

ผลของโปรแกรมการเตรียมผ่าตัดต่อความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัด
ต้อกระจก แผลนจักษุ โรงพยาบาลบึงกาฬ
The Effect of Preoperative Preparatory Program on Anxiety and
Complications in Patients Underwent Cataract Surgery in Ophthalmology
Clinic at Bueng Kan Hospital

ลุนนี จีมอสา¹, วัลลภา ช่างเจรจา²
Lunnee Jimarsa¹, Wallapha Changjeraja²

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมผ่าตัดต่อความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยต้อกระจก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยต้อกระจกที่คลินิกตา แผลนผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบึงกาฬ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยจับคู่ให้มีความใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ และอายุ แล้วจับฉลากเข้าร่วมกลุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเตรียมผ่าตัดโดยใช้กรอบแนวคิดการปรับตัวของ Roy และทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Leventhal and Johnson ระยะเวลาของโปรแกรม 30-45 นาที เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการเตรียมผ่าตัดที่พัฒนาขึ้น 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ 4) แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลด้วยสถิติ dependent t-test และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมเตรียมผ่าตัดมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แต่ผลของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดต้อกระจกไม่มีความแตกต่างกันทั้ง 2 กลุ่ม ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลสำหรับผู้ป่วยต้อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดมีข้อเสนอแนะ ดังนี้ ควรมีโปรแกรมการเตรียมผ่าตัดต้อกระจกให้ครอบคลุมทุกขั้นตอนการปฏิบัติตัวที่ผู้ป่วยต้องเจอโดยเฉพาะส่วนที่เป็นเหตุการณ์ต้องมีการสาธิตให้เห็นภาพและทดลองฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องและควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับโปรแกรมการเตรียมผ่าตัดผู้ป่วยระบบอื่นๆ ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

คำสำคัญ: การเตรียมผ่าตัด, ความวิตกกังวล, ภาวะแทรกซ้อน, การผ่าตัดต้อกระจก

^{1,2}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of a preoperative preparatory program on anxiety and complications in cataract patients. The participants consisted of 60 patients with cataract who had undergone Ophthalmology Outpatient Department at Bueng Kan Hospital. The participants were equally assigned into a control group (n=30) and an experimental group (n=30). The two groups were paired match by gender and age. They were then grouped by using simple random sampling. The control group received a conventional care, while the experimental group underwent the preoperative preparatory program developed from Roy's adaptation model and Leventhal and Johnson's theory of self-regulation. The program took form 30 to 45 minutes. The research instruments consisted of 1) the developed preoperative preparatory program 2) a personal data form 3) the State Anxiety Inventory: Form X-I, and 4) a complication form. The data were analysed by using percentage, mean, standard deviation (SD) and variances between groups were compared by paired t-test and independent t-test. The level of statistical significance was set at 0.05.

The finding showed that the mean score of the anxiety of the patients who underwent the developed preoperative preparatory program was significantly lower than that of the patients who received the conventional care ($p < 0.001$). In contrast, there was no statistical difference of the mean scores of the complications of the cataract surgery between the two groups.

According to the findings, the developed preoperative preparatory program was effective in reducing anxiety among cataract patients who underwent surgery. This study recommends that there should be a preoperative preparatory program which covers all processes of the procedures that patients will involve. In particular, the medical procedures should be demonstrated and trained to ensure that the patients can practice correctly. Moreover, there should be further studies for other preoperative preparatory to assure the standardised standard of care.

Keywords: Preoperative preparatory program, anxiety, complication, cataract surgery

บทนำ

ต้อกระจกเป็นโรคทางตาที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะตาบอดหรือสายตาลี้นรางทั่วโลก^{1,2} ประมาณ 36 ล้านคน และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า เป็น 115 ล้านคน ภายในปี ค.ศ. 2050 ตามอายุของประชากรที่สูงวัยขึ้น โดยองค์การอนามัยโลกประมาณการว่า ในปี พ.ศ. 2563 จะมีประชากรตาบอดจากต้อกระจกทั่วโลกถึง ร้อยละ 47.8 และมีผู้ป่วยจำนวนเกือบ 18 ล้านคน มีภาวะตาบอดทั้ง 2 ตาจากต้อกระจก ซึ่งมากกว่า ร้อยละ 90.0 ของผู้ป่วยตาบอดทั้งหมดอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาจากการคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ราวปี 2567-2570³ ซึ่งประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นมีโอกาสดังกล่าวเกิดภาวะตาบอดและสายตาลี้นรางที่สูงขึ้นตามและพบว่า อุบัติการณ์ตาบอดเท่ากับ ร้อยละ 0.6 มีแนวโน้มไม่ลดลง สาเหตุอันดับหนึ่ง คือ ต้อกระจก^{4,5}

ต้อกระจกส่วนใหญ่เกิดจากเลนส์แก้วตาเสื่อมตามอายุ ทำให้มองเห็นไม่ชัดเจนตามระดับขุ่นของแก้วตา ผู้ป่วยจะมีอาการตามัวจนเป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิตประจำวัน หรือถ้าไม่รักษาจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากต้อกระจกได้ ต้อกระจกไม่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยการใช้ยา การรักษาที่ได้ผลดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยที่มีคุณภาพการมองเห็นลดลง คือ การผ่าตัดต้อกระจกและเปลี่ยนใส่เลนส์แก้วตาเทียมซึ่งได้ผลดีถึง ร้อยละ 99.4^{4,5}

ปัจจุบันเทคโนโลยีพัฒนาไปไกล การผ่าตัดต้อกระจกมีเทคนิคที่ทันสมัยระยะเวลาการผ่าตัดสั้น ผลเล็ก ไม่เสียเลือดมาก ไม่มีอันตรายต่อชีวิต โดยการผ่าตัดแพทย์จะใช้ยาชาเฉพาะที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตัวมีการรับรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดตลอดเวลา ความวิตกกังวลจึงเกิดขึ้นก่อนและระหว่างผ่าตัดที่รุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาการปรับตัว ทำให้ทีมผู้ดูแล

ต้องระวังความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการมองเห็นจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้^{5,6}

การเตรียมผ่าตัดมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยต้องมีการเตรียมการที่ดีโดยมีการดำเนินการตามแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานครอบคลุมกระบวนการดูแลเริ่มตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด การให้การดูแลที่ครบถ้วนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมผ่าตัดหรือผู้ป่วยไม่เข้าใจกับวิธีการเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติทั้งก่อน ขณะ และหลังการผ่าตัดจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ไม่ให้ความร่วมมือในการผ่าตัดได้^{9,12} ดังนั้นการสอนและฝึกปฏิบัติอย่างเป็นระบบเปรียบเสมือนเป็นปัจจัยนำเข้า (input) ที่ผ่านกระบวนการในร่างกาย (process) และแสดงออกมาเป็นการปรับตัว (output) คือ ความร่วมมือในการผ่าตัด⁷ การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยการให้ข้อมูลช่วยให้ผู้ป่วยมีโครงสร้างความคิด (schema) ต่อเหตุการณ์ที่ต้องประสบในอนาคต เมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับเหตุการณ์นั้นจริง ผู้ป่วยจะสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้อย่างชัดเจน ปราศจากความคลุมเครือและคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นได้สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับ ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง^{8,9,10}

คลินิกตา แผนกจักษุ โรงพยาบาลบึงกาฬ พบว่ามีผู้ป่วยต้อกระจกที่มารับบริการผ่าตัดเป็นจำนวนมากในปีงบประมาณ 2559-2561 มีจำนวน 1,445,905 และ 629 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 98.62, 99.34 และ 98.56 ตามลำดับ ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางจักษุทั้งหมด และมีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจกแล้วไม่ได้รับการผ่าตัด ตามวันและเวลาที่กำหนด ในปีงบประมาณ 2559-2561

จำนวน 132, 84 และ 57 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 8.37, 8.49 และ 8.30 ตามลำดับ¹¹ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความไม่พร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จึงไม่ได้ผ่าตัด ส่งผลกระทบถึงคุณภาพชีวิต ทำให้เกิดการเสียเวลา เสียโอกาสในการมองเห็น และมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการฉีดยาเข้าตา จนทำให้มีเลือดออกในตา ไม่ยอมให้ใช้ผ้าคลุมหน้าขณะผ่าตัด และไม่ให้ความร่วมมือในการผ่าตัดจนเปลี่ยนวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัด

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความวิตกกังวลส่งผลขัดขวางความสามารถในการรับรู้ข้อมูลของบุคคลทำให้กระบวนการการเรียนรู้และการจดจำของผู้ป่วยลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการผ่าตัดและคำแนะนำต่างๆ ในการปฏิบัติตัวได้⁹ การศึกษาของ เอื้องพร พิทักษ์สังข์ และคณะพบว่า ผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดทางตาแบบผู้ป่วยนอก มีการโทรศัพท์สอบถามข้อมูลการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น เพราะกังวลเรื่องการผ่าตัด¹² และการศึกษาของ Temporini และ Junior พบว่า การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดมีผลทำให้ระดับความวิตกกังวลลดลง¹³ จากประสบการณ์ของผู้วิจัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก พบว่าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการผ่าตัด ไม่ปฏิบัติตามที่แนะนำ ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับการเตรียมผ่าตัดที่ไม่ครอบคลุม ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งมีข้อจำกัดในด้านความจำ และการรับรู้ จึงไม่สามารถรับรู้ข้อมูลได้อย่างเต็มที่ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด มีความจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการผ่าตัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลของโปรแกรมนี้ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลทางจักษุ สามารถใช้เป็น

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระจกให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการโปรแกรมการเตรียมผ่าตัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อศึกษาภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการเตรียมผ่าตัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) แบบวัดก่อนหลังมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Pretest-posttest control group design) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มารับการตรวจที่คลินิกตาแผนกผู้ป่วยนอก และเข้ารับการผ่าตัดรักษาที่หอผู้ป่วยจักษุ โรงพยาบาลบึงกาฬ ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง สิงหาคม 2562 โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ดังนี้ 1) มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ โดยประเมินจากความสามารถในการตอบคำถามได้ถูกต้อง 2) ระยะเวลารอผ่าตัดต่อกระจก 1-60 วัน โดยดูจากเวชระเบียนผู้ป่วย 3) ผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และได้รับความยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการกำหนดเกณฑ์ในกรณีที่ผู้วิจัยทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนก่อนแล้ว จึงใช้เกณฑ์กำหนดเป็นร้อยละ เป็นการกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงขนาดของประชากร ในลักษณะอัตราส่วน คิดเป็นร้อยละ ของประชากรในการพิจารณา (Neuman, 1991)¹⁴ ดังนี้ ถ้าประชากรเป็นหลัก 100 ควรใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยร้อยละ 25 ในการวิจัยครั้งนี้มี 200 คน จากการ

คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มตัวอย่างการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 50 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 60 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของงานวิจัยครั้งนี้ ได้ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มนั้นมีความใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (Matched pair) ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกันดังนี้

1) เพศ เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล พบว่า เพศหญิงมีความวิตกกังวลตามสถานภาพสูงกว่าเพศชาย (Domar et al, 1987)

2) อายุ พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่ามีความวิตกกังวลน้อยกว่า เนื่องจากมีประสบการณ์ชีวิตมาก สามารถเตรียมใจเผชิญกับปัญหาได้ดีกว่าจึงมีความวิตกกังวลน้อย (สุนีย์ จันทรมหาเสถียร, 2549) แบ่งเป็นช่วงอายุคือ 45-69 ปี และ 70 ปี ขึ้นไป

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. เครื่องมือในการทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โปรแกรมการเตรียมผ่าตัดใช้กรอบแนวคิดการปรับตัวของ Roy⁷ ประกอบด้วยแผนการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังได้รับการผ่าตัด เทคนิคการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัดและเทคนิคการผ่อนคลายเพื่อลดความวิตกกังวล และทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-Regulation theory)⁸ ของ Leventhal & Johnson (1999) ดังนี้ 1. ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงที่เกิดขึ้น ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ โรคต่อกระดูก การรักษาและวิธีการผ่าตัดโดยใช้ภาพพลิกประกอบการสอน 2. ช่วงเวลาและลำดับของเหตุการณ์ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การเตรียมความพร้อมในวันผ่าตัด การปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดภาวะ

แทรกซ้อนอาการและอาการแสดงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเช็ดตา การใช้ยาหยอดตา รวมถึงการมาตรวจตามนัด 3. ลักษณะสภาพแวดล้อม การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมอุณหภูมิ อุปกรณ์ต่างๆในห้องผ่าตัด แนะนำสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดผ่านรูปภาพ 4. สาเหตุของความรู้สึกประสพสัมผัส อาการแสดงและประสบการณ์ แนะนำวิธีการคลุมผ้าคลุมผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด พร้อมให้ดูภาพพลิกการคลุมโปงในห้องผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยนำไปฝึกนอนคลุมโปงที่บ้านทั้งหมดใช้เวลา 30-45 นาที ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยจักษุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านศัลยกรรมตกแต่งทางตา 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทาง (สาขาเวชปฏิบัติทางตา) 1 ท่าน และพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท 1 ท่าน โปรแกรมการเตรียมผ่าตัดประกอบด้วย คู่มือการเตรียมผ่าตัด ภาพพลิกและแผ่นพับ

1.1 คู่มือการเตรียมผ่าตัดต่อกระดูกเป็นการเตรียมผู้ป่วยรายบุคคล เนื้อหาประกอบด้วยขั้นตอนการให้ข้อมูลการเตรียมผ่าตัด การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและประเมินความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก การรักษาและวิธีการผ่าตัด การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนเข้ารับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดภาวะแทรกซ้อนอาการและอาการแสดงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด วิธีการคลุมผ้าคลุมผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด และทบทวนการปฏิบัติตัวที่หอผู้ป่วยเนื้อหาใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที

1.2 ภาพพลิก ใช้ประกอบการให้คำแนะนำตามคู่มือโปรแกรมการเตรียมผ่าตัดแสดงภาพโรคต่อกระดูก อาการและอาการแสดง

การรักษา การเช็ดตา การหยอดตา สิ่งแวดล้อม
ในห้องผ่าตัด การคลุมโปง

1.3 แผ่นพับ เนื้อหาประกอบด้วย
โรคต่อกระจก การรักษาและวิธีการผ่าตัด
การเตรียมผ่าตัดการปฏิบัติตัวขณะและหลังผ่าตัด

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับ
การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ประวัติ
การผ่าตัด โรคประจำตัว ผู้ดูแลในการผ่าตัดใน
ครั้งนี้และสิทธิการรักษา

2.2 แบบประเมินความวิตกกังวล
ขณะเผชิญ เป็นแบบสอบถามให้ตอบด้วยตนเอง
ซึ่งสร้างขึ้นโดยสปีลเบอร์เกอร์และคณะ
(Spielberger, et al., 1970) แปลเป็นภาษาไทย
โดยชาตรี นนทศักดิ์ และ สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต^{15,16,17}
ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก 10 ข้อ
ข้อคำถามทางลบ 10 ข้อ เป็นแบบวัดชนิด
มาตราส่วนประกอบค่า 4 ระดับ (rating scale)
ไม่มีเลย มีบ้าง, ค่อนข้างมาก, มากที่สุด การแปล
ค่าคะแนน จากคะแนนรวม โดยมีเกณฑ์ ดังนี้
20-40 คะแนน หมายถึง วิตกกังวลเล็กน้อย
41-60 คะแนน หมายถึง วิตกกังวลระดับ
ปานกลาง 61-70 คะแนน หมายถึง วิตกกังวล
ระดับสูง และ 71-80 คะแนน หมายถึง วิตกกังวล
ระดับสูงมาก ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมา
ทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่ม
ตัวอย่าง ในโรงพยาบาลบึงกาฬ จำนวน 30 ราย
มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา
ของครอนบาค(Cronbach's alpha coefficient)
ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86

3. แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนที่
เกิดขึ้นในการผ่าตัด เป็นแบบบันทึกข้อมูลโดยให้
ระบุภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในการผ่าตัดจากใบ
บันทึกการผ่าตัดของห้องผ่าตัด (Operation
record sheet)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม

1. ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยพบกลุ่ม
ตัวอย่างครั้งที่ 1 ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกตา
โรงพยาบาลบึงกาฬ เพื่อแนะนำตนเอง
สร้างสัมพันธภาพ แจ้างวัตถุประสงค์วิจัย และ
ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของ
ผู้ร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้า
ร่วมการวิจัยอย่างเป็นทางการแล้ว
ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความวิตกกังวล
ขณะเผชิญของ Spielberger (1970)^{14,15} หาก
กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญ
อยู่ในระดับปานกลางขึ้นไปและมีคุณสมบัติตาม
เกณฑ์การรับเข้ากลุ่มตัวอย่างจะเชิญเข้าร่วม
การวิจัยและเก็บข้อมูลทำแบบสอบถามข้อมูล
ส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นพยาบาล
ประจำคลินิกตาให้คำแนะนำตามปกติ นัดครั้ง
ต่อไปในวันผ่าตัดก่อนผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด

2. วันผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างได้รับ
การพยาบาลตามปกติจากพยาบาลที่หอบุคลากร
จักษุ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ครั้งที่ 2 เพื่อวัด
ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยใช้แบบวัดความ
วิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger (1970)
หลังเสร็จกิจกรรมกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง
และส่งกลุ่มตัวอย่างพบพยาบาลประจำหอบุคลากร
เพื่อรับการพยาบาลตามปกติต่อไป

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างออกจากห้องผ่าตัด
ผู้วิจัยลงการบันทึกภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด
จากใบ (Operation record sheet) ในแบบ
บันทึก

กลุ่มทดลอง

การเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับ
การพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ
เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมและได้รับโปรแกรม
การเตรียมผ่าตัดต่อความวิตกกังวลและภาวะ
แทรกซ้อนในการผ่าตัดจากผู้วิจัยโดยผู้วิจัยพบ

กลุ่มทดลอง 2 ครั้ง ใช้เวลา 30-45 นาที มีรายละเอียดดังนี้

1. ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกตา โรงพยาบาลบึงกาฬ เพื่อแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ แจกวัสดุประสงค์วิจัย และขั้นตอนการเก็บข้อมูล ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอม เข้าร่วมการวิจัยอย่างเป็นทางการแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger (1970) หากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไปและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การรับเข้ากลุ่มตัวอย่างจะเชิญเข้าร่วมการวิจัย และเก็บข้อมูลทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ทำการแจ้งเวลาทำกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

2. ดำเนินกิจกรรมประกอบด้วยการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลโดยให้ข้อมูลตามโปรแกรมการเตรียมผ่าตัด เน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและปฏิบัติตาม พร้อมมอบแผ่นพับแก่กลุ่มตัวอย่าง

3. วันผ่าตัด ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 (ใช้เวลา 10 – 15 นาที)

3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้บอกถึงปัญหาความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความวิตกกังวลที่มีอยู่พร้อมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติม

3.2 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger (1970) หลังเสร็จกิจกรรมกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และส่งกลุ่มตัวอย่างไปห้องผ่าตัดต่อไป

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างออกจากห้องผ่าตัด ผู้วิจัยบันทึกภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดจากใบบันทึกการผ่าตัด (Operation record sheet) ในแบบบันทึก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ประวัติการผ่าตัด โรคประจำตัว ผู้ดูแลในการผ่าตัดในครั้งนี้และสิทธิการรักษา ด้วยการแจกแจง ความถี่ (Frequency) และ หার้อยละ (Percentage) เปรียบเทียบข้อมูลด้วยสถิติไคสแควร์

2. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อระยะระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ dependent t-test

3. ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากผ่าตัดต่อระยะระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และหาร้อยละ (Percentage) เปรียบเทียบข้อมูลด้วยสถิติไคสแควร์

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ						
ชาย	11	36.7	11	36.7	22	36.7
หญิง	19	63.3	19	63.3	38	63.3
2. อายุ (ปี)						
<70 ปี	17	56.7	17	56.7	34	56.7
70 ปีขึ้นไป	13	43.3	13	43.3	26	43.3
3. ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	26	86.7	28	93.3	54	90
สูงกว่าประถมศึกษา	4	13.3	2	6.7	6	10
4. สถานภาพสมรส						
คู่	23	76.7	22	73.3	45	75
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	7	23.3	8	26.7	15	25
5. อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	3.3	0	0	1	1.7
อาชีพเกษตรกรรม	29	96.7	30	100	59	98.3
6. รายได้						
ไม่เพียงพอ	3	10	5	16.7	8	13.3
เพียงพอ	27	90	25	83.3	52	86.7
7. ประวัติการผ่าตัด						
ไม่เคยผ่าตัด	6	20	9	30	15	25
เคยผ่าตัด	24	80	21	70	45	75
8. โรคประจำตัว						
ไม่มีโรคประจำตัว	21	70	22	73.3	43	71.7
มีโรคประจำตัว	9	30	8	26.7	17	28.3
9. ผู้ดูแลในการผ่าตัดครั้งนี้						
คู่สมรส	20	66.7	16	53.3	36	60
ญาติ อื่นๆ	10	33.3	14	46.7	24	40
10. สิทธิการรักษา						
ประกันสุขภาพ	26	86.7	25	83.3	51	85
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	13.3	5	16.7	9	15

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนผ่าตัดต่อกระดูก จำนวน 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 อายุน้อยกว่า 70 ปี ร้อยละ 56.7 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 90 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 98.3 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 86.7

ประวัติเคยผ่าตัด ร้อยละ 75 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.7 มีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลในการผ่าตัด ครั้งนี้ ร้อยละ 60 และใช้สิทธิการรักษาด้วย บัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 85 เปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Chi-square tests พบว่า มีข้อมูลทั่วไป ไม่มีความแตกต่างกันทั้ง 2 กลุ่ม

ตารางที่ 2 ข้อมูลคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระดูกของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการเตรียมผ่าตัด

ความวิตกกังวล	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
กลุ่มทดลอง (n=30)	53.50	3.81	ปานกลาง	47.50	3.32	ปานกลาง
กลุ่มควบคุม (n=30)	53.53	3.72	ปานกลาง	53.03	4.02	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองก่อน การทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมผ่าตัด มีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระดูกเท่ากับ 53.50 (S.D.=3.81) อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย ความวิตกกังวลเท่ากับ 47.50 (S.D.=3.32) อยู่ใน ระดับปานกลาง

กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยของความวิตก กังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระดูกเท่ากับ 53.53 (S.D. = 3.72) อยู่ในระดับปานกลาง และ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 53.03 (S.D. = 4.02) อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 3 ทดสอบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ความวิตกกังวล	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
กลุ่มทดลอง (n=30)	53.50	3.81	47.50	3.32	8.84	29	<0.001*
กลุ่มควบคุม (n=30)	53.53	3.72	53.03	4.02	1.38	29	0.177*

*p-value <0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มการทดลองก่อนการทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมผ่าตัดต่อกระดูกมีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระดูกเท่ากับ 53.50 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 47.50 เมื่อนำค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระดูกมาเปรียบเทียบกับสถิติ dependent t-test พบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระดูกต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระดูก เท่ากับ 53.53 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวล เท่ากับ 53.03 เมื่อนำค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระดูกมาเปรียบเทียบกับสถิติ dependent t-test พบว่า ก่อนและหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระดูกไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t	df	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
ความวิตกกังวล	47.50	3.32	53.03	4.02	5.805	58	<0.001*

*p-value <0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมผ่าตัดมีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลเท่ากับ 47.50 กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดเท่ากับ 53.03 เมื่อนำค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลมาเปรียบเทียบกับสถิติ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระดูกหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดต่อกระดูกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมผ่าตัดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า กลุ่มทดลองมีภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดต่อกระดูก คือ Rupture posterior capsule จำนวน 1 ราย (3.33%) และกลุ่มควบคุมมีภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดต่อกระดูก คือ Rupture posterior capsule 1 ราย (3.33%) เช่นเดียวกัน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า ลักษณะของข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในผู้ป่วยต่อกระดูก มีความใกล้เคียงกันในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ประวัติการผ่าตัดโรคประจำตัว ผู้ดูแลในการผ่าตัดในครั้งนี้และสิทธิการรักษา เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญ พบว่า อยู่ในระดับปานกลางทั้ง 2 กลุ่ม และผู้ป่วยกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการเตรียมผ่าตัดมีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.001$) อธิบายได้ว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระดูกเป็นผลมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจและไม่ทราบว่าตนเองจะเผชิญกับสถานการณ์ใดบ้างเมื่อบุคคลได้รับภาวะคุกคามจึงเกิดความกังวลขึ้น การเตรียมผ่าตัดถือเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยและยังช่วยในการประเมิน และเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด

การให้ข้อมูลการตามโปรแกรมการเตรียมผ่าตัด ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย อธิบายถึงวัตถุประสงค์ที่ผู้วิจัยมาพบและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เป็นรายบุคคล และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม ปัญหาหรือข้อสงสัยหลังการได้รับข้อมูล การกระทำดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่า ตนได้รับความสนใจและเอาใจใส่จากพยาบาล จึงไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตาม คำแนะนำ แตกต่างจากการให้ข้อมูลจากพยาบาล ประจำการที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ที่ให้ข้อมูลโดย พยาบาลหลายคนผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันไป พยาบาลแต่ละคนต่างมีความรู้ความชำนาญ และมีเทคนิคการให้ข้อมูลที่แตกต่างกัน ไม่มีแบบแผน ที่แน่นอน และบางครั้งมีเวลาให้ผู้ป่วยน้อย จึงต้องรีบเร่งให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถ ให้ข้อมูลครอบคลุมเนื้อหาที่จำเป็นทั้งหมด แก่ผู้ป่วยได้ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม ปัญหาหรือทบทวนเนื้อหาซ้ำมีจำกัด จากเหตุผล ดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบไม่เกิด การเรียนรู้การเตรียมผ่าตัดเท่ากับผู้ป่วยที่ได้รับ โปรแกรมการเตรียมผ่าตัด

การศึกษาครั้งนี้สนับสนุนทฤษฎี การควบคุมตนเองของ Leventhal & Johnson (1999)⁸ กล่าวคือ เมื่อให้โปรแกรมการเตรียม ผ่าตัดในกลุ่มทดลองที่เป็นข้อมูลที่ถูกต้อง มีเนื้อหาครบถ้วนมีการจัดเรียงลำดับเนื้อหา ทำให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจผู้ป่วยจึงมี การเรียนรู้ปราศจากความคลุมเครือและ คาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ เมื่อพิจารณา กระบวนการปรับตัวตามกรอบแนวคิดของ Roy⁷ พบว่า การเตรียมก่อนผ่าตัดทางด้านร่างกายและ จิตใจที่เป็นสิ่งเร่งผ่านเข้ากระบวนการ ปรับตัว โดยผ่านระบบควบคุมทางสรีระ และ ระบบรู้สึกส่งผลให้ร่างกายเกิดการปรับตัวทำให้ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง^{12,13} ให้ความร่วมมือ ในการผ่าตัด ส่วนภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดต่อ กระเจก ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม

การเตรียมผ่าตัดและกลุ่มควบคุมที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติ ไม่มีความแตกต่างกันทั้ง 2 กลุ่ม ภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดต่อกระเจกมี หลายอย่าง แต่โอกาสเกิดมีน้อยมาก โดยมีปัจจัย ที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง รวมทั้งมี ระดับความรุนแรงแตกต่างกันออกไป⁶

สอดคล้องกับผลการศึกษา เรื่อง ประสิทธิภาพของการให้ข้อมูลแบบมีแบบแผนแก่ ผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อกระเจกในระยะก่อนผ่าตัด¹³ และการศึกษาศึกษาระดับความวิตกกังวลและ ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนได้รับการ ผ่าตัดทางตา¹² พบว่า มีความวิตกกังวลก่อน ผ่าตัดระดับปานกลาง และผลการศึกษานับสนุน การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดถือเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับ ผู้ป่วยและยังช่วยในการประเมินและเตรียมความ พร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลบึงกาฬ เลขที่ BKHEC2019-14 วันที่ 2 พฤษภาคม 2562 กลุ่มตัวอย่างทราบ วัตถุประสงค์การวิจัยและสิทธิประโยชน์ที่จะ ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการ ผู้เข้าร่วมการวิจัย จะได้รับการพิทักษ์สิทธิตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วม โครงการ และแม้หากผู้เข้าร่วมโครงการเปลี่ยนใจ ถอนตัวออกจากโครงการภายหลังก็สามารถทำได้ ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลที่ได้รับ จากผู้เข้าร่วมโครงการจะนำเสนอเพียงภาพรวม และไม่มีทางจะเชื่อมโยงไปถึงผู้เข้าร่วมโครงการ ได้ผู้วิจัยได้ยึดหลักเกณฑ์ทางจริยธรรมสำหรับ การศึกษาวิจัยในมนุษย์ ตามหลักความเคารพใน บุคคล หลักผลประโยชน์และหลักยุติธรรม ผู้วิจัย ได้ผ่านการอบรมหลักสูตรหลักจริยธรรมสำหรับ ผู้วิจัยในมนุษย์ วันที่ 26 มีนาคม 2562

ข้อเสนอแนะ

1. เพื่อนำโปรแกรมการเตรียมผ่าตัดนี้ไปใช้ในการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดต่อกระจก เพราะเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและลดความวิตกกังวลได้

2. เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดบริการด้านสุขภาพ รวมทั้งช่วยในการวางรูปแบบการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระจกและโรคตาอื่นๆ ก่อนได้รับการผ่าตัดให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของการให้ข้อมูลในรูปแบบต่างๆ ต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางตา หรือตัวแปรอื่น เช่น อัตราการเลื่อนการผ่าตัด พร้อมทั้งความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อรูปแบบการให้ข้อมูลนั้นๆ

2. ควรมีการศึกษาพัฒนาโปรแกรมการติดตามความพร้อมก่อนผ่าตัดอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ หรือแอปพลิเคชันที่ทันสมัยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลตามความต้องการและมีความพร้อมในการผ่าตัด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ พญ.นาตยา มิลส์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงกาฬ นางสุนันท์ นกทอง หัวหน้าพยาบาลที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาและเผยแพร่ผลงานนี้ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้งานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Rao GN, Khanna R, Payal A. The global burden of cataract. *Curr Opin Ophthalmol.* 2011; 22(1): 4-9.

2. Bollinger KE, Langston RH. What can patients expect from cataract surgery? *Cleve Clin J Med.* 2008; 75(3): 193-6, 199-200.
3. สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุในไทย (อินเทอร์เน็ต). 2014 (ปรับปรุงเมื่อ 2557; เข้าถึงเมื่อ 11 มี.ค. 2557)
4. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการรักษาต่อกระจกในประเทศไทย. (ม.ป.ท.).
5. ปริญญา โจรนพงศ์พันธุ์. ต่อกระจกและการผ่าตัดรักษาต่อกระจก. ใน: เปรมจิต เคาณานนท์, บรรณาธิการ. *จักษุจุฬา. พิมพ์ครั้งที่ 2.* กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี จำกัด; 2559. หน้า 203-18.
6. Moon JS, Choo KS. The effects of handholding on anxiety in cataract surgery patient under local anesthesia. *J Adv Nurs.* 2001;35(3):407-15
7. Roy C. *The Roy adaptation model.* 3rd ed. Upper Saddle River. NJ: Pearson; 2008.
8. Leventhal, H., & Johnson, J.E. Laboratory and field experimentation development of a history of self-regulation. In P. T Wooldridge, M. H Schmitt, R. C. Leonaed, and J.K. Skipper. (Eds), *Behavioral Science and Nursing Theory.* (pp.189-262). St. Louis: The C.V. Mosby Co. 1983.
9. พรทิศา มีสุวรรณ และชนิษฐา นาคะ. การรับรู้ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความต้องการข้อมูลและความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดหู คอ จมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร,* 2551; 26(2), 185-193.

10. Marback R, Temporini E, Junior NK. Emotional factors prior to cataract surgery. Clinics. 2007; 62(4): 433-8.
11. โรงพยาบาลบึงกาฬ. รายงานประจำปีแผนก จักษุ โรงพยาบาลบึงกาฬ ปีงบประมาณ 2559-2561. บึงกาฬ: โรงพยาบาลบึงกาฬ; 2561.
12. เอื้องพร พิทักษ์ สังข์, จุฑาไล ต้นทเทิดธรรม, สุกัญญา ศุภฤกษ์และอรทัย วรานุกุลศักดิ์. การศึกษาความวิตกกังวล ความเครียด และความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนได้รับการ ผ่าตัด ทางตาแบบผู้ป่วยนอก. วารสาร พยาบาลศิริราช, 2554: 4 (1), 35-42.
13. อารุณี อัครศุภฤกษ์. ประสิทธิภาพของการให้ ข้อมูลอย่างมีแบบแผนแก่ผู้สูงอายุโรคต้อ กระจกในระยะก่อนผ่าตัด (วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ) บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา; 2547.
14. สมชาย วรกิจเกษมกุล. สถิติประยุกต์เพื่อการ วิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุดรธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี; 2554.
15. Spielberger, C.D., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1972). STAI Manual. California: Consulting Psychologists Press, Inc.
16. ดาราวรรณ ต๊ะบินตา. ความวิตกกังวล เทคนิคการลดความวิตกกังวล : กระบวนการ พยาบาล. ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์; 2538.
17. นิตยา คชภักดี, สายฤดี วรกิจโกคาทร และ มาลี นิสัยสุข. แบบประเมินความวิตกกังวล (เอกสารอัดสำเนา). [Online].; 2526.