

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก แบบมีส่วนร่วมอย่างเอื้ออาทร ตามทฤษฎี Swanson โรงพยาบาลปทุมธานี

ละมิตร์ ปีกขาว พย.ม., บธ.ด.*

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน คม., บธ.ด.**

กาญจนา หัตถรังษี พย.บ.*

* โรงพยาบาลปทุมธานี

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

วันรับ:	31 มี.ค. 2563
วันแก้ไข:	24 เม.ย. 2563
วันตอบรับ:	4 พ.ค. 2563

บทคัดย่อ การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกอย่างเอื้ออาทร โรงพยาบาลปทุมธานีและประเมินรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกอย่างเอื้ออาทร โดยใช้กรอบแนวคิดเชิงระบบของ Donabedian และทฤษฎีเอื้ออาทรของ Swanson ดำเนินการใน 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพปัญหา โดยวิธีการระดมสมอง การสัมภาษณ์ การสังเกตร่วมกับการสำรวจข้อมูลอย่างเป็นระบบ ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ โดยใช้คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก วัตถุประสงค์ และแผนผังโดยละเอียด และระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบโดยใช้ แบบวัดความรู้ ทักษะ พฤติกรรม ความพึงพอใจ อัตราการติดเชื้อ ผลการประเมินรูปแบบตามแนวคิดของแบบวัด AGREE 2 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา pair t-test และ content analysis ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วย และผู้ดูแล หลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระดูกลดลง เท่ากับศูนย์ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกอย่างเอื้ออาทร โรงพยาบาลปทุมธานี ประกอบด้วย องค์ประกอบที่ 1 ปัจจัยด้านโครงสร้าง (การเรียนรู้ การอบรม การจัดทำแนวทางปฏิบัติ การจัดทำสื่อการสอน บุคลากร) องค์ประกอบที่ 2 ปัจจัยด้านกระบวนการพยาบาล 5 ด้านของ Swanson (1) ด้านการรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง (knowing) (2) ด้านการเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (being with) (3) ด้านการช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ ให้ (doing for) (4) ด้านการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ (enabling) และ (5) ด้านการดำรงไว้ซึ่งความหวัง ความเชื่อ ความศรัทธา (maintaining belief)) องค์ประกอบที่ 3 ปัจจัยด้านผลลัพธ์ (ความรู้ ทักษะ ความพึงพอใจ อัตราการติดเชื้อ) รูปแบบฯ ผ่านเกณฑ์การประเมินตามมาตรฐานแนวคิดแบบวัดของ AGREE 2 ร้อยละ 91.69 ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกแบบมีส่วนร่วมอย่างเอื้ออาทรตามทฤษฎี Swanson โรงพยาบาลปทุมธานี มีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกอย่างเอื้ออาทร; ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก; ผู้ดูแล; ทฤษฎีเชิงระบบของ Donabedian; ทฤษฎีเอื้ออาทรของ Swanson

บทนำ

โรคต้อกระจก เป็นโรคสำคัญทางจักษุที่ทำให้ตาบอด ได้ องค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่าจะมีประชากรตาบอด ทั่วโลก 37 ล้านคนและใน ปี พ.ศ. 2563 ต้อกระจกจะเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดตาบอดถึงร้อยละ 47.8 ของคนที่ตาบอดทั้งหมด⁽¹⁾ โรคนี้สามารถรักษาได้โดยไม่ทำให้ตาบอด ถ้ารักษาได้ทันเวลา องค์การอนามัยโลกได้กำหนดวิสัยทัศน์: vision 2020: the Right to Sight by the Year 2020 ซึ่งหมายความว่า ปี ค.ศ. 2020 ทุกคนควรมีสิทธิเข้าถึงบริการทางจักษุวิทยา เพื่อให้สามารถมองเห็นได้ และไม่ควรตาบอดจากโรคที่สามารถป้องกันได้ ประเทศไทย วัยผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปพบมากกว่า ร้อยละ 50.00 ที่เป็นโรคต้อกระจก ในขณะที่อัตราความชุกต้อกระจกทุกกลุ่มอายุจะอยู่ที่ ร้อยละ 9.22^(2,3) โรคต้อกระจก (cataract) เป็นภาวะที่เลนส์แก้วตาขุ่น ทำให้สายตาดำฟางหรือมัวคล้ายหมอกบัง ไม่เจ็บปวด⁽⁴⁾ เมื่อมีอาการมากขึ้นเลนส์แก้วตาจะแข็งขึ้นและเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาล⁽⁵⁾ การรักษาโรคต้อกระจกในปัจจุบันยังไม่มียาที่รักษาได้ การรักษาที่เหมาะสมและได้ผลดีคือ การผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม^(5,6) ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญหลังผ่าตัด คือการติดเชื้อภายในลูกตาและการพยาบาลที่สำคัญคือ การป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัดและการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งถือเป็นบทบาทหลักของพยาบาลจักษุตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายกลับบ้าน พยาบาลจักษุจำเป็นต้องมีความรู้ ความสามารถและทักษะการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ฟื้นฟูจากการผ่าตัดได้เร็ว การผ่าตัดได้ผลดีและเกิดความพึงพอใจ⁽⁶⁾ การพยาบาลที่ดีต้องมีความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยตามแนวคิดของ Swanson KM^(7,8) เป็นศาสตร์ของการดูแลและเป็นแก่นแท้ในเชิงวิชาชีพพยาบาล ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ด้าน คือ

ด้านที่ 1 การรู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง (knowing)

ด้านที่ 2 การเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (being with)

ด้านที่ 3 การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ ให้ (doing

for)

ด้านที่ 4 การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถ (enabling)

ด้านที่ 5 การดำรงไว้ซึ่งความหวัง ความเชื่อ ความศรัทธา (maintaining belief)

กิจกรรมทั้ง 5 ด้านนี้ผสมผสานเป็นหนึ่งเดียวไม่สามารถแบ่งแยกได้และเมื่อพยาบาลสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ครบทั้ง 5 ด้าน จะส่งผลให้เพิ่มศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวันได้และทำให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกได้อย่างแท้จริง⁽⁸⁻¹⁰⁾

โรงพยาบาลปทุมธานีเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิประจำจังหวัดปทุมธานี ขนาด 408 เตียง เปิดให้บริการผ่าตัดต้อกระจกมานานกว่า 18 ปี มีจักษุแพทย์ 5 คน พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา 8 คน ประกอบด้วยหอผู้ป่วยเฉพาะทางจักษุ 1 หอผู้ป่วย แต่เนื่องจากปัจจุบันมีจักษุแพทย์เพิ่มขึ้นและจำนวนผู้ป่วยต้อกระจกที่ผ่านการคัดกรองมากขึ้น ประกอบกับต้องปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ให้ลดอัตราตาบอดจากต้อกระจกต่ำกว่าร้อยละ 0.50⁽¹¹⁾ ทำให้การผ่าตัดต้อกระจกมากขึ้น และหอผู้ป่วยเดิมไม่สามารถรองรับผู้ป่วยที่มีจำนวนผ่าตัดมากขึ้นได้ ในปี 2560 โรงพยาบาลจึงมีนโยบายให้หอผู้ป่วยพิเศษทั่วไปรับผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกเพิ่มขึ้น 4 หอผู้ป่วย การผ่าตัดต้อกระจกเป็นอันดับ 1 ของการผ่าตัดจักษุทุกชนิด คิดเป็นร้อยละ 89.50 สถิติปี พ.ศ.2560 - 2562 จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก 1782,1943 และ 1,847 รายตามลำดับ เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำนวน 5 , 6 และ 8 ราย ในจำนวนนี้ติดเชื้อหลังผ่าตัด รวม 3 ราย⁽¹²⁾ จากการทบทวนเวชระเบียน พบว่า ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก/ผู้ดูแลตลอดจนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่น รูปแบบการสอนที่ต่างกัน การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในพยาบาลผู้ป่วย ผู้ดูแล 30 ราย พบว่าผู้ป่วย/ผู้ดูแล ไม่เข้าใจเนื้อหาที่พยาบาลสอน ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนและแตกต่างกันในแต่ละหอผู้ป่วย สื่อการสอนควรปรับให้เข้ากับยุคสมัย การสนทนากลุ่มของทีมสุขภาพ 13 คน พบว่า แนวทางการ

พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกควรปรับและให้มีทุกหอ-ผู้ป่วย เพื่อให้ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกัน และส่งอบรมหรือประชุมเชิงปฏิบัติการให้กับพยาบาลเพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ และทักษะการพยาบาล ข้อมูลสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ 42 คน พบปัญหา (1) ระบบการดูแลที่แตกต่างกันในแต่ละหอผู้ป่วย (2) ผลกระทบต่อผู้ป่วย/ผู้ดูแลในหอผู้ป่วยพิเศษ พบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อหลังผ่าตัด (3) พยาบาลใหม่และพยาบาลหอผู้ป่วยพิเศษที่ยังขาดประสบการณ์และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก และ (4) ระบบบริการพยาบาลยังขาดการเสริมพลังผู้ป่วยและผู้ดูแล พยาบาลจักษุในฐานะเป็นกลไกหลักในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัดและการให้คำแนะนำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน จะสามารถช่วยลดภาวะการติดเชื้อหลังผ่าตัดดังกล่าวได้⁽¹³⁾

ดังนั้น เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกได้รับการพัฒนาให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ส่งผลต่อผลลัพธ์การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ผู้วิจัยได้ทำการศึกษารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกแบบมีส่วนร่วมอย่างเอื้ออาทรตามทฤษฎี Swanson ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกอย่างเอื้ออาทรฯ และประเมินรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกอย่างเอื้ออาทรฯ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา ดำเนินการศึกษาภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีเชิงระบบของ Donabedian Model⁽¹⁴⁾ และทฤษฎีเอื้ออาทรของ Swanson KM^(7,8) การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม 2562 ถึงกุมภาพันธ์ 2563 เป็นการศึกษาและพัฒนาศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ 30 คน ผู้ป่วย 30 คน ผู้ดูแล 30 คน รวม 90 คน ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพปัญหาและพัฒนารูปแบบฯ โดยวิธีการระดมสมองที่มำทางจักษุวิทยาจำนวน 13 คน การสัมภาษณ์สหวิชาชีพจำนวน 42 คน

การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในพยาบาลวิชาชีพ จักษุแพทย์ เภสัชกร ผู้ป่วย ผู้ดูแล จำนวน 30 คน สร้างอุปกรณ์ในการวิจัย ได้แก่ (1) คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกอย่างเอื้ออาทร (2) คลิพวิดีโอทัศน์ เรื่องการเช็ดตา หยอดตา ป้ายตา ปิดตาและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ผ่าตัดต่อกระจก และ (3) แผ่นพับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ประกอบด้วย การเช็ดตา หยอดตา ป้ายตาและการปิดตา เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน สร้าง (1) แบบสอบถามวัดความรู้พยาบาล ผู้ป่วย/ผู้ดูแล โดยวิธี KR-20 เท่ากับ 0.56 และ 0.60 (2) แบบสอบถามทักษะพยาบาล ผู้ป่วย/ผู้ดูแล ใช้วิธีหาค่าความเชื่อมั่นของ IRR (inter-rater reliability) เท่ากับ 1 และ (3) แบบวัดความพึงพอใจของพยาบาล ผู้ป่วย/ผู้ดูแล ค่าความเชื่อมั่นใช้สูตร Conbrach's alpha coefficient เท่ากับ 0.94 และ 0.89 ตามลำดับ

ระยะที่ 2 ทดลองใช้รูปแบบฯ โดยใช้ (1) คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก คลิพวิดีโอทัศน์ และแผ่นพับ กำหนดระบบการสอนและการสาธิต/การสาธิตย้อนกลับ เป็นนวัตกรรมสำคัญโดยใช้ระยะเวลาในการทดลอง 4 เดือน และระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบฯ โดยใช้แบบวัดความรู้ ทักษะ สอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วย ผู้ดูแล อัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัด องค์ประกอบของรูปแบบและผลการประเมินรูปแบบ

กลุ่มตัวอย่าง มีจำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 พยาบาลวิชาชีพ 30 คน เกณฑ์การคัดเลือกแบบเจาะจง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกในหอผู้ป่วยเฉพาะทางจักษุและหอผู้ป่วยพิเศษทั่วไป มีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป และมีความยินดีเข้าร่วมวิจัย กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วย 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เป็นผู้ป่วยที่จักษุแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อกระจกและได้รับการผ่าตัดต่อกระจกเป็นครั้งแรก นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลปทุมธานี ไม่มีผู้ดูแล และกลุ่มที่ 3 ผู้ดูแล 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกครั้งแรก รวมทั้งสิ้น 90 คน

สรุปขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ
ระยะที่ 1

ขั้นตอนที่ 1 R1: Research ครั้งที่ 1 ได้แก่ การวิเคราะห์สภาพปัญหา ประกอบด้วยการศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก โรงพยาบาลปทุมธานี ดังนี้ (1) รวบรวมสถิติ ทบทวนวรรณกรรม (2) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (3) การประชุมกลุ่ม (4) การสัมภาษณ์เชิงลึก และ (5) สรุปผลการวิเคราะห์นำมาเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา

ระยะที่ 2

ขั้นตอนที่ 2 D1: Development ครั้งที่ 1 การพัฒนารูปแบบโดย

2.1) สร้างอุปกรณ์ในการวิจัย ได้แก่ (1) คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกอย่างเอื้ออาทร (2) คลิวิดิทัศน์ เรื่องการเข็ดตา หยอดตา ป้ายตา ปิดตาและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ผ่าตัดต่อกระดูก และ (3) แผ่นพับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ประกอบด้วย การเข็ดตา หยอดตา ป้ายตาและการปิดตา ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ 5 คน

2.2) สร้างเครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ (1) แบบสอบถามวัดความรู้ ทักษะ ความพึงพอใจของพยาบาล (2) แบบสอบถามวัดความรู้ ทักษะ ความพึงพอใจของผู้ป่วย และผู้ดูแล ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ

ขั้นตอนที่ 3 R2: ทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกแบบเอื้ออาทร โรงพยาบาลปทุมธานี ครั้งที่ 1 ในกลุ่มย่อยกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ผู้ป่วย จำนวน 30 คน ญาติผู้ป่วย จำนวน 30 คน

ขั้นตอนที่ 4 D2: ปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสม และเสนอแนะการใช้รูปแบบ

ขั้นตอนที่ 5 R3 D3: นำรูปแบบที่สมบูรณ์ไปทดลองใช้ ครั้งที่ 2 กับกลุ่มตัวอย่าง 1) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 38 คน 2) ผู้ป่วย จำนวน 30 คน และ 3) ผู้ดูแล จำนวน 30 คน (D3)

ระยะที่ 3 ขั้นตอนที่ 6 ประเมินประสิทธิผลของรูป-

แบบโดยใช้ (1) แบบวัดความรู้ ทักษะ พฤติกรรมความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วย ผู้ดูแล (2) อัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัด (3) องค์ประกอบของรูปแบบและ (4) ผลการประเมินรูปแบบตามแนวคิดของแบบวัด AGREE 2⁽¹⁵⁾ และเผยแพร่

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลปทุมธานี เอกสารเลขที่ ปท 003.2.203.3/45 ลงวันที่ 2 กรกฎาคม 2562

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 R1: Research ครั้งที่ 1 วิเคราะห์สภาพปัญหาและพัฒนารูปแบบฯโดยวิธีการระดมสมอง การสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ในจักษุแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร ผู้ป่วยและผู้ดูแล ร่วมกับการสำรวจข้อมูลอย่างเป็นระบบ สำหรับปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหามีดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้า มีสภาพปัญหาที่เกิดจากการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก 4 ข้อด้วยกันได้แก่

1) ระบบการดูแลที่แตกต่างกันในแต่ละหอผู้ป่วย เนื่องจากหอผู้ป่วยพิเศษทั่วไปต้องรับผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกตามนโยบายโรงพยาบาลและพยาบาลขาดคู่มือในการพยาบาลผู้ป่วย ตัวอย่างการสัมภาษณ์จากจักษุแพทย์พบว่าพยาบาลในหอผู้ป่วยเฉพาะทางจักษุและหอผู้ป่วยทั่วไปไม่เหมือนกัน รวมทั้งพยาบาลแต่ละคนปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกัน เช่นการปิดที่ครอบตา eye pad การครอบ eye shield การปิดพลาสติก การให้คำแนะนำต่างๆ ค่อนข้างน้อย ควรมีมาตรฐานให้ปฏิบัติเหมือนๆ กัน ดำเนินการดังนี้ จัดทำคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกอย่างเอื้ออาทรฯ

2) ผลกระทบต่อผู้ป่วย/ผู้ดูแลในหอผู้ป่วยพิเศษทั่วไป เนื่องจากพบผู้ป่วยติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระดูก 3 ราย และผู้ป่วย/ผู้ดูแลขาดความรู้ ทักษะ ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ตัวอย่างการสัมภาษณ์จักษุแพทย์พบปัญหาซ้ำๆ ในหอผู้ป่วย

พิเศษทั่วไป เช่น ผู้ป่วยใช้ eye pad อันเดิมปิดตาทุกวัน ทำให้อาจติดเชื้อได้ นโยบายผู้บริหารให้รับผู้ป่วยผ่าตัด ต้อกระจกทุกแผนก และพยาบาลอบรมเฉพาะสาขา ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทุกประเภท อาจทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อได้ และจากคำพูดของผู้ป่วย ผู้ศึกษาพบว่าผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านแล้ว ไม่มั่นใจในการเช็ดตา หยอดตา ป้ายตา ดำเนินการดังนี้ สร้างเครื่องมือสอบวัดความรู้ของผู้ป่วย / ผู้ดูแล หาค่าอำนาจจำแนกตามเกณฑ์ ค่าความเที่ยงด้วยวิธี KR-20 เท่ากับ 0.60 และทักษะ ใช้วิธีหาค่าความเชื่อมั่นของ IRR (inter-rater reliability) เท่ากับ 1 แบบวัดความพึงพอใจ ค่าความเชื่อมั่นใช้สูตร Conbrach's alpha coefficient เท่ากับ 89 โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน

3) มีพยาบาลใหม่และพยาบาลหอผู้ป่วยพิเศษที่ยังขาดประสบการณ์และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วย ตัวอย่างการสัมภาษณ์พยาบาลที่รับดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม ต้องรับผู้ป่วยตามนโยบายโรงพยาบาล พบปัญหาในการให้คำอธิบาย ก่อนหลังผ่าตัดเพราะไม่มีความรู้และทักษะ ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือสอบวัดความรู้ของพยาบาล โดยวิธีหาค่าอำนาจจำแนกตามเกณฑ์ ค่าความเที่ยงด้วยวิธี KR-20 เท่ากับ 0.56 และทักษะ ใช้วิธีหาค่าความเชื่อมั่นของ IRR (Inter-Rater Reliability) เท่ากับ 1 แบบวัดความพึงพอใจ ค่าความเชื่อมั่นใช้สูตร Conbrach's alpha coefficient เท่ากับ 0.94 ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน

4) ระบบบริการพยาบาลขาดการสนับสนุนอุปกรณ์เทคโนโลยีที่ทันสมัย ตัวอย่างการสัมภาษณ์พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า การให้ข้อมูลผู้ป่วยพยาบาลต้องสอนเองโดยการพูดทุกวัน ไม่มีสื่อที่เป็นรูปธรรมและทันสมัย เช่น วิดีทัศน์ หรือแผ่นพับเป็นต้น การดำเนินการ (1) จัดทำคลิปวิดีโอ ประกอบด้วยคลิปการเช็ดตา คลิปหยอดตา คลิปการป้ายตา และคลิปการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ผ่าตัดต้อกระจกในแผนกผู้ป่วยนอก ห้องผ่าตัด และผู้ป่วยในประสานงานฝ่ายโสตทัศนูปกรณ์โรงพยาบาล ปทุมธานี ในการถ่ายวิดีโอ การจัดทำสคริป การอัดเสียง การหาผู้แสดงสาธิต เป็นต้น (2) แผ่นพับการปฏิบัติตัว

เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ประสานงานฝ่ายสุขศึกษาในการจัดพิมพ์ให้พอใช้ในแต่ละปี

ระยะที่ 2 ขั้นตอนที่ 2 D1: Development ครั้งที่ 1 การพัฒนารูปแบบโดย

2.1) สร้างอุปกรณ์ในการวิจัย ได้แก่ (1) คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกอย่างเอื้ออาทร (2) คลิปวิดีโอ เรื่องการเช็ดตา หยอดตา ป้ายตา ปิดตาและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ผ่าตัดต้อกระจก และ (3) แผ่นพับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ประกอบด้วย การเช็ดตา หยอดตา ป้ายตาและการปิดตา ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ 5 คน

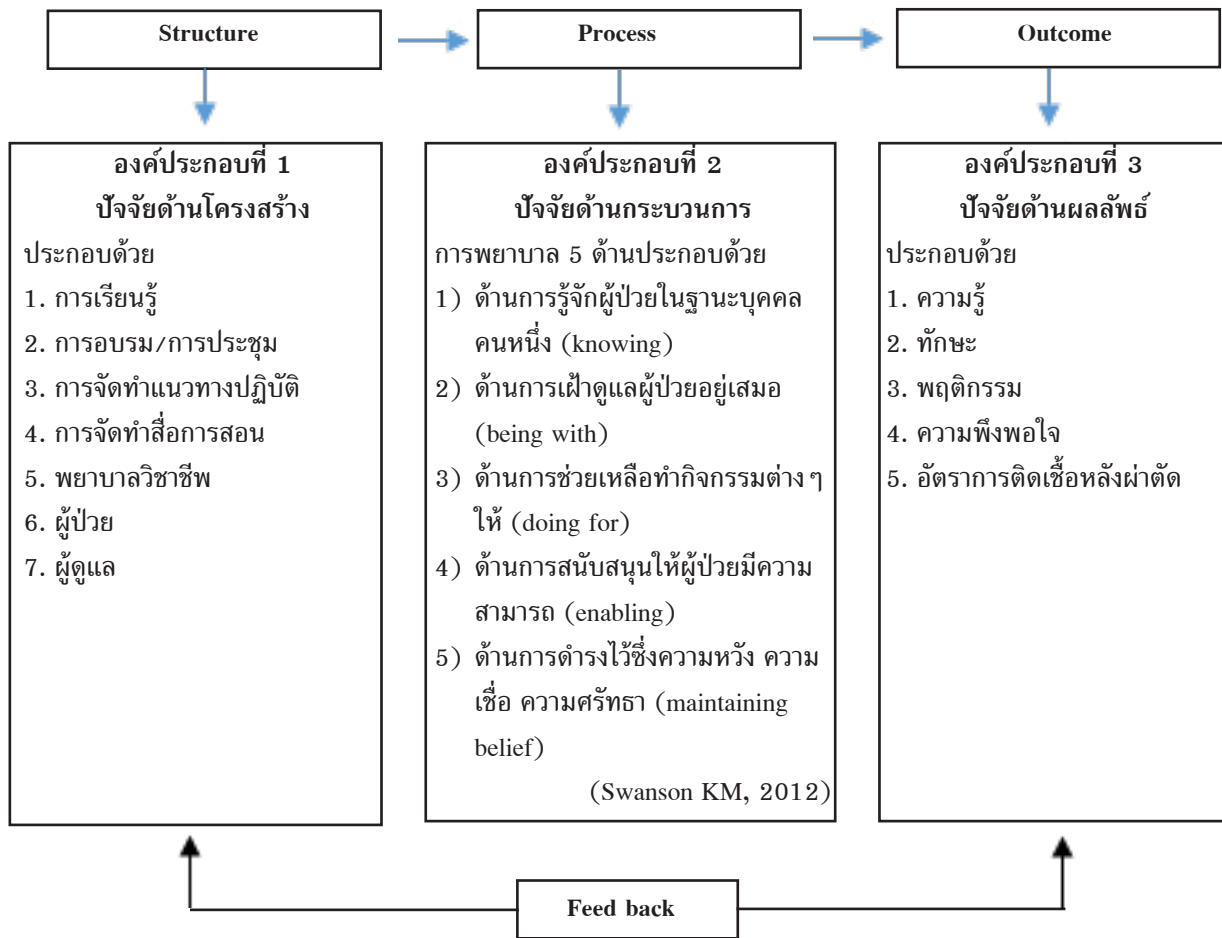
2.2) สร้างเครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ (1) แบบสอบถามวัดความรู้ ทักษะ ความพึงพอใจของพยาบาล (2) แบบสอบถามวัดความรู้ ทักษะ ความพึงพอใจของผู้ป่วย และผู้ดูแล ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ

ขั้นตอนที่ 3 R2 ขั้นตอนที่ 3 R2 ครั้งที่ 1 ในกลุ่มย่อยกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ผู้ป่วยจำนวน 30 คน ญาติผู้ป่วยจำนวน 30 คน นำมาปรับปรุงแก้ไข และทดลองใช้ครั้งที่ 2 ใน (1) พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยเฉพาะทางจักษุ และหอผู้ป่วยพิเศษทั่วไป 30 คน ผู้ป่วย จำนวน 30 คน ญาติผู้ป่วย จำนวน 30 คน

ขั้นตอนที่ 4 D2: ปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสม และเสนอแนะการใช้รูปแบบ นำมาปรับปรุง และนำรูปแบบที่สร้างขึ้น นำเสนอผู้บริหารระดับสูงกลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลปทุมธานีถึงความเป็นไปได้ก่อนนำไปใช้จริงรูปแบบฯ แสดงดังภาพที่ 1

ขั้นตอนที่ 5 R3 D3: นำรูปแบบที่สมบูรณ์ไปทดลองใช้ ครั้งที่ 2 รอบที่ 2 ผู้วิจัยและทีมงานนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกแบบเอื้ออาทรที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปดำเนินการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับพยาบาลวิชาชีพ 30 คน ผู้ป่วย 30 คน ผู้ดูแล 30 คน ด้วยวิธีการดังนี้ (1) คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกอย่างเอื้ออาทร ตามทฤษฎีของแสวนสัน โรงพยาบาลปทุมธานี (2) วิดีทัศน์ เรื่องการเช็ดตา หยอดตา ป้ายตาและการปิดตาและเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

ภาพที่ 1 รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกแบบมีส่วนร่วมอย่างเอื้ออาทรตามทฤษฎี Swanson โรงพยาบาลปทุมธานี



ผ่าตัดต่อกระดูก (3) แผ่นพับเรื่องการเข็ดตา หยอดตา ป้ายตาและการปิดตาและเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ผ่าตัดต่อกระดูกมาใช้สอน ฝึกทักษะโดยการสาธิต การสาธิตย้อนกลับ และฝึกปฏิบัติกับหุ่นสาธิต และประเมินผลความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และความพึงพอใจ ก่อนและหลังการอบรม

ระยะที่ 3 ขั้นตอนที่ 6 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบโดยใช้ (1) แบบวัดความรู้ ทักษะ พฤติกรรม ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วย ผู้ดูแล (2) อัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัด (3) องค์ประกอบของรูปแบบและ (4) ผลการประเมินรูปแบบตามแนวคิดของแบบวัด AGREE 2 และเผยแพร่

ผลการประเมิน ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และความพึงพอใจ ดังต่อไปนี้

1) พยาบาลวิชาชีพ

1.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 40 ปี มีอายุระหว่าง 41-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 52.64 รองลงมาอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 31.58 การศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด ร้อยละ 65.79 รองลงมาปริญญาโท ร้อยละ 34.21 ทุกคนมีอาชีพรับราชการ ระดับชำนาญการ มากที่สุด ร้อยละ 94.73 รองลงมาเป็นระดับชำนาญการพิเศษ ร้อยละ 5.27

1.2 ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม ของพยาบาลวิชาชีพ ความรู้โรคต่อกระดูกและการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก พบว่าก่อนการอบรมมีค่าเฉลี่ย 14.66 หลังการอบรมมีค่าเฉลี่ย 23.66 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 1)

ทักษะการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก พบว่าก่อน

การอบรมมีค่าเฉลี่ย 8.63 หลังการอบรมมีค่าเฉลี่ย 12.80 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 2)

พฤติกรรมพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก พบว่าก่อนการอบรมมีค่าเฉลี่ย 4.36 หลังการอบรมมีค่าเฉลี่ย 13.10 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 3)

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกอย่างเอื้ออาทร พบว่าก่อนการอบรมมีค่าเฉลี่ย 16.80 หลังการอบรมมีค่าเฉลี่ย 23.10 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 4)

2) ผู้ป่วย

2.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 53.37 ปี มีอายุ ระหว่าง 60-79 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.70

รองลงมาอายุ 40-59 ปี ร้อยละ 33.33 การศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 73.30 รองลงมา มัธยมศึกษา ร้อยละ 20.00 เพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 56.70 และ เพศชาย ร้อยละ 43.30 ด้านอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 33.33 รองลงมา ค้าขาย ร้อยละ 23.33

2.2 ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม ของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก

ความรู้โรคต่อกระจกและการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก พบว่าก่อนการอบรมมีค่าเฉลี่ย 9.46 หลังการอบรมมีค่าเฉลี่ย 15.20 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 5)

ทักษะการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก พบว่าก่อนการอบรมมีค่าเฉลี่ย 5.90 หลังการอบรมมีค่าเฉลี่ย 12.43 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ (n=38)

คะแนนความรู้	Mean	SD	T	p
ก่อนการใช้รูปแบบ	14.66	2.05	-21.82	<0.001*
หลังการใช้รูปแบบ	23.66	1.84		

* $p < 0.05$

ตารางที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ (n=38)

คะแนนทักษะ	Mean	SD	T	p
ก่อนการใช้รูปแบบ	8.63	1.88	-11.02	<0.001*
หลังการใช้รูปแบบ	12.80	2.00		

* $p < 0.05$

ตารางที่ 3 ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ (n=30)

คะแนนพฤติกรรม	Mean	SD	T	p
ก่อนการใช้รูปแบบ	4.36	1.73	-20.24	<0.001*
หลังการใช้รูปแบบ	13.10	1.29		

* $p < 0.05$

(ตารางที่ 6)

พฤติกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก พบว่า ก่อนการอบรมมีค่าเฉลี่ย 5.90 หลังการอบรมมีค่าเฉลี่ย 12.43 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 7)

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกอย่างเอื้ออาทร พบว่า ก่อนการอบรมมีค่าเฉลี่ย 19.26 หลังการอบรมมีค่าเฉลี่ย 25.33 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 8)

3) ผู้ดูแล

3.1 ข้อมูลทั่วไปญาติผู้ดูแล จำนวน 30 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก มีอายุเฉลี่ย 59.5 ปี มีอายุ ระหว่าง 40-59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.67 รองลงมาอายุ 60-79 ปี ร้อยละ 33.33 การศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 53.33 รองลงมามัธยมศึกษา ร้อยละ 30.00 เพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 60.00 และเพศชาย ร้อยละ 40.00 อาชีพ ทำนามากที่สุด ร้อยละ 33.33 รองลงมา รับจ้าง ร้อยละ 30.00

ตารางที่ 4 ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ (n=30)

คะแนนความพึงพอใจ	Mean	SD	T	p
ก่อนการใช้รูปแบบ	16.80	4.31	-7.87	<0.001*
หลังการใช้รูปแบบ	23.10	1.02		

* $p < 0.05$

ตารางที่ 5 ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยก่อนหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ (n=30)

คะแนนความรู้	Mean	SD	T	p
ก่อนการใช้รูปแบบ	9.46	3.02	-10.37	<0.001*
หลังการใช้รูปแบบ	15.20	1.27		

* $p < 0.05$

ตารางที่ 6 ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะของผู้ป่วยก่อนหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ (n=30)

คะแนนทักษะ	Mean	SD	T	p
ก่อนการใช้รูปแบบ	5.90	3.26	-10.13	<0.001*
หลังการใช้รูปแบบ	12.43	1.16		

* $p < 0.05$

ตารางที่ 7 ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของผู้ป่วย ก่อนหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ (n=38)

คะแนนพฤติกรรม	Mean	SD	T	p
ก่อนการใช้รูปแบบ	5.90	3.26	-11.13	<0.001*
หลังการใช้รูปแบบ	12.43	1.16		

* $p < 0.05$

3.2 ความรู้ ทักษะ พฤติกรรมของผู้ดูแล
 ความรู้โรคต้อกระจกและการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก พบว่าก่อนการอบรมมีค่าเฉลี่ย 11.40 หลังการอบรมมีค่าเฉลี่ย 15.53 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 9)
 ทักษะการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก พบว่าก่อนการอบรมมีค่าเฉลี่ย 6.40 หลังการอบรมมีค่าเฉลี่ย 12.10 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 10)

พฤติกรรมพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก พบว่าก่อนการอบรมมีค่าเฉลี่ย 6.40 หลังการอบรมมีค่าเฉลี่ย 12.10 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 11)
 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกอย่างเอื้ออาทร พบว่าก่อนการอบรมมีค่าเฉลี่ย 19.96 หลังการอบรมมีค่าเฉลี่ย 25.73 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 8 ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วย ก่อนหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ (n=38)

คะแนนความพึงพอใจ	Mean	SD	T	p
ก่อนการใช้รูปแบบ	19.26	2.24	-14.06	<0.001*
หลังการใช้รูปแบบ	25.33	2.20		

* $p < 0.05$

ตารางที่ 9 ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลก่อนหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ (n=30)

คะแนนความรู้	Mean	SD	T	p
ก่อนการใช้รูปแบบ	11.40	2.41	-6.11	<0.001*
หลังการใช้รูปแบบ	15.53	2.12		

* $p < 0.05$

ตารางที่ 10 ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะของผู้ดูแลก่อนหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ (n=30)

คะแนนทักษะ	Mean	SD	T	p
ก่อนการใช้รูปแบบ	6.40	2.87	-12.38	<0.001*
หลังการใช้รูปแบบ	12.10	1.32		

* $p < 0.05$

ตารางที่ 11 ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของผู้ดูแลก่อนหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ (n=30)

คะแนนพฤติกรรม	Mean	SD	T	p
ก่อนการใช้รูปแบบ	6.40	2.87	12.38	<0.001*
หลังการใช้รูปแบบ	12.10	1.32		

* $p < 0.05$

ตารางที่ 12 ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแล ก่อนหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ (n=38)

คะแนนความพึงพอใจ	Mean	SD	T	p
ก่อนการใช้รูปแบบ	19.96	1.80	-13.49	<0.001**
หลังการใช้รูปแบบ	25.73	1.50		

* p<0.05

วิจารณ์

รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกแบบมีส่วนร่วมอย่างเอื้ออาทร โรงพยาบาลปทุมธานีที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ ใช้กรอบแนวคิดเชิงระบบของ Donabedian Model⁽¹⁴⁾ และทฤษฎีเอื้ออาทรของ Swanson KM^(7,8) และการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลรูปแบบประกอบด้วยองค์ประกอบที่ 1 ปัจจัยด้านโครงสร้าง ได้แก่ การเรียนรู้ การจัดทำแนวทางปฏิบัติ การจัดทำสื่อการสอน องค์ประกอบที่ 2 ปัจจัยด้านกระบวนการ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรู้จัก ผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง (knowing) ด้านการเฝ้าดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ (being with) ด้านการช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ ให้ (doing for) ด้านการสนับสนุนให้ผู้ป่วย มีความสามารถ (enabling) และด้านการดำรงไว้ซึ่งความหวัง ความเชื่อ ความศรัทธา (maintaining belief) นั้น ทำให้พยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกอย่างเอื้ออาทร ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจ และรับรู้ได้ถึง การดูแลอย่างเอื้ออาทรที่พยาบาลจักกระทำให้^(7,16) สอดคล้องกับผลของการดูแลแบบเอื้ออาทรของ Swanson KM ต่อการทํากิจวัตรประจำวันและความผาสุกของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)⁽¹⁷⁾ องค์ประกอบที่ 3 ปัจจัยด้านผลลัพธ์ พยาบาล ผู้ป่วย ผู้ดูแล มีความรู้ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดต่อกระจก^(18,19) พบว่าความรู้ ความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดต่อกระจก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ถูกต้อง ร้อยละ

97.14 รูปแบบผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 91.69 ตามมาตรฐานแนวคิดแบบวัดของ AGREE 2 สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์⁽²⁰⁾ โดยใช้แบบประเมิน AGREE 2 เช่นเดียวกัน พบว่าค่าประเมินเท่ากับ 99.28

การศึกษาครั้งนี้ ยังไม่เคยมีผู้ใดศึกษามาก่อน ดังนั้นจึงสามารถนำรูปแบบนี้ไปใช้และเป็นต้นแบบที่ดีให้การศึกษาค้นคว้าในบริบทอื่น ๆ ควรศึกษาวิธีการใช้แนวทาง และรูปแบบที่สร้างขึ้นอย่างชัดเจนก่อนนำไปปรับใช้ รูปแบบนี้สามารถใช้ในการบริหารจัดการในโรงพยาบาลได้ทุกระดับ จะช่วยให้มีการกำหนดปัจจัยในการสร้างการพยาบาลได้ และ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรทำการวิจัยในโรคเฉพาะที่สำคัญในโรงพยาบาลหรือสถานบริการอื่นๆ ตามบริบทแต่ละหน่วยงานและทำการการวิเคราะห์รูปแบบอย่างเป็นระบบ เพราะรูปแบบที่มีลักษณะแตกต่างกันจะต้องมีการพยาบาลที่แตกต่างกัน ควรทำการวิจัยต่อยอดผลการพัฒนาการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกแบบมีส่วนร่วมอย่างเอื้ออาทรตามทฤษฎี Swanson โรงพยาบาลปทุมธานีต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.ดร.สุลี ทองวิเชียร ผศ.นวลใย พิเศษชาติ ดร.มาสริน ศุกลปักษ์ และคุณเกษรา ตะโสรัจัน ที่ให้คำปรึกษา คำแนะนำ เสนอแนะแนวทางการทำวิจัยเป็นอย่างดี พญ.ศรีวรรณา พูลสรรพสิทธิ์ ดร.จุฬารุท กระเทศ ที่ชี้แนะการตีพิมพ์ลงวารสารอย่างถูกต้อง พันเอกหญิงชลิตา สุขวรรณ ที่กรุณาแนะนำการเขียนบทคัดย่อภาษา

อังกฤษ ขอบขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาลปทุมธานี ทีมจักษุ- แพทย์ ทีมพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา และทีมพยาบาลทุก ท่านโรงพยาบาลปทุมธานีที่ให้ความร่วมมือในการเก็บ รวบรวมข้อมูล และสุดท้ายขอบคุณครอบครัวพี่สาวที่ให้ กำลังใจมาโดยตลอด จนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงอย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. เบลูจวรรณ พวงเพชร, อุษวดี อัครวิเศษ, วันเพ็ญ ภิญญไญ- ภาสกุล, กนกรัตน์ พรพณิษฐ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการ วางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวลและความ สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยที่เข้ารับการ ผ่าตัดต้อกระจก. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2559;34(Suppl 1):53-62.
2. รังสรรค์ ศีละลาย, ประเสริฐ ประสมรักษ์. ผลของรูปแบบการ ส่งเสริมการดูแลตนเองในชุมชนของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ต้อกระจก ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนาออก อำเภอลำลูกกา จังหวัดยโสธร. วารสารการพัฒนาสุขภาพ- ชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2560;5(2):241-58.
3. อมรรภรณ์ ลาภชูรัตน์. ผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมและป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดต่อความรู้และการปฏิบัติตัว ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาล- สุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2561;32(3): 1099-112.
4. สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. หนังสือตำราการตรวจรักษาโรค ทัวไป 2: ต้อกระจก (cataract). กรุงเทพมหานคร: หมอ- ชาวบ้าน; 2010.
5. กนกพร อริยวงค์, ศุภพร ไพรอดม, ทานตะวัน สลิ่งศ. ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก โรง- พยาบาลสุโขทัย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จัหวัดเพชรบุรี 2562;2(3):17-30.
6. ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย. CPG ต้อกระจก [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: <http://www.geocities.ws/childreneyescenter2000/cat-aract.htm>
7. Swanson KM. What is known about caring in nursing science: a literary meta-analysis. In: Smith MC, Turkel MC, Wolf RZ. Caring in nursing classics: an essential resource. New York: springer publishing; 2012. p. 59-101.
8. Swanson KM, Karmali ZA, Powell SH, Pulvermakher F. Miscarriage effects on couples' interpersonal and sexual relationships during the first year after loss: women's perceptions. Psychoso Med 2003;65(5):902-10.
9. Swanson KM. Enhancing nurses' capacity for compas- sionate caring. In: Koloroutis M, Felgen J, Person C, Wessel S, editors. Relationship-based care field guide. New York: NLN Publication; 2007. p. 502-7.
10. อัญชุลี ไชยวงศ์น้อย. ผลของการดูแลแบบเอื้ออาทรของส แวนสันต่อการทำกิจวัตรประจำวันและความผาสุกของผู้สูง อายุโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา บัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ]. ชลบุรี: คณะพยาบาล- ศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
11. กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขา จักษุ (service plan). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
12. งานสารสนเทศ โรงพยาบาลปทุมธานี. รายงานประจำปี 2562. ปทุมธานี: โรงพยาบาลปทุมธานี; 2562.
13. ภารดี นานาติลป. ต้อกระจก: การดูแล. กรุงเทพมหานคร: คลังนานาวิทยา; 2543.
14. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.
15. Agree Next Step Consortium. Appraisal of guideline research & evaluation: AGREE II Instrument. Hamilton, Ontario: The AGREE Research Trust; 2009.
16. จรินทร์รัตน์ วงษ์สมบัติ. ผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแล ของสแวนสันต่อความเครียดจากอาการแพ้ของสตรีมีบุตร ยาก. ปทุมธานี: โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ; 2558.
17. เบลูจวรรณ จันทรสามารถ. คุณภาพการบริการทางการ พยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก: กรณีศึกษาแผนกห้องผ่าตัดต้อกระจก. วารสารพยาบาล- ทหารบก 2560;18(Supplement Issue 1):181-8.
18. อารีวรรณ อ่วมธานี. การศึกษาสมรรถนะพยาบาลจักษุ โรง- พยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
19. จิรัชยา เจียวัก, สุภาวี หมัดอะดัม, เขมรัฐศา เข้มมะสวน. ความรู้ความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุหลัง

ผ่าตัดต้อกระจก ณ หอผู้ป่วยตา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.
วารสารหาดใหญ่วิชาการ 2558;13(1):35-45.

20. ภาวดี วิมลพันธุ์, พรทิวา คำวรรณ, นลินี แข็งสาริกิจ,
กัตติกา พิงคะสัน. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล
เพื่อจัดการกับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารการ-
พยาบาลและการศึกษา 2555;5(3):2-15.

Abstract: Developing Model of Generosity Participatory Nursing among Cataract Surgery Patients as of Swanson's Theory, Pathum thani Hospital

Lamitr Pukhaow, M.N.S., D.BA.*; Pechun Saenprasarn, D.B.A.; Kanjana Huttrungsri, B.N.S.***

** Pathum thani Hospital; ** Faculty of Nursing, Shinawatra University, Thailand*

Journal of Health Science 2020;29(5):864-75.

The objective of this research was to (1) study the situation and the nursing desire of cataract surgery patients, (2) study the development of a model for nursing among cataract surgery patients, and (3) to study the outcomes of the nursing model. It was conducted from July 2019 to February 2020. Donabedian conceptual frame work and Swanson's generosity theory were applied in the study. The sample consisted of 2 groups: (1) 55 ophthalmologists, nurses, pharmacists, patient and caregivers, and (2) 90 nurses, patients, and caregivers. Data collected from the first group through in-depth interviewed as well as the study of statistics and patient medical records; and were analyzed by using content analysis. For the second group, data were collected through questionnaires and the observation on the utilization of study tools: (a) Swanson's generosity practice guidelines of cataract surgery patients, (b) a video clip of eye wiping, eye drop, applied eye ointment and patient self-conducting at OPD IPD and the operating room, and (c) brochures for post-cataract surgery. Quantitative data were analyzed by using descriptive statistics and paired t-test. It was found that after the model implementation, the scores on knowledge, skills, behaviours, and satisfaction among practice nurses, patients, and care givers significantly increased ($p < 0.05$). There was no post-operative infection. There were 5 factors in the model: (1) structural factor such as personnel, learning, training, practical guidelines development, production training media, of creating of instructional media; (2) the 5 nursing components: knowing patient, being with patient, doing for patient, enabling patient and maintaining believe; (3) outcome factor including the achievement of knowledge, skills, behaviours and satisfaction of nurses, patients and care givers which indicated significant improvement ($p < 0.05$); (4) zero infected cases rate; and (5) high evaluation scores on every part of the model, and 91.5% of the variables were exceeding the standard of AGREE 2 evaluation. Thus, the model could be widely disseminated in order to improve efficiency of the cataract surgical care.

Keywords: model development; generosity participatory nursing; cataract surgery nursing; Donabedian theory, Swanson's generosity theory