiety levels, improving intraoperative cooperative behaviors, and decreasing surgery cancellation rates. A total of 60 patients scheduled for cataract surgery at Mukdahan Hospital were recruited through purposive sampling and assigned to an experimental group (n = 30) receiving the IPD model and a control group (n = 30) receiving routine care. Research instruments included the IPD model protocol and an intraoperative cooperation assessment form (with content validity indexes (CVI) of 0.92 and 0.90, respectively), as well as the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) and the cooperation assessment form (which demonstrated reliability coefficients of 0.90 and 0.89, respectively), and the hospital's standard records for surgery cancellations and postponements. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, independent sample t-tests, paired sample t-tests, and Fisher's exact tests.

The study revealed that, after the intervention, the experimental group's mean anxiety score significantly decreased, whereas no significant change was observed in the control group. Post-intervention between-group comparisons indicated that the experimental group had significantly lower anxiety scores and higher intraoperative cooperation scores than the control group. Regarding the surgery cancellation or postponement rate, although the difference was not statistically significant, it was clinically significant as no cancellations occurred in the experimental group while a 13.33% cancellation rate was observed in the control group. In conclusion, the IPD Model is effective in reducing anxiety and enhancing patient cooperation. It is recommended that nursing practices be developed emphasizing local dialect communications, simulation-based training, and proactive risk screening via telenursing systems. These strategies aim to elevate the efficiency of operating room management and promote optimal treatment outcomes.

Keywords: cataract surgery, anxiety, intraoperative cooperation, surgery cancellation rates, preoperative preparation nursing model

[1]Registered Nurse, Senior Professional Level, Mukdahan Hospital
[2]Lecturer Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University
[3]Corresponding author, Email: jarintorn569@gmail.com Tel: 098-1298617

บทนำ

ต้อกระจกเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกและเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียการมองเห็นในประชากรโลกกว่า 94 ล้านคน[1] โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีอุบัติการณ์การเกิดโรคสูงถึงร้อยละ 88.17 และในผู้ที่อายุ 80 ปีขึ้นไปพบต้อกระจกเกือบทั้งหมด[2] สำหรับประเทศไทยพบสถานการณ์ในทิศทางเดียวกัน โดยมีผู้ป่วยรายใหม่กว่า 250,000 รายต่อปี[3] ซึ่งความบกพร่องทางการมองเห็นดังกล่าวส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ทั้งด้านการทำกิจวัตรประจำวัน สัมพันธภาพทางสังคม และสุขภาพจิต แม้การผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาจะเป็นมาตรฐานการรักษาที่มีอัตราความสำเร็จสูง แต่กระบวนการผ่าตัดยังคงเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อดวงตา ซึ่งเป็นอวัยวะสำคัญยิ่งต่อการดำเนินชีวิต จึงทำให้ผู้ป่วยต้อกระจกเกิดความรู้สึกกลัวและวิตกกังวล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงระยะเวลาที่รอรับการผ่าตัด จากการศึกษาของ Kumar และคณะ[4] พบว่าผู้ป่วยถึงร้อยละ 57.10 มีภาวะวิตกกังวลในระดับปานกลาง โดยมีปัจจัยกระตุ้นสำคัญมาจากความยากลำบากในการดำเนินชีวิตที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเปราะบางทางจิตใจและรู้สึกว่าตนเองถูกละเลยหรือได้รับการดูแลจากครอบครัวไม่เพียงพอ สภาวะความกดดันทางอารมณ์ดังกล่าวเมื่อผนวกเข้ากับความหวาดกลัวต่อกระบวนการผ่าตัด จึงยิ่งส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของ Obuchowska และ Konopinska[5] ที่ยืนยันว่าความวิตกกังวลเป็นภาวะคุกคามทางจิตใจที่พบได้มากที่สุดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยสาเหตุอันดับหนึ่งคือ ความกลัวต่อภาวะแทรกซ้อนและการสูญเสียดวงตา ร้อยละ 55 รองลงมาคือ ความกลัวความเจ็บปวด ร้อยละ 41 ความกังวลต่อผลลัพธ์และขั้นตอนการผ่าตัด ร้อยละ 36 และ 33 ตามลำดับ รวมถึงความกลัวการเสียชีวิตระหว่างผ่าตัดที่มีรายงานถึงร้อยละ 12.70

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนับเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษา การเตรียมความพร้อม และการให้ความร่วมมือในการผ่าตัด จนเป็นสาเหตุนำไปสู่การงดหรือเลื่อนการผ่าตัดในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Mayro และคณะ[6] ที่พบอุบัติการณ์การงดเลื่อนผ่าตัดต้อกระจกสูงถึง ร้อยละ 14.50 โดยสาเหตุสำคัญเกิดจากความไม่พร้อมด้านร่างกายและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดที่ไม่ครบถ้วน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Bheemidi และคณะ[7] ที่พบอุบัติการณ์การงดเลื่อนผ่าตัดสูงถึงร้อยละ 14.30 โดยมีสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งคือการที่ผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัดร้อยละ 38.42 รองลงมาคือปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยร้อยละ 18.79 ซึ่งตัวเลขดังกล่าวอาจเป็นตัวสะท้อนถึงความลังเลใจจากการขาดความมั่นใจ เนื่องจากการได้รับข้อมูลและการเตรียมตัวที่ไม่เพียงพอ รวมถึงความไม่พร้อมทางด้านร่างกายของผู้ป่วย สำหรับบริบทในประเทศไทยการศึกษา ณ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์[8] ซึ่งเป็นสถาบันการแพทย์เฉพาะทางด้านจักษุพบอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัดร้อยละ 3.00-4.50 โดยมีสาเหตุหลักจากภาวะความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์มาตรฐาน ประเด็นดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ[9] ที่ระบุสาเหตุส่วนใหญ่ของการงดหรือเลื่อนผ่าตัดเกิดจากความไม่พร้อมทางด้านร่างกายของผู้ป่วยและกระบวนการประเมินที่ไม่ครอบคลุม เช่นเดียวกับสถานการณ์ในโรงพยาบาลมุกดาหารโดยสถิติระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัดในผู้ป่วยต้อกระจก สูงถึงร้อยละ 5.40, 7.20 และ 6.50 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์สาเหตุพบประเด็นปัญหาที่สัมพันธ์กัน 2 ส่วนหลัก คือ 1) ความไม่พร้อมทางด้านร่างกาย (ความดันโลหิตสูง, ระดับน้ำตาลในเลือดสูง, การติดเชื้อที่ตาและการติดเชื้อในทางเดินหายใจ) และ 2) ความไม่พร้อมด้านจิตใจที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือ โดยเฉพาะความวิตกกังวลจนไม่สามารถนอนนิ่งหรือปฏิบัติตามคำแนะนำระหว่างผ่าตัดได้ จากสถานการณ์ปัญหาและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่กล่าวมาข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาการงดหรือเลื่อนผ่าตัดต้อกระจกไม่ได้เกิดจากปัจจัยทางคลินิกเพียงอย่างเดียว แต่มีความเกี่ยวเนื่องกันระหว่างความไม่พร้อมทางร่างกายและความวิตกกังวลของผู้ป่วย หากไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมร่วมกัน ย่อมส่งผลโดยตรงต่ออุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัด ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุมทั้งมิติกายและจิตใจ จะเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยลดความสูญเสียจากการเลื่อนผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาในช่วงเวลาที่เหมาะสม ซึ่งถือเป็นตัวบ่งชี้สำคัญของคุณภาพการพยาบาล

การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ ถือเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการช่วยลดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดได้ถึงร้อยละ 30-50[10,11] และลดอุบัติการณ์การงดเลื่อนผ่าตัดได้ถึงร้อยละ 50[9] การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าแนวคิดหลักที่ได้รับการยอมรับและถูกนำมาประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวางเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของ

การเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการรักษา คือ ทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-Regulation Theory) ของ Leventhal และ Johnson[12] ทฤษฎีนี้ถูกนำมาใช้อธิบายกลไกการรับรู้ของผู้ป่วยว่า การได้รับข้อมูลเชิงประสบการณ์ที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมจะช่วยให้ผู้ป่วยสร้างโครงสร้างทางความคิด (Schema) ที่ถูกต้อง และสามารถคาดการณ์สถานการณ์ได้ตรงตามความเป็นจริง นำไปสู่การลดความวิตกกังวลและการปรับตัวที่เหมาะสม ซึ่งที่ผ่านมามีการนำแนวคิดทฤษฎีการกำกับตนเองไปประยุกต์ใช้เพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดและเกิดผลลัพธ์เชิงประจักษ์ครอบคลุมตั้งแต่หัตถการเฉพาะที่ไปจนถึงการผ่าตัดใหญ่ที่มีความซับซ้อน ดังเช่นการศึกษาของ สิรีธร ทองนุช และคณะ[13] ที่นำทฤษฎีนี้มาใช้ในการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก ซึ่งพบว่าการให้ข้อมูลเชิงรูปธรรมช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์สถานการณ์ล่วงหน้าได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับบริบทของการผ่าตัดที่มีความซับซ้อนสูงในการศึกษาของ เกียรติวรรณ การสะอาด และคณะ[14] พบว่าการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมตามทฤษฎีการกำกับตนเอง ช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขณะทำหัตถการได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้กระบวนการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบยังเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือและลดอัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ[9]

แม้องค์ความรู้ตามทฤษฎีการกำกับตนเองจะมีประสิทธิผลเชิงประจักษ์ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยผ่าตัด แต่ในทางปฏิบัติยังคงพบข้อจำกัดจากลักษณะเฉพาะของการผ่าตัดต้อกระจกที่ใช้เพียงยาชาเฉพาะที่ ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกตัวตลอดกระบวนการผ่าตัด จึงจำเป็นต้องอาศัยความสามารถในการควบคุมตนเองและพฤติกรรมความร่วมมือในระดับสูง ทั้งการนอนราบหน้านิ่งภายใต้ผ้าคลุมหน้า การเผชิญแสงไฟจ้า และการสื่อสารระหว่างผ่าตัด นอกจากนี้ บริบทของโรงพยาบาลมุกดาหารพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการรับรู้และเข้าถึงข้อมูลที่เป็นภาษาทางการ ประเด็นเหล่านี้จึงเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการสร้างความเข้าใจและการปฏิบัติตนที่ถูกต้องของผู้ป่วยในสถานการณ์จริง การนำแนวคิดดังกล่าวไปประยุกต์ใช้จึงจำเป็นต้องสอดคล้องกับความเชื่อและวัฒนธรรมท้องถิ่น การวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกับทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team: PCT) สาขาตา หู คอ จมูก พบว่าแนวทางการเตรียมความพร้อมในปัจจุบันมีความแตกต่างกันตามประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน ด้วยเหตุนี้เพื่อให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทุกมิติและเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูลให้เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบตั้งแต่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจนถึงห้องผ่าตัด ผู้วิจัยจึงได้พัฒนากระบวนการเตรียมความพร้อมผ่านการมีส่วนร่วม จนเกิดเป็นรูปแบบการพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก (Information-Preparation-Decrease Anxiety and Complication: IPD model) ที่บูรณาการทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับสื่อภาษาถิ่นอีสานเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง ควบคู่กับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการพยาบาลทางไกล (Telenursing) และการฝึกทักษะการปฏิบัติตนอย่างเป็นรูปธรรม โดยมุ่งหวังผลลัพธ์ในการลดระดับความวิตกกังวล ส่งเสริมความร่วมมือขณะผ่าตัด และลดอัตราการงดหรือเลื่อนการผ่าตัด เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติมาตรฐานในการยกระดับคุณภาพการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

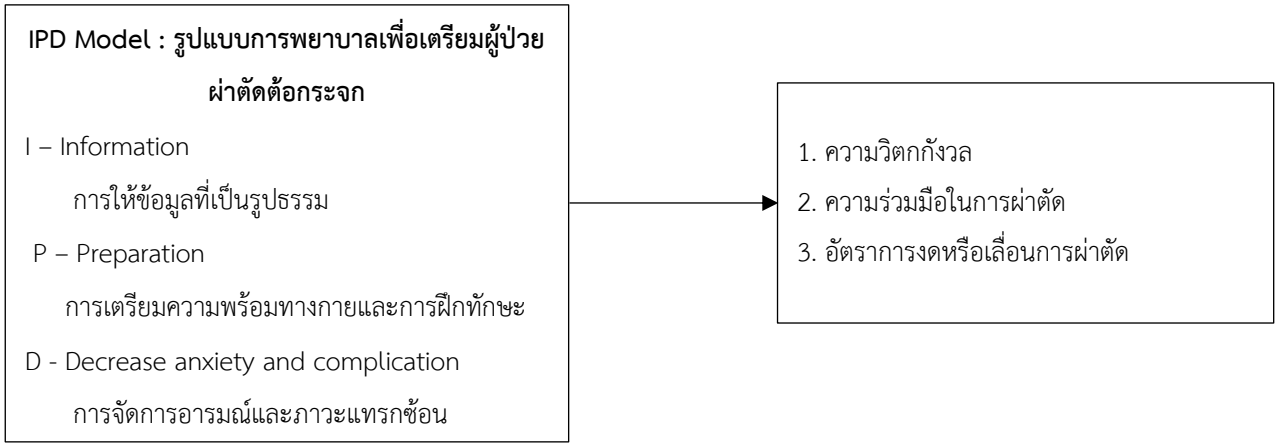
เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก (IPD Model) ต่อระดับความวิตกกังวล พฤติกรรมความร่วมมือในการผ่าตัด และอัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัด

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยดำเนินการศึกษาในผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดในโรงพยาบาลมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน ครอบคลุมการศึกษาตัวแปรต้น คือ รูปแบบการพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก (IPD Model) และตัวแปรตาม ได้แก่ ระดับความวิตกกังวล พฤติกรรมความร่วมมือในการผ่าตัด และอัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัด โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-Regulation Theory) ของ Leventhal และ Johnson[12] โดยมีหลักการสำคัญว่าการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสร้างโครงสร้างทางความคิดที่ถูกต้องเพื่อปรับตัวต่อภาวะคุกคามได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องให้การพยาบาลที่ครอบคลุม 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการและความรู้สึก 2) การฝึกทักษะการปฏิบัติตัว และ 3) การสนับสนุนทางจิตใจ จากหลักการดังกล่าวจึงนำมาสังเคราะห์เป็นรูปแบบการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก ซึ่งประกอบด้วย I: Information การให้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรมเพื่อสร้างความเข้าใจในขั้นตอนและความรู้สึกที่จะเกิดขึ้นจริง ช่วยให้ผู้ป่วยคาดการณ์สถานการณ์ได้ถูกต้อง P: Preparation การเตรียมความพร้อมทางกายและการฝึกทักษะเพื่อสร้างแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและทักษะการเผชิญปัญหา D: Decrease anxiety and complication การจัดการอารมณ์และภาวะแทรกซ้อนเพื่อสนับสนุนทางจิตใจและป้องกันผลกระทบจากการผ่าตัด กระบวนการเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกำกับตนเองได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่ผลลัพธ์การปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ 2 ด้าน คือ การปรับตัวด้านอารมณ์ ได้แก่ การลดระดับความวิตกกังวล[13] ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับตัวด้านร่างกายได้แก่ การเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการผ่าตัด[14] และการลดอัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัด[9]



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยประยุกต์ทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-Regulation Theory)

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ดำเนินการ ณ โรงพยาบาลมุกดาหาร ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 - มีนาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเข้าถึงเป็นผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดในโรงพยาบาลมุกดาหาร ระหว่างเดือนธันวาคม - มีนาคม พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการนัดหมายเพื่อเข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่เร่งด่วน (Elective case) และรับไว้ดูแลเป็นผู้ป่วยในซึ่งเป็นการเข้ารับการผ่าตัดครั้งแรกและไม่เคยมีประสบการณ์การผ่าตัดใด ๆ มาก่อน 2) ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบเฉพาะที่ และ 3) ไม่มีประวัติการใช้ยารักษาอาการทางจิตเวช 4) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อำนาจการทดสอบที่ 0.95 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ระดับใหญ่ (0.80) อ้างอิงจากการศึกษาที่ผ่านมา[15] ได้จำนวนขั้นต่ำ 54 ราย และเพิ่มสัดส่วนร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายรวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย โดยใช้เกณฑ์ช่วงเวลาที่เข้ารับการรักษาเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก (IPD Model) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามทฤษฎีการกำกับตนเองของ Leventhal และ Johnson[12] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและบริบทของโรงพยาบาล โดยมีกิจกรรมการพยาบาล 3 องค์ประกอบหลักดังนี้

การให้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรม (Information: I) เน้นการให้ข้อมูลด้านอาการของโรค ขั้นตอนการรักษา และความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นผ่านสื่อที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยสร้างภาพจำลองเหตุการณ์ได้อย่างถูกต้อง และลดความกลัวต่อสิ่งที่ไม่รู้ ผ่านกิจกรรมย่อย 1) ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา (Intervention and diagnosis: I) อธิบายโรค ลักษณะการวินิจฉัย ขั้นตอนการผ่าตัด และผลลัพธ์ที่คาดหวัง 2) ข้อมูลการเตรียมความพร้อมแต่ละระยะ (Phases of care: P) อธิบายกระบวนการ 4 ระยะ เตรียมตัวที่บ้าน ก่อนห้องผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด 3) ข้อมูลการวางแผนจำหน่าย (Discharge planning: D) ได้แก่ การดูแลตนเอง การหยอดตา และการสังเกตอาการผิดปกติ โดยสื่อสนับสนุนการให้ข้อมูลประกอบด้วย ระบบติดตามทางไกล (Telenursing) แผ่นพับให้ข้อมูลร่วมกับการใช้คิวอาร์โค้ด (QR code) เพื่อเข้าถึงวิดีทัศน์การปฏิบัติภาษาถิ่น แบบประเมินความพร้อมด้วยตนเอง และสื่ออินโฟกราฟิก (Infographic) ประกอบการให้ข้อมูล

การเตรียมความพร้อม (Preparation: P) เน้นการเตรียมร่างกายและฝึกทักษะการปฏิบัติตัวผ่านสถานการณ์จำลอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกำกับตนเองได้เมื่อเผชิญเหตุการณ์จริง ประกอบด้วย 1) เตรียมความพร้อมและค้นหาความเสี่ยง (Identification readiness and risks: I) 2) เตรียมทักษะในห้องผ่าตัดผ่านสถานการณ์จำลอง (Pre-operative simulation: P) โดยให้ผู้ป่วยฝึกนอนราบหน้านิ่งภายใต้ผ้าคลุมใบหน้า เผชิญแสงไฟ ฝึกยับยั้งการไอจาม และการสื่อสารอย่างเหมาะสมกับทีมผ่าตัด 3) เตรียมความพร้อมตามแผนการรักษา (Directive implementation: D) เตรียมร่างกายและการบริหารยาตามมาตรฐานการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทางร่างกายก่อนเข้ารับการผ่าตัด โดยสื่อสนับสนุนคือแบบตรวจสอบรายการก่อนผ่าตัดต้อกระจก (Cataract preoperative checklist) เพื่อประสานงานระหว่างหน่วยงานให้เกิดความต่อเนื่องและความปลอดภัย

การจัดการอารมณ์และภาวะแทรกซ้อน (Decrease anxiety and complication: D) เน้นการจัดการสภาวะจิตใจเชิงรุกและการเฝ้าระวังความปลอดภัยของผู้ป่วย ผ่านกิจกรรมย่อย 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์รายบุคคล (Individualized emotional support: I) พยาบาลประเมินระดับความวิตกกังวลและให้การสนับสนุนด้านจิตใจเป็นรายบุคคลตามความเหมาะสม ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งกำลังใจและเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม 2) ฝึกทักษะการเผชิญปัญหาทางจิตใจ (Psychological coping skills: P) มุ่งเน้นการฝึกทักษะผ่อนคลายเพื่อจัดการกับความเครียดด้วยตนเอง ประกอบด้วย การสอนเทคนิคการหายใจ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการจัดการความตื่นเต้นหรือกังวลขณะเข้ารับการผ่าตัด 3) การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน (Detection of complications: D) โดยประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด สอนผู้ป่วยประเมินอาการด้วยตนเอง และแนะนำปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด โดยสื่อสนับสนุนคือ แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด วิดีทัศน์ภาษาถิ่น และ คู่มือการดูแลตนเองหลังผ่าตัด และสื่อ Infographic สอนการดูแลตา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว และสถานะการมีผู้ดูแล

2.2 แบบประเมินความวิตกกังวล ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมิน The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) ฉบับภาษาไทยของ อภิญญา กุณฑลลักษมี และคณะ[16] ให้เหมาะสมและเข้าใจง่ายสำหรับผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกภายใต้ยาชาเฉพาะที่ โดยปรับคำว่า "การระงับความรู้สึก" เป็น "การฉีดยาชาที่ตา" และ "การผ่าตัด" เป็น "การผ่าตัดต้อกระจก" โดยคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง ไม่วิตกกังวลเลย ไปจนถึง 5 หมายถึง วิตกกังวลมากที่สุด

ซึ่งต้นฉบับประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ แบ่งเป็นด้านความต้องการข้อมูล (ข้อ 3, 6) และด้านความวิตกกังวลโดยรวม (ข้อ 1, 2, 4, 5) โดยในการศึกษานี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ประเมินเฉพาะด้านความวิตกกังวลโดยรวม จำนวน 4 ข้อ จึงมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 4 - 20 คะแนน เนื่องจากฉบับภาษาไทยยังไม่มีเกณฑ์แปลผลที่ชัดเจน จึงใช้จุดตัดที่ 11 คะแนน ซึ่งเป็นจุดตัดเฉพาะสำหรับมาตรวัดย่อยด้านความวิตกกังวลตามเกณฑ์มาตรฐานของต้นฉบับ[17] โดยแบ่งการแปลผลเป็น 2 ระดับ คือ 4-10 คะแนน หมายถึง ไม่มีความวิตกกังวลทางคลินิก และ 11 - 20 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับคลินิกที่ควรได้รับการดูแล

2.3 แบบประเมินความร่วมมือในการผ่าตัดเป็นแบบสังเกตพฤติกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบบันทึกการผ่าตัดของโรงพยาบาลมุกดาหาร เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยขณะผ่าตัด จำนวน 8 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ มีคะแนนรวมระหว่าง 8 - 40 คะแนน โดยดังนี้ 8 – 13 คะแนนให้ความร่วมมือระดับน้อย 14 – 27 คะแนนให้ความร่วมมือระดับปานกลาง และ 28 – 40 คะแนนให้ความร่วมมือระดับดี

2.4 แบบบันทึกอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัด โดยใช้แบบบันทึกมาตรฐานของโรงพยาบาลมุกดาหาร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการพยาบาล IPD Model และแบบประเมินความร่วมมือในการผ่าตัดที่พัฒนาขึ้น ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านต้อกระจกจากหน่วยตรวจตา หู คอ จมูก พยาบาลห้องผ่าตัด และวิสัญญีพยาบาล ผลการตรวจสอบพบว่า เครื่องมือมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (Item-content validity index) อยู่ระหว่าง 0.80 – 1.00 โดยรูปแบบ IPD Model มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Scale content validity index) เท่ากับ 0.92 และแบบประเมินความร่วมมือฯ มีค่าเท่ากับ 0.90 สำหรับแบบประเมินความวิตกกังวล (APAIS) นั้นเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านกระบวนการแปลและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหามาแล้ว[16,17]

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นและคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

- รูปแบบ IPD Model ทดลองใช้เพื่อปรับปรุงคุณภาพใน 2 มิติ ได้แก่ 1) ด้านความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ โดยทดสอบกับพยาบาลวิชาชีพ 5 ราย เพื่อปรับคู่มือให้กระชับและสอดคล้องกับบริบทภาระงาน และ 2) ด้านความเหมาะสมของสื่อ โดยทดสอบกับผู้ป่วย 10 ราย เพื่อปรับขนาดตัวอักษรและคุณภาพเสียงในวิดีทัศน์ให้คมชัดและเอื้อต่อการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ
- แบบประเมินความร่วมมือในการผ่าตัด แบบประเมินความร่วมมือในการผ่าตัด ตรวจสอบความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) โดยให้พยาบาลวิชาชีพประจำห้องผ่าตัดจำนวน 2 ท่าน ทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ด้วยการสังเกตและประเมินพฤติกรรมในช่วงเวลาเดียวกัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.89
- แบบประเมินความวิตกกังวล (APAIS) เป็นเครื่องมือมาตรฐานฉบับภาษาไทยที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว ซึ่งผู้วิจัยได้มีการปรับสำนวนภาษาบางส่วนให้เหมาะสมกับบริบทการใช้กับการผ่าตัดต้อกระจก จึงนำมาตรวจสอบความเชื่อมั่นซ้ำโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบ่งขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้บริหารและหัวหน้างานที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือ จากนั้นเตรียมทีมวิจัยโดยจัดอบรมพยาบาลวิชาชีพจำนวน 16 ราย จากแผนกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วย และห้องผ่าตัด ให้มีความเข้าใจในรูปแบบ IPD Model และวิธีการใช้เครื่องมือ พร้อมทั้งทดสอบความสอดคล้องของผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อให้การประเมินความร่วมมือของผู้ป่วยเป็นมาตรฐานเดียวกัน นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดบทบาทหน้าที่โดยบูรณาการ IPD Model เข้ากับ 3 จุดบริการเพื่อการดูแลที่ไร้รอยต่อ ได้แก่ 1) พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก รับผิดชอบการให้ข้อมูลผ่านแผ่นพับและวิดีทัศน์ภาษาถิ่น และเตรียมความพร้อมโดยจัดการความเสี่ยงผ่านระบบติดตามทางไกลล่วงหน้า 1 วัน ประเมินความวิตกกังวลแรกรับ 2) พยาบาลหอผู้ป่วย รับผิดชอบการเตรียมความพร้อมโดยคัดกรองความเสี่ยงซ้ำ ฝึกทักษะจำลองสถานการณ์ บริหารยาเตรียมผ่าตัด สอนทักษะการผ่อนคลาย จัดการอารมณ์และให้ข้อมูลแผนการจำหน่าย และประเมินความวิตกกังวลด้วย APAIS ก่อนไปห้องผ่าตัด และ 3) พยาบาลห้องผ่าตัด รับผิดชอบการจัดการอารมณ์โดยรับมอบข้อมูลการดูแลต่อเนื่องจากหอผู้ป่วย สนับสนุนด้านจิตใจขณะผ่าตัด พร้อมทั้งประเมินความร่วมมือของผู้ป่วยและบันทึกอุบัติการณ์

2. ขั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแบ่งช่วงเวลาการเก็บข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลโดยดำเนินการในกลุ่มควบคุมก่อนแล้วตามด้วยกลุ่มทดลองทั้งนี้ในระหว่างระยะเวลาที่ดำเนินการศึกษาวิจัยทั้งสองช่วง ผู้วิจัยได้ควบคุมตัวแปรด้านบุคลากรโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงทีมพยาบาลวิชาชีพทั้ง 16 ราย ที่ผ่านการอบรมและได้รับมอบหมายหน้าที่ในจุดบริการต่าง ๆ เพื่อให้มั่นใจว่าทักษะการปฏิบัติการพยาบาล การให้ข้อมูล และมาตรฐานการประเมินผลลัพธ์มีความสอดคล้องกันตลอดการวิจัย ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 – มกราคม พ.ศ. 2567 ในผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานปกติโดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ขั้นตอนเตรียมการเมื่อผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกจักษุและจักษุแพทย์วินิจฉัยว่าต้องเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดพร้อมกำหนดวันนัดหมาย ผู้วิจัยจะดำเนินการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นจึงชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ป่วยลงนามยินยอมแล้ว พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกจะดำเนินการประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพ และประเมินระดับความวิตกกังวลพื้นฐานด้วยแบบประเมิน APAIS เพื่อเป็นข้อมูลฐาน

2) ขั้นตอนการทดลอง ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมและการพยาบาลตามมาตรฐานปกติของโรงพยาบาล โดยเริ่มจากการรับแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวจากแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อนำไปเตรียมตัวที่บ้านด้วยตนเอง และเมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวประกอบการรับชมวิดีทัศน์ซึ่งเป็นภาษาทางการ (ภาษากลาง) ตามแนวทางปกติของหน่วยงาน จากนั้นจึงเข้าสู่กระบวนการเตรียมตัวตามเกณฑ์มาตรฐานและถูกส่งต่อไปยังห้องผ่าตัดตามกำหนดเวลาที่นัดหมาย

3) ขั้นตอนประเมินผล ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ใน 2 ช่วงเวลา ได้แก่ 3.1) ระยะก่อนส่งเข้าห้องผ่าตัด พยาบาลหอผู้ป่วยประเมินความวิตกกังวลซ้ำด้วยแบบประเมิน APAIS โดยใช้เวลาประมาณ 5–10 นาที 3.2) ระยะขณะรับการผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพประจำห้องผ่าตัดที่ผ่านการทดสอบความสอดคล้อง ดำเนินการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยตลอดช่วงเวลาการผ่าตัด รวมทั้งบันทึกอุบัติการณ์หากมีการงดหรือเลื่อนผ่าตัด

2.2 กลุ่มทดลอง ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน กุมภาพันธ์– มีนาคม พ.ศ. 2567 ในผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมความพร้อมตามรูปแบบ IPD Model โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ขั้นตอนเตรียมการ เมื่อผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกจักษุและจักษุแพทย์วินิจฉัยว่าต้องเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดพร้อมกำหนดวันนัดหมาย ผู้วิจัยจะดำเนินการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นจึงชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ป่วยลงนามยินยอมแล้ว พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกจะดำเนินการประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพและประเมินระดับความวิตกกังวลพื้นฐานด้วยแบบประเมิน APAIS เพื่อเป็นข้อมูลฐาน

2) ขั้นตอนการทดลอง ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมตามรูปแบบ IPD Model อย่างต่อเนื่อง 3 ระยะ ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวผ่านแผ่นพับร่วมกับการใช้ QR Code เพื่อเข้าถึงวิดีทัศน์ภาษาถิ่นและแบบประเมินความพร้อมด้วยตนเอง โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักศึกษาและทบทวนเนื้อหาร่วมกันที่บ้าน ร่วมกับการใช้ระบบการพยาบาลทางไกล (Telenursing) โดยโทรศัพท์ติดตามอาการล่วงหน้า 1 วันก่อนวันนัดผ่าตัด เพื่อประเมินความพร้อมเบื้องต้น คลายความวิตกกังวล และตอบข้อซักถามของผู้ป่วยและญาติอย่างเป็นรูปธรรม

ระยะที่ 2 ระยะเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดในหอผู้ป่วย มุ่งเน้นการลดความวิตกกังวลและส่งเสริมความร่วมมือ โดยพยาบาลจะดำเนินการประเมินความพร้อมและคัดกรองความเสี่ยงซ้ำด้วยแบบฟอร์ม Cataract Preoperative Checklist เพื่อส่งต่อข้อมูลการดูแลอย่างเป็นระบบ จากนั้นจึงให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผ่านสื่อ Infographic และวิดีทัศน์การปฏิบัติตนเป็นภาษาถิ่น ควบคู่กับการสนับสนุนทางจิตใจโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและให้ข้อมูลเสริมสร้างความมั่นใจร่วมกับครอบครัว นอกจากนี้ยังมีการเตรียมความพร้อมผ่านสถานการณ์จำลอง ประกอบด้วยการฝึกนอนนิ่ง การจำลองการคลุมผ้าผ่าตัดบริเวณใบหน้า การฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย และการฝึกวิธีการสื่อสารในห้องผ่าตัด โดยให้ญาติผู้ดูแลร่วมสังเกตการณ์เพื่อช่วยกระตุ้นเตือนและเป็นกำลังใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและสามารถกำกับตนเองได้เมื่อเผชิญสถานการณ์จริง

ระยะที่ 3 วันผ่าตัด ดูแลส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบด้วยแบบฟอร์ม Cataract Preoperative Checklist เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนและลดโอกาสการงดหรือเลื่อนผ่าตัด ควบคู่กับการดูแลด้านจิตใจโดยส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเดินไปส่งและให้กำลังใจผู้ป่วยจนถึงหน้าห้องผ่าตัด เพื่อสร้างความมั่นใจก่อนเข้าสู่กระบวนการผ่าตัด

3) ขั้นตอนประเมินผล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ด้วยวิธีการและเครื่องมือชุดเดียวกับกลุ่มควบคุม ได้แก่ 1) การประเมินความวิตกกังวลด้วย APAIS ในระยะก่อนส่งเข้าห้องผ่าตัด 2) การประเมินพฤติกรรมความร่วมมือโดยพยาบาลห้องผ่าตัดขณะทำผ่าตัด รวมถึงบันทึกอุบัติการณ์หากมีการงดหรือเลื่อนผ่าตัด

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นผลการศึกษาในระยะที่ 2 ของการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกโรงพยาบาลมุกดาหาร ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลมุกดาหาร เลขที่รับรอง MEC44/66 วันที่ 25 สิงหาคม 2566 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ และความเสี่ยงให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างครบถ้วน พร้อมทั้ง ขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรโดยยืนยันสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ รวมถึงสิทธิ์ในการถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว และสถานะการมีผู้ดูแล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบ Chi-square test และ Fisher’s Exact Test

2. ความวิตกกังวลและพฤติกรรมความร่วมมือ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลภายในกลุ่ม ระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลรวมถึงพฤติกรรมความร่วมมือระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t-test โดยผ่านการตรวจสอบแล้วว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

3. อัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัด เปรียบเทียบสัดส่วนอุบัติการณ์ระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Fisher's Exact Test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.33 และ 56.67 ตามลำดับ) มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 60 และ 66.67) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 70 และ 73.33) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท (ร้อยละ 86.67 และ 83.33) และมีผู้ดูแล (ร้อยละ 86.67 และ 73.33) สำหรับด้านสุขภาพพบว่าส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร่วมกันคือ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 76.67 และ 83.33) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Chi-square test และ Fisher exact test

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		χ^2	*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ (Sex)					0.07	.792[a]
ชาย	11	36.67	13	43.33		
หญิง	19	63.33	17	56.67		
อายุ (ปี) (Age (Years))					-	.865[b]
50-59	4	13.33	3	10.00		
60-69	18	60.00	20	66.67		
≥ 70	8	26.67	7	23.33		
ระดับการศึกษา (Education)					-	1.00[b]
ประถมศึกษา	21	70.00	22	73.34		
มัธยมศึกษา	7	23.33	7	23.33		
อนุปริญญา/ปริญญาตรี	2	6.67	1	3.33		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท) (Income (Baht))					-	1.00[b]
≤ 5,000	26	86.67	25	83.34		
5,001 - 10,000	3	10.00	4	13.33		
> 10,000	1	3.33	1	3.33		
โรคประจำตัว (Underlying Disease)					1.62	.742[b]
เบาหวานและ	23	76.66	25	83.34		

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		χ^2	*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความดันโลหิตสูง						
เบาหวาน	3	10.00	1	3.33		
ความดันโลหิตสูง	2	6.67	1	3.33		
ไม่มีโรคประจำตัว	2	6.67	3	10.00		
การมีผู้ดูแล (Caregiver)					0.94	.331[a]
มีผู้ดูแล	26	86.67	22	73.33		
ไม่มีผู้ดูแล	4	13.33	8	26.67		

หมายเหตุ [a] วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test, [b] วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher exact test

2. ผลของรูปแบบการพยาบาลต่อความวิตกกังวล มีรายละเอียดดังนี้ 1) การเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 8.96$, $p < .001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.30$, $p = .202$) 2) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม โดยก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน ($t = 0.36$, $p = .723$) แต่ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มที่ได้รับรูปแบบ IPD Model มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล (Mean = 7.53, S.D. = 2.63) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ (Mean = 11.87, S.D. = 3.46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 5.47$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ตัวแปรและระยะเวลาการประเมิน	กลุ่มควบคุม (n=30)			กลุ่มทดลอง (n=30)			เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม	
	Mean (S.D.)	ภายในกลุ่ม		Mean (S.D.)	ภายในกลุ่ม			
ความวิตกกังวล (Anxiety)		t	*p*-value		t	*p*-value	t	*p*-value
- ก่อนการทดลอง (Pre-test)	12.73 (2.50)	1.30	.202	12.50 (2.50)	8.96	< .001*	0.36	.723
- หลังการทดลอง (Post-test)	11.87 (3.46)			7.53 (2.63)			5.47	< .001**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. ผลของรูปแบบการพยาบาลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการผ่าตัด พบว่าขณะรับการผ่าตัด กลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบ IPD Model มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการผ่าตัด (Mean = 36.41, SD = 4.14) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ (Mean = 25.41, S.D. = 3.68) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 10.88$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือขณะรับการผ่าตัด ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test

ความร่วมมือในการผ่าตัด (Intraoperative Cooperation)	กลุ่มควบคุม (n=30) Mean (S.D.)	กลุ่มทดลอง (n=30) Mean (S.D.)	เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม t	*p*-value
- ขณะรับการผ่าตัด	25.41 (3.68)	36.41 (4.14)	10.88	< .001**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4. ผลการเปรียบเทียบอัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัด กลุ่มทดลองไม่มีผู้ป่วยที่ต้องงดหรือเลื่อนผ่าตัด (0 ราย คิดเป็นร้อยละ 0) ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบผู้ป่วยต้องงดหรือเลื่อนผ่าตัดจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.33 โดยมีสาเหตุ จากการนอนนิ่งไม่ได้ 3 ราย และ ติดเชื้อทางเดินหายใจ 1 ราย เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ พบว่าอัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัดของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .112) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบอัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติสถิติ Fisher exact test

การงดหรือเลื่อนผ่าตัด (Surgery cancellation or Postponement)	**กลุ่มควบคุม (n=30)**	**กลุ่มทดลอง (n=30)**	***p*-value**
งด/เลื่อนผ่าตัด (Cancellation/ Postponement)	4 (13.33%)	0 (0.0%)	.112
ผ่าตัดตามกำหนด (Surgery on schedule)	26 (86.67%)	30 (100.0%)	

การอภิปรายผล

รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยแบบ IPD Model มีประสิทธิผลในการลดความวิตกกังวล และเพิ่มความร่วมมือในการผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ไม่พบอัตราการเลื่อนผ่าตัดต้อกระจก ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงผลของกระบวนการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางความคิดให้ถูกต้องตามทฤษฎีการกำกับตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการปรับตัวที่เหมาะสมทั้งมิติด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยในประเด็นสำคัญได้ดังนี้

ระดับความวิตกกังวล ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบ IPD Model มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาผลการทดสอบความวิตกกังวลก่อนการทดลอง พบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยเริ่มต้นที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเท่าเทียมกันและสามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนด้านความวิตกกังวลพื้นฐานได้ตั้งแต่ต้น นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองเอง พบว่าภายหลังได้รับรูปแบบ IPD Model ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีระดับความวิตกกังวลลดลงเพียงเล็กน้อยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปได้ว่ารูปแบบ IPD Model สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้จริง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการกำกับตนเองของ Leventhal และ Johnson[12] ที่ระบุว่าความวิตกกังวลมักเกิดจากความกลัวต่อสิ่งที่ไม่รู้และความไม่แน่นอน รูปแบบ IPD Model จึงมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางความคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความเป็นจริงผ่าน 2 กลไกสำคัญ คือ 1) การสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง โดยใช้สื่อวิดีทัศน์ภาษาถิ่นอีสานเพื่อลดอุปสรรคการเรียนรู้และถ่ายทอดข้อมูลที่ซับซ้อนให้เข้าใจง่าย ซึ่งช่วยลดความกลัวต่อสิ่งที่ไม่รู้และสร้างค วามไว้วางใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ ธวัชวัฒนันท์ และ วารินทร์ บินโฮเซ็น[15] ที่พบว่าสื่อวิดีทัศน์มีผลโดยตรงต่อการลดระดับความวิตกกังวล และ 2) การเสริมสร้างทักษะการเผชิญปัญหา โดยการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้สัมผัสทางกายและสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ล่วงหน้าได้อย่างถูกต้องแม่นยำ กระบวนการดังกล่าวถูกนำมาบูรณาการร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการความวิตกกังวลด้วยตนเอง การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว[18] ซึ่งกระบวนการเตรียมความพร้อมด้วย IPD Model ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและสามารถบรรเทาความวิตกกังวลลงได้อย่างมีระบบ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ลุนนี จิ่มอาษา และคณะ[10] รวมถึงทิพาภัทร เอกวงษา[11] ที่ยืนยันว่าการเตรียมความพร้อม

ด้วยการให้ข้อมูลที่ชัดเจนร่วมกับการดูแลด้านจิตใจเป็นกลไกสำคัญในการลดความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพิจารณาผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการวิจัยของ สิรีธร ทองนุช และคณะ[13] ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองในการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกภายใต้ยาชาเฉพาะที่ โดยยืนยันว่าการให้ข้อมูลเชิงรูปธรรมผ่านสื่อวิดีทัศน์ถึงขั้นตอนและความรู้สึกที่จะเกิดขึ้นจริง จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสร้างโครงสร้างทางความคิดและคาดการณ์สถานการณ์ล่วงหน้าได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ความกลัวต่อสิ่งที่ไม่แน่นอนลดลง ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ นำไปสู่การลดระดับความวิตกกังวลลงอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ พบว่ามีระดับความวิตกกังวลลดลงเล็กน้อย ซึ่งอธิบายได้จากความคุ้นเคยต่อสภาพแวดล้อมและการได้รับข้อมูลเบื้องต้นจากพยาบาลตามมาตรฐานปกติ อย่างไรก็ตาม การลดลงดังกล่าวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับ IPD Model

ความร่วมมือในการผ่าตัด พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งเป็นผลลัพธ์จากการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยผ่านกระบวนการสร้างการรับรู้และเข้าใจสถานการณ์ อันเป็นปัจจัยพื้นฐานที่เอื้อให้บุคคลสามารถกำหนดรูปแบบการเผชิญและปรับตัวต่อภาวะคุกคามได้อย่างเหมาะสม[12] รูปแบบ IPD Model จึงนำแนวคิดนี้มาสู่การปฏิบัติผ่านกระบวนการฝึกทักษะในสถานการณ์จำลอง ซึ่งช่วยลดความตึงเครียดทางร่างกายและสร้างความจดจำทางกาย ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของตนเองและสามารถกำกับพฤติกรรมเพื่อให้ความร่วมมือได้ทันทีเมื่อเผชิญสถานการณ์จริง ประเด็นดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ อัญชลี อัศวบุญเดช และคณะ[19] ที่พบว่าการเตรียมความพร้อมที่เน้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ส่งผลโดยตรงต่อการเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองและความร่วมมือที่ดีขณะทำหัตถการ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ละมิตร์ ปึกขาว และคณะ[20] ที่ยืนยันว่าการพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบช่วยส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลต่ออัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัด แม้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .112$) แต่ในทางคลินิกพบว่ากลุ่มทดลองไม่มีอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัดดังกล่าว (ร้อยละ 0) เทียบกับกลุ่มควบคุมที่พบร้อยละ 13.33 ผลลัพธ์นี้เกิดจากกระบวนการเตรียมความพร้อมที่ช่วยลดระดับความวิตกกังวล และเสริมสร้างทักษะการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและให้ความร่วมมือในการผ่าตัด ร่วมกับระบบคัดกรองความเสี่ยงแบบหลายชั้น ตั้งแต่การตรวจสอบตนเองของผู้ป่วยและระบบ Telenursing จนถึงการคัดกรองซ้ำของพยาบาลด้วยระบบการประเมินความพร้อมก่อนการผ่าตัดที่ช่วยตรวจสอบและส่งต่อข้อมูลอย่างแม่นยำ จึงช่วยให้ตรวจพบและจัดการความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม การเตรียมผู้ป่วยและระบบการคัดกรองจึงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยป้องกันสาเหตุของการงดหรือเลื่อนผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับข้อค้นพบของ ภูริไนย และคณะ[9] ระบุว่าความไม่พร้อมทางกายและความวิตกกังวลเป็นสาเหตุหลักของการเลื่อนผ่าตัดที่สามารถป้องกันได้หากมีการเตรียมการที่ดี ดังนั้นกระบวนการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความสูญเสียทรัพยากรจากการงดหรือเลื่อนผ่าตัดที่มีสาเหตุจากความไม่พร้อมที่สามารถป้องกันได้[6,7]

โดยสรุป การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกให้เกิดประสิทธิภาพพยาบาลควรบูรณาการแนวคิดการกำกับตนเองเข้าสู่การปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางความคิด ผ่านการสื่อสารด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมและการดูแลจิตใจ ควบคู่กับการเตรียมความพร้อมเชิงรุกทางกายด้วยการฝึกทักษะในสถานการณ์จำลอง ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีในการกำกับติดตามและคัดกรองความเสี่ยงล่วงหน้า ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยลดความวิตกกังวล เพิ่มความร่วมมือและป้องกันการงดเลื่อนผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบกึ่งทดลองที่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ซึ่งอาจมีตัวแปรแทรกซ้อนบางประการที่ยากต่อการควบคุม อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ลดอคติดังกล่าวโดยทดสอบความเท่าเทียมของลักษณะพื้นฐานระหว่างกลุ่ม และควบคุมมาตรฐาน

การพยาบาลโดยใช้ทีมพยาบาลชุดเดิมตลอดการศึกษา เพื่อให้ผลลัพธ์สะท้อนประสิทธิผลของรูปแบบ IPD Model ทั้งนี้ในอนาคตควรพัฒนางานวิจัยสู่รูปแบบการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมเพื่อลดอคติในการคัดเลือกและความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 หน่วยงานควรบูรณาการระบบ Telenursing ร่วมกับการใช้ Self-checklist เพื่อคัดกรองความพร้อมล่วงหน้า 1 วัน ซึ่งช่วยลดการงดเลื่อนผ่าตัดได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยต้องเน้นให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในระบบติดตามเพื่อช่วยเตรียมความพร้อมและลดอุปสรรคด้านการใช้เทคโนโลยีของผู้สูงอายุ

1.2 ควรขยายผลรูปแบบ IPD Model สู่กลุ่มผู้ป่วยที่ทำหัตถการภายใต้ยาชาเฉพาะที่ซึ่งต้องการความร่วมมือสูง และประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลเครือข่ายที่มีบริบทวัฒนธรรมใกล้เคียงกัน

2. ด้านการวิจัย

2.1 ควรศึกษาติดตามผลลัพธ์ในระยะต่อเนื่อง เช่น พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย และความพึงพอใจต่อระบบการพยาบาล เพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบการเตรียมความพร้อมในมิติการพยาบาลองค์รวม

2.2 ควรประยุกต์ใช้แนวคิดสื่อภาษาถิ่นและการจำลองสถานการณ์ในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดตาชนิดอื่นที่ต้องการความร่วมมือสูง เช่น ผ่าตัดจอประสาทตาหรือต้อหิน เพื่อยืนยันประสิทธิผลของนวัตกรรมในบริบทที่แตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลมุกดาหาร ผู้บริหารและบุคลากรทุกท่านที่สนับสนุนการดำเนินงานและทรัพยากรในการศึกษา และขอบพระคุณผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือจนงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

References

1. World Health Organization. Blindness and vision impairment. Geneva: WHO; 2023. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment.
2. Hashemi H, Fotouhi A, Yekta A, Torabi S, Ahmadpour M, Miraftab M, et al. Global and regional prevalence of age-related cataract: A comprehensive systematic review and meta-analysis. Eye (London, England). 2020;34(8):1357-70. doi:10.1038/s41433-020-0806-3
3. National Health Security Office. Dataset of cataract surgery rate in patients aged 60 years and over [Internet]. 2022 [cited 2023 Aug 08]. Available from: https://data.go.th/dataset/dataset-ip_21_02.(in Thai)
4. Kumar SGP, Ranpise D, Chavan S, Vishwakarma P, Krishnan R, Kurian E. Depressive and generalized anxiety symptoms in adults awaiting cataract surgery in India. The National Medical Journal of India. 2022;35(6):348-56. doi: 10.25259/NMJI_35_6_348
5. Obuchowska I, Konopinska J. Fear and anxiety associated with cataract surgery under local anesthesia in adults: A systematic review. Psychology Research and Behavior Management. 2021;14:781-93. doi:10.2147/PRBM.S314214
6. Mayro EL, Pizzi LT, Hark LA, Murchison AP, Wisner D, Koka A, et al. A proposed intervention to decrease resident-performed cataract surgery cancellation in a tertiary eye care center. American Health & Drug Benefits. 2018;11(9):480-7.

7. Bheemidi AR, Kailar R, Valentim CCS, Kalur A, Singh RP, Talcott KE. Baseline factors and reason for cancellation of elective ophthalmic surgery. Eye (London, England). 2023;37(13):2788-94. doi: 10.1038/s41433-023-02421-2
8. Yusuk S, Kuntawee S. Development of management systems for cataract surgery patients. Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2022;9(2):19-39. (in Thai)
9. Purinai T, Tensit K, Pongam C. Development of a guideline for preparing patients to reduce the postponement of surgery in Sisaket Hospital. Journal of Health Science. 2021;30(3):521-30. (in Thai)
10. Jimarsa L, Changjeraja W. The effect of preoperative preparatory program on anxiety and complications in patients underwent cataract surgery in Ophthalmology Clinic at Bueng Kan Hospital. Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office. 2020;4(7):75-87. (in Thai)
11. Aekvongsa T. The effectiveness of a same day surgery discharge planning program on anxiety and self care in patients undergoing cataract surgery. Journal of Research and Health Innovative Development. 2020;2(1):71-84. (in Thai)
12. Leventhal H, Johnson JE. Laboratory and field experimentation: Development of a theory of self-regulation. In: Wooldridge PJ, Schmitt MH, Skipper JK, Leonard RC, editors. Behavioral science and nursing theory. St. Louis: CV Mosby; 1983. p. 189-262.
13. Tongnuch S, Kumniyom N, Sornboon A. The Effect of intraocular lens preoperative preparation program on decreasing anxiety among the elderly undergoing cataract surgery in the tertiary hospital. KKU Research Journal (Graduate Studies). 2023;23(4):224-36. (in Thai)
14. Kansaard K, Ruaisungnoen W, Mala R. Preparatory information provided through digital media reduces anxiety and promotes treatment adherence among cardiac surgery patients: A pilot study. Journal of Nursing Science and Health. 2024;47(4):91-105. (in Thai)
15. Tawatwatananun A, Binhosen V. The outcome of use video for pre-operation on anxiety in non-admission patient cataract surgery. Maharaj Nakhon Si Thammarat Medical Journal. 2020;3(2):19-29. (in Thai)
16. Kunthonluxamee A, Pitimana-aree S, Laurujisawat P. Validity and reliability of the Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS); Thai version in adult Thai pre-operative patients. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2009;54(1):83-92. (in Thai)
17. Moerman N, Van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). Anesthesia & Analgesia 1996;82:445-51. doi: 10.1097/00000539-199603000-00002
18. Nabighadim M, Mirghafourvand M, Maghalian M. Non-pharmacological interventions before cataract surgery for preoperative anxiety: A systematic review and meta-analysis. Nursing Open. 2025;12(1):e70122. doi: 10.1002/nop2.70122
19. Assawaboonyadech A, Supajitgulchai D, Puranawit W. Video education for cataract surgery patients implementing post-operative self-care. Burapha Journal of Medicine. 2022;9(1):13-27. (in Thai)
20. Puekkao L, Saenprasarn P, Hattharangsi K. Development of a participatory nursing model for cataract surgery patients based on Swanson's theory at Pathum Thani Hospital. Journal of Health Science. 2020;29(5):864-75. (in Thai)