



ใบรับรองวิทยานิพนธ์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

ปริญญา

สุขศึกษา

สาขา

พลศึกษา

ภาควิชา

เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัด
สลายต้อกระจกในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

The Effectiveness of Health Education Program on Self - Care Behavior
of Post Phacoemulsification with Intraocular lens Implantation of Cataract
Patients at Paholpolpayuhasena Hospital

นามผู้วิจัย นางสาวนิรมล ตันทวีจิตรกุล

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์เรณูมาศ มาอ่อน, ค.ด.)

กรรมการ

(รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย, วท.ม.)

กรรมการ

(นาวาอากาศตรี สัตย์ชัย พัฒนสิทธิ์, กศ.ด.)

หัวหน้าภาควิชา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทรงศักดิ์ นัยสินธุ์, ศศ.ม.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

(รองศาสตราจารย์วินัย อางคงหาญ, M.A.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ 4 เดือน เมษายน พ.ศ. 2549

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัด
สลายต้อกระจกในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

The Effectiveness of Health Education Program on Self - Care Behavior
of Post Phacoemulsification with Intraocular lens Implantation of Cataract
Patients at Paholpolpayuhasena Hospital

โดย

นางสาวนิรมล สันทวีจิตรกุล

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)
พ.ศ. 2549

ISBN 974-16-1382-2

นิรมล สันทวิจิตรกุล 2549: ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูกในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) สาขาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา ประชานกรรมการที่ปรึกษา: รองศาสตราจารย์เรณูมาศ มาอุ่น, ค.ศ. 120 หน้า
ISBN 974-16-1382-2

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองในสถานการณ์จริง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูกในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูกในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 100 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 50 คน และกลุ่มควบคุม 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมสุขศึกษา แบบแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แผนแผนการทดลอง แบบมีการวัดก่อน - หลังการทดลอง มีกลุ่มเปรียบเทียบ และติดตามการมาตรวจตามนัด โดยนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ค่าสถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบค่าที

ผลการวิจัยสรุปได้ว่าโปรแกรมสุขศึกษามีประสิทธิภาพสูงจากตัวชี้วัด ดังนี้ 1) ภายหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษา ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูกที่เป็นกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับศัลยกรรม และการดูแลตนเองหลังผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูก และการปฏิบัติตนหลังการผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูก ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 2) ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูกที่เป็นกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูก ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

นิรมล สันทวิจิตรกุล
ลายมือชื่อนิติกร


ลายมือชื่อประธานกรรมการ

28 มี.ค. 2549

Niramon Santhavichitkun 2006: The Effectiveness of Health Education Program on Self - Care Behavior of Post Phacoemulsification with Intraocular lens Implantation of Cataract Patients at Paholpolpayuhasena Hospital. Master of Science (Health Education), Major Field: Health Education, Department of Physical Education. Thesis Advisor: Associate Professor Ranumas Ma-oon, Ph.D. 120 pages. ISBN 974-16-1382-2

The purpose of this field – experimental research was to study the effectiveness of health education program on the self - care behavior of post Phacoemulsification with Intraocular Lens Implantation of cataract patients at Paholpolpayuhasena Hospital.

The samples of the study were consisted of 100 cataract patients whose eyes lens had already been extracted using Phacoemulsification at Paholpolpayuhasena Hospital, selected by purposive sampling and randomly divided into 2 groups, 50 samples as the experimental group and 50 samples as the control group. The research instruments, developed by the researcher, were health education program and questionnaires, with Pre test-Post test Static Group Comparison Design and follow up. The analyses of data were employed for percentage, mean, standard deviation and t – test.

The study results revealed that the health education program was highly effectiveness. pointed out by 1) after having health education program, the experimental group had significantly better knowledge in cataract, self – care behaviors for post cataract extraction and self- care for post cataract extraction using Phacoemulsification, than before having health education program at the level of .001 and 2) after having health education program, the experimental group had significantly better knowledge in cataract, self – care for post cataract extraction and self- care behaviors for post cataract extraction using Phacoemulsification, than the control group who did not have health education program at the level of .001

Niramon Santhavichitkun

Student's signature

Ranumas

Thesis Advisor's signature

22 / 08 / 2006

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่งของ คณาจารย์หลายท่าน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์เรณูมาศ มาอ่อน ประธานกรรมการ ที่ปรึกษา ที่ได้ช่วยเหลือในการวางแผนงานวิจัยในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ตลอดจนการให้คำปรึกษา แนะนำและตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ และให้โอกาสผู้วิจัยได้เรียนรู้ประสบการณ์อันมีค่ายิ่ง ในการทำวิทยานิพนธ์ ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย กรรมการ วิชาเอก นาวาอากาศตรี สัตยชัย พัฒนสิทธิ์ กรรมการวิชาการ และอาจารย์พิพรรณ ดวงปัญญา ผู้แทนบัณฑิตวิทยาลัย ให้ข้อคิดและคำแนะนำต่าง ๆ รวมทั้งพิจารณาตรวจทานแก้ไข ข้อบกพร่อง ในทุกขั้นตอนในการทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุเทพ ลิ้มสุขนิรันดร์ นายแพทย์วิชัย เรืองวิไลทรัพย์ คุณวารุณี ศรีพรรณ คุณพรรณวลัย โสภณางกูร และอาจารย์กุลฤดี จิตตยานันต์ ผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 ท่าน ในการตรวจเนื้อหา ให้คำชี้แนะ แก้ไข ปรับปรุง และเอื้อเฟื้อข้อมูลบางส่วนอันเป็น ประโยชน์อย่างมาก เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคต่อกระดูกทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ และให้การต้อนรับเป็นอย่างดี

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายชิงเคียง นางศิริรัตน์ และนางสาวพรพิมล สันทวิจิตรกุล ผู้ที่ส่งเสริมสนับสนุนทุนทรัพย์ และเป็นพลังใจอันสำคัญยิ่งที่ทำให้ผู้วิจัยสามารถผ่านอุปสรรค ต่าง ๆ ตลอดระยะเวลาของการศึกษาจนพบกับความสำเร็จในที่สุด ขอขอบคุณคุณวารุณี ศรีพรรณ หัวหน้างานห้องผ่าตัด และเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนาทุกท่านที่ช่วยเหลือ ในการแลกเปลี่ยน และคอยให้คำปรึกษาในขั้นตอนของการทำงาน รวมทั้งขอขอบคุณเพื่อน ๆ นิสิตปริญญาโทสาขาสุขศึกษา (ภาคพิเศษ) รุ่นที่ 7 ที่ให้ความช่วยเหลือในการศึกษาครั้งนี้สำเร็จ ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ และขอบคุณผู้ให้ความช่วยเหลือทุกท่านอีกครั้ง

นิรมล สันทวิจิตรกุล

มีนาคม 2549

สารบัญ

หน้า

สารบัญ	(1)
สารบัญตาราง	(3)
สารบัญภาพ	(5)
คำนำ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
ขอบเขตของการวิจัย	4
ตัวแปรที่ศึกษา	4
นิยามปฏิบัติการของตัวแปรและนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง	5
การตรวจเอกสาร	8
ความรู้เกี่ยวกับต่อกระจก	9
ทฤษฎีการดูแลตนเอง	26
ทฤษฎีความสามารถของตนเอง	30
กลวิธีทางสุขศึกษา	39
กรอบแนวคิดในการวิจัย	44
สมมติฐานการวิจัย	45
อุปกรณ์และวิธีการ	46
รูปแบบการวิจัย	46
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	47
เครื่องมือใช้ในการวิจัย	48
การเก็บรวบรวมข้อมูล	54
การวิเคราะห์ข้อมูล	54
การนำเสนอผลงานวิจัย	55
สถานที่และระยะเวลาในการวิจัย	55

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ผลการวิจัยและวิจารณ์	56
ผลการวิจัย	56
ข้อวิจารณ์	76
สรุปและข้อเสนอแนะ	79
สรุป	79
ข้อเสนอแนะ	83
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	85
ภาคผนวก	89
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ	90
ภาคผนวก ข แบบสัมภาษณ์	92
ภาคผนวก ค โปรแกรมสุงศึกษา	103

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ลักษณะทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง	57
2	ระดับความรู้เกี่ยวกับต่อกระจก และการดูแลตนเองหลังจากผ่าตัด ต่อกระจกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่วัดก่อนการให้ โปรแกรมสุขศึกษา	64
3	ระดับความรู้เกี่ยวกับต่อกระจก และการดูแลตนเองหลังจากผ่าตัด ต่อกระจกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่วัดหลังการให้ โปรแกรมสุขศึกษา	64
4	ระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระจก ต่อเนื่องที่บ้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่วัดก่อนการให้ โปรแกรมสุขศึกษา	66
5	ระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระจกต่อเนื่อง ที่บ้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่วัดหลังการให้โปรแกรม สุขศึกษาทันที	67
6	ระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระจกต่อเนื่อง ที่บ้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่วัดหลังการให้โปรแกรม สุขศึกษา 10 วัน	68
7	ระดับความเชื่อในศักยภาพของตนเองในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด สลายต่อกระจกต่อเนื่อง ที่บ้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่วัดก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษา	70
8	ระดับความเชื่อในศักยภาพของตนเองในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด สลายต่อกระจกต่อเนื่องที่บ้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่วัดหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษา	70
9	ระดับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระจกในการดูแลตนเอง หลังผ่าตัดสลายต่อกระจกต่อเนื่องที่บ้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	72

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
10	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับต่อกระจกและการดูแลตนเอง หลังจากผ่าตัดต่อกระจกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษา	73
11	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง หลังจากผ่าตัดต่อกระจกต่อเนื้องที่บ้านของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษา	73
12	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับต่อกระจกและการดูแลตนเอง หลังจากผ่าตัดต่อกระจกของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา	74
13	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน หลังผ่าตัดสลายต่อกระจกต่อเนื้องที่บ้านของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา	75
14	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระจกในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลายต่อกระจก ต่อเนื้องที่บ้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	75

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	การมองเห็นของคนตาปกติ และการมองเห็นของคนเป็นต้อกระจก	14
2	แสดงตาคนปกติ และตาที่เป็นต้อกระจก	14
3	ต้อกระจกสุก (mature cataract)	15
4	ขั้นตอนการผ่าตัดสลายต้อกระจกโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง	17
5	แสดงความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังที่จะเกิดขึ้น	31
6	แสดงความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น	32
7	กรอบแนวคิดในการวิจัย	44

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัด สลายต้อกระจกในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

The Effectiveness of Health Education Program on Self - Care Behavior of Post Phacoemulsification with Intraocular lens Implantation of Cataract Patients at Paholpolpayuhasena Hospital

คำนำ

ในปัจจุบันโรคต้อกระจกเป็นปัญหาสำคัญและพบได้มากในผู้สูงอายุ 55-60 ปี ขึ้นไป ในคนอายุน้อยจะพบได้ในคนที่ทำงานกลางแจ้งที่ได้รับรังสีอัลตราไวโอเลตเป็นประจำ พบร่วมกับโรคบางอย่าง เช่น เบาหวาน หรือมีอุบัติเหตุทางตา และต้อกระจกยังเป็นปัญหาทางสายตาที่มีผลต่อประชากรโลกมานาน องค์การอนามัยโลกประเมินว่าทั่วโลก มีคนตาบอดประมาณ 30 - 40 ล้านคน ซึ่ง 45% เป็นผลมาจากโรคต้อกระจก และโรคแทรกซ้อนถึง 45% โดยเฉพาะในแถบประเทศที่ไม่ร่ำรวยนักซึ่งตั้งอยู่ในบริเวณที่มีแสงแดดจัด (ณวัฒน์, 2543) สำหรับประเทศไทยต้อกระจก ยังเป็นสาเหตุอันดับแรก ที่ทำให้ตาบอดคือประมาณ 85% ของคนใช้ตาบอด (มันธนี, 2548) ต้อกระจกเป็นปัญหาทางตาที่สำคัญของประเทศไทย และเป็นสาเหตุที่ทำให้ตาบอดมากที่สุดทั้งที่สามารถรักษาได้โดยไม่ทำให้ตาบอด แนวโน้มของสถานการณ์ในปัจจุบันพบว่า เป็นต้อกระจกประมาณ 120,000 คนต่อปี ทำผ่าตัดต้อกระจกได้ประมาณ 20,000 คนต่อปี ดังนั้นยังคงเหลือผู้ป่วยต้อกระจกอีกเป็นจำนวนมากที่ไม่ได้รับการผ่าตัดจะเห็นได้ว่าปัญหาต้อกระจกยังคงเป็นปัญหาสุขภาพของประเทศไทยต่อไป (ศิริลักษณ์, 2545)

นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขตามยุทธศาสตร์ “เมืองไทยแข็งแรง คนไทยแข็งแรง” (Healthy Thailand) หนึ่งในยุทธศาสตร์ตามหลัก 5 อ. คือ อ. อโรคยา เพื่อตอบสนองนโยบายของรัฐบาล โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ให้บริการผ่าตัดผู้ป่วยต้อกระจกไปแล้ว 114,012 ราย (กระทรวงสาธารณสุข, 2548) ผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดควรจะมีการให้สุขศึกษาเรื่องการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องทั้งก่อน ขณะ และหลังเข้ารับการผ่าตัดสลายต้อกระจก

เพื่อผู้ป่วยจะได้สามารถดูแลตนเองและเป็นการลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมาภายหลัง เนื่องจากการดูแลตนเองไม่เหมาะสม

โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 420 เตียง ปีงบประมาณ 2547 มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดสลายต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง และใส่แก้วตาเทียมจำนวน 931 ราย จากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทั้งหมด 10,674 ราย อยู่ในลำดับที่ 1 จากสถิติของ 10 อันดับโรคผ่าตัดของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสลายต้อกระจกบางส่วนกลับมาพบแพทย์ด้วยภาวะแทรกซ้อน หลังได้รับการผ่าตัดสลายต้อกระจก อันได้แก่ ไหมหลุดทำให้กลับมาเย็บแผลที่ตาซ้ำในห้องผ่าตัด การเคลื่อนของเลนส์แก้วตาเทียมผิดตำแหน่ง เลือดออกในช่องม่านตา และที่สำคัญคือ การเกิดการติดเชื้อในช่องหน้าของลูกตาหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่มีอาการดังกล่าวอาจรุนแรงทำให้ผู้ป่วยตาบอดได้ ในกรณีที่อาการไม่รุนแรงก็มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว เพราะต้องเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล สูญเสียค่าใช้จ่าย เป็นภาระของผู้ดูแล สำหรับผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาสายตาพิการ ตาบอด อาจถูกบุตรหลานทอดทิ้งให้โรงพยาบาลและตามสถานสงเคราะห์ คนชราดูแล เป็นการสูญเสียทรัพยากรของประเทศชาติ รวมถึงประเทศชาติที่ต้องสูญเสียงบประมาณ ในการรักษาและดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำโปรแกรมสุขศึกษาสำหรับผู้ป่วย ต้อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดสลายต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงและใส่แก้วตาเทียม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องในการเตรียมความพร้อมก่อนรับการผ่าตัด เป็นการลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดสลายต้อกระจกซึ่งเป็นการลดการสูญเสียต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสลายต้อกระจกในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาตัวชี้วัดประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา คือ การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย หลังจากผ่าตัดสลายต่อกระดูกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง และใส่แก้วตาเทียมของกลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาในเรื่องต่อไปนี้

1. ความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองหลังจากผ่าตัดสลายต่อกระดูกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง และใส่แก้วตาเทียมเมื่อออกจากโรงพยาบาล
2. การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนหลังจากผ่าตัดสลายต่อกระดูกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงและใส่แก้วตาเทียม
3. การดูแลตนเองที่ถูกต้องในการปฏิบัติตนหลังจากผ่าตัดสลายต่อกระดูกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงและใส่แก้วตาเทียมเมื่อออกจากโรงพยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยต่อกระดูกได้รับความรู้เรื่องการดูแลตนเองที่ถูกต้องและสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
2. เพิ่มประสิทธิผลของการดำเนินงานสุขศึกษาในการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนเพื่อเข้ารับการผ่าตัดสลายต่อกระดูกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงและใส่แก้วตาเทียม
3. เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดมีความรู้และมีการให้สุขศึกษาเรื่องก่อน ขณะ และหลังการผ่าตัดสลายต่อกระดูกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงและใส่แก้วตาเทียมเป็นไปในแนวทางเดียวกัน
4. ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการปฏิบัติตนก่อน ขณะ และหลังการผ่าตัดสลายต่อกระดูกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงและใส่แก้วตาเทียมและสามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง

5. ลดความวิตกกังวลก่อนเข้ารับการผ่าตัดสลายต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงและใส่แก้วตาเทียม

6. ลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดสลายต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงและใส่แก้วตาเทียมเนื่องจากการปฏิบัติตนไม่เหมาะสมของผู้ป่วย

7. สามารถนำโปรแกรมสุขศึกษาที่ได้จากการวิจัยไปใช้เพื่อการดูแลตนเองที่ถูกต้องหลังจากผ่าตัดสลายต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงและใส่แก้วตาเทียม

ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยต้อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดสลายต้อกระจกด้วยคลื่นความถี่สูงและใส่แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

2. ผู้ป่วยต้อกระจกเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจกในวัยสูงอายุ (Senile Cataract) และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสลายต้อกระจกด้วยคลื่นความถี่สูงและใส่แก้วตาเทียม

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

โปรแกรมสุขศึกษาเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดสลายต้อกระจกประกอบด้วยเนื้อหาสาระเรื่อง ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต้อกระจก และความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลายต้อกระจก และใช้กระบวนการถ่ายทอดความรู้ดังกล่าวโดยใช้กระบวนการทางสุขศึกษา

ตัวแปรตาม (Dependent Variables)

การดูแลตนเองหลังผ่าตัดศัลยกรรมของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก แบ่งออกเป็น

1. ความรู้เกี่ยวกับต่อกระดูกและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจากผ่าตัดศัลยกรรมต่อกระดูก
2. ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองหลังจากผ่าตัดศัลยกรรมต่อกระดูก
3. การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดศัลยกรรมต่อกระดูก

ตัวแปรอธิบาย (Descriptive Variables)

ลักษณะทางชีวสังคมประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแลผู้ป่วยขณะผ่าตัด ความสะดวกในการเดินทางมารับการรักษา

นิยามปฏิบัติการของตัวแปรและนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกัน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดคำนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

นิยามปฏิบัติการของตัวแปรอิสระ

ตัวแปรอิสระหรือตัวแปรที่คาดว่าจะเป็นสาเหตุของการวิจัยนี้ คือ

โปรแกรมสุขศึกษา หมายถึง กระบวนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้อย่างมีระบบให้แก่ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมด้วยคลื่นความถี่สูงและใส่แก้วตาเทียมในกลุ่มทดลองของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โดยประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองทฤษฎีความสามารถตนเองเป็นทฤษฎีหลักในการกำหนดกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมต่อกระดูกเกิดความรู้เกี่ยวกับ

เรื่องการปฏิบัติตนและสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องหลังผ่าตัดสลายต่อกระเจก โดยมีวิธีการทางสุขศึกษา ดังนี้คือ บรรยายประกอบสื่อภาพพลิก การสนทนาซักถาม การสนทนารายบุคคล การฝึกปฏิบัติ และแจกเอกสารความรู้

นิยามปฏิบัติการของตัวแปรตาม

ตัวแปรตามหรือตัวแปรที่คาดว่าจะเป็ผล ในการวิจัยครั้งนี้ คือ

1. การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระเจก หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสลายต่อกระเจก โดยพร้อมที่จะดูแลตนเอง เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หลังผ่าตัดสลายต่อกระเจก
2. ความรู้เกี่ยวกับต่อกระเจกและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจากผ่าตัดต่อกระเจก หมายถึง ความสามารถทางสติปัญญาในการจดจำ และเข้าใจในเรื่องเกี่ยวกับโรคต่อกระเจก และการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลายต่อกระเจก
3. ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลายต่อกระเจก หมายถึง การที่ผู้ป่วยสลายต่อกระเจกมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องหลังผ่าตัดสลายต่อกระเจก รวมทั้งการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยหลังสลายต่อกระเจก เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง

นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา หมายถึง ผลของการจัดโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดประสบการณ์การเรียนรู้ ซึ่งก่อให้เกิดมีการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลายต่อกระเจกได้ถูกต้อง ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับต่อกระเจกและการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลายต่อกระเจก เจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลายต่อกระเจก และการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง หลังผ่าตัดสลายต่อกระเจก

ต้อกระจก หมายถึง การขุ่นของแก้วตา (lens opacity) ซึ่งอาจจะเกิดที่เนื้อตรงกลาง (neucleus) เนื้อส่วนรอบนอก (cortex) หรือเนื้อส่วนได้เปลือกหุ้มแก้วตาก็ได้ แต่ไม่ใช่เปลือกหุ้มแก้วตาเพราะเปลือกหุ้มแก้วตาจะไม่มีการขุ่น (ศิริลักษณ์, 2545) การขุ่นของแก้วตาทำให้กั้นแสงไม่ให้ผ่านทะลุไปได้ จึงทำให้ตมัวหรือถึงขั้นมองไม่เห็น (ขวัญตา และ สุจินดา, 2540)

ต้อกระจกในวัยสูงอายุ (Senile Cataract) พบมากที่สุด (ประมาณ 85% ของผู้ป่วยต้อกระจก) มักเป็นทั้งสองตาแต่ความขุ่นของแก้วตาไม่เท่ากัน เกิดจากภาวะเสื่อมตามวัยในคนที่อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ที่พบทั่วไปมี 3 ประเภท คือ ขุ่นบริเวณนิวเคลียส (nucleus sclerosis) หรือแก้วตาขุ่นจากบริเวณรอบนอก (cortical cataract) และแคปซูลส่วนหลังของแก้วตาขุ่น (posterior subcapsular cataract) (ขวัญตา และ สุจินดา, 2540)

การผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นความถี่สูง (Phacoemulsification) เป็นการผ่าตัดต้อกระจกโดยใช้คลื่นเสียงที่มีความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์เข้าไปสลายเนื้อแก้วตาแล้วดูดออกมาทิ้งและใส่แก้วตาเทียมเข้าไปแทน วิธีนี้ต่างจากการผ่าตัดปกติตรงที่แผลผ่าตัดเล็กกว่า การเกิดสายตาเอียงหลังผ่าตัดน้อยลง ระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดสั้นกว่า ข้อเสียตรงที่ค่าใช้จ่ายสูงกว่า และต้องใช้สารหล่อลื่นช่วยในระหว่างผ่าตัดมีฉะนั้นเครื่องอัลตราซาวด์อาจไปสั่นทำลายกระจกตาได้

เลนส์แก้วตาเทียม (INTRAOCULAR LENS) คือ สิ่งประดิษฐ์ใช้แทนเลนส์ธรรมชาติ มีลักษณะใสและมีกำลังหักเหแสงขนาดต่าง ๆ ที่พอเหมาะกับตาแต่ละคน สำหรับใส่เข้าไปแทนที่แก้วตาธรรมชาติที่เกิดเป็นต้อกระจกและถูกผ่าตัดลอกออกไป เพื่อให้ทำหน้าที่เป็นเลนส์นูนเหมือนแก้วตาธรรมชาติรวมแสงให้ภาพไปตกที่จอประสาทตา (ขวัญตา และ สุจินดา, 2540)

การตรวจเอกสาร

ในการศึกษาและประมวลเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสลายต่อกระเจกในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระเจก เพื่อใช้เป็นความรู้พื้นฐานสำหรับโปรแกรมสุขศึกษา
2. ทฤษฎีและแนวคิดในการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพื้นฐานในการวิจัยได้แก่
 - 2.1 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม
 - 2.2 ทฤษฎีความสามารถตนเอง
3. กลวิธีทางสุขศึกษา
 - 3.1 การให้สุขศึกษาโดยวิธีบรรยาย
 - 3.2 การสนทนารายบุคคล
 - 3.3 สื่อภาพพลิก
 - 3.4 แผ่นพับ
 - 3.5 การฝึกปฏิบัติ

ความรู้เกี่ยวกับต้อกระจก

ต้อกระจก หมายถึง การขุ่นของแก้วตา ซึ่งอาจจะเกิดที่เนื้อตรงกลาง เนื้อส่วนรอบนอก หรือเนื้อส่วนใต้เปลือกหุ้มแก้วตาก็ได้ แต่ไม่ใช่เปลือกหุ้มแก้วตาเพราะเปลือกหุ้มแก้วตาจะไม่มี การขุ่น (ศิริลักษณ์, 2545) การขุ่นของแก้วตาทำให้กั้นแสงไม่ให้ผ่านทะลุไปได้ จึงทำให้ตามัว หรือถึงขั้นมองไม่เห็น (ขวัญตา และ สุจินดา, 2540)

พยาธิสรีรวิทยาของต้อกระจก

แก้วตาในผู้ใหญ่ประกอบด้วยน้ำร้อยละ 65 ซึ่งจะลดลงเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น และเป็นโปรตีน ร้อยละ 35 ซึ่งสูงสุดในเนื้อเยื่อของร่างกาย นอกนั้นจะเป็นแร่ธาตุต่าง ๆ โดยจะมีความเข้มข้นของ โปแตสเซียมสูง และคลอไรด์ต่ำ ในขณะที่น้ำในเอควียสจะมีส่วนประกอบใกล้เคียงกับพลาสมา การที่แก้วตาเกิดการขุ่นนั้นเกิดจากการเปลี่ยนทางเคมี กล่าวคือ ได้รับออกซิเจนลดลง มีการเพิ่ม ของน้ำในตอนแรกแล้วต่อมาเกิดภาวะขาดน้ำ (dehydration) โซเดียมและแคลเซียมเพิ่มขึ้น ขณะที่โปแตสเซียม กรดแอสคอร์บิก (วิตามินซี) และโปรตีนลดลง เมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น โปรตีน ในแก้วตาจะมีการเปลี่ยนแปลง ความใสจะเปลี่ยนเป็นสีเหลือง และโมเลกุลก็มีการเปลี่ยนแปลง ด้วย การเปลี่ยนแปลงนี้ขึ้นอยู่กับ การดูดซับรังสีอัลตราไวโอเลตตลอดช่วงอายุ ดังนั้นต้อกระจก อาจมีสาเหตุจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางเคมีเนื่องจากแสง (photochemical) ต้อกระจกเกิดขึ้น ได้ทั้งจากการรวมตัวกันของโมเลกุลของโปรตีน หรือจากการที่น้ำเข้าไปทำให้โมเลกุลแยกตัว ออกจากกัน ต้อกระจกในผู้สูงอายุมักเกิดขึ้นทั้ง 2 ตา แต่อาจจะเกิดไม่พร้อมกันก็ได้ (ครุณี และ นิลวรรณ, 2547)

กลไกทางชีวเคมีที่ทำให้เกิดต้อกระจก ความขุ่นของเลนส์เกิดได้จากกลไกต่าง ๆ ดังนี้ (ขวัญตา และ สุจินดา, 2540)

1. มีน้ำในเซลล์ของเลนส์ (lens cell) หรือช่องระหว่างเซลล์มากเกินไป
2. การเรียงตัวของ lens fibers เปลี่ยนไป

3. โปรตีนในเซลล์มีการเปลี่ยนแปลง โดยมีน้ำหนักโมเลกุลมากขึ้น

4. มี calcium orthophosphate และ calcium oxalate เกิดขึ้น หรือเกิด connective tissue ในบริเวณใต้แคปซูล เป็นต้น

สาเหตุทางชีวเคมีของต้อกระจก แบ่งออกได้เป็น (ขวัณตา และ สุจินดา, 2540)

1. การบวมตัวของเลนส์ (Osmotic intumescence) เป็นกลไกเฉพาะในต้อกระจกที่เกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากมี polyalcohols หรือ ketoses ในเลนส์เพิ่มมากขึ้น ทำให้มี osmotic pressure สูงขึ้น ซึ่งจะมีการดึงน้ำเข้ามาในเลนส์และเข้าไปใน lens fibers ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น เป็นผลทำให้เกิดการฉีกขาดของ lens fibers และมี glycolytic activity ลดลง รวมทั้งปริมาณ ATP และ glutathione ลดลงด้วย

2. ความผิดปกติในกระบวนการย่อยสลายน้ำตาลกลูโคส (altered glycolysis) เมื่อมีระดับน้ำตาลกลูโคสลดลง หรือเกิดมีการขัดขวางเอนไซม์ต่างๆที่ใช้ใน glucolytic pathway โดย desoxyglucose จะเกิดต้อกระจกขึ้น เนื่องจากการสร้าง ATP ลดลง ทำให้ไม่มีพลังงานพอที่จะทำงานได้ ionic pump ลดลง และการสร้าง pentoses ก็ลดลงด้วย พบต้อกระจกแบบนี้ในเด็กแรกคลอดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia)

สาเหตุและปัจจัยส่งเสริมการเกิดต้อกระจก

สาเหตุการเกิดต้อกระจกยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ (ขวัณตา และ สุจินดา, 2540)

1. ปัจจัยทั่วไป

1.1 อายุ พบว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดเนื่องจากประมาณร้อยละ 80 เป็นต้อกระจกชนิดในผู้สูงอายุ

1.2 เพศ ไม่ชัดเจน แต่พบว่าผู้หญิงมีโอกาสเกิดต้อกระจกประเภทที่แก้วตาขุ่นจากบริเวณรอบนอก (cortical cataract) ได้มากกว่า

1.3 เชื้อชาติ พบต้อกระจกประเภทที่ขุ่นบริเวณนิวเคลียสและขุ่นจากบริเวณรอบนอก (nucleus และ cortical cataract) ในคนผิวดำมากกว่าผิวขาว

1.4 ภูมิประเทศ พบในประเทศเขตร้อนและผู้ทำงานนอกบ้านหรือกลางแจ้งมากกว่า เชื่อว่ารังสีอัลตราไวโอเลตเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญ

2. ปัจจัยทางสุขภาพ

2.1 ประวัติในครอบครัว พบในชนิดที่เป็นมาแต่กำเนิดเนื่องจากกรรมพันธุ์

2.2 โรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวานเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดต้อกระจกได้เร็วขึ้น

2.3 ยาหรือสารพิษ เช่น ยาสเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะ ยามะเร็ง ยามาเมลง เป็นต้น

3. ปัจจัยสภาพแวดล้อม

3.1 อาหาร การขาดสารอาหารโดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ ทำให้ทารกมีต้อกระจกที่เป็นแต่กำเนิดได้ และจากการศึกษาพบว่า การได้รับ riboflavin วิตามิน ซี และ อี และ carotenoids (ซึ่งทั้งหมดมีฤทธิ์ antioxidant) สามารถป้องกันต้อกระจกประเภทที่ขุ่นบริเวณนิวเคลียสและขุ่นจากบริเวณรอบนอก (cortical และ nucleus cataract) ได้

3.2 รังสีหรือไฟฟ้าแรงสูง ไฟฟ้าแรงสูงมักมีต้อกระจกตามมาหลังจากนั้นประมาณ 6–48 เดือน การได้รับรังสีอัลตราไวโอเลตขนาดสูงเพียงครั้งเดียว หรือขนาดต่ำ ๆ หลายครั้ง ทำให้เกิดต้อกระจกได้ และในบริเวณที่ได้รับแสงอัลตราไวโอเลตมาก ๆ มักพบว่าเกิดต้อกระจกได้สูง

3.3 การสูบบุหรี่ทำให้เกิด nuclear cataract สูงขึ้น

3.4 การกระทบกระเทือนหรือบาดเจ็บบริเวณลูกตาโดยตรง

ชนิดของต้อกระจก

ต้อกระจกตามหลักวิชาการแล้วสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภทใหญ่ ๆ กล่าวคือ (ครุณี และ นิลวรรณ, 2547)

1. ต้อกระจกในวัยสูงอายุ (senile cataract) พบมากที่สุด มักเป็นทั้งสองตาแต่ความขุ่นของแก้วตาไม่เท่ากัน เกิดจากภาวะเสื่อมตามวัยในคนที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ที่พบทั่วไปมี 3 ประเภท คือ ขุ่นบริเวณนิวเคลียส (nucleus sclerosis) หรือแก้วตาขุ่นจากบริเวณรอบนอก (cortical cataract) และแคปซูลส่วนหลังของแก้วตาขุ่น (posterior subcapsular cataract) ต้อกระจกในวัยสูงอายุสามารถแบ่งเป็นระยะต่างๆ ได้ ดังนี้

1.1 ต้อกระจกระยะเริ่มเป็น (immature cataract) จะมีการขุ่นของแก้วตาที่คอร์เท็กซ์ (cortex) แต่นิวเคลียส (nucleus) ยังใส หรือทึบตรงนิวเคลียสแต่ส่วนรอบ ๆ ใส

1.2 ต้อกระจกสุก (mature cataract) ทั้งคอร์เท็กซ์และนิวเคลียสขุ่นหมด ผู้ป่วยจะมองไม่เห็นอะไรในระยะที่จะวัดความสามารถในการมองเห็น (Visual acuity = V.A.) เมื่อใช้ไฟฉายส่องเฉยๆ จะไม่พบเงาม่านตา อาจเห็นประมาณนับนิ้วได้ (Finger count: FC) หรือเห็นมือโบกไปมา หรือเพียงเห็นแสงไฟและบอกทิศทางได้ ระยะนี้เป็นระยะที่เหมาะสมสำหรับการผ่าตัดมากที่สุด

1.3 ต้อกระจกสุกงอม (hyper mature cataract) ระยะนี้โปรตีนในแก้วตาจะมีการดูดซึมคั่งน้ำเข้าไป ทำให้แก้วตาบวมและแข็งมากขึ้น เป็นระยะสุดท้ายของโรคนี้หากปล่อยทิ้งไว้อาจตาบอด แก้วตาที่สุกมากจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนได้ ดังนี้

1.3.1 ต้อหินมุมปิดชนิดทุติยภูมิ เกิดจากแก้วตาที่หนาขึ้น จะดันม่านตาไปข้างหน้า ทำให้ช่องม่านตาแคบลง พร้อมทั้งจะทำให้ฐานของม่านตาไปปิดกั้นรูตะแกรงบริเวณมุมตาทำให้น้ำเอควียสไหลออกสู่ Schlemm's canal ไม่ได้เกิดภาวะความดันลูกตาสูงตามมา

1.3.2 ต้อหินจากแก้วตาละลาย เมื่อแก้วตาละลายเปลือกหุ้มแก้วตาจะบางลง ทำให้น้ำเอควียสซึมผ่านออกมาได้ไปอุดตะแกรงระบายน้ำ ทำให้น้ำเอควียสไหลผ่านไม่สะดวก

1.3.3 ม่านตาอักเสบจากแก้วตาเป็นพิษ เกิดจากน้ำเอควียสที่หลุดออกมาไปทำให้ม่านตา ซิเลียรีบอดี อักเสบตามมาได้

2. ต้อกระจกโดยกำเนิด (congenital cataract) หมายถึง ต้อกระจกที่เป็นมาแต่กำเนิด มักเกิดเนื่องจากพันธุกรรมหรือจากการเจริญเติบโตผิดปกติในครรภ์มารดา เนื่องจากมารดาติดเชื้อไวรัสพวกหัดเยอรมันในขณะตั้งครรภ์ 3 เดือนแรก

3. ต้อกระจกทุติยภูมิ (secondary cataract) เป็นต้อกระจกที่เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ที่พบบ่อย คือ จากการได้รับบาดเจ็บจากภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่น ๆ เช่น เบาหวาน โรคที่เกิดที่ตาก่อน ผู้ที่ได้รับยาพวกสเตียรอยด์เป็นเวลานาน ๆ และผู้ที่ได้รับแสงอัลตราไวโอเล็ตเป็นเวลานาน ๆ

อาการและอาการแสดง

อาการนำในผู้ป่วยต้อกระจก ได้แก่ สายตามัวลงเนื่องจากแก้วตาขุ่น โดยเริ่มจากอาการตามัวน้อย ๆ จนกระทั่งตามัวมากขึ้นจนมองไม่เห็น ทั้งนี้ขึ้นกับการขุ่นของแก้วตาว่า เริ่มขุ่นบริเวณไหน มากเพียงใด ในผู้ป่วยที่เริ่มขุ่นตรงกลางแก้วตา การมองเห็นในที่สลัวจะดีกว่าในที่สว่าง เนื่องจากม่านตาขยายกว้างแสงผ่านเข้าตาได้มากขึ้น อาการและอาการแสดงของต้อกระจกโดยทั่วไปมีดังนี้ (ครุณี และ นิลวรรณ, 2547)

1. ตามัวลงช้า ๆ โดยไม่รู้สึกรบกวน ผู้ที่เป็นต้อกระจกจะให้ประวัติว่าตามัวมากขึ้นในที่สว่าง ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากขณะอยู่ในที่สว่างม่านตาเล็กลง ส่วนอยู่ในที่มืดจะเห็นชัดขึ้น เพราะม่านตาขยาย



ภาพที่ 1 การมองเห็นของคนตาปกติ และการมองเห็นของคนเป็นต้อกระจก

ที่มา: Siamhealth (2548)

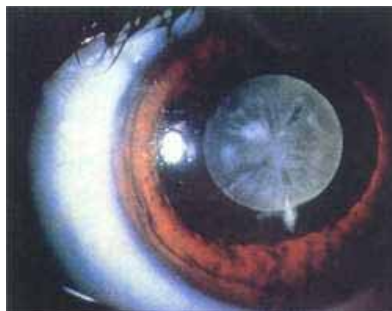
1. มองเห็นภาพซ้อน เนื่องจากการหักเหของแสงในแต่ละส่วนของแก้วตาเปลี่ยนไป
2. สายตาสั้นลง เพราะแก้วตาเริ่มขุ่นทำให้กำลังหักเหของแสงเปลี่ยนไป จึงมองระยะใกล้ได้ชัดขึ้น ขณะเดียวกันมองไกลไม่ชัด เมื่อใช้ไฟฉายส่องผ่านรูม่านตาจะเห็นแสงสะท้อนสีขาว
3. รูม่านตา (pupil) จะเห็นขุ่นขาวเมื่อส่องดูด้วยไฟฉาย



ภาพที่ 2 แสดงตาคนปกติ และตาที่เป็นต้อกระจก

ที่มา: Siamhealth (2548)

4. ถ้าส่องตาผู้ป่วยด้วยเครื่องมือที่เรียกว่า direct ophthalmoscope บริเวณรูม่านตาจะเห็นเป็นเงาดำตามขนาดและรูปร่างของแก้วตาที่ขุ่น



ภาพที่ 3 ต้อกระจกสุก (mature cataract)

ที่มา: มั่นธนี (2548)

การวินิจฉัยโรค

ส่วนใหญ่จะพบความผิดปกติของเลนส์เมื่อความขุ่นนั้นเกิดมากแล้ว ในระยะแรกจะพบความผิดปกติเมื่อตรวจด้วย ophthalmoscope ในขณะที่รูม่านตาขยายเต็มที่ จะเห็นเป็นเงาดำซึ่งมีลักษณะแตกต่างกันตามชนิดของต้อกระจก เช่น nuclear opacity จะอยู่ตรงกลางและมีขนาดใหญ่กว่า posterior subcapsular opacity สำหรับ peripheral cortical opacity จะเห็นเงาดำมีลักษณะเป็นลวดเกลียวในขณะที่บริเวณตรงกลางใสเมื่อความขุ่นเกิดมากขึ้น ทำให้ตรวจพบบริเวณรูม่านตาเป็นสีขาว เรียกว่า “leukocoria” ลักษณะเช่นนี้ต้องวินิจฉัยแยกโรคหลายอย่าง โดยเฉพาะในเด็ก นอกจากนี้ต้องตรวจหาสาเหตุของต้อกระจก เช่น ร่องรอยของการอักเสบหรือการได้รับอุบัติเหตุ การตรวจร่างกายทั่วไปและการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่สามารถบอกถึงสาเหตุของต้อกระจก การวินิจฉัยแยกโรคของสาเหตุต้อกระจกต้องแยกแยะระหว่างความมีอายุ สารพิษ เบาหวาน และความผิดปกติในระบบอื่น ๆ เช่น ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ โรคผิวหนัง เป็นต้น (ขวัญตา และ สุจินดา, 2540)

การรักษา

ต้อกระจกทุกชนิดสามารถรักษาได้ด้วยการผ่าตัด และสวมแว่นตาใกล้และไกล หรือเลนส์สัมผัสหรือใส่เลนส์แก้วตาเทียมหลังผ่าตัด ส่วนการรักษาด้วยการใช้ยาหยอดตานี้ไม่ได้ผลทางการรักษา การผ่าตัดรักษาต้อกระจก แบ่งออกเป็น 4 วิธี คือ (ณวัฒน์, 2543)

1. Extracapsular cataract extraction (ECCE) เป็นการผ่าตัดเอาแก้วตาออกเหลือแต่เปลือกหุ้มแก้วตาด้านหลัง หลังผ่าตัดประมาณ 1 ½ - 2 เดือน ต้องสวมแว่นตาจึงมองเห็นชัด ในกรณีที่ไม่มีแก้วตาหรือเลนส์นี้เรียกว่า Aphakia
2. Extracapsular cataract extraction with intraocular lens (ECCE c IOL) เป็นการผ่าตัดเอาแก้วตาออก เหลือแต่เปลือกหุ้มแก้วตาด้านหลังร่วมกับใส่แก้วตาเทียม หลังผ่าตัดผู้ป่วยสามารถมองเห็นชัดทันที การมองเห็นภาพจะขนาดใกล้เคียงกับตาคนปกติมากที่สุดไม่ต้องสวมแว่นตา
3. Intracapsular cataract extraction (ICCE) เป็นการผ่าตัดเอาเลนส์และแคปซูลที่หุ้มออกทั้งหมด ปัจจุบันไม่นิยมทำการผ่าตัดด้วยวิธีนี้ เนื่องจากการดูแลซับซ้อนและการที่ไม่ใส่แก้วตาเทียม ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลปิดตา 2 ข้าง นานถึง 7 วัน หลังผ่าตัดเมื่อแผลหายดีแล้วต้องใส่แว่นเลนส์นูน
4. Phacoemulsification with intraocular lens (PE c IOL) เป็นการผ่าตัดต้อกระจกโดยใช้คลื่นเสียงที่มีความถี่สูง หรืออัลตราซาวด์เข้าไปสลายเนื้อแก้วตาแล้วดูดออกมาทิ้ง และใส่แก้วตาเทียมเข้าไปแทน วิธีนี้ต่างจากการผ่าตัดปกติตรงที่แผลผ่าตัดเล็กกว่า การเกิดสายตาเอียงหลังผ่าตัดน้อยลง ระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดสั้นกว่า ข้อเสียตรงที่ค่าใช้จ่ายสูงกว่าและต้องใช้สารหล่อลื่นช่วยในระหว่างผ่าตัดมีฉะนั้นเครื่องอัลตราซาวด์อาจไปสั่นทำลายกระจกตาได้

การรักษาโดยการผ่าตัดต่อกระจกโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง

การผ่าตัดต่อกระจกโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (Phacoemulsification) หมายถึง การใช้คลื่นเสียงความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์ เข้าไปทำให้แก้วตาแตกเป็นชิ้นเล็ก ๆ แล้วดูดออกทางช่องที่เจาะรูขนาดเล็กไว้ วิธีนี้กำลังเป็นที่นิยมเรื่อย ๆ ในปัจจุบัน เป็นการผ่าตัดด้วยแผลขนาดเล็กมาก โดยแผลที่ผ่าตัดเข้าในตาอาจมีขนาดไม่ถึงครึ่งเซนติเมตร และจะเจาะถุงหุ้มเลนส์ด้านหน้า แล้วใช้เครื่องมือคลื่นความถี่สูงเป็นตัวสลายเนื้อเลนส์ให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ แล้วดูดออกมาในภายหลัง (วิธีอื่น ๆ เป็นการผ่าตัดเอาเลนส์ออกมาเป็นชิ้นใหญ่ขึ้นเดียว ขนาดของแผลจึงกว้างกว่านี้) หลังจากนั้นจึงใส่เลนส์แก้วตาเทียม และจะเย็บแผลปิดหรือไม่เย็บ ขึ้นอยู่กับขนาดของแผล วิธีนี้ปลอดภัยและกำลังเป็นที่นิยมมากขึ้นเรื่อย ๆ

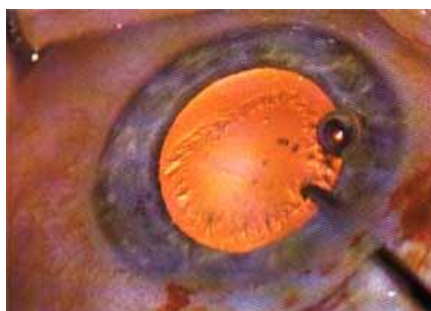
ในการผ่าตัดโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงนั้น ไข้ว่าผู้ป่วยต่อกระจกทุกรายจะสามารถใช้วิธีนี้ได้หมดทุกคนมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง คือ แก้วตาจะต้องไม่แข็งจนเกินไป และกระจกตาต้องไม่ขุ่น จึงจะทำการผ่าตัดวิธีนี้ได้ผลดี (ขวัญตา และ สุจินดา, 2540)



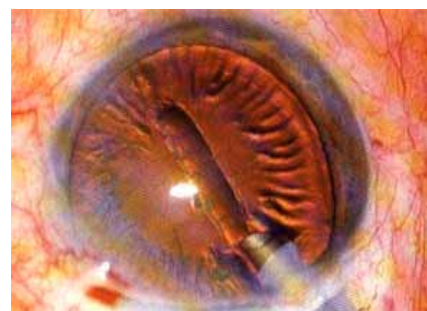
1. แสดงการเปิดแผลที่ลูกตา



2. การเจาะถุงหุ้มเลนส์ด้านหน้า

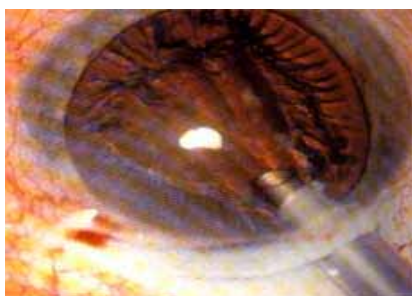


3. การเจาะถุงหุ้มเลนส์ด้านหน้า

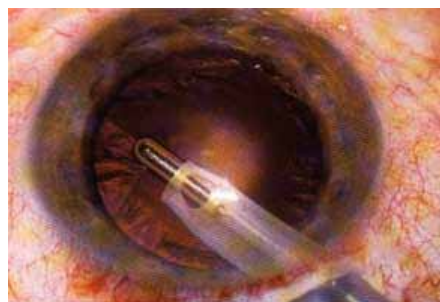


4. เริ่มใช้อัลตราซาวด์ปั่นเนื้อเลนส์และดูดออก

ภาพที่ 4 ขั้นตอนการผ่าตัดสลายต่อกระจกโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง



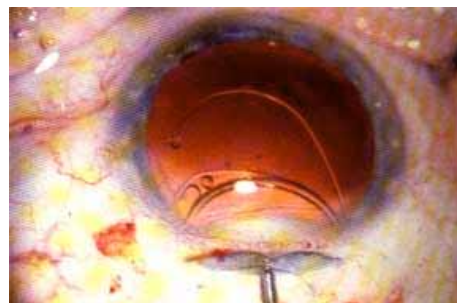
5. การใช้อัลตราซาวด์ปั่นเนื้อเลนส์ให้เป็นชิ้นเล็กๆและดูดออก



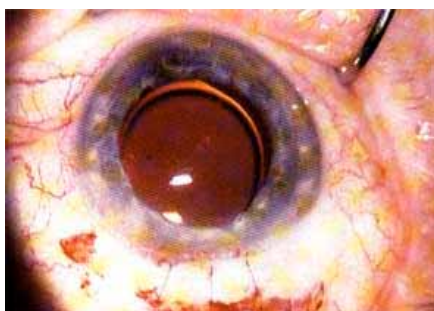
6. ดูดเอาเยื่อเลนส์ที่คงค้างออก



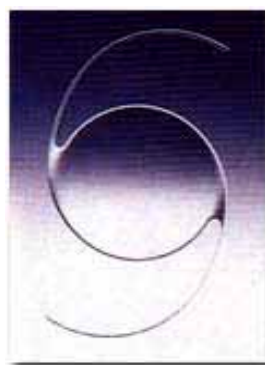
7. แสดงการใส่เลนส์เทียม



8. แสดงการใส่เลนส์เทียม



9. เลนส์เทียมอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมและเย็บแผลปิด (ถ้าแผลเล็กมาก ๆ อาจไม่จำเป็นต้องเย็บปิดเลยก็ได้)



เลนส์แก้วตาเทียม

ภาพที่ 4 (ต่อ)

ที่มา: วัฒน (2543)

ข้อดีของการผ่าตัดโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง

1. แผลเล็ก และไม่ทำให้เกิดสายตาเอียง ถ้าพบจะพบน้อยมาก โดยเฉลี่ย ร้อยละ 0.99 แผลเล็กใช้เวลาในการพักฟื้นน้อยลง
2. มีการระคายเคืองแผล เจ็บแผลน้อยกว่าวิธีอื่น เพราะไม่ได้เย็บแผล ถึงเย็บก็เย็บเพียงเล็กน้อยเท่านั้น
3. ใช้ได้ดีในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคที่ทำให้มีภาวะการรั่วของแผลซ้ำ เช่น โรคเบาหวาน
4. ถ้าจำเป็นต้องมีการผ่าตัดชนิดอื่นต่อจากการผ่าตัดต่อกระเจกก็สามารถทำได้ง่าย
5. ใช้พื้นที่ในการทำน้อย ใช้ได้ดีในผู้ป่วยบางรายที่ผ่าตัดต่อหีนมาหลายครั้ง
6. เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อย

ข้อเสียของการผ่าตัดโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง

1. เครื่องมือ อุปกรณ์ในการผ่าตัดมีราคาแพง
2. เซลล์เยื่อภายในกระเจกตา มีโอกาสกระทบกระเทือนมากกว่าการผ่าตัดชนิดอื่น เพราะเทคนิคในการทำยุ่งยาก โดยเฉพาะถ้าแพทย์ไม่มีความชำนาญ
3. มีข้อบ่งชี้ในการทำว่าแก้วตาต้องไม่แข็ง กระเจกตาต้องไม่ขุ่น ซึ่งถ้าทำการผ่าตัดไปจะทำให้ผลของการผ่าตัดไม่ดี ซึ่งเทียบกับวิธีอื่นสามารถทำได้ทุกกรณี

ในการทำผ่าตัดแต่ละชนิดย่อมมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาทั้งสิ้น ในกรณีการผ่าตัดโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงก็เช่นกัน ภาวะแทรกซ้อนที่เราพบบ่อยในระหว่างผ่าตัดได้แก่

1. ม่านตาได้รับอันตรายอาจเกิดการฉีกขาด
2. เปลือกเยื่อหุ้มแก้วตาด้านหลังแตก
3. เยื่อยึดแก้วตาดีก
4. แก้วตาคกไปช่องหลังลูกตา

ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วนั้น อาจเกิดขึ้นอย่างเดียวหรืออาจเกิดหลายอย่างพร้อมกันก็ได้ สาเหตุที่เกิดอาจจะเกิดจากเครื่องมือมีแรงดูด หรือแรงกระแทกมากเกินไปหรืออาจจะเกิดจากแพทย์ขาดความชำนาญ เป็นต้น (ขวัญตา และ สุจินดา, 2540)

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

1. ความดันในลูกตาสูง เกิดจากผลของกิจกรรมบางอย่างทำให้ความดันในลูกตาสูงทันที เช่น การไอ การจาม การอาเจียน การก้มหน้าต่ำกว่าระดับเอว การยกของหนัก การบีบตา การเบ่งถ่ายอุจจาระ และการนอนตะแคงข้างที่ผ่าตัด เป็นต้น
2. การดึงรั้งของแผลเย็บ เมื่อความดันในลูกตาสูงทำให้แผลเย็บถูกดึงรั้ง เกิดเลือดออกในช่องม่านตาได้ ผู้ป่วยจะปวดตาหรือไม่ก็ได้ขึ้นอยู่กับปริมาณเลือดที่ออกในช่องหน้าม่านตา
3. การติดเชื้อ เกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น จากตาข้างที่ผ่าตัดถูกน้ำ ผู้ป่วยขี้ตาจนเกิดเยื่อตาอักเสบ เป็นต้น การประเมินภาวะการติดเชื้อของตานั้นดูได้จากอาการปวดตามากถึงแม้จะได้รับยาแก้ปวดก็ไม่ทุเลา จากการตรวจตาพบว่ามียื้อมาก หนองตาขาวแดง เยื่อตาขาวแดง

4. เลือดออกในช่องม่านตา เกิดจากการฉีกขาดของเส้นเลือดม่านตาและซีเลียรี บอดี สาเหตุจากการถูกระแทกและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดไม่ถูกต้องของผู้ป่วย เช่น ไอ จามแรง ๆ เบ่งถ่ายอุจจาระ เป็นต้น

จากภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดต้อกระจกดังกล่าวมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้ อภิชาติ และคณะ (2540) ได้ศึกษาถึงภาวะโรคแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยโรคต้อกระจกภายหลังได้รับการผ่าตัด ซึ่งโรคแทรกซ้อนที่พบในการวิจัย ได้แก่ การติดเชื้อ ปวดตา แผลแยก มีเลือดออกภายในช่องลูกตา เกิดการเลื่อนหลุดของแก้วตาเทียม ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Kanski (1994) ที่พบว่าผู้ป่วยภายหลังทำผ่าตัดต้อกระจกและมีการติดเชื้อภายในลูกตาเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยตาบอดได้ถึงร้อยละ 50 ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะโรคแทรกซ้อนหลังทำผ่าตัดต้อกระจกก็คือ การปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องและเหมาะสมของผู้ป่วย นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติของโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะโรคแทรกซ้อนภายหลังทำผ่าตัดต้อกระจกได้

แก้วตาเทียม

สาเหตุที่ต้องทำการฝังแก้วตาเทียมในผู้ป่วยที่ผ่าตัดต้อกระจกนั้น เพราะเมื่อสมัย 40 ปีก่อนหน้านี้ ผู้ที่เป็นโรคต้อกระจก เมื่อได้รับการผ่าตัดแล้วจะต้องสวมแว่นตาพิเศษ (Plus lens) ที่มีขนาดหนามากและถึงแม้จะสวมแว่นตา และทำให้การมองเห็นชัดเจนขึ้นก็ตาม ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่สบายตา และมักมีปัญหาเกี่ยวกับแว่นตาเสมอ ในระยะต่อมามีเลนส์สัมผัส (Contact lens) เข้ามาใช้แทนแว่นตาให้แก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก ถึงแม้เลนส์สัมผัสจะทำให้ผู้ป่วยใช้สายตาสบายตามากขึ้นก็ตาม แต่ยังมีปัญหาอยู่เช่นกัน ทั้งนี้เพราะเลนส์สัมผัสนั้นมีราคาค่อนข้างสูง และเสื่อมสภาพง่ายต้องเปลี่ยนอยู่เสมอ ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายอยู่มาก และผู้ป่วยต้อกระจกมักจะเป็นผู้สูงอายุ และการใส่เลนส์สัมผัสนั้น ผู้ป่วยจะต้องถอดออกมาล้าง และใส่เข้าไปในตาใหม่ จึงเป็นภาระและลำบากแก่ผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง และเป็นภาระแก่ลูกหลานใกล้ชิด ที่จะต้องช่วยใส่เลนส์และถอดเลนส์สัมผัสมาล้างให้แก่ผู้ป่วย ในปัจจุบันนี้ได้มีการประดิษฐ์แก้วตาเทียมมาใช้กับผู้ป่วยโรคกระจก โดยฝังแก้วตาเทียมเข้าไปไว้ในตำแหน่งเดียวกับแก้วตาธรรมชาติในลูกตา ในขณะที่ทำการผ่าตัด จึงทำให้ปัญหาต่าง ๆ ดังกล่าวหมดไป (ขวัญตา และ สุจินดา, 2540)

แก้วตาเทียมแบ่งได้ 2 ชนิด

1. แก้วตาเทียม ทำมาจากสารสังเคราะห์โพลีเมอรั (Polymethylmethacrylate: PMMA) ไม่มีปฏิกิริยาต่อเนื้อเยื่อของตา คุณภาพการมองเห็นใกล้เคียงกับธรรมชาติมากที่สุด ส่วนประกอบจะแบ่งออกเป็นส่วนที่เป็นแก้วตา ทำหน้าที่หักเหแสง ส่วนนี้ทำด้วย PMMA มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางขนาด 5 มิลลิเมตร ถึงเส้นผ่าศูนย์กลาง 6 มิลลิเมตร อีกส่วนเราเรียกว่า ขาแก้วตาเทียม มีหน้าที่พยุงไม่ให้แก้วตาเทียมเคลื่อนที่

2. แก้วตาเทียมชนิดพับ ทำจากซิลิโคน (Silicone) แก้วตาเทียมชนิดนี้เพิ่งมีการคิดค้นขึ้นมาใหม่ สำหรับการผ่าตัดด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงโดยเฉพาะ เพราะแก้วตาเทียมสามารถพับเพื่อใส่ในแผลผ่าตัดที่มีขนาดเล็กได้ โดยที่ไม่ทำให้เกิดผลเสียต่อแก้วตาเทียม แก้วตาเทียมชนิดนี้จะมีราคาสูงกว่าแก้วตาเทียมชนิดปกติ อายุการใช้งานและคุณภาพจะเท่าเทียมแก้วตาเทียมปกติ

การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดสลายต้อกระจก เป็นความต้องการดูแลตนเอง เพื่อให้สุขภาพของตนเองกลับคืนสู่สภาพปกติได้เร็วที่สุด โดยมีการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง ดังต่อไปนี้ (ภารดี, 2543)

1. ใน 4 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด ควรนอนพักที่เตียง โดยสามารถพลิกตะแคงตัวได้ โดยไม่บิดตัวข้างที่ผ่าตัดภายใน 1 วัน
2. แปร่งฟันโดยไม่สั่งหน้าแรง ๆ หรือใช้น้ำยาบ้วนปากแทนการแปร่งฟันใน 3 วันแรก เพื่อป้องกันการกระทบกระเทือนแผล
3. ควรรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย รวมทั้งรับประทานผักผลไม้มากขึ้น เพื่อป้องกันอาการท้องผูก เพราะการเบ่งอุจจาระจะทำให้ความดันลูกตาสูง
4. หลีกเลี่ยงอาหารที่รสจัด หรืออาหารที่มีกลิ่นฉุน จะทำให้เกิดอาการไอ และจามได้
5. ห้ามก้มหน้ามาก หรือก้มต่ำกว่าระดับเอว เพราะการก้มต่ำทำให้ปวดแผลและมีเลือดออกในลูกตาได้

6. ห้ามสูบบุหรี่ หรือไอ จามแรง ๆ เพราะจะทำให้กระทบกระเทือนตาได้
7. ห้ามยกของหนักเกิน 1 กิโลกรัม
8. ดูแลรักษาความสะอาดบริเวณตา ไม่แคะ แคะ เกา เพื่อป้องกันการติดเชื้อ และการเลื่อนหลุดของเลนส์เทียม
9. ให้เช็ดหน้าแทนการล้างหน้า ห้ามน้ำเข้าตาข้างที่ผ่าตัด เพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อ
10. ระวังอย่าให้น้ำเข้าตาข้างที่ผ่าตัดภายใน 2 เดือน ห้ามใช้น้ำรดใบหน้า ควรใช้ผ้าขนหนูผืนเล็กชุบน้ำบิดพอหมาด ๆ เช็ดหน้าเบา ๆ เพื่อป้องกันไม่ให้น้ำเข้าตา ทำให้แผลแยกอักเสบ และเกิดการติดเชื้อได้
11. เช็ดตาโดยวิธีปราศจากเชื้อ โดยใช้สำลีมาเช็ดชุบน้ำต้มสุกที่เย็นแล้วเช็ดรอบ ๆ ตา อย่างเบามือ
12. หยอดตาและป้ายตาให้ถูกต้องตามคำสั่งแพทย์
13. ปิดตาด้วยผ้าปิดตา และครอบตาด้วยที่ครอบตาเพื่อป้องกันการกระทบกระเทือน

วิธีการเช็ดตา หยอดตา และป้ายตา

ภายหลังการผ่าตัดสลายต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง และใส่เลนส์แก้วตาเทียม แล้วการเช็ดตาเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด ผู้ป่วยต้องเช็ดตา ดังนี้ (ภารดี, 2543)

1. เตรียมสำลีที่สะอาดมาเช็ดแล้วและน้ำต้มสุก
2. แคะที่ครอบตาที่เป็นพลาสติกออก เพื่อนำเอาไปทำความสะอาด และหลังจากนั้น แคะเอาผ้าปิดตาทิ้ง

3. ล้างมือด้วยสบู่ให้สะอาดก่อนการเช็ดตาทุกครั้งและซับมือให้แห้งด้วยผ้าสะอาด
4. หยิบสำลี 2 - 3 ก้อน ชุบน้ำต้มสุก บีบให้หมาด ๆ เริ่มเช็ดจากเปลือกตาบน เช็ดหัวตาไปหางตาอย่างเบามือ และเช็ดขอบตาล่างจากหัวตาไปหางตาอย่างเบามือ ใช้สำลีสัมผัสเพียงเปลือกตาเท่านั้น ห้ามกดน้ำหนักบนลูกตาโดยเด็ดขาด
5. เมื่อเห็นว่าเปลือกตาสะอาดดีแล้ว จึงหยอดตาหรือป้ายยาที่ตาตามที่แพทย์สั่ง โดยหยอด หรือป้ายที่กระพุ้งตาล่าง ระวังอย่าให้โดนตาโดยตรง

การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้าน

ภายหลังการผ่าตัดสลายต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง และใส่เลนส์แก้วตาเทียม แล้วการกลับไปรักษาตัวที่บ้านผู้ป่วยต้องปฏิบัติตน ดังนี้ (การดี, 2543)

1. ห้ามไม่ให้น้ำเข้าตา
 - 1.1 ไม่อาบน้ำฝักบัวหรือลงอาบน้ำในแม่น้ำลำคลอง
 - 1.2 ในขณะที่อาบน้ำห้ามเอาน้ำราดศีรษะ
 - 1.3 ห้ามสระผมเอง ถ้าจำเป็นควรนอนให้ผู้อื่นสระให้
 - 1.4 ห้ามใช้น้ำล้างหน้าให้ใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำบิดหมาด ๆ เช็ดหน้าเบา ๆ
2. ห้ามการปฏิบัติที่จะก่อให้เกิดการกระทบกระเทือนถึงตา
 - 2.1 แปร่งฟันได้แต่ต้องแปร่งเบา ๆ ไม่ส่ายหน้าไปมา และระวังอย่าให้มีคลื่นไส้อาเจียน
 - 2.2 ห้ามไอ หรือจามแรง ๆ ถ้าจำเป็น ต้องพยายามไม่ปล่อยให้อาไอ หรือจามเต็มที่ เกี้ยวมากได้แต่ห้ามดำหมากเอง

- 2.3 หลังผ่าตัด 2 เดือนแรก ห้ามยกของหนักและห้ามทำงานหนักที่จะทำให้
- 2.4 กระแทกกระเเทือนถึงตาได้ เช่น ขุดดิน ผ่าฟัน
- 2.5 ถ้าต้องการซักผ้าด้วยตนเองพยายามอย่าก้มหน้า
- 2.6 ห้ามนอนคว่ำ ห้ามก้มหน้าต่ำกว่าระดับเอว ห้ามก้มลงเก็บของถ้าจำเป็นต้องก้ม
ให้นั่งลงเก็บ
- 2.7 ระวังไม่ให้ท้องผูก
- 2.8 ห้ามขี้ตา และห้ามใช้ผ้าทุกชนิดเช็ดตา
- 2.9 เวลานอนให้ใช้ที่ครอบตาทุกครั้งอย่างน้อย 1 เดือนหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันการ
ขี้ตา
- 2.10 ห้ามใช้สายตามาก เช่น อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ติดต่อกันนานกว่าครึ่งชั่วโมง
- 2.11 ห้ามมองไปกลางแดด และควรสวมแว่นกันแดดเวลาออกนอกบ้าน
- 2.12 ไม่ควรประกอบอาหาร หรือทำความสะอาดบ้านที่มีควัน หรือฝุ่นฟุ้งกระจาย
ประมาณ 1 เดือน เพราะอาจทำให้ตาอักเสบได้
- 2.13 ไม่ควรเดินทางไกล ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเดินทางที่กระทบกระเทือนมาก ๆ
- 2.14 ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่เครื่องเทศ หรือรสจัดจะทำให้ไอ หรือจามได้
- 2.15 ไม่ควรเล่นกับเด็กเล็ก สัตว์เลี้ยง เช่น แมว สุนัข เพราะอาจทำให้เกิดอันตรายได้

3. ยาหยอดตา ยาป้ายตา ที่แพทย์ให้ไปควรรักษาเฉพาะข้างที่ผ่าตัดเท่านั้น

3.1 ห้ามนำยาไปใช้กับบุคคลอื่น

3.2 ก่อนหยอดตา ป้ายตา ควรล้างมือฟอกสบู่ให้สะอาดทุกครั้ง

4. ต้องมาตรวจตามแพทย์นัด ถ้ามีปัญหา หรือมีอาการผิดปกติ เช่น ตาแดง ปวดตามาก ต้มัวลง หรือมีขี้ตา ควรมาพบแพทย์ก่อนเวลานัด

ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้ทฤษฎีในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีต่อไปนี้มาเป็นพื้นฐานในการวิจัย

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม

ในปี ค.ศ. 1971 โอเรม เสนอแนวคิดการทางการแพทย์ที่อธิบายแนวคิดการดูแลตนเอง ระบบการพยาบาล และปัจจัยพื้นฐาน ต่อมา มีการพัฒนาแนวคิดให้มีความชัดเจนมากขึ้น โดยการเพิ่มเติมแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความสามารถทางการแพทย์ และความพร้อมในการดูแลตนเอง โดยมีข้อตกลงเบื้องต้น มโนทัศน์และสาระของทฤษฎีดังนี้

ข้อตกลงพื้นฐาน

โอเรม กล่าวถึง ข้อตกลงพื้นฐานเกี่ยวกับมนุษย์หรือบุคคล (Human being) ดังนี้ (สมจิต, 2536)

1. บุคคลต้องการสิ่งกระตุ้นที่มีระบบระเบียบและเจาะจง (deliberate inputs) ให้กับตนเอง และสิ่งแวดล้อมของตนอย่างต่อเนื่อง เพื่อการมีชีวิตรอดและทำหน้าที่ได้ตามความสามารถของแต่ละคน

2. ความสามารถของบุคคล (Human agency) เป็นความสามารถในการกระทำอย่างจงใจ ในรูปของการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการสำหรับตนเองและผู้อื่น
3. บุคคลมีโอกาที่จะประสบกับข้อจำกัดในการดูแลตนเองและดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ ความรับผิดชอบในการดำรงไว้ซึ่งชีวิตและหน้าที่ของตนเอง
4. บุคคลใช้ความสามารถในการค้นหา พัฒนา และถ่ายทอดวิธีการสนองตอบต่อ ความต้องการของตนเองและผู้อื่น
5. กลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีโครงสร้างจะแบ่งงานกันรับผิดชอบ เพื่อที่จะ ดูแลสมาชิกในกลุ่ม

มโนคติหลักของทฤษฎี (Major concept) (สมจิต, 2536)

การดูแลตนเอง (self-care)

การดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำอย่างมีเป้าหมาย เป็นกิจกรรม ที่สามารถเรียนรู้ได้จากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม เพื่อดำรงรักษาชีวิต สุขภาพ และ ความผาสุกในชีวิต การดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพจะส่งเสริมให้มีโครงสร้างการทำหน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสูงสุด การกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action) เป็นกระบวนการกระทำด้วยความตั้งใจและเจตนาที่จะให้บรรลุผลหรือเป้าหมาย ตามที่ต้องการประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

1. ระยะการพิจารณาตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำเป็นระยะการพิจารณาเพื่อที่จะให้เข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และสถานการณ์สิ่งแวดล้อม พิจารณาผลลัพธ์ของการกระทำและตัดสินใจว่าจะกระทำหรือไม่กระทำ
2. ระยะการกระทำและผลของการกระทำ โดยเริ่มจากการตัดสินใจว่าจะทำอะไร วางแผนอย่างไร จากนั้นลงมือกระทำจนสิ้นสุดการกระทำและผลของการกระทำที่บรรลุเป้าหมาย หรือไม่บรรลุเป้าหมาย

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand)

ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่จำเป็นต้องกระทำในระยะเวลาหนึ่ง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นเพื่อส่งเสริมสุขภาพ สวัสดิภาพ ตลอดจนความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล การดูแลตนเองที่จำเป็นประกอบด้วย

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) ประกอบด้วย

1.1 การคงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

1.2 การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

1.3 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

1.4 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.5 การป้องกันอันตรายต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

1.6 การส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites)

เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรืออุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การเสียชีวิต

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลเอง เมื่อมีความพิการ หรือความเจ็บป่วย การดูแลตนเองในภาวะนี้มี 6 อย่าง คือ

- 3.1 แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น บุคลากร
สุขภาพ
- 3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพรวมทั้งผลที่กระทบต่อพัฒนาการ
- 3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันโรค
- 3.4 รับรู้ และสนใจที่จะคอยปรับ และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียง
ของการรักษา
- 3.5 ดัดแปลงอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง
- 3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือผลของการวินิจฉัย

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency)

เป็นความสามารถที่พัฒนาขึ้นอย่างซับซ้อนของบุคคลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ในการคงไว้ซึ่งกระบวนการดำรงชีวิต หรือส่งเสริมความสมบูรณ์ของโครงสร้าง การทำหน้าที่ และพัฒนาการของบุคคลและส่งเสริมความผาสุก ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้อย่างจงใจของบุคคลที่เปลี่ยนแปลงตามระยะพัฒนาการ ตั้งแต่วัยทารกจนถึงวัยชรา หรือเปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพและปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้โครงสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง มี 3 ระดับ คือ

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง เป็นความสามารถในการคาดการณ์ปรับเปลี่ยน และการลงมือปฏิบัติ
2. พลังความสามารถในการดูแลตนเอง เช่น การดูแลเอาใจใส่ สนใจตนเอง ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองอย่างเพียงพอ เป็นต้น

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานซึ่งเป็นความสามารถที่จะรู้ ที่จะทำ และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ

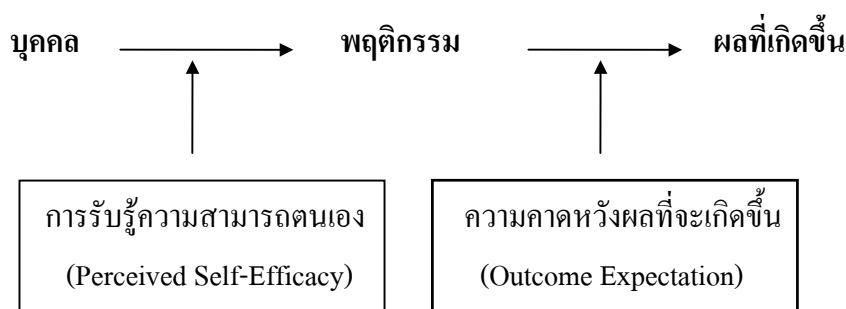
ความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-care deficit)

เป็นภาวะไม่สมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความพร้อมในการดูแลตนเอง จำแนกออกเป็นความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างสมบูรณ์ คือ ไม่สามารถดูแลตนเองได้เลย และความพร้อมในการดูแลตนเองบางส่วน คือ ภาวะที่บุคคลมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองบางส่วน

ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self Efficacy Theory)

Bandura (1989) เป็นนักจิตวิทยาชาวแคนาดา ผู้ที่ศึกษาค้นคว้าและพัฒนาทฤษฎีความสามารถตนเอง โดยมีหลักการมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ที่มีแนวคิดว่าพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงได้โดยการสังเกตและเลียนแบบ แบบดูลำ มีความเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คน อาจจะมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าบุคคล 2 คนนี้ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่างกัน ในบุคคลคนเดียวก็เช่นกัน ถ้าการรับรู้ความสามารถของตนเองแต่ละสภาพการณ์ต่างกันก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกัน แบบดูลำ พบว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้น สิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาพการณ์นั้น ๆ นั่นเอง นั่นคือถ้าเรามีความเชื่อว่ามีประสิทธิภาพก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุทิศเวลา ไม่ท้อถอยง่าย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (สมโภชน์, 2539)

การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จะเกี่ยวข้องหรือแตกต่างกันอย่างไรกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Outcome Expectation) เพื่อให้เข้าใจและชัดเจน (Bandura, 1986) ได้เสนอภาพแสดงความแตกต่างระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น ดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 แสดงความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังที่จะเกิดขึ้น

ที่มา: Bandura (1986)

การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นนั้น เป็นการตัดสินใจว่า ผลกรรมใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว ตัวอย่างเช่น นักกีฬามีความเชื่อว่า เขาสามารถกระโดดได้สูงถึง 6 ฟุต ความเชื่อดังกล่าว เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเอง การได้รับการยอมรับจากสังคม การได้รับรางวัล การพึงพอใจในตนเองที่กระโดดได้สูงถึง 6 ฟุต เป็นความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น แต่ควรระวังความเข้าใจผิดเกี่ยวกับความหมายของคำว่า ผลที่เกิดขึ้นในที่นี้จะหมายถึงผลกรรมของการกระทำพฤติกรรมเท่านั้น มิได้หมายถึงผลที่แสดงถึงการกระทำพฤติกรรม เพราะว่าผลที่แสดงถึงการกระทำพฤติกรรมนั้น จะพิจารณาว่าพฤติกรรมนั้นสามารถทำได้ตามการตัดสินใจความสามารถของตนเองหรือไม่ นั่น คือ จะกระโดดได้สูงถึง 6 ฟุตหรือไม่ ซึ่งการจะกระโดดได้สูงถึง 6 ฟุต หรือไม่นั้น มิใช่เป็นการคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นซึ่งมุ่งถึงผลกรรมที่จะได้จากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว

การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้น มีความสัมพันธ์กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้ มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ ซึ่งจะเห็นได้จากภาพที่ 6

ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น

		สูง	ต่ำ
การรับรู้ ความสามารถ ตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะ ทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำแน่นอน

ภาพที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังผล ที่จะเกิดขึ้น

ที่มา: Bandura (1986)

จากภาพที่ 2 จะเห็นความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองกับความคาดหวังผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นได้ว่า ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูง และมีความคาดหวังในผลของการกระทำสูงเช่นเดียวกันบุคคลจะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอนในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำ และมีความคาดหวังในผลของการกระทำต่ำด้วย หรือมีการรับรู้ความสามารถตนเองส่วนใดส่วนหนึ่งต่ำ บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรมนั้น นอกจากนี้ แบนดูรา ยังได้กล่าวถึงบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงอีกว่า บุคคลเหล่านี้มักจะมี ความคาดหวังในผลของการกระทำที่สูงอีกด้วย ในขณะที่บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับต่ำ จะมีความคาดหวังในผลของการกระทำในระดับปานกลางหรือต่ำเช่นกัน

การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น ไม่สามารถจะแยกออกจากกันได้เด็ดขาด เพราะบุคคลจะมองผลที่เกิดขึ้นว่า เป็นสิ่งที่แสดงถึงความพอเหมาะพอเพียงของพฤติกรรมอื่นใดต่อไปอีกหรือไม่ ถ้าเราสามารถควบคุมตัวแปรต่างๆ ในการวิเคราะห์ผลทางสถิติแล้ว จะพบว่าความคาดหวังในความสามารถของตนเอง จะเป็นตัวทำนายถึงแนวโน้มการกระทำพฤติกรรมได้ดีกว่าความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสามารถของตนเอง

Bandura (1977) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดความสามารถตนเองว่ามีปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. แหล่งของความเชื่อในความสามารถ (Sources of Self-Efficacy Beliefs)
2. กระบวนการกระตุ้นความสามารถ (Efficacy Activated Processes)
3. ผลประโยชน์ในแง่ดีที่มีต่อความเชื่อในความสามารถตนเอง (Adaptive Benefits of Optimistic Self-Beliefs of Efficacy)
4. การพัฒนาและการฝึกหัดการมีความสามารถตนเองตลอดชีวิต (Development of Self-Efficacy over the Lifespan)

1. แหล่งของความเชื่อในความสามารถ (Sources of Self-Efficacy Beliefs)

การพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง แบนดูรา ได้นำเสนอไว้ 4 วิธี ดังนี้

1.1 ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) แบนดูรา (Bandura, 1977) เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์ตรงของความสำเร็จที่ทำให้เพิ่มความสามารถของตนเองและบุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถทำได้ ดังนั้น ในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อม ๆ กับการทำให้เขายอมรับรู้ว่าเขามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้นได้ และจะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถนั้นจะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ แต่จะพยายามทำงานต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

1.2 การใช้ตัวแบบ (Modeling) การได้สังเกตเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรม ที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกระทบที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตได้ฝึกความรู้สึกว่า เขาก็จะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริงจังและไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขามีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคล ที่มีความกลัวต่อสิ่งต่างๆ โดยที่ให้ผู้ดูตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง ถ้าบุคคลได้เห็นตัวแบบที่คล้ายคลึงกับตัวเขา และเมื่อใช้ความพยายามแล้วประสบความสำเร็จ ก็จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความเชื่อว่าเขาก็มีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ เมื่อกระทำกิจกรรมแบบเดียวกันกับตัวแบบ ดังนั้นตัวแบบที่มีอิทธิพลจะต้องมีความคล้ายคลึงกับผู้สังเกต เพราะเขาจะรับเอาความรู้สึกสำเร็จ หรือล้มเหลวมาด้วย แต่ถ้าบุคคลเห็นว่าตัวแบบมีความแตกต่างกับเขา การสังเกตนั้นจะไม่มีอิทธิพลต่อตัวเขาเลย

1.3 การชักจูงโดยใช้คำพูด (Verbal Persuasion) เป็นวิธีที่สร้างการรับรู้ของบุคคลว่าตัวเองมีความสามารถที่จะกระทำให้สิ่งหนึ่งสิ่งใดได้สำเร็จ บุคคลที่ถูกชักชวนด้วยการใช้คำพูดว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำให้สิ่งหนึ่งสิ่งใดได้สำเร็จ เขาจะใช้ความพยายามเพิ่มขึ้นและยาวนานขึ้น แต่หากใช้คำพูดที่เกินความจริงจะทำให้ผลตรงกันข้าม เพราะจะสร้างให้เกิดความผิดหวังซึ่งเขาจะรู้สึกว่าเขาไม่มีความสามารถเพียงพอ เขาก็จะหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ยาก และยอมแพ้เมื่อพบอุปสรรค การใช้กิจกรรมที่ยาก และไม่มีการชักจูงใจ จะทำให้เกิดความสงสัยในความสามารถของตนเอง การเพิ่มความเชื่อของบุคคลในความสามารถของเขา การให้ตัวอย่างที่ผู้ทำแล้วประสบความสำเร็จจะให้ผลมากกว่าการให้คำชมเชย ดังนั้นควรจะสร้างสถานการณ์เพื่อให้เกิดความสำเร็จ และหลีกเลี่ยงที่จะนำไปสู่สถานการณ์ที่เขาไม่ประสบความสำเร็จ และควรระวังผลของความล้มเหลวโดยวัดจากพัฒนาการของตนเองมากกว่าการจะเอาชนะผู้อื่น

1.4 การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) เป็นการใช้สภาวะทางร่างกายและอารมณ์ เพื่อตัดสินใจความสามารถของเขา ซึ่งเขาจะประเมินว่าความเครียด และเหนื่อยล้าของตนเองเป็นสิ่งที่บั่นทอนการแสดงพฤติกรรมตนเองให้ลดลง และอารมณ์นั้นจะมีผลต่อการตัดสินใจในความสามารถของตนเอง โดยอารมณ์ทางบวกจะกระตุ้นการรับรู้ความสามารถ อารมณ์ที่ขุ่นมัวจะทำให้การรับรู้ความสามารถตนเองลดลง และในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความแข็งแรง และความพยายาม บุคคลจะตัดสินใจว่าความเหนื่อยล้า ความเจ็บปวดจึงเป็นการแสดงถึงการไม่มีความสามารถทางกาย ดังนั้น การเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองโดยลดความเครียด และเปลี่ยนอารมณ์ทางลบให้เป็นอารมณ์ทางบวก ทำให้การตัดสินใจสภาวะทางกายไปในทางที่ถูกต้อง

ความสำคัญของการกระตุ้นอารมณ์ ไม่ได้อยู่ที่ว่าสภาวะร่างกาย และจิตใจ จะมีความเข้มแข็งเท่าไร แต่ความสำคัญอยู่ที่ว่าเขาจะรับรู้ และแปลความหมายอย่างไร บุคคลที่มีความรู้สึกในความสามารถของตนเองสูง จะเห็นได้ว่าสภาวะของเขานั้นสามารถ ปลุกเร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจะช่วยส่งเสริมพลังในการแสดงพฤติกรรม แต่บุคคลที่มีความสงสัยในตนเอง จะวัดความสามารถได้ด้วยสภาวะทางสรีระวิทยา และอารมณ์เป็นตัวชี้วัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อสภาวะสุขภาพ และกิจกรรมที่ใช้สรีระทางร่างกายเป็นตัวแสดงพฤติกรรม

2. กระบวนการกระตุ้นความสามารถ (Efficacy- Activted Processes)

ผลงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการทางจิตวิทยา พบว่า มีปัจจัยสำคัญ 4 กระบวนการ ที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จความสามารถตนเอง ที่มีผลต่อพฤติกรรมมนุษย์ได้แก่

2.1 กระบวนการรู้คิด (Cognitive Processes)

การเชื่อในความสามารถตนเองต่อกระบวนการรู้คิดนั้น ได้มีรูปแบบที่หลากหลาย พฤติกรรมมนุษย์จะถูกบังคับ โดยเป้าหมายที่มีค่านิยมเป็นตัวกำหนด และจากการประเมิน ความสามารถของตนเอง ซึ่งบุคคลที่มีความเชื่อในความสามารถสูง จะมองว่าความสำเร็จจะเป็น แนวทาง และจะช่วยสนับสนุนการกระทำกิจกรรมต่างๆ ให้สำเร็จ แต่บุคคลที่มีความไม่แน่ใจ ในความสามารถตนเองจะมองภาพความล้มเหลวก่อนสิ่งอื่น ซึ่งจะทำให้เขาประสบความสำเร็จ ได้ยาก โดยเฉพาะในขณะที่เขายังต้องต่อสู้กับความสงสัยในตัวเองอยู่

หน้าที่สำคัญของความคิดคือ ช่วยให้บุคคลคาดเดาเหตุการณ์ และพัฒนาหนทาง ที่จะควบคุมสิ่งที่มีผลต่อวิถีชีวิตของเขา ทักษะดังกล่าว ต้องผ่านกระบวนการทางความคิด ที่มีประสิทธิภาพ ที่สามารถจัดการกับข้อมูลข่าวสารที่กำกวมและไม่แน่นอน ซึ่งในการเรียนรู้ บทบาท การคาดเดา และการควบคุมพฤติกรรมตนเองนั้น จะต้องดึงความรู้ของเขาเพื่อสร้าง วิถีทาง เพื่อชั่งน้ำหนักและประยุกต์ปัจจัยที่ใช้คาดเดาเพื่อทดสอบและทบทวนข้อพิจารณาถึง ผลที่เกิดขึ้นทันทีทันใด และที่จะเกิดขึ้นในภายหลังของการกระทำของเขา เพื่อจะจดจำว่าปัจจัยใด ที่เหมาะสมและได้ผลเช่นไร

บุคคลที่ต้องเผชิญกับสภาวะที่ต้องการจัดการกับสถานการณ์ที่มีความยากลำบาก บุคคลที่ไม่มีความมั่นใจเกี่ยวกับความสามารถ จะมีความคิดวิเคราะห์ที่หลีกเลี่ยงในการกระทำมากขึ้น โดยทำให้ลดความต้องการลง และคุณภาพของการกระทำก็จะเลวลง ในทางตรงกันข้าม บุคคลที่ยังมีความเชื่อในความสามารถตนเอง จะรู้สึกว่าเป็นเป้าหมายเหล่านั้น ให้ความท้าทายและจะคิดวิเคราะห์อย่างดีที่จะทำให้เป้าหมายนั้นสำเร็จลงได้

2.2 กระบวนการจูงใจ (Motivational Processes)

การจูงใจมนุษย์นั้น เกิดจากการรู้สึก บุคคลจะจูงใจตนเอง และมีความคาดหวัง ในกิจกรรมที่ตนเองกระทำลงไป โดยการฝึกความคิดล่วงหน้า เขาจะสร้างความเชื่อเกี่ยวกับ ความสามารถว่าจะทำอะไรได้ เขาจะคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในกิจกรรมนั้น ๆ เขาจะสร้าง เป้าประสงค์ เพื่อตนเองและวางแผนที่จะกระทำให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ในอนาคต

แรงจูงใจ จะขึ้นอยู่กับเป้าหมาย หรือมาตรฐานส่วนบุคคลนั้น จะถูกควบคุม โดยอิทธิพลของตนเอง 3 แบบ ได้แก่ ความพอใจ และความไม่พอใจตนเองในปฏิกิริยาที่มีต่อ พฤติกรรมของบุคคลอื่น การรับรู้ความสามารถตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และการจัดการ กับเป้าหมายส่วนตัวเสียใหม่ การเชื่อในความสามารถตนเองจะมีผลต่อการจูงใจในหลาย ๆ ทาง เช่น การคาดเดาเป้าหมายของผู้อื่นที่มีผลต่อพฤติกรรมของเขา เขาจะต้องใช้ความพยายาม เขาจะต้องใช้ความอดทนที่จะเผชิญความยากลำบากได้ และการปรับตัวได้กับความล้มเหลว เมื่อเผชิญกับอุปสรรคบุคคลที่มีความไม่แน่ใจในความสามารถตนเองจะมีความพยายามน้อย และยกเลิกกิจกรรมในเวลาไม่ช้า คนที่มีความเชื่อในความสามารถตนเองจะมีความพยายามมากขึ้น เมื่อล้มเหลว และเป็นตัวทำนายของความท้าทาย ให้เกิดความอดทนที่เข้มแข็งและจะช่วยให้ การกระทำสำเร็จ

2.3 กระบวนการความรู้สึก (Affective Processes)

บุคคลที่มีความเชื่อในความสามารถของตนเองต่อความเครียด และความรู้สึก ต่ำต้อย เมื่อเขาอยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบาก หรือเป็นอันตราย เช่นเดียวกันกับระดับของแรงจูงใจ และการรับรู้ความสามารถตนเองที่จะเข้าควบคุมความเครียด ก็เป็นบทบาทสำคัญในการกระตุ้น ให้บุคคลเชื่อว่าตัวเขาสามารถควบคุมอันตรายได้ อันตรายนั่น ๆ ก็จะไม่สามารถทำให้แบบแผน

ความคิดของเขาอ่อนแอลง (เกิดความกังวล) แต่ถ้าบุคคลที่คิดว่าตนเองไม่สามารถควบคุมอันตรายได้ ก็มีความวิตกกังวลสูง บุคคลเหล่านี้จะมีความอดทนต่ำ เขาจะมองสิ่งแวดล้อมของเขาว่าเต็มไปด้วยอันตรายเขาจะมองเห็นเหตุการณ์ต่าง ๆ เหล่านั้น ร้ายแรงเกินจากความเป็นจริง และจากความคิดอย่างไม่มีประสิทธิภาพนี้ทำให้เกิดความเครียด และลดระดับความสามารถของการรับรู้ความสามารถตนเองนั้น จะทำให้เกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยงได้เช่นเดียวกับการเกิดความวิตกกังวล ดังนั้น ความรู้สึกในความสามารถตนเองมีมากเท่าไร บุคคลก็จะสามารถทำกิจกรรมที่เป็นอันตรายได้มาก

ความวิตกกังวล จะไม่ใช่ผลเพียงรับรู้ความสามารถในการอดทน แต่จะทำให้เกิดการรับรู้ว่าจะควบคุมความคิดฟุ้งซ่านได้อย่างไร การรับรู้ความสามารถ ในการควบคุม กระบวนการความคิดเป็นกุญแจสำคัญ ในการกำกับความคิดที่ทำให้เกิดความเครียด และอารมณ์เศร้าหมอง แหล่งสำคัญของความยากลำบากนั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้ที่ไม่สามารถกำจัดมันออกไปได้ ไม่ใช่ความถี่ของความยากลำบากนั้น การรับรู้ความสามารถในการทำงาน และความสามารถ ในการควบคุมต่อสิ่งต่าง ๆ จะผสมผสานกัน เพื่อลดความวิตกกังวลและพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงได้

2.4 กระบวนการเลือกสรร (Selection Processes)

ความเชื่อในความสามารถตนเองสามารถปรับแต่งให้เกิดขึ้น โดยอิทธิพลของกิจกรรม และสิ่งแวดล้อมที่เขาเลือก บุคคลจะหลีกเลี่ยงกิจกรรมและสถานการณ์ที่เขาเชื่อว่าเกินความสามารถของเขา แต่เขาพร้อมที่จะทำกิจกรรมที่ท้าทาย และเลือกที่จะพิจารณาด้วยตัวของเขาเอง ว่าเขาจะจัดการกับการเลือกของเขา บุคคลจะก่อให้เกิดการแข่งขันต่าง ๆ กัน ความสนใจและเครือข่ายทางสังคมที่ตัดสินใจการดำรงชีวิต ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรม จะมีผลต่อทิศทางการพัฒนาบุคลิกภาพ ทั้งนี้เพราะสังคมมีอิทธิพลในการเลือกสิ่งแวดล้อมที่จะส่งผลต่อเนื่องไปสู่การส่งเสริมการแข่งขันที่มั่นคง ค่านิยม และความสนใจ トラบเท่าที่ตัวเขาทำการตัดสินใจจะกระทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ประโยชน์ในการรับในแง่ดีที่มีต่อความเชื่อในความสามารถตนเอง (Adaptive Benefits of Optimistic Self-Beliefs of Efficacy)

จากการศึกษา ที่แสดงถึงความสำเร็จ และความผาสุกนั้น คือ การต้องการความรู้สึกที่ดีต่อความสำเร็จของตนเอง ทั้งนี้เนื่องจาก ในสังคมนั้นเต็มไปด้วยความแตกแยก ความคับข้อง และความไม่เท่าเทียมกัน บุคคลจึงต้องมีความรู้สึกทางด้านในความสามารถส่วนตัวที่เข้มแข็ง เพื่อให้ความพยายามที่จะกระทำได้นั้นสำเร็จนั้นยิ่งขึ้น เมื่อต้องเผชิญกับอุปสรรคจะทำให้ลดความพยายาม

บุคคลที่ประสบความสำเร็จด้านต่าง ๆ เช่น นักผจญภัย บุคคลที่อยู่ในสังคมได้ดี บุคคลที่ไม่มีความรู้สึกต่ำต้อย บุคคลที่ช่วยพัฒนาสังคม และนักประดิษฐ์ เป็นต้น ได้มองความสามารถของตนในด้านดี เพื่อการควบคุมเหตุการณ์ที่มีผลต่อชีวิตของเขา และเชื่อว่าความสามารถตนเองจะทำให้เกิดความผาสุกและประสบความสำเร็จ สิ่งที่ทำต่าง ๆ นั้นเป็นกลุ่มของปัญหาที่ต้องการความพยายามหลายอย่างที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปได้ การทำให้กลุ่มองค์กร และชาติจะเข้มแข็งขึ้น และมีส่วนช่วยให้บุคคลรู้สึกถึงความสามารถของตนเอง ในการที่เขาสามารถแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ และปรับปรุงชีวิตโดยใช้ความพยายามให้มากขึ้น

4. การพัฒนาและฝึกความสามารถตลอดชีวิต (Development and Exercise of Self-Efficacy over the Lifespan)

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง และทฤษฎีความสามารถตนเองมาประยุกต์ใช้ในการทำวิจัยในครั้งนี้ โดยนำมาใช้ในการดำเนินการจัดกิจกรรมสุขศึกษา โดยเน้นถึงบุคคล สิ่งแวดล้อม สุขภาพ โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองซึ่งในทฤษฎีกล่าวถึงการพยาบาลความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความสามารถทางการพยาบาล และความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระเจก และทฤษฎีความสามารถตนเองประยุกต์ใช้แนวคิดเรื่องพฤติกรรมและผลที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้โดยใช้ความรู้ที่ได้จากโปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลายต่อกระเจก และใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองประเมินความเชื่อมั่นในความสามารถของตัวผู้ป่วยว่าสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องตามคำแนะนำของผู้วิจัยหรือไม่ ซึ่งเมื่อนำ 2 ทฤษฎี มาประยุกต์ใช้ทำให้ผู้ป่วยรู้ถึงศักยภาพในการดูแลตนเองของตน และมีความรู้เพิ่มมากขึ้นในการดูแลตนเองที่ถูกต้องหลังผ่าตัดสลายต่อกระเจกทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียเนื่องจากการปฏิบัติตน

ไม่ถูกต้องของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสะพรั่งศักดิ์ (2540) ที่ศึกษาการประยุกต์ ทฤษฎีความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยโรค พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีความรู้ การรับรู้ความสามารถ และความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา สูงกว่าก่อนการทดลอง และศิริมา (2541) พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ความสามารถตน การคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่า ก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลวิธีการทางสุขศึกษา (Method of Health Education)

กลวิธีทางสุขศึกษาเป็นกระบวนการที่วางแผนไว้อย่างมีระบบและมีจุดมุ่งหมายที่จะทำให้ บุคคล ครอบครัว และชุมชน สามารถคิดและหาเหตุผลด้วยตนเอง รวมทั้งการเลือก และ การตัดสินใจ ที่จะปฏิบัติตามในทางที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดสุขภาพในทางที่ดีตลอดไป (กิดานันท์, 2536)

วิธีการ หมายถึง การจัดการ การทำให้เป็นระบบเป็นระเบียบรวมทั้งกระบวนการ จัดดำเนินการสอนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

สุขศึกษา หมายถึง กระบวนการจัดประสบการณ์ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ประชาชน ได้เกิดการเรียนรู้ มีทัศนคติที่เหมาะสม ซึ่งจะเอื้ออำนวยให้บุคคลมีแนวโน้มในการปฏิบัติตน ที่เหมาะสม การมีสุขภาพอันพึงประสงค์ สุขศึกษามีจุดมุ่งหมายในระยะต้นที่การจัดประสบการณ์ การรับรู้และการเรียนรู้ในข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ในการดูแลสุขภาพทั้งในภาวะปกติและ ในภาวะเมื่อเจ็บป่วย (นิตยา และคณะ, 2546)

สื่อการสอน (Instruction Media) หมายถึง ช่องทางหรือสิ่งที่ทำให้การสอนของผู้สอน ไปถึงผู้เรียน ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ตามวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายที่ผู้สอนวางไว้เป็น อย่างดี (กิดานันท์, 2536)

วิธีการทางสุขศึกษาเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ เพราะความรู้ของวิชาสุขศึกษารวมเอา ข้อเท็จจริง หลักการและแนวคิดที่เกี่ยวกับความเป็นอยู่ของชีวิตมนุษย์เข้าด้วยกัน เป็นวิทยาศาสตร์ ประยุกต์สาขาหนึ่งที่ต้องอาศัยความรู้จากวิชาสังคมวิทยา จิตวิทยา วิทยาศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์มาใช้ประสานกัน เป็นการเตรียมประสบการณ์การเรียนรู้ เพื่อที่จะถ่ายทอดความรู้ ข้อเท็จจริง แนวคิดหลักการที่ถูกต้องและเหมาะสมทางด้านสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิด การเรียนรู้ที่แท้จริง อันจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่ไม่ชอบให้เป็นชอบ จากสิ่งที่ทำ ไม่ได้ให้เป็นทำได้เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดี

ในการให้สุขศึกษานั้น ถ้าต้องการให้ผู้ฟังเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความเชื่อ เปลี่ยนทัศนคติ การปฏิบัติตัว อาจต้องใช้วิธีการสุขศึกษาหลายๆ วิธี ต้องใช้เวลา ใช้กระบวนการ การสอนสื่อการสอนอื่นๆ ประกอบ และจำเป็นต้องให้สุขศึกษาบ่อยๆ และต่อเนื่อง เพื่อให้เกิด ความรู้ความศรัทธา และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

การให้สุขศึกษาโดยวิธีการบรรยาย

การบรรยาย หมายถึง การพูด การเล่าเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เป็นการให้เนื้อหาแก่ผู้ฟัง โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ฟังเกิดการเรียนรู้ เข้าใจ มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และสามารถนำไป ปฏิบัติตามได้ (กองสุขศึกษา, 2542)

การบรรยายเป็นวิธีที่คุ้นเคยกันมาเป็นเวลานานและนิยมใช้กันเรื่อยมา เป็นวิธีการสอน ที่จัดทำได้ง่าย มีจุดมุ่งหมายให้ผู้เรียนได้ฟัง คิด พิจารณา เข้าใจ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และ การจดบันทึก ผู้สอนเป็นผู้เตรียมเนื้อหา ศึกษาความรู้เพิ่มเติมจากตำรา หนังสือการศึกษาวิจัย ตลอดจนจากประสบการณ์การทำงานและแหล่งประโยชน์อื่นๆ เพื่อนำมาบอกเล่า อธิบายให้ ผู้เรียนเข้าใจ การบรรยายที่จะให้ผลดีมีปัจจัยและองค์ประกอบที่ควรนึกถึงดังนี้ คือ

ตั้งจุดมุ่งหมายในการบรรยายแต่ละครั้งว่าต้องการให้ผู้เรียนมีความรู้ ทักษะ ความสามารถในการปฏิบัติอะไรบ้าง

1. ผู้บรรยายควรวิเคราะห์ ศึกษาผู้ฟังล่วงหน้า

2. ผู้บรรยายจะต้องมีความรู้ในเรื่องที่จะบรรยายเป็นอย่างดี
3. การบรรยายแต่ละครั้งไม่ควรนานเกิน 1 ชั่วโมง
4. ในการบรรยายแต่ละครั้ง ระวังอย่าบรรยายนอกเรื่อง
5. ให้ผู้ฟังได้ทราบถึงหัวข้อที่จะเรียน
6. ในระหว่างบรรยาย ควรสร้างบรรยากาศให้มีความเป็นกันเอง
7. การบรรยายไม่ใช่เป็นการให้เนื้อหาความรู้เพียงอย่างเดียว ควรเปิดโอกาสให้ผู้ฟังได้ซักถามข้อสงสัย
8. การบรรยายจะน่าสนใจยิ่งขึ้น ถ้าผู้บรรยายรู้จักใช้อุปกรณ์เป็นเครื่องช่วยประกอบการบรรยาย เช่น สไลด์ ภาพพลิก แผ่นภาพ เป็นต้น
9. เมื่อจบการบรรยายจะมีการประเมินผล เพื่อพิจารณาว่าผู้ฟังเกิดการเรียนรู้ตามจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้หรือไม่

การบรรยายนั้นมีทั้งข้อดีและข้อจำกัด ซึ่งผู้บรรยายจะต้องนำไปพิจารณาเพื่อความเหมาะสม ข้อดีของการบรรยายคือ เป็นวิธีการถ่ายทอดความรู้ให้กลุ่มผู้ฟังที่มีจำนวนน้อยหรือมากก็ได้ เป็นวิธีการที่ให้ความรู้ เนื้อหา ข้อมูล แก่ผู้ฟังได้มากมายในเวลาที่กำหนด เหมาะสำหรับเป็น การปูพื้นฐานความรู้เบื้องต้น และผู้ฟังไม่ต้องเสียเวลาไปค้นหาความรู้เอง สำหรับข้อจำกัดของการบรรยายนั้น ทำให้ผู้ฟังมีส่วนร่วมน้อยและการเรียนจะไม่เกิดประโยชน์ ถ้าผู้บรรยายคัดลอก เนื้อหาจากหนังสือแล้วมาอ่านให้ฟัง

การสนทนารายบุคคล

การสนทนารายบุคคลเป็นการสื่อสารแบบสองทาง (Two Way Communication) ของบุคคลสองคน ที่จะต้องมีปฏิสัมพันธ์กันในการเป็นผู้ให้ข่าวสาร และผู้รับข่าวสาร ซึ่งมีพฤติกรรมของการสื่อสารนั้นจะเกิดประสิทธิผลเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัย 4 ประการ คือ (กิดานันท์, 2536)

1. บุคลิกภาพของผู้ให้ข่าวสาร
2. ความพร้อมในการรับข่าวสารของผู้รับ
3. คุณภาพของข่าวสารที่จะให้ในการสื่อสาร
4. วิธีการสื่อสารเพื่อให้ข่าวสารนั้นชัดเจนและน่าสนใจ

การสนทนารายบุคคลเป็นวิธีการหนึ่งของกระบวนการสุศึกษาที่นิยมใช้ในทีมสุศึกษา เพื่อให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ รวมทั้งใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายต่างๆ จากการศึกษาวิจัยด้านพฤติกรรมศาสตร์ พบว่า การสื่อสารของบุคคลต่อบุคคลมีประสิทธิภาพดีกว่าการใช้สื่อต่างๆ เพราะผู้ให้ข่าวสารและผู้รับข่าวสารได้มีโอกาสทำความเข้าใจร่วมกันและตรงกันต่อข่าวสารนั้นๆ รวมทั้งสามารถซักถาม พุดคุยเสนอแนะ อันจะนำไปสู่การสร้างสรรค์ในกระบวนการสื่อสารได้ ซึ่งในกลวิธีการสุศึกษาที่นิยมใช้มากที่สุด ในโรงพยาบาลคือ การสนทนารายบุคคล ที่เกิดขึ้นตลอดเวลาของการให้และรับบริการ

ผู้วิจัยใช้กระบวนการกลุ่มมาจัดกิจกรรมสุศึกษา โดยนำของโปรแกรมสุศึกษามาให้ความรู้แก่ผู้ป่วยผ่าตัดสลายต้อกระจกในโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา โดยใช้สื่อการสอนประกอบการจัดกิจกรรมสุศึกษาดังกล่าว และใช้การสนทนารายบุคคลมาประเมินผู้ป่วยหลังจากมีกระบวนการกลุ่มและให้ความรู้เพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยยังไม่ทราบหรือรับรู้ไม่ถูกต้อง โดยวิธีดังนี้

1. สื่อการสอน (Instruction Media) หมายถึง ช่องทางหรือสิ่งที่ทำให้การสอนของผู้สอนไปถึงผู้เรียน ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ตามวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายที่ผู้สอนวางไว้เป็นอย่างดี (กิดานันท์, 2531)

2. เอกสารแผ่นพับ / คู่มือเป็นอุปกรณ์ที่ควรแจกหลังจากให้ความรู้หรือสอนเรื่องใดเรื่องหนึ่งเสร็จแล้ว เพื่อให้เตือนความจำหรือเป็นคู่มือของผู้เรียนต่อไป เป็นอุปกรณ์ที่เหมาะสมในการให้สุศึกษาแก่ประชาชนจำนวนมากให้รู้โดยทั่วกันอย่างรวดเร็ว

3. การฝึกปฏิบัติ คือ การให้ผู้ปวยลงมือปฏิบัติในสิ่งที่เรียนรู้ไปแล้วจากผู้วิจัย เป็นการจัดโอกาสให้ผู้ปวยได้เข้ารับการฝึกอบรมได้ทดลองกระทำด้วยตนเอง ฝึกปฏิบัติเป็นรายบุคคล (ภายใต้การควบคุมของผู้วิจัยเพื่อความปลอดภัยในการฝึก) (สาโรจน์, 2542)

ในการวิจัยผู้วิจัยได้เลือกที่จะนำมาถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้ปวย โดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับสภาพและวัยของผู้ปวย ลักษณะเนื้อหา ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ปวยสูงสุด ซึ่งได้แก่ ภาพพลิก ซึ่งเป็นภาพถ่ายจากสถานที่และสถานการณ์จริง เป็นการจดลำดับเรียงเนื้อหา ก่อนหลัง เป็นเรื่องที่มีความเกี่ยวข้องกันเรื่องเดียวกันตลอดตั้งแต่ต้นจนจบ

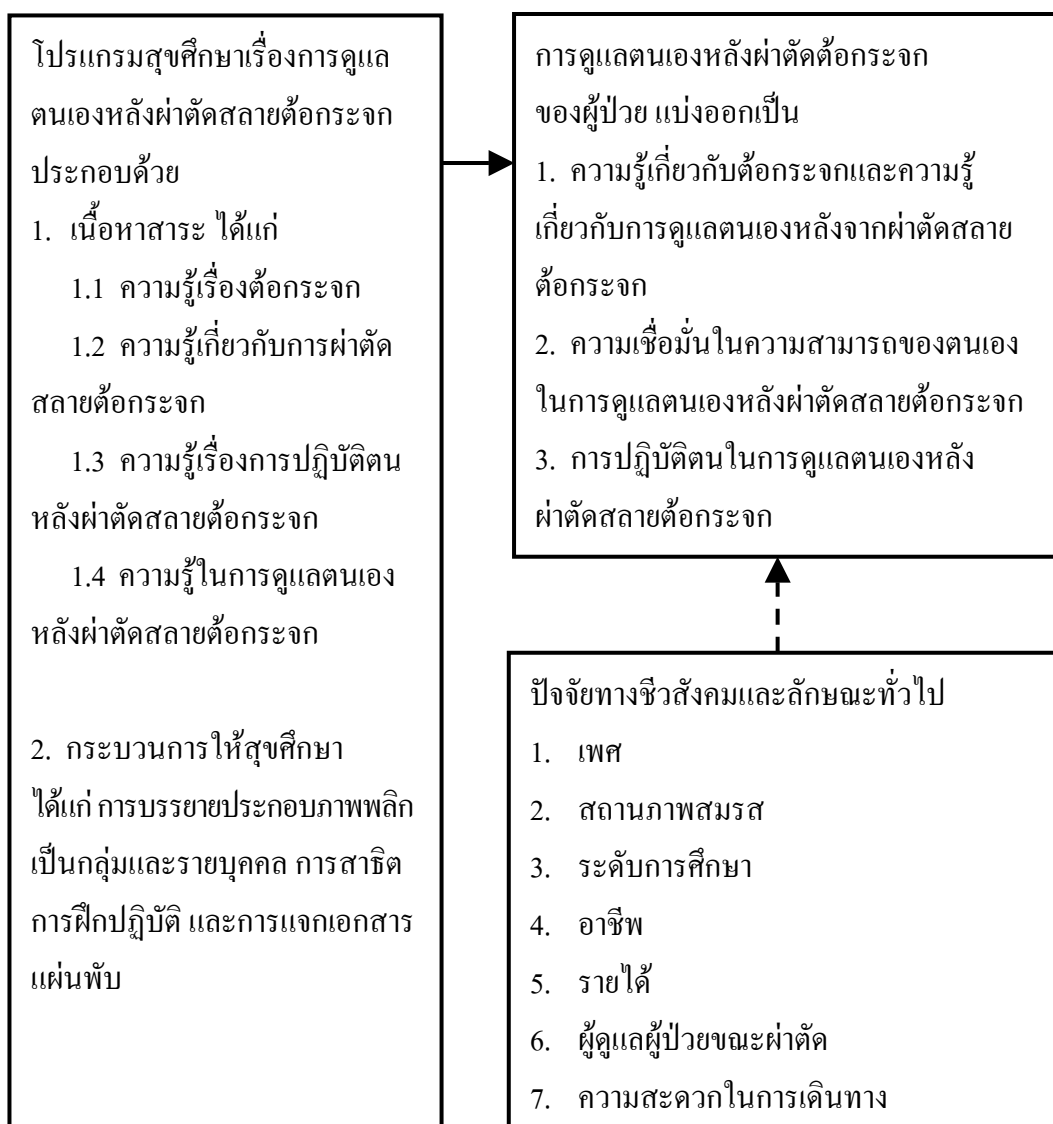
กลวิธีทางสุศึกษามีหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีก็มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพเฉพาะสำหรับแต่ละเรื่องราวและกลุ่มเป้าหมาย ไม่มีวิธีใดที่ใช้ได้อย่างเหมาะสมกับทุกเรื่องราว และทุกกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้น ผู้รับผิดชอบในการจัดกิจกรรมสุศึกษาจำเป็นจะต้องเลือกใช้วิธีต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และเรื่องราวที่ต้องการจะให้รู้ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำ การสนทนารายบุคคล การบรรยาย การใช้สื่อการสอน การใช้เอกสารแผ่นพับ การใช้แบบจำลอง รูปดวงตา และการปฏิบัติ มาปรับใช้ในโปรแกรมสุศึกษา

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยนำมาใช้ในการดำเนินการจัดกิจกรรมสุศึกษา โดยเน้นผู้ปวยผ่าตัดสินใจกระจากเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ปวยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องและเหมาะสม โดยมีการแบ่งหรือเล่าประสบการณ์ในการผ่าตัดสินใจกระจาก แก่ผู้ที่ยังไม่เคยได้รับการผ่าตัดสินใจกระจาก เพื่อให้เกิดความเข้าใจจากประสบการณ์ตรง ซึ่งจะนำไปสู่การมีในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานในการวิจัย

จากการประมวลเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1

ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับต่อกระเจกและ
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลายต่อกระเจกดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

สมมติฐานที่ 2

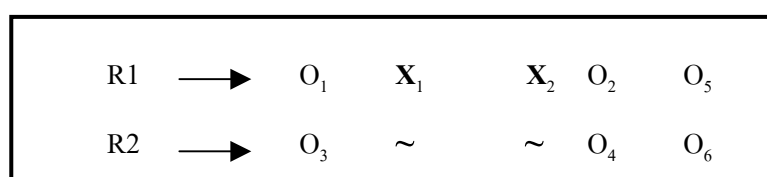
ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติตน
หลังจากผ่าตัดสลายต่อกระเจกดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

อุปกรณ์และวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองในสภาพการณ์จริง (Field-Experimental Research) โดยใช้แบบแผนการทดลอง (Experimental Design) แบบมีการวัดก่อน - หลังการทดลอง มีกลุ่มเปรียบเทียบและติดตามการมาตรวจตามนัด (Pre test-Post test Static Group Comparison Design and follow up) โดยมีแบบแผนการทดลองดังนี้

แบบแผนการทดลอง



R1	หมายถึง	กลุ่มทดลอง (Experimental group)
R2	หมายถึง	กลุ่มควบคุม (Control group)
O ₁ O ₃	หมายถึง	การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test)
O ₂ O ₄	หมายถึง	การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test)
O ₅ O ₆	หมายถึง	การติดตามการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระเจก หลังกลับจากโรงพยาบาล 10 วันโดยใช้เครื่องมือชุดเดิม
~	หมายถึง	การได้รับการให้สุศึกษาตามปกติ
X ₁ X ₂	หมายถึง	โปรแกรมสุศึกษาที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดย
X ₁	หมายถึง	กิจกรรมที่ 1 วันที่ 1 เป็นการบรรยายประกอบภาพพลิก แผ่นพับ และแบบจำลองรูปดวงตา เรื่องการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลาย ต่อกระเจกโดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษาต่อกระเจก และการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองหลัง ผ่าตัดสลายต่อกระเจก

X₂ หมายถึง กิจกรรมที่ 2 วันที่ 2 เป็นการบรรยายโดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดขณะพักรักษาตัวที่บ้าน และเรื่องวันมาตรวจตามแพทย์นัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ทำการศึกษาค้างนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต้อกระจกในวัยสูงอายุ (Senile Cataract) และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสลายต้อกระจกด้วยคลื่นความถี่สูงและใส่แก้วตาเทียม โดยรับไว้เป็นผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยพระเทพมงคลรังษี (ตึกหู ตา คอ จมูก) โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ในช่วงเดือนธันวาคม 2548 – เดือนมกราคม 2549

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต้อกระจกในวัยสูงอายุ (Senile Cataract) ซึ่งได้รับการผ่าตัดสลายต้อกระจกด้วยคลื่นความถี่สูงและใส่แก้วตาเทียม โดยรับไว้เป็นผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยพระเทพมงคลรังษี (ตึกหู ตา คอ จมูก) โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 50 คน และกลุ่มทดลอง 50 คน โดยการสุ่มเข้ากลุ่ม (Random Assignment)

กลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับสุศึกษาตามปกติจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชนิด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระดูก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยผ่านการตรวจสอบ (Approve) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย

1.1 เนื้อหาของโปรแกรมสุขศึกษา ได้แก่

1.1.1 ความรู้เรื่องต่อกระดูก

1.1.2 ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดสลายต่อกระดูก

1.1.3 ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูก

1.1.4 การดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูก

1.2 กระบวนการของโปรแกรมสุขศึกษา เป็นการให้สุขศึกษากลุ่มย่อย และรายบุคคลโดยมีวิธีการ ดังนี้

1.2.1 การบรรยายประกอบภาพพลิก

1.2.2 การฝึกปฏิบัติ

1.2.3 การแจกเอกสารแผ่นพับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview Guide) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยสาระสำคัญ 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปเป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือนของครอบครัว บุคคลที่ดูแลท่านขณะเจ็บป่วย การเดินทางมารับการรักษา และมาตรวจตามนัด และจำนวนครั้งที่ผ่าตัดคลายข้อกระดูก

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องข้อกระดูกและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง หลังผ่าตัดคลายข้อกระดูกของผู้ป่วย มีลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ จำนวน 12 ข้อ โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 0 – 12 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีระดับความรู้เรื่องข้อกระดูกและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดคลายข้อกระดูก

เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบถูก	ได้	1	คะแนน
ตอบผิด	ได้	0	คะแนน
ตอบไม่ทราบ	ได้	0	คะแนน

เกณฑ์การวิเคราะห์ระดับความรู้เรื่องข้อกระดูกและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ระดับสูง	ได้คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	ได้คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับต่ำ	ได้คะแนนอยู่ในช่วงระหว่างคะแนนต่ำสุดถึง $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดคลายข้อกระดูกต่อเนื้องที่บ้านของผู้ป่วย มีลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ถูก ผิด ไม่ทราบ จำนวน 18 ข้อ โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 0 – 18 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีระดับความรู้สูงเรื่องการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดคลายข้อกระดูกต่อเนื้องที่บ้าน

เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบถูก	ได้	1	คะแนน
ตอบผิด	ได้	0	คะแนน
ตอบไม่ทราบ	ได้	0	คะแนน

เกณฑ์การวิเคราะห์ระดับความรู้เรื่องต่อกระจกและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ต่อเนื้องที่บ้าน

ระดับสูง	ได้คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง $\bar{X} + \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	ได้คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$
ระดับต่ำ	ได้คะแนนอยู่ในช่วงระหว่างคะแนนต่ำสุดถึง $\bar{X} - \frac{1}{2} \text{ S.D.}$

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลตนเอง
หลังผ่าตัดสลายต่อกระจกต่อเนื้องที่บ้านของผู้ป่วย มีลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นแบบมาตรา
ประเมินค่า (Rating scale) ประกอบด้วย ประโยคบอกเล่า 17 ข้อ แต่ละข้อมีมาตราวัด 4 หน่วย
เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แสดงปริมาณและทิศทางด้วยช่วงคะแนน 17 – 68 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่า
มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลายต่อกระจกต่อเนื้อง
ที่บ้านสูง

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความที่เป็นข้อความที่มีความหมายเชิงบวก (Positive Statement)

- | | | |
|---|---------|--|
| 4 | หมายถึง | เชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมนี้ได้มากที่สุด |
| 3 | หมายถึง | เชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมนี้ได้มาก |
| 2 | หมายถึง | เชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมนี้ได้น้อย |
| 1 | หมายถึง | เชื่อว่าตนเองไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมนี้ได้ |

เกณฑ์การวิเคราะห์ระดับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

ระดับสูง	ได้คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง $\bar{X} + \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	ได้คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$
ระดับต่ำ	ได้คะแนนอยู่ในช่วงระหว่างคะแนนต่ำสุดถึง $\bar{X} - \frac{1}{2} \text{ S.D.}$

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูกต่อเนื้องที่บ้านของผู้ป่วย มีลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่า 17 ข้อ แต่ละข้อมีมาตรารวด 4 หน่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แสดงปริมาณและทิศทางด้วยช่วงคะแนน 17 – 68 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูกได้ถูกต้อง

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความที่เป็นข้อความที่มีความหมายเชิงบวก (Positive Statement)

- 4 หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนี้มากที่สุด
- 3 หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนี้มาก
- 2 หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนี้น้อย
- 1 หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมเลย

เกณฑ์การวิเคราะห์การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูกต่อเนื้องที่บ้าน

ระดับสูง	ได้คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง $\bar{X} + \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	ได้คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$
ระดับต่ำ	ได้คะแนนอยู่ในช่วงระหว่างคะแนนต่ำสุดถึง $\bar{X} - \frac{1}{2} \text{ S.D.}$

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. ศึกษาค้นคว้าหนังสือทางวิชาการเกี่ยวกับต่อกระจก ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาโปรแกรมสุขศึกษา ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย
3. นำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการศึกษามาสร้างโปรแกรมสุขศึกษา โดยกำหนดโครงสร้างเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย
4. นำโปรแกรมสุขศึกษาที่สร้างขึ้น เสนอกรรมการที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบโครงสร้างเนื้อหาของโปรแกรมสุขศึกษา และภาษาที่ใช้ แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขเพื่อนำมาใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาค้นคว้าหนังสือทางวิชาการเกี่ยวกับต่อกระจก ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาแบบสัมภาษณ์ ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย
3. นำข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษามาสร้างแบบพิมพ์เขียว คือ การกำหนดข้อกระทงคำถามของแบบสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมทฤษฎีที่นำมาใช้ในการวิจัยเรื่องนั้น ๆ โดยกำหนดโครงสร้างเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย
4. นำพิมพ์เขียวเสนอกรรมการที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
5. สร้างแบบสัมภาษณ์ตามพิมพ์เขียว

6. นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเสนอคณะกรรมการที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบโครงสร้างเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ ความถูกต้อง และภาษาที่ใช้แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไข

7. นำแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
โดย

7.1 นำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปหาความตรง (Validity) โดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยการให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 5 ท่าน และนำมาปรับปรุงเครื่องมืออีกครั้งหนึ่ง

7.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา แล้วนำข้อมูลนั้นมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นดังนี้

7.2.1 แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องต่อกระดูก และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง หลังผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกได้นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยวิธีของ Kuder Richardson (KR20) โดยวัดความรู้ได้ค่าความเชื่อมั่น = .76

7.2.2 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองในการดูแลตนเอง หลังผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกต่อเนื่องที่บ้าน ได้นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยวิธีของ Cronbach (1993) ได้ค่าความเชื่อมั่น = .78

7.2.3 วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยการทดสอบค่า t - test ได้ค่าระหว่าง 2.408 – 3.491 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

8. ปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ ข้อมูลจากการตรวจสอบคุณภาพจากการนำไปใช้จริง
การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

จากการทดลองใช้โปรแกรมสุ่มศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบแผนการทดลองที่กำหนดไว้ ดังนี้

1. การทดสอบก่อนการทดลอง โดยการให้กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมได้รับการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้แล้ว
2. การดำเนินการทดลองโดยให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุ่มศึกษาที่สร้างขึ้น และกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมสุ่มศึกษาที่สร้างขึ้น แต่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูกตามปกติจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
3. การทดสอบภายหลังการทดลองโดยการให้กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมได้รับการสัมภาษณ์จากแบบสัมภาษณ์ชุดเดิม
4. ติดตามผลการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูกของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม 10 วัน หลังผ่าตัด (วันนัดตรวจหลังผ่าตัด) โดยใช้แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูกต่อเนื่องที่บ้าน (แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 5)

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากรวบรวมแบบทดสอบทั้งก่อนทดลอง (Pre - test) และหลังการทดลอง (Post - test) แล้วผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ได้นำแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์
2. ตรวจให้คะแนนแบบสัมภาษณ์ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
3. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและทดสอบสมมติฐาน โดยยอมรับที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

3.1 ข้อมูลทางชีวสังคมนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลายต่อกระเจก ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองหลังจากผ่าตัดสลายต่อกระเจก และการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลายต่อกระเจก โดยการทดสอบค่าที (Paired Samples t - test)

3.3 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลายต่อกระเจก ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยการทดสอบค่าที (Independent Samples t - test)

การเสนอผลงานวิจัย

การสรุปและรายงานการวิจัยโดยเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเป็นการบรรยายประกอบตารางและเป็นรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

สถานที่และระยะเวลาในการวิจัย

สถานที่ดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในหอผู้ป่วยพระเทพมงคลรังษี (ตึกหู ตา คอ จมูก) ห้องผ่าตัด ห้องตรวจตา โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

ระยะเวลาในการวิจัย

เดือนธันวาคม 2548 - กุมภาพันธ์ 2549

ผลการวิจัยและวิจารณ์

ผลการวิจัย

จากการวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูกในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เป็นการศึกษาเชิงทดลองในสถานการณ์จริง โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูกในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ซึ่งประกอบด้วยตัวแปร ความรู้เกี่ยวกับศัลยกรรม การดูแลตนเองหลังจากผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูก ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูก ก่อนการได้รับโปรแกรมสุขศึกษา และภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูกในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 100 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 50 คน และกลุ่มควบคุม 50 คน

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ที่สำคัญคือ การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาในด้านความรู้ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูก โดยใช้ Paired Sample t – test การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent Samples t – test ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ 2 ข้อ นอกจากนั้นยังใช้สถิติขั้นสูงในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยการวิเคราะห์สถิติทั้งหมดนี้ได้กระทำรวมในแต่ละตอนเป็นรายด้าน และรายข้อของแบบสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ชัดเจนที่สุด

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอในรูปของตารางประกอบคำอธิบาย โดยแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ลักษณะของตัวแปรที่ทำการศึกษา

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการทดลองตามสมมติฐาน

รายละเอียดผลการวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละตอนมีดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทางชีวสังคม	กลุ่มทดลอง (n = 50)		กลุ่มควบคุม (n = 48)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	16	32.00	15	31.30
หญิง	34	68.00	33	68.80
2. อายุ				
50 – 59	12	24.00	10	20.80
60 – 69	23	46.00	24	50.00
70 – 79	11	22.00	10	20.80
80 – 89	4	8.00	4	8.30
3. สถานภาพสมรส				
โสด	3	6.00	4	8.30
คู่	16	32.00	18	37.50
หย่า	-	-	-	-
แยกกันอยู่	5	10.00	4	8.30
หม้าย	26	52.00	22	45.80

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางชีวสังคม	กลุ่มทดลอง (n = 50)		กลุ่มควบคุม (n = 48)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4. ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	27	54.00	24	50.00
ประถมศึกษา	12	24.00	12	25.00
มัธยมศึกษา	6	12.00	6	12.50
ปริญญาตรี	5	10.00	6	12.50
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-	-	-
5. อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	22	44.00	19	39.60
เกษตรกร	17	34.00	17	35.40
ค้าขาย	4	8.00	3	6.30
รับจ้าง	-	-	2	4.20
ข้าราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	5	10.00	5	10.40
ข้าราชการบำนาญ	2	4.00	2	4.20
6. รายได้ต่อเดือนของครอบครัว				
น้อยกว่า 5,000 บาท	3	6.00	9	18.80
5,000 - 10,000 บาท	17	34.00	12	25.00
10,001 - 20,000	10	20.00	10	20.80
มากกว่า 20,000 บาท	20	40.00	17	35.40
7. บุคคลที่ดูแลเจ็บป่วย				
สามี - ภรรยา	6	12.00	8	16.70
บุตร - ธิดา	31	62.00	27	56.30
หลาน	13	26.00	13	27.10
ญาติ	-	-	-	-

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางชีวสังคม	กลุ่มทดลอง (n = 50)		กลุ่มควบคุม (n = 48)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
8. การเดินทางมารับการรักษา และมาตรวจตามนัดโดย				
รถส่วนตัว	37	74.00	32	66.70
รถประจำทาง	13	26.00	16	33.30
9. ครั้งที่ทำการผ่าตัดสลายต่อกระดูก				
ครั้งแรก	24	48.00	26	54.20
ครั้งที่ 2 (ตาข้างที่ 2)	26	52.00	22	45.80

จากตารางที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมของผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระดูกในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม สามารถจำแนกได้ดังนี้

ลักษณะทางชีวสังคมของกลุ่มทดลอง

1. เพศ พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระดูกกลุ่มทดลอง ส่วนมากร้อยละ 68.00 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 32.00 เป็นเพศชาย
2. อายุ พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระดูกกลุ่มทดลอง ส่วนมากร้อยละ 46.00 มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี รองลงมาร้อยละ 24.00 มีอายุระหว่าง 50 – 59 ปี ร้อยละ 22.00 มีอายุระหว่าง 70 – 79 ปี และร้อยละ 8.00 มีอายุระหว่าง 80 – 89 ปี
3. สถานภาพสมรส พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระดูกกลุ่มทดลอง ส่วนมากร้อยละ 52.00 เป็นหม้าย รองลงมาร้อยละ 32.00 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 10.00 แยกกันอยู่ และร้อยละ 6.00 โสด

4. ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดสลายต้อกระจกกลุ่มทดลอง ส่วนมากร้อยละ 54.00 มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา รองลงมาร้อยละ 24.00 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 12.00 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และร้อยละ 10.00 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี

5. อาชีพของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดสลายต้อกระจกกลุ่มทดลอง ส่วนมากร้อยละ 44.00 ไม่ได้ประกอบอาชีพ รองลงมาร้อยละ 34.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 10.00 เป็นข้าราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 8.00 ประกอบอาชีพค้าขาย และร้อยละ 4.00 เป็นข้าราชการบำนาญ

6. รายได้ต่อเดือนของครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดสลายต้อกระจกกลุ่มทดลอง ส่วนมากร้อยละ 40.00 มีรายได้ต่อเดือน มากกว่า 20,000 บาท รองลงมาร้อยละ 34.00 มีรายได้ต่อเดือน 5,000 - 10,000 บาท ร้อยละ 20.00 มีรายได้ 10,001 - 20,000 บาท และร้อยละ 6.00 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท

7. บุคคลที่ดูแลขณะเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดสลายต้อกระจกกลุ่มทดลอง ส่วนมาก ร้อยละ 62.00 ขณะเจ็บป่วยมีบุตร – ธิดา เป็นผู้ดูแล รองลงมาร้อยละ 26.00 ขณะเจ็บป่วย มีหลานเป็นผู้ดูแล และร้อยละ 12.00 ขณะเจ็บป่วยมีสามี – ภรรยา เป็นผู้ดูแล

8. การเดินทางมารับการรักษา และมาตรวจตามนัด พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดสลายต้อกระจก กลุ่มทดลอง ส่วนมากร้อยละ 74.00 ผู้ป่วยเดินทางมาโดยรถส่วนตัว และร้อยละ 26.00 ผู้ป่วย เดินทางมาโดยรถประจำทาง

9. ครั้งที่ทำการผ่าตัดสลายต้อกระจก พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดสลายต้อกระจกกลุ่มทดลอง ส่วนมากร้อยละ 52.00 เป็นการผ่าตัดสลายต้อกระจกครั้งที่ 2 และร้อยละ 48.00 เป็นการผ่าตัด สลายต้อกระจกครั้งแรก

ลักษณะทางชีวสังคมของกลุ่มควบคุม

1. เพศ พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดสลายต้อกระจกกลุ่มควบคุม ส่วนมากร้อยละ 68.80 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 31.30 เป็นเพศชาย

2. อายุ พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูกกลุ่มควบคุม ส่วนมากร้อยละ 50.00 มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี รองลงมาร้อยละ 20.80 มีอายุระหว่าง 50 – 59 ปี และ 70 – 79 ปี และร้อยละ 8.30 มีอายุระหว่าง 80 – 89 ปี

3. สถานภาพสมรส พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูกกลุ่มควบคุม ส่วนมากร้อยละ 45.80 เป็นหม้าย รองลงมาร้อยละ 37.50 มีสถานภาพสมรสคู่ และร้อยละ 8.30 แยกกันอยู่ และโสด

4. ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูกกลุ่มควบคุม ส่วนมากร้อยละ 50.00 มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา รองลงมาร้อยละ 25.00 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และร้อยละ 12.50 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และปริญญาตรี

5. อาชีพของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูกกลุ่มควบคุม ส่วนมากร้อยละ 39.60 ไม่ได้ประกอบอาชีพ รองลงมาร้อยละ 35.40 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 10.40 เป็นข้าราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 6.30 ประกอบอาชีพค้าขาย และร้อยละ 4.20 เป็นข้าราชการบำนาญ และประกอบอาชีพรับจ้าง

6. รายได้ต่อเดือนของครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูกกลุ่มควบคุม ส่วนมากร้อยละ 35.40 มีรายได้ต่อเดือน มากกว่า 20,000 บาท รองลงมาร้อยละ 25.00 มีรายได้ต่อเดือน 5,000 - 10,000 บาท ร้อยละ 20.80 มีรายได้ 10,001 - 20,000 บาท และร้อยละ 18.80 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท

7. บุคคลที่ดูแลขณะเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูกกลุ่มควบคุม ส่วนมากร้อยละ 56.30 ขณะเจ็บป่วยมีบุตร – ธิดา เป็นผู้ดูแล รองลงมาร้อยละ 27.10 ขณะเจ็บป่วยมีหลานเป็นผู้ดูแล และร้อยละ 16.70 ขณะเจ็บป่วยมีสามี – ภรรยา เป็นผู้ดูแล

8. การเดินทางมารับการรักษา และมาตรวจตามนัด พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูกกลุ่มควบคุม ส่วนมากร้อยละ 66.70 ผู้ป่วยเดินทางมาโดยรถส่วนตัว และร้อยละ 33.30 ผู้ป่วยเดินทางมาโดยรถประจำทาง

9. ครั้งที่ทำการผ่าตัดสลายต่อกระดูก พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระดูกกลุ่มควบคุม ส่วนมาก ร้อยละ 54.20 เป็นการผ่าตัดสลายต่อกระดูกครั้งแรก และร้อยละ 45.80 เป็นการผ่าตัดสลายต่อกระดูกครั้งที่ 2

ตอนที่ 2 ลักษณะของตัวแปรที่ทำการศึกษา

ตัวแปรอิสระ คือ โปรแกรมสุขศึกษาเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระดูก ประกอบด้วย

1. ความรู้เรื่องต่อกระดูก
2. ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดสลายต่อกระดูก
3. ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูก
4. ความรู้เรื่องการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูก

ตัวแปรตาม มี 3 ตัวแปร คือ

1. ความรู้เกี่ยวกับต่อกระดูกและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจากผ่าตัดสลายต่อกระดูก
2. ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองหลังจากผ่าตัดสลายต่อกระดูก
3. การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูก

สถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้แบ่งระดับของตัวแปรโดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยใช้เกณฑ์ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ เป็นตัวแบ่ง รายละเอียดของผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงไว้ในตารางที่ 2 – 9

1. ความรู้เกี่ยวกับต่อกระจกและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจากผ่าตัดสลายต่อกระจก

ระดับคะแนนความรู้ดังนี้

ก่อนการให้โปรแกรมสุขภาพศึกษา

กลุ่มทดลอง

ความรู้ระดับสูง	คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึง คะแนนสูงสุด คือ 8.97 ถึง 12.00
ความรู้ระดับปานกลาง	คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ คือ 6.01 ถึง 8.96
ความรู้ระดับต่ำ	คือ ได้คะแนนระหว่างคะแนนต่ำสุดถึง $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ คือ 3.00 ถึง 6.00

กลุ่มควบคุม

ความรู้ระดับสูง	คือ ได้คะแนนระหว่าง 8.72 ถึง 12.00
ความรู้ระดับปานกลาง	คือ ได้คะแนนระหว่าง 5.89 ถึง 8.71
ความรู้ระดับต่ำ	คือ ได้คะแนนระหว่าง 3.00 ถึง 5.88

หลังการให้โปรแกรมสุขภาพศึกษา

กลุ่มทดลอง

ความรู้ระดับสูง	คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 11.77 ถึง 12.00
ความรู้ระดับปานกลาง	คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 10.90 ถึง 11.76
ความรู้ระดับต่ำ	คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 9.00 ถึง 10.89

กลุ่มควบคุม

ความรู้ระดับสูง	คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 11.34 ถึง 12.00
ความรู้ระดับปานกลาง	คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 9.64 ถึง 11.33
ความรู้ระดับต่ำ	คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 5.00 ถึง 9.63

ผลการวิเคราะห์ดังปรากฏในตารางที่ 2 – 3

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับต่อกระดูก และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจากผ่าตัดต่อกระดูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่วัดก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษา

ระดับความรู้	กลุ่มทดลอง (n = 50)		กลุ่มควบคุม (n = 48)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ระดับสูง	20	40.00	17	35.40
ความรู้ระดับปานกลาง	9	18.00	11	22.90
ความรู้ระดับต่ำ	21	42.00	20	41.00
	$\bar{X} = 7.48$	S.D. = 2.96	$\bar{X} = 7.29$	S.D. = 2.83

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับต่อกระดูก และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจากผ่าตัดต่อกระดูก ก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมต่อกระดูกกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 42.00 รองลงมา มีความรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 40.00 และมีความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 18.00 ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมต่อกระดูกกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 41.00 รองลงมา มีความรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 35.40 และมีความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 22.90

ตารางที่ 3 ระดับความรู้เกี่ยวกับต่อกระดูก และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจากผ่าตัดต่อกระดูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่วัดหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษา

ระดับความรู้	กลุ่มทดลอง (n = 50)		กลุ่มควบคุม (n = 48)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ระดับสูง	27	54.00	17	35.40
ความรู้ระดับปานกลาง	14	28.00	21	43.80
ความรู้ระดับต่ำ	9	18.00	10	20.80
	$\bar{X} = 11.32$	S.D. = 0.87	$\bar{X} = 10.48$	S.D. = 1.70

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับต่อกระจก และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจากผ่าตัดต่อกระจก หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระจกกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 54.00 รองลงมา มีความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 28.00 และมีความรู้ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 18.00 ผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระจกกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.80 รองลงมา มีความรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 35.40 และมีความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 20.80

ระดับคะแนนความรู้มีดังนี้

ก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษา

กลุ่มทดลอง

ความรู้ระดับสูง	คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึง คะแนนสูงสุด คือ 14.83 ถึง 18.00
ความรู้ระดับปานกลาง	คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ คือ 10.83 ถึง 14.82
ความรู้ระดับต่ำ	คือ ได้คะแนนระหว่างคะแนนต่ำสุดถึง $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ คือ 8.00 ถึง 10.82

กลุ่มควบคุม

ความรู้ระดับสูง	คือ ได้คะแนนระหว่าง 14.53 ถึง 18.00
ความรู้ระดับปานกลาง	คือ ได้คะแนนระหว่าง 11.19 ถึง 14.52
ความรู้ระดับต่ำ	คือ ได้คะแนนระหว่าง 8.00 ถึง 11.18

หลังการให้โปรแกรมสุขศึกษาทันที

กลุ่มทดลอง

ความรู้ระดับสูง	คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 17.66 ถึง 18.00
ความรู้ระดับปานกลาง	คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 16.57 ถึง 17.65
ความรู้ระดับต่ำ	คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 15.00 ถึง 16.56

กลุ่มควบคุม

ความรู้ระดับสูง	คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 17.54 ถึง 18.00
ความรู้ระดับปานกลาง	คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 15.35 ถึง 17.53
ความรู้ระดับต่ำ	คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 10.00 ถึง 15.34

หลังการให้โปรแกรมสุขศึกษา 10 วันกลุ่มทดลอง

ความรู้ระดับสูง	คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 17.986 ถึง 18.00
ความรู้ระดับปานกลาง	คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 17.096 ถึง 17.985
ความรู้ระดับต่ำ	คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 15.00 ถึง 17.095

กลุ่มควบคุม

ความรู้ระดับสูง	คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 17.80 ถึง 18.00
ความรู้ระดับปานกลาง	คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 16.22 ถึง 17.79
ความรู้ระดับต่ำ	คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 10.00 ถึง 16.21

ผลการวิเคราะห์ดังปรากฏในตารางที่ 4 – 6

ตารางที่ 4 ระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูกต่อเนื้อที่บ้าน
ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่วัดก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษา

ระดับความรู้	กลุ่มทดลอง (n = 50)		กลุ่มควบคุม (n = 48)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ระดับสูง	20	40.00	20	41.70
ความรู้ระดับปานกลาง	9	18.00	8	16.70
ความรู้ระดับต่ำ	21	42.00	20	41.70
	$\bar{X} = 12.82$	S.D. = 3.40	$\bar{X} = 12.85$	S.D. = 3.34

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดศัลย
 ต้อกระจกต่อเนื้องที่บ้าน ก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยต้อกระจก
 กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 42.00 รองลงมาความรู้อยู่ใน
 ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 40.00 และมีความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 18.00 ผู้ป่วย
 ผ่าตัดศัลยต้อกระจกกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง และต่ำเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ
 41.70 และมีความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 16.7

ตารางที่ 5 ระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดศัลยต้อกระจกต่อเนื้องที่บ้านของ
 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่วัดหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษาทันที

ระดับความรู้	กลุ่มทดลอง (n = 50)		กลุ่มควบคุม (n = 48)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ระดับสูง	34	68	23	47.90
ความรู้ระดับปานกลาง	5	10	16	33.30
ความรู้ระดับต่ำ	11	22	9	18.80
	$\bar{X} = 17.36$	S.D. = 1.05	$\bar{X} = 16.58$	S.D. = 1.89

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดศัลย
 ต้อกระจกต่อเนื้องที่บ้าน หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทันที พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยต้อกระจก
 กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 68.00 รองลงมาความรู้ในระดับต่ำ
 คิดเป็นร้อยละ 22.00 และมีความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 10.00 ผู้ป่วยผ่าตัดศัลย
 ต้อกระจกกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 47.90 รองลงมาความรู้
 อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 33.3 และมีความรู้ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 18.8

ตารางที่ 6 ระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูกต่อเนื้องที่บ้านของ
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่วัดหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษา 10 วัน

ระดับความรู้	กลุ่มทดลอง (n = 50)		กลุ่มควบคุม (n = 48)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ระดับสูง	38	76.00	21	56.30
ความรู้ระดับปานกลาง	-	-	7	14.60
ความรู้ระดับต่ำ	12	24.00	14	29.20
	$\bar{X} = 17.54$	S.D. = 0.89	$\bar{X} = 17.00$	S.D. = 1.57

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูกต่อเนื้องที่บ้าน หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 10 วัน พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระดูกกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 76.00 และมีความรู้ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 24.00 ผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระดูกกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 56.30 รองลงมา มีความรู้ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 29.20 และมีความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 14.60

2. ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองหลังจากผ่าตัดสลายต่อกระดูก

ระดับคะแนนความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมีดังนี้

ก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษา

กลุ่มทดลอง

มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองระดับสูง คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} + \frac{1}{2}$ S.D. ถึง คะแนนสูงสุด คือ 60.14 ถึง 90.00

มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ คือ 53.32 ถึง 60.13

มีความมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองระดับต่ำ คือ ได้คะแนนระหว่าง คะแนนต่ำสุดถึง $\bar{X} - \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ คือ 41.00 ถึง 53.31

กลุ่มควบคุม

ความเชื่อระดับสูง	คือ ได้คะแนนระหว่าง 59.87 ถึง 90.00
ความเชื่อระดับปานกลาง	คือ ได้คะแนนระหว่าง 53.07 ถึง 59.86
ความเชื่อระดับต่ำ	คือ ได้คะแนนระหว่าง 41.00 ถึง 53.06

หลังการให้โปรแกรมสุขศึกษา

กลุ่มทดลอง

ความเชื่อระดับสูง	คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 65.87 ถึง 68.00
ความเชื่อระดับปานกลาง	คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 60.21 ถึง 65.86
ความเชื่อระดับต่ำ	คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 46.00 ถึง 60.20

กลุ่มควบคุม

ความเชื่อระดับสูง	คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 60.37 ถึง 62.00
ความเชื่อระดับปานกลาง	คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 55.28 ถึง 60.36
ความเชื่อระดับต่ำ	คือ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 41.00 ถึง 55.27

ผลการวิเคราะห์ดังปรากฏในตารางที่ 7 – 8

ตารางที่ 7 ระดับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดศัลย
 ต้อกระจกต่อเนื่องที่บ้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่วัดก่อนการให้โปรแกรม
 สุขศึกษา

ระดับความเชื่อ	กลุ่มทดลอง (n = 50)		กลุ่มควบคุม (n = 48)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความเชื่อระดับสูง	4	8.00	7	14.60
ความเชื่อระดับปานกลาง	35	70.00	29	60.40
ความเชื่อระดับต่ำ	11	22.00	12	25.00
	$\bar{X} = 56.72$	S.D. = 6.81	$\bar{X} = 56.46$	S.D. = 6.80

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ระดับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง
 ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดศัลยต้อกระจกต่อเนื่องที่บ้าน ก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา พบว่า
 ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยต้อกระจกกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง
 อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 70.00 รองลงมามีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง
 อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 22.00 และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองอยู่ในสูง
 คิดเป็นร้อยละ 8.00 ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยต้อกระจกกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีความเชื่อมั่นในความสามารถ
 ของตนเองอยู่ในปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.40 รองลงมามีความเชื่อมั่นในความสามารถของ
 ตนเองอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 25.00 และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง
 อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 14.60

ตารางที่ 8 ระดับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดศัลย
 ต้อกระจกต่อเนื่องที่บ้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่วัดหลังการให้โปรแกรม
 สุขศึกษา

ระดับความเชื่อ	กลุ่มทดลอง (n = 50)		กลุ่มควบคุม (n = 48)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความเชื่อระดับสูง	25	50.00	19	39.60
ความเชื่อระดับปานกลาง	14	28.00	19	39.60
ความเชื่อระดับต่ำ	11	22.00	10	20.80
	$\bar{X} = 63.16$	S.D. = 5.93	$\bar{X} = 57.81$	S.D. = 5.09

จากตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ระดับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูกต่อเนื้องที่บ้าน หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระดูกกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 28.00 และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 22.00 ผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระดูกกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง และปานกลางเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 39.60 และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 20.80

ระดับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูกต่อเนื้องที่บ้านคะแนนมีดังนี้

กลุ่มทดลอง มีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูกระดับสูง คือ ได้คะแนน ระหว่าง $\bar{X} + \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึง คะแนนสูงสุด คือ 63.58 ถึง 65.00

มีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูกระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ คือ 61.80 ถึง 63.57

มีความมีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูกระดับต่ำ คือ ได้คะแนนระหว่าง คะแนนต่ำสุดถึง $\bar{X} - \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ คือ 59.00 ถึง 61.79

กลุ่มควบคุม มีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูกระดับสูง คือ ได้คะแนน ระหว่าง $\bar{X} + \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึง คะแนนสูงสุด คือ 60.13 ถึง 63.00

มีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูกระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ คือ 57.77 ถึง 60.12

มีความมีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูกระดับต่ำ คือ ได้คะแนนระหว่าง คะแนนต่ำสุดถึง $\bar{X} - \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ คือ 53.00 ถึง 57.76

ผลการวิเคราะห์ดังปรากฏในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ระดับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูกในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลาย
ต่อกระดูก ต่อเนื่องที่บ้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระดับการปฏิบัติตน	กลุ่มทดลอง (n = 50)		กลุ่มควบคุม (n = 48)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปฏิบัติตนระดับสูง	13	26.00	16	33.30
ปฏิบัติตนระดับปานกลาง	23	46.00	19	39.60
ปฏิบัติตนระดับต่ำ	14	28.00	13	27.10
	$\bar{X} = 63.68$	S.D. = 1.78	$\bar{X} = 58.94$	S.D. = 2.36

จากตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ระดับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูก พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระดูกกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูก อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 46.00 รองลงมา มีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูก อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 28.00 และมีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูกอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 26.00 ผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระดูกกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด สลายต่อกระดูกอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.60 รองลงมา มีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด สลายต่อกระดูกอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.60 และมีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลาย ต่อกระดูกอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 27.10

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์การทดสอบตามสมมติฐาน

ก่อนการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบสมมติฐานได้ตรวจสอบความเท่าเทียมกันของตัวแปรในกลุ่มควบคุมโดยการทดสอบค่าที (t – test) ผลการวิเคราะห์แสดงในตารางที่ 10 – 11

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับต่อกระจก และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง หลังจากผ่าตัดต่อกระจกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการให้โปรแกรมสุขภาพศึกษา

การทดสอบความรู้	n	X	S.D.	t
กลุ่มทดลอง	50	7.48	2.96	.352
กลุ่มควบคุม	48	7.29	2.83	.353

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

จากตารางที่ 10 พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระจกกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีความรู้เกี่ยวกับต่อกระจก และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจากผ่าตัดสลายต่อกระจกก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพศึกษา ไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้เกี่ยวกับต่อกระจก และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลายต่อกระจกไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระจกต่อเนื้องที่บ้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการให้โปรแกรมสุขภาพศึกษา

การทดสอบความรู้	n	X	S.D.	t
กลุ่มทดลอง	50	12.82	3.40	.050
กลุ่มควบคุม	48	12.85	3.34	.050

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

จากตารางที่ 11 พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูกกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูกต่อเนื่องที่บ้านก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูกต่อเนื่องที่บ้าน ไม่แตกต่างกัน

3.1 สมมติฐานที่ 1 กำหนดไว้ว่าภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับข้อกระดูกและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูกดีกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้ด้วยสถิติ Paired Samples t - test

ผลการวิเคราะห์ปรากฏในตารางที่ 12 - 13

ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับข้อกระดูก และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง หลังจากผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูกของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

การทดสอบความรู้	n	X	S.D.	t
ก่อนการทดลอง	50	7.48	2.96	2.55 **
หลังการทดลอง	50	11.32	0.87	

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

จากตารางที่ 12 พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูกกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับข้อกระดูกและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจากผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูกหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่สร้างขึ้น มีประสิทธิผลและน่าจะมีผลต่อการทำให้เกิดการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูก

ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด
สลایด้อกระจกต่อเนื่องที่บ้านของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการให้โปรแกรม
สุขภาพและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพ

การทดสอบความรู้	n	X	S.D.	t
ก่อนการทดลอง	50	12.82	3.40	4.046 ***
หลังการทดลอง	50	17.36	1.05	

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

จากตารางที่ 13 พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดสลایด้อกระจกกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลایด้อกระจกต่อเนื่องที่บ้านหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขภาพที่สร้างขึ้นมีประสิทธิภาพ และน่าจะมีผลต่อการทำให้เกิดการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลایด้อกระจก

3.2 สมมติฐานที่ 2 กำหนดไว้ว่าภายหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติตนหลังจากผ่าตัดสลایด้อกระจกดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้ด้วยสถิติ Independent Samples t - test

ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลایด้อกระจกในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลایด้อกระจก ต่อเนื่องที่บ้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การปฏิบัติตน	n	X	S.D.	t
กลุ่มทดลอง	50	62.68	1.78	8.879***
กลุ่มควบคุม	48	58.94	2.36	

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

จากตารางที่ 14 ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูกกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูกต่อเนื่องที่บ้านหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาสูงกว่าผู้ป่วยผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูกกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่สร้างขึ้นมีประสิทธิภาพและน่าจะมีผลต่อการทำให้เกิดการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูก

ข้อวิจารณ์

จากการวิเคราะห์ผลการวิจัย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับข้อกระดูกและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจากผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูก ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองหลังจากผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูก และการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูก หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งสามารถวิจารณ์ได้ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับข้อกระดูก และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจากผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูก ก่อนที่จะได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ของผู้ป่วยผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูกกลุ่มทดลอง ร้อยละ 42.00 มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูกกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับข้อกระดูกสูงมากขึ้น คือ ร้อยละ 54.00 มีความรู้ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ และคณะ (2539) ผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องการออกกำลังกายดีกว่าก่อนการทดลอง และจุฑารัตน์ (2540) ผู้สูงอายุมีความรู้ เจตคติ การปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองหลังดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ดีวก่อนดำเนินกิจกรรมกลุ่ม และสุพัตรา (2544) ที่พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มารดาในกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลองซ้ำมีความรู้เรื่อง หอบหืดในเด็กระดับสูง

2. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูกต่อเนื่องที่บ้าน ก่อนที่จะได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ของผู้ป่วยผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูกกลุ่มทดลอง ร้อยละ 42.00 มีความรู้ในระดับต่ำ หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูกกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับข้อกระดูกสูงมากขึ้น คือ ร้อยละ 68.00 มีความรู้ในระดับสูง และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดศัลยศาสตร์กระดูก

3. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระเจกต่อเนื่องที่บ้านทันทีของผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระเจกกลุ่มทดลอง ร้อยละ 68.00 มีความรู้อยู่ในระดับสูง หลังมาพบแพทย์ตามนัด ผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระเจกกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับต่อกระเจกสูงมากขึ้น คือ ร้อยละ 76.00 มีความรู้อยู่ในระดับสูง และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระเจก

4. ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลายต่อกระเจกก่อนที่จะได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ของผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระเจกกลุ่มทดลอง ร้อยละ 70.00 มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองอยู่ระดับปานกลาง หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระเจกกลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากขึ้น คือ ร้อยละ 50.00 มีความรู้อยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิลวดี และอารีรัตน์ พบว่าผลของโปรแกรมสุขศึกษาผู้สูงอายุมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น และจันทนา (2540) พบว่า ผลของโปรแกรมสุขศึกษาส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความคาดหวังความสามารถของตนเองในพฤติกรรมออกกำลังกายเพิ่มมากกว่าก่อนการศึกษา

5. การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระเจกของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ร้อยละ 70 ($\bar{X} = 63.68$) มีการปฏิบัติตนอยู่ในระดับปานกลาง ดีกว่ากลุ่มควบคุม คือ ร้อยละ 50 ($\bar{X} = 58.94$) มีการปฏิบัติตนอยู่ในระดับปานกลางเท่ากัน ซึ่งสอดคล้องกับงานศึกษาของจิราภรณ์ (2539) ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่ดีวก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสรยาพร (2538) พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนในการออกกำลังกายต่อเนื่องและถูกต้องหลังการจัดโปรแกรมออกกำลังกาย และจิราภรณ์ และคณะ (2539) ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่องและถูกต้องหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา และ สุกันยา และคณะ (2542) พบว่าหลังได้รับความรู้ร่วมกับการใช้คู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคต่อกระเจก ผู้ป่วยมีความรู้และการปฏิบัติตัวดีกว่าก่อนได้รับความรู้

จากการค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นให้เห็นว่า ความรู้เกี่ยวกับต่อกระเจก ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระเจกในกลุ่มทดลอง และข้อมูลจากการวิเคราะห์ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาของผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระเจกกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องความรู้เกี่ยวกับต่อกระเจก ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยสลายต่อกระเจกกลุ่มทดลองมีระดับสูงขึ้น

ดังนั้นคาดว่าโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสลายต่อ
กระຈกในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนามีประสิทธิภาพ

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การศึกษาวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสลายต่อกระเจกในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระเจกในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เป็นการวิจัยเชิงทดลองในสภาพการณ์จริง (Field-Experimental Research) โดยใช้แบบแผนการทดลอง (Experimental Design) แบบก่อน - หลังการทดลอง มีกลุ่มเปรียบเทียบและติดตามการมาตรวจตามนัด (Pre test-Post test static Group Comparison Design and follow up) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสลายต่อกระเจกในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ศึกษาความรู้เกี่ยวกับต่อกระเจก การดูแลตนเองหลังจากผ่าตัดสลายต่อกระเจก ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลายต่อกระเจก ก่อนการได้รับโปรแกรมสุขศึกษา และภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสลายต่อกระเจกในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โดยประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความสามารถของตนเอง และกลวิธีทางสุขศึกษา มาใช้ในการสร้างโปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งประกอบด้วยการให้สุขศึกษาโดยวิธีบรรยาย การสนทนารายบุคคล สื่อภาพพลิก แผ่นพับ และการฝึกปฏิบัติ ซึ่งผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวจะทำให้ได้ข้อสรุปของการศึกษาวิจัย อันจะนำไปกำหนดนโยบาย แนวทางปฏิบัติ และแบบแผนการดำเนินงานสุขศึกษา เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระเจก

การศึกษานี้ ได้ดำเนินการในหอผู้ป่วยพระเทพมงคลรังษี (ตึกหู ตา คอ จมูก) ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี โดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 50 คน และกลุ่มควบคุม 48 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน (รายชื่อในภาคผนวก ก) ได้ทดสอบความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ปัจจัยทางด้านชีวสังคม และแบบสัมภาษณ์เรื่องความรู้เรื่องต่อกระเจก การดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลายต่อกระเจก ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระเจก โดยตรวจสอบความเชื่อมั่นในส่วนแบบวัดความรู้ นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีของ Kurder Richarson (KR 20) ได้ค่าความเชื่อมั่น = .76 และแบบสัมภาษณ์ความเชื่อมั่นในศักยภาพ

ของตนเอง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีของ Cronbach Alpha Coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่น = .78 และนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยสถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า t -test ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป เริ่มดำเนินการศึกษาวิจัยตั้งแต่เดือนเมษายน 2548 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2548 สรุปผลการวิจัย ดังนี้

สรุปผลตามวัตถุประสงค์หลักของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลักของการวิจัย คือ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสลายต่อกระเจกในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมสุขศึกษาที่นำทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความสามารถของตนเอง และกลวิธีทางสุขศึกษาเป็นหลักในการจัดเนื้อหา และรูปแบบการให้โปรแกรมสุขศึกษา ทำให้ผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระเจกกลุ่มทดลองมีความรู้ และการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลายต่อกระเจกดีขึ้น จากการวัดประสิทธิผลของคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องต่อกระเจก การดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลายต่อกระเจก และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระเจกของผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระเจกกลุ่มทดลอง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่สร้างขึ้นมีประสิทธิผล

สรุปผลตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

1. ลักษณะทางชีวสังคม กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาเป็นผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระเจกในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 50 คน กลุ่มควบคุม 50 คน พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระเจกกลุ่มทดลอง ร้อยละ 68.00 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 32.00 เป็นเพศชาย ร้อยละ 46.00 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี รองลงมา ร้อยละ 24.00 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 22.00 มีอายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 8.00 มีอายุระหว่าง 80-89 ปี ร้อยละ 52.00 เป็นหม้าย รองลงมา ร้อยละ 32.00 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 10.00 แยกกันอยู่ ร้อยละ 6.00 โสด ร้อยละ 54.00 มีร้อยละ 24.00 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 12.00 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 10.00 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 44.00 ไม่ได้ประกอบอาชีพ รองลงมา ร้อยละ 34.00 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 10.00 เป็นข้าราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 8.00 ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 4.00 เป็นข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 40.00 มีรายได้ต่อเดือน มากกว่า 20,000 บาท รองลงมา ร้อยละ 34.00 มีรายได้ต่อเดือน 5,000 - 10,000 บาท

ร้อยละ 20.00 มีรายได้ 10,001 - 20,000 บาท ร้อยละ 6.00 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 62.00 ขณะเจ็บป่วยมีบุตร – ธิดา เป็นผู้ดูแล รองลงมาร้อยละ 26.00 ขณะเจ็บป่วยมีหลานเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 12.00 ขณะเจ็บป่วยมีสามี – ภรรยา เป็นผู้ดูแล ร้อยละ 74.00 ผู้ป่วยเดินทางมาโดยรถส่วนตัว ร้อยละ 26.00 ผู้ป่วยเดินทางมาโดยรถประจำทาง ร้อยละ 52.00 เป็นการผ่าตัดศัลยกรรมครั้งแรก ครั้งที่ 2 และร้อยละ 48.00 เป็นการผ่าตัดศัลยกรรมครั้งแรก ผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมครั้งแรก กลุ่มควบคุม ร้อยละ 68.80 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 31.30 เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.00 มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี รองลงมาร้อยละ 20.80 มีอายุระหว่าง 50 – 59 ปี และ 70 – 79 ปี ร้อยละ 8.30 มีอายุระหว่าง 80 – 89 ปี ร้อยละ 45.80 เป็นหม้าย รองลงมาร้อยละ 37.50 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 8.30 แยกกันอยู่ และ โสด ร้อยละ 50.00 มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา รองลงมาร้อยละ 25.00 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 12.50 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและปริญญาตรี ร้อยละ 39.60 ไม่ได้ประกอบอาชีพ รองลงมาร้อยละ 35.40 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 10.40 เป็นข้าราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 6.30 ประกอบอาชีพค้าขาย และร้อยละ 4.20 เป็นข้าราชการบำนาญ และประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 35.40 มีรายได้ต่อเดือน มากกว่า 20,000 บาท รองลงมาร้อยละ 25.00 มีรายได้ต่อเดือน 5,000 - 10,000 บาท ร้อยละ 20.80 มีรายได้ 10,001 - 20,000 บาท ร้อยละ 18.80 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 56.30 ขณะเจ็บป่วยมีบุตร – ธิดา เป็นผู้ดูแล รองลงมาร้อยละ 27.10 ขณะเจ็บป่วยมีหลานเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 16.70 ขณะเจ็บป่วยมีสามี – ภรรยา เป็นผู้ดูแล ร้อยละ 66.70 ผู้ป่วยเดินทางมาโดยรถส่วนตัว ร้อยละ 33.30 ผู้ป่วยเดินทางมาโดยรถประจำทาง ร้อยละ 54.20 เป็นการผ่าตัดศัลยกรรมครั้งแรก และร้อยละ 45.80 เป็นการผ่าตัดศัลยกรรมครั้งที่ 2

2. ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ คือ โปรแกรมสุขศึกษา เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก ประกอบด้วย ความรู้เรื่องต่อกระดูกความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก การดูแลตนเองหลังผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก และตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับต่อกระดูกและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจากผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ในการดูแลตนเองหลังจากผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก สรุปผลการวิเคราะห์ดังนี้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับต่อกระดูก และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจากผ่าตัดต่อกระดูก ก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระดูกกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 54.00 รองลงมา มีความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 28.00 และมีความรู้ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 18.00

2.2 ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูกต่อเนื้องที่บ้าน หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระดูกกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 68.00 รองลงมา มีความรู้ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 22.00 และมีความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 10.00

2.3 ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูกต่อเนื้องที่บ้าน หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพ 10 วัน พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระดูกกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 76.00 และมีความรู้ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 24.00

2.4 ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูกต่อเนื้องที่บ้าน หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระดูกกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมา มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 28.00 และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 22.00

2.5 การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูก พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระดูกกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูกอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 46.00 รองลงมา มีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูกอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 28.00 และมีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูกอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 26.00

สรุปผลตามการทดสอบสมมติฐานทั้งหมด

โดยสรุปแต่ละสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 กำหนดไว้ว่าภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับต่อกระจก และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลายต่อกระจกดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1 คือ ผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระจกกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับต่อกระจก และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจากผ่าตัดต่อกระจกหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สนับสนุนสมมติฐาน และผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระจกกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระจกต่อเนื่องที่บ้านหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สนับสนุนสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 2 กำหนดไว้ว่าภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติตนหลังจากผ่าตัดสลายต่อกระจกดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 2 คือ ผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระจกกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระจกต่อเนื่องที่บ้านหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาสูงกว่าผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระจกกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สนับสนุนสมมติฐาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. โรงพยาบาลควรมีนโยบายในการอบรมการใช้โปรแกรมสุขศึกษา เพื่อให้เป็นในแนวทางเดียวกัน และเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความรู้เรื่องการปฏิบัติตนในการผ่าตัดสลายต่อกระจก
2. โรงพยาบาลควรมีนโยบายเพื่อให้มีสถานที่ และเจ้าหน้าที่ในการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการผ่าตัดสลายต่อกระจกโดยเฉพาะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ผู้ป่วยควรมีการติดตามและประเมินผลหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสลายต่อกระจกเป็นระยะ ๆ

2. ควรมีการติดตาม และประเมินผลโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วย
สลายต่อกระดูก
3. ควรมีการเสริมสร้างการใช้โปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสลายต่อกระดูก
และควรมีการเสริมสร้างการโปรแกรมสุขศึกษาในเรื่องอื่น ๆ ด้วยเช่นกัน
4. ผู้สูงอายุหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษาควรมีการประเมินความรู้หลังการให้โปรแกรม
สุขศึกษาทุกครั้ง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. คำนวณวิธีการจัดโปรแกรมสุขศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้กับการดูแล
ผู้ป่วยด้านอื่นๆ ต่อไป
2. การประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเอง และทฤษฎีความสามารถของตนเอง กับ การดูแล
ผู้ป่วยในโรคต่าง ๆ

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

- กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. 2542. **วิธีการถ่ายทอดความรู้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ**. โรงพิมพ์กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี
- _____. 2546. **มาตรฐานงานสุขศึกษาของสถานบริการสาธารณสุข**. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร, นนทบุรี
- กิดานันท์ มลิทอง. 2536. **เทคโนโลยีการศึกษาร่วมสมัย**. บริษัท เอ็ดสันทัน เพรส โปรดักส์ จำกัด, กรุงเทพฯ.
- ขวัญตา เกิดชูชื่น และ สุจินดา ริมศรีทอง. 2540. **การพยาบาลจักษุวิทยา เล่ม 1**. โรงพิมพ์ธรรมสาร, กรุงเทพฯ.
- จันทนา วัชระอม. 2540. **ผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ชุมชมผู้สูงอายุ ตำบลบางทราย อำเภอมือง จังหวัดชลบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์วิภา ดิลกสัมพันธ์. 2545. **สุขศึกษาในโรงพยาบาล**. โสภณการพิมพ์, กรุงเทพฯ.
- จิราภรณ์ กลีบจำปี. 2539. **การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการออกกำลังกายผู้สูงอายุ อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ปี 2539**. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคเหนือ 10 (1): 31 – 35.
- จุฑารัตน์ กัลพลานนท์. 2540. **ประสิทธิผลของการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

เฉลิมศรี พันธุ์พิเศษศักดิ์. 2539. ผลของการใช้คู่มือการปฏิบัติตนต่อความรู้ของผู้ป่วย
ที่เข้ารับการรักษาต่อกระดูกด้วยอัลตราซาวด์. โรงพยาบาลศิริราช, กรุงเทพฯ.

ฉวีตร วัฒนชัย. 2540. **ต่อกระดูก**. แหล่งที่มา: <http://www.thaiclinic.com>, 31 มีนาคม 2548.

ครุณี ชุนหวัด และนิลวรรณ ศิริคุณ. 2547. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติ
ของ ตา หู คอ จมูก. เอกสารการสอนชุดวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. 2
หน่วยที่ 3. พิมพ์ครั้งที่ 3. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช, นนทบุรี

เต็มศรี ชำนิจารกิจ. 2540. **สถิติประยุกต์ทางการแพทย์**. พิมพ์ครั้งที่ 5. สำนักพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

นิตยา เพ็ญศิริภา. 2546. **สุขศึกษาและการประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข**. พิมพ์ครั้งที่ 3.
สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช, นนทบุรี

นิลวดี ศิริพันธ์ และอารีรัตน์ นโนภาส. 2539. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกัน
โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน
ภาคเหนือ 10 (2): 31 – 35.

บุญเรียง ขจรศิลป์. 2545. **สถิติวิจัย 1**. พิมพ์ครั้งที่ 8. หจก.พี.เอ็น.การพิมพ์, กรุงเทพฯ.

ภารดี นานาศิลป์. 2543. **ต่อกระดูก: การดูแล**. โรงพิมพ์คลังนาวิทยา, ขอนแก่น.

ราตรี สุตทรวง และวีระชัย สิงหนิยม. 2545. **ประสาทสรีรวิทยา**. พิมพ์ครั้งที่ 4. บริษัท เท็กซ์
แอนด์เจอร์นัลส์ จำกัด, กรุงเทพฯ.

วัฒน์ ยืนจิต. 2540. **โรคตาที่พบบ่อยในโรงพยาบาลชุมชน**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กิจเสรีการพิมพ์,
ลำปาง.

ศิริมา เขมะเพชร. 2541. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดระดู ที่คลินิกวัยทอง โรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล. 2545. การพยาบาลผู้รับบริการที่ผิดปกติทางตา. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.

สมจิต หนูเจริญกุล. 2543. การส่งเสริมสุขภาพ:แนวคิด ทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล. มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, นครศรีธรรมราช.

สรยาพร วงศ์คำลือ. 2538. ประสิทธิภาพของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดตาก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สะพรั่งศักดิ์ จุลเดชะ. 2540. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค เขต 2 จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สาโรจน์ แฟ่งยัง. 2542. เอกสารประกอบการเรียนการสอน เรื่อง การฝึกอบรม. ภาควิชาเทคโนโลยีการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สุกัญญา ฉัตรสุวรรณ. 2539. ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มในการสอนผู้ป่วยต่อระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระฉก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สุกัญญา ฉัตรสุวรรณ. 2542. ประสิทธิภาพของการให้ความร่วมมือกับการใช้คู่มือการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคต่อกระฉก. แผนกจักษุวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช, กรุงเทพฯ.

สุรเกียรติ์ อาขานนภาพ. 2543. ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป:หลักการวินิจฉัยและรักษาโรค/280 โรคและการดูแล. พิมพ์ครั้งที่ 2. อูษาการพิมพ์, กรุงเทพฯ.

สุวรรณ ปัญญาดี. 2538. จิตวิทยาการเรียนรู้ผู้ใหญ่. พิมพ์ครั้งที่ 2. โอ.เอส.พรินติ้งเฮาส์, กรุงเทพฯ.

อภิชาติ สิงคาลวนิชและญาติ เจียมไชยศรี. 2540. จักษุวิทยา. โฮลิสติกพับลิคคิง, กรุงเทพฯ.

_____. 2540. ภาวะโรคแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้ในผู้ป่วยโรคต้อกระจกภายหลังได้รับการผ่าตัด. ภาควิชาจักษุวิทยา, มหาวิทยาลัยมหิดล

Bandura, A. 1977. **Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change psychological.** Englewood cliffs Prentice – Hall, New Jersey, U.S.A.

_____. 1986. **Social foundation of thought and action.** Englewood cliffs, NJ: Prentice – Hall, U.S.A.

_____. 1997. **Social Learning Theory.** In An introduction to theory of learning. Prentice – Hall, U.S.A.

Kanski, J.J. 1994. **Clinical Ophthalmology.** Third edition. TecSet Ltd, London.

Orem, D.E. 1980. **Nursing: Concept of Practice.** 2nd end. Mc Graw – Hill Book Co., New york.

Phipps, W.J., J.K. Sands and J.F. Marek. 1999. **Medical - surgical Nursing : Concepts & Clinical Practic.** Mosby, St. Louis.

www.bangkokhealth.com/eye_health, 31 มีนาคม 2548.

www.siamhealth.net/disease/eye_ent/cataract, 31 มีนาคม 2548.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

1. นายแพทย์สุเทพ ลิ้มสุขนิรันดร์
หัวหน้ากลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี
2. นายแพทย์วิชัย เรืองวิไลทรัพย์
นายแพทย์ 8 กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี
3. คุณวารุณี ศรีพรรณ
พยาบาลวิชาชีพ 8 หัวหน้างานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
จังหวัดกาญจนบุรี
4. คุณพรรณวลัย โสภณางกูร
พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้าหอผู้ป่วยหู ตา คอ จมูก โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
จังหวัดกาญจนบุรี
5. คุณกุลฤดี จิตตานันต์
พยาบาลวิชาชีพ 8 (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ราช

ภาคผนวก ข

แบบสัมภาษณ์

ชื่อ - สกุล

HN

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นคำตอบที่ถูกต้องที่สุด และเติมข้อความลงในช่องว่างในแต่ละข้อให้สมบูรณ์

1. เพศ

() ชาย () หญิง

2. อายุ ปี

3. สถานภาพสมรส

() โสด () คู่ () หย่า () แยกกันอยู่ () หม้าย

4. ระดับการศึกษา

() ต่ำกว่าประถมศึกษา () ประถมศึกษา
 () มัธยมศึกษา () ปริญญาตรี
 () สูงกว่าปริญญาตรี

5. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพ

() ไม่ได้ประกอบอาชีพ () เกษตรกรรม
 () ค้าขาย () รับจ้าง
 () ข้าราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ () ข้าราชการบำนาญ
 () อื่น ๆ ระบุ

6. รายได้ต่อเดือนของครอบครัว

- () น้อยกว่า 5,000 บาท () 5,000 - 10,000 บาท
() 10,000 - 20,000 () มากกว่า 20,000 บาท

7. บุคคลที่ดูแลท่านขณะเจ็บป่วย

- ()สามี - ภรรยา () บุตร - ธิดา
() หลาน () ญาติ
() อื่น ๆ ระบุ

8. ท่านเดินทางมารับการรักษา และมาตรวจตามนัดโดย

- () รถส่วนตัว () รถประจำทาง
() อื่น ๆ ระบุ

9. ท่านได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกครั้งที่เป็นครั้งที่

- () ครั้งแรก () ครั้งที่ 2 (ตาข้างที่ 2)

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องต่อกระจกและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสลายต่อกระจก

คำชี้แจง	1. โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละคำถามดังนี้ ถูก หมายความว่า ท่านเห็นว่าข้อความในนั้นถูกต้อง ผิด หมายความว่า ท่านเห็นว่าข้อความในนั้นผิด ไม่ทราบ หมายความว่า ท่านไม่ทราบหรือไม่รู้จริง, ว่าข้อนั้นถูกหรือผิด 2. ขอให้ตอบทุกข้อ
-----------------	---

ข้อความ	คำตอบ		
	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
1. ผู้สูงอายุมีโอกาสเป็นโรคต่อกระจก			
2. ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคต่อกระจกได้มากกว่าบุคคลอื่น			
3. ผู้ป่วยต่อกระจกมีอาการตามัว เห็นภาพซ้อน รุม่านตาเป็นสีขาวขุ่นเมื่อส่องดูด้วยไฟฉาย			
4. การไอ จาม เบ่งถ่ายอุจจาระ ยกของหนัก การก้มต่ำกว่าเอว และการนอนตะแคงข้างที่ทำผ่าตัดอาจทำให้ความดันในลูกตาสูง			
5. อาการปวดตา มีขี้ตามาก หนังตาบวมแดง เยื่อぶตาแดง เป็นอาการแสดงถึงการติดเชื้อที่ตา			
6. ในผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน มีโรคประจำตัว มีความผิดปกติของกระจกตา หรือประสาทตาหลังจากผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมแล้ว อาจทำให้การมองเห็นไม่ชัดเจนได้			
7. หลังผ่าตัดสลายต่อกระจกไม่ควรนอนพลิกตะแคงทับด้านที่ผ่าตัด			
8. หลังจากผ่าตัดควรรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย รสไม่จัด ไม่มีกลิ่นฉุน และควรดื่มน้ำมากๆ			

ข้อความ	คำตอบ		
	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
9. หลังผ่าตัดควรระวังไม่ให้ท้องผูก จึงควรดื่มน้ำหรือกาแฟ			
10. หลังผ่าตัดควรใช้ผ้าชุบน้ำบิดหมาด ๆ เช็ดหน้าแทนการล้างหน้า			
11. หลังผ่าตัดไม่ควรไอ หรือจามแรง ๆ			
12. หลังผ่าตัดไม่ควรก้มหน้าเก็บของที่พื้น			

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระเจดต่อเนื้องที่บ้าน

คำชี้แจง	1. โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละคำถามดังนี้ ถูก หมายความว่า ท่านเห็นว่าข้อความในนั้นถูกต้อง ผิด หมายความว่า ท่านเห็นว่าข้อความในนั้นผิด ไม่ทราบ หมายความว่า ท่านไม่ทราบหรือไม่รู้จริง, ว่าข้อนั้นถูกหรือผิด 2. ขอให้ตอบทุกข้อ
----------	---

ข้อความ	คำตอบ		
	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
1. ก่อนและหลังเช็ดตาควรล้างมือให้สะอาดทุกครั้ง			
2. การเช็ดตาควรใช้สำลีสะอาดที่ฆ่าเชื้อแล้วและน้ำต้มสุกในการเช็ดตาโดยบีบสำลีให้หมาด เช็ดจากหัวตาไปหางตา			
3. หลังเช็ดตาควรใช้ที่ครอบตาปิดตาทุกครั้ง			
4. การหยอดตา และป้ายตาควรหยอดไปที่หนังตาล่าง			
5. ท่านหยอดตาและป้ายตาข้างที่ทำผ่าตัดเท่านั้น			
6. ยาหยอดตาไม่สามารถใช้ร่วมกับคนอื่น ได้ถึงแม้จะมีอาการเดียวกัน			
7. การสระผมไม่ควรก้มหน้าสระผม ควรนอนหงายสระผม			
8. การอาบน้ำควรระวังไม่ให้น้ำเข้าตาขณะอาบน้ำ			
9. หลังผ่าตัดไม่ควรไอ หรือจามแรง ๆ			
10. ถ้าอยากกินหมากไม่ควรคำหมากกินเองควรให้ผู้อื่นคำให้			
11. หลังกลับบ้านหลีกเลี่ยงงานที่ทำให้เกิดการกระทบกระเทือนต่อตา			
12. ห้ามก้มหน้าเก็บของที่พื้น			
13. สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ หรือรับประทานอาหารเฉพาะโรค			

ข้อความ	คำตอบ		
	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
14. หลังผ่าตัดควรระวังไม่ให้ท้องผูก จึงควรดื่มน้ำหรือกาแฟ			
15. ไม่ควรใช้สายตาในการอ่านหนังสือหรือดูโทรทัศน์มาก			
16. หลังผ่าตัดควรระมัดระวังไม่ให้ท้องผูก			
17. หลังผ่าตัดไม่ควรเล่นกับสัตว์เลี้ยง			
18. ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น ปวดตา ตาแดง ควรรีบมาพบแพทย์			

**ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด
สลายต่อกระดูกต่อเนื้อที่บ้าน**

คำชี้แจง	1. โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละคำถามดังนี้
	มากที่สุด หมายความว่า ท่านเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมนี้ได้มากที่สุด
	มาก หมายความว่า ท่านเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมนี้ได้มาก
	น้อย หมายความว่า ท่านเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้น้อย
	ทำไม่ได้ หมายความว่า ท่านเชื่อว่าตนเองไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมนี้ได้
2. ขอให้ตอบทุกข้อ	

ข้อความ	เชื่อว่าสามารถทำได้			
	มากที่สุด	มาก	น้อย	ทำไม่ได้
1. ท่านสามารถล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังเช็ดตาทุกครั้ง				
2. ท่านสามารถเช็ดตาโดยใช้สำลีสะอาดที่ฆ่าเชื้อแล้ว และน้ำต้มสุกในการเช็ดตาโดยบีบสำลีให้หมาด เช็ดจากหัวตาไปหางตา				
3. หลังเช็ดตาท่านสามารถปิดตาด้วยที่ครอบตาทุกครั้ง				
4. ท่านสามารถหยอดตา และป้ายตาที่หน้าตาล่าง				
5. ท่านสามารถหยอดตาและป้ายตาข้างที่ทำผ่าตัด				
6. ท่านสามารถไม่ใช้ยาหยอดตา ร่วมกับคนอื่นได้ ถึงแม้จะมีอาการเดียวกัน				
7. ท่านจะไม่ก้มหน้าสระผม นอนหงายสระผม				
8. ท่านจะระวังไม่ให้น้ำเข้าตาขณะอาบน้ำ				

ข้อความ	เชื่อว่าสามารถทำได้			
	มากที่สุด	มาก	น้อย	ทำไม่ได้
9. ท่านจะไม่ไอ หรือจามแรง ๆ				
10. ท่านจะกินหมากโดยให้ผู้อื่นตำหมากให้				
11. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงงานที่ทำให้เกิด การกระทบ กระเทือนต่อตา				
12. ท่านจะไม่ก้มหน้าเก็บของที่พื้น				
13. ท่านสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ หรือรับประทานอาหารเฉพาะโรค				
14. ท่านจะไม่ดื่มชา หรือกาแฟเพื่อป้องกันการท้องผูก				
15. ท่านจะไม่ใช้สายตาในการอ่านหนังสือ หรือดูโทรทัศน์				
16. ท่านจะไม่เล่นกับสัตว์เลี้ยง				
17. ท่านสามารถสวมแว่นกันแดดขณะออกในบ้าน และออกนอกบ้านเพื่อป้องกันการขี้น้ำตาและ ป้องกันฝุ่น และแสงแดด				

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดสลายต่อกระเจกต์เนื้อที่บ้าน

คำชี้แจง	1. โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละคำถามดังนี้
	มากที่สุด หมายความว่า ท่านปฏิบัติกิจกรรมนี้มากที่สุด
	มาก หมายความว่า ท่านปฏิบัติกิจกรรมนี้มาก
	น้อย หมายความว่า ท่านปฏิบัติกิจกรรมนี้น้อย
	ทำไม่ได้ หมายความว่า ท่านไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมเลย
2. ขอให้ตอบทุกข้อ	

ข้อความ	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนี้			
	มากที่สุด	มาก	น้อย	ทำไม่ได้
1. ท่านล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังเช็ดตาทุกครั้ง				
2. ท่านเช็ดตาโดยใช้สำลีสะอาดที่ฆ่าเชื้อแล้วและน้ำต้มสุกในการเช็ดตาโดยบีบสำลีให้หมาดเช็ดจากหัวตาไปหางตา				
3. หลังเช็ดตาท่านปิดตาด้วยที่ครอบตาทุกครั้ง				
4. ท่านหยอดตา และป้ายตาที่หนังตาล่าง				
5. ท่านหยอดตาและป้ายตาข้างที่ทำผ่าตัด				
6. ท่านไม่ใช้ยาหยอดตา ร่วมกับคนอื่นได้ ถึงแม้จะมีอาการเดียวกัน				
7. ท่านไม่ก้มหน้าสระผม นอนหงายสระผม				
8. ท่านระวังไม่ให้น้ำเข้าตาขณะอาบน้ำ				
9. ท่านไม่ไอ หรือจามแรง ๆ				
10. ท่านกินหมากโดยให้ผู้อื่นตำหมากให้				
11. ท่านหลีกเลี่ยงงานที่ทำให้เกิดการกระทบกระเทือนต่อตา				
12. ท่านไม่ก้มหน้าเก็บของที่พื้น				

ข้อความ	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนี้			
	มากที่สุด	มาก	น้อย	ทำไม่ได้
13. ท่านรับประทานอาหารได้ตามปกติ หรือรับประทานอาหารเฉพาะโรค				
14. ท่านไม่ดื่มชา หรือกาแฟเพื่อป้องกันการท้องผูก				
15. ท่านไม่ใช้สายตาในการอ่านหนังสือหรือดูโทรทัศน์				
16. ท่านไม่เล่นกับสัตว์เลี้ยง				
17. ท่านสวมแว่นกันแดดขณะออกในบ้านและออกนอกบ้านเพื่อป้องกันการขี้ตาและป้องกันฝุ่น และแสงแดด				

ภาคผนวก ค

โปรแกรมดูศึกษา

กิจกรรมของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสลายต้อกระจกในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

แผนการสอนกิจกรรมครั้งที่ 1

กิจกรรมที่ 1 การนำเข้าสู่โปรแกรม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก

วิธีการ บรรยาย

ระยะเวลา 15 นาที

ผู้รับผิดชอบ นางสาวนิรมล สันทวิจิตรกุล

แนวคิดที่สำคัญ

การร่วมโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสลายต้อกระจกเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับต้อกระจก ทราบถึงสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการเกิดต้อกระจก อาการและอาการแสดง การรักษาและผลการรักษา การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ทราบถึงอาการผิดปกติ รวมทั้งสามารถปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อเตรียมความพร้อมของกลุ่มทดลองในการร่วมโปรแกรมสุขศึกษา

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เมื่อบรรยายจบแล้วผู้เข้ารับการอบรมสามารถ 1. บอกวัตถุประสงค์ของการจัดโปรแกรมสุขศึกษาได้อย่างถูกต้อง 2. บอกประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาได้	สวัสดีค่ะผู้ป่วยทุกท่าน ขอขอบคุณในความร่วมมือที่เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ ก่อนอื่นต้องขอแนะนำตัวเองก่อนนะคะ ดิฉันนางสาวนิรมล สันทวิจิตรกุล เป็นพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ขณะนี้กำลังศึกษาระดับปริญญาโทสาขาสุขศึกษามหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์ และกำลังดำเนินการทำวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสลัยต่อกระดูกในโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกซึ่งอยู่ในที่นี่ เป็นกลุ่มที่จะได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่สร้างขึ้นมา วัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้เพื่อให้เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับต่อกระดูก ทราบถึงสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการเกิดต่อกระดูก อาการและอาการแสดง การรักษาและผลการรักษา การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ทราบถึงอาการผิดปกติ รวมทั้งสามารถปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง กิจกรรมที่จะดำเนินทั้งหมดมี 3 ครั้ง โดยกำหนดวันและเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งกิจกรรมในวันนี้เป็นครั้งที่ 1 อีก 2 ครั้ง เป็นการให้ความรู้ ทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน และฝึกปฏิบัติเพื่อให้ทุกท่านมีความพร้อมก่อนผ่าตัดในวันพรุ่งนี้ ครั้งที่ 2 เป็นการพบหลัง	- ผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มและแนะนำตนเอง - ผู้วิจัยบอกวัตถุประสงค์ของการดำเนินโปรแกรมสุขศึกษา - ผู้วิจัยชี้แจงประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม - ผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะดำเนินไปตลอดจนจบโปรแกรม - ผู้วิจัยบอกวัน เวลาที่จะต้องเข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมดให้กลุ่มทราบ		- สังเกตความสนใจของกลุ่ม - สังเกตการตอบคำถามของกลุ่ม

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	ท่านผ่าตัดเสร็จ เพื่อเป็นการแนะนำท่านถึงการปฏิบัติตนขณะอยู่บ้าน และครั้งที่ 3 เป็นการพบกันเมื่อท่านมาพบแพทย์ตามนัดอีกครั้ง ประมาณ 10 วัน หลังจากออกจากโรงพยาบาล จากที่กล่าวมาแล้ว ทั้งหมดข้างต้น ไม่ทราบว่า มีผู้ใดสงสัย หรือจะซักถามหรือไม่คะ ถ้าไม่มีขอขอบคุณอีกครั้งสำหรับความร่วมมือ และขอให้สมาชิกกลุ่มทุกท่านเข้าร่วมกิจกรรมครบทั้ง 3 ครั้ง ที่ได้ชี้แจงไปแล้ว เพื่อผลการวิจัยที่สมบูรณ์ และต่อไปจะเริ่มเข้าสู่โปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสลายต่อกระเจกต่อไปค่ะ			

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องต่อกระจก การปฏิบัติตนก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก

วิธีการ บรรยาย การสนทนารายกลุ่ม การสนทนารายบุคคล และการฝึกปฏิบัติ

ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

ผู้รับผิดชอบ นางสาวนิรมล สันทวิจิตรกุล

แนวคิดที่สำคัญ

ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับต่อกระจกและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดจะทำให้เกิดการปฏิบัติตนที่ถูกต้องหลังผ่าตัดสลายต่อกระจก ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ไม่ทำให้เกิดความสูญเสียอวัยวะ เสียเวลา เสียงบประมาณของประเทศชาติ รวมถึงก่อให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ทั้งแก่ตัวผู้ป่วยเอง โรงพยาบาลและประเทศชาติ เนื่องจากการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องเหมาะสมของผู้ป่วย ดังนั้นการให้โปรแกรมสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยผ่าตัดสลายต่อกระจกนั้นจะสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องในการเตรียมความพร้อมก่อนรับการผ่าตัด เป็นการลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดสลายต่อกระจก

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนทั้งก่อน ขณะ และหลังผ่าตัดได้ถูกต้องเหมาะสม

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เมื่อสอนจบผู้ป่วย สามารถ 1. บอกถึงความหมาย ของต่อกระดูกได้ถูกต้อง	ต่อกระดูก หมายถึง การขุ่นของแก้วตาซึ่งอาจ จะเกิดที่เนื้อตรงกลาง เนื้อส่วนรอบนอก หรือ เนื้อส่วนใต้เปลือกหุ้มแก้วตาก็ได้ แต่ไม่ใช่ เปลือกหุ้มแก้วตาเพราะเปลือกหุ้มแก้วตาจะไม่ มีการขุ่น การขุ่นของแก้วตาทำให้กันแสงไม่ให้ ผ่านทะลุไปได้ จึงทำให้ตามัวหรือถึงขั้นมอง ไม่เห็นได้	- ผู้วิจัยให้ผู้ป่วนั่งเรียงกัน - ผู้วิจัยซักถามเกี่ยวกับความหมาย ของต่อกระดูกโดยให้ผู้ป่วยตอบที ละคน - ผู้วิจัยสรุปความหมายของต่อ กระดูกที่ผู้ป่วยตอบ และอธิบาย ความหมายของต่อกระดูก - ทบทวนการสอนโดยให้ผู้ป่วย สรุปความหมายของต่อกระดูกเพื่อ ประเมินความเข้าใจ	- ภาพพลิกแสดงถึง ความหมายของ ต่อกระดูก	- สังเกตความสนใจ ของผู้ป่วย - สังเกตการมีส่วนร่วม ในการตอบคำถาม และการแสดงความคิด เห็นของผู้ป่วย - ผู้ป่วยสามารถตอบ ข้อซักถามถึงความ หมายของต่อกระดูก ได้ถูกต้อง
2. บอกถึงสาเหตุและ ปัจจัยส่งเสริมในการ เกิดต่อกระดูกได้	สาเหตุ เกิดได้หลายสาเหตุ เช่น 1. อายุมากขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดจากสาเหตุนี้ เนื่องจากโดยธรรมชาติของการเจริญของแก้วตา จะเป็นแบบไม่มีการสิ้นสุด แก้วตาที่เกิดขึ้นใหม่ จะอยู่รอบนอกผลึกของเก่าแน่นเข้าไปตรงกลาง จึงทำให้แก้วตาถูกอัดแน่นและแข็งตัวขึ้นเรื่อยๆ	- ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยบอกถึงสาเหตุที่ก่อ ให้เกิดโรคต่อกระดูกของตนเอง	- ภาพพลิกแสดง สาเหตุและปัจจัย ส่งเสริมในการเกิด ต่อกระดูก	- สามารถบอกถึง สาเหตุและปัจจัย ส่งเสริมในการเกิด ต่อกระดูกได้ถูกต้อง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	ความยืดหยุ่นจึงค่อยๆหมดไป 2. อุบัติเหตุ จากการกระทบกระเทือนที่ตาโดยตรง 3. การติดเชื้อตั้งแต่ในครรภ์โดยเฉพาะหัดเยอรมัน ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดต้อกระจก ได้แก่ 1. ปัจจัยทางสุขภาพ - ประวัติครอบครัว พบในชนิดที่เป็นแต่กำเนิด เนื่องจากพันธุกรรม - โรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวานส่งเสริมให้เกิดต้อกระจกเร็วขึ้น - ยาหรือสารพิษ เช่น ยาสเตอรอยด์ ยาขับปัสสาวะ ยาม่ามะเร็ง ยาม่าแมลง เป็นต้น 2. ปัจจัยจากสภาพแวดล้อม - อาหาร การขาดสารอาหารในหญิงตั้งครรภ์ ทำให้ทารกมีต้อกระจกที่เป็นแต่กำเนิดได้ - รังสีหรือไฟฟ้าแรงสูง ในบริเวณที่ได้รับรังสี - อุลตราไวโอเลตมากๆ พบว่าเกิดต้อกระจกได้สูง - การสูบบุหรี่	- ผู้วิจัยอธิบายถึงสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมให้เกิดต้อกระจกและให้ผู้ป่วยสรุปถึงสาเหตุที่ก่อให้เกิดโรคต้อกระจกของตนเอง - ผู้วิจัยสรุปถึงสาเหตุที่ก่อให้เกิดโรคต้อกระจกของผู้ป่วยแต่ละราย		

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	2. การผ่าตัดเอาแก้วตาออกเหลือแต่เปลือกหุ้มแก้วตาด้านหลังร่วมกับใส่แก้วตาเทียม หลังผ่าตัดผู้ป่วยสามารถมองเห็นชัดทันที การมองเห็นภาพจะขนาดใกล้เคียงกับตาคนปกติมากที่สุด ไม่ต้องสวมแว่นตา 3. การผ่าตัดเอาเลนส์และแคปซูลที่หุ้มออกทั้งหมด ปัจจุบันไม่นิยมทำการผ่าตัดด้วยวิธีนี้ เนื่องจากการดูแลซับซ้อนและการที่ไม่ใส่แก้วตาเทียมทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลปิดตา 2 ข้างนานถึง 7 วัน หลังผ่าตัดเมื่อแผลหายดีแล้วต้องใส่แว่นเลนส์นูน 4. การผ่าตัดโดยใช้คลื่นเสียงที่มีความถี่สูงหรือ อัลตราซาวด์เข้าไปสลายเนื้อแก้วตาแล้วดูดออกมาแล้วใส่แก้วตาเทียมเข้าไปแทน วิธีนี้แผลผ่าตัดจะเล็กกว่าวิธีการผ่าตัดปกติ ระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดสั้นกว่า การเกิดสายตาเอียงหลังผ่าตัดน้อยลง หลังผ่าตัดมองเห็นภาพได้ชัดทันที แต่ค่าใช้จ่ายสูงกว่า	- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการผ่าตัดที่ผู้ป่วยคิดว่าเหมาะสมกับการรักษาของตนเอง		

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
5. เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดต่อกระดูกได้อย่างถูกต้อง	การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดจะเน้นถึงการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนี้ 1. ให้ผู้ป่วยนอนเตียงที่ล้อสามารถล็อกได้ อธิบายสิ่งแวดล้อมภายในห้องหรือหอผู้ป่วย รวมทั้งการใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม การใช้กริ่งเพื่อขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยตามัวอาจเกิดอุบัติเหตุได้ 2. การดูแลความสะอาดทั่วไป เช่น สระผม โกนหนวด ตัดเล็บ เช็ดล้างสีเล็บ อาบน้ำ หรือเช็ดตัว เช้าวันผ่าตัด การทำความสะอาดปากและฟัน 3. การทำความสะอาดเฉพาะที่ เช่น การตัดขนตา ล้างตา ฟอกหน้าก่อนนอนและเช้าวันผ่าตัด	- ให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูกแล้วแนะนำวิธีปฏิบัติตนก่อนเข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูกแก่ผู้ป่วย - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยต่างๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด - ผู้วิจัยอธิบายสรุปถึงการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด - ฝึกปฏิบัติกลุ่มผ้าเป็นรายบุคคล - ให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูกแล้วแนะนำวิธีปฏิบัติตนขณะผ่าตัดต่อกระดูกแก่ผู้ป่วย	- ภาพพลิกคำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด	- ผู้ป่วยสามารถบอกถึงการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ - ผู้ป่วยปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม
6. เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยขณะผ่าตัด	การปฏิบัติตนขณะผ่าตัด 1. พยาบาลจะหยอดตาข้างที่จะทำผ่าตัดหลังหยอดตาควรหลับตานิ่งไม่กระพริบตา 2. ถ้าจะไอ หรือจามให้บอกแพทย์ให้ทราบก่อน 3. ขณะทำผ่าตัดควรลืมตาทั้ง 2 ข้าง ไม่ควรหลับตาและไม่กลอกตาไปมา	- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยต่างๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะผ่าตัด	- ภาพพลิกแสดงการปฏิบัติตน	- ผู้ป่วยสามารถบอกถึงการปฏิบัติตนขณะผ่าตัดได้ถูกต้อง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
7. บอกถึงการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระจกได้	4. ถ้ามีอาการกลัวให้หายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ ขณะทำผ่าตัดถ้ามีอาการเจ็บบริเวณที่ทำผ่าตัดควรแจ้งแพทย์ทราบ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่จะปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การสอนควรสอนหรือให้คำแนะนำตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ซึ่งมีสิ่งที่จะต้องแนะนำ ดังนี้ 1. การหายใจ ให้หายใจเข้าออกลึกๆจะอยู่ในท่านั่งหรือนอนก็ได้ ให้ผู้ป่วยสูดหายใจเข้าลึกๆ ทางจมูกแล้วค่อยๆ ผ่อนออกทางปาก ทำซ้ำกันเช่นนี้ประมาณ 5 – 10 ครั้ง จะช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดี ช่วยป้องกันภาวะปอดแฟบ ปอดบวมได้	- ผู้วิจัยอธิบายสรุปถึงสภาพห้องผ่าตัด ขั้นตอนของการเข้ารับการผ่าตัด จนกระทั่งผู้ป่วยผ่าตัดเสร็จและกลับหอผู้ป่วย - ให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระจกแล้วแนะนำวิธีปฏิบัติตนหลังผ่าตัดต่อกระจกแก่ผู้ป่วย - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยต่างๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด - ผู้วิจัยอธิบายสรุปถึงการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด	- ภาพพลิกคำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด	- ผู้ป่วยสามารถฝึกคลุมผ้าได้ตามเวลาที่กำหนด - ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องและปลอดภัยในขณะที่ผ่าตัด - ผู้ป่วยสามารถบอกถึงการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ - ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	2. ท่านอนไม่ควรนอนทับบริเวณตาที่ได้รับ การผ่าตัด 3. หลีกเลี่ยงการไอ จามแรงๆ การก้มศีรษะต่ำกว่า ระดับเอว การดำหมกรวมถึงการออกแรงเบ่งถ่าย อุจจาระ การสั่นหน้ามากๆ ขณะแปรงฟันด้วย ฟloss เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดความดันลูกตาสูง แผลเย็บฉีกขาด และเลือดออกในช่องม่านตา 4. ตาข้างที่ได้รับการผ่าตัดจะถูกปิดผ้าปิดตาและ ครอบด้วยที่ครอบตาไว้ห้ามแกะออก ทั้งนี้เพื่อ ป้องกันการกระทบกระเทือนและป้องกันผู้ป่วย เอนิ้วมือเข้าไปสัมผัสหรือขยี้ตา 5. อาการปวดตามักมีไม่มาก เมื่อมีอาการปวดตา ให้หยอดยาบรรเทาปวดได้ รับประทานยาได้ทุก 4-6 ชั่วโมง 6. เมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ ควรระวังการเกิดอุบัติเหตุ เมื่อต้องการความช่วยเหลือควรกดกริ่งเรียก เจ้าหน้าที่มาช่วย เมื่อลูกนั่งครั้งแรกจะมีอาการมึนงง	- ชักถามผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อประเมินความเข้าใจในการ ปฏิบัติตนหลังผ่าตัด		

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	ได้เนื่องจากต้องนอนอยู่บนเตียง ดังนั้นควรให้พยาบาลหรือญาติช่วยพยุงให้นั่งห้อยขาที่เตียงก่อนและแกว่งขาไปมาประมาณ 5 นาที เพื่อให้ร่างกายปรับตัว ถ้าลูกลงจากเตียงโดยทันทีอาจล้มได้			

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก

วิธีการ บรรยาย การสนทนารายกลุ่มและการฝึกปฏิบัติ

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

ผู้รับผิดชอบ นางสาวนิรมล สันทวิจิตรกุล

แนวคิดที่สำคัญ

ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับต่อกระดูกและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด จะทำให้เกิดการปฏิบัติตนที่ถูกต้องหลังผ่าตัดคลายต่อกระดูก ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ไม่ทำให้เกิดความสูญเสียอวัยวะ เสียเวลา เสียงบประมาณของประเทศชาติ รวมถึงก่อให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ทั้งแก่ตัวผู้ป่วยเอง โรงพยาบาลและประเทศชาติ เนื่องจากการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องเหมาะสมของผู้ป่วย ดังนั้นการให้โปรแกรมสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยผ่าตัดคลายต่อกระดูกนั้นจะสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องในการเตรียมความพร้อมก่อนรับการผ่าตัด เป็นการลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดคลายต่อกระดูก

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนหลังผ่าตัดขณะอยู่บ้านได้ถูกต้องเหมาะสม

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
8. บอกถึงการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้	การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 1. การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อตาข้างที่ได้รับ การผ่าตัด 1.1. ระวังอย่าให้น้ำเข้าตา นานประมาณ 1 – 2 สัปดาห์ โดยใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำบิดหมาดๆ เช็ดทำความสะอาด แทนการล้างหน้า การอาบน้ำให้ใช้ขันตักรดจากไหล่ ลงมาระวังอย่าให้น้ำกระเด็นเข้าตา ไม่ควรอาบน้ำฝักบัว เพราะอาจพุ่งเข้าตาได้ 1.2. ความสะอาดรอบๆเปลือกตาล่างและเปลือกตาบน โดยก่อนเช็ดตาทุกครั้งต้องล้างมือให้สะอาดก่อน การเช็ดตานั้นควรใช้สำลีที่สะอาดปราศจากเชื้อชุบน้ำยา ล้างตาหรือน้ำต้มสุกที่เย็นแล้วบีบให้หมาดๆ เช็ดหนึ่งตาบน ก่อนเริ่มจากหัวตาไปหางตาแล้วทิ้ง ใช้สำลีก้อนใหม่ เช็ดขอบตาล่างโดยดึงหนังตาลงเริ่มจากหัวตาไปหางตา ควรเช็ดอย่างเบามือ ให้ญาติผู้ป่วยเช็ดทุกวันประมาณ 2 สัปดาห์ สอนการหยอดตา ป้ายตาให้ถูกต้อง	- ผู้ป่วยแต่ละรายบอกถึง การปฏิบัติตนเมื่อตนเองกลับบ้าน - ผู้วิจัยสรุปถึงการปฏิบัติตัว เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านของผู้ป่วย แต่ละราย ผู้วิจัยอธิบายการปฏิบัติตน ขณะอยู่บ้าน - ฝึกปฏิบัติการเช็ด และหยอดตา	- ภาพพลิกคำแนะนำ ในการปฏิบัติตัว เมื่อกลับบ้าน - แผนพับการปฏิบัติตน เมื่อกลับไปอยู่บ้าน	- ผู้ป่วยสามารถ บอกถึงการปฏิบัติตัว เมื่อกลับไปอยู่ บ้านได้

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	1.3. ไม่ควรประกอบอาหารที่มีควัน หรือทำความสะอาดบ้านที่มีฝุ่นฟุ้งกระจายประมาณ 1 เดือน เพราะควันหรือฝุ่นอาจทำให้ระคายเคืองตาหรือติดเชื้อตาอักเสบได้ 2. ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ เช่น การอาบน้ำ เช็ดตัว รับประทานอาหาร การเดิน เป็นต้น 2.1. ไม่ควรก้มหน้าต่ำกว่าเอวและไม่ควรยกของหนัก เวลาแปรงฟันค่อยๆ แปรงไม่สั่นศีรษะไปมา 2.2. ไม่ควรสระผมเองด้วยการก้มหน้า ควรให้ผู้อื่นสระให้ด้วยการนอนหงาย เพราะน้ำสกปรกจากการสระผมอาจไหลเข้าตาทำให้เกิดการติดเชื้อได้ 2.3. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่แข็ง เหนียว ที่ต้องออกแรงเคี้ยวมากๆและไม่ควรให้ท้องผูก เพื่อป้องกันความดันในลูกตาสูงและเลือดออกในช่องม่านตา จึงควรรับประทานอาหารผักและผลไม้เป็นประจำ			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	3.หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายประเภทกระโดด 4. ถ้ามีอาการคันตาหรือเคืองตา ห้ามขยี้ตา 5. ผู้ป่วยควรนอนหงาย ไม่ควรนอนตะแคงทับข้างที่ได้รับการผ่าตัดหรือนอนคว่ำ 6. ผู้ป่วยควรปิดที่ครอบตาทุกครั้งก่อนนอนป้องกันแผลไปขยี้ตา ให้ปิดประมาณ 2 สัปดาห์ 7. เวลาออกนอกบ้าน หรือรู้สึกแสงจ้ามาก มีฝุ่นละออง มีลมแรง ควรสวมแว่นกันแดด ประมาณ 2 สัปดาห์ 8. ผู้ป่วยใช้สายตาได้ปกติ เช่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ แต่ถ้าเมื่อยตาให้หยุดพัก 9. แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดตามาก ตาแดงมากผิดปกติ มีสารคัดหลั่งจากตามาก การมองเห็นลดลง เป็นต้น ถ้ามีอาการดังกล่าวควรรีบมาพบแพทย์			

ประวัติการศึกษาและการทำงาน

ชื่อ - นามสกุล	นางสาวนิรมล สันทวิจิตรกุล
วัน เดือน ปีที่เกิด	9 พฤศจิกายน 2518
สถานที่เกิด	อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส 2 ปีการศึกษา 2537 – 2539 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีการศึกษา 2542 – 2544
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 6 งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี