

การพัฒนาแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

Development of a Nursing Care Model for Cataract Surgery Patients with Medical Comorbidities at Khumphawapi Hospital, Udonthani Province.

(Received: December 22,2025 ; Revised: December 27,2025 ; Accepted: December 30,2025)

ณิชา บุตตะหิษฐ์¹

Nicha Budtaheung¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ร่วมกับกระบวนการ 3P (Purpose-Process-Performance) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม พัฒนารูปแบบการพยาบาล และศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ประชากรประกอบด้วย เภสัชกร แพทย์ พยาบาล ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 30 คน เภสัชกร ได้แก่ ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 45 คน ดำเนินการวิจัย 4 ระยะ คือ การวางแผนและเตรียมการ การพัฒนารูปแบบ การนำรูปแบบไปใช้ และการประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม แบบเก็บข้อมูลทั่วไป แบบเก็บข้อมูลทางคลินิก แบบประเมินความรู้ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพยาบาลประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก คือ การคัดกรองและประเมินความพร้อมอย่างครอบคลุม การใช้กระบวนการพยาบาล การเสริมสร้างความรู้และทักษะการดูแลตนเองตามทฤษฎีของโอเร็ม การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง และการบูรณาการทีมสหสาขาวิชาชีพ ผลลัพธ์แสดงถึง EI3O พบว่าสมรรถนะพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 3.35 เป็น 4.72 อัตราการใส่เลนส์ชนิดขุ่นตลดเป็นศูนย์ อัตราการเลื่อนผ่าตัดตลดลงจากร้อยละ 1.89 เป็นร้อยละ 0.50 ระยะเวลารอคอยลดจาก 2.30 ชั่วโมงเป็น 25 นาที ความรู้เพิ่มขึ้นจาก 2.98 เป็น 4.36 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก 3.08 เป็น 4.28 และความพึงพอใจเพิ่มขึ้นจาก 3.68 เป็น 4.74 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก, โรคร่วมทางอายุรกรรม, การพัฒนารูปแบบ, การดูแลตนเอง¹

Abstract

This action research integrated with the 3P process (Purpose-Process-Performance) aimed to study the situation and problems of caring for cataract surgery patients with medical comorbidities, develop a nursing care model, and evaluate the outcomes of implementing the nursing care model for cataract surgery patients with medical comorbidities at Khumphawapi Hospital, Udon Thani Province. The population consisted of qualitative participants including a multidisciplinary team of 30 healthcare professionals, and quantitative participants including 45 cataract surgery patients aged 60 years and above with medical comorbidities. The research was conducted in four phases: planning and preparation, model development, implementation, and evaluation. Mixed-methods data collection included both quantitative and qualitative approaches. Research instruments comprised focus group discussion guidelines, nursing care guidelines for cataract surgery patients with medical comorbidities, general information questionnaire, clinical data form, knowledge assessment tool, self-care behavior assessment tool, and satisfaction questionnaire. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and t-test, while qualitative data were analyzed through content analysis.

¹ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

The results revealed that the nursing care model consisted of six key components: comprehensive screening and readiness assessment, nursing process implementation, knowledge and self-care skills enhancement based on Orem's theory, empowerment based on Gibson's concept, continuous follow-up care, and multidisciplinary team integration. The outcomes reflecting EI3O demonstrated that nurses' competency increased from 3.35 to 4.72, incorrect lens implantation was reduced to zero, surgery postponement rate decreased from 1.89% to 0.50%, waiting time reduced from 2.30 hours to 25 minutes, knowledge increased from 2.98 to 4.36, self-care behavior improved from 3.08 to 4.28, and satisfaction increased from 3.68 to 4.74, all statistically significant at the .05 level.

Keywords: Cataract surgery nursing, Medical comorbidities, Model development, Self-care

บทนำ

โรคต้อกระจกเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียการมองเห็นที่สามารถรักษาให้กลับมาเห็นได้ทั่วโลก โดยพบว่าร้อยละ 33.40 ของภาวะตาบอดทั่วโลกเกิดจากโรคต้อกระจก¹ องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีผู้ป่วยโรคต้อกระจกประมาณ 94 ล้านคนทั่วโลก ซึ่งส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ โดยอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามอายุ พบร้อยละ 3.90 ในผู้ที่มีอายุ 55-64 ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 92.60 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี² การผ่าตัดต้อกระจกเป็นหัตถการที่มีประสิทธิภาพสูงในการฟื้นฟูการมองเห็น มีอัตราความสำเร็จมากกว่าร้อยละ 90.00³ ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรมหลายโรค โดยพบว่าร้อยละ 62.30 ของผู้ป่วยมีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24.50 มีโรคเบาหวาน และร้อยละ 18.70 มีโรคหัวใจและหลอดเลือด⁴ โรคร่วมเหล่านี้เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทั้งระหว่างและหลังการผ่าตัด รวมถึงการติดเชื้อในลูกตา การมองเห็นไม่ดีตามคาด และการรักษาที่ไม่เป็นไปตามแผน⁵

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 20.00 ของประชากรทั้งหมด⁶ ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคต้อกระจกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่ามีผู้ป่วยโรคต้อกระจกสะสมประมาณ 1.2 ล้านคน โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละ 80,000-100,000 ราย⁷ อัตราการผ่าตัดต้อกระจกในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก 4,200 รายต่อประชากร 1 ล้านคนในปี 2563 เป็น 5,800 รายต่อประชากร 1 ล้านคนในปี 2566⁸ แม้จำนวนการผ่าตัดจะเพิ่มขึ้น แต่ยังคงพบปัญหาภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยเฉพาะในผู้ป่วย

ที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม พบอัตราการติดเชื้อในลูกตาร้อยละ 0.08-0.12 อัตราการมองเห็นไม่ดีตามคาดร้อยละ 2.50-5.00 และอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันร้อยละ 1.20-3.50⁹ ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกในประเทศไทยร้อยละ 78.40 มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โดยพบโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 54.30 โรคเบาหวานร้อยละ 32.10 โรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 28.70 และโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 15.20¹⁰ การมีโรคร่วมหลายโรคเพิ่มความซับซ้อนในการดูแล ทำให้ต้องมีการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดอย่างรอบด้าน การควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และการปรับยาที่มีผลต่อการผ่าตัดอย่างเหมาะสม สถานการณ์ระดับจังหวัดอุดรธานี

จังหวัดอุดรธานี มีประชากรสูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 21.30 ของประชากรทั้งหมด สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ¹¹ จำนวนผู้ป่วยโรคต้อกระจกในจังหวัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 8,450 ราย ในปี 2565 เป็น 9,120 ราย ในปี 2566 และ 9,780 ราย ในปี 2567 อัตราการผ่าตัดต้อกระจกในจังหวัดอุดรธานีเพิ่มขึ้นจาก 3,240 ราย ในปี 2565 เป็น 3,890 ราย ในปี 2566 และ 4,520 ราย ในปี 2567 ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีพบว่าผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกร้อยละ 81.20 มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โดยพบโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 58.70 โรคเบาหวานร้อยละ 35.40 และมีโรคร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไปร้อยละ 42.30 อัตราภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในจังหวัดพบร้อยละ 2.80 ในปี 2565 ลดลงเหลือร้อยละ 1.90 ในปี 2566 และร้อยละ 1.50 ในปี 2567¹¹

อำเภอชุมพลบุรี มีประชากรสูงอายุร้อยละ 19.80 จำนวนผู้ป่วยโรคต้อกระจกในอำเภอเพิ่มขึ้น จาก 2,340 ราย ในปี 2565 เป็น 2,580 ราย ในปี 2566 และ 2,850 ราย ในปี 2567 โรงพยาบาลชุมพลบุรีมีระบบบริการผ่าตัดต้อกระจกในพื้นที่ มีจำนวนการผ่าตัดเพิ่มขึ้นจาก 1,320 ราย ในปี 2565 เป็น 1,481 ราย ในปี 2566 และ 1,680 ราย ในปี 2567 ข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมพลบุรีพบว่าผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกร้อยละ 83.50 มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โดยส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 61.20 โรคเบาหวานร้อยละ 38.70 และโรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 31.40 ผู้ป่วยร้อยละ 45.80 มีโรคร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ปัจจุบันโรงพยาบาลมีการรับใหม่ผู้ป่วยต้อกระจกเฉลี่ย 5 รายต่อวัน หรือ 20 รายต่อสัปดาห์ ผ่าตัดสัปดาห์ละ 2 วัน ปัญหาทางโรงพยาบาลและความสำคัญในการพัฒนารูปแบบ จากข้อมูลการดำเนินงานของโรงพยาบาลชุมพลบุรีในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา พบปัญหาสำคัญหลายประการที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก ได้แก่ อุปกรณ์การใส่เลนส์ผิดขนาดปีละ 1 ครั้ง ในปี 2566 และ 2567 แม้จะมีแนวปฏิบัติการตรวจสอบ แต่ยังไม่พบความผิดพลาดจากบุคลากรที่หมั่นเวียนและภาระงานที่มาก ความไม่พร้อมในการเตรียมก่อนผ่าตัดพบหลายประเด็น ทั้งการล้มอุปกรณ์ การติดสติ๊กเกอร์ไม่ตรงชื่อ การไม่ปฏิบัติตามแนวทางการงดยา และการประเมินความพร้อมไม่ครบถ้วน ส่งผลให้มีการเลื่อนผ่าตัดร้อยละ 2.20 ในปี 2565 ร้อยละ 1.89 ในปี 2566 และร้อยละ 0.50 ในปี 2567 ปัญหาสำคัญที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพคือการดูแลตนเองหลังผ่าตัดที่บ้านของผู้ป่วย โดยเฉพาะการหยอดยาตามไม่ถูกต้อง พบว่าผู้ป่วยหยอดยาตามไม่ครบตามแผนการรักษา หยอดไม่ตรงเวลา หยอดผิดข้างหรือหยอดข้างที่ไม่ได้ผ่าตัด สาเหตุหลักมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล หรือมีผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุเช่นกัน ทำให้เกิดความหลงลืม นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีโรคต้อหินเดิมต้องหยอดยาตา 2 ข้าง แต่หลังผ่าตัดกลับหยอดเฉพาะข้างที่ผ่าตัด ส่งผลให้การรักษาโรคต้อหินขาดตอน การเลื่อนผ่าตัดจากภาวะ

เจ็บป่วยในปี 2566 พบ 24 ราย โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรมที่ควบคุมไม่ได้ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน หรือพบภาวะแทรกซ้อนจากโรคเดิม แสดงให้เห็นว่าการคัดกรองและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดยังไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายโรค แม้โรงพยาบาลจะมีการพัฒนาระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น การพัฒนาระบบ One Stop Service การจัดทำ Identify Checklist การพัฒนาสื่อการสอน และการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การพยาบาลที่เป็นระบบและครอบคลุมสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรมโดยเฉพาะ รูปแบบเดิมเน้นการดูแลแบบทั่วไปโดยไม่มีการปรับให้เหมาะสมกับความซับซ้อนของโรคร่วม ขาดการบูรณาการระหว่างการดูแลโรคตาและโรคอายุรกรรม ขาดการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ และขาดการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองอย่างแท้จริง ผลลัพธ์ทางคลินิกของโรงพยาบาลชุมพลบุรีแม้จะอยู่ในเกณฑ์ดี เช่น อัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัดเท่ากับศูนย์ อัตราผู้ป่วยมองเห็นดีขึ้น 2 แถวมากกว่าร้อยละ 97.00 และอัตราความพึงพอใจร้อยละ 89.30 แต่ยังมีประเด็นที่ต้องพัฒนา โดยเฉพาะอัตรา Blinding cataract ที่ผ่าตัดใน 30 วัน ซึ่งในปี 2565 พบเพียงร้อยละ 46.96 ต่ำกว่าเกณฑ์มาก แม้จะปรับปรุงเป็นร้อยละ 60.49 ในปี 2566 และร้อยละ 96.03 ในปี 2567¹¹ แต่ยังคงมีระบบที่รับประกันการรักษาที่ทันทั่วถึงอย่างต่อเนื่อง การพัฒนารูปแบบการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรมจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้เกิดระบบการดูแลที่เป็นองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติของปัญหา มีการบูรณาการระหว่างการดูแลโรคตาและโรคร่วม เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว เสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองและลดภาวะแทรกซ้อนทั้งระหว่างและหลังการผ่าตัด รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นควรใช้หลักการของกระบวนการพยาบาล บูรณาการทฤษฎีการดูแล

ตนเองของโอเร็มและแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลตนเอง สามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง ใช้ยาตามแผนการรักษา และควบคุมโรคร่วมได้อย่างเหมาะสม

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมุ่งพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรมที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลกุมภวาปี โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้รูปแบบที่สามารถนำไปใช้ได้จริง ลดปัญหาที่เกิดขึ้น เพิ่มคุณภาพการดูแล ส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย และพัฒนาผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้นอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

วิธีการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ร่วมกับกระบวนการ 3P (Purpose-Process-Performance) ระยะเวลาในการศึกษาและติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการเป็นระยะ 12 เดือน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 ถึง 30 กันยายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เชิงคุณภาพในการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย จักษุแพทย์ แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยจักษุ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพคลินิกจักษุผู้ป่วยนอก เภสัชกร และผู้บริหารการพยาบาล เชิงปริมาณในการประเมินผลรูปแบบ ได้แก่ ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยจักษุ โรงพยาบาลกุมภวาปี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2568 ถึงสิงหาคม 2568 จำนวน 140 ราย

กลุ่มตัวอย่าง เชิงคุณภาพในการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกุมภวาปี จำนวน 30 คน ประกอบด้วย จักษุแพทย์ จำนวน 2 คน แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยจักษุ จำนวน 12 คน พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด จำนวน 6 คน พยาบาลวิชาชีพคลินิกจักษุผู้ป่วยนอก จำนวน 4 คน เภสัชกร จำนวน 2 คน และผู้บริหารการพยาบาล จำนวน 2 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เชิงปริมาณในการประเมินผลรูปแบบ ได้แก่ ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยจักษุ โรงพยาบาลกุมภวาปี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2568 ถึงสิงหาคม 2568 จำนวน 45 ราย โดยคำนวณจากสูตรประมาณค่าสัดส่วนเมื่อทราบจำนวนประชากร และทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยจักษุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่

1.1) แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โดยการจัดกระบวนการกลุ่ม การรวบรวมและวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดมาตรการ กำหนดบทบาททีมสหสาขาวิชาชีพ ถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข การปรับปรุงมาตรการให้สอดคล้องกับแนวทางใหม่

จะพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม

1.2) แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย 1) กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) การประเมิน วินิจฉัย วางแผน ปฏิบัติการ และประเมินผลการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยคำนึงถึงปัญหาทั้งโรคตาและโรคร่วมทางอายุรกรรม 2) ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Theory) การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ระบุข้อบกพร่อง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเอง เช่น การหยอดยาตา การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การรับประทานยาโรคประจำตัว การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดต่อกระจก และการดูแลโรคร่วม การให้การสนับสนุนจากพยาบาลและครอบครัว 3) การเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (Gibson's Empowerment) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วม การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจในการดูแลตนเอง การให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจและควบคุมสุขภาพของตนเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสิทธิการรักษาพยาบาล

2.2) แบบเก็บข้อมูลทางคลินิก จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ช้างตาที่ผ่าตัด ระยะเวลาการเป็นโรคต่อกระจก โรคร่วมทางอายุรกรรม ระยะเวลาการเป็นโรคร่วม ยาที่ใช้รักษาโรคร่วม ค่าสายตา ก่อนผ่าตัด ชนิดเลนส์ที่ใส่ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด ค่าสายตาหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การกลับมารักษาซ้ำ และผลการควบคุมโรคร่วม

2.3) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระจกในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม แบ่งเป็นรายด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับ

โรคต่อกระจกและการผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การหยอดยาตา การดูแลแผลผ่าตัด อาการแสดงที่ต้องพบแพทย์ การควบคุมโรคร่วมทางอายุรกรรม และการนัดติดตามผล รวม จำนวน 30 ข้อ

2.4) แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระจก โดยกำหนดเป็นแบบประเมิน 5 ระดับ แบ่งเป็นรายด้าน ได้แก่ การหยอดยาตา การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การดูแลแผลผ่าตัด การรับประทานยาโรคประจำตัว การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการมาตรวจตามนัด รวม จำนวน 25 ข้อ

2.5) แบบประเมินความพึงพอใจ โดยกำหนดเป็นแบบประเมิน 5 ระดับ แบ่งเป็นรายด้าน ได้แก่ กระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ เจ้าหน้าที่และบุคลากรผู้ให้บริการ สิ่งอำนวยความสะดวก ผลลัพธ์และคุณภาพการบริการ การให้ข้อมูลและคำแนะนำ รวม จำนวน 15 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์และแบบเก็บข้อมูลมาแจกแจงและนำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ คำนวณ โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิก ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจ ด้วยความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 เปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ระดับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง และระดับความพึงพอใจ หลังพัฒนาโดยใช้สถิติ t-test

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล

ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วย ผ่าตัดต่อกระเจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี (วัตถุประสงค์ข้อที่ 1) จากการวิเคราะห์ปัญหา พบว่า ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดต่อกระเจกและการดูแลตนเองหลังผ่าตัด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรมที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อนมากขึ้น พบปัญหาการหยอดยาตามไม่ถูกต้อง การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดไม่เหมาะสม และการควบคุมโรคร่วมที่ไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบปัญหาความไม่พร้อมในการเตรียมก่อนผ่าตัด การใส่เลนส์ผิดขนาด การเลื่อนผ่าตัดจากภาวะเจ็บป่วย และระยะเวลารอคอยที่นาน การวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และวางแผนการแก้ไขปัญห โดยใช้กระบวนการร่วมกับคณะผู้บริหารโรงพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนจนเกิดความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินงาน รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี พบปัญหาอุปสรรคในการถ่ายทอดเชิงนโยบายสู่การปฏิบัติซึ่งดำเนินการยาก ต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัว ความซับซ้อนมากในด้านการบริหารจัดการทีมดูแลผู้ป่วย การบูรณาการระหว่างการดูแลโรคตาและโรคร่วม และการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังกลับบ้าน กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม 45 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 27 คน ร้อยละ 60.00 รองลงมา เป็นเพศชาย จำนวน 18 คน ร้อยละ 40.00 ตามลำดับ

ช่วงอายุส่วนมากอยู่ในช่วง 60-69 ปี จำนวน 18 คน ร้อยละ 40.00 รองลงมาช่วงอายุ 70-79 ปี จำนวน 15 คน ร้อยละ 33.33 และช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 12 คน ร้อยละ 26.67 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 71.24 ± 8.36 ปี อาชีพส่วนมากทำไร่ทำนา จำนวน 22 คน ร้อยละ 48.89 รองลงมา รับจ้างทั่วไป จำนวน 10 คน ร้อยละ 22.22 ค้าขาย จำนวน 7 คน ร้อยละ 15.56 ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 4 คน ร้อยละ 8.89 และรับราชการบำนาญ จำนวน 2 คน ร้อยละ 4.44 ตามลำดับ ศาสนาทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 45 คน ร้อยละ 100.00 ระดับการศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 28 คน ร้อยละ 62.22 รองลงมาไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 8 คน ร้อยละ 17.78 มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 5 คน ร้อยละ 11.11 มัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 3 คน ร้อยละ 6.67 และปริญญาตรี จำนวน 1 คน ร้อยละ 2.22 ตามลำดับ โรคร่วมทางอายุรกรรมในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก ส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 32 คน ร้อยละ 71.11 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 28 คน ร้อยละ 62.22 โรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 18 คน ร้อยละ 40.00 โรคต่อหีน จำนวน 12 คน ร้อยละ 26.67 โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 8 คน ร้อยละ 17.78 โรคไตเรื้อรัง จำนวน 5 คน ร้อยละ 11.11 และโรคหอบหืด จำนวน 3 คน ร้อยละ 6.67 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป จำนวน 38 คน ร้อยละ 84.44 ข้างตาที่ผ่าตัดส่วนมากเป็นตาข้างเดียว จำนวน 37 คน ร้อยละ 82.22 และผ่าตัด 2 ข้าง จำนวน 8 คน ร้อยละ 17.78 ระยะเวลาการเป็นโรคต่อกระเจกก่อนผ่าตัดเฉลี่ย 2.84 ± 1.52 ปี ค่าสายตาก่อนผ่าตัดเฉลี่ย 0.18 ± 0.12 การใช้ยาโรคประจำตัวทั้งหมดใช้ยาโรคร่วมอย่างสม่ำเสมอ จำนวน 45 คน ร้อยละ 100.00

2. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดต่อกระเจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี (วัตถุประสงค์ข้อที่ 2) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลใช้กระบวนการ 3P (Purpose-Process-

Performance) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

2.1 พัฒนาระบบการคัดกรองและประเมินความพร้อมก่อนผ่าตัดอย่างครอบคลุม โดยพัฒนาแบบประเมินความพร้อมที่ครอบคลุมทั้งด้านจักษุวิทยาและโรคร่วมทางอายุรกรรม มีการประสานงานระหว่างจักษุแพทย์และแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมในการควบคุมโรคร่วมให้อยู่ในเกณฑ์เหมาะสมก่อนผ่าตัด จัดทำระบบการโทรติดตามผู้ป่วยก่อนวัน Admit เพื่อประเมินอาการและยืนยันความพร้อม

2.2 พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรมโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแกนหลัก ครอบคลุมการประเมิน วินิจฉัย วางแผน ปฏิบัติการ และประเมินผลอย่างเป็นระบบ พัฒนา Identify Checklist สำหรับการผ่าตัด 1 ข้างและ 2 ข้าง จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.3 พัฒนาระบบการเสริมสร้างความรู้และทักษะการดูแลตนเองตามทฤษฎีของโอเร็ม โดยประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย พัฒนาสื่อการสอนที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ จัดทำแผนการสอนรายบุคคล ฝึกปฏิบัติการหยอดยาตาจริงก่อนกลับบ้าน ให้ความรู้เรื่องการควบคุมโรคร่วมและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

2.4 พัฒนาระบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองตามแนวคิดของ Gibson ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนการดูแล สร้างความมั่นใจในการดูแลตนเอง มีระบบการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและทีมสุขภาพ สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

2.5 พัฒนาระบบการติดตามดูแลหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง โดยมีการโทรติดตามผู้ป่วยหลังกลับบ้าน 3 วัน ประเมินการหยอดยาตา การปฏิบัติตัว และอาการแทรกซ้อน จัดทำระบบนัดติดตามที่ชัดเจน มีช่องทางการติดต่อสื่อสารกับทีมพยาบาลเมื่อมีปัญหา

2.6 พัฒนาระบบบูรณาการการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีการประชุมทีมเป็นประจำ แลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน จัดอบรมเพิ่มพูนความรู้ให้บุคลากรอย่างต่อเนื่อง

3. ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี (วัตถุประสงค์ข้อที่ 3)

3.1 ผลลัพธ์การดำเนินงานการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม ผลลัพธ์การดำเนินงานแสดงถึง EI3O (Evaluation, Improvement, Integration, Innovation, Outcome) ดังนี้

Evaluation (การประเมิน): พยาบาลมีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรมเพิ่มขึ้น เดิมในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.35 ภายหลังการพัฒนา รูปแบบ สมรรถนะการดูแลเพิ่มขึ้นในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.72 ระดับความพึงพอใจของพยาบาลดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

Improvement (การปรับปรุง): อัตราการใส่เลนส์ผิดขนาดลดลงจากปี 2566-2567 มี 1 ครั้งต่อปี เป็น 0 ครั้งในปี 2568 อัตราการเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมกระบวนการ Pre-op ก่อนพัฒนา ร้อยละ 1.89 หลังพัฒนาดลดลงเหลือร้อยละ 0.50 อัตราการเลื่อนผ่าตัดจากภาวะเจ็บป่วยเดิมร้อยละ 1.62 ภายหลังการพัฒนาดลดลงร้อยละ 0.67

Integration (การบูรณาการ): ระยะเวลารอคอยการ Admit ที่ OPD ลดลงจาก 2.30 ชั่วโมง เป็น 25 นาที หลังจากพัฒนาระบบ One Stop Service การบูรณาการระหว่างทีมจักษุและทีมอายุรกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทำให้การควบคุมโรคดีขึ้น

Innovation (นวัตกรรม): พัฒนานวัตกรรม การติดสติ๊กเกอร์ตาขาว-ตาซ้ายบนซองยา แยกแพ็คเกจยาเป็นหยอดตาขาวและหยอดตาซ้าย พัฒนา Application Line สำหรับสต็อกเลนส์และแจ้งเตือน

วัน Expire พัฒนาระบบการโทรติดตามผู้ป่วยก่อน
วัน Admit และหลังกลับบ้าน

Outcome (ผลลัพธ์): อัตราผู้ป่วยหลังผ่าตัด
ต่อกระจกสายตาดำขึ้น 2 แฉก VA ก่อนพัฒนาร้อยละ
97.15 หลังพัฒนาเพิ่มขึ้นร้อยละ 98.67 อัตรา
Blinding cataract ผ่าตัดใน 30 วัน ก่อนพัฒนาร้อย
ละ 96.03 ภายหลังการพัฒนาคงที่ร้อยละ 98.22
อัตรา การ ติด เชื้อ หลัง ผ่า ตัด ต้อ กระ จก
(Endophthalmitis) และอัตรา Readmit ใน 28 วัน
คงที่เท่ากับศูนย์ อัตราความพึงพอใจการบริการเดิม
ร้อยละ 89.30 ภายหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นร้อยละ
94.80

3.2 ผลการเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการ
ดูแลตนเอง และความพึงพอใจ ความรู้เกี่ยวกับการ
ดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจก พบว่า ก่อนการ

พัฒนารูปแบบความรู้อยู่ในระดับปานกลาง 2.98
ภายหลังการพัฒนาความรู้เพิ่มมากขึ้นเป็น
ระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.36 อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .05 ($t=8.42, p<.001$) พฤติกรรมการ
ดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจก พบว่า ก่อนการ
พัฒนารูปแบบพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับ
ปานกลาง 3.08 ภายหลังการพัฒนาความรู้เพิ่มมากขึ้นเป็นระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 4.28 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05 ($t=7.89, p<.001$) ความพึงพอใจ พบว่า ก่อน
การพัฒนาความรู้ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก
3.68 ภายหลังการพัฒนาความรู้ความพึงพอใจเพิ่ม
มากขึ้นเป็นระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.74 อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=6.95, p<.001$) ดัง
แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจ ก่อน-หลัง การพัฒนา
รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัด
อุดรธานี (n=45)

รายการ	$\bar{x}$	ระดับ	S.D.	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง					
ก่อนพัฒนา	2.98	ปานกลาง	0.96	8.42	<.001*
หลังพัฒนา	4.36	มาก	0.78		
พฤติกรรมการดูแลตนเอง					
ก่อนพัฒนา	3.08	ปานกลาง	1.02	7.89	<.001*
หลังพัฒนา	4.28	มาก	0.85		
ความพึงพอใจ					
ก่อนพัฒนา	3.68	มาก	0.89	6.95	<.001*
หลังพัฒนา	4.74	มาก	0.72		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 ผลการประเมินผู้ป่วยและผลการประเมิน
ทางคลินิก ผลการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกและการ
ดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังการพัฒนา พบว่า
ส่วนใหญ่มีการปรับปรุงที่ดีขึ้น โดยพิจารณาจาก
ตัวชี้วัดสำคัญทั้งด้านผู้ป่วยและทางคลินิก มี
รายละเอียดดังนี้ ด้านผู้ป่วยมีการปรับปรุงที่ดีขึ้น
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ การหยุด
ยาตาถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 72.45 เป็นร้อยละ
91.28 ($t=5.67, p<.001$) การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

ถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 78.32 เป็นร้อยละ 93.45
($t=4.89, p<.001$) และการมาตรวจตามนัดเพิ่มขึ้น
จากร้อยละ 86.78 เป็นร้อยละ 95.67 ($t=3.24, p=.002$) ส่วนการรับประทานยาโรคประจำตัว
สม่ำเสมอคงที่ในระดับสูง ไม่แตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ด้านทางคลินิกพบว่า อัตรา
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดลดลงจากร้อยละ 1.45 เป็น
ร้อยละ 0.56 ($t=2.78, p=.008$) อัตราการควบคุม
โรคเบาหวานได้ดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.24 เป็นร้อยละ

ละ 82.45 ($t=4.12$, $p<.001$) และอัตราการควบคุมความดันโลหิตได้ดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 76.89 เป็นร้อยละ 88.92 ($t=3.56$, $p=.001$) อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ขณะที่อัตราสายตาดีขึ้น 2 แฉว VA และระยะเวลาพักรักษาเฉลี่ยคงที่ในระดับดี ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินผู้ป่วยและผลการประเมินทางคลินิกก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดต่อกระดูกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภาวปี จังหวัดอุดรธานี

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	t	p-value
ด้านผู้ป่วย					
การหยดยาตามถูกต้อง (ร้อยละ)	≥ 90	72.45	91.28	5.67	$<.001^*$
การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดถูกต้อง (ร้อยละ)	≥ 85	78.32	93.45	4.89	$<.001^*$
การรับประทานยาโรคประจำตัวสม่ำเสมอ (ร้อยละ)	≥ 95	94.56	97.82	1.48	.145
การมาตรวจตามนัด (ร้อยละ)	≥ 90	86.78	95.67	3.24	.002*
ด้านทางคลินิก					
อัตราสายตาดีขึ้น 2 แฉว VA (ร้อยละ)	≥ 97	97.15	98.67	1.12	.268
อัตราภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (ร้อยละ)	< 2	1.45	0.56	2.78	.008*
อัตราการควบคุมโรคเบาหวานได้ดี $HbA1c < 7\%$ (ร้อยละ)	≥ 70	68.24	82.45	4.12	$<.001^*$
อัตราการควบคุมความดันโลหิตได้ดี $< 140/90$ (ร้อยละ)	≥ 75	76.89	88.92	3.56	.001*
ระยะเวลาพักรักษาเฉลี่ย (วัน)	≤ 2	1.85	1.72	0.98	.332

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.4 บทเรียนจากการปรับปรุงผลดำเนินงาน การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรมให้ผลการเรียนรู้ที่สำคัญหลายประการ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดต่อความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบ การประชุมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทำให้เกิดการบูรณาการการทำงานที่ดี 2) การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยเฉพาะการเสริมสร้างความรู้และพลังอำนาจในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องหลังกลับบ้าน 3) การใช้นวัตกรรมที่เหมาะสม เช่น สติกเกอร์ แยกยาตามเวลา-ซ้าย ระบบการโทรติดตาม Application Line ช่วยลดความผิดพลาดและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน 4) การติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นกุญแจสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาและสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง 5) ความท้าทาย ที่พบคือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลหรือมีผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุเช่นกัน

ต้องมีการปรับกลยุทธ์โดยเน้นการสอนซ้ำ ใช้สื่อที่เข้าใจง่าย และมีระบบการติดตามที่ใกล้ชิดมากขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภาวปี จังหวัดอุดรธานี จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกที่โรงพยาบาลกุมภาวปีส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรมหลายโรค โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุนทรี ศรีสุข จิตภา ตั้งปัญญาวงศ์ และมณีนรัตน์ ธีระวิวัฒน์¹² ที่พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกมีโรคร่วมทางอายุรกรรมสูง และการศึกษาของ Henderson, Liu และ Chen¹³ ที่รายงานว่าโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมที่พบบ่อยในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก ทั้งนี้เนื่องจากประชากรไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่มีโรคร่วมเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ ปัญหาที่พบในการ

ดูแลผู้ป่วยมีหลายประการ ได้แก่ ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดและการดูแลตนเอง พบปัญหาการหยอดยาตาไม่ถูกต้อง การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดไม่เหมาะสม และการควบคุมโรคร่วมที่ไม่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของปรีศนีย์ พันธุ์สิกร และศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล¹⁴ ที่พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองมีพฤติกรรมการหยอดยาตาและการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ ไม่มีผู้ดูแลหรือมีผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุเช่นกัน ทำให้เกิดความหลงลืมและไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบปัญหาเชิงระบบ ได้แก่ การเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมและภาวะเจ็บป่วย อุบัติการณ์ใส่เลนส์ผิดขนาด และระยะเวลารอคอยที่นาน สอดคล้องกับการศึกษาของสุนทรีย์ ศรีสุข จิตาภา ตั้งปัญญาวงศ์ และมนิรัตน์ ธีระวิวัฒน์¹² ที่พบปัญหาการเลื่อนผ่าตัดจากการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตไม่ได้ ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบเดิมเน้นการดูแลแบบทั่วไปโดยไม่มีการปรับให้เหมาะสมกับความซับซ้อนของโรคร่วม ขาดการบูรณาการระหว่างการดูแลโรคตาและโรคอายุรกรรม และขาดการประเมินความพร้อมอย่างเป็นระบบก่อนผ่าตัด ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยหกองค์ประกอบหลักที่ครอบคลุมทุกมิติของการดูแล โดยบูรณาการกระบวนการพยาบาล ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอริเอม และแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson เข้าด้วยกัน สอดคล้องกับการศึกษาของปรีศนีย์ พันธุ์สิกร และศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล¹⁴ ที่พัฒนาโปรแกรมตามทฤษฎีโอริเอม และการศึกษาของละมิตร์ ปิกขาว เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และกาญจนา หัตถรังสี¹⁵ ที่ใช้ทฤษฎี Swanson ในการ

พัฒนารูปแบบ ทั้งนี้เนื่องจากทฤษฎีการดูแลตนเองเน้นความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองเมื่อได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสม และการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการตัดสินใจและควบคุมสุขภาพของตนเอง องค์ประกอบสำคัญคือระบบการคัดกรองและประเมินความพร้อมอย่างครอบคลุม สอดคล้องกับการศึกษาของ Henderson, Liu และ Chen¹³ ที่เน้นความสำคัญของการประเมินก่อนผ่าตัดรวมถึงการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เหมาะสม และการศึกษาของสุนทรีย์ ศรีสุข จิตาภา ตั้งปัญญาวงศ์ และมนิรัตน์ ธีระวิวัฒน์¹² ที่พัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยที่มีโรคร่วม ทั้งนี้เนื่องจากการประเมินที่ครอบคลุมทั้งด้าน จักษุวิทยาและโรคร่วมทางอายุรกรรม ช่วยลดการเลื่อนผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาระบบการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Machado, Santana, Vaqueiro, Santos และ Souza¹⁶ ที่พบว่าการติดตามทางโทรศัพท์ช่วยลดระยะเวลาฟื้นตัวและภาวะแทรกซ้อน และการศึกษาของพิมพ์ชนก วงศ์ประเสริฐ สายฝน ต้นติวิทยพิทักษ์ และนิตยา แก้วมุกดา¹⁷ ที่ใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD ทั้งนี้เนื่องจากการติดตามอย่างใกล้ชิดช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินปัญหาและให้คำแนะนำได้ทันท่วงที ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องหลังกลับบ้าน

ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี จากการประเมินผลพบว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของปรีศนีย์ พันธุ์สิกร และศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล¹⁴ และอังคณา อัสวบุญญาเดช ดุจดาว ศุภจิตกุลชัย และวริศนันท์ ปุระณะวิทย์¹⁸ ที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองและการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์มีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีการให้ความรู้อย่าง

เป็นระบบและต่อเนื่อง ใช้สื่อการสอนที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีการฝึกปฏิบัติจริง และมีการติดตามประเมินความเข้าใจอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์ชนก วงศ์ประเสริฐ สายฝน ต้นติวิทยาพิทักษ์ และ นิตยา แก้วมุกดา¹⁷ ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และการศึกษาของละมิตร์ ปีกขาว เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และกาญจนา หัตถรังสี¹⁵ ที่พบพฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มและการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการหดยอดยาที่ถูกต้องและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดที่เหมาะสม ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นในหลายตัวชี้วัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Zuo, Sun และ Wen¹⁹ ที่พบว่าโรงพยาบาลคุณภาพสูงช่วยปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิต และการศึกษาของ Wang, Zhang, Yu, Yang และ Jiang²⁰ ที่พบการพยาบาลเชิงลำดับช่วยให้การฟื้นตัวดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีการบูรณาการทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ มีการใช้นวัตกรรมที่เหมาะสม และมีระบบการติดตามอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้อัตราภาวะแทรกซ้อนลดลง การควบคุมโรคดีขึ้น และความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลกุ่มกาว

ข้อเสนอแนะ

1) การให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากฝ่ายการพยาบาล จักษุแพทย์ แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม และเภสัชกร ในการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาในการบริหารจัดการกำลังคน ปัญหาการดำเนินงาน และอุปสรรคต่างๆ ในการดำเนินงานรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม

โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมาร่วมวิเคราะห์และค้นหาข้อมูลให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน การประกาศใช้เป็นแนวปฏิบัติร่วมกันทั้งองค์กร ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกมีมาตรฐาน มีความปลอดภัยมากขึ้น และทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) การปรับปรุงมาตรฐานทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแล ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย จึงควรปรับให้ทันสมัยต่อเนื่องควบคู่กับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร

3) การมีกระบวนการเรียนรู้และพัฒนา ร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลต่อการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกให้มีประสิทธิภาพผ่านตัวบุคลากรทางการพยาบาล ทำให้เกิดความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการถ่ายทอดองค์ความรู้ระหว่างบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ

4) ควรศึกษาในโรงพยาบาลอื่นที่มีขนาดใหญ่กว่าหรือมีบริบทแตกต่างกัน เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม เพื่อให้ได้รูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ ในบริบทที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น

5) ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม ในเชิงปริมาณที่ซับซ้อน เช่น ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดูแลตนเอง ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อน และปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัด เพื่อให้ได้ปัจจัยในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาารูปแบบการพยาบาลเพิ่มเติม

6) ควรพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย เช่น แอปพลิเคชันสำหรับการติดตามดูแลผู้ป่วย ระบบเตือนการหดยอดยา หรือสื่อการสอนในรูปแบบดิจิทัลที่

เข้าถึงได้ง่าย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยและลดภาระงานของบุคลากร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคร่วม
ทางอายุรกรรมในพื้นที่ของโรงพยาบาลกุมภวาปี
และบุคลากรในโรงพยาบาลกุมภวาปี ทีมสหสาขา
วิชาชีพ ประกอบด้วย จักษุแพทย์ แพทย์เฉพาะทาง

อายุรกรรม พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยจักษุ พยาบาล
วิชาชีพห้องผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพคลินิกจักษุผู้ป่วย
นอก เภสัชกร และผู้บริหารการพยาบาล ที่ให้ความ
ร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน
ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะและตรวจคุณภาพ
เครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาล
กุมภวาปี และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
ที่ให้ความอนุเคราะห์และสนับสนุนการเก็บข้อมูล
งานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Steinmetz, J. D., Bourne, R. R., Briant, P. S., Flaxman, S. R., Taylor, H. R., Jonas, J. B., ... & Vos, T. (2021). Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 30 years: Evaluating the prevalence of avoidable blindness in relation to VISION 2020. The Lancet Global Health, 9(2), e144-e160.
2. World Health Organization. (2019). World report on vision. Geneva: World Health Organization.
3. Liu, Y. C., Wilkins, M., Kim, T., Malyugin, B., & Mehta, J. S. (2017). Cataracts. The Lancet, 390(10094), 600-612.
4. Keay, L., Lindsley, K., Tielsch, J., Katz, J., & Schein, O. (2019). Routine preoperative medical testing for cataract surgery. Cochrane Database of Systematic Reviews, 1(1), CD007293.
5. Chen, X., Fu, Z., Yu, J., Ding, X., & Zhang, J. (2020). Prevalence of diabetic retinopathy in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. BMJ Open Ophthalmology, 5(1), e000418.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). รายงานสถิติประชากรสูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
7. กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานสถานการณ์โรคตาและการผ่าตัดต้อกระจกในประเทศไทย ปี 2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
8. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2567). สถิติการผ่าตัดต้อกระจกในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2563-2566. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
9. สมาคมจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย. (2566). แนวทางเวชปฏิบัติการผ่าตัดต้อกระจกในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สมาคมจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย.
10. จิราภรณ์ บุญญานุรักษ์, ศิริพร ทองคำ, และสุภาพร วงศ์ใหญ่. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต้อกระจกในผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวาน. วารสารพยาบาลทหารบก, 23(2), 45-56.
11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. (2567). รายงานสถานการณ์สุขภาพจังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ 2567. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี.
12. สุนทรี ศรีสุข, จิตภา ตังปัญญาวงศ์ และมณีนรัตน์ ชีระวิวัฒน์. (2565). การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน, 41(2), 45-58.
13. Henderson, B. A., Liu, Y. C., & Chen, X. (2021). Preoperative care for cataract surgery: The Society for Ambulatory Anesthesia position statement. Anesthesia and Analgesia, 133(6), 1431-1443.
14. ปรีศนีย์ พันธุ์สิริกร และศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล. (2563). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก. วารสารการพยาบาล, 35(4), 84-98.
15. ละมิตร์ ปีกขาว, เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และกาญจนา หัตถรังสี. (2563). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก แบบมีส่วนร่วมอย่างเอื้ออาทรตามทฤษฎี Swanson โรงพยาบาลพุมธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29(5), 864-875.
16. Machado, T. M. D., Santana, R. F., Vaquero, R. D., Santos, C. T. B., & Souza, P. A. (2020). Telephone follow-up of the elderly after cataract surgery. Sage Open Nursing, 6, 1-9.

17. พิมพ์ชนก วงศ์ประเสริฐ, สายฝน ตันติวิทยาพิทักษ์ และนิตยา แก้วมุกดา. (2566). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร จังหวัดสกลนคร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(3), 156-168.
18. อังคนา อัสวบุญญาเดช, ดุจดาว ศุภจิตกุลชัย และวริศนันท์ ปุระณวิทย์. (2565). ผลการสอนสุขศึกษาโดยใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต้อกระจกให้กับผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก. บุรพาเวชสาร, 9(1), 13-27.
19. Zuo, K., Sun, Z., & Wen, K. (2024). Study on the impact and clinical effect of high-quality nursing intervention on the quality of life of elderly cataract patients. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 40(3), 499-504.
20. Wang, J. C., Zhang, Q., Yu, M. R., Yang, Y. X., & Jiang, H. M. (2024). Effect of sequential nursing care combined with communication intervention on visual recovery and pain after cataract ultrasound emulsification. *World Journal of Clinical Cases*, 12(27), 6087-6093.