

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิกเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของผู้ที่เข้ารับการผ่าตัดในแผนกจักษุ ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคทางจักษุที่ต้องรักษาโดยการผ่าตัด
2. มาตรฐานการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด
3. ปัญหาที่พบในกระบวนการผ่าตัดทางจักษุที่สัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด
4. การประเมินคุณภาพระบบบริการตามกรอบแนวคิดโดนาปีเดียน
5. การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัดทางจักษุ
6. ผลลัพธ์การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางจักษุ

### โรคทางจักษุที่ต้องรักษาโดยการผ่าตัด

การรักษาโรคทางจักษุโดยวิธีการผ่าตัดมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขความผิดปกติของพยาธิสภาพ รักษาโรคที่เป็นอยู่ เพื่อให้ดวงตาสามารถทำหน้าที่ได้อย่างปกติ และช่วยให้ผู้ป่วยมีการมองเห็นดีขึ้น (วณิชชา ชื่นกองแก้ว และ อภิชาติ สิงคาลวณิช, 2550) มีหลายโรคที่ต้องรักษาโดยการผ่าตัดและเลือกวิธีการผ่าตัดที่เหมาะสมเพื่อแก้ไขสาเหตุการเกิดความผิดปกตินั้นๆ เพื่อให้ดวงตาสามารถทำหน้าที่ได้อย่างปกติและช่วยให้ผู้ป่วยมีการมองเห็นดีขึ้น (ศักดิ์ชัย วงศศิริรักษ์ และ โกศล คำพิทักษ์, 2549) โรคทางจักษุที่ต้องใช้วิธีการผ่าตัดรักษามีหลายประเภทด้วยกัน สามารถแบ่งตามสาเหตุการเกิดโรคเป็น 4 ประเภทดังนี้

1. โรคจักษุที่เกิดจากความเสื่อมตามวัย ได้แก่ โรคต้อกระจก โรคต้อหิน โรคต้อเนื้อ จอประสาทตาลอก และหนังตาหย่อน
2. โรคจักษุที่เกิดจากการติดเชื้อ ได้แก่ โรคเบ้าตาอักเสบ กุ้งยิง และในรายที่ตามีการติดเชื้ออย่างรุนแรง (endophthalmitis) จำเป็นต้องผ่าตัดนำลูกตาออก

3. โรคจักษุที่เกิดจากการบาดเจ็บ ได้แก่ โรคอุบัติเหตุทางตาทำให้เกิดแผลที่กระจกตา กระจกแก้วตาแตก ผนังตาฉีกขาด ท่อน้ำตาฉีกขาด ต้อกระจกที่เกิดจากการบาดเจ็บ เลนส์เคลื่อน เลนส์หลุด และจอประสาทตา (retina) ฉีกขาด

4. โรคทางจักษุที่เป็นความพิการแต่กำเนิด ได้แก่ ผนังตาตก กล้ามเนื้อตามีความผิดปกติ ท่อน้ำตาอุดตันแต่กำเนิด และต้อกระจกแต่กำเนิด

### ชนิดของการผ่าตัดทางจักษุ

การผ่าตัดทางจักษุสามารถแบ่งตามตำแหน่งการผ่าตัดของลูกตา ออกเป็น 2 ประเภทคือ การผ่าตัดเข้าไปในลูกตา และการผ่าตัดภายนอกลูกตา ดังมีรายละเอียดดังนี้คือ

1. การผ่าตัดเข้าไปในลูกตา โรคที่ต้องรับการผ่าตัดเข้าไปในอวัยวะภายในลูกตาเพื่อแก้ไขพยาธิสภาพที่มีความผิดปกติในลูกตา ได้แก่

1.1 โรคต้อกระจก เกิดจากความขุ่นของเลนส์แก้วตา รักษาโดยการผ่าตัดลอกต้อกระจกออกเหลือถุงหุ้มเลนส์ไว้เพื่อใส่เลนส์เทียม ปัจจุบันนิยมใช้คลื่นเสียงที่มีความถี่สูงเข้าไปสลายต้อกระจก (phacoemulcification) เป็นเครื่องมือที่มีราคาแพง โดยเปิดแผลด้านหางตา แผลมีขนาดเล็ก ทำให้ใช้เวลาในการพักฟื้นหลังผ่าตัดน้อยลง (ณัฐพล วงษ์คำซ่าง, 2549)

1.2 โรคต้อหิน เกิดจากภาวะความดันลูกตาสูงรักษาโดยการผ่าตัดทำทางระบายน้ำหล่อเลี้ยงตา (aqueous humor) เพื่อช่วยลดความดันลูกตา การรักษาโรคต้อหินต้องใช้ยาเป็นประจำและต่อเนื่อง ถึงแม้จะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดและเลเซอร์แล้ว การรักษาต้อหินแบบเรื้อรังไม่สามารถทำให้สายตาและลานสายตาดีขึ้นได้ แต่จะช่วยรักษาสภาพเดิมเพื่อไม่ให้มีการทำลายของขั้วประสาทตาเพิ่มมากขึ้น (อังคณา เมธีไตรรัตน์ และ รจิต ตู้อินดา, 2550)

1.3 โรคอุบัติเหตุทางตา เกิดจากการได้รับบาดเจ็บจากของมีคมและไม่มีคม ทำให้มีการฉีกขาดทะลุของลูกตา รักษาโดยการผ่าตัดเย็บซ่อมแซมตามตำแหน่งบริเวณที่มีการฉีกขาด เพื่อให้ดวงตาสามารถกลับมาทำงานได้อย่างปกติมากที่สุด ในรายที่มีการบาดเจ็บของดวงตาอย่างรุนแรงไม่สามารถเก็บดวงตาไว้ได้ หรือมีการติดเชื้ออย่างรุนแรง ต้องรักษาโดยการผ่าตัดนำลูกตาออก (ณัฐวุฒิ รอดอนันต์, 2550)

1.4 แผลเป็นที่กระจกตา หมายถึงการเกิดแผลเป็นของกระจกตาขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เกิดแผลเป็นของกระจกตา ถ้าอยู่ตรงกลางกระจกตาทำให้แสงไม่สามารถผ่านเข้าไปในตาได้ทำให้การมองเห็นลดลง รักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา (corneal transplantation) ซึ่งกระจกตาเป็น

อวัยวะที่ไม่มีเส้นเลือด จึงได้ผลก่อนข้างดี เป็นการเปลี่ยนกระจกตาทั้งชั้นความหนาโดยใช้กระจกตาของผู้ที่บริจาคมาเปลี่ยนให้กับผู้ป่วยเพื่อให้การมองเห็นดีขึ้น (อรสา ห่อรัตนารเรือง, 2548)

1.5 โรคของความผิดปกติที่จอประสาทตา (retina) เกิดจากมีการลอกตัวของจอประสาทตาทำให้การมองเห็นลดลง การรักษาโดยการผ่าตัดจอประสาทตาอาจใช้หลายวิธีร่วมกัน เช่น การผ่าตัดโดยใช้ซิลิโคนหนุนบริเวณเยื่อตาขาว (sclera) ให้ตรงกับรูขุมตาของจอประสาทตา และรัดซิลิโคนรอบลูกตาเพื่อให้ชั้นคอร์อยด์ติดกับจอประสาทตา การผ่าตัดควันทาในรายที่มีการดึงรั้งของจอประสาทตามักทำร่วมกับการผ่าตัดจอประสาทตา และการรักษาโดยการฉีดก๊าซที่มีความคงตัวนานๆ ไปกคบริเวณจอประสาทตาทำในรายที่จอประสาทตามีรอยฉีกขาดด้านบน โดยให้ผู้ป่วยนอนคว่ำ การผ่าตัดเพื่อรักษาจอประสาทตาอาจผ่าตัดมากกว่าหนึ่งครั้งเพื่อให้จอประสาทตาติดเป็นปกติ (วณิชยา ชื่นทองแก้ว และ อภิชาติ สิงคาลวณิช, 2550)

2. การผ่าตัดภายนอกลูกตา หรืออวัยวะประกอบภายนอกลูกตา โรคที่ต้องรับการผ่าตัดภายนอกลูกตา เพื่อให้พยาธิสภาพที่เกิดบริเวณอวัยวะประกอบภายนอกลูกตาสามารถทำงานได้อย่างปกติ และช่วยแก้ไขความผิดปกติที่เกิดขึ้น ได้แก่

2.1 โรคต้อเนื้อ เป็นการเปลี่ยนแปลงของเยื่อตาเกิดการงอกคลุมบริเวณกระจกตา การรักษาใช้วิธีผ่าตัดในรายที่ต้อเนื้อมีขนาดใหญ่ เกิดการอักเสบบ่อย และต้อเนื้อเข้ามาในกระจกตา ทำให้การมองเห็นลดลง การผ่าตัดมี 3 วิธีคือ 1) ลอกต้อเนื้อออกทิ้งให้เนื้อเยื่อออกมาปกคลุมเอง มีโอกาสต้อเนื้อเกิดการงอกใหม่ได้สูง 2) ลอกต้อเนื้อออกแล้วใช้เยื่อตาขาวส่วนที่อยู่ได้เปลือกตาบนมาคลุมบริเวณที่ถูกลอกออกไปใช้เวลานานกว่าวิธีแรก การงอกซ้ำของต้อน้อยมาก และ 3) ใช้เนื้อเยื่อกรมวางบนตำแหน่งที่ลอกต้อเนื้อออก ป้องกันการงอกใหม่ของต้อเนื้อ (วิภาวี บูรณพงศ์, 2550)

2.2 ฝีบริเวณเปลือกตา หรือกึ่งยิงเกิดการอักเสบของต่อมไขมันบริเวณเปลือกตาบนหรือเปลือกตาล่างด้านในหรือด้านนอกขึ้นกับตำแหน่งของการอักเสบ การรักษาทำได้โดยกรีดบริเวณเปลือกตาเพื่อระบายหนองออก (ศักดิ์ชัย วงศศิริรักษ์ และ ณวพล กาญจนารัตน์, 2549)

2.3 ท่อน้ำตาผิดปกติ เกิดจากการบาดเจ็บของทางเดินระบบท่อน้ำตา ขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่ได้รับการบาดเจ็บ รักษาโดยการผ่าตัดเพื่อซ่อมแซมให้ท่อระบายน้ำตากลับมาใช้งานได้ตามปกติ (สุมาลี หวังวีรวงศ์, 2550)

2.4 กล้ามเนื้อตาที่มีความผิดปกติจากการเกิดพยาธิสภาพ ทำให้การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อตาผิดปกติ มีภาวะสายตาสีเทา และตาเข รักษาโดยการผ่าตัดมี 4 วิธีคือ 1) การผ่าตัดทำให้กล้ามเนื้อ medial rectus อ่อนแรงทำให้ตาเหล่เข้าน้อยลง 2) การผ่าตัดที่มีผลเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ lateral rectus มีความแข็งแรงมากขึ้นทำให้ตาเหล่เข้าน้อยลง 3) การผ่าตัดย้ายกล้ามเนื้อตา

เพื่อช่วยการกลอกที่อ่อนแรงของกล้ามเนื้อให้ดีขึ้น และ 4) การผ่าตัดกล้ามเนื้อตาแบบปรับเปลี่ยน เป็นการผ่าตัดกล้ามเนื้อตาปกติ และผูกไหมไว้ชั่วคราวเพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนเลื่อนได้ (พิทยาภมรเวชวรรณ, 2550)

2.5 เปลือกตาผิดปกติ เกิดจากมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นเป็นมาแต่กำเนิด รักษาโดยการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของเปลือกตาเช่น ภาวะหนังตาหย่อนทำให้บังการมองเห็น ขนตาขึ้นผิดปกติ และเปลือกตาม้วนผิดปกติ เป็นต้น บางรายผ่าตัดตกแต่งเปลือกตาเพื่อให้เกิดความสวยงาม เป็นการแก้ไขเปลือกตาที่เกิดจากความชรา (กิริติ พึ่งพาพงศ์, 2549)

### ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดทางจักษุ

ในขณะที่ผ่าตัดหรือในระยะหลังผ่าตัดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด เกิดได้จากหลายสาเหตุ ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดที่พบได้บ่อย คือ

1. การเกิดเลือดออกในช่องหน้าม่านตา (hyphema) เกิดจากการฉีกขาดของเส้นเลือดม่านตา ขณะผ่าตัด (วณิชชา ชื่นกองแก้ว และ อภิชาติ สิงคาลวณิช, 2550)
2. ถุงหุ้มเลนส์ด้านหน้า (anterior lens capsule) ฉีกขาดไปทางด้านข้าง ทำให้ไม่เป็นวงกลม (radial tear) เกิดถุงหุ้มเลนส์ด้านหลังฉีกขาดขณะผ่าตัด ทำให้เกิดการฉีกขาดของถุงหุ้มเลนส์ด้านหลัง (rupture posterior capsule) (วณิชชา ชื่นกองแก้ว และ อภิชาติ สิงคาลวณิช, 2550)
3. น้ำวุ้นในลูกตาออก (vitreous loss) ภาวะแรงดันบวกเพิ่มขึ้นด้านหลังทำให้เกิดแรงดึงในลูกตามากขึ้นเฉียบพลันขณะผ่าตัด (positive posterior pressure) จะพบช่องหน้าลูกตาด้านขณะผ่าตัด (วณิชชา ชื่นกองแก้ว และ อภิชาติ สิงคาลวณิช, 2550)
4. ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือทำให้เครื่องมือโคนผิวของกระจกตาฉีกขาดใน หรือโคนบริเวณกระจกตาด้านนอกถลอกได้ (cornea abrasion) (ยุพดี รัตตะรังสี, 2545)
5. เกิดแรงดันม่านตาออกมาบริเวณขอบแผล (iris prolapse ) เกิดจากผู้ป่วยเบ่งขณะผ่าตัด (อารุณี อัสวศุภฤกษ์, 2547)
6. แผลแยกหลังผ่าตัดจากการผู้ป่วยไอ จาม หรือ เบ่งแรงๆทำให้เกิดแรงดัน และแผลผ่าตัดแยกได้ (ยุพดี รัตตะรังสี, 2545)
7. เกิดถุงหุ้มเลนส์ขุ่นในระยะหลังผ่าตัด (posterior capsule opacity) เกิดจากมีแผ่นเนื้อเยื่อของเซลล์เยื่อบุผิวเลนส์ (lens epithelial cells) มีการแบ่งตัวและเคลื่อนมาอยู่บนถุงหุ้มเลนส์ด้านหลัง ทำให้เกิดเป็นแผ่นเนื้อเยื่อหนาปิดที่ถุงหุ้มเลนส์ด้านหลัง มักพบได้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจก ต้องรักษาโดยการผ่าตัดกรีดถุงหุ้มเลนส์ด้านหลัง หรือใช้เลเซอร์ยิงบริเวณถุงหุ้มเลนส์

ด้านหลังเพื่อให้แสงผ่านถุงหุ้มเลนส์ไปยังจอประสาทตาเพื่อให้การมองเห็นดีขึ้น (วณิชา ชื่นกองแก้ว และ อภิชาติ สิงคาลวณิช, 2550)

8. เกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่เกิดจากการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดไม่ถูกต้อง (อารุณี อัสวสุภฤกษ์, 2547)

การผ่าตัดทางจักษุ มีทั้งการผ่าตัดใหญ่ เช่นการผ่าตัดลอกต้อกระจก ต้อหิน จอประสาทตา และแก้ไขความผิดปกติของกล้ามเนื้อตา เป็นต้น และการผ่าตัดเล็ก เช่น การผ่าตัดลอกต้อเนื้อ การผ่าตัดฝังยิง ซึ่งในการผ่าตัดทางจักษุมีการใช้ยาระงับความรู้สึกโดยมีจุดประสงค์เพื่อ ระงับความรู้สึกเจ็บปวด ทำให้ตาอยู่นิ่งไม่สามารถถลอกตาไปมาหรือบีบตา ทำให้ความดันตาต่ำลงโดยเฉพาะอย่างยิ่งก่อนผ่าตัด และทำให้เลือดออกน้อยที่สุด (วณิชา ชื่นกองแก้ว และ อภิชาติ สิงคาลวณิช, 2550) ส่วนใหญ่การผ่าตัดทางจักษุใช้ยาชาเฉพาะที่มากกว่าการดมยาสลบ เนื่องจากการผ่าตัดที่ใช้เวลาไม่นาน และการใช้ยาชาเฉพาะที่สามารถทำให้ตานิ่งได้ดีพอที่จะทำผ่าตัด แต่ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยขณะผ่าตัดเพื่อให้การผ่าตัดเป็นไปอย่างราบรื่น ส่วนการดมยาสลบใช้ในรายที่เป็นเด็ก ผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการผ่าตัด การผ่าตัดที่ใช้เวลานาน ผู้ป่วยแพ้ยาชาเฉพาะที่ และผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางตาไม่เหมาะที่จะฉีดยาชา เพราะทำให้ความดันตาสูงขึ้นได้ เป็นต้น (วิภาวี บุรณพงษ์, 2550) โดยแพทย์จะเลือกใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับวิธีในการผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ผ่าตัด ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในกระบวนการผ่าตัด มีผลทำให้เกิดการงัดหรือเลื่อนผ่าตัด หรืออาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้

### **มาตรฐานการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด**

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่เข้ามารับการผ่าตัด เป็นบริการที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเตรียมความพร้อมทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัย มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมีทั้งหมด 9 มาตรฐาน เป็นข้อกำหนดให้พยาบาลนำไปปฏิบัติในกระบวนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ซึ่งมาตรฐานการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดมี 4 มาตรฐาน ดังนี้ (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550)



สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ	
ห้องสมมติงานวิจัย	
วันที่.....	1.6. 2555
เลขทะเบียน.....	248777
เลขเรียกหน้า.....	

## มาตรฐานที่ 1 การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

1. การประเมินปัญหา ความต้องการ และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยพยาบาลผ่าตัดประเมินปัญหาและความต้องการ คลอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการเตรียมความพร้อมของครอบครัวก่อนผ่าตัด

### แนวทางปฏิบัติ

1.1 ประสานงานกับทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้แก่ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ทีมวิสัญญีพยาบาล ศัลยแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนการผ่าตัด

1.2 เชื่อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อ

1.2.1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อทำความรู้จักกับผู้ป่วย และถามชื่อ สกุล ป้องกันการผ่าตัดผิดคน

1.2.2 ประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยโดยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสี และผลการตรวจพิเศษอื่น ๆ รวมทั้งการประเมินทางด้านร่างกาย และจิตใจ ก่อนผ่าตัด

1.2.3 ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารในการลงนามยินยอมก่อนผ่าตัด เอกสารสิทธิในการรักษาพยาบาล ผลการตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1.2.4 นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนในการให้การพยาบาลในระยะผ่าตัด ร่วมกับทีมสหสาขาให้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในขณะผ่าตัด

1.2.5 ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด ทบทวนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

1.2.6 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ซักถาม หรือระบายความรู้สึก

1.2.7 แจ้งข้อมูลให้กับพยาบาลหอผู้ป่วย ในกรณีที่มีการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสี หรือผลการตรวจพิเศษอื่น ๆ ไม่ครบ หรือพบผู้ป่วยมีอาการผิดปกติที่ควบคุมไม่ได้

1.3 ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายเข้าห้องผ่าตัด ดังนี้

1.3.1 ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคลและแผนการผ่าตัด

1.3.2 ตรวจสอบความครบถ้วนของการเตรียมผ่าตัดตามแผนการรักษา

1.3.3 ตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสาร ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสี และผลการตรวจพิเศษอื่น ๆ

1.3.4 ประเมินความพร้อมด้านจิตใจและดูแลจิตใจ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล

1.4 บันทึกรายงานและส่งต่อข้อมูลที่สำคัญ หรือพบภาวะเสี่ยงกับทีมดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด

2. เตรียมความพร้อมในห้องผ่าตัด อุปกรณ์ เครื่องมือ และห้องผ่าตัด ให้พร้อมก่อนผ่าตัด

## มาตรฐานที่ 2 การพยาบาลระยะผ่าตัด

พยาบาลผ่าตัดให้การพยาบาลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการผ่าตัดอย่างปลอดภัย  
แนวทางปฏิบัติ

1. พยาบาลช่วยทั่วไป (circulating nurse)

1.1 ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคล ประวัติการรักษา ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสี และผลการตรวจพิเศษอื่น ๆ ก่อนเข้าห้องผ่าตัด

1.2 อธิบายให้ผู้ป่วยร่วมมือขณะผ่าตัด (กรณีที่ใช้ยาชาเฉพาะที่)

1.3 แนะนำการปฏิบัติตนและวิธีสื่อสารกับทีมผ่าตัดในระหว่างผ่าตัด (กรณีที่ใช้ยาชาเฉพาะที่)

1.4 จัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสมกับการผ่าตัด ไม่เปิดเผยร่างกายในส่วนที่ปกปิด

1.5 ทำความสะอาดผิวหนังก่อนผ่าตัดตามเทคนิคปลอดเชื้อ

1.6 ร่วมตรวจนับและเป็นพยานยืนยัน การนับอุปกรณ์ เครื่องมือ ผ้าซับโลหิต ก่อนผ่าตัด ก่อนปิดแผล ร่วมกับพยาบาลส่งเครื่องมือ และบันทึกไว้เป็นหลักฐาน

1.7 จัดหาเครื่องมือไว้ใช้ในภาวะฉุกเฉิน และสังเกตการณ์ผ่าตัดสามารถคาดการณ์ความต้องการของทีมผ่าตัดในการหาเครื่องมือได้ทันเวลา

1.8 ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม

1.9 เก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจในรายที่ต้องส่งตรวจอย่างถูกต้อง

2. พยาบาลส่งผ่าตัด (scrub nurse)

2.1 ส่งเครื่องมือให้ถูกหลักการผ่าตัดและตามหลัก standard precaution

2.2 ช่วยผ่าตัดโดยป้องกันการบาดเจ็บจากเนื้อเยื่อจากการดึงรั้ง การใช้ผ้าตัด หรือการวาง plate และบริเวณที่ผ่าตัดดูแลให้คงสภาพปราศจากเชื้อ

2.3 สังเกตความก้าวหน้าของการผ่าตัด คาดการณ์ถึงความต้องการของทีมผ่าตัดในการจัดหาเครื่องมือใช้ในระหว่างผ่าตัด และในภาวะฉุกเฉิน ได้ทันเวลา

2.4 ตรวจสอบขั้นตอนอุปกรณ์ เครื่องมือ ผ้าซับโลหิต ก่อนผ่าตัด ก่อนปิดแผล และบันทึกไว้เป็นหลักฐาน

2.5 ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม

2.6 เก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจในรายที่ต้องส่งตรวจอย่างถูกต้อง

### มาตรฐานที่ 7 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ

พยาบาลผ่าตัดให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม  
แนวทางปฏิบัติ

1. ประเมินปัญหา ความเข้าใจ การรับรู้ และความคาดหวัง เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้ข้อมูล

2. วางแผนในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยแต่ละราย

3. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในเรื่องต่อไปนี้

3.1 ภาวะของโรคและแผนการรักษา

3.2 วิธีการผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัด และทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแล

3.3 สิทธิพึงมีพึงได้ที่ได้รับจากการรักษาในโรงพยาบาล

3.4 กฎระเบียบของโรงพยาบาล การใช้สถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวกใน

โรงพยาบาล

3.5 การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

4. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจในการลงนามยินยอมให้การรักษา

5. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

6. บันทึกการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้องและครบถ้วน

### มาตรฐานที่ 8 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

พยาบาลผ่าตัดปฏิบัติกรพยาบาล โดยเคารพในศักดิ์ศรีและพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตาม  
ขอบเขตและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

แนวทางปฏิบัติ

1. ปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยทุกคน โดยไม่เลือกชั้น วรรณะ ศาสนา เชื้อชาติ โดยยึด  
หลักจริยธรรมและจรรยาบรรณของวิชาชีพ ดังนี้

- 1.1 ให้การดูแลผู้ป่วยทุกรายเป็นอย่างดี ตามความเหมาะสมกับอาการหรือโรคที่เป็น โดยใช้วิจารณญาณ และความรู้ในวิชาชีพ
- 1.2 ปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยทุกรายอย่างเท่าเทียมกัน
- 1.3 ปฏิบัติต่อผู้ป่วยทุกรายด้วยความสุภาพอ่อนโยน อธิบายและบอกกล่าวทุกครั้ง ก่อนให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- 1.4 เคารพในความเชื่อและพิธีกรรมของผู้ป่วย
- 1.5 ละเว้นการปฏิบัติที่มีอคติ ใช้อำนาจเพื่อให้เกิดความได้เปรียบ เพื่อเกิดประโยชน์ส่วนตัว
- 1.6 ส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีรักษาพยาบาล โดยให้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน
- 1.7 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามข้อสงสัย
2. ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวทางพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ดังนี้
  - 2.1 การให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับ
    - 2.1.1 แผนการรักษาของแพทย์และแผนการพยาบาล
    - 2.1.2 การบริจาคอวัยวะ
    - 2.1.3 การผูกมัด
  - 2.2 การรักษาความเป็นส่วนตัวและความลับของผู้ป่วยเกี่ยวกับ
    - 2.2.1 การเปิดเผยร่างกายจากบริการรักษาพยาบาล
    - 2.2.2 ความลับเวชระเบียนของผู้ป่วย ทั้งสิทธิการใช้และการเข้าถึงข้อมูลเวชระเบียน
    - 2.2.3 การเผยแพร่ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา /วิจัย
3. ดูแลให้ได้รับสิทธิพึงมีพึงได้และไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคล จากทีมบุคลากร
  - 3.1 การได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างชัดเจน และวิธีการตรวจรักษา
  - 3.2 ให้ผู้ป่วยมีสิทธิในการรับทราบ ชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ที่ให้บริการแก่ตน
  - 3.3 ไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย เว้นแต่เป็นการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายหรือผู้ป่วยยินยอม
  - 3.4 พยาบาลวิชาชีพเป็นแบบอย่างให้ทีมสมาชิกทีมการพยาบาลปฏิบัติตามมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติในการเคารพสิทธิผู้ป่วย

นอกจากมาตรฐานการพยาบาลดังกล่าว มีมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ตอนที่ III หมวดที่ 4 หัวข้อ 4.3 การดูแลเฉพาะของการผ่าตัด ได้นำแนวทางในการระบุตำแหน่งการผ่าตัดเพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดหัตถการ และผิดตำแหน่งไว้ดังนี้ (สถาบันสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2551ข)

1. varication มีการทวนสอบหรือยืนยันตัวผู้ป่วย หัตถการตำแหน่งหรือข้าง และอุปกรณ์เทียม (ถ้ามี) ที่วางแผนใช้ในการผ่าตัด ในช่วงก่อนที่ทำผ่าตัดแสดงให้เห็นว่ามีอุปกรณ์เทียม มีพร้อมใช้ เอกสารที่ใช้ในการผ่าตัด ภาพถ่ายรังสี ผลการตรวจพิเศษมีพร้อมและแสดงให้เห็น
2. mark site กำหนดให้แพทย์เป็นผู้ทำเครื่องหมายในการระบุตำแหน่งที่ทำผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม การทำเครื่องหมายต้องมีการตกลงให้เหมือนกันทั้งองค์กร และควรทำขณะผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ต้องเห็นสัญลักษณ์ขณะผ่าตัด ควรทำเครื่องหมายในอวัยวะที่มีสองข้างหรือหลายโครงสร้าง เช่น นิ้วมือ นิ้วเท้าหรือหลายระดับ (กระดูกสันหลัง)
3. time out กำหนดให้มีช่วงขอเวลานอก ก่อนที่จะเริ่มให้ยาระงับความรู้สึก หรือลงมือทำหัตถการ เพื่อให้ทีมผ่าตัดที่เกี่ยวข้องทุกคนยืนยันความถูกต้องของการจัดทำ หัตถการ ตำแหน่ง และอุปกรณ์เทียม ถ้ามีข้อมูลไม่ตรงกันต้องกลับทบทวนใหม่ทั้งหมดจนมั่นใจถึงเริ่มผ่าตัดได้

### ปัญหาที่พบในกระบวนการผ่าตัดทางจักษุที่สัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด

ในกระบวนการรักษาโรคทางจักษุโดยการผ่าตัดมักจะมีปัญหาซึ่งเกิดขึ้นจากสาเหตุหลายประการ ส่วนใหญ่เกิดจากการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยไม่พร้อมที่จะเข้ารับการผ่าตัด จึงต้องเกิดการงดหรือเลื่อนผ่าตัด (Henderson et al., 2006) การงดหรือเลื่อนผ่าตัดทำให้การผ่าตัดไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีผลต่อความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากร เสียเวลาในการนอนโรงพยาบาลและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล และทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่พึงพอใจ (Argo et al., 2009; Lau et al., 2010b) ปัญหาที่พบบ่อยในกระบวนการรักษาโรคจักษุด้วยการผ่าตัดที่สัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดไม่มีประสิทธิภาพมีผลทำให้ต้องงดหรือเลื่อนผ่าตัด และปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัดของการผ่าตัดจักษุ ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### 1. การเลื่อนหรืองดการผ่าตัด

การผ่าตัดทางจักษุที่มีการงดหรือเลื่อนผ่าตัด ส่วนใหญ่มีสาเหตุที่สัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมที่ไม่มีประสิทธิภาพ อาทิเช่น



1.1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เกิดความเครียด และกลัวการผ่าตัด ส่งผลทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือขณะผ่าตัด แสดงออกโดยการกระสับกระส่ายขณะคลุมผ้าตัด ไม่สามารถทำผ่าตัดได้ เกิดจากเตรียมความพร้อมในการให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในระยะผ่าตัด (แสวง ปัญญาดี, 2544)

1.2 อุปกรณ์และเครื่องมือในการผ่าตัดไม่พร้อม เช่น ไม่มีเลนส์แก้วตาเทียม สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระจก ซึ่งเกิดจากการไม่ได้วัดกำลังเลนส์ หรือขาดการเตรียมเลนส์แก้วตาเทียมให้มีกำลังเหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย ควรได้รับการเตรียมให้พร้อมก่อนเข้าห้องผ่าตัด (Henderson et al., 2006)

1.3 ไม่ได้งดรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด จากการไม่ได้เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยด้านร่างกายก่อนผ่าตัด ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกง่ายในขณะผ่าตัด ต้องงดรับประทานยากลุ่มนี้อย่างน้อย 7 วันก่อนผ่าตัด (อัจฉรา ศิรินันท์, 2553; Henderson et al., 2006)

1.4 ผู้ป่วยมีภาวะตาแดง ตาอักเสบ มีขี้ตา ข้างที่ผ่าตัด เกิดจากการไม่ได้เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยด้านร่างกายก่อนผ่าตัด โดยไม่ได้ตรวจดูความผิดปกติของดวงตาให้พร้อมก่อนผ่าตัด ถ้าตรวจพบอาการผิดปกติต้องได้รับการรักษาก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด (นภาพร วาณิชชกุล, 2554)

1.5 ผู้ป่วยมีโรคร่วมทางอายุรกรรมและควบคุมโรคไม่ได้ในวันที่ผ่าตัด จากการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่มีประสิทธิภาพ เช่น มีความดันโลหิตสูง มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้ผู้ป่วยต้องงดหรือเลื่อนผ่าตัด ซึ่งอาจมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและการหายของแผลหลังผ่าตัดได้ ถ้าพบการตรวจผิดปกติต้องรายงานให้แพทย์ทราบเพื่อพิจารณาการผ่าตัด และรักษาโรคร่วมทางอายุรกรรมหรือภาวะผิดปกติที่พบก่อนที่จะได้รับการผ่าตัด (Henderson et al., 2006; Lau et al., 2010a)

1.6 แพทย์ทำผ่าตัดไม่ทันในเวลาราชการ อาจเกิดจากการจัดลำดับผ่าตัดร่วมกับทางห้องผ่าตัดไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ ทำให้เกิดการผ่าตัดล่าช้าเสร็จไม่ทันในเวลาราชการ จึงต้องเลื่อนผ่าตัด และนัดผ่าตัดใหม่ในครั้งต่อไป ทำให้การรักษาล่าช้าเกิดผลเสียต่อผู้ป่วย (Henderson et al., 2006)

1.7 ในรายที่แพทย์ฉีดยาชาที่ด้านหลังลูกตา (retrobulbar block) โดยใช้เข็มแทงเข้าไปบริเวณด้านหลังลูกตา ในรายที่ผู้ป่วยสายหน้าขณะแทงเข็ม อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะฉีดยาได้ เช่น เข็มแทงบริเวณขั้วประสาทตา (optic nerve) เกิดการบาดเจ็บของขั้วประสาทตาอาจทำให้สูญเสียการมองเห็นได้ และอาจเกิดเข็มแทงบริเวณเส้นเลือดด้านหลังลูกตาทำให้เลือดออกหลังลูกตา

(retrobulbar hemorrhage) ทำให้ความดันลูกตาสูงไม่สามารถทำผ่าตัดได้ ต้องงดหรือเลื่อนผ่าตัด (อัจฉรา ศิรินันท์, 2553)

## 2. ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะผ่าตัด

การผ่าตัดอาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้ สัมพันธ์กับความร่วมมือของผู้ป่วยขณะผ่าตัดขณะผ่าตัด อาทิเช่น

2.1 ในรายที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือขณะผ่าตัด เช่น ไอ จาม หรือเบ่ง ขณะทำผ่าตัด อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังต่อไปนี้ (อารุณี อิศวศุกฤกษ์, 2547)

2.1.1 เครื่องมืออยู่ในตาขณะผ่าตัดอาจทำให้โคนพิวของกระจกตาด้านในได้ จากการที่ผู้ป่วยส่ายหน้าขณะผ่าตัด ไม่ให้ความร่วมมือขณะทำผ่าตัด

2.1.2 การเกิดเลือดออกในช่องหน้าม่านตา (hyphema) จากการที่เครื่องมือโคนบริเวณเส้นเลือดของม่านตา (iris) ส่วนใหญ่เกิดในรายที่ผู้ป่วยส่ายหน้าขณะผ่าตัด ไม่ให้ความร่วมมือขณะทำผ่าตัด

2.1.3 ทำให้เกิดแรงดันม่านตาออกมาบริเวณขอบแผล (iris prolapse) เกิดจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือขณะผ่าตัดโดยการเบ่ง ทำให้การผ่าตัด และเย็บแผลบริเวณขอบกระจกตายากเนื่องจากเกิดแรงดันม่านตาออกมาบริเวณขอบแผล

2.1.4 ทำให้เครื่องมือโคนบริเวณกระจกตาด้านนอกถลอกได้ (cornea abrasion) จากการที่ผู้ป่วยส่ายหน้าขณะผ่าตัด หรือขยับตัวโดยไม่บอกแพทย์ก่อน

2.2 ถุงหุ้มเลนส์ด้านหน้า (anterior lens capsule) ฉีกขาดไปทางด้านข้าง ทำให้ไม่เป็นวงกลม (radial tear) (วณิชา ชื่นกองแก้ว และ อภิชาติ สิงคาลวณิช, 2550)

2.3 เกิดถุงหุ้มเลนส์ด้านหลังฉีกขาดขณะผ่าตัด (rupture posterior capsule) มีผลต่อการใส่เลนส์แก้วตาเทียม ทำให้ถุงหุ้มเลนส์ไม่แข็งแรง แพทย์อาจพิจารณาทำผ่าตัดโดยวางเลนส์บนถุงหุ้มเลนส์ด้านบน หรือทำผ่าตัด sclera fixation โดยแขวนเลนส์ยึดติดกับผนังของลูกตา (sclera) (วณิชา ชื่นกองแก้ว และ อภิชาติ สิงคาลวณิช, 2550)

2.4 น้ำวุ้นในลูกตาออก (vitreous loss) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากมีถุงหุ้มเลนส์ฉีกขาด ทำให้น้ำวุ้นลูกตาออกมา ทำให้การผ่าตัดมีความยุ่งยากซับซ้อนขึ้น ต้องใช้เครื่องมือสำหรับตัดวุ้นตา (vitrectomy) เพื่อลดแรงดึงรั้งของวุ้นตา (วณิชา ชื่นกองแก้ว และ อภิชาติ สิงคาลวณิช, 2550)

## 3. ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด

ในระยะหลังผ่าตัดอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่มีสาเหตุที่สัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวในระยะ

หลังผ่าตัดไม่ถูกต้อง และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด ดังต่อไปนี้ (สกาวัตต์ คุณาวีศรุต และคณะ, 2548)

3.1 เลือดออกในช่องหน้าตา เกิดจากการฉีกขาดของเส้นเลือดบริเวณมานตา อาจเกิดขึ้นเองหรือจากการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดไม่ถูกต้อง เช่น เบ่งถ่ายอุจจาระ จาม หรือไอแรง ๆ เป็นต้น

3.2 แผลผ่าตัดแยก เกิดจากการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยไม่ถูกต้อง เช่น เบ่งถ่ายอุจจาระ จาม หรือไอแรง ๆ เป็นต้น เมื่อเกิดภาวะแผลผ่าตัดแยกทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังผ่าตัด และต้องมาเย็บแผลอีกครั้ง

3.3 ภาวะความดันลูกตาผิดปกติ เกิดจากการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดไม่ถูกต้อง เช่น ไอ จาม อาเจียน บีบตาแรง ๆ ก้มหน้าต่ำกว่าระดับเอว การยกของหนักหรือการนอนตะแคงข้างที่ผ่าตัด

3.4 การติดเชื้อหลังผ่าตัด ซึ่งพบได้บ่อยที่สุดหลังการผ่าตัด 4-6 วัน ส่วนใหญ่เกิดจากการดูแลหลังผ่าตัดไม่ถูกต้อง อาจเกิดจากผู้ป่วยขี้ตาข้างที่ผ่าตัด น้ำเข้าตาข้างที่ผ่าตัดหรือไม่หยอดตาเช็ดตาตามแผนการรักษาของแพทย์ ทำให้เกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัดได้ (endophthalmitis)

ดังนั้นการประเมินและการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดมีความสำคัญมากในการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือขณะผ่าตัดทำให้การผ่าตัดราบรื่น สามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้

### การประเมินคุณภาพระบบบริการตามกรอบแนวคิดโดนาบีเดียน

แนวคิดการประเมินคุณภาพระบบบริการสุขภาพของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ เป็นแนวคิดที่เป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยสรุปได้ดังนี้

#### ความหมาย

1. โครงสร้าง (structure) หมายถึง การกำหนดตามเงื่อนไขของระบบบริการที่ได้มีการสนับสนุนหรือเกื้อหนุนขององค์กรในการจัดหาสิ่งสนับสนุนด้านต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วย

1.1 ทรัพยากรด้านวัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ สิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ งบประมาณ และเครื่องมือ

1.2 ทรัพยากรบุคคล เช่น การจัดอัตรากำลังของบุคลากร ความเชี่ยวชาญของบุคลากร และระบบสนับสนุนของบุคลากร

1.3 คุณลักษณะขององค์กร เช่น องค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ การอบรม การวิจัย ค่าตอบแทนการปฏิบัติงาน และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับองค์กร

2. กระบวนการ (process) หมายถึง รูปแบบและกิจกรรมในการดำเนินงาน ให้การรักษา ดูแลผู้ป่วย ทั้งการวินิจฉัย การรักษา การบำบัดฟื้นฟู การป้องกัน และการให้ความรู้ผู้ป่วย โดยการปฏิบัติของบุคลากรผู้ให้บริการในระบบสุขภาพ ครอบคลุมถึงการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งกระบวนการของการดูแลผู้ป่วยมีผลเป็นอย่างมากต่อผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย ข้อมูลของกระบวนการอาจได้มาจาก บันทึกทางการรักษา บันทึกทางการพยาบาล การสัมภาษณ์ และการสังเกต การปฏิบัติงานของบุคลากร

3. ผลลัพธ์ (outcome) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในบุคคล และประชากรที่มีผลต่อการดูแลในระบบสุขภาพ ได้แก่

3.1 ผลของการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางสุขภาพของผู้ป่วย

3.2 ผลของการเปลี่ยนแปลงความรู้ที่มีผลต่อการรักษาของผู้ป่วยและญาติ

3.3 ผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีผลต่อการรักษาของผู้ป่วยและญาติ

3.4 ความพึงพอใจต่อการดูแลและผลการรักษาที่ได้รับของผู้ป่วยและญาติ

ทั้งนี้ ควรมีแนวทางในการนำผลลัพธ์มาใช้ ดังต่อไปนี้

1) ผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ควรนำไปเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์ของการดูแล

2) ผลลัพธ์ที่ได้ควรมาจากการดูแลที่ดี ภายใต้การควบคุมกำกับติดตามการดูแลที่ดี

3) ผลลัพธ์ที่ดีและไม่ดีสามารถอธิบายได้ว่าเกิดจากขบวนการใดในกระบวนการดูแล

4) มีการกำหนดระยะเวลาของผลลัพธ์ที่ประเมินในแต่ละครั้ง

5) ควรมีการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นให้ครอบคลุมทั้งในด้านดีและไม่ดี

6) ควรมีการติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง

7) ควรมีการคำนึงถึงองค์ประกอบอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์เพื่อให้ได้

ภาพรวมของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

8) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอาจไม่มีความแน่นอน ซึ่งขึ้นอยู่กับแหล่งทรัพยากรของระบบ

บริการ เช่น ทรัพยากรด้านวัสดุ อุปกรณ์ งบประมาณ และทรัพยากรบุคคล ที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้

จากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพระบบบริการสุขภาพของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ได้นำมาปรับเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาโครงสร้างของระบบบริการ กระบวนการ กิจกรรมและการประเมินผลลัพธ์ของการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. โครงสร้างของระบบบริการเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดจักขุ ได้แก่ นโยบาย เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ งบประมาณ ระเบียบปฏิบัติ คู่มือ แนวปฏิบัติ บุคลากรที่รับผิดชอบ ในแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดจักขุ
2. กระบวนการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดจักขุ ได้แก่ การบริการในรูปแบบต่าง ๆ กิจกรรมในการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดจักขุ
3. การประเมินผลลัพธ์ของการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดจักขุ โดยมีการกำหนดผลลัพธ์ และตัวชี้วัด เครื่องมือรวบรวมผลลัพธ์ การรวบรวมและจัดเก็บข้อมูลผลลัพธ์ และผลลัพธ์ที่ได้จากการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดจักขุ

### การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัดทางจักขุ

เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเป็น โรคทางจักขุที่ต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญต่อความปลอดภัยต่อดวงตาผู้ป่วย (ประภายอดแก้ว และ กิตติชัย อัครพิพัฒน์กุล, 2551) เพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัดประสบความสำเร็จ ช่วยลด และ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อยู่เสมอเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย สามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง และทำให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็น ได้ดีขึ้น (รัตติมา ศิริโหราชัย และ พิกุลทิพย์ หงส์เหิร, 2554) การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัดทางจักขุมีขั้นตอนและกระบวนการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดจักขุ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ การเตรียมความพร้อมในระยะก่อนผ่าตัด และการเตรียมในห้องผ่าตัดและระหว่างผ่าตัด ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### การเตรียมความพร้อมในระยะก่อนผ่าตัด

การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดมีความสำคัญในการวางแผนการพยาบาล ผู้ป่วยแต่ละรายมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน ดังนั้นการวางแผนการพยาบาล (nursing process) ในผู้ป่วยแต่ละรายจึงแตกต่างกันเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการวางแผนในการป้องกันได้ นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการรักษาของแพทย์และเกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษา จึงควรมีการจัดการในระยะก่อนผ่าตัดโดยมีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในแผนกจักขุ คือ

## 1. การเตรียมด้านกฎหมาย และสิทธิผู้ป่วย

การเตรียมความพร้อมของผู้ที่เข้ารับการรักษา โดยการผ่าตัดต้องคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย ที่พึงจะได้รับ โดยการดูแลอย่างเสมอภาค และให้การพยาบาล โดยเคารพสิทธิความเป็นบุคคลและ ให้เกียรติผู้ป่วยตลอดเวลาที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (เกษฎาภรณ์ พุทธิธนบุตร, 2542) ตามหลักสิทธิผู้ป่วย แพทย์มีหน้าที่ให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกรับการรักษา ยกเว้นกรณีจำเป็นแก่ชีวิต โดยทั่วไปการผ่าตัดทางจักษุมักไม่รีบด่วน ที่จะเกิดอันตรายแก่ชีวิต ดังนั้นจึงควรให้ผู้ป่วยได้เป็นผู้ตัดสินใจรับการรักษาเอง จะเป็นการปลอดภัยทั้งกับผู้ป่วยและแพทย์ (ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์ และ ฌวพล กาญจนารัตน์, 2549) ต้องมีการลงนามให้ความยินยอมผ่าตัด เป็นเอกสารทางกฎหมายที่ยืนยันว่า ผู้ป่วยให้ความยินยอมในการรักษาและผู้ป่วยได้รับการบอกกล่าวและเข้าใจทุกอย่างในขั้นตอนของการรักษาก่อนได้รับการผ่าตัด เมื่ออนุญาตให้ทำผ่าตัดผู้ป่วยต้องลงนามใบยินยอมซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในรายงานผู้ป่วยและต้องส่งต่อไปที่ห้องผ่าตัด (รัตติมา สิริโหราชัย และ พิภูลพิทย์ หงส์เหิร, 2554) ควรหลีกเลี่ยงการผ่าตัดในกรณี ผู้ป่วยไม่ต้องการผ่าตัด และผู้ป่วยไม่ลงนามยินยอมรับการผ่าตัด (ณัฐพล วงษ์คำซ่าง, 2549)

ในการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดควรคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น โดยมีหลักการขอความยินยอมในการรักษาพยาบาลคือ ผู้ป่วยมีสิทธิรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และตัดสินใจในการรักษาโรค ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพมีหน้าที่ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึง โรค อาการการดำเนินของโรค วิธีการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น บอกทางเลือกอื่นในการรักษา (ถ้ามี) ระบุชื่อแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามด้วยเสมอ ขณะให้ข้อมูลควรมีญาติที่ใกล้ชิดผู้ป่วยร่วมฟังข้อมูลจากแพทย์และลงนามเป็นพยาน และควรมีพยาบาลร่วมรับฟังข้อมูลที่แพทย์ให้กับผู้ป่วยและญาติพร้อมทั้งลงนามเป็นพยานด้วยเสมอ ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับข่าวสาร มีสิทธิที่จะเลือก และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้ (สุกัญญา ประจุกสิลา, 2546) การให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอม หรือไม่ยินยอมให้ทำการรักษา เมื่อตัดสินใจแล้วจึงลงนามในใบยินยอม ซึ่งความยินยอมของผู้ป่วยนั้นจึงมีผลตามกฎหมายซึ่งเรียกว่า ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (informed consent) ยกเว้นการช่วยเหลือในกรณีรีบด่วนฉุกเฉินซึ่งจำเป็นต้องกระทำเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย (ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, 2543) การรักษาด้วยการผ่าตัดทุกกรณีถ้าไม่เป็นเรื่องรีบด่วนแล้วถือเป็นหลักการของแพทย์ตามสากลทั่วไปว่าต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย และแพทย์จะต้องเป็นผู้ชี้แจงให้กับผู้ป่วยเข้าใจถึงผลที่อาจเกิดตามมาจากการผ่าตัดนั้น ความยินยอมของ

ผู้ป่วยจะมีผลตามกฎหมาย และความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวยังเกี่ยวข้องกับจริยธรรมแห่งวิชาชีพอีกด้วย (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2546)

## 2. การเตรียมความรู้ความเข้าใจ

การเตรียมความรู้ความเข้าใจในระยะก่อนผ่าตัดให้พร้อมที่จะเข้ารับการผ่าตัด ต้องมีการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ เรื่องโรค และการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการผ่าตัด และสามารถปฏิบัติตัวในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง ควรปฏิบัติดังนี้

2.1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ โดยเข้าไปพูดคุย ให้เวลาและความเป็นกันเองกับผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร และพร้อมให้ความช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจ

2.2 มีการให้ความรู้ในวันก่อนผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดควรไปเยี่ยมผู้ป่วยก่อนวันผ่าตัด ประเมินปัญหาและความต้องการ โดยรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) มีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ และอธิบายเรื่องโรค การเตรียมความพร้อมในวันก่อนผ่าตัด อธิบายการผ่าตัด การปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด การบอกสภาพแวดล้อมก่อนผ่าตัด การฝึกคลุมผ้าก่อนผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือขณะผ่าตัด (แสวง ปัญญาดี, 2544) การเยี่ยมก่อนผ่าตัดเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เป็นสิ่งสำคัญทำให้การผ่าตัดได้ผลดี ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ (เรณู อาจสาธิต, 2553) การให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง มีการเตรียมจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจในขั้นตอนการผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการผ่าตัดรักษา (JBI, 2000) ควรแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยทราบ พร้อมให้เหตุผล ดังนี้ (นภาพร วาณิชยกุล, 2554)

2.2.1 สภาพหลังการผ่าตัดจะถูกปิดตาข้างที่ผ่าตัดและครอบด้วยพลาสติกครอบตาเพื่อป้องกันกระกระเทือนของตาข้างที่ได้รับการผ่าตัด

2.2.2 หลังผ่าตัดห้ามนอนตะแคงข้างที่ทำผ่าตัด เพื่อป้องกันความดันลูกตาสูง

2.2.3 นอนพักบนเตียงประมาณ 4-24 ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับชนิดของการผ่าตัด แต่สามารถเคลื่อนไหวบนเตียงได้

2.2.4 หลีกเลี่ยงการไอจาม สัมผัสถูก ขับเสมหะ เบ่งถ่ายอุจจาระ ก้มหน้าเก็บของ สั้นศีรษะแรงๆ รับประทานอาหารที่แข็งหรือเหนียว เพื่อป้องกันความดันในตาสูงหลังผ่าตัด

2.2.5 อาบน้ำโดยใช้ผ้าชุบน้ำทำความสะอาดใบหน้า และแปรงฟันเบาๆ ไม่ให้น้ำเข้าตาข้างที่ผ่าตัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด

2.2.6 ถ้ามีอาการปวดตา หรือมี discharge ซึมออกมาก หลังผ่าตัด หรือมีอาการท้อง ผู้ป่วยแจ้งให้พยาบาลทราบเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป

2.3 แนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักกับผู้ป่วยที่เคยผ่าตัด ปฏิบัติตัวถูกต้องและมีผลการรักษาที่ดี ให้โอกาสพูดคุยซักถาม (นภาพร วาณิชกุล, 2554)

ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการหรือรูปแบบของการให้ข้อมูลความรู้ อาทิจานของ จิราภรณ์ ชันโททอง (2547) ได้ศึกษาผลของการสอนโดยใช้เทปโทรทัศน์และการฝึกปฏิบัติต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของครอบครัวที่มีสมาชิกผ่าตัดต้อกระจก เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีสมาชิกในครอบครัวได้รับการผ่าตัดต้อกระจกแบบ (extra capsular cataract extraction [ECCE]) และใส่เลนส์แก้วตาเทียมจำนวน 30 คน กลุ่มควบคุมจะได้รับการสอนตามปกติ กลุ่มทดลองจะได้รับการสอนโดยใช้เทปและฝึกปฏิบัติ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนความรู้เรื่องต้อกระจกหลังการสอนทันทีและหลังการสอน 1 สัปดาห์ ดีกว่าก่อนสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 คะแนนความรู้เรื่องต้อกระจกหลังการสอน 1 สัปดาห์ ดีกว่าหลังการสอนทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คะแนนความรู้เรื่องต้อกระจกหลังการสอนทันทีและหลังการสอน 1 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และคะแนนพฤติกรรมดูแลของครอบครัวที่มีสมาชิกผ่าตัดต้อกระจกหลังการสอน 1 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แสดงให้เห็นว่าการเตรียมความพร้อมของครอบครัวที่มีสมาชิกผ่าตัดต้อกระจกโดยใช้เทปโทรทัศน์ และการฝึกปฏิบัติ ทำให้มีผลต่อความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองหลังผ่าตัด ได้ดีกว่าการสอนตามปกติ

อรุณี อัสวสุภฤกษ์ (2547) ได้ศึกษาทำการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาประสิทธิผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนแก่ผู้ป่วยสูงอายุ โรคต้อกระจกเพื่อรอทำผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 40 คน ได้ให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนตามขั้นตอน โดยเริ่มจากสร้างสัมพันธภาพ ซักถามอาการเจ็บป่วย ข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ให้ข้อมูลเรื่องโรคต้อกระจก ส่วนกลุ่มควบคุมให้การพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองความรู้เพิ่มขึ้น แต่มีความวิตกกังวลลดลงกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

นิรมล สันทวิจิตรกุล (2549) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก จำนวน 100 คน ในโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง เป็นการวิจัยเชิงทดลองในสถานการณ์จริง ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการสอนสุขศึกษามีประสิทธิผลสูงจากตัวชี้วัดดังนี้ 1) ภายหลังจากให้โปรแกรมสุขศึกษา ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกมีความรู้เรื่องโรคต่อกระจก การดูแลตนเองและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ 2) ภายหลังจากให้โปรแกรมสุขศึกษา ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกมีการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อัจฉรา ศิรินันท์ (2553) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับผู้สูงอายุ ที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระจก โรงพยาบาลบุรีรัมย์ กลุ่มเป้าหมายคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยจำนวน 7 คน และผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นต่อกระจกและต้องได้รับการผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียมที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จำนวน 42 คน โดยใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนางานของเคมิ่ง มี 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน โดยศึกษาปัญหาความต้องการการให้ข้อมูลในผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัด 2) นำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย 3) ตรวจสอบการใช้รูปแบบ โดยประเมินความร่วมมือและความพึงพอใจของผู้สูงอายุและทีมพยาบาลต่อรูปแบบการให้ข้อมูล และ 4) การดำเนินการให้เหมาะสม โดยการสรุปผลการใช้รูปแบบและนำเสนอทีมพยาบาลเพื่อวางแผนพัฒนาต่อไป ผลการศึกษาพบว่าได้รูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระจกประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) หลักการให้ข้อมูลที่มีความจำเพาะกับบริบทและวัฒนธรรมของผู้ป่วย 2) โครงสร้างของรูปแบบ ประกอบด้วย บุคลากรให้ข้อมูล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ สื่อ ได้แก่ เทปเสียงภาษาถิ่น และแบบประเมินความพึงพอใจ แบบสังเกตพฤติกรรม รวมทั้งกิจกรรมต่างๆในแต่ละขั้นตอน และ 3) ขั้นตอนการปฏิบัติ ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพการเตรียมผู้สูงอายุก่อนให้ข้อมูล การชี้แจงวัตถุประสงค์ การให้ข้อมูล การทบทวนข้อมูลซ้ำ การฝึกทักษะ และการประเมินผล ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติตามขั้นตอนของรูปแบบการให้ข้อมูล มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ และมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับสูง ทำให้มีรูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระจกที่พัฒนาขึ้น มีระบบชัดเจน สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ส่งผลให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

นอกจากการศึกษาวิธีการรูปแบบการให้ข้อมูลความรู้ดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีการศึกษาที่สามารถยืนยันถึงผลดีของการให้ข้อมูลความรู้ เช่นการศึกษาของ แสงง ปัญญาดี (2544) ได้ศึกษาผลการให้ชุดข้อมูลการผ่าตัดต่อกระจกก่อนผ่าตัดต่อการลดความวิตกกังวลและพฤติกรรมร่วมมือของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง จำนวนผู้ป่วย 40 ราย โดยใช้ชุดข้อมูลผ่าตัดต่อกระจกโดยให้ความรู้ในวันก่อนผ่าตัด การเตรียมความพร้อมในวันก่อนผ่าตัด แบบวัด

ความวิตกกังวล แบบบันทึกพฤติกรรมร่วมมือ แบบบันทึกระยะเวลาในการผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองหลังการได้รับชุดข้อมูลมีพฤติกรรมร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับข้อมูล และระยะเวลาในการผ่าตัดต่อกระจก พบว่าไม่แตกต่างกัน ( $p < .05$ )

### 3. การเตรียมด้านร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การเตรียมทางด้านร่างกายเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการผ่าตัดเพื่อประเมินภาวะสุขภาพก่อนผ่าตัดเพื่อเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับเปรียบเทียบระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด (รัตติมา ศิริโรราชัย และ พิภูลทิพย์ หงส์เหิร, 2554) ดังนั้นการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายเป็นสิ่งจำเป็นสามารถรายงานผลเมื่อพบผลผิดปกติต่อทีมผ่าตัดได้ทันที เพราะข้อมูลมีผลต่อการผ่าตัดช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย ควรปฏิบัติดังนี้

3.1 ตรวจดูความผิดปกติของดวงตา เพื่อให้พร้อมในการทำผ่าตัด โดยตรวจวัดสายตา (visual acuity test) ตรวจลานสายตา ตรวจลูกตา กระจกตา รูม่านตา จอประสาทตา ความดันภายในลูกตา เยื่อตา สิ่งขี้ขี้หลัง ตรวจดูการอุดตัน การอักเสบของท่อน้ำตา กุ้งยิง และเปลือกตาอักเสบ ถ้าตรวจพบแล้วต้องได้รับการรักษาก่อนผ่าตัด (นภาพร วาณิชกุล, 2554)

3.2 ประวัติโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ประวัติการผ่าตัดที่ผ่านมา การใช้ยาระงับความรู้สึก ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยา และประวัติการเจ็บป่วยทางตาในอดีต ที่อาจมีผลต่อการผ่าตัด เช่น ทำให้เลือดออกง่ายในผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง แผลหายช้าในรายที่เป็นโรคเบาหวาน เป็นต้น (สกวรัตน์ คุณาวิสูตร และคณะ, 2548)

3.3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ผลการตรวจทางรังสี ผลการตรวจเลือด ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ถ้าพบผลตรวจผิดปกติต้องรายงานให้แพทย์ทราบเพื่อพิจารณาการผ่าตัด (อัจฉรา ศิรินันท์, 2553)

3.4 ในรายที่จะใส่เลนส์เทียม (intraocular lens) นำผู้ป่วยไปวัดค่าของเลนส์เทียมก่อนผ่าตัดเพื่อเตรียมเลนส์เทียมให้มีกำลัง (diopters) เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย (นภาพร วาณิชกุล, 2554)

3.5 ตรวจคลื่นหัวใจ กรณีที่ผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไป และทำผ่าตัดภายใต้การดมยาสลบ เพื่อประเมินความผิดปกติของหัวใจ (ขวัญตา เกิดชูชื่น และ สุจินดา ริมสีทอง, 2540)

3.6 ประวัติการใช้ยาจากโรคร่วมที่อาจส่งผลกระทบต่อกรผ่าตัด เช่น ยาละลายลิ่มเลือดต่างๆ เช่น แอสไพริน (aspirin) คูมาดิน (cumadine) วาฟฟาริน (waffarin) ที่มีผลต่อการแข็งตัว

ของเลือด ต้องงดรับประทานยาในกลุ่มนี้อย่างน้อย 7 วัน และมีการตรวจการแข็งตัวของเลือด ก่อนการผ่าตัด (อัจฉรา ศิรินันท์, 2553)

3.7 การเตรียมความสะอาดตา จะทำก่อนผ่าตัด 1 วัน ในรายที่ทำผ่าตัดต้อกระจก จะตัดขนตาออกไปในห้องผ่าตัด 1-2 ชั่วโมง หรือตัดที่ห้องผ่าตัด (นภาพร วาณิชชกุล , 2554)

3.8 ทำความสะอาดบริเวณผิวหนังเฉพาะที่ ตามแผนการรักษาล้างตาด้วยน้ำเกลือ นอร์มอล (NSS) เพื่อชะล้างสิ่งสกปรกที่อาจมีค้างอยู่ในตาออกให้สะอาด ฟอกหน้าก่อนนอนและเช้าวันผ่าตัด (ขวัญตา เกิดชูชื่น และ สุจินดา ริมสีทอง, 2540)

3.9 ดูแลความสะอาดทั่วไป เช่น สระผม โกนหนวด อาบน้ำ ทำความสะอาดปากและฟันในเช้าวันผ่าตัด ตัดเล็บ และเช็ดสีเล็บออกก่อนเข้าห้องผ่าตัด

3.10 หยดยาปฏิชีวนะทุก 1 ชั่วโมง จนถึงก่อนนอน เช่นยา chloramphenical eye drop หยดยาเพื่อฆ่าเชื้อโรค ให้ตาสะอาด (อัจฉรา ศิรินันท์, 2553)

3.11 ยาที่ใช้ก่อนการผ่าตัด (preoperative medications) เช่น ยาที่ใช้ในการลดความวิตกกังวล ลดสิ่งขับหลังในช่องปาก เช่น diazepam, activan, lorazepam, midazolam (รัตติมา ศิริโหราชัย และ พิกุลทิพย์ หงส์เหิร, 2554)

3.12 ให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำดื่มทางปากหลังเที่ยงคืน ในกรณีผู้ป่วยทำผ่าตัดภายใต้การดมยาสลบ

3.13 ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ในวันก่อนการผ่าตัด

3.14 ถอดฟันปลอม แว่นตา เครื่องประดับและของมีค่าเก็บไว้ หรือฝากญาติไว้ก่อนเข้าห้องผ่าตัด

3.15 ให้ยาตามแผนการรักษา ยาหยดยา เช่น ยาปฏิชีวนะ ยาหดหรือขยายม่านตา ตามชนิดของการผ่าตัด ก่อนเข้าห้องผ่าตัด

3.16 บันทึกสัญญาณชีพ ถ้าผิดปกติรายงานให้แพทย์ทราบเพื่อพิจารณาการผ่าตัดก่อนส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด

#### 4. การเตรียมด้านจิตสังคม

การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดควรคำนึงถึงด้านจิตใจของผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวลค่อนข้างสูง การประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลควรประเมินว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในเรื่องใด และให้ข้อมูลในการผ่าตัดที่เป็นประโยชน์เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย การเตรียมด้านจิตสังคมควรปฏิบัติดังนี้ (รัตติมา ศิริโหราชัย และ พิกุลทิพย์ หงส์เหิร, 2554)

4.1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ โดยเข้าไปพูดคุย ให้ความเวลาและความเป็นกันเองกับผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร และพร้อมให้ความช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจ

4.2 แนะนำวิธีผ่อนคลายความวิตกกังวล เช่น การทำสมาธิ การบริหารหายใจ การฟังเพลงเบา ๆ การสวดมนต์ และการอธิษฐานภาวนาตามหลักศาสนา

4.3 เปิดโอกาสให้ญาติหรือบุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจและช่วยเหลือผู้ป่วย

4.4 สังเกตความวิตกกังวล ของทั้งผู้ป่วยและญาติ ยอมรับสิ่งที่ญาติกังวล ห่วงใย ให้ข้อมูลที่ญาติสงสัยหรือกังวล อธิบายให้บุคคลในครอบครัวหรือญาติเข้าใจแผนการรักษาพยาบาล การผ่าตัด การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย

4.5 แนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักกับผู้ป่วยที่เคยผ่าตัด ปฏิบัติตัวถูกต้องและมีผลการรักษาที่ดี ให้โอกาสพูดคุยซักถาม

การทบทวนวรรณกรรม พบว่าที่ผ่านมามีการศึกษาการเตรียมความพร้อมด้านจิตสังคม ในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดในแผนกจักษุ เช่นมีการศึกษาของ กนกวรรณ หอมจินตนากุล (2545) ศึกษาความเครียดของผู้ป่วยโรคต้อกระจกในระยะรอผ่าตัด ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีของ ลาซารัส และ โฟคแมน (Lasarus & Folkman, 1984, อ้างใน กนกวรรณ หอมจินตนากุล, 2545) ในผู้ป่วยที่เป็นต้อกระจก และรอรับการผ่าตัด ที่หอผู้ป่วยจักษุ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จำนวน 47 คน ผลการวิจัยพบว่าสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด จำนวนรายช้อจากมากไปน้อยคือ การไม่สามารถทำงานได้เหมือนเมื่อก่อน การมองเห็นบกพร่อง ความกังวลกลัวตาบอดหลังผ่าตัด ต้อกระจก การต้องพึ่งพาศูนย์บุคคลในครอบครัว และความกังวลเกี่ยวกับผลการผ่าตัด สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด รายด้านมากที่สุดคือ สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดด้านร่างกาย และพบวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่างคือ การสวดมนต์ไหว้พระ อธิษฐานไว้วางใจกับพระเจ้า พูดคุยปัญหากับผู้ป่วยที่รอผ่าตัดต้อกระจก เปรียบเทียบตนเองกับผู้ป่วยที่รอผ่าตัดต้อกระจก พยายามทำชีวิตให้เป็นปกติเท่าที่จะทำได้ มองโลกในแง่ดี การพึ่งตนเองและการเผชิญต่อโรค ซึ่งผลการวิจัยสามารถนำไปวางแผนการพยาบาล เพื่อลดความเครียดและส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดต้อกระจก ได้ถูกต้องเหมาะสม นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

แสวง ปัญญาดี (2544) ได้ศึกษาผลการให้ชุดข้อมูลการผ่าตัดต้อกระจกก่อนผ่าตัด ต่อการลดความวิตกกังวลและพฤติกรรมร่วมมือของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง จำนวนผู้ป่วย 40 ราย โดยใช้ชุดข้อมูลผ่าตัดต้อกระจกโดยให้ความรู้ในวันก่อนผ่าตัด การเตรียม

ความพร้อมในวันก่อนผ่าตัด แบบวัดความวิตกกังวล แบบบันทึกพฤติกรรมร่วมมือ แบบบันทึกระยะเวลาในการผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองหลังการได้รับชุดข้อมูลมีพฤติกรรมร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับข้อมูล และระยะเวลาในการผ่าตัดต่อกระบอก พบว่าไม่แตกต่างกัน ( $p < .05$ )

## 5. การเตรียมกำหนดตารางผ่าตัดร่วมกับห้องผ่าตัด

เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจักษุที่ต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด มีการนัดผ่าตัดที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยจะมาตามวันนัดและรับการตรวจความพร้อมของร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนเข้าหอผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับการบอกกล่าวและเข้าใจทุกอย่างในขั้นตอนของการรักษาก่อนได้รับการผ่าตัด และอนุญาตให้ทำผ่าตัดผู้ป่วยต้องลงนามในใบยินยอมซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในรายงานผู้ป่วย (รัตติมา ศิริโหราชัย และ พิภูลทิพย์ หงส์เหิร, 2554) เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยจะส่งข้อมูลของผู้ป่วยให้ห้องผ่าตัดทราบตามแผนการรักษาของแพทย์โดยระบุการวินิจฉัยโรค การผ่าตัด และมีการจัดลำดับในการผ่าตัดแต่ละวัน เพื่อให้ทางห้องผ่าตัดได้มีการเตรียมความพร้อมของทีมผ่าตัด ห้องผ่าตัด เครื่องมืออุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ให้พร้อมก่อนผ่าตัด และเยี่ยมผู้ป่วยก่อนวันผ่าตัดเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยให้พร้อมก่อนที่จะรับการผ่าตัด (กนกพร บุญประเสริฐ, 2549; เกษฎาภรณ์ พุทธิษนบุตร; แสง ปัญญาดี, 2544) การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย (assessment) แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) ตามลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาล (outcome indentation) วางแผนการพยาบาล (planning) และให้การพยาบาลตามแผนที่วางไว้ (implementation) อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง (เรณู อางสาลี, 2553) การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญต่อความปลอดภัยต่อดวงตาผู้ป่วย (ประภา ยอดแก้ว และ กิตติชัย อัครพิพัฒน์กุล, 2551)

## 6. การเตรียมความพร้อมของหน่วยบริการ

ในขบวนการรักษาโดยการผ่าตัดต้องอาศัยความพร้อมของหน่วยบริการที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและความร่วมมือร่วมใจของบุคลากรในทีมสุขภาพ (อารีรัตน์ ภิรมย์วงศ์, 2544) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย ต้องได้รับการเตรียมความพร้อมจากหน่วยบริการดังนี้

6.1 หอผู้ป่วย มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเฉพาะ โรค บุคลากรที่มีความรู้ทางด้านจักษุ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมเบื้องต้นให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งพบว่าการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดมีผลต่อการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด ดังการศึกษาของ แสง ปัญญาดี

(2544) ได้ทำการวิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษาผลการให้ข้อมูลการผ่าตัดต่อกระจกก่อนผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับชุดข้อมูลผ่าตัดต่อกระจก โดยให้ความรู้ก่อนผ่าตัดมีความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดดีกว่ากลุ่มควบคุม และการให้ข้อมูลสามารถสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยด้านการศึกษาของ อัจฉรา ศิรินันท์ (2553) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระจกโรงพยาบาลบุรีรัมย์ พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจ และมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับสูง

6.2 ห้องผ่าตัด มีการเตรียมพร้อมของทีมผ่าตัด ห้องผ่าตัด เครื่องมือ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการผ่าตัด ในห้องผ่าตัดมีการไหลเวียนของอากาศภายในห้องผ่าตัดต้องสะอาด เครื่องปรับอากาศควรมีเครื่องกรองฝุ่นและแบคทีเรีย (high efficiency particulate air filter [HEPA]) ซึ่งสามารถกรองผงฝุ่น 0.3 ไมครอนได้ 90% ควรมีการหมุนเวียนภายในห้องผ่าตัด 12-25 ครั้งต่อชั่วโมง และมีการถ่ายเทอากาศออก 2-3 เท่าของห้องทุก 1 นาที การไหลเวียนอากาศควรเป็นไปในทางเดียวกันและความดันภายในสูงกว่าภายนอกเพื่อป้องกันอากาศภายนอกเข้าไปในห้องผ่าตัด อุณหภูมิของห้องผ่าตัดประมาณ 20-25 องศาเซลเซียส ความชื้นสัมพัทธ์ระหว่าง 30-60% เพราะถ้าอุณหภูมิที่สูงขึ้นจะมีผลต่อการเจริญเติบโตของเชื้อโรค ถ้าการระบายอากาศไม่เพียงพอ เครื่องปรับอากาศที่กรองฝุ่นละอองไม่มีประสิทธิภาพ ในขณะที่ผ่าตัดจะทำให้เพิ่มอัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดมากขึ้น และในการเตรียมห้องผ่าตัดต้องมีการทำความสะอาดในตอนเช้าทุกวันโดยเช็ดอุปกรณ์ เครื่องใช้ในห้องผ่าตัดทุกชิ้น ด้วยน้ำสะอาดและผงซักฟอก ที่พื้นควรเช็ดเปียกถูเก็บฝุ่นไม่ใช้ไม้กวาดเพราะจะทำให้ฝุ่นละอองกระจายมากขึ้น ควรทำความสะอาด ให้เสร็จก่อนผ่าตัด 1-2 ชั่วโมง (เรณู อาจสาถิ, 2553)

มีการเยี่ยมผู้ป่วยทุกแผนกก่อนวันผ่าตัดตามมาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัด (นริศรา งามสะอาด, 2550) ควรเยี่ยมก่อนผ่าตัดเพื่อวางแผนในการให้การพยาบาล และเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยซึ่งมีผลต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ด้านการศึกษาของ นันทพร แสนศิริพันธ์ (2540) ได้ทำการวิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษาผลการเยี่ยมโดยพยาบาลห้องผ่าตัดในระยะก่อนผ่าตัดของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยแจกคู่มือเพื่อให้ผู้ป่วยได้อ่าน ทบทวนเพิ่มจากการดูแลปกติ พบว่ามีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยด้านการศึกษาของ เกษฎาภรณ์ พุทธิษนบุตร (2542) ได้ทำการวิจัยเชิงพรรณนาศึกษาคุณภาพการดูแลก่อนผ่าตัดตามการรับรู้ของผู้ป่วย โดยพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นผู้เยี่ยมก่อนผ่าตัดได้จัดทำมาตรฐานการเยี่ยมก่อนผ่าตัดติดตามประเมินผลและนำผลที่ได้ไปปรับปรุงการดูแลก่อนผ่าตัดให้มีคุณภาพมากขึ้น และปรับปรุงมาตรฐานการเยี่ยมก่อนผ่าตัด และการมีรูปแบบการเยี่ยมก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดที่ชัดเจนสามารถสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย ด้านการศึกษา

ของ กนกพร บุญประเสริฐ (2549) ได้ศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด ที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบโดยพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่าได้รูปแบบและแบบฟอร์มการเยี่ยม มีแนวทางในการปฏิบัติในการเยี่ยม มีผู้รับผิดชอบการเยี่ยมที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ปานกลางถึงมาก

6.3 ห้องพักฟื้น ควรอยู่ใกล้ห้องผ่าตัด เพื่อความรวดเร็วในกรณีที่ผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดซ้ำสามารถทำได้อย่างทันท่วงที มีเครื่องมือและอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดอย่างครบครัน และมีพยาบาลสามารถดูแลอย่างใกล้ชิด ควรเป็น ผู้ที่มีความรู้เป็นพิเศษในด้านการดูแลจัดการทางเดินหายใจ การช่วยฟื้นคืนชีพ และการดูแลเบื้องต้น เกี่ยวกับการผ่าตัด (วิรัตน์ วศินวงศ์, ธวัช ชาญชญาพันธ์, ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, และ ธิดา เอื้อกฤดาการ, 2551)

การทบทวนวรรณกรรมพบว่าที่ผ่านมา มีการศึกษาการเตรียมความพร้อมของ หน่วยบริการในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด เช่น การศึกษาของ โสภิชฐ์ สุวรรณเกษาวงษ์ (2544) ได้ทำ การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการใช้ทีมการพยาบาลในการเตรียมก่อนผ่าตัด ต่อการรับรู้คุณค่าการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาล กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพประจำห้องผ่าตัด และวิสัญญีพยาบาล กลุ่มละ 30 คนเท่ากัน ในกลุ่มทดลองใช้ทีมการพยาบาลในการเตรียมก่อนผ่าตัดมีคู่มือเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพ ทุกหน่วยงานยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติชัดเจน มีกิจกรรมแสดงการปฏิบัติของการพยาบาล เป็นทีมในการทำงานร่วมกันครั้งนี้ มีการมอบหมายงานให้เยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด นำปัญหาข้อมูลที่ได้มาประชุมปรึกษาวางแผนการพยาบาลร่วมกับพยาบาลหอผู้ป่วยและบันทึกการพยาบาล มีการ ประสานงานกับหอผู้ป่วยหลังผ่าตัดเสร็จในการส่งผู้ป่วยกลับ พยาบาลวิสัญญีและพยาบาลห้องผ่าตัด เยี่ยมหลังผ่าตัด 1 ครั้ง นำปัญหาประชุมปรึกษาวางแผนกับพยาบาลหอผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า การ ให้การพยาบาลแบบใช้รูปแบบทีมพยาบาล ได้ผลดีกว่าในการเตรียมก่อนผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 ทำให้การรับรู้คุณค่าการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาลสูงขึ้น ส่งผลให้บริการพยาบาล มีลักษณะครอบคลุมและให้บริการแบบองค์รวมมากขึ้น เป็นการพัฒนาคุณภาพของการให้บริการ พยาบาล

นอกจากการศึกษาการเตรียมความพร้อมของหน่วยบริการในผู้ป่วยที่เข้ารับการ ผ่าตัดดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีการศึกษาที่สามารถยืนยันถึงผลดีของการเตรียมความพร้อมของ หน่วยบริการ เช่นการศึกษาของ อารีรัตน์ ภิรมย์วงศ์ (2544) การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการก่อนผ่าตัดประเภทพักในโรงพยาบาลหนึ่งวัน ในผู้ป่วย จำนวน 30 ราย มีการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด โดยมีการเตรียมคู่มือการบริการ จัดประชุมชี้แจงโครงการและจัด

อบรมเรื่องการบริการ ขั้นตอนการบริการ ข้อปฏิบัติก่อนและหลังการผ่าตัด รับผิดชอบต่อปัญหาและให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ ในเวลาราชการเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน และประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ต่อรูปแบบการเตรียมก่อนผ่าตัด ด้านอรรถศาสตร์ของผู้ให้บริการ การประสานงานของหน่วยบริการ ความสะดวกที่รับจากการบริการ คุณภาพการบริการ และด้านการรับข้อมูลข่าวสาร ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อรูปแบบบริการ โดยรวมและจำแนกเป็นรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก โดยมีความพึงพอใจต่อการบริการด้านอรรถศาสตร์ของผู้ให้บริการสูงสุด และมีความพึงพอใจต่อการบริการด้านการให้ข้อมูลข่าวสารต่ำที่สุด การเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ โดยรวม จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์เคยทำผ่าตัด พบความแตกต่างกันทางสถิติ โดยผู้ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี มีความพึงพอใจต่อการบริการสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี ผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่าปริญญาตรี มีความพึงพอใจต่อการบริการสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษามากกว่าปริญญาตรี และผู้ที่มีประสบการณ์เคยทำการผ่าตัด มีความพึงพอใจต่อการบริการสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์เคยทำการผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริการจำแนกตาม เพศ รายได้ อาชีพ และภูมิสำเนาเดิม ไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติ

จากผลการศึกษาวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการเตรียมในระยะก่อนผ่าตัดเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยให้พร้อมก่อนที่จะเข้ารับการผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญ โดยทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะทำงานร่วมกันเป็นทีมมีบทบาทในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในการเตรียมก่อนผ่าตัด โดยมีคู่มือเพื่อให้พยาบาลทุกหน่วยงานยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติชัดเจน มีกิจกรรมแสดงการปฏิบัติของการพยาบาลเป็นทีมในการทำงานร่วมกัน นำปัญหาข้อมูลที่ได้มาประชุมปรึกษาวางแผนการพยาบาลก่อนผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่ปลอดภัยในระยะผ่าตัดต่อไป

### การเตรียมในห้องผ่าตัดและระหว่างผ่าตัด

การเตรียมในห้องผ่าตัดและระหว่างผ่าตัดเป็นขั้นตอนที่ต่อจากการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญมากในการพยาบาลผ่าตัด โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการจัดทำในระหว่างการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการผ่าตัด (รัตติมา ศิริโหราชัย และ พิกุลทิพย์ หงส์เหิร, 2554) โดยมีการเตรียมในห้องผ่าตัดและระหว่างผ่าตัดดังนี้



## 1. การเตรียมห้องผ่าตัด

ห้องผ่าตัดเป็นสถานที่จัดเตรียมไว้สำหรับการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยในทุกด้าน ห้องผ่าตัดที่ดีต้องมีการออกแบบก่อสร้างอย่างถูกต้อง มีห้องสำหรับใช้งานตามความจำเป็นและเหมาะสมในแต่ละโรงพยาบาล มีการคำนึงถึงสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด ควบคุมการติดเชื้อและการระบายอากาศที่ผ่านเครื่องกรองอากาศได้มาตรฐาน การแบ่งเขตในห้องผ่าตัดต้องชัดเจน บริเวณปลอดเชื้อ กึ่งปลอดเชื้อ และไม่ปลอดเชื้อ (เรณู อาจสาถิ, 2553) ห้องผ่าตัดมีการเตรียมพร้อมของทีมผ่าตัด ห้องผ่าตัด เครื่องมือ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการผ่าตัด มีการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อประเมินและวางแผนในการให้การพยาบาลในระยะผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะผ่าตัด (กนกพร บุญประเสริฐ, 2549; เกษฎาภรณ์ พุทธิษนบุตร, 2542; นันทพร แสนศิริพันธ์, 2540)

## 2. การรับผู้ป่วยมาห้องผ่าตัด

เมื่อเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมทั้งร่างกายและจิตใจแล้ว ทางห้องผ่าตัดจะไปรับผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยตามตารางเวลาการผ่าตัดที่กำหนดไว้ ผู้ป่วยจะมาถึงที่ห้องรอผ่าตัดซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยให้พร้อมที่จะได้รับการผ่าตัดทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อวางแผนในระยะผ่าตัดได้เหมาะสมต่อไป พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับการผ่าตัดจะมีความวิตกกังวลและความเครียด เช่นการศึกษาของ กนกวรรณ หอมจินทนากุล (2545) ศึกษาความเครียดของผู้ป่วยต่อกระจกในระยะผ่าตัด เนื่องจากไม่สามารถทำงานได้เหมือนเมื่อก่อน มีการมองเห็นบกพร่อง ความกังวลกลัวตามองไม่เห็นหลังการผ่าตัด ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น และกังวลเกี่ยวกับผลการผ่าตัด จึงควรวางแผนการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในระยะก่อนผ่าตัด การพยาบาลที่ห้องรอผ่าตัดจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยลดความตึงเครียดและคลายความวิตกกังวล และมีการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ควรปฏิบัติดังนี้

2.1 สร้างสัมพันธภาพโดยการพูดคุยสัมผัสด้วยความเป็นกันเองและให้เกียรติผู้ป่วย ชักถามอาการด้วยความสุภาพอ่อนโยน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ (รัตติมา สิริโหราชัย และ พิกุลทิพย์ หงส์เหิร, 2554)

2.2 แนะนำสถานที่ในห้องผ่าตัด และสิ่งแวดล้อมรอบตัว เช่น ห้องรอผ่าตัด ห้องผ่าตัด และห้องน้ำ (รัตติมา สิริโหราชัย และ พิกุลทิพย์ หงส์เหิร, 2554)

2.3 ตรวจสอบชื่อ นามสกุลผู้ป่วย ชนิดการผ่าตัด ให้ถูกต้องตามตารางการผ่าตัด ตาข้างที่ผ่าตัด ตรวจสอบเครื่องหมายระบุตาข้างที่ผ่าตัดให้ตรงกับการผ่าตัดในใบคำสั่งแพทย์ เพิ่ม

เวชระเบียนและใบบันทึกการตรวจสอบระบุตัวผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัดให้ถูกคน ถูกตำแหน่ง และถูกอวัยวะ (White, Gupta, Utman, & Dhillon, 2009)

2.4 เปลี่ยนเสื้อผ้าผู้ป่วยให้เป็นเสื้อผ้าที่ใช้สำหรับห้องผ่าตัดและสวมหมวกคลุมผมให้เรียบร้อย (รัตติมา ศิริโหราชัย และ พิกุลทิพย์ หงส์เหิร, 2554)

2.5 ศึกษาประวัติผู้ป่วยจากแฟ้มเวชระเบียน สอบถามเวลาดนังอาหาร ประวัติแพ้ยา การเจ็บป่วยในอดีต การได้รับยาก่อนผ่าตัด และการผ่าตัดในอดีต (รัตติมา ศิริโหราชัย และ พิกุลทิพย์ หงส์เหิร, 2554)

2.6 ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารในเรื่องการลงนามยินยอมผ่าตัด เอกสารสิทธิในการรักษาพยาบาล ผลการตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

2.7 เตรียมอุปกรณ์เวชภัณฑ์เช่น เลนส์แก้วตาเทียม ยาที่ใช้ในการผ่าตัด (รัตติมา ศิริโหราชัย และ พิกุลทิพย์ หงส์เหิร, 2554)

2.8 ประเมินความวิตกกังวลและความสามารถในการดูแลตนเอง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้พูดคุยซักถามระบายความรู้สึก (รัตติมา ศิริโหราชัย และ พิกุลทิพย์ หงส์เหิร, 2554)

2.9 การใช้ดนตรีบำบัดเพื่อลดความวิตกกังวลขณะรอผ่าตัด โดยใช้ดนตรีประเภทเพลงคลาสสิก เพลงบรรเลง ที่มีจังหวะช้า โทนเสียงต่ำ มีจังหวะ 60-80 บีตต่อนาที และมีความดังประมาณ 60 เดซิเบล เพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย และระยะเวลาในการฟังดนตรีอยู่ในช่วงตั้งแต่ 5-60 นาที ซึ่งส่วนใหญ่เวลาที่เหมาะสมที่สุดคือ 15-30 นาที มีผลต่อการลดความวิตกกังวลได้ (JBI, 2009)

2.10 ประเมินการขยายของม่านตาในการผ่าตัดบางชนิด ก่อนได้รับการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดต้อกระจก ต้องหยอดขยายม่านตาตามแผนการรักษาก่อนผ่าตัดเพื่อให้แพทย์สามารถทำผ่าตัดได้ง่ายขึ้น (ยุพดี รัตตะรังสี, 2545)

2.11 ประเมินให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด รวมถึงชนิดของการได้รับยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัดโดยสังเขป (รัตติมา ศิริโหราชัย และ พิกุลทิพย์ หงส์เหิร, 2554)

### 3. การดูแลเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ผู้ป่วยที่ช่วยตัวเองไม่ได้ พยาบาลต้องให้การดูแลช่วยเหลือตลอดเวลา ห้องที่จัดไว้รอสำหรับการผ่าตัดควรเป็นห้องที่เงียบสงบ เสียงที่ดังรบกวนผู้ป่วยและทีมผ่าตัด อาจทำให้เกิดความผิดพลาดในการทำงานได้ และควรปฏิบัติดังนี้ (เรณู อาจสาตี, 2553)

3.1 ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทั้งร่างกาย และจิตใจ เปิดโอกาสให้ซักถาม ไม่ควรปล่อยผู้ป่วยไว้ตามลำพังในห้องผ่าตัด

3.2 ช่วยเหลือดูแลในการทำกิจกรรม เช่น ดูแลให้ผู้ป่วยขับถ่ายปัสสาวะขณะรอผ่าตัด และก่อนเข้าห้องผ่าตัด โดยไม่ทิ้งผู้ป่วยไว้ตามลำพัง

3.3 รถนอนที่รับผู้ป่วย (stretchers) หรือเตียงนอนในห้องผ่าตัดต้องล็อกล้อไม่ให้เคลื่อนไปมา เมื่อเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องใช้บุคลากรอย่างน้อยสองคนเพื่อยึดล้อไว้สองด้าน เตียงนอนในห้องผ่าตัดต้องเป็นมาตรฐาน สามารถล็อกได้ มีข้างเตียงเอียงขึ้นได้ สายรัดตัว เส้าให้สารน้ำ ที่วางแขน เครื่องป้องกันที่จำเป็นให้ครบถ้วนเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยขณะอยู่ห้องผ่าตัด

#### 4. การดูแลขณะผ่าตัด

เป็นการพยาบาลในระยะผ่าตัด โดยต้องตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วยอีกครั้งก่อนได้รับการผ่าตัด และประเมินปัญหาผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างผ่าตัดเพื่อวางแผนการพยาบาลเป็นการส่งเสริมให้การรักษาได้ผลดีและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างการผ่าตัด โดยให้การพยาบาลดังต่อไปนี้

4.1 เตรียมการให้ยาระงับความรู้สึกที่ใช้ในการผ่าตัดขึ้นกับชนิดของการผ่าตัดที่นิยมใช้ในการผ่าตัดคือใช้ยาชาเฉพาะที่แบบ topical ทำให้ชาบริเวณเยื่อตา และกระจกตา หรือการใช้ยาชาเฉพาะที่แบบ retrobulbar block คือการฉีดยาชาเข้าไปส่วนหลังของม่านตาเพื่อยับยั้งการทำงานของเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงลูกตาชั่วคราว เพื่อให้ลูกตากลอกไม่ได้ขณะผ่าตัด ให้ผลระงับปวดดีกว่า topical (สกาเวิร์ตน์ คุณาวิศรุต และคณะ, 2548)

4.2 ในรายที่แพทย์ฉีดยาชาที่ด้านหลังลูกตา (retrobulbar block) ต้องแนะนำผู้ป่วยให้ความร่วมมือเนื่องจากมีเข็มแทงเข้าไปบริเวณด้านหลังลูกตาอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ขณะฉีดยาได้ เช่น เข็มแทงบริเวณขั้วประสาทตา (optic nerve) เกิดการบาดเจ็บของขั้วประสาทตาอาจทำให้สูญเสียการมองเห็นได้ และอาจเกิดเข็มแทงบริเวณเส้นเลือดด้านหลังลูกตาทำให้เลือดออกหลังลูกตา (retrobulbar hemorrhage) ทำให้ความดันลูกตาสูง ต้องงดหรือเลื่อนผ่าตัด (อัจฉรา ศิรินันท์, 2553) ดังนั้นพยาบาลควรดูแลอย่างใกล้ชิดให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเป็นระยะ และประเมินภาวะผิดปกติภายหลังการฉีดยาชา

4.3 เมื่อผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดจัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ ให้ออกซิเจน ติดเครื่องวัดสัญญาณชีพ ในระหว่างการผ่าตัด มีประโยชน์มากแม้เป็นการใช้ยาชาเฉพาะที่ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง ช่วยให้สามารถประเมินสภาพผู้ป่วยขณะผ่าตัดได้ (สกาเวิร์ตน์ คุณาวิศรุต และคณะ, 2548)

4.4 ตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วยอีกครั้ง (sign in) ถามชื่อ การผ่าตัด ตาข้างที่ผ่าตัดตรงกับเครื่องหมายที่ระบุข้างของการผ่าตัด (mark site) และก่อนแพทย์เริ่มการผ่าตัดพยาบาลช่วยรอบนอกเป็นผู้ตรวจสอบ (time out) ให้ทีมผ่าตัดประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลวิสัญญี พยาบาลช่วยผ่าตัด ทราบพร้อมกันโดยระบุชื่อผู้ป่วย โรค ชนิดการผ่าตัด ตาข้างที่ทำผ่าตัด ถ้ามีเลนส์เทียมระบุชนิดและกำลังเลนส์ด้วย โดยระบุคนและตำแหน่งการผ่าตัดเพื่อยืนยันว่า ถูกคน ถูกข้าง ถูกอวัยวะและใส่เลนส์เทียมถูกต้อง ตามมาตรฐานความปลอดภัยในการผ่าตัด (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2551ก; Ludwic, 2004)

4.5 ในรายที่ทำผ่าตัดโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ แนะนำให้ผู้ปวยนอนนิ่งมีผ้าคลุมหน้าขณะผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยบางรายกลัวการฉีดดม หายใจไม่ออก ขณะมีผ้าคลุมหน้า เพราะผู้ป่วยจะรู้สึกตัวตลอดการผ่าตัด จึงจำเป็นต้องได้รับการฝึกนอนคลุมโปงก่อนการผ่าตัดเพื่อประเมินว่าสามารถทำได้หรือไม่ (แสวง ปัญญาดี, 2544)

4.6 อธิบายให้ผู้ปวยทราบว่า จะเริ่มทำการผ่าตัดเมื่อทดสอบแล้วว่าไม่มีความรู้สึกเจ็บบริเวณที่ทำผ่าตัด และอธิบายให้ผู้ปวยทราบว่า จะรู้สึกตัวตลอดการผ่าตัดต้องอาศัยความร่วมมือขณะผ่าตัด ให้นอนนิ่ง ๆ อย่าสะบัดหน้า ไอ จาม หรือเบ่ง ขณะทำผ่าตัด (อารุณี อัสวสุภฤกษ์, 2547) หากมีสิ่งผิดปกติขอให้แจ้งจักษุแพทย์หรือพยาบาลทราบเนื่องจากมีเครื่องมืออยู่ในตาขณะผ่าตัด อาจทำให้โคนนวิของกระจกตาฉีกขาดได้ (ยุพดี รัตตะรังสี, 2545)

4.7 การทายาฆ่าเชื้อรอบดวงตา โดยจักษุแพทย์จะทายาบริเวณตาข้างที่ทำผ่าตัด การพยาบาลระยะนี้ คือการสังเกตอาการแพ้ยา ควรรีบทำการล้างตาและบันทึกในประวัติการแพ้ยาด้วย (อัจฉรา ศิรินันท์, 2553) กรณีที่นำยาฆ่าเชื้อโคนบริเวณเยื่อบุตาและมีอาการแสบตาควรรีบล้างตาด้วยน้ำเกลือ และหยอดยาชาเพิ่ม

4.8 การพยาบาลในขณะผ่าตัดตา โดยขั้นตอนนี้ผู้ป่วยจะมองไม่เห็นอะไรเลยนอกจากดวงไฟที่ใช้ในการผ่าตัด อธิบายให้ผู้ปวยจ้องดวงไฟและมองตามที่แพทย์บอก ไม่กลอกตาไปมาขณะผ่าตัด และพยาบาลที่ส่งเครื่องมือจะทำหน้าที่หยดน้ำเกลือที่มีความเข้มข้นเท่ากับน้ำในลูกตา (balance salt solution) ผู้ปวยจะรู้สึกเย็นบริเวณกระจกตา อาจรู้สึกตึงที่ตาและได้ยินเสียงเครื่องสลายต้อกระจกดังขณะทำผ่าตัด และแพทย์จะใส่เลนส์แก้วตาเทียมหลังจากใช้เครื่องมือดูดต้อกระจกหมดแล้ว ส่วนการเย็บแผลขึ้นอยู่กับขนาดของแผล (อารุณี อัสวสุภฤกษ์, 2547) ควรแจ้งให้ผู้ปวยทราบถึงขั้นตอนการผ่าตัดและสิ่งที่ผู้ป่วยต้องได้เจอเพื่อให้เข้าใจและลดความวิตกกังวลขณะผ่าตัด

4.9 เมื่อผ่าตัดเสร็จปิดตาข้างที่ผ่าตัดและครอบด้วยพลาสติกครอบตาเพื่อป้องกันการกระเทือนหลังผ่าตัด เช็ดทำความสะอาดน้ำยาฆ่าเชื้อบนใบหน้าหลังการผ่าตัด

4.10 บันทึกข้อมูลทางการพยาบาลและปัญหาขณะผ่าตัดรวมถึงการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด เพื่อส่งต่อข้อมูลระหว่างผ่าตัดให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ได้รับการดูแลระยะหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) นอกจากนี้บันทึกทางการพยาบาลใช้ตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลเป็นหลักฐานสำหรับการประกันสุขภาพ และสถาบันรับรองคุณภาพ และที่สำคัญเป็นหลักฐานทางด้านกฎหมาย (อุษาวดี อัครวิเศษ, 2545)

จะเห็นได้ว่าการเตรียมในห้องผ่าตัดและระหว่างการผ่าตัดมีความสำคัญโดยเริ่มจากการรับผู้ป่วยมีจุดประสงค์เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยให้พร้อมที่จะได้รับการผ่าตัดทั้งทางร่างกายและจิตใจ ช่วยลดความวิตกกังวล คำนึงถึงความปลอดภัยในระยะรอผ่าตัด รวมถึงการประเมินผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดเพื่อวางแผนในระยะผ่าตัดช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างราบรื่นและปลอดภัย เกิดผลการรักษาที่ดี รวมถึงมีการบันทึกและส่งต่อข้อมูลในระยะผ่าตัดให้ได้รับการดูแลในระยะหลังผ่าตัดต่อไป

### ผลลัพธ์การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางจักษุ

การเตรียมความพร้อมก่อนที่จะได้รับการผ่าตัดต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจักษุที่เข้ารับการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้ผ่าตัดตามแผนที่วางไว้ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย คือ

1. ได้รับการผ่าตัดตามตารางที่นัดหมายไว้ทำให้การใช้ห้องผ่าตัดต่อวันอย่างคุ้มค่า คุ่มทุน ดังรายงานการศึกษาย้อนหลังของ เฮนเดอร์สัน และคณะ (Henderson et al., 2006) โดยวิเคราะห์สาเหตุและอุบัติการณ์งดผ่าตัดในแผนกจักษุ ในหน่วยผ่าตัดแผนกหู คอ จมูก ในสหรัฐอเมริกา พบว่าถ้ามีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดให้พร้อมก่อนผ่าตัดจะทำให้ไม่มีอุบัติการณ์งดหรือเลื่อนผ่าตัด และการงดผ่าตัด ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการงดผ่าตัด ส่งผลให้ใช้ห้องผ่าตัดต่อวันลดลง

2. ทำให้การผ่าตัดราบรื่นปลอดภัย และไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด (ประกาย ขอดแก้ว และ กิตติชัย อัครพิพัฒน์กุล, 2551) ดังรายงานการศึกษาของ แสวง ปัญญาดี (2544) ได้ศึกษาผลการให้ชุดข้อมูลการผ่าตัดต่อกระจกก่อนการผ่าตัดโดย การสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด เช่นการฝึกคลุมโปง การไม่ส่ายหน้าขณะผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยสามารถให้ความร่วมมือได้ดีขณะผ่าตัด ทำให้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด เช่น เกิดการกระทบกระเทือนจากเครื่องมือโคจรกระจกตาด้านใน (ยุพดี รัตตะรังสี, 2545)

3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่นการติดเชื้อหลังผ่าตัด (infection) เลือดออกของหน้าม่านตา (hyphema) แผลแยกหลังผ่าตัดจากการไอจามแรง ๆ เนื่องจากมีการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง (สกาวรัตน์ คุณาวิศรุต และคณะ, 2548)

4. ลดค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นในรายที่มีการงดหรือเลื่อนผ่าตัด ดังรายงานการศึกษาย้อนหลังของ เฮนเดอร์สัน และคณะ (Henderson et al., 2006) โดยวิเคราะห์สาเหตุและอุบัติการณ์งดผ่าตัดในแผนกจักษุ ในหน่วยผ่าตัดแผนกหู คอ จมูก ในสหรัฐอเมริกาพบว่าถ้ามีการงดหรือเลื่อนผ่าตัดทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการงดผ่าตัด ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น โรงพยาบาลเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น การศึกษาย้อนหลังของ น็อกซ์ และคณะ (Knox et al., 2009) ได้ศึกษาวิเคราะห์สาเหตุการงดหรือเลื่อนผ่าตัดในรายที่มีการกำหนดการผ่าตัดไว้ล่วงหน้า (elective case) พบว่ามีผลเสียต่อผู้ป่วยและ โรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก และการศึกษาของ อาร์โก และคณะ (Argo et al., 2009) ได้ศึกษาเพื่อประเมินอัตราการเลื่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลสังกัดของทหาร พบว่าการเลื่อนผ่าตัดทำให้โรงพยาบาลสูญเสียค่าใช้จ่าย 32 ล้านดอลลาร์ ในปี 2006 จากการเลื่อนผ่าตัด

5. การให้บริการผ่าตัดได้มาตรฐานมีการพัฒนาคุณภาพการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ดังรายงานการศึกษาของ อัจฉรา ศิรินันท์ (2553) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบในการให้ข้อมูลสำหรับ ผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระจกที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ส่งผลให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น และมีการศึกษาในการพัฒนาคุณภาพการผ่าตัดในแผนกอื่นร่วมด้วย อาทิเช่นการศึกษาของ กนกพร บุญประเสริฐ (2549) ได้ศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการเยี่ยมผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ ทำให้มีแนวทางในการเยี่ยมผู้ป่วยและมีผู้รับผิดชอบชัดเจนขึ้น การศึกษาของ โสภณัฐ สุวรรณเกษาวงษ์ (2544) ได้ศึกษาผลของการใช้ทีมพยาบาลในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด มีคู่มือเพื่อให้พยาบาลทุกหน่วยงานปฏิบัติงานชัดเจน สามารถทำงานร่วมกันเป็นทีม เป็นการพัฒนาคุณภาพของการให้บริการพยาบาล และการศึกษาย้อนหลังของ ลาว และคณะ (Lau et al., 2010a) ได้วิเคราะห์เหตุผลของการงดและเลื่อนผ่าตัด เพื่อเป็นการควบคุมคุณภาพของการให้บริการในระบบสุขภาพ ได้มีการนำเอาแนวคิดของ Donabedian's trilogy มาวิเคราะห์ในการดูแลระบบการให้บริการ ขั้นตอนการให้บริการ และผลลัพธ์ในการให้บริการ ใช้ 5R คือ 1) Record 2) Report 3) Review 4) Retain และ 5) Reduce เพื่อช่วยลดอุบัติการณ์งดและเลื่อนผ่าตัดเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของการให้บริการอย่างต่อเนื่อง

6. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการให้บริการผ่าตัด ดังรายงานการศึกษาความพึงพอใจต่อบริการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในแผนกอื่นๆ อาทิเช่น ของ คุณณีย์ ยศทอง (2542) ได้ศึกษาโดยเปรียบเทียบคุณภาพการบริการด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย และเวลารอผ่าตัด

พบว่า การปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ใช้โปรแกรมการบริการพยาบาลก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากกว่าและเวลารอผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม การศึกษาของ อารีรัตน์ ภิรมย์วงศ์ (2544) ได้ศึกษาความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการก่อนผ่าตัดประเภทพักในโรงพยาบาลหนึ่งวันพบว่าผู้ป่วยที่มีการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริการสูงกว่ากลุ่มควบคุม การศึกษาของ วิณา ลอยเมฆ (2549) ได้ศึกษาในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่รับการผ่าตัดในช่องท้อง พัฒนารูปแบบการให้คำแนะนำเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พบว่ามีความวิตกกังวลลดลง การศึกษาของ ดาดัส และ อิติ-แอสแลน (Dadas & Eti-aslan, 2004) ได้ศึกษาผลกระทบของการเลื่อนผ่าตัดในแผนกศัลยกรรมกระดูก ที่มีผลต่อผู้ป่วยและญาติพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการเลื่อนผ่าตัดมีความวิตกกังวล เสียใจ รู้สึกไม่คิดต่อการเลื่อนผ่าตัด การศึกษาของ ลาว และคณะ (Lau et al., 2010) ได้ศึกษาได้ศึกษาย้อนหลังโดยวิเคราะห์เหตุผลของการงดและเลื่อนผ่าตัด พบว่าการงดหรือเลื่อนผ่าตัดมีผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติทำให้เกิดความเครียดได้ และการศึกษาของ อาร์โก และคณะ (Argo et al., 2009) ได้ศึกษาเพื่อประเมินอัตราการเลื่อนผ่าตัดโดยสำรวจในโรงพยาบาลสังกัดของทหาร พบว่าผู้ป่วยไม่พึงพอใจต่อการเลื่อนผ่าตัด

7. ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ดังรายงานการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการผ่าตัดในแผนกจักษุ อาทิเช่น กนกวรรณ หอมจันทนากุล (2545) ศึกษาความเครียดของผู้ป่วยต่อกระจกในระบะรอผ่าตัด ผลการวิจัยทำให้สามารถนำไปวางแผนการพยาบาลเพื่อลดความเครียดและส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสม และมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการผ่าตัดในแผนกอื่นๆ คือการศึกษาของ อุบล จ้วงพานิช (2536) ได้ทำการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม พบว่าสามารถลดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมได้ การศึกษาของ รัชนก ทองน้าวน (2549) ได้ศึกษาระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยในทุกๆรายควรได้รับการเชื่อมก่อนผ่าตัดเพื่อตรวจสอบความพร้อมก่อนผ่าตัด และช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลขณะรอผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดได้ การศึกษาของ นันทพร แสนศิริพันธ์ (2540) ได้ทำการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลการเชื่อมโดยพยาบาลห้องผ่าตัดในระยะก่อนผ่าตัดของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดทางหน้าท้อง พบว่ามีความวิตกกังวลลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลก่อนผ่าตัดตามปกติ การศึกษาของ วิณา ลอยเมฆ (2549) ได้ศึกษาในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่ได้รับการผ่าตัดในช่องท้อง โดยศึกษาความพึงพอใจในการให้คำแนะนำเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการคำแนะนำมีความวิตกกังวลลดลง และการศึกษาของ เขาวลัษณ์ สีหะวิมล (2552) ได้ศึกษา

แบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดแผลที่เท้าต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดสามารถลดความวิตกกังวลได้

8. สามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง ดังรายงานการศึกษาของ จิราภรณ์ ชันโททอง (2547) ได้ทำการวิจัยกึ่งทดลองศึกษาผลของการสอนโดยใช้เทปโทรทัศน์และการฝึกปฏิบัติต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นต่อกระจก พบว่ามีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดได้ดีกว่าการสอนตามปกติ และการศึกษาของ นิรมล สันทวิจิตรกุล (2549) ได้ทำการวิจัยเชิงทดลองในสถานการณ์จริงศึกษาประสิทธิภาพของ โปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสลายต่อกระจก พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกมีความรู้เรื่องโรคต่อกระจก การดูแลตนเองและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดดีกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม

จากที่กล่าวมาทั้งหมดเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในแผนกจักษุโดยทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางจักษุที่มาเข้ารับการผ่าตัด สามารถปฏิบัติงานชัดเจนและทำงานร่วมกันเป็นทีม เป็นการพัฒนาคุณภาพของการให้บริการพยาบาล เริ่มตั้งแต่ 1) การเตรียมในระยะก่อนผ่าตัด โดยเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในทุกด้าน เริ่มจากการเตรียมด้านกฎหมาย ใบบินยอมและสิทธิผู้ป่วย การเตรียมความรู้ความเข้าใจ การเตรียมด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม การกำหนดตารางร่วมกับห้องผ่าตัด และการเตรียมความพร้อมของหน่วยบริการ 2) การเตรียมในห้องผ่าตัด และระหว่างผ่าตัด โดยเตรียมห้องผ่าตัด การรับผู้ป่วยมาห้องผ่าตัด การดูแลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย และการดูแลขณะผ่าตัด และ 3) การเตรียมระยะหลังผ่าตัด โดยดูแลการเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด การดูแลในระยะแรกหลังผ่าตัด ตลอดจนการส่งเสริมการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางจักษุได้รับการผ่าตัดตรงตามแผนการรักษา ช่วยลดอุบัติเหตุการฉีกและเลื่อนผ่าตัด เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของการให้บริการอย่างต่อเนื่อง และเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วย

### กรอบแนวคิดในการศึกษา

กรอบแนวคิดสำหรับการวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิกเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในแผนกจักษุโรงพยาบาลแพร์ โดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพระบบบริการสุขภาพของโดนาบิเดียน (Donabedian, 2003) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาโครงสร้างของระบบบริการ กระบวนการ กิจกรรมและการประเมินผลลัพธ์ ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจักษุ โรงพยาบาลแพร์