

ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์  
ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระดูกวัยผู้ใหญ่



นางสาวธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

THE EFFECT OF CONCRETE-OBJECTIVE INFORMATION AND GIVING INFORMATION  
THROUGH SOCIAL MEDIA ON ANXIETY IN PREOPERATIVE CATARACT ADULT  
PATIENTS

Miss Tanawan Srikulwong



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระดูกวัยผู้ใหญ่
โดย	นางสาวธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์ : ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่. (THE EFFECT OF CONCRETE-OBJECTIVE INFORMATION AND GIVING INFORMATION THROUGH SOCIAL MEDIA ON ANXIETY IN PREOPERATIVE CATARACT ADULT PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 111 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ และเพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน จับคู่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย เพศและอายุ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน นำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระจก มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .80 นำแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระจก มาคำนวณหาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมีค่าเท่ากับ .93 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ในกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
2. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ กลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ หลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

# # 5377631436 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: ANXIETY / CONCRETE-OBJECTIVE INFORMATION / PREOPERATIVE  
CATARACT ADULT PATIENT

TANAWAN SRIKULWONG: THE EFFECT OF CONCRETE-OBJECTIVE INFORMATION AND GIVING INFORMATION THROUGH SOCIAL MEDIA ON ANXIETY IN PREOPERATIVE CATARACT ADULT PATIENTS. ADVISOR: ASST. PROF. CAPT. SIRIPHAN SASAT, Ph.D., 111 pp.

The purpose of this quasi-experimental research were to compare the anxiety in preoperative cataract adult patients in the experimental group before and after giving concrete – objective information and giving information through social media and to compare the anxiety in preoperative cataract adult patients between the experimental group after giving concrete – objective information and giving information through social media and the routine nursing care group. The samples consisted of 40 participants from the eye center, OPD clinic, from one private hospital in Bangkok and were divided into experimental group and control group with 20 participant in each group. The experimental group and the control group were matched pair in term of sex and age. The control group received routine nursing care while the experimental group received the concrete – objective information and giving information through social media. The instruments were tested, and the content validity of knowledge about cataract surgery instrument was .80 and reliability of the state anxiety and knowledge about cataract surgery instrument were .93 and .91 respectively. Data were analyzed by mean, standard deviation and t-test.

The major findings were as follow:

1. The anxiety in preoperative cataract adult patients in the experimental group after receiving concrete – objective information and giving information through social media was significantly lower than those before receiving the program at the level of .01.

2. The anxiety in preoperative cataract adult patients in the experimental group after receiving concrete – objective information and giving information through social media was significantly lower than those receiving routine nursing care group at the level of .01.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature .....

Academic Year: 2013

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความกรุณาและเอาใจใส่อย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ความรู้และคำปรึกษา ในการพัฒนากระบวนการทำวิทยานิพนธ์ ด้วยความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ และเป็นกำลังใจอย่างดียิ่งตลอดมา ซึ่งผู้วิจัยซาบซึ้งและกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ อ.ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดเห็น และคำแนะนำที่มีประโยชน์อย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะข้อคิดอันทรงคุณค่า และเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้กรุณาถ่ายทอดวิชาความรู้และคำแนะนำ รวมถึงถ่ายทอดประสบการณ์อันมีค่ายิ่งแก่ศิษย์

ขอกราบขอบพระคุณ หัวหน้าและรองหัวหน้า พี่ เพื่อน และน้อง ๆ พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกจักษุโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล ที่คอยสนับสนุนและให้กำลังใจเสมอมา ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุขุมวิท หัวหน้าพยาบาล และพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกจักษุทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ อำนวยความสะดวกในการทำวิจัยเป็นอย่างดี คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และกราบขอบพระคุณผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระจกกลุ่มตัวอย่าง ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

ท้ายสุดขอกราบพระคุณบิดา มารดา ทุกคนในครอบครัว ที่ให้ความรักและกำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา รวมทั้งอบรมปลูกฝังให้ผู้วิจัยรักในการศึกษา ตลอดจนอบรมสั่งสอนให้มีความมุ่งมั่น และรับผิดชอบต่อหน้าที่ที่ตนเองปฏิบัติ ขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือในการวิจัย ให้ความห่วงใย และเป็นกำลังใจมาโดยตลอดจนจบการศึกษา ความดีและประโยชน์จากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ขอมอบแต่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	1
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	5
คำถามการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานของการวิจัย.....	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย .....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	9
1. โรคต้อกระจก (Cataract).....	10
2. มโนทัศน์ความวิตกกังวล (Anxiety).....	19
3. ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-Regulation).....	24
4. ทฤษฎีประมวลสารสนเทศ (Information Processing Theory) .....	26
5. การให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ .....	28
6. บทบาทของพยาบาล .....	29
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	31
8. กรอบแนวคิด .....	34
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	36
รูปแบบการวิจัย.....	36
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	36
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง .....	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	39
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	45
ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง ต่อการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์.....	48

ผลการกำกับการทดลอง.....	48
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง .....	51
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	51
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	53
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	59
สรุปผลการวิจัย .....	62
อภิปรายผล .....	63
ปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย .....	66
ข้อเสนอแนะ .....	67
รายการอ้างอิง .....	68
ภาคผนวก.....	74
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	75
ภาคผนวก ข ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	77
ภาคผนวก ค ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ข้อมูลสำหรับประชากร ตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย .....	79
ภาคผนวก ง เอกสารรับรองอนุมัติจริยธรรม.....	90
ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	93
ภาคผนวก ฉ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	108
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	111



## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	คุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามเพศและอายุ (Matched pair)..	38
ตารางที่ 2	แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล.....	39
ตารางที่ 3	แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระจกของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดต่อกระจก .....	44
ตารางที่ 4	รายงานผลการวัดความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระจกของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดต่อกระจก หลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่.....	49
ตารางที่ 5	รายงานผลตามวันที่และจำนวนครั้งที่เข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์ ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์.....	50
ตารางที่ 6	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	54
ตารางที่ 7	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ (N1= 20, N2=20).....	56
ตารางที่ 8	ผลการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (N1= 20, N2=20).....	57
ตารางที่ 9	ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (N1=N2 = 20).....	58
ตารางที่ 10	ตารางแสดงคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ (N1= 20, N2=20).....	109

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ต้อกระจก เป็นโรคของเลนส์ตาซึ่งมีการขุ่นมัวจากการเสื่อมของเลนส์ (AAO, 2011) ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นเอง ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงแต่เชื่อว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เป็นต้อกระจก เช่น อายุมากขึ้น การกระทบกับแสงอาทิตย์ หรืออัลตราไวโอเล็ตเป็นเวลานาน การสูบบุหรี่ การมีคลอเรสเตอรอลสูง โรคเบาหวาน การขาดสารอาหารบางอย่าง และการได้รับอุบัติเหตุต่อตาโดยตรง (วัลลภ เอี่ยมสมบูรณ์, 2545) ต้อกระจกยังเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ตาบอด และบกพร่องทางการมองเห็น ร้อยละ 50 ของผู้ที่บกพร่องการมองเห็น พบในวัยผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นต้อกระจกร้อยละ 15.9 และยังพบว่าในปี ค.ศ. 2000 มีผู้ป่วยต้อกระจก 20.5 ล้านคน คาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 30.1 ล้านคน ในปี ค.ศ.2020 (EDPRG, 2004) ในประเทศไทยพบว่าวัยผู้ใหญ่มีผู้ป่วยเป็นต้อกระจกถึงร้อยละ 19.06 (วัฒน์ยี เอ็นจิตร, 2550) ความรุนแรงของโรคต้อกระจกขึ้นอยู่กับชนิดและระดับของต้อกระจกกว่ามีการขุ่นมัวของเลนส์ที่ตำแหน่งใด และขุ่นมากน้อยเพียงใด (EDPRG, 2004)

ต้อกระจก ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่เด่นชัด คือ ผลกระทบต่อการมองเห็นภาพ เนื่องจากการเสื่อมของสายตาดจากเลนส์แก้วตาที่เสื่อมสภาพไปตามอายุ จากการศึกษาของ American Academic of Ophthalmology (2011) พบว่า ต้อกระจกที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่มี 2 ชนิด คือ 1) ต้อกระจกที่บริเวณรอบนอก (Cortical cataract) พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงคือ เนื้อเลนส์ขุ่นมีลักษณะเป็นเหมือนซี่ล้อเกวียนอยู่รอบ ๆ ศูนย์กลางทำผู้ป่วยที่เป็นต้อกระจกชนิดนี้จะมีอาการเห็นแสงกระจาย (glare) ในเวลากลางคืน ทำให้ความสามารถในการมองเห็นในเวลากลางคืนลดลง โดยเฉพาะผู้ที่ต้องขับรถในเวลากลางคืนจะได้รับผลกระทบเป็นอย่างมากเนื่องจากทำให้ไม่สามารถขับรถได้ตามปกติ (Basset, Noertjojo, Nirmalan, et al., 2005) และ 2) ต้อกระจกที่บริเวณนิวเคลียส (Nuclear cataract) เลนส์จะมีการแข็งตัวบริเวณนิวเคลียสการเปลี่ยนแปลงของเลนส์ระยะนี้เป็นไปอย่างช้า ๆ ส่งผลต่อการมองเห็นระยะไกลมากกว่าระยะใกล้ เนื่องจากการแข็งตัวของเลนส์บริเวณนิวเคลียสจะทำให้ค่าการหักเหของแสงเพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้เกิดภาวะสายตาสั้น (myopic sight) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นใกล้ และสามารถอ่านหนังสือได้โดยไม่ต้องใส่แว่น ซึ่งทั่วไปเรียกว่าสายตาคลับ (Second sight) เป็นลักษณะเฉพาะที่พบในผู้ป่วยต้อกระจกในระยะเริ่มต้น (AAO, 2011) และมีความสามารถในการมองเห็นในระยะ 1 เมตร (VA=1/60) (ลดดา สรณารักษ์ และชูศรี วัชรสุขโพธิ์, 2538) ดังนั้นเมื่อบุคคลในวัยนี้ เป็นต้อกระจกทำให้มีการบกพร่องการมองเห็นระยะไกล ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถขั้นพื้นฐานส่วนบุคคล ความสามารถในการทำงานลดลง จะได้รับผลกระทบจากต้อกระจกมากจนทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติ การรับข้อมูลข่าวสาร และการสื่อสารกับผู้อื่น หรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง คุณภาพชีวิตจิตสังคมลดลงตามไปด้วย (ภารดี นานาศิลป์, 2543)

การรักษาต่อกระจกที่นิยมในปัจจุบัน คือ ผ่าตัดต่อกระจก เป็นการผ่าตัดนำเลนส์ต่อกระจกที่ ชุ่นออกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมเข้าไปแทนที่ จะช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นได้ทันทีหลังการผ่าตัด (AAO, 2011) และการผ่าตัดต่อกระจกนั้นถือว่าการผ่าตัดใหญ่ทางตาที่มีการพัฒนาเทคโนโลยีทางการ ผ่าตัดอย่างทันสมัย มีความปลอดภัยถึงร้อยละ 90 การพยากรณ์โรคหลังการรักษาคือการฟื้นคืนสภาพ สายตากล้ามาจนใกล้เคียงปกติ หรือเป็นปกติได้ในระดับสายตา 20/40-20/20 (Chan et al., 2003; AAO, 2011) ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดต่อกระจกในปัจจุบันมีดังนี้ 1) เพื่อแก้ไขปัญหาการมองเห็นเมื่อ ผู้ป่วยต้องการ 2) เพื่อแก้ไขภาวะสายตาคิดปกติ 3) เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น และ 4) เพื่อความ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากปัจจุบันการรักษาต่อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมสามารถ ทำได้ทุกระยะ ขึ้นอยู่กับว่าต่อกระจกทำให้สายตามัวลงจนเป็นอุปสรรคต่อการทำงาน หรือการดำเนิน ชีวิตประจำวันมากน้อยเพียงใด ถ้าได้รับผลกระทบจากต่อกระจกมากจนทำให้ไม่สามารถประกอบ อาชีพได้ ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจที่จะผ่าตัดต่อกระจกได้เมื่อผู้ป่วยต้องการ อาจลอกต่อกระจกใน ระยะแรกที่มีสายตามัวไม่มาก เพื่อให้ผู้ป่วยได้กลับมาใช้ชีวิตปกติ และประกอบอาชีพได้เร็วที่สุด จึง ทำให้วัยนี้มีความต้องการผ่าตัดต่อกระจกเพิ่มมากขึ้น (RCO, 2010) ดังนั้นการผ่าตัดต่อกระจกจึงเป็น หัตถการที่ทำกันอย่างแพร่หลายและมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

อย่างไรก็ตามกลับพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด ทั้งการผ่าตัดเล็กและผ่าตัด ใหญ่มักมีความวิตกกังวล และความกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัด เนื่องจากการขาดความรู้ความเข้าใจ และ ไม่ทราบว่าตนเองจะเผชิญกับสถานการณ์ใดบ้าง (Beland & Passos, 1981) จากการศึกษาของ (เอื้องพร พิทักษ์สังข์และคณะ (2554) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางตาแบบผู้ป่วยนอก ร้อยละ 55.5 เป็นการผ่าตัดต่อกระจก และมีเวลาเตรียมตัวก่อนผ่าตัดอยู่ในช่วง 7-14 วัน มีความวิตกกังวล ขณะเผชิญเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง Bostrom & Schewecke (1995) กล่าวว่า ความ วิตกกังวล คือการรับรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับการคุกคาม การสูญเสียและอันตรายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งการ รับรู้ของแต่ละบุคคลก็ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความต้องการ อัตมโนทัศน์ แหล่งสนับสนุนความรู้ ภัย และประสบการณ์ และได้กล่าวถึงกระบวนการเกิดความวิตกกังวลไว้ว่า เมื่อบุคคลได้รับภาวะคุกคาม จะเกิดความวิตกกังวลขึ้น เมื่อเกิดความวิตกกังวลก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านเคมี และการ เปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา ก่อให้เกิดพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ซึ่งพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ หรืออาจสูญเสียภาวะสมดุลเกิดการปรับตัวที่ล้มเหลว

ผลกระทบจากความวิตกกังวลต่อก่อนการผ่าตัด จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความ วิตกกังวลจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการตื่นเต้น ความสามารถในการรับรู้ลดลง การใช้สติปัญญาลดลง มีการ ปรับตัวไม่ถูกต้อง กล้ามเนื้อตึงตัว มีการถอนหายใจ ปวดศีรษะ (Peplau, 1978; Luckman, 1980) ประกอบกับการผ่าตัดต่อกระจกปัจจุบันใช้วิธีการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ ได้แก่ การหยอดยาชา หรือฉีดยาชา ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวตลอดเวลาขณะผ่าตัด จากความวิตกกังวลเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด และเสียงเครื่องมือผ่าตัด อาจทำให้เกิดอาการเกร็ง ขยับตัวบ่อย สายหน้าไปมา ไอ จาม อาจเกิด ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดได้ เช่น อาจทำให้เกิดเลือดออกในช่องหน้าม่านตาได้ ถ้าผู้ป่วยขาดสมาธิ และให้ความร่วมมือขณะผ่าตัดลดลง ทำให้การผ่าตัดไม่ราบรื่น บางรายวิตกกังวลมากอาจถึงขั้น ยกเลิกการผ่าตัดได้ (อภิชาติ สิงคาลวนิช และคณะ, 2540) ซึ่ง ผลของการต้องถูกเลื่อนผ่าตัดเมื่อ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเข้าห้องผ่าตัดแล้ว พบว่า ทำให้เสียเวลาในการเตรียมผ่าตัด การเตรียม

บริเวณผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดต้องเตรียมอุปกรณ์ในการผ่าตัด ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่าย ทั้งของผู้ป่วย และโรงพยาบาลรวมทั้งทำให้เกิดความไม่พึงพอใจแก่ผู้ป่วยและญาติได้ (กิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลแพร่, 2554)

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความวิตกกังวลในระดับปานกลางในผู้ป่วยต่อกระจก เช่น อายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มอายุ 45-65 ปี เนื่องจากกลุ่มนี้ยังอยู่ในช่วงของวัยทำงาน ผู้ที่มีอาชีพ ถือเป็นกลุ่มที่ยังมีความสามารถในการประกอบอาชีพได้ หากไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ภาวะทางเศรษฐกิจก็ต่ำลง การรู้สาเหตุของการเกิดโรคต่อกระจก เนื่องจากรู้ว่าต่อกระจกเป็นโรคที่เกิดตามธรรมชาติจะต้องเกิดขึ้นกับตาอีกข้างหนึ่งอย่างแน่นอน หรือกล่าวได้ว่า บุคคลมีความกังวลก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์จะเกิดขึ้น หรือกลัวในสิ่งที่ยังมาไม่ถึง การมีแสงสว่างระคายเคืองตาผู้ป่วยขณะรอผ่าตัด เป็นอุปสรรคต่อการมองเห็นของผู้ป่วย การกลัวการผ่าตัด การกลัวความเจ็บป่วยและ ความไม่สามารถออกกำลังกายได้ เนื่องจากสภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวยต่อการมองเห็น (ลดา สรณารักษ์ และ ชุศรี วัชรสุโขทัย, 2538)

การให้ข้อมูล คือ การให้ข้อเท็จจริงจากเหตุการณ์ต่าง ๆ เพื่อสามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจ ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดผลการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการผ่าตัด และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เป็นสาเหตุหนึ่งของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ดังนั้น เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดถือเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยและยังช่วยในการประเมิน และเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด (พรทิศา มีสุวรรณ และ ชนิษฐา นาคะ, 2551; เอื้องพร พิทักษ์สังข์ และคณะ, 2554) สอดคล้องกับ ทฤษฎีประมวลสารสนเทศ (Information Processing Theory) ของ Klausmeire (1985) ที่กล่าวว่า การที่มนุษย์รับสิ่งเร้าเข้ามาทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 สิ่งเร้า บุคคลจะเลือกรับสิ่งเร้าที่ตนรู้จักหรือมีความสนใจ จะช่วยให้การเรียนรู้และงานที่ทำประสบผลสำเร็จตามที่ต้องการ และใช้ความเข้าใจในการรู้ดังกล่าวในการจัดการควบคุมกระบวนการคิด จะช่วยให้การเรียนรู้และงานที่ทำประสบผลสำเร็จตามที่ต้องการได้ นอกจากนี้ ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-Regulation) ของ Johnson (1999) กล่าวว่า การให้ข้อมูลที่บอกถึงความรู้สึกที่รับรู้ทางประสาทสัมผัสและองค์ประกอบอื่นของประสบการณ์ของผู้ป่วย เรียกว่า การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย (concrete-objective information) เป็นการให้ข้อมูลตามความเป็นจริงโดยไม่มีการประเมินหรือใส่ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลลงไป ประกอบด้วย 1) ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการที่เกิดขึ้น 2) ช่วงเวลาและลำดับของเหตุการณ์ 3) ลักษณะสภาพแวดล้อม และ 4) สาเหตุของความรู้สึกของประสาทสัมผัส อาการแสดงและประสบการณ์ถ้าประสบการณ์นั้นมีลักษณะที่บุคคลคาดหวังไว้จริงจะทำให้มองเห็นประโยชน์ของการรับรู้ความเป็นจริง และจะปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ทำให้บุคคลจะเกิดกระบวนการคิดในลักษณะที่แก้ไขปัญหา แสวงหาวิธีเผชิญปัญหา ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีในระดับปฏิบัติการที่พยาบาลสามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกำหนดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับวิธีการดูแลนั้นได้ เมื่อบุคคลรู้ว่าสามารถควบคุมโรคได้จะมีความวิตกกังวลลดลง (Dracup & Moser, 1997; โสภา พิศจาร, 2550; ปณัฐิกา เหล็กแท้, 2551; ชลลดา จงสมจิตต์, 2553) กิจกรรมการพยาบาลที่ให้ส่วนใหญ่เป็นการให้ข้อมูลเพียง 1 ครั้ง เช่น การศึกษาของโสภา พิศจาร (2550) และ ปณัฐิกา เหล็กแท้ (2551) และการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด 1

วัน ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 45-60 นาที ทำให้สามารถผ่อนคลายความวิตกกังวลได้ (แสง ปัญญาดี , 2544; ปิยะนุช เพชรศิริ, 2550)

การให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) ถือเป็นที่นิยมกันมากในสังคมออนไลน์ ในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นสื่อที่ผู้ส่งสารสามารถแบ่งปันสารในรูปแบบต่าง ๆ ได้ต่อกันระหว่างผู้ส่งสาร และผู้รับสารหรือผู้รับสารด้วยตนเอง โดยเฉพาะสื่อสังคมประเภท Facebook ถือเป็นสื่อที่มีศักยภาพ และประสิทธิภาพสามารถติดต่อสื่อสารเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ได้ทุกหนทุกแห่งกับการสร้างระบบ เครือข่ายแบบใยแมงมุม (World Wide Web: WWW) (สุรศักดิ์ ปาเฮ, 2554) ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิด พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ในปัจจุบัน ได้แก่ ลักษณะทางสังคมและบรรทัดฐานของกลุ่ม ผู้ใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์ ลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจและความสามารถของบุคคล ทักษะคิด เกี่ยวกับความไว้วางใจ ความปลอดภัยของระบบและความเป็นส่วนตัว คุณค่าทางด้านความบันเทิง และการได้รับประโยชน์จากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ (นภัสกร กรวยสวัสดิ์, 2553) และสอดคล้อง กับวิถีชีวิตของคนในสังคมปัจจุบันหากนำเอาศักยภาพและคุณประโยชน์ของสื่อสังคมประเภท Facebook มาใช้ในการศึกษาอย่างเป็นระบบแล้ว น่าจะเชื่อได้ว่าคงเกิดประโยชน์ของการสร้างการ สื่อสารทางการศึกษาได้อย่างมีคุณค่าและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด และถือเป็นการสื่อสารข้อมูลที่เข้าถึง ง่ายในปัจจุบัน (สุรศักดิ์ ปาเฮ, 2554)

จากประสบการณ์ของผู้วิจัยที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกจักษุโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง พบว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระจกวัยผู้ใหญ่มีจำนวนมากมักสอบถามข้อมูล และส่งรูปถ่ายความผิดปกติ ของดวงตาผ่านทางโทรศัพท์มือถือมายังพยาบาลอยู่เสมอ ๆ อย่างไรก็ตามที่ผ่านมากการให้ข้อมูลก่อน ผ่าตัดต่อกระจก ยังไม่มีแนวปฏิบัติและยังรูปแบบที่ชัดเจน คือ มีการให้ข้อมูลแบบรายบุคคลร่วมกับการให้เอกสารคำแนะนำ (แผ่นพับ) และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังไม่มีการศึกษาความ วิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่อกระจกในวัยผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการพัฒนา รูปแบบและการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม- ปรนัยก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ โดยใช้ประยุกต์ใช้องค์ความรู้จากทฤษฎีการควบคุม ตนเองในลักษณะการให้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรม-ปรนัยของ Johnson (1999) ร่วมกับทฤษฎีประมวล สารสนเทศ (Information Processing Theory) ของ Klausmeire (1985) โดยให้ข้อมูลรายบุคคล ร่วมกับผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ Facebook ผู้ป่วยสามารถใช้สื่อสังคมออนไลน์ผ่านทางเครื่องมือ สื่อสาร เช่น โทรศัพท์มือถือ I-Pad หรือ คอมพิวเตอร์ และมีคลิป VDO ที่มีทั้งภาพและเสียงสำหรับ ผู้ที่มีปัญหาในการอ่าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับข้อมูลความรู้ได้ตามความเหมาะสมกับวิถีชีวิตของ ผู้ป่วยรายบุคคล ทำให้ผู้ป่วยสามารถทราบข้อมูลการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต่อกระจกที่สอดคล้องกับ ความต้องการของผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลได้

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### คำถามการวิจัย

1. ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์เป็นอย่างไร
2. ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นอย่างไร

### แนวเหตุผลและสมมติฐานของการวิจัย

ความวิตกกังวล เป็นการรับรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับการคุกคามการสูญเสียและอันตรายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งการรับรู้ของแต่ละบุคคลก็ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความต้องการ อัตมโนทัศน์ แหล่งสนับสนุนความรู้ วัย และประสบการณ์ (Bostrom & Schwecke, 1995) ด้วยผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดต่อกระจกมักมีความวิตกกังวล และความกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจากการขาดความรู้ ความเข้าใจ และไม่ทราบว่าตนเองจะเผชิญกับสถานการณ์ใดบ้าง (Beland & Passos, 1981) ทฤษฎีประมวลสารสนเทศ (Information Processing Theory) ของ Klausmeire (1985) กล่าวว่า การที่มนุษย์รับสิ่งเร้าเข้ามาทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 สิ่งเร้าบุคคลจะเลือกรับสิ่งเร้าที่ตนรู้จักหรือมีความสนใจ จะช่วยให้การเรียนรู้และงานที่ทำประสบผลสำเร็จตามที่ต้องการ และ ทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Johnson (1999) กล่าวว่า การให้ข้อมูลที่บอกถึงความรู้สึกที่รับรู้ทางประสาทสัมผัสและองค์ประกอบอื่นของประสบการณ์ของผู้ป่วย เรียกว่าการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย (concrete-objective information) ประกอบด้วย 1) ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการที่เกิดขึ้น 2) ช่วงเวลาและลำดับของเหตุการณ์ 3) ลักษณะสภาพแวดล้อม 4) สาเหตุของความรู้สึกของประสาทสัมผัสอาการแสดง และประสบการณ์ ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีในระดับปฏิบัติการ พยาบาลสามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกำหนดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับวิธีการดูแลนั้นได้ เมื่อบุคคลรู้ว่าสามารถควบคุมโรคได้จะมีความวิตกกังวลลดลง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ โดยใช้ทฤษฎีการควบคุมตนเอง ในลักษณะการให้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรม-ปรนัยของ Johnson (1999) ร่วมกับทฤษฎีประมวลสารสนเทศ (Information Processing Theory) ของ Klausmeire (1985) โดยให้ข้อมูลรายบุคคล ร่วมกับผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนคือ

1. ขั้นเตรียมการทดลอง เป็นการสร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากการศึกษาของ รพีพรรณ อุประการและคณะ (2553) พบว่า การสร้างสัมพันธภาพมีผลทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลงและเวลาที่ผ่านไปนานขึ้นทำให้ความวิตกกังวลลดลงอย่างชัดเจน

2. ขั้นดำเนินการทดลอง เป็นการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลโดยมีคำบรรยายที่มีลักษณะแบบรูปธรรม-ปรนัย และมีคลิปวิดีโอประกอบเนื้อหา 4 องค์ประกอบ ตามทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Johnson (1999) ได้แก่ 1) ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการที่เกิดขึ้น 2) ช่วงเวลาและลำดับของเหตุการณ์ 3) ลักษณะสภาพแวดล้อม 4) สาเหตุของความรู้สึกของประสาทสัมผัสอาการแสดงและประสบการณ์ จากการศึกษาของ โสภา พิศจาร (2550) ปณัฐทิกา เหล็กแท้ (2551) และ ชลลดา จงสมจิตต์ (2553) พบว่า การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย สามารถลดความวิตกกังวลได้

ดังนั้นโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยต่อกระดูกวัยผู้ใหญ่ ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ จะสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถทราบข้อมูลการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต่อกระดูกที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลได้

### สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระดูกวัยผู้ใหญ่ภายในกลุ่มทดลองหลังการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่ำกว่าก่อนการทดลอง

2. ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระดูกวัยผู้ใหญ่กลุ่มทดลองที่ให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีสองกลุ่ม โดยวัดก่อนและหลังการทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระดูกวัยผู้ใหญ่ที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุโรงพยาบาลสุโขทัย

**ประชากรในการศึกษา** คือ บุคคลที่มีอายุ 40-59 ปี เพศชายหรือเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต่อกระดูก และเป็นผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระดูกที่เข้ารับการผ่าตัดที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุโรงพยาบาลสุโขทัย

**ตัวแปรต้น** คือ โปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์

**ตัวแปรตาม** คือ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยต่อกระดูกวัยผู้ใหญ่

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**การผ่าตัดต่อกระดูก** หมายถึง การนำเลนส์ตาที่เป็นต่อกระดูก หรือ เลนส์ตาที่ขุ่นออก แล้วนำเลนส์ตาเทียมเข้าไปแทนที่ เพื่อช่วยให้การมองเห็นดีขึ้น

**การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย** หมายถึง เป็นการให้ ข้อเท็จจริงตามความเป็นจริงโดยไม่มีการประเมินหรือใส่ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลลงไป ประกอบด้วย เนื้อหา 4 องค์ประกอบ คือ 1) ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการที่เกิดขึ้น 2) ช่วงเวลาและลำดับของเหตุการณ์ 3) ลักษณะสภาพแวดล้อม 4) สาเหตุของความรู้สึกของประสาทสัมผัส อาการแสดงและประสบการณ์

ถ้าประสบการณ์นั้นมีลักษณะที่บุคคลคาดหวังไว้จริงจะทำให้มองเห็นประโยชน์ของการรับรู้ความเป็นจริง และจะปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ทำให้บุคคลจะเกิดกระบวนการคิดในลักษณะที่แก้ไขปัญหา แสวงหาวิธีเผชิญปัญหา ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสม

**การให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์** หมายถึง การให้ข้อเท็จจริงจากเหตุการณ์ต่าง ๆ เพื่อสามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจผ่านทางเทคโนโลยีสื่อสารระบบเครือข่ายทางคอมพิวเตอร์ เช่น ทางอินเทอร์เน็ต และโทรศัพท์มือถือ โดยใช้โปรแกรม Facebook ที่ทำให้ผู้ใช้สามารถติดต่อสื่อสารและร่วมทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งหรือหลาย ๆ กิจกรรมกับผู้ใช้ Facebook คนอื่น ๆ ได้ และสามารถตั้งประเด็นถาม-ตอบในเรื่องที่สนใจ วางรูปภาพ คลิปวิดีโอ หรือ คุยกันแบบสด ๆ ได้

**การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์** หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลให้ข้อเท็จจริงโดยไม่มีการประเมินหรือใส่ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลผ่านการสอนรายบุคคลร่วมกับการให้ข้อเท็จจริงผ่านทางเทคโนโลยีสื่อสารระบบเครือข่ายทางคอมพิวเตอร์ โดยประยุกต์ใช้องค์ความรู้จากทฤษฎีการควบคุมตนเองในลักษณะการให้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรม-ปรนัยของ Johnson (1999) ร่วมกับทฤษฎีประมวลสารสนเทศ (Information Processing Theory) ของ Klausmeire (1985) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นเตรียมการ เข้าพบผู้ป่วยในวันแรกที่ผู้ป่วยมาพบจักษุแพทย์ เพื่อแนะนำตัวเองสร้างสัมพันธภาพชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความวิตกกังวล สำหรับผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางขึ้นไป ขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย และอธิบายชี้แจงรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัย กำหนดเป้าหมายรวมถึงวางแผนทำกิจกรรมร่วมกัน และอธิบายวิธีการเข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์ และทำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระดูกก่อนได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก

2. ขั้นดำเนินการ กิจกรรมประกอบด้วย การให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลโดยมีคำบรรยายที่มีลักษณะแบบรูปธรรม-ปรนัย และมีคลิปวิดีโอประกอบเนื้อหา 4 องค์ประกอบตามทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Johnson (1999) ดังนี้

- 2.1 ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับ โรคต่อกระดูก การรักษา วิธีการผ่าตัดโดยใช้ไมเดลรูปตาประกอบการสอนและให้ดูคลิปวิดีโอเรื่องโรคต่อกระดูก

- 2.2 ช่วงเวลาและลำดับของเหตุการณ์ ผู้วิจัยให้ข้อมูล ได้แก่ การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายในวันผ่าตัด โดยให้ดูคลิปวิดีโอเรื่อง การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต่อกระดูก วิดีโอสาธิตการหยอดตาและการเช็ดตาหลังผ่าตัดอย่างถูกวิธี ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนอาการและ



อาการแสดงต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลักษณะสภาพแวดล้อม ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมอุณหภูมิอุปกรณ์ต่าง ๆ ในห้องผ่าตัด และแนะนำสถานที่และบรรยากาศ ห้องผ่าตัดผ่านวิดีโอ สาเหตุของความรู้สึกของประสาทสัมผัส อาการแสดงและประสบการณ์ ได้แก่ สาธิตวิธีการคลุมผ้าคล้ายคลุมโปงเมื่อผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัดพร้อมให้ผู้ป่วยได้สัมผัส พร้อมทั้งนำเสนอหา คลิปวิดีโอทั้งหมด และตั้งคำถามใต้คลิปวิดีโอ ไปวางไว้ใน Facebook ผู้ป่วยจะต้องเข้าไปดูอย่างน้อย 1 ครั้ง ก่อนผ่าตัด

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยต่อระยะก่อนผ่าตัดด้วยผู้ใหญ่นายบุคคลของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกจักษุ โดยให้ข้อมูลกับผู้ป่วยตามมาตรฐานของโรงพยาบาล เป็นรายบุคคลก่อนผ่าตัด 1 ครั้ง ร่วมกับการให้เอกสารคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ได้แก่ คำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับโรคต่อกระจก การเช็ดตา การหยอดยา เป็นต้น

**ความวิตกกังวล** หมายถึง ภาวะที่รู้สึกไม่สบายใจไม่มั่นคงปลอดภัยหวาดหวั่นหวาดกลัวต่อสิ่งที่มาคุกคามที่กำลังเผชิญอยู่ เป็นภาวะทางจิตใจความรู้สึกตึงเครียดทางอารมณ์ ไม่สบายใจกับสิ่งที่มาคุกคาม หรือการคาดการณ์ล่วงหน้า ทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาโดยการแสดงออกทางร่างกายจิตใจ และอารมณ์เมื่อเผชิญกับสิ่งคุกคามนั้น ประเมินโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยเป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberg (1970)

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ระยะก่อนผ่าตัดโดยเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ระหว่างกลุ่มทดลองที่ให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยและการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องดังนี้

#### 1. โรคต่อกระจก

- 1.1 ความหมายของต่อกระจก
- 1.2 สาเหตุการเกิดต่อกระจก
- 1.3 ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดต่อกระจก
- 1.4 พยาธิสรีรวิทยา
- 1.5 ชนิดของต่อกระจก
- 1.6 อาการและอาการแสดง
- 1.7 การรักษาโรคต่อกระจก
- 1.8 อาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่อกระจก

#### 2. มโนทัศน์ความวิตกกังวล

- 2.1 ความหมายของความวิตกกังวล
- 2.2 สาเหตุของความวิตกกังวล
- 2.3 ระดับความวิตกกังวล
- 2.4 ประเภทของความวิตกกังวล
- 2.5 การประเมินระดับของความวิตกกังวล
- 2.6 ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคต่อกระจกต่อการผ่าตัด
- 2.7 บทบาทพยาบาลในการลดความวิตกกังวล

#### 3. ทฤษฎีการควบคุมตนเอง

#### 4. ทฤษฎีประมวลสารสนเทศ

#### 5. การให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์

#### 6. บทบาทของพยาบาล

#### 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 8. กรอบแนวคิด

## 1. โรคต้อกระจก (Cataract)

ดวงตาเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สุดของการมองเห็นและดวงตาเป็นอวัยวะอันบอบบางเป็นหน้าตาสู่โลกกว้างหากมีเหตุให้เกิดอันตรายจนทำให้ดวงตาสูญเสียการมองเห็นก็จะส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตของบุคคลนั้น

### 1.1 ความหมายของต้อกระจก

ต้อกระจก (Cataract) หมายถึง เป็นโรคของเลนส์ตาซึ่งมีการขุ่นมัวจากการเสื่อมของเลนส์ (AAO, 2011)

ต้อกระจก (Cataract) หมายถึง ภาวะความขุ่นของเลนส์ตาซึ่งธรรมดาเลนส์จะมีลักษณะใสแสงผ่านได้ดี เลนส์มีหน้าที่รวมแสงไปตกที่เรตินา ทำให้ภาพที่เห็นชัดเจนการขุ่นของเลนส์ตา ทำให้แสงไม่สามารถผ่านเข้าไปในตาได้ตามปกติ ทำให้การมองเห็นลดลงเมื่อเป็นมากจนเลนส์ขุ่นมัวเต็มทีตาจะมีตสนิท (Ocampo, 2002)

ต้อกระจก (Cataract) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติที่เกิดจากการขุ่นของแก้วตาหรือเลนส์ตาทำให้จอประสาทตาได้รับแสงได้ไม่เต็มที่ ยิ่งแก้วตาขุ่นมากการมองเห็นจะลดน้อยลงตามลำดับ ซึ่งกว่าผู้ป่วยจะมองเห็นไม่ชัดอาจใช้เวลาเป็นหลายเดือนหรือหลายปี (ศักดิ์ชัย วงศ์กิติติรักษ์ และโกศล คำพิทักษ์, 2548)

ต้อกระจก (Cataract) หมายถึง ภาวะที่เกิดขึ้นจากการเสื่อมของสังขาร (Degenerative change) โดยไม่มีอาการเจ็บปวด หรือตาแดง มีการขุ่นของแก้วตา(Lens opacity) การกำเนิดของโรคจะค่อยเป็นค่อยไปตาจะเริ่มมัวลงทีละน้อย พบมากกับคนอายุ 45 ปีขึ้นไปและร้อยละ 85 พบในผู้สูงอายุ สามารถรักษาได้ด้วยการผ่าตัดอย่างเดียวนั้น (อนเนก เพทวนิช, 2528)

จากความหมายข้างต้น ผู้วิจัยสรุปความหมายของต้อกระจก (Cataract) หมายถึง ภาวะที่เกิดขึ้นจากการเสื่อมของเลนส์ตามวัย ส่งผลให้การมองเห็นลดลง สามารถรักษาได้ด้วยการผ่าตัด

### 1.2 สาเหตุการเกิดต้อกระจก

สาเหตุของการเกิดต้อกระจกยังไม่ทราบแน่ชัด พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดต้อกระจกหลายประการ เช่น อายุ เชื้อชาติและเผ่าพันธุ์กรรมพันธุ์ การศึกษาและอาชีพ การสัมผัสรังสีอัลตราไวโอเล็ตและแสงแดด การมีสายตาสั้นแต่อายุยังน้อย การมีดัชนีมวลกายสูง (Body Mass Index, BMI) การรับประทานอาหารที่มีเกลือและไขมันสูง การรับประทานวิตามินและวิตามินซีน้อย การรับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การเป็นโรคความดันโลหิตสูง การเป็นโรคเบาหวาน การมีระดับไขมันในเลือดสูง การป่วย การได้รับการรักษาโรคต่าง ๆ และการได้รับ สเตียรอยด์ (ภัทนี สามเสน, 2543)

### 1.3 ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดต้อกระจก

#### 1.3.1 ปัจจัยทั่วไป

1.3.1.1 อายุ มักพบต้อกระจกในวัยผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นต้อกระจกร้อยละ 15.9 และยังพบว่าในปี ค.ศ. 2000 มีผู้ป่วยต้อกระจก 20.5 ล้านคน คาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 30.1 ล้านคน ในปี ค.ศ.2020 (EDPRG, 2004) ในประเทศไทยพบว่าวัยผู้ใหญ่มีผู้ป่วยเป็นต้อกระจกถึงร้อยละ 19.06 (วัฒนีย์ เย็นจิตร, 2550)

1.3.1.2 เชื่อชาติ จากการศึกษายังไม่เป็นที่แน่ชัดว่าเชื่อชาติเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดต่อกระจก (ภัทนี สามเสน, 2543)

1.3.1.3 เพศ จากการศึกษายังไม่ชัดเจน เช่น การศึกษาของ ชัยนตร์ธร ปทุมานนท์ และคณะ (2542) พบว่า เพศชายและเพศหญิง มีความชุกของต่อกระจกไม่แตกต่างกัน

1.3.1.4 การประกอบอาชีพ ผู้ที่ทำงานที่ได้รับรังสีอินฟราเรด (Infrared radiation) จะพบว่ามีต่อกระจกเกิดขึ้นมากกว่าผู้ประกอบอาชีพอื่น (ภัทนี สามเสน, 2543)

1.3.1.5 ผู้ที่สายตาสั้นสวมแว่นมานานอย่างน้อย 20 ปี จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดต่อกระจก (ภัทนี สามเสน, 2543)

### 1.3.2 ปัจจัยทางสุขภาพ

1.3.2.1 ประวัติในครอบครัว จะพบในชนิดที่เป็นมาตั้งแต่กำเนิดเนื่องจากพันธุกรรม (ภัทนี สามเสน, 2543)

1.3.2.2 โรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น เบาหวาน โรคนิ่วในถุงน้ำดี (Cholelithiasis) อาการแพ้ (Allergy) ปอดบวม (Pneumonia) โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary disease) โรคหัวใจขาดเลือด (Heart insufficiency) ความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) ความดันโลหิตสูง (Hypertension) ไขมันในหลอดเลือดสูง (Hypertriglyceridemia) น้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) ความอ้วน (Obesity) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดต่อกระจกที่แคปซูลส่วนหลังของเลนส์ ความดันโลหิตสูงและต้อหิน (Glaucoma) ก็เป็นสาเหตุทำให้เกิดต่อกระจกขึ้นได้ (Ocampo, 2002)

1.3.2.3 ยาหรือสารพิษ เช่น ยาสเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะ ยาฆ่าเซลล์มะเร็ง ยาฆ่าแมลง บุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการเกิดต่อกระจกที่นิวเคลียส อัลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดต่อกระจกทุกชนิด (ภัทนี สามเสน, 2543)

### 1.3.3 ปัจจัยสภาพแวดล้อม

1.3.3.1 การได้รับสารอาหารการรับประทานอาหารที่มีเกลือ และไขมันสูง การรับประทานวิตามินซีน้อย การรับประทานผักและผลไม้ น้อย เป็นสาเหตุให้เกิดต่อกระจก (Tavani et al., 1996 อ้างใน ชัยนตร์ธร ปทุมานนท์ และคณะ, 2542)

1.3.3.2 การได้รับรังสียูวี (Ultraviolet: UV) มีการศึกษาพบว่า ต่อกระจกที่ด้านข้างของเลนส์ และต่อกระจกที่แคปซูลส่วนหลังของเลนส์ มีความสัมพันธ์กับการได้รับรังสียูวี (Ocampo, 2002)

1.3.3.3 กระบกระเทือนหรือบาดเจ็บบริเวณลูกตาโดยตรง อุบัติเหตุเกิดได้กับทุกเพศ ทุกวัย ทำให้ดวงตาได้รับความกระเทือนอย่างรุนแรง การโดนของมีคม สารเคมีหรือสารรังสี (ภัทนี สามเสน, 2543)

## 1.4 พยาธิสรีรวิทยา

พยาธิสรีรภาพของต่อกระจก มีความซับซ้อนยังไม่เป็นที่เข้าใจแน่ชัดกลไกที่ทำให้เกิดต่อกระจกมีดังนี้

1.4.1 การเปลี่ยนแปลงที่ทำให้ความใสของเลนส์สูญเสียไป ปกติเลนส์มีลักษณะใสประกอบด้วย โปรตีน ร้อยละ 30 น้ำ ร้อยละ 65 กลูโคสและเกลือแร่ ร้อยละ 5 ไม่มีหลอดเลือดมาเลี้ยงเลนส์ แต่เลนส์ได้รับอาหารจากน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา เอควีซิสในเลนส์มีเอนไซม์ใช้ในการสลาย

กลูโคส และมีกลูตาไทออนสำหรับป้องกันการเกิดออกซิเดชัน เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น เลนส์จะมีกลูตาไทออนลดลงและไม่พบกลูตาไทออนเลยในผู้ที่ป็นต้อกระจก (กนกวรรณ ตีลกสกุลชัย และชัยเลิศ พิษิตพรชัย, 2554)

1.4.2 เนื้อเลนส์ที่สร้างใหม่มีลักษณะขุ่น (New opaque fiber development) ในขณะที่เยื่อบุผิวของเลนส์ (Lens epithelium) ที่มีการสร้างเนื้อเลนส์ (Lens fiber) ใหม่ตลอดเวลา (ภารดี นานาศิลป์, 2543) มีการเปลี่ยนแปลงชั่วระยะเวลาหนึ่ง ที่ทำให้เนื้อเลนส์ขุ่นผิดปกติเนื้อเลนส์ที่สร้างขึ้นใหม่ระยะต่อ ๆ มาซึ่งใสและเป็นปกติ จะดันเลนส์ไฟเบอร์ที่ขุ่นให้เข้าไปสู่ส่วนกลางของเลนส์ (ภัทนีสามเสน, 2542) เลนส์จึงมีความแข็งมากขึ้น ส่วนกลางของเลนส์มีความหนาแน่นมากขึ้นที่เรียกว่า Nuclear sclerosis (Ocampo, 2002)

1.4.3 การตกตะกอนของสารที่มีลักษณะเป็นเม็ดเล็กๆ (Granular material deposit) เกิดการสะสมของสารเม็ดเล็ก ๆ ที่ส่วนใต้แคปซูลของเลนส์ทำให้เยื่อของเลนส์ไม่สามารถสร้างเซลล์ใหม่ได้ จะพบการเปลี่ยนแปลงนี้ในต้อกระจกที่เกิดจากการได้รับสารพิษการได้รับรังสีต้อกระจกเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ต้อกระจกจากภาวะแทรกซ้อนและต้อกระจกที่เกิดจากความผิดปกติของกระบวนการเมตาบอลิซึม (Grag, 2002)

1.4.4 การสะสมของเม็ดสี (Pigment accumulation) ต้อกระจกผู้สูงอายุ โดยเฉพาะชนิดที่เกิดที่นิวเคลียส จะพบมีการสะสมของเม็ดสีการสะสมที่มากขึ้นเรื่อย ๆ จนในที่สุดก็ทำให้เกิดการสร้างเป็นนิวเคลียสที่มีสีเหลืองอมน้ำตาล (Brunnerescent cataract) (Garg, 2002)

1.4.5 เยื่อบุผิวของเลนส์ขุ่น (Lens epithelium opacification) เกิดการขุ่นของเยื่อบุผิวของเลนส์เป็นอันดับแรก จะพบในต้อกระจกเกิดจากการได้รับของมีคมที่มแทง ต้อกระจกที่เกิดจากสารพิษต่อหินที่ทำให้เกิดต้อกระจก จะมีผลทำให้ค่าดัชนีหักเหของแสงไม่แน่นอนแสงแตกกระจายและสูญเสียความใสของเลนส์ (Garg, 2002)

1.4.6 มีการสะสมของสารที่มาจากภายนอกเลนส์ เช่น ยาและสารที่เกิดจากการสลายตัวของยาเกิดสะสมในเนื้อเลนส์ เช่น ยาคลอโพรมาซีน (Chlopromazine) ในผู้ป่วยโรควิลสัน (Wilson disease) มีการสะสมของทองแดง (copper) ในเลนส์ทำให้เกิดต้อกระจกขึ้น (Garg, 2002)

## 1.5 ชนิดของต้อกระจก

1.5.1 ต้อกระจกในผู้สูงอายุ (Senile Cataract) คือ ต้อกระจกที่พบในวัยกลางคนขึ้นไป เป็นต้อกระจกที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งของต้อกระจกทุกชนิดสาเหตุ เกิดจากการเสื่อมของโปรตีนเปลี่ยนไปตามวัยทำให้เลนส์ขุ่นขาว เกิดในคนอายุเกิน 45 ปี (ยุพดี รัตตะรังสี, 2545) แบ่งเป็น

1.5.1.1 ต้อกระจกที่บริเวณนิวเคลียส (Nuclear cataract) เลนส์จะมีลักษณะการแข็งตัวของนิวเคลียส (Nuclear sclerosis) (Harper & Shock, 2004) ส่วนใหญ่จะปรากฏให้เห็นเมื่ออายุ 50 ปีขึ้นไป (ภัทนี สามเสน, 2543) เกิดจากการที่นิวเคลียสของเลนส์มีกระบวนการแข็งตัวเพิ่มขึ้นเป็นปกติ นิวเคลียสมีสีน้ำตาลสะสมมากขึ้น (Garg, 2002) ส่วนมากเป็นทั้งสองข้างแต่อาจจะไม่เท่ากัน โดยระยะแรกการแข็งตัวของเลนส์นิวเคลียสจะทำให้ค่าการหักเหของแสงเพิ่มขึ้นซึ่งทำให้เกิดภาวะสายตาสั้น (myopic sight) ซึ่งจะทำให้ผู้ที่ป็นต้อกระจกในระยะนี้สามารถมองเห็นในระยะใกล้ และสามารถอ่านหนังสือได้โดยไม่ต้องใช้แว่น ซึ่งทั่วไปเรียกว่า สายตาคลับ (Second sight) (Garg, 2002) แต่เมื่อความขุ่นของเลนส์มากขึ้นการเห็นจะลดลงทั้งใกล้และไกล (ภัทนี สามเสน,

2543) อาจเกิดการแยกสีผิดปกติ และเกิดการมองเห็นภาพซ้อนจากการมองด้วยตาเพียงข้างเดียว (Monocular diplopia) เมื่อเลนส์เปลี่ยนแปลงมากขึ้นจะขุ่นมากขึ้นและเป็นสีน้ำตาลเข้มเรียกว่า Brunescant nuclear cataract (Garg, 2002)

1.5.1.2 ต้อกระจกที่บริเวณรอบนอก (Cortical cataract) เกิดจากการเปลี่ยนแปลงส่วนประกอบของเกลือแร่ที่เป็นประจุไฟฟ้า และมีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเลนส์ทำให้เลนส์มีจำนวนของน้ำมากขึ้น (Harper & Shock, 2004) เลนส์จะบวมน้ำและเป็นสีขาวขุ่นเกิดเป็นร่องในแนวรัศมี (Radial) ทำให้ความขุ่นมีลักษณะเป็นเหมือนซี่ล้อเกวียนอยู่รอบ ๆ แถบศูนย์กลาง (Garg, 2002) ผลการมองเห็นขึ้นกับตำแหน่งที่เกิดของต้อกระจก ถ้าเกิดตรงกลางการมองเห็นจะลดลง (ภัทนี สามเสน, 2543)

1.5.1.3 ต้อกระจกส่วนหลังแคปซูลของเลนส์ (Posterior subcapsular cataract) ความขุ่นเกิดที่เนื้อของเลนส์ที่สร้างขึ้นใหม่บริเวณชิดกับแคปซูล ส่วนหลังของเลนส์มีลักษณะเป็นเม็ดเล็ก ๆ สีขาวขุ่น และมักจะอยู่ตรงแนวกลางของทางเดินของสายตา (Visual axis) ตั้งแต่เริ่มแรก จึงทำให้การมองเห็นลดลงไปมากเมื่อเทียบกับขนาด และความทึบของต้อกระจกที่เกิดขึ้น (ภัทนี สามเสน, 2543) ผู้ป่วยจะบ่นว่ามีอาการราวแสง (Glare) และตามัวขณะที่มีแสงสว่างมากโดยเฉพาะเวลากลางวัน (Garg, 2002)

ต้อกระจกยังแบ่งออกเป็นระยะต่าง ๆ ได้ 4 ระยะคือ

1. ระยะเริ่มเป็น (Incipient stage) โพรตีนของเลนส์จะเริ่มเสื่อมถอย มีการเปลี่ยนแปลงจากสภาพใส กลายเป็นขุ่นอาจจะทึบที่ส่วนรอบ ๆ แต่ตรงกลางยังใส หรือทึบตรงกลางแต่ส่วนรอบ ๆ ใส วัดระดับสายตาได้ 6/6 ระยะนี้ไม่สามารถตรวจพบความเปลี่ยนแปลงได้สายตายังไม่มีการเปลี่ยนแปลง (ยุพดี รัตตะรังสี, 2545)

2. ระยะเริ่มขุ่น (Immature stage) เป็นระยะที่โพรตีนของเลนส์บางส่วนยังใส (Harper & Shock, 2004) เลนส์ตาจะมีการขุ่นมัวสามารถตรวจพบได้ สายตาเริ่มเสื่อมลงเล็กน้อยระยะนี้แก้วตาจะบวมโตขึ้น เพราะแก้วตาจะดูดน้ำเอาไว้ทำให้มีการบวมน้ำ เรียกว่า Intumescent stage เมื่อโตขึ้นก็จะดันม่านตาไปข้างหน้าทำให้ช่องหน้าม่านตาตัน (anterior chamber) ตื้น หรือทำให้ม่านตาไปปิดมุมของม่านตาที่มีทางระบายน้ำเลี้ยงในลูกตา ทำให้น้ำเลี้ยงในลูกตาออกไปสู่ระบบไหลเวียนปกติภายนอกลูกตา ไม่ได้ส่งผลให้ความดันภายในลูกตาสูง และเกิดเป็นต้อหินชนิดทุติยภูมิได้ (secondary glaucoma) (ยุพดี รัตตะรังสี, 2545)

3. ระยะสุก (Mature stage) เป็นระยะที่โพรตีนในเลนส์ทั้งอันทึบแสง (Harper & Shock, 2004) ขุ่นขาวหรือสีงาช้าง สามารถตรวจพบได้ว่า สายตาจะเสื่อมลงมากเลนส์ตาจะยุบแฟบลงเพราะน้ำซึมออกไป เกาของม่านตาหายไป ช่องหน้าม่านตาก็กลับมีความลึกเท่าเดิม (ยุพดีรัตตะรังสี, 2545) สายตาเสื่อมลงมาก วัดระดับสายตาได้แค่มองเห็นมือโบกไหวต่อหน้า หรือสามารถบอกทิศทางของแสงได้ (VA HM-PJ) (อเนก เพทวณิช, 2528)

4. ระยะสุกมาก (Hyper mature cataract) เป็นระยะที่โพรตีนที่อยู่เปลือกนอกของเลนส์กลายเป็นของเหลว เลนส์หดเล็กลงแคปซูลของเลนส์จะย่น (Harper & Shock, 2004) เป็นระยะสุดท้ายของต้อกระจกเลนส์ขุ่นมัวมากเกินไป เปลือกหุ้มเลนส์ตาเปื่อยยุ่ยเนื้อเยื่อภายในเลนส์เหลวส่วนนิวเคลียสจะแข็งมากขึ้น ระยะนี้สายตาจะเสื่อมลงมาก วัดสายตาระยะนี้ได้ประมาณเห็นแสงไฟ ถึง

เห็นแสงไฟ และบอกทิศทางได้ (อเนก เพทวนิช, 2528) นิวเคลียสจะตกลงสู่ส่วนกลาง เรียกว่า Morgagnian cataract เกิดจากเลนส์หยาบและแบนแฟบไปกว่าเดิมทำให้ช่องหน้าของม่านตาเล็กเข้าไปนิวเคลียสจึงเลื่อนมาอยู่ที่ส่วนล่างของเลนส์ เห็นเป็นก้อนเหลือง ๆ ภายในเป็นของเหลวสีคล้ายนม (ยุพดี รัตตรังสี, 2545) เนื้อเยื่อของเลนส์รั่วออกจากปลอกหุ้มเลนส์ที่อยู่ หรือพรุณ จนหมดทำให้มีแต่ปลอกหุ้มเลนส์ห่อหุ้มนิวเคลียสต่อกระจะระยะนี้ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาผ่าตัดเอาต่อกระจกออก ตาข้างนั้นก็จะบอดได้จากการเกิดโรคแทรกซ้อนได้ (ยุพดี รัตตรังสี, 2545)

### 1.5.2 ต้อกระจกในเด็ก (Childhood cataract)

1.5.2.1 ต้อกระจกโดยกำเนิด (Congenital cataract, infantile cataracts) คือ ต้อกระจกที่เลนส์ขุ่นมาแต่แรกคลอด หรือ ภายในอายุ 3 เดือน ความขุ่นเพียงเล็กน้อยจะไม่ทำให้การเห็นลดลง ความขุ่นนี้อาจจะคงที่ หรือค่อยๆ เพิ่มมากขึ้นซึ่งอาจทำให้การเห็นลดลงได้ในระยะวัยรุ่น หรือ เมื่อเป็นผู้ใหญ่แล้วอาจเกิดเพียงข้างเดียว หรือทั้งสองข้าง อาจจะขุ่นเพียงบางส่วนขุ่นทั้งหมด ตำแหน่งที่พบได้บ่อยคือที่บริเวณรอบนอก (Cortex) ที่ติดอยู่กับนิวเคลียส (ภัทนี สามเสน, 2543) ต้อกระจกโดยกำเนิดเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการสูญเสียสายตา ควรถูกค้นพบตั้งแต่แรกเกิด โดยกุมารแพทย์ หรือแพทย์ประจำครอบครัว เมื่อความขุ่นมากขึ้นใหญ่ขึ้นทำให้ตรวจพบที่บริเวณรูม่านตาเป็นสีขาว (White pupil) เรียกว่า Leukocoria ถ้ามีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางใหญ่มากกว่า 2 มิลลิเมตร เป็นสาเหตุทำให้สูญเสียการมองเห็นแบบถาวร ถ้าไม่ได้รับการรักษาในระยะ 2 เดือนแรกของชีวิตจัดเป็นสิ่งที่ต้องการจัดการอย่างเร่งด่วน เพื่อป้องกันการเกิดสายตาสีม (Amblyopia) เกิดเนื่องจากการหลังการผ่าตัดสายตาไม่เท่ากัน (Anisometropia) ถ้าต้อกระจกมีขนาด และความขุ่นเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่จำเป็นต้องผ่าตัดอย่างเร่งด่วน แต่ก็ควรผ่าตัดทั้งสองตาในระยะเวลายาวนานเพราะไม่สามารถรับรองได้ว่า จะเกิดสายตาสีมจากต้อกระจกหรือไม่ (Harper & Shock, 2004) 15 เปอร์เซ็นต์ของเด็กตาบอด เกิดจากต้อกระจกแต่กำเนิด 30 เปอร์เซ็นต์เกิดจากกรรมพันธุ์พบ 8 เปอร์เซ็นต์ จะเกิดร่วมกับความผิดปกติอื่น เช่น ภาวะที่เนื้อเยื่อเยื่อใยขาดหายไป (Aniridia) วิเทรียสมิการเจริญเติบโตที่ผิดปกติ (Persistent hyperplastic primary vitreous PHPV) ลูกตาเล็กกว่าปกติ (Microphthalmos) เลนส์อยู่ผิดที่ (Ectopialentis) (Garg, 2002; ภัทนี สามเสน, 2543) โดยมีปัจจัยที่ทำให้เกิดต้อกระจกแต่กำเนิดได้แก่

- 1) กรรมพันธุ์ โดยเป็นแบบพันธุกรรมลักษณะเด่น (ภัทนี สามเสน, 2543)
- 2) มารดาเกิดการอักเสบติดเชื้อของมารดาในระยะ 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ โรคที่สำคัญ คือ ชิฟิลิส หัดเยอรมัน การขาดสารอาหารของมารดา ในระยะ 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์รับประทานยาพวก thalidomide และ คอร์ติโคสเตียรอยด์ ได้รับรังสีในระหว่างตั้งครรภ์ (Garg, 2002 ; ภัทนี สามเสน, 2543)

- 3) ทารกขาดออกซิเจน เนื่องจากเกิดเลือดออกที่รกเกาะ (placenta bleeding) มีความผิดปกติของการเผาผลาญของร่างกายของทารก มีการบกพร่องของเอนไซม์ galactokinase ที่ใช้ในการเปลี่ยนกาแลคโตส เป็นกลูโคส ทำให้เลนส์มีระดับกาแลคโตสสูงมากกว่าปกติ (galactosemia) ซึ่งจะดึงน้ำเข้ามาในเลนส์ และเกิดการฉีกขาดของเนื้อเลนส์ ทำให้เกิดต้อกระจกขึ้น ทารกเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำทารกขาดสารอาหารในระยะแรกเริ่มของชีวิต (Garg, 2002 ; ภัทนี สามเสน, 2543)

4) ไม่ทราบสาเหตุ 50 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยต่อกระจกแต่กำเนิด เป็นโดยไม่ทราบสาเหตุ (Garg, 2002; ภัทนี สามเสน, 2543)

1.5.2.3 ต้อกระจกที่เกิดขึ้นภายหลัง (Acquire cataract) คือ ต้อกระจกที่เกิดขึ้นภายหลังในผู้ที่เคยมีเลนส์เป็นปกติมาก่อน ซึ่งได้แก่ ต้อกระจกที่เกิดจากผองของสารพิษโรครบบต่าง ๆ อุบัติเหตุการ อักเสบในตา และความมีอายุ ต้อกระจกที่เป็นลักษณะเฉพาะเจาะจงตามสาเหตุที่ทำให้เกิด (ภัทนี สามเสน, 2543)

1.5.2.4 ต้อกระจกจากภาวะแทรกซ้อน (Complication cataract) คือ ต้อกระจกที่เป็นโรคแทรกซ้อน เกิดตามหลังโรคของดวงตา ซึ่งอาจจะเป็นผลจากการที่โรคของนัยน์ตานั้นมีผลโดยตรงต่อสรีรวิทยาของเลนส์ โดยมีสาเหตุมาจากยูเวียอักเสบ หรือม่านตาอักเสบ ซึ่งต้อกระจกชนิดนี้ จะเริ่มที่ชั้นใต้แคปซูลของเลนส์ด้านหลังก่อน (Posterior subcapsular area) และในที่สุดก็ทำให้เลนส์ขุ่นมัวทั้งหมด โรคตาที่ทำให้เกิดต้อกระจกได้บ่อย ได้แก่ ต้อหินเรื้อรัง จอประสาทตาอักเสบหรือเสื่อม จอประสาทตาลอก เนื้องอกในดวงตา ดวงตาขาดเลือด สายตาสั้นมาก ปกติจะเป็นข้างเดียว การพยากรณ์เกี่ยวกับการมองเห็นหลังการรักษาไม่ดีเท่ากับต้อกระจกผู้สูงอายุ (ยุพดี รัตตะรังสี, 2545; ภัทนี สามเสน, 2543)

1.5.3 ต้อกระจกร่วม (Secondary cataract) คือ ต้อกระจกที่เกิดร่วมกับโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เกี่ยวกับดวงตา โดยมีสาเหตุเนื่องจากโรคเบาหวาน โรคพาราธัยรอยด์ Galactosemia ต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ โรคประสาทบางชนิด พิษจากสารเคมี พิษจากสารเคมี เบาหวานเป็นสาเหตุให้เลนส์ขุ่นทั้งสองตา ความขุ่นนี้จะเกิดขึ้นอย่างมากและรวดเร็ว เกิดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ต้องพึ่งอินซูลิน (Independent diabetes mellitus: IDDM) พบว่า ต้อกระจกชนิดนี้เกิดขึ้น หลังจากปริมาณน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ซึ่งน้ำตาลที่เพิ่มขึ้นนี้ จะถูกเปลี่ยนเป็นแอลกอฮอล์ของน้ำตาลนั้น และเนื่องจากแคปซูลของเลนส์ไม่ยอมให้น้ำตาลซึมผ่านทำให้แอลกอฮอล์ของน้ำตาลนั้นค้างอยู่ในเลนส์มาก จึงเกิดการบวม น้ำขึ้น และเลนส์ขุ่นขึ้น (ยุพดี รัตตะรังสี, 2545; ภัทนี สามเสน, 2543)

1.5.4 ต้อกระจกภัยอันตราย (Traumatic cataract) คือ ต้อกระจกเกิดเนื่องจากได้รับอุบัติเหตุที่ตา หรือบริเวณใกล้ดวงตา ส่วนมากเกิดจากการมีสิ่งแปลกปลอมเข้าไปในลูกตาและเกิดอันตรายโดยตรง หรือเกิดจากแรงกระแทกที่กระเทือนต่อลูกตา (eye ball) เช่น โดนชกต่อย (ยุพดี รัตตะรังสี, 2545; ภัทนี สามเสน, 2543)

1.5.5 ต้อกระจกจากพิษจากยา (Drug induced cataract) คือ ต้อกระจกที่เกิดจากการได้รับยาสเตียรอยด์ ทั้งที่ผู้ป่วยกินหรือใช้หยอดตาเป็นเวลานาน ๆ (ยุพดี รัตตะรังสี, 2545 ; ภัทนี สามเสน, 2543) ยาอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดต้อกระจกได้ เช่น พิโลแคร์ปิน (Pilocarpine) มีฤทธิ์หดรูม่านตาใช้ในการรักษาต้อหินเป็นเวลานาน ๆ คลอโปรมาซีน (Chlpropromazine) เป็นยารักษาโรคจิตที่ได้ยาในขนาดสูง (ภัทนี สามเสน, 2543)

1.5.6 ต้อกระจกเกิดซ้ำ (After cataract) คือ ต้อกระจกที่เกิดขึ้นใหม่ภายหลังการผ่าตัดต้อกระจกในครั้งแรก สาเหตุจากเซลล์ของส่วนหลังปลอกหุ้มเลนส์ที่เหลือค้างเกิดเจริญงอกงามขึ้นมาใหม่ (ยุพดี รัตตะรังสี, 2545)



## 1.6 อาการและอาการแสดง

1.6.1 อาการ (Symptom of cataract formation) ของต้อกระจกที่เกิดขึ้นโดยทั่วไป มีดังนี้

1.6.1.1 อาการร้าวแสง (Glare) เป็นความผิดปกติของการมองเห็น ในระยะแรกสุด คือ อาการร้าวแสง หรืออาการที่สู้แสงไม่ได้ อาการร้าวแสง เป็นการมองเห็นแสงแตกกระจายเมื่อผู้ป่วยมองดวงอาทิตย์หรือมองไฟรถยนต์ จะพบอาการร้าวแสงหรือตาพร่ามากในผู้ป่วยต้อกระจกที่แคปซูลส่วนหลังของเลนส์ (Garg, 2002)

1.6.1.2 อาการมองเห็นหลายภาพในตาข้างเดียว (Unilateral polypia) การมองเห็นวัตถุขึ้นเดียวเป็น 2-3 ภาพ เป็นอาการผิดปกติในระยะแรกอีกอย่างหนึ่ง เกิดเนื่องจากเลนส์มีความขุ่นมากน้อยแตกต่างกัน ทำให้แสงที่ผ่านเลนส์ตามากหักเหไม่เท่ากัน จึงตกที่จอประสาทตาคนละจุด อาการนี้จะหายไปเมื่อการเห็นลดลงมากขึ้น (Garg, 2002 ; ภัทนี สามเสน, 2542)

1.6.1.3 มองภาพไม่ชัด (Blur) เกิดเมื่อเลนส์ตาไม่สามารถแยกชนิดของวัตถุได้ เมื่อผู้ป่วยใช้สายตาในการมองระยะใกล้ เช่น เมื่ออ่านหนังสือ เย็บผ้า จะเกิดปัญหายุ่งยากมากผู้ป่วยจะไม่สามารถทนต่อการมองภาพไม่ชัด เนื่องจากมีผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน (Garg, 2002)

1.6.1.4 มองภาพมีรูปร่างบิดเบี้ยว (Distortion) ผู้ป่วยต้อกระจกจะมองเห็นพื้นผิวของวัตถุที่มีผิวหน้าตรงเห็นเป็นคลื่นหรือนูนโค้ง ทำให้เห็นเป็นภาพซ้อน การมองเห็นภาพซ้อนจากการมองด้วยตาข้างเดียวปกติ เกิดจากความผิดปกติของเลนส์กระจกตาและจลรับภาพ (Garg, 2002)

1.6.1.5 เห็นสีรุ้งรอบดวงไฟ และมีความผิดปกติในการรับรู้สี บางครั้งผู้ป่วยจะบอกว่ามองเห็นแสงไฟสีขาวเป็นสีรุ้ง แสดงถึงในเลนส์มีการเปลี่ยนแปลงของสารน้ำรวมกันเป็นหยอมน้ำ (Garg, 2002)

1.6.1.6 การที่นิวเคลียสของเลนส์มีการขุ่นเหลือง ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นวัตถุมีสีเหลือง และสีน้ำตาลกว่าความเป็นจริง (Garg, 2002)

1.6.1.7 มองเห็นจุดดำ (Black spots) ผู้ป่วยบางรายจะบอกว่ามองเห็นจุดดำที่ข้างหน้า จุดดำเหล่านี้จะไม่เคลื่อนที่ไปมา (Garg, 2002)

1.6.1.8 การสูญเสียการมองเห็น (Loss of vision) ตามัว คล้ายมีหมอกมาบังค่อย ๆ มัวลงทีละน้อย (Progressive of visual loss) โดยไม่มีอาการปวดตาเคืองตา หรือตาแดงร่วมด้วย จะมีอาการตาพร่ามัว ขณะที่อยู่ในที่มีแสงสว่าง หรือกลางวันรุ่มานตาจะหดเล็กลงทำให้แสงไม่สามารถผ่าน หรือผ่านไปได้บ้าง แต่เมื่ออยู่ในที่ร่ม หรือกลางคืน รุ่มานตาจะขยาย แสงสามารถผ่านเลนส์ตาส่วนรอบ ๆ ที่ยังใสเข้าไปได้ จึงทำให้มองเห็นได้ดีกว่าผู้ป่วยที่เป็นต้อกระจกที่นิวเคลียสสายตาสั้นเพิ่มขึ้นในระยะแรก เนื่องจากดัชนีหักเหของเลนส์เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะเปลี่ยนแว่นบ่อยขึ้น จะกลับสามารถอ่านหนังสือได้ชัดเจนพอสมควร โดยไม่ต้องใช้แว่นเรียกว่าสายตาคลับ (second sight) ต่อมาสายตาคับจะมัวลงมากขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากเลนส์ตาขุ่นที่มากขึ้น เมื่อต้อกระจกสุกจะมีค่าความสามารถในการมองเห็นเพียงมือเคลื่อนไหว (Hand movement) หรือมองเห็นเพียงแสงไฟ (Perception of light: PL) (Garg, 2002; ภัทนี สามเสน, 2542)

## 1.6.2 อาการแสดง

1.6.2.1 การตรวจวัดสายตา (Visual acuity testing) สายตาจะขึ้นอยู่กับความขุ่นของต้อกระจก (Garg, 2002)

1.6.2.2 เลนส์ตาจะมีลักษณะเป็นสีขาวขุ่นหรือสีเทา (Leukokoria) จะเห็นได้โดยใช้ไฟฉายส่องดูบริเวณรูม่านตาเห็นเป็นสีขาว ในต้อกระจกที่สุกแล้ว (Mature cataract) และเห็นเป็นสีเทา หรือสีเหลือง ในต้อกระจกที่ยังไม่สุก (Immature cataract) (Garg, 2002)

1.6.2.3 การตรวจเงาของม่านตา (Iris shadow test) ตรวจโดยการฉายไฟเฉียง ๆ จะพบเงาของม่านตามองเห็นเป็นเงาดำ ๆ หลังขอบรูม่านตาเป็นรูปพระจันทร์เสี้ยวบนเลนส์บนเลนส์ที่มีสีเทา (Immature cataract) แต่ถ้าเลนส์โปร่งแสงหรือขุ่นเต็มที่ จะมองไม่เห็นเงาของม่านตา (Garg, 2002)

1.6.2.4 การใช้ไฟส่องเฉียงดู (Oblique illumination examination) จะเห็นสีของเลนส์ที่บริเวณรูม่านตา ตามลักษณะของต้อกระจก (Garg, 2002)

1.6.2.5 ดูด้วยเครื่องส่องดูจอประสาทตา (Direct ophthalmoscope) บริเวณรูม่านตาพบว่าจะมีเงาดำ (Dark reflex) หรือเส้นใย (Network of line) ตามขนาด และรูปร่างของต้อกระจก ส่วนใหญ่พบความผิดปกติของเลนส์ที่ต่อเมื่อ ความขุ่นนั้นเกิดมากขึ้นแล้ว เช่น มีความขุ่นที่นิวเคลียส (nuclear opacity) เงาดำจะอยู่ตรงกลาง และมักมีขนาดใหญ่กว่าขุ่นที่แคปซูลส่วนหลังของเลนส์ (posterior subcapsular opacity) สำหรับขุ่นที่บริเวณรอบนอก (peripheral cortical opacity) เห็นเงาดำที่มีลักษณะเป็นซี่ล้อเกวียน ในขณะที่บริเวณตรงกลางใสเมื่อความขุ่นเกิดมากขึ้น ทำให้ตรวจพบที่บริเวณรูม่านตาเป็นสีขาว (white pupil) (Garg, 2002)

1.6.2.6 การตรวจด้วยเครื่องสลิตแลมป์ (Slit lamp examination) ควรตรวจในรายที่ได้รับการขยายรูม่านตาอย่างเต็มที่แล้ว จะดูลักษณะของความขุ่นของเลนส์ได้อย่างครบถ้วน (ดูได้ทั้งตำแหน่งขนาดรูปร่างและสี) (Garg, 2002)

## 1.7 การรักษาโรคต้อกระจก

1.7.1 การรักษาด้วยยา การรักษาต้อกระจกด้วยยาทั้งในรูปของยาหยอด และยารับประทาน เพื่อป้องกัน หรือเพื่อการรักษาให้หาย หรือไม่ให้เป็นมากขึ้นนั้น ไม่ค่อยได้ผล และผลไม่แน่นอน รวมทั้งสิ้นเปลืองโดยไม่คุ้มค่า

1.7.2 การรักษาด้วยการผ่าตัด วิธีการผ่าตัดต้อกระจกปัจจุบันมีการพัฒนาไปมากมีหลายแบบ แต่ที่เป็นหลัก และทั่ว ๆ ไปมี 4 แบบคือ

1.7.2.1 การผ่าตัดนำต้อกระจกออกทั้งถุงหุ้มเลนส์ (Intracapsular cataract extraction: ICCE) หมายถึง การผ่าตัดนำเลนส์ตาที่ขุ่นพร้อมทั้งเปลือกหุ้มเลนส์ทั้งหมดในเวลาเดียวกัน แล้วใส่เลนส์เทียมเข้าไปแทนที่

1.7.2.2 การผ่าตัดนำต้อกระจกออกและเหลือถุงหุ้มเลนส์ (Extracapsular cataract extraction: ECCE) หมายถึง การผ่าตัดเอาเลนส์ที่ขุ่นออก โดยเจาะถุงหุ้มเลนส์เอาเลนส์ที่ขุ่นออกทั้งอัน โดยเหลือถุงหุ้มเลนส์เอาไว้ และใส่เลนส์ตาเทียมเข้าไปในถุงหุ้มเลนส์ แล้วจึงเย็บปิดแผล ซึ่งจะปลอดภัย ในระหว่างการผ่าตัด มากกว่าและมีโรคแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดน้อยกว่า ปัจจุบันยังนิยมทำ วิธีนี้ในรายที่ต้อกระจกสุกแข็งตัวมาก จนอาจไม่เหมาะกับการสลายด้วยคลื่นอัลตราซาวด์

ต้อกระจก จักษุแพทย์จะเปิดแผลตามรอยต่อระหว่างกระจกตาดำกับผนังตาขาวบริเวณครึ่งบนของลูกตา (limbus) ยาวประมาณ 10 มิลลิเมตรแผลผ่าตัดมีขนาดใหญ่ มีโอกาสเกิดการขุ่นที่บริเวณถุงหุ้มเลนส์ส่วนหลัง (posterir capsular opacification) (สกาวัตน์ คุณาวิศรุต และคณะ, 2548)

1.7.2.3 การผ่าตัดสลายต้อกระจกด้วยคลื่นอัลตราซาวด์ หรือ เฟโค (Phacoemulsification with intraocular lens: PE with IOL) หมายถึง การผ่าตัดเอาแก้วตาที่ขุ่นออกโดยการเจาะเอาถุงเลนส์ด้านหน้า แล้วใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasonic vibration) แตะกับเลนส์ตา ทำให้เนื้อเลนส์ตาแตกเป็นชิ้นเล็ก ๆ แล้วดูดออกจนหมด แผลผ่าตัดมีขนาดเล็กมากประมาณ 2-3 มิลลิเมตรห่างจากลิมบัส (limbus) จากนั้นจึงใส่เลนส์เทียมชนิดที่พับได้ (Foldable IOL) เข้าไปแทนที่ การผ่าตัดวิธีนี้แผลผ่าตัดเล็กมาก จึงไม่ต้องเย็บปิดแผล แผลจะหายอย่างรวดเร็ว การเกิดสายตาสั้นหรือสายตายาวหลังการผ่าตัดน้อยลง การอักเสบหลังการผ่าตัดมีน้อยระยะพักฟื้นหลังการผ่าตัดสั้น ผู้ป่วยสามารถมองเห็นชัดเจนได้ทันที และสามารถใช้ชีวิตประจำวันส่วนใหญ่ได้ตามปกติ ซึ่งปัจจุบันเป็นวิธีที่นิยมทำกันอย่างแพร่หลายมากขึ้น

1.7.2.4 การผ่าตัดต้อกระจกที่มีแผลขนาดเล็กแต่ไม่ต้องใช้คลื่นความถี่สูง (Small incision cataract surgery without phacoemulsification) เป็นวิธีการผ่าตัดที่ไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือราคาแพง แต่ต้องอาศัยความฝึกฝนของจักษุแพทย์ (สกาวัตน์ คุณาวิศรุต และคณะ, 2548)

1.7.3 เลนส์ตาเทียม (Intraocular lens) เลนส์ตาส่วนใหญ่ทำจากสารซิลิโคน (Silicone) หรือโพลีเมออร์ (polymethylmethacrylate: PMMA) ซึ่งไม่มีปฏิกิริยากับเนื้อเยื่อของตา ลักษณะของเลนส์ตาเทียม ประกอบด้วยสองส่วนใหญ่ ๆ ได้แก่

1.7.3.1 ส่วนที่เป็นเลนส์ตาเทียม (Optical portion) ส่วนนี้ทำหน้าที่หักเหแสงให้ตกบนจอประสาทตา เพื่อให้เห็นภาพชัดเจน

1.7.3.2 ส่วนที่เป็นขาเลนส์ตาเทียม (Haptic portion) ทำหน้าที่ยึดหรือพยุงให้เลนส์ตาเทียมอยู่ในตำแหน่งที่ต้องการไม่ให้เคลื่อนหรือเลื่อนหลุดไปมีทั้งที่เป็นขาแข็งและที่ยืดหยุ่นได้แบบสปริง (ยุพดี รัตตะรังสี, 2545)

#### 1.7.4 ข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัด

ในปัจจุบันได้ระบุข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดต้อกระจก ดังนี้

- 1) เพื่อแก้ไขปัญหาการมองเห็นเมื่อผู้ป่วยต้องการ
- 2) เพื่อแก้ไขภาวะสายตาสั้นผิดปกติ
- 3) เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น
- 4) เพื่อความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

เนื่องจากปัจจุบันการรักษาต้อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมสามารถทำได้ทุกระยะ ขึ้นอยู่กับว่าต้อกระจกทำให้สายตามัวลงจนเป็นอุปสรรคต่อการทำงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวันมากน้อยเพียงใด โดยเฉพาะวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยทำงาน เช่น ผู้ที่ทำอาชีพใช้สายตามาก หรือทำงานละเอียด เช่น นักบัญชีช่างเจียรระโนเพชร เป็นต้น จะได้รับผลกระทบจากต้อกระจกมากจนทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ สอดคล้องกับข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดต้อกระจกข้อแรก ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจที่จะผ่าตัดต้อกระจกได้เมื่อผู้ป่วยต้องการ อาจจะทำต้อกระจกในระยะแรก

มีสายตามัวไม่มาก เพื่อให้ผู้ป่วยได้กลับมาใช้ชีวิตปกติ และประกอบอาชีพได้เร็วที่สุด จึงทำให้วัยนี้มีความต้องการผ่าตัดต่อกระจกเพิ่มมากขึ้น (RCO, 2010) ดังนั้น การผ่าตัดต่อกระจกจึงเป็นหัตถการที่ทำกันอย่างแพร่หลาย และมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี

**1.8 อาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่อกระจก** หลังการผ่าตัดต่อกระจกอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ มีความรุนแรงแตกต่างกัน ดังนี้

1.8.1 ความดันลูกตาสูง (Increase intraocular pressure) เกิดจากผลการทำกิจกรรมบางอย่างทำให้ความดันลูกตาสูงขึ้นทันทีทันใด เช่น การไอ การจาม การอาเจียน การก้มหน้าต่ำกว่าระดับเอว การยกของหนัก การปีบตา การเบ่งอุจจาระและการนอนตะแคงทับข้างที่ผ่าตัดเป็นต้น ผู้ป่วยปวดตาหรือไม่ปวดก็ได้จากการวัดความดันลูกตาค่าจะสูงกว่า 20 มม.ปรอท

1.8.2 การดึงรั้งของแผลเย็บ (Stress on the suture line) เมื่อความดันลูกตาสูงทำให้แผลเย็บถูกดึงรั้ง เกิดเลือดออกในช่องหน้าม่านตาได้ ผู้ป่วยปวดตาหรือไม่ปวดก็ได้ขึ้นอยู่กับจำนวนเลือดในช่องหน้าม่านตา

1.8.3 การติดเชื้อ (Infection) เกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น จากตาข้างที่ถูกผ่าตัด ถูกน้ำผู้ป่วยขี้ตาจนเกิดเยื่อぶตาอักเสบ เป็นต้น

1.8.4 เลือดออกในช่องหน้าม่านตา (Hyphema) เกิดจากการฉีกขาดของเส้นเลือดและม่านตา จากถูกภัยอันตรายที่เกิดขึ้นเอง และจากผู้ป่วยปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง เช่น ไอ จามแรง ๆ เบ่งอุจจาระแรง ๆ (ขวัญตา เกิดชูชื่น และสุจินดา ริมสีทอง, 2540; ภารดี นานาศิลป์, 2543)

ในผู้ป่วยโรคต่อกระจกการมองเห็นลดลง มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิต และก่อให้เกิดความวิตกกังวล เนื่องจากการการรักษาใช้การผ่าตัด และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้น ผู้ป่วยต้องมีข้อมูลก่อนผ่าตัดที่ถูกต้องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

## 2. มโนทัศน์ความวิตกกังวล (Anxiety)

2.1 ความหมายของความวิตกกังวล มีผู้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้หลายท่าน ดังนี้

ความวิตกกังวล เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจในรูปของพลังงาน ที่ไม่สามารถกำหนด หรือสังเกตได้โดยตรง (Peplau, 1971 อ้างใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541)

ความวิตกกังวล เป็นความเครียดซึ่งเกิดจากความมั่นคงปลอดภัยของบุคคล ถูกคุกคามโดยสิ่งที่คุกคามนั้น อาจมีจริง หรืออาจเกิดจากการทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้า ความวิตกกังวลทำให้ประสิทธิภาพในการตอบสนองความต้องการของบุคคลลดลง และมีผลเสียต่อการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลความวิตกกังวลมีหลายระดับ ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล และประสิทธิภาพในการประเมินสถานการณ์ของบุคคลนั้น ความวิตกกังวลระดับพอเหมาะจะกระตุ้นให้บุคคลมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานมากขึ้น ความวิตกกังวลที่น้อยเกินไป หรือมากเกินไปจะทำให้ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคคลลดลง (Spielberger, 1976)

ความวิตกกังวล เป็นผลจากการที่บุคคลได้รับสิ่งเร้า แล้วประเมิน หรือคาดคะเนว่าสิ่งเร้านั้นจำทำให้เกิดสิ่งที่ไม่พึงพอใจ หรือทำให้เกิดอันตรายต่อบุคคล เป็นผลให้พฤติกรรมของบุคคล

เปลี่ยนไปคือไม่สามารถดำเนินพฤติกรรมไปตามปกติทั้งยังก่อให้เกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยงเพื่อให้พ้นจากสิ่งเร้านั้น (Lazarus & Averill, 1992)

ความวิตกกังวล เป็นการรับรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับการคุกคามการสูญเสียและอันตรายต่างๆที่เกิดขึ้นซึ่งการรับรู้ของแต่ละบุคคลก็ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ความต้องการอัตมโนทัศน์แหล่งสนับสนุนความรู้วัยและประสบการณ์ (Bostrom & Schwecke, 1995)

ความวิตกกังวล เป็นสภาพที่อารมณ์บุคคลรู้สึกไม่สุขสบายหรือมีความหวาดหวั่นอาจแสดงอาการออกมาทางร่างกาย เช่น อ่อนเพลียปวดศีรษะโดยที่บุคคลไม่สามารถอธิบายได้ว่ามีสาเหตุมาจากอะไรได้แน่นอน (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

ความวิตกกังวล คือ สภาวะอารมณ์ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนว่ามีการกระตุ้นที่มากขึ้นรู้สึกเหมือนถูกคุกคามตกอยู่ในอันตรายและไม่มั่นคงปลอดภัยทำให้เกิดความหวาดหวั่นตึงเครียดและไม่เป็นสุขทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาโดยการแสดงออกทั้งทางด้านร่างกายจิตใจและอารมณ์ (วาสนา พุ่งฟู, 2548)

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยสรุปความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นภาวะทางจิตใจความรู้สึกตึงเครียดทางอารมณ์ไม่สบายใจกับสิ่งที่มาคุกคามหรือการคาดการณ์ล่วงหน้าทำให้บุคคลมีปฏิกิริยา โดยการแสดงออกทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เมื่อเผชิญกับสิ่งคุกคามนั้น

## 2.2 สาเหตุของความวิตกกังวล

Bostrom & Schwecke (1995) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้ทุกสถานการณ์ขึ้นอยู่กับ การตอบสนองของบุคคลนั้นถูกคุกคามต่อความปลอดภัย สามารถแบ่งสาเหตุของความวิตกกังวลตามสิ่งคุกคามต่อบุคคลเป็น 2 ชนิด ดังนี้

2.2.1 สิ่งคุกคามด้านร่างกาย (Physical integrity) รวมถึงสิ่งที่มารบกวนต่อความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย ซึ่งเป็นสิ่งคุกคามที่ทำให้เกิดความไม่สมดุลในการดำรงชีวิต หรือทำให้ความสามารถของบุคคลลดลง ได้แก่ การเจ็บป่วยการได้รับอุบัติเหตุ การจะต้องรับผ่าตัด ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากการพัฒนาการในวัยต่าง ๆ เป็นต้น

2.2.2 สิ่งคุกคามต่อความเป็นตนเอง (Self system) เป็นสิ่งที่คุกคามความรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีในตนเอง เช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่สู่บทบาทใหม่ เช่น เป็นผู้ป่วยซึ่งต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น การที่ต้องเปิดเผยร่างกาย ความกดดันทางด้านสังคมและวัฒนธรรม เป็นต้น

## 2.3 ระดับของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล จะมีระดับความรุนแรงไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับ อายุ ภาวะทางอารมณ์ ประสบการณ์ในอดีต และภาวะสุขภาพ รวมทั้งยังขึ้นอยู่กับสิ่งกระตุ้น Peplau (1991) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 4 ระดับ คือ

2.3.1 ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (Mild anxiety) เป็นภาวะปกติที่พบได้ในชีวิตประจำวัน บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับนี้จะมีความตื่นตัว มีความสามารถในการรับรู้ของประสาทสัมผัสต่าง ๆ ดีขึ้น และการรับรู้ของอวัยวะรับสัมผัสทั้ง 5 จะเป็นไปอย่างกว้าง ๆ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย คือ การหายใจเร็วขึ้น ปากแห้ง เกิดความรู้สึกปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร และอัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ กล้ามเนื้อตึงตัวบริเวณใบหน้า ต้นคอ หรือมือเท้าเย็น

2.3.2 ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) เมื่อมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น จะมีผลทำให้ความสามารถในการรับรู้ของประสาทสัมผัสต่าง ๆ แคลง ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง การรับรู้ รับฟัง การทำความเข้าใจและการมองเห็นความสัมพันธ์ของปัญหาต่าง ๆ ลดลง มีการใช้กระบวนการแก้ปัญหาได้ โดยควบคุมสมาธิมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายมากขึ้น ถ้าได้รับการช่วยเหลือจะทำให้ความวิตกกังวลลดลง และความสามารถต่าง ๆ จะกลับดีขึ้น

2.3.3 ความวิตกกังวลระดับสูง (Severe anxiety) เกิดจากความวิตกกังวลที่ไม่ได้รับการระบายออกหรือแก้ไขให้ลดลง จึงมีการสะสมความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ทำให้ความสามารถในการรับรู้ลดลงมาก บุคคลจะตกอยู่ในความกลัวเป็นอย่างมาก และขาดการไตร่ตรองการมองบุคคล หรือสิ่งแวดล้อมแปรปรวนไปจากสภาพของความเป็นจริง มีความผิดปกติของความคิดเกิดจินตนาการการที่ไม่ตรงกับความจริง เกิดความกลัวบุคคลสถานที่ หรือสิ่งของ มีอาการย้ำคิดย้ำทำ นอนหลับพักผ่อนได้น้อย ความเชื่อมั่นในตนเองลดลง กระสับกระส่าย ความจำและสมาธิไม่ดี มีความบกพร่องของการทำบทบาทหน้าที่ในสังคม

2.3.4 ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Panic anxiety) เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นและความวิตกกังวลนั้นไม่ได้ระบายออก หรือแก้ไขให้ลดลง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จะมีความผิดปกติทั้งความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงออก ความสามารถในการเรียนรู้จะเสียไปและมีอาการประสาทหลอนร่วมด้วย

## 2.4 ประเภทของความวิตกกังวล

เนื่องจากมีผู้ศึกษาและอธิบายปรากฏการณ์ภายในตัวบุคคล ที่เรียกว่า ความวิตกกังวลไว้หลายลักษณะดังได้กล่าวมาแล้ว ทั้งในแนวทางปรัชญาและจิตวิทยา จึงทำให้แบ่งชนิดของความวิตกกังวลมีความแตกต่างกันออกไป แนวคิดของ Spielberger (1976) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ชนิดคือ

2.4.1 ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety or A-State) คือ ความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นในเวลาที่มีเหตุการณ์นั้น ๆ เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นชั่วคราว เฉพาะในสถานการณ์นั้น ๆ คือความไม่สุขสบายหวั่นวิตก กระวนกระวาย มีการแสดงออกชัดเจน ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานผิดปกติจากเดิม ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดขึ้น จะขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล และส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับพื้นฐานนิสัยวิตกกังวล ที่ประกอบอยู่ในบุคลิกภาพ และประสบการณ์ในอดีต

2.4.2 ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety or A-Trait) เป็นความวิตกกังวลซึ่งเป็นลักษณะคงที่ประจำตัวของบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมประสบการณ์ในอดีต และความคิดความต้องการ หรือความรู้สึกในปัจจุบัน

## 2.5 การประเมินระดับของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่มีการแสดงออกแตกต่างกันไปหลายประการ การวัดความวิตกกังวล จึงสรุปได้ 3 วิธี ดังนี้

2.5.1 การวัดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological measure of anxiety) โดยดูจากการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย เช่นอัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ ความดันโลหิต การขยายรูม่านตา การมีเหงื่อออก การวัดต้องมีเครื่องมือเฉพาะ เช่น เครื่องมือวัดอัตราการเต้นของหัวใจ (Electrocardiogram) เครื่องมือวัดชีพจร (mechanical Pulse Detective

Plethysmography and Pulse) เป็นต้น การวัดวิธีนี้ค่อนข้างลำบาก เนื่องจากระดับความวิตกกังวลจะไม่สัมพันธ์กับอาการที่แสดงออกของบุคคลที่มีความวิตกกังวล นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของแต่ละบุคคลก็มีแบบแผนที่แตกต่างกัน

2.5.2 การวัดโดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self – Report Measure of Anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวล ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ตนเองรับรู้โดยให้ตอบตามความรู้สึกของตนเอง แล้วนำมาประเมินความวิตกกังวลที่นิยมมากได้แก่

2.5.2.1 แบบสอบถามความวิตกกังวล The State – Trait Anxiety Inventory ของ Spielberger (1970) ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวจะประกอบด้วย 2 ตอน คือ แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety) มี 20 ข้อประกอบด้วยข้อความทางบวก 10 ข้อ และข้อความทางลบ 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวมจะมีค่าอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน โดย คะแนนน้อยมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลต่ำ คะแนนมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับสูง และแบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety) มี 20 ข้อประกอบด้วยข้อความทางบวก 13 ข้อ และข้อความทางลบ 7 ข้อ ลักษณะคำตอบ เป็นมาตราส่วน ค่า 4 ระดับ

2.5.2.2 แบบสอบถามความวิตกกังวล Anxiety Status Inventory – Self – rating Anxiety Scale (ASI-SAS) พัฒนาโดย Zung (1971) เป็นแบบสอบถามความรู้สึกของตนเอง ในช่อกเวลานั้น และเวลาใกล้เคียง ที่ผ่านมาตามความเป็นจริงแล้วประกอบไปด้วย 2 แบบสอบถาม คือ ASI และ SAS ทั้งสองแบบสอบถามนี้ใช้ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยทางจิตในคลินิกอย่างไรก็ตาม Zung รายงานว่าได้มีการศึกษา และใช้กับบุคคลที่ไม่มีอาการป่วยทางจิตได้ (พัฒนกร ทองคำ, 2547)

2.5.2.3 แบบสอบถามความวิตกกังวลโดยเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analog scale) ของ Gaberson (1991) เป็นแบบสอบถามความรู้สึกของตนเองมีลักษณะเป็นเส้นตรงที่มีความยาว 100 มิลลิเมตรหรือ 10 เซนติเมตรบนเส้นตรง จะมีการกำหนดความวิตกกังวลตั้งแต่ ไม่มี ความวิตกกังวล ไปจนถึงการมีความวิตกกังวลมากที่สุด ตำแหน่งซ้ายมือสุดจะตรงกับความรู้สึกไม่มี ความวิตกกังวล และเพิ่มมากขึ้นไปทางขวามือ ตำแหน่งขวามือสุดจะตรงกับความรู้สึกวิตกกังวลมากที่สุด สำหรับการประเมินความวิตกกังวลนั้น ให้คะแนนตามการวัดความยาวจากจุดที่ไม่มี ความวิตกกังวลไปจนถึงผู้ที่ทำเครื่องหมายไว้ ผู้ที่มีคะแนนมากจะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่มีคะแนนน้อย (พัฒนกร ทองคำ, 2547)

2.5.3 การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral Measure of Anxiety)เป็นการสังเกตถึงความผันแปรในด้านต่าง ๆ เช่น การเคลื่อนไหว การพูด การรับรู้ ความสอดคล้องกันของการทำงานของร่างกาย การรับรู้จากความรู้สึกที่ว่า พฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกนั้น เป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนออกจากอารมณ์ภายใน เช่น การขาดสมาธิ หงุดหงิด นอนไม่หลับ การวัดจะใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้นใหม่ตามลักษณะกลุ่มตัวอย่าง (พิชญาภา พิษะยะ, 2547)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความวิตกกังวลเป็นภาวะทางจิตใจ ความรู้สึกถึงเครียดทางอารมณ์ ไม่สบายใจกับสิ่งที่มาคุกคาม หรือการคาดการณ์ล่วงหน้า ทำให้บุคคลมีปฏิกิริยา โดยการแสดงออกทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์เมื่อเผชิญกับสิ่งคุกคามนั้น การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย ซึ่งเป็นความวิตกกังวลของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

ของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spilberger (1970) แปลเป็นภาษาไทย โดย ธาตรี นนทศักดิ์ และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (อ้างถึงใน เอื้องพร พิทักษ์สังข์ และคณะ, 2554) เป็นผู้ปรับความชัดเจน ทั้งในด้านภาษาและความหมายทางจิตวิทยา และแบบวัดนี้ได้มีการปรับปรุงพัฒนาจนข้อคำถามสามารถแยกระหว่างความวิตกกังวลและความซึมเศร้าได้ มีจำนวนคำถามน้อย ผู้ประเมินสามารถเข้าใจคำถามได้ง่าย และไม่ต้องใช้เวลาในการประเมินมากนัก มีความเชื่อมั่น .93

## 2.6 ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคต่อกระจก

ความเจ็บป่วยเป็นวิกฤตสำคัญ ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของบุคคลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความตึงเครียดไม่สบายใจและกังวลใจมากที่สุด ได้แก่ การที่อวัยวะรับรู้เสียหายที่ ได้แก่ ตาบอด หูหนวก และโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดดวงตาจะมีความกลัวและมีความวิตกกังวลเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยต่อกระจกที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด จะพบว่า การรักษาโดยวิธีการผ่าตัด ทั้งการผ่าตัดเล็กและผ่าตัดใหญ่ ผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัด เนื่องจากการขาดความรู้ความเข้าใจ และไม่ทราบว่าตนเองจะเผชิญกับสถานการณ์ใดบ้าง (Beland & Passos, 1981) ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความวิตกกังวลในระดับปานกลางในผู้ป่วยต่อกระจก มีดังนี้คือ 1) อายุระหว่าง 45-65 ปี เนื่องจากกลุ่มนี้ยังอยู่ในช่วงของวัยทำงาน 2) ผู้ที่มีอาชีพ ถือเป็นกลุ่มที่ยังมีความสามารถในการประกอบอาชีพได้ หากไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ภาวะทางเศรษฐกิจก็ต่ำลง 3) การรู้สาเหตุของการเกิดโรคต่อกระจก เนื่องจากรู้ว่าต่อกระจกเป็นโรคที่เกิดตามธรรมชาติจะต้องเกิดขึ้นกับตาอีกข้างหนึ่งอย่างแน่นอน หรือกล่าวได้ว่า บุคคลมีความกังวลก่อนที่เหตุการณ์จะเกิดขึ้น หรือกลัวในสิ่งที่ยังมาไม่ถึง 4) การมีแสงสว่างระคายเคืองตาผู้ป่วยขณะรอผ่าตัด เป็นอุปสรรคต่อการมองเห็นของผู้ป่วย 5) ผู้ป่วยกลัวการผ่าตัด 6) ผู้ป่วยกลัวความเจ็บป่วย 7) ความไม่สามารถออกกำลังกายได้ เนื่องจากสภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวยต่อการมองเห็น (ลดา สรณารักษ์ และ ชุศรี วัชรสุขโพธิ์, 2538) ประกอบกับการผ่าตัดต่อกระจกปัจจุบันใช้วิธีการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ได้แก่ การหยอดยาชาหรือนิดยาชา ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวตลอดเวลาขณะผ่าตัด ความวิตกกังวลวิตกกังวลเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัดและเสียงเครื่องมือผ่าตัด อาจเกิดอาการเกร็ง ขยับตัวบ่อย สายหน้าไปมา ไอ จาม ส่งผลให้ขาดสมาธิในร่วมมือขณะผ่าตัด (อภิชาติ สิงคาลวนิช และคณะ, 2540)



### 3. ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-Regulation)

การพัฒนาทฤษฎีการควบคุมตนเอง ได้รับอิทธิพลจากงานวิจัยที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องมานานกว่า 25 ปี มีการใช้ทฤษฎีนี้เป็นกรอบแนวคิดของการศึกษาผลของการเตรียมทางด้านจิตใจด้วย

#### 3.1 ความหมายการควบคุมตนเอง

การควบคุมตนเอง (self-regulation) หมายถึง กระบวนการปรับตัวที่มีการเฝ้าสังเกตตนเอง (self-monitoring) โดยอาศัยการประเมินข้อมูลจากการรับรู้ (perceptual appraisal) หรือใช้ข้อมูลป้อนกลับ (feedback) ในการกำหนดพฤติกรรมของตนเอง (Reynolds and Alonzo, 2000)

Johnson (1999) กล่าวถึง ทฤษฎีการควบคุมตนเองว่า เป็นการให้ข้อมูลที่บอกถึงความรู้สึกที่รับรู้ทางประสาทสัมผัส แล้วยังครอบคลุมถึงองค์ประกอบอื่นของประสบการณ์ของผู้ป่วยด้วย เรียกว่า การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย (concrete-objective information) พื้นฐานสำคัญของทฤษฎีการควบคุมตนเองในการเผชิญกับความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ได้แก่

1) บุคคลใช้การรับรู้ และการแปลความหมายของประสบการณ์ในการควบคุมการตอบสนองและพฤติกรรมของตน

2) ภาพความคิดความเข้าใจ (schemata) เป็นเสมือนความรู้และการแปลความหมายของบุคคลเกี่ยวกับมโนคติ ทุกมโนคติที่เก็บไว้ในความจำ ซึ่งรวมถึงความรู้ความเข้าใจ ที่เกี่ยวกับวัตถุประสงค์สถานการณ์ทางสังคม เหตุการณ์ลำดับของเหตุการณ์การกระทำ และลำดับของการกระทำ ภาพความคิดความเข้าใจ ช่วยให้บุคคลคาดการณ์ว่าจะอะไรจะเกิดขึ้น และวางแผนว่าจะจัดการประสบการณ์นั้นอย่างไร ช่วยให้บุคคลมีความพร้อมที่จะให้ความสนใจกับลักษณะใดลักษณะหนึ่งของประสบการณ์ และได้รับข้อมูลเพิ่มเติมมากขึ้น เมื่อประสบการณ์นั้นเกิดขึ้นจริง ข้อมูลที่ไม่สามารถปรับให้สอดคล้องกับภาพความคิด ความเข้าใจจะถูกทิ้งไป ถ้าภาพความคิดความเข้าใจของบุคคลสอดคล้องกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้น บุคคลจะใช้ภาพความคิดความเข้าใจนั้นด้วยความมั่นใจ เพื่อเป็นแนวทางในการเผชิญกับประสบการณ์ และกำหนดความคาดหวัง ต่อประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกันในอนาคต คนเรามีภาพความคิดความเข้าใจที่ใช้กันอยู่มากมาย เช่น การเดินทางกลับบ้าน การรับประทานอาหารในภัตตาคาร และการทำงานในวันหนึ่ง เราใช้ภาพความคิด ความเข้าใจเหล่านี้ ในการคาดการณ์ถึงสิ่งที่เราจะประสบพบเห็น เลือกสิ่งที่เราจะให้ความสนใจ วางแผนว่าเราจะทำอะไร และชี้แนะพฤติกรรมของเรา

3) ข้อมูลในภาพความคิดความเข้าใจ จะถูกจัดเป็นลำดับชั้น ตั้งแต่ระดับที่เป็นรูปธรรมไปจนถึงระดับที่เป็นนามธรรม ตัวอย่างข้อมูลในระดับที่เป็นนามธรรม ได้แก่ การวินิจฉัยโรคการพยากรณ์โรค และวิธีการในการรักษา สำหรับข้อมูลในระดับที่เป็นรูปธรรม จะครอบคลุมความรู้สึกที่รับรู้ได้ทางประสาทสัมผัส และปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์

4) ถ้าเป้าหมายของบุคคล หรือ ผลลัพธ์ที่คาดหวังไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง บุคคลจะแสดงพฤติกรรม หรือการกระทำ เพื่อลดความไม่สอดคล้องนั้น ข้อมูลป้อนกลับที่แสดงถึงความไม่สอดคล้องกัน จะกระตุ้นให้บุคคลให้ความสนใจต่อสิ่งเร้า และพยายามที่จะหาทางลดความไม่สอดคล้องกันระหว่างสิ่งที่คาดหวังกับสถานการณ์ปัจจุบัน

### 3.2 เนื้อหาของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ครอบคลุมเนื้อหาใน 4 มิติ ดังนี้

1) ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการแสดง ซึ่งจะรวมถึงสิ่งที่ได้รับรส รู้สึกมองเห็นได้ยินและได้กลิ่น ตัวอย่างคำพูดที่บรรยายความรู้สึกที่รับรู้ทางประสาทสัมผัส ได้แก่ รสหวาน รู้สึกปวดเมื่อย เห็นคนใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก ได้ยินเสียงดังคลิก ๆ และ ได้กลิ่นของน้ำยาฆ่าเชื้อ

2) ช่วงเวลาและลำดับเหตุการณ์ ได้แก่ ข้อมูลที่บอกว่าเหตุการณ์เริ่มต้น และสิ้นสุดเมื่อใด

3) ลักษณะสภาพแวดล้อม ได้แก่ ข้อความที่บรรยายถึงการเคลื่อนย้ายจากสถานที่หนึ่งไปยังสถานที่อีกแห่งหนึ่ง ขนาดของห้อง เป็นต้น

4) สาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัส

### 3.3 อาการแสดงและด้านอื่น ๆ ได้แก่ แหล่งที่มาของความรู้สึกทางประสาทสัมผัส (เช่น

อะไรที่ทำให้เกิดเสียงดัง) การระบุอาการแสดง ที่เป็นอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาเพื่อที่ผู้ป่วยจะได้ไม่เข้าใจผิด ว่าเป็นอาการแสดงของโรค อย่างไรก็ตามไม่ควรรวมเอาข้อมูลที่บอกถึงอาการที่ไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อนของการรักษา หรือเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยไม่ค่อยพบ ไว้ในเนื้อหาของข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย เนื่องจากหลักฐานจากงานวิจัยชี้ให้เห็นว่า การให้ข้อมูลที่มากเกินไป หรือครอบคลุมทุกสิ่งทุกอย่างนั้น ก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย มากกว่าในการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ควรเลือกใช้คำพูดที่เหมาะสม และไม่ทำลายความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่ตึงเครียด ไม่ควรใช้คำพูดที่บอกว่าประสบการณ์นี้จะแตกต่างไปจากประสบการณ์เดิมที่คุณเคยมีมาก่อน หรือไม่ต้องกังวลว่าคุณจะดูแลตนเองอย่างไร ฉะนั้นจะเป็นคนบอกว่าคุณจำเป็นต้องรู้อะไรบ้าง พยาบาลควรให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย เกี่ยวกับการดูแลตนเองร่วมกับการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ที่บอกว่าผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับอะไรบ้าง เพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจบริบทที่จะนำคำแนะนำดังกล่าวไปใช้ และตัดสินใจได้ว่าอะไรเหมาะสมที่สุดสำหรับตน

สรุปได้ว่าการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย (concrete-objective information) ประกอบด้วย ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการที่เกิดขึ้น ช่วงเวลาและลำดับของเหตุการณ์ ลักษณะสภาพแวดล้อม และสาเหตุของความรู้สึกของประสาทสัมผัสอาการแสดงและประสบการณ์ ถ้าประสบการณ์นั้นมีลักษณะที่บุคคลคาดหวังไว้จริง จะทำให้มองเห็นประโยชน์ของการรับรู้ความเป็นจริง และจะปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีในระดับปฏิบัติการพยาบาลสามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกำหนดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับวิธีการดูแลนั้นได้ เมื่อบุคคลรู้ว่าสามารถควบคุมโรคได้จะมีความวิตกกังวลลดลง (Dracup & Moser, 1997; โสภา พิศจาร, 2550; ปณัฐชิตา เหล็กแท้, 2551; ชลลดา จงสมจิตต์, 2553) กิจกรรมการพยาบาลที่ให้ส่วนใหญ่เป็นการให้ข้อมูลเพียง 1 ครั้ง เช่น การศึกษาของโสภา พิศจาร (2550) ปณัฐชิตา เหล็กแท้ (2551) และการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด 1 วันทำให้สามารถผ่อนคลายความวิตกกังวลได้ (แสวง ปัญญาดี, 2544)

## 4. ทฤษฎีประมวลสารสนเทศ (Information Processing Theory)

### 4.1 ความหมาย

ทฤษฎีประมวลสารสนเทศ หมายถึง หมายถึง กระบวนการรับรู้ ซึ่งเกี่ยวกับการศึกษา เพื่อให้เข้าใจวิธีการคิดของมนุษย์ (Wilson, 2000)

### 4.2 การทำงานของสมอง

แนวคิดทฤษฎีการประมวลสารสนเทศตามแนวความคิดของ Klausmeire (1985) ได้อธิบายถึงการเรียนรู้ของมนุษย์โดยเปรียบเทียบการทำงานของคอมพิวเตอร์กับการทำงานของสมอง ซึ่งมีการทำงานเป็นขั้นตอนดังนี้

- 1) การรับข้อมูล (Input) โดยผ่านทางอุปกรณ์หรือเครื่องรับข้อมูล
- 2) การเข้ารหัส (Encoding) โดยอาศัยชุดคำสั่งหรือซอฟต์แวร์ (Software)
- 3) การส่งข้อมูลออก (Output) โดยผ่านทางอุปกรณ์

**4.3 การประมวลข้อมูลสารสนเทศ** เป็นกระบวนการทางสมองในการจัดการเก็บข้อมูลข่าวสารที่เป็นสิ่งแวดล้อมภายนอกตัวบุคคล ผ่านการรับรู้เข้ามาในสมอง นำไปเข้ารหัสข้อมูล จัดข้อมูลเป็นหมวดหมู่แล้วเก็บบันทึกไว้ในสมอง ซึ่งสามารถเรียกกลับมาใช้ใหม่ได้ เรียกว่า เป็นกระบวนการประมวลข้อมูลสารสนเทศ (Information processing) ข้อมูลจากสิ่งแวดล้อมที่ผ่านกระบวนการประมวลข้อมูลสารสนเทศของสมองจะถูกจัดเก็บในรูปความจำ และเปลี่ยนรูปแบบความจำไปในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการ จำแนกรูปแบบความจำได้เป็น 3 รูปแบบ (Joyce et al., 1992 อ้างถึงใน ทิศนา แคมมณี, 2553)

1) ความจำจากการสัมผัส (Sensory Memory) เป็นการจัดเก็บข้อมูลเบื้องต้นที่ตรงตามสภาพความเป็นจริงตามธรรมชาติของสิ่งเร้า ข้อมูลนี้จะอยู่ระยะสั้นเพียง 1-3 วินาที เพื่อรอการตัดสินใจว่า จะให้ความสนใจต่อหรือไม่ ถ้าสนใจก็จะเข้ารหัสเก็บไว้ในความจำระยะสั้น (short-term memory: STM) ซึ่งกระบวนการควบคุมให้เกิดความจำระยะสั้นคือ การระลึกได้ (Recognition) ถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้มาแล้ว และความใส่ใจ (attention) ต่อข้อมูลที่รับรู้

2) ความจำระยะสั้น (Short-term Memory: STM) ความจำระยะสั้นมีความสำคัญต่อสิ่งที่จะเรียนรู้มาก เป็นความจำที่เกิดขึ้นหลังจากการรับรู้สิ่งเร้าที่ได้เข้ารหัสแล้วจะคงอยู่ในความจำระยะสั้น และมีความจุได้ในปริมาณจำกัด หากไม่ได้รับการจัดกระทำใด ๆ เช่น การท่องหรือการทบทวน ข่าวสารข้อมูลนั้นก็หายไปในเวลาไม่กี่วินาที นักจิตวิทยาศึกษาเกี่ยวกับความจำระยะสั้นพบว่าอย่างมากจำได้เพียง 20 วินาทีหรือระหว่าง 15-30 วินาที บางครั้งเรียกความจำระยะสั้นว่า ความจำปฏิบัติการ (working memory) เพราะเป็นความจำเกี่ยวกับสิ่งที่เราต้องการใช้ในขณะหนึ่ง ในช่วงที่กำลังทำการประมวลสารสนเทศเท่านั้น โดยก่อนที่สมองจะบันทึกข้อมูลในความจำระยะยาว (Long-term memory: LTM) สมองจะทำการจัดหมวดหมู่ของข้อมูลที่จะบันทึกเสียใหม่ เพื่อให้เข้ากับหมวดหมู่ของข้อมูลเก่าที่ได้บันทึกไว้แล้ว เพื่อความสะดวกในการเรียกข้อมูลมาใช้ในอนาคต

3) ความจำระยะยาว (Long-term Memory: LTM) ถ้าต้องการเก็บข้อมูลที่รับเข้ามาในความจำระยะสั้นไว้ใช้ภายหลัง ข้อมูลนั้นจะต้องประมวลและเปลี่ยนรูป (processed and transformed) จากความจำระยะสั้น (STM) ไปใช้ใน ความจำระยะยาว (LTM) กระบวนการที่ใช้เรียกว่าการเข้ารหัส (encoding) ซึ่งอาจเกิดขึ้นโดยการท่องซ้ำๆ หลังจากข้อมูลเข้ามาที่ ความจำ

ระยะสั้น (STM) และการท่องจำอย่างไม่ต้องใช้ความคิด (rote learning) เช่นการท่องสูตรคูณ การท่องซ้ำหลาย ๆ ครั้งก็จะเข้าไปเก็บไว้ในความจำระยะยาว (LTM) ซึ่งเป็นความจำที่มีความคงทนถาวร นอกจากการท่องจำจะช่วยสิ่งที่เรารู้ให้ไปเก็บไว้ในความจำระยะยาว (LTM) มีวิธีการกระบวนการขยายความคิด (elaborative operations process) ที่ใช้ในการเรียนรู้สิ่งที่มีความหมาย (meaningful learning) คือวิธีการที่ผู้เรียนจะต้องพยายามที่จะนำความสัมพันธ์ของสิ่งที่เรารู้ใหม่กับสิ่งที่เคยรู้มาก่อนที่เก็บในความจำระยะยาว (LTM) สิ่งที่เคยเรียนรู้มาก่อนและเก็บไว้ในความจำระยะยาว (LTM) จะมีอิทธิพลต่อสิ่งที่เรารู้ใหม่ ความจำระยะยาวสามารถจัดเก็บข้อมูลได้ไม่จำกัดจำนวน โดยมีการจัดเก็บเรียงลำดับเป็นระบบเครือข่าย (network) ถ้าเป็นข้อมูลใหม่ที่ไม่สัมพันธ์กับข้อมูลเดิมก็จะไม่ได้รับการจัดรวมกับเครือข่ายเดิม แต่จะจัดระบบเพิ่มเครือข่ายใหม่ขึ้นเอง ข้อมูลในความจำระยะยาวจะจัดเก็บเป็นภาษาและภาพโดยจัดเก็บแยกจากกัน แต่มีความสัมพันธ์กัน

ขั้นตอนการประมวลข้อมูลสารสนเทศ

**4.4 การจำข้อมูล** การที่บุคคลจะมีกระบวนการประมวลข้อมูลสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีระบบความจำข้อมูลที่ดี การจำข้อมูลได้มากน้อยเพียงใดก็ขึ้นกับกระบวนการทางปัญญาของบุคคลนั้น ซึ่งประกอบด้วย (Joyce et al., 1992 อ้างถึงใน ทิศนา แคมมณี, 2553)

1) การใส่ใจ (attention) ความใส่ใจเป็นปัจจัยสำคัญในการรับข้อมูลเพื่อเข้ารหัสเก็บไว้ในความจำระยะสั้น (STM) เป็นลักษณะของการเลือกให้ความสนใจเฉพาะข้อมูลบางส่วนที่อยู่ในความสนใจ Biehler กล่าวว่า “แม้สิ่งเร้าจะมีมากมาย แต่เราจะให้ความสนใจเพียงหนึ่งในสามเท่านั้น” ผู้เรียนจะให้ความสนใจเฉพาะสิ่งที่เขามีความคิดเกี่ยวกับเรื่องนั้นอยู่แล้ว และจะละเลยที่จะให้ความสนใจกับเรื่องอื่น หากบุคคลมีความใส่ใจในข้อมูลที่ได้รับเข้ามาทางประสาทสัมผัส (SM) ข้อมูลนั้นก็就会被นำไปสู่ความจำระยะสั้น (STM) ต่อไป หากไม่ได้รับความใส่ใจ ข้อมูลนั้นก็เลยหายไปอย่างรวดเร็ว

2) การรับรู้ (Perception) เมื่อบุคคลใส่ใจในข้อมูลใดที่รับเข้ามาทางประสาทสัมผัส บุคคลก็จะรับรู้ข้อมูลนั้น และนำข้อมูลนี้เข้าสู่ความจำระยะสั้น (STM) ต่อไป ข้อมูลที่รับรู้จะเป็นความจริงตามการรับรู้ (perceived reality) ของบุคคลนั้น ซึ่งอาจไม่ใช่ความจริงเชิงปรนัย (objective reality) เนื่องจากเป็นความจริงที่ผ่านการตีความจากบุคคลนั้นมาแล้ว

3) การทำซ้ำ (Rehearsal) หากบุคคลมีกระบวนการรักษาข้อมูลโดยการทบทวนซ้ำแล้วซ้ำอีก ข้อมูลนั้นก็ยังคงถูกเก็บรักษาไว้ในความจำระยะสั้น (STM) หรือความจำปฏิบัติการ

4) การเข้ารหัส (Encoding) หากบุคคลมีกระบวนการสร้างตัวแทนทางความคิด (Mental representation) เกี่ยวกับข้อมูลนั้น โดยมีการนำข้อมูลนั้นเข้าสู่ความจำระยะยาว (LTM) และเชื่อมโยงเข้ากับสิ่งที่มีอยู่แล้วในความจำระยะยาว การเรียนรู้อย่างมีความหมายก็จะเกิดขึ้น

5) การเรียกคืน (Retrieval) การเรียกคืนข้อมูลที่จำไว้ในความจำระยะยาว (LTM) เพื่อนำออกมาใช้มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการเข้ารหัส หากการเข้ารหัสทำให้เกิดการเก็บจำได้ดีมีประสิทธิภาพ การเรียกคืนก็จะมีประสิทธิภาพตามไปด้วย

อาจกล่าวได้ว่า สิ่งสำคัญของการประมวลข้อมูลสารสนเทศอยู่ที่ความสามารถในการเก็บบันทึกข้อมูลที่รับเข้ามาในสมองส่วนความจำระยะยาว และสามารถเรียกขึ้นมาใช้ประโยชน์ได้ ซึ่งส่งผลต่อการเรียนรู้สิ่งใหม่ได้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพราะความจำเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของการ

เรียนรู้ทุกชนิด ไม่ว่าจะเป็นการเรียนรู้ลักษณะใดก็ตามจำเป็นตัวเชื่อมต่อการเรียนรู้กับการคิดของบุคคลนั้น ๆ

4.5 การบริหารควบคุมการประมวลข้อมูลของสมอง คือ การที่บุคคลรู้ถึงการคิดของตนและสามารถควบคุมการคิดของตนให้เป็นไปในทางที่ตนต้องการ การรู้ในลักษณะนี้ ใช้ศัพท์ทางวิชาการว่า “Metacognition” หรือ “การรู้คิด” ซึ่งหมายถึงการตระหนักรู้ (awareness) เกี่ยวกับความรู้และความสามารถของตนเอง และใช้ความเข้าใจในการรู้ดังกล่าวในการจัดการควบคุมกระบวนการคิด การทำงานของตนด้วยกลวิธี (strategies) ต่างๆ

สรุปได้ว่า แนวคิดทฤษฎีการประมวลสารสนเทศตามแนวความคิดของทฤษฎีประมวลสารสนเทศ Klausmeire (1985) กล่าวถึง การที่มนุษย์รับสิ่งเร้าเข้ามาทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 สิ่งเร้า บุคคลจะเลือกรับสิ่งเร้าที่ตนรู้จักหรือมีความสนใจ จะช่วยให้การเรียนรู้และงานที่ทำประสบความสำเร็จตามที่ต้องการ และใช้ความเข้าใจในการรู้ดังกล่าวในการจัดการควบคุมกระบวนการคิด จะช่วยให้การเรียนรู้และงานที่ทำประสบความสำเร็จตามที่ต้องการได้ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้กับงานวิจัยในครั้งนี้

## 5. การให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์

มนุษย์เป็นสังคมที่ต้องมีการสื่อสารข้อมูลถึงกันและกันซึ่งในสมัยโบราณมนุษย์สื่อสารข้อมูลด้วยวิธีการที่ไม่ซับซ้อนนัก เช่น ปากเปล่า ม้าเร็วและนกพิราบสื่อสาร ต่อมาได้มีการปรับเปลี่ยนการสื่อสารข้อมูลเป็น จดหมาย โทรเลข โทรศัพท์และวิทยุ จากนั้นเมื่อเข้าสู่ยุคที่มีเครือข่ายคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตเข้ามาเกี่ยวข้อง การสื่อสารข้อมูลของมนุษย์มีการปรับเปลี่ยนเป็นสื่อที่เกี่ยวข้องกับอิเล็กทรอนิกส์มากขึ้น เช่น บริการ IRC (Internet Relay Chat) โปรแกรมพูดคุย (Chat programs) จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic mail หรือ Email) และเว็บบอร์ด (Web board) จนถึงปัจจุบันมนุษย์เริ่มมีการสื่อสารข้อมูลในชีวิตประจำวันวันถึงกันและกันด้วยการใช้สื่อสังคมออนไลน์

### 5.1 ความหมายของสื่อสังคมออนไลน์

สื่อสังคมออนไลน์ หมายถึง สื่อที่ผู้ส่งสารแบ่งปันสารซึ่งอยู่ในรูปแบบต่าง ๆ ไปยังผู้รับสารผ่านเครือข่ายออนไลน์ โดยสามารถโต้ตอบกัน ระหว่างผู้ส่งสาร และผู้รับสาร หรือผู้รับสารด้วยกันเอง (สุรศักดิ์ ปาเฮ, 2554)

5.1.1 เครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social Networking) หมายถึง เว็บไซต์ที่ผู้คนสามารถติดต่อสื่อสารกับเพื่อน ทั้งที่รู้จักมาก่อน หรือรู้จักภายหลังทางออนไลน์ ซึ่งเว็บไซต์เครือข่ายสังคมออนไลน์แต่ละแห่งมีคุณลักษณะแตกต่างกันออกไป แต่ส่วนประกอบหลักที่มีเหมือนกัน คือ โปรไฟล์ (Profiles) เพื่อแสดงข้อมูลส่วนตัวของเจ้าของบัญชี การเชื่อมต่อ (Connecting) เพื่อสร้างเพื่อนกับคนที่รู้จักและไม่รู้จักทางออนไลน์และการส่งข้อความ (Messaging) อาจเป็นข้อความส่วนตัวหรือข้อความอื่นที่ต้องการสื่อสาร ผ่านทาง Facebook (<http://www.facebook.com>) ซึ่งเป็นเว็บไซต์เครือข่ายสังคมออนไลน์ที่ได้รับความนิยมสูงสุดในปัจจุบัน (สุรศักดิ์ ปาเฮ, 2554)

5.1.2 Facebook หมายถึง สื่อเครือข่ายสังคมอีกรูปแบบหนึ่งที่สังคมมนุษย์นำมาใช้ประโยชน์หลักเพื่อการติดต่อสื่อสารกับเพื่อนหรือคนรู้จักและเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน Facebook เป็นช่องทางในการสื่อสารของแต่ละบุคคลที่นิยมกันอย่างกว้างขวางต่อมา

Facebook ได้เปิดบริการเชื่อมโยงกลุ่มเครือข่ายจาก e-Mail address เข้าด้วยกันเพื่อความสะดวกในการสื่อสารในช่วงปี ค.ศ. 2006 ปัจจุบันมีผู้ใช้สื่อทางสังคมดังกล่าวเป็นจำนวนมาก หากนำเอาศักยภาพและคุณประโยชน์ของสื่อสังคมประเภท Facebook มาใช้ในการศึกษาอย่างเป็นระบบแล้ว น่าจะเชื่อได้ว่าคงเกิดประโยชน์ของการสร้างระบบการสื่อสารทางการศึกษาได้อย่างมีคุณค่าและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด (สุรศักดิ์ ปาเฮ, 2554)

**5.2 ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ในปัจจุบัน** ได้แก่ ลักษณะทางสังคมและบรรทัดฐานของกลุ่มผู้ใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์ ลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจและความสามารถของบุคคล ทศนคติเกี่ยวกับความไว้วางใจ ความปลอดภัยของระบบและความเป็นส่วนตัว คุณค่าทางด้านความบันเทิง การได้รับประโยชน์จากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ (นภัสกร กรวยสวัสดิ์, 2553)

สรุปได้ว่า การให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) เป็นการสื่อสารที่นิยมกันมากในสังคมปัจจุบัน เนื่องจากเป็นสื่อที่ผู้ส่งสารสามารถแบ่งปันสารในรูปแบบต่าง ๆ ได้ต่อกันระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสารหรือผู้รับสารด้วยกันเอง โดยเฉพาะสื่อสังคมประเภท Facebook ถือเป็นสื่อที่มีศักยภาพและประสิทธิภาพสามารถติดต่อสื่อสารเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ได้ทุกหนทุกแห่งกับการสร้างระบบเครือข่ายแบบใยแมงมุม (World Wide Web: WWW) และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในสังคมปัจจุบัน หากนำเอาศักยภาพและคุณประโยชน์ของสื่อสังคมประเภท Facebook มาใช้ในการศึกษาอย่างเป็นระบบแล้ว น่าจะเชื่อได้ว่าคงเกิดประโยชน์ของการสร้างการสื่อสารทางการศึกษาได้อย่างมีคุณค่าและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด และถือเป็นการสื่อสารข้อมูลที่เข้าถึงง่ายในปัจจุบัน (สุรศักดิ์ ปาเฮ, 2554)

## 6. บทบาทของพยาบาล

### 6.1 การพยาบาลผู้ป่วยที่ผ่าตัดต่อกระดูก

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

- 1) การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระดูก ได้แก่
  - 1.1) หยออดยาตามแผนการรักษาของแพทย์
  - 1.2) ทำความสะอาดร่างกายทั่วไป ได้แก่ อาบน้ำ สระผม โกนหนวด ตัดเล็บ ล้างสีเล็บ ทำความสะอาดปากและฟัน โดยเฉพาะการล้างหน้าให้สะอาดในคืนก่อนผ่าตัดและเช้าวันผ่าตัด
  - 1.3) อธิบายผู้ป่วยว่าอาจมีการใช้ยาชาเฉพาะที่หรือใช้ยาแบบหยอดตา ตามแผนการรักษาของแพทย์
  - 1.4) มีการวางแผนผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจที่ถูกต้อง
- 2) การพยาบาลหลังผ่าตัด ได้แก่
  - 2.1) การรับผู้ป่วยจากเปลขึ้นเตียง เมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัดต้องระมัดระวังระมัดระวังอุบัติเหตุ
  - 2.2) ใช้ฝาครอบตา (Eye shield) ครอบตาข้างที่ผ่าตัดเพื่อป้องกันการเกิดการกระทบกระเทือนโดยตรง

2.3) ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียงมาก ๆ ในระยะ 8 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด ระวังการไอ จาม อาเจียนรุนแรง และการนอนตะแคงทับตาข้างที่ผ่าตัด

2.4) งดสูบบุหรี่ในระยะ 1 เดือนหลังการผ่าตัด

2.5) การทำความสะอาดร่างกาย โดยการดูแลช่องปากด้วยแปรงสีฟันที่อ่อนนุ่ม งดการแปรงฟันที่รุนแรง และงดกิจกรรมที่ทำให้เกิดการกระทบกระเทือนรุนแรงในสองสัปดาห์แรกหลังผ่าตัด ได้แก่ การไอ จาม รุนแรง เพราะแรงกระทบกระเทือนอาจทำให้มีการเลื่อนหลุดของเลนส์และการแยกของแผลผ่าตัด ระวังการไม่ให้น้ำกระเด็นเข้าตา ไม่ขยี้ตา บีบตา เพราะจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้

2.6) สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ

2.7) ไม่แบ่งอุจจาระรุนแรง หรือหากมีอาการท้องผูกควรแจ้งให้แพทย์ทราบ

2.8) นอนในท่าที่สบาย ไม่ตะแคงทับข้างที่ผ่าตัด

เมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องก็จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจกได้

## 6.2 บทบาทพยาบาลในการลดความวิตกกังวล

การพยาบาลบุคคลที่มีความวิตกกังวล จะมุ่งช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถควบคุมความวิตกกังวลให้อยู่ในระดับต่ำลง จนกระทั่งขจัดความวิตกกังวลต่าง ๆ ได้ การพยาบาลบุคคลที่มีความวิตกกังวล มีดังนี้

1) การช่วยลดความวิตกกังวลให้เป็นปกติ (Decreasing anxiety as normal) สามารถกระทำได้ตามระดับความรุนแรงของความวิตกกังวล

1.1) การช่วยลดความวิตกกังวลระดับสูงและรุนแรง (Decreasing severe and panic anxiety) พยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือบุคคลที่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงและรุนแรงได้โดย

1.1.1) การตระหนักรู้ถึงความรู้สึกของพยาบาล (Self awareness) พยาบาลต้องตื่นตัวต่อความกังวลในตัวเองยอมรับและหาสาเหตุ ตระหนักถึงบทบาทของตน ช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยท่าทีสงบ

1.1.2) สร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ (Establishing a trusting relationship) พยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพที่เปิดเผย ตั้งใจฟังผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้พูดถึงความวิตกกังวล การสื่อสารกับผู้ป่วยต้องคำนึงถึงความรู้สึกของผู้ป่วย

1.1.3) ปกป้องผู้ป่วย (Protecting the patient) ให้อิสระกับการจัดการกับความวิตกกังวล และพยายามช่วยผู้ป่วยให้หาสิ่งที่พึงพอใจของชีวิตด้านอื่น ๆ

1.1.4) ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม (Modify the environment) ลดสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลกับผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ

1.1.5) ส่งเสริมการทำกิจกรรม (Encouraging activity) พยาบาลควรเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วย ช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการปรับตัวให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม และให้กำลังใจผู้ป่วย

1.1.6) ผู้ป่วยอาจต้องได้รับยาลดความวิตกกังวลตามการรักษาของแพทย์ และพยาบาลต้องสังเกต ฤทธิ์และอาการข้างเคียงจากยา ให้ยาร่วมกับการรักษาอื่นๆ

1.1.7) ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการด้านร่างกายอย่างเหมาะสม

1.2) การช่วยลดความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (Decreasing moderate anxiety) เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้มีจุดมุ่งหมายให้สามารถแก้ปัญหา ปรับตัว เรียนรู้วิธีการควบคุมความวิตกกังวล

2) การช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และรู้จักความวิตกกังวล (Acknowledging anxiety) โดยการสนทนาโต้ตอบอย่างมีกระบวนการ ได้แก่ พูดยังผู้ป่วยยอมรับความรู้สึกในกิจกรรมนั้น ๆ เกี่ยวโยงความรู้สึกความวิตกกังวลกับอาการที่เกิดขึ้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยทบทวนประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล กระตุ้นให้เข้าใจในเหตุผลของการเกิดความวิตกกังวล ค้นหาวิธีแก้ไข และวางแผนทดลองแก้ไขความรู้สึกวิตกกังวลและให้กำลังใจผู้ป่วย

3) การช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและจัดการกับความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม (Appropriate coping with anxiety) ได้แก่

3.1) การแก้ปัญหา

3.2) การผ่อนคลายความวิตกกังวลด้วยตนเอง จากการเรียนรู้ทักษะการแสดงออกที่เหมาะสม ได้แก่ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การควบคุมการหายใจ การทำสมาธิ การออกกำลังกาย การทำกิจกรรมที่สนใจ

4) ช่วยให้ผู้บุคคลได้รับการบำบัดที่เหมาะสม (Appropriate therapies) ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด จิตเภสัชบำบัด จิตบำบัด พฤติกรรมบำบัด สิ่งแวดล้อมบำบัด

สรุปได้ว่า พยาบาลเป็นผู้หนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด กระจกวัยผู้ใหญ่ พยาบาลจึงควรมีความรู้และความเข้าใจในเรื่องดังต่อไปนี้ ได้แก่ การพยาบาลก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด และควรตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของตนเองในการช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับที่เหมาะสม

## 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชนิษฐา นาคะ (2534) ศึกษาเรื่องความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ที่มีอายุระหว่าง 21-80 ปี จำนวน 120 คน พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนผ่าตัดในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ แต่มีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในระดับสูง

ลดา สรณารักษ์ และชูศรี วัชรสุขโพธิ์ (2538) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระจกในผู้สูงอายุก่อนการผ่าตัด ณ ห้องผ่าตัด พบว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความวิตกกังวลในระดับปานกลางในผู้ป่วยต่อกระจก มีดังนี้คือ 1) อายุ 45-65 ปี เนื่องจากกลุ่มนี้ยังอยู่ในช่วงของวัยทำงาน 2) ผู้ที่มีอาชีพ ถือเป็นกลุ่มที่ยังมีความสามารถในการประกอบอาชีพได้ หากไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ภาวะทางเศรษฐกิจก็ต่ำลง 3) การรู้สาเหตุของการเกิดโรคต่อกระจก เนื่องจากรู้ว่าต่อกระจกเป็นโรคที่เกิดตามธรรมชาติจะต้องเกิดขึ้นกับตาอีกข้างหนึ่งอย่างแน่นอน หรือกล่าวได้ว่า บุคคลมีความกังวลก่อนที่เหตุการณ์จะเกิดขึ้น หรือกลัวในสิ่งที่ยังมาไม่ถึง 4) การมีแสงสว่างระคายเคืองตาผู้ป่วยขณะรอผ่าตัด เป็นอุปสรรคต่อการมองเห็นของผู้ป่วย 5) ผู้ป่วยกลัวการ



ผ่าตัด 6) ผู้ป่วยกลัวความเจ็บป่วย 7) ความไม่สามารถออกกำลังกายได้ เนื่องจากสภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวยต่อการมองเห็น

แสง ปัญญาตี (2544) ศึกษาเรื่อง ผลการให้ข้อมูลการผ่าตัดต่อผลกระทบต่อการลดความวิตกกังวลและพฤติกรรมร่วมมือของผู้ป่วยต่อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลอุดรธานี พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับชุดข้อมูล มีความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ ) ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองหลังได้รับชุดข้อมูลและผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ ) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังได้รับชุดข้อมูลมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดต่อกระจกของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และให้ความรู้และชุดข้อมูลก่อนการผ่าตัด 1 วัน สามารถผ่อนคลายความวิตกกังวลและไว้วางใจในการให้ความร่วมมือ มีพฤติกรรมร่วมมือดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ให้ชุดข้อมูล

กนกวรรณ หอมจันทนากุล (2545) ศึกษาความเครียดของผู้ป่วยต่อกระจกในระยะรอผ่าตัด โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ว่าเป็นต่อกระจกอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ในระยะรอผ่าตัด ณ ตึกจักษุโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นพบว่าสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด 5 อันดับแรกจากมากไปน้อย ได้แก่ การไม่สามารถทำงานได้เหมือนก่อน การมองเห็นบกพร่อง ความกังวลกลัวตาบอดหลังการผ่าตัดต่อกระจก การต้องพึ่งพาบุคคลภายในครอบครัว และความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการผ่าตัด ( $X = 2.53, 2.49, 2.47, 2.40, 2.36$ ) ตามลำดับ

อรุณี อัครศุภฤกษ์ (2547) ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนแก่ผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อกระจกก่อนผ่าตัด โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุต่อกระจกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ณ หอพิเศษโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชาจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมอย่างละ 20 คนเท่า ๆ กันเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบวัดความรู้และแบบวัดความวิตกกังวลของ Spielberg โดยใช้สื่อในการสอนเป็นแผ่นพับ และภาพพลิก พบว่า ประสิทธิผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนแก่ผู้สูงอายุโรคต่อกระจกก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นและมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิณา ลอยเมฆ (2549) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการให้คำแนะนำเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โดยผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามขึ้นเองและนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาารูปแบบการให้คำแนะนำเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับคำแนะนำตามรูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ จากพยาบาลประจำตึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปิยะนุช เพชรศิริ (2550) ศึกษาผลการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดต่อกระจก พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลก่อนได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลสูงกว่าการให้ความรู้ และโดยใช้ตัวแบบบุคคลทันทีหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

โสภา พิศจาร (2550) ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ ต่อความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรจะเข้ารับการตรวจสวนหัวใจกลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่มีบุตรจะเข้ารับการสวนหัวใจเพื่อการวินิจฉัยเป็นครั้งแรกจำนวน 54 คน สุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 27 คน ทั้งสองกลุ่มได้รับการเตรียมก่อนการสวนหัวใจตามปกติเหมือนกันแต่กลุ่มทดลองจะได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ครอบคลุมประสบการณ์ของมารดาทั้งก่อนและหลังการสวนหัวใจ ผลการวิจัย พบว่า มารดากลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลก่อนการสวนหัวใจต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แต่มีระดับความวิตกกังวลหลังการสวนหัวใจไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

ปณัฐทิกา เหล็กแท้ (2551) ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบากจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน จับคู่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยระดับการศึกษาและการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของบุตร กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ก่อนการเยี่ยมบุตรครั้งแรกเกี่ยวกับสถานการณ์ที่จะต้องพบเมื่อมาเยี่ยมบุตรที่หอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัสของมารดา ข้อมูลที่บอกถึงลำดับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นเมื่อมารดาเยี่ยมบุตรที่หอผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด และข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของการรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสต่าง ๆ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลตามปกติ ผลการวิจัย พบว่า มารดาที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลภายหลังการทดลองต่ำกว่ามารดาที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

พรทิศา มีสุวรรณ และชนิษฐา นาคะ (2551) ศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความต้องการข้อมูลและความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดหูดอกจุกในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์พบว่ากลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 41 ปีพบความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางความต้องการข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีค่าเฉลี่ยในระดับมากโดยพบว่าข้อที่มีความต้องการมากเป็นอันดับหนึ่งคือผลการผ่าตัดตรงลงมาคือ การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัดและพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความวิตกกังวลแฝง ( $r = .26, p < .01$ ) การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความวิตกกังวลขณะเผชิญ ( $r = .25, p < .01$ ) ความวิตกกังวลแฝงมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความวิตกกังวลขณะเผชิญ ( $r = .80, p < .01$ ) นอกจากนี้พบว่าประสบการณ์ผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความต้องการข้อมูล ( $r = -.33, p < .01$ )

เอื้องพรพิทักษ์สังข์ และคณะ (2554) ศึกษาความวิตกกังวลความเครียดและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดทางตาแบบผู้ป่วยนอกพบว่าเป็นการผ่าตัดต่อกระจกถึงร้อยละ 55.5 มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปมีความวิตกกังวลขณะเผชิญเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง

## 8. กรอบแนวคิด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดต่อกระจกยังไม่มีแนวปฏิบัติและยังรูปแบบที่ชัดเจนจากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่อกระจกยังไม่มีการศึกษาในวัยผู้ใหญ่ส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อพัฒนารูปแบบและการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่โดยใช้ทฤษฎีการควบคุมตนเองในลักษณะการให้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรม-ปรนัยของ Johnson (1999) ร่วมกับทฤษฎีประมวลสารสนเทศ (Information Processing Theory) ของ Klausmeire (1985) โดยให้ข้อมูลรายบุคคลร่วมกับผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ Facebook ซึ่งเป็นรูปแบบการสื่อสารข้อมูลที่เข้าถึงง่ายในปัจจุบัน (สุรศักดิ์ปาเฮ, 2554) ทำให้ทราบข้อมูลการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต่อกระจกที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลได้ตั้งเสนอเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

### โปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยก่อนผ่าตัดต่อกระดูก

ประยุกต์ใช้องค์ความรู้จากทฤษฎีการควบคุมตนเองในลักษณะการให้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรม-ปรนัยของ Johnson (1999) ร่วมกับทฤษฎีประมวลสารสนเทศ (Information Processing Theory) ของ Klausmeire (1985) โดยให้ข้อมูลรายบุคคลร่วมกับผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ Facebook ระยะเวลาการเข้าร่วมโปรแกรม 7-14 วัน กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมขณะอยู่โรงพยาบาล 1 ครั้ง และสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้มากกว่า 1 ครั้ง ผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ (ภายใน 1-14 วัน) ขณะอยู่บ้าน

กิจกรรมประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

- 1) **ขั้นเตรียมการทดลอง** พบผู้ป่วยเพื่อแนะนำตัวเองสร้างสัมพันธภาพชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 2) **ขั้นดำเนินการทดลอง** ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลโดยมีคำบรรยายที่มีลักษณะแบบรูปธรรม-ปรนัย และมีคลิปวิดีโอประกอบเนื้อหา 4 องค์ประกอบตามทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Johnson (1999) ดังนี้

2.1) ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงที่เกิดขึ้น ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคต่อกระดูก การรักษา และวิธีการผ่าตัดโดยใช้โมเดลรูปตาประกอบการสอน และให้ดูวิดีโอ เรื่องโรคต่อกระดูก

2.2) ช่วงเวลาและลำดับของเหตุการณ์ ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ได้แก่ วิดีโอสาธิตการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายในวันผ่าตัด วิดีโอสาธิตการหยอดตา และการเช็ดตาหลังผ่าตัดอย่างถูกวิธี ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลักษณะสภาพแวดล้อม ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมอุณหภูมิอุปกรณ์ต่าง ๆ ในห้องผ่าตัด และแนะนำสถานที่โดยบุคลากรในห้องผ่าตัดผ่านวิดีโอ

2.3) สาเหตุของความรู้สึกของประสาทสัมผัส อาการแสดง และประสบการณ์

นำคลิปวิดีโอไปวางไว้บน Facebook ผู้ป่วยจะต้องเข้าไปดูผู้ป่วยจะต้องเข้าไปดูพร้อมทั้งตอบคำถามใต้คลิปวิดีโอก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 1 ครั้ง

ความ  
วิตก  
กังวล

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน รวมจำนวน 40 คน กำหนดให้ระยะเวลาการเข้าร่วมโปรแกรม 7-14 วัน วันที่ 1 กลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรมขณะที่อยู่ที่โรงพยาบาล 1 ครั้ง เมื่อกลับบ้านสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้มากกว่า 1 ครั้งผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ (ภายใน 1-13 วัน) และประเมินผลการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งสุดท้ายในวันผ่าตัด 1 ครั้ง ถือเป็นสิ้นสุดโปรแกรม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### รูปแบบการวิจัย

กลุ่มทดลอง	O1	X	O2
กลุ่มควบคุม	O3		O4
X	หมายถึง การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์		
O1	หมายถึง ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่กลุ่มทดลองก่อนการทดลอง		
O2	หมายถึง ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่กลุ่มทดลองหลังการทดลอง		
O3	หมายถึง ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ		
O4	หมายถึง ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่กลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ		

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรวิจัย** คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 40-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต่อกระจก ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุโรงพยาบาลสุโขทัย

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 40-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต่อกระจก ที่เข้ารับการรักษาและผ่าตัดที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุโรงพยาบาลสุโขทัย ระหว่างวันที่ 14 ธันวาคม พ.ศ.2556 ถึง 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2557 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

**กำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้**

- 1) มีระดับความวิตกกังวลในระดับปานกลางขึ้นไป (51 คะแนน ขึ้นไป)
- 2) มีระยะเวลารอผ่าตัดต่อกระจก 7-14 วันโดยดูจากเวชระเบียนผู้ป่วย

3) มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์โดยประเมินจากความสามารถในการตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง

4) สามารถอ่านภาษาไทยได้จากการสังเกต

5) สามารถอ่านระยะใกล้ได้ (VA มากกว่าหรือเท่ากับ 1/60) โดยดูจากเวพระเบียนผู้ป่วย

6) สามารถเข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ Facebook ได้จากการสอบถาม

7) มีอุปกรณ์สื่อสารในการเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ได้ ได้แก่ โทรศัพท์มือถือ I-Pad คอมพิวเตอร์โน้ตบุค หรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่น ที่สามารถเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ได้ จากการสอบถาม

8) ผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย และได้รับความยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้

#### เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (exclusion criteria)

1) ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพภายหลังจนไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

2) ผู้ป่วยได้สิ้นสุดบทบาทการเป็นผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตัดต่อกระจกอันเนื่องมาจากผู้ป่วยยกเลิกการผ่าตัดในระหว่างร่วมโปรแกรมการวิจัย

#### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดโดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 ใช้อำนาจการทดสอบ (Level of power) ที่ .80 โดยพิจารณาการเปิดตารางขนาดกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ต้องใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย กลุ่มละ 13 คน (Polit & Beck, 2004) อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ใช้กลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน กลุ่มทดลองจำนวน 20 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของงานวิจัยครั้งนี้ ได้จัดการดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มนั้น มีความใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (Matched pair) ซึ่งให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ดังนี้

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

2) อายุ พบว่าผู้ป่วยที่อายุมากกว่ามีความวิตกกังวลน้อยกว่า เนื่องจากมีประสบการณ์ในชีวิตมาก สามารถเตรียมใจเผชิญกับปัญหาได้ดีกว่าจึงมีความวิตกกังวลน้อย (สุนีย์ จันทรมหเสถียร, 2549) แบ่งเป็นช่วงอายุ คือ 40-49 ปี และ 50-59 ปี

ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. วันที่ทำการทดลอง ผู้วิจัยสำรวจผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต่อกระจก ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุโรงพยาบาลสุโขทัย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จากทะเบียนประวัติผู้ป่วยตามรายชื่อที่แพทย์นัด

2. การจัดเข้ากลุ่มมีวิธีการ ดังนี้

2.1 เมื่อผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้แล้วผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล ดำเนินการในกลุ่มควบคุมก่อน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมจนครบ 20 คนแรก แล้วจึงดำเนินการในกลุ่มทดลอง (เพื่อเป็นการป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลจากกลุ่มทดลองไปสู่กลุ่มควบคุม)

2.2 กลุ่มตัวอย่างคนที่ 21 ถูกจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง โดยนำไปจับคู่กับกลุ่มควบคุมโดยทำการจับคู่กลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกันทางด้านเพศและอายุ และจับคู่กลุ่มตัวอย่างคนต่อไปเรื่อย ๆ จนครบ 40 คน

ตารางที่ 1 คุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามเพศและอายุ (Matched pair)

คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	เพศ	อายุ	เพศ	อายุ
1	หญิง	50	หญิง	51
2	หญิง	51	หญิง	51
3	หญิง	52	หญิง	53
4	หญิง	54	หญิง	54
5	หญิง	55	หญิง	55
6	หญิง	55	หญิง	56
7	หญิง	56	หญิง	56
8	หญิง	57	หญิง	57
9	หญิง	58	หญิง	59
10	หญิง	59	หญิง	59
11	หญิง	59	หญิง	59
12	ชาย	50	ชาย	52
13	ชาย	51	ชาย	51
14	ชาย	52	ชาย	53
15	ชาย	54	ชาย	55
16	ชาย	56	ชาย	57
17	ชาย	57	ชาย	58
18	ชาย	58	ชาย	58
19	ชาย	59	ชาย	59
20	ชาย	59	ชาย	59

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับทดลอง

**ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spilberger (1970) ดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ระยะเวลาความเจ็บป่วย และโรคเรื้อรังอื่นของผู้ป่วย ประวัติการผ่าตัด และสิทธิการรักษาพยาบาล โดยผู้วิจัยบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ได้แก่ ระดับการมองเห็นของผู้ป่วย (VA) และระยะเวลาผ่าตัดไว้ในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลไว้ก่อนที่จะให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ ที่ผ่านการพิจารณาแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เรียบร้อยแล้ว นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน คือ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคต่อกระจกแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก ประจำห้องผ่าตัด จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยต่อกระจก โรงพยาบาลรัฐบาล จำนวน 1 ท่าน อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยต่อกระจกโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะ ใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันร้อยละ 80 ผู้วิจัยรวบรวมข้อเสนอแนะและปรับแก้ตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ดังนี้

### ตารางที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำถามที่ควรปรับปรุง	ข้อคำถามที่ปรับปรุงหลังจากได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ
ข้อที่ 1 ระดับการศึกษา	- ระดับการศึกษา
ประถมศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี
มัธยมศึกษาตอนต้น	ปริญญาตรี
มัธยมศึกษาตอนปลาย	สูงกว่าปริญญาตรี
ปริญญาตรี	
สูงกว่าปริญญาตรี	



ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ไปปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้ (try out) ผู้ก่อนผ่าตัดต่อกระดูกที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คนประเมินความเข้าใจของเนื้อหา และความชัดเจนของภาษา พบว่า มีความเหมาะสมจึงนำไปใช้จริง

1.2 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spilberger (1970) แปลเป็นภาษาไทย โดย ธาตรี นนทศักดิ์ และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (อ้างถึงใน เอื้องพร พิทักษ์สังข์ และคณะ, 2554) เป็นผู้ปรับความชัดเจน ทั้งในด้านภาษาและความหมายทางจิตวิทยา และแบบวัดนี้ได้มีการปรับปรุงพัฒนาจนข้อคำถามสามารถแยกระหว่างความวิตกกังวลและความซึมเศร้าได้ มีจำนวนคำถามน้อย ผู้ประเมินสามารถเข้าใจคำถามได้ง่าย และไม่ต้องใช้เวลาในการประเมินมากนัก มีค่าความเชื่อมั่น .93

ลักษณะของเครื่องมือ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 20 ข้อแต่ละข้อได้แบ่งระดับความรู้สึกออกเป็น 4 ระดับคือ

ไม่มีเลย	หมายถึง	ข้อความไม่ตรงกับความรู้สึกจริงของท่านขณะนี้
มีเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความตรงกับความรู้สึกของท่านขณะนี้เล็กน้อย
มีค่อนข้างมาก	หมายถึง	ข้อความตรงกับความรู้สึกของท่านขณะนี้ค่อนข้างมาก
มีมาก	หมายถึง	ข้อความตรงกับความรู้สึกของท่านขณะนี้มาก

ข้อความที่มีความหมายทางบวก คือ ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 คะแนน เรียงจากระดับ ไม่มีความรู้สึกเลย จนกระทั่งมีมาก เป็น 1, 2, 3, และ 4 ตามลำดับ

ข้อความที่มีความหมายทางลบ คือ ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 คะแนน เรียงจาก มีความรู้สึกมาก จนกระทั่งไม่มีเลย เป็น 4, 3, 2, และ 1 ตามลำดับ

#### การแปลผล

คะแนนอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน

คะแนนมาก หมายถึง ผู้ตอบมีความวิตกกังวลสูง

คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ตอบมีความวิตกกังวลน้อย

แบ่งได้ 3 ระดับดังนี้

20-50 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ

51-65 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง

66-80 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เนื่องจากแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spilberger (1970) เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลที่เป็นมาตรฐานที่ผ่านการแปลและทดลองใช้ในประเทศไทยมาแล้ว ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีได้นำแบบประเมินความวิตกกังวลนี้ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญไปทดลองใช้กับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระดูกที่มีคุณสมบัติในลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รายหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือมาคำนวณหาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ .93

## ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่

มีแนวทางในการสร้างโปรแกรม ดังนี้

1) การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ โดยใช้ทฤษฎีประมวลสารสนเทศ (Information Processing Theory) ของ Klausmeire (1985) กล่าวว่า การที่มนุษย์รับสิ่งเร้าเข้ามาทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 สิ่งเร้าบุคคลจะเลือกรับสิ่งเร้าที่ตนรู้จักหรือมีความสนใจ จะช่วยให้การเรียนรู้และงานที่ทำประสบผลสำเร็จตามที่ต้องการ และ ทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Johnson (1999) กล่าวว่า การให้ข้อมูลที่บอกถึงความรู้สึกที่รับรู้ทางประสาทสัมผัสและองค์ประกอบอื่นของประสบการณ์ของผู้ป่วย เรียกว่าการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย (concrete-objective information) มาเป็นกรอบในการสร้างโปรแกรมเพื่อการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่

2) กำหนดการดำเนินกิจกรรม โดมนำทฤษฎีดังกล่าวข้างต้นมาประยุกต์สร้างเป็นโปรแกรมเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ 2.1) ขั้นเตรียมการ พบผู้ป่วยเพื่อแนะนำตัวเองสร้างสัมพันธภาพชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย 2.2) ขั้นดำเนินการ ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลโดยมีคำบรรยายที่มีลักษณะแบบรูปธรรม-ปรนัย และมีคลิปวิดีโอประกอบเนื้อหา 4 องค์ประกอบ ตามทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Johnson (1999) ดังนี้ ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงที่เกิดขึ้น ช่วงเวลาและลำดับของเหตุการณ์ ลักษณะสภาพแวดล้อม ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม อุณหภูมิ อุปกรณ์ต่าง ๆ ในห้องผ่าตัด สาเหตุของความรู้สึกของประสาทสัมผัส อาการแสดงและประสบการณ์ พร้อมทั้งนำคลิปวิดีโอไปวางไว้บน Facebook ผู้ป่วยจะต้องเข้าไปดูผู้ป่วยจะต้องเข้าไปดูพร้อมทั้งตอบคำถามได้คลิปวิดีโอก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 1 ครั้ง

3) สร้างโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ กำหนดเนื้อหาและกิจกรรมให้ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระจกวัยผู้ใหญ่เพื่อลดความวิตกกังวล โดยการจัดทำในรูปแบบของแผนการแผนการให้ความรู้ขึ้นเพื่อใช้ประกอบการสอน และจัดทำคลิป VDO การดำเนินกิจกรรมมี 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ทำวิจัยและผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ โดยการพบผู้ป่วยเพื่อแนะนำตัว แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมการวิจัย อธิบายขั้นตอนของแต่ละกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการ เป็นการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลโดยมีคำบรรยายที่มีลักษณะแบบรูปธรรม-ปรนัย และมีคลิปวิดีโอประกอบเนื้อหา 4 องค์ประกอบตามทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Johnson (1999) ดังนี้ 2.1) ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงที่เกิดขึ้น ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ โรคต่อกระจก การรักษา และวิธีการผ่าตัดโดยใช้โมเดลรูปตาประกอบการสอน และดูวิดีโอ เรื่องโรคต่อกระจก 2.2) ช่วงเวลาและลำดับของเหตุการณ์ ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียม

ตัวก่อนผ่าตัด ได้แก่ วิธีโอสาทิตการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายในวันผ่าตัด ได้แก่ การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต่อกระจก การปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดต่อกระจก และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระจก วิธีโอสาทิตการหยุดตา และการเช็ดตาหลังผ่าตัด อย่างถูกวิธี ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน อาการและอาการแสดงต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน 2.3) ลักษณะสภาพแวดล้อม ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมอุณหภูมิ อุปกรณ์ต่าง ๆ ในห้องผ่าตัด และแนะนำสถานที่โดยบุคลากรในห้องผ่าตัดผ่านวิดีโอเรื่อง สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด 2.4) สาเหตุของความรู้สึกของประสาทสัมผัส อาการแสดง และประสบการณ์ ได้แก่ สาธิตวิธีการคลุมผ้าคล้ายคลุมโปงเมื่อผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัดพร้อมให้ผู้ป่วยได้สัมผัสอาการเหล่านั้น

นำคลิปวิดีโอไปวางไว้บน Facebook มีวิธีการเข้าถึง ดังนี้

- 1) ผู้วิจัยสร้าง Facebook หน้าใหม่ (New Profile) สำหรับวางข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์
- 2) ผู้วิจัยสร้างรหัส Facebook หน้าใหม่ (new profile) ให้กับผู้ป่วย โดยทำการกำหนดชื่อผู้ใช้ (Username) และ รหัสผ่านผู้ใช้ (Password) ใหม่สำหรับผู้ป่วย
- 3) ข้อมูลระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยใน Facebook เป็นกลุ่มแบบปิด (Close group) ซึ่งการสร้างกลุ่มนี้ ผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวผ่านสื่อสังคมออนไลน์จะมีเฉพาะผู้วิจัยและผู้ป่วยสองคนเท่านั้น เมื่อสิ้นสุดการวิจัยผู้ป่วยสามารถยกเลิกการติดต่อกับผู้วิจัยได้ (Unfriend) หรือถ้าผู้ป่วยมีความต้องการที่จะสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับโรคต่อกระจกเพิ่มเติมกับผู้วิจัย ผู้ป่วยสามารถสอบถามข้อมูลกับผู้วิจัยได้ผ่านทาง Facebook ได้เช่นกัน

ผู้ป่วยจะต้องเข้าไปดูผู้ป่วยจะต้องเข้าไปดูพร้อมทั้งตอบคำถามได้คลิปวิดีโอ ก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 1 ครั้ง

1.2 แผนการให้ความรู้เพื่อใช้ประกอบการสอน เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคต่อกระจก การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต่อกระจก สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด การปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดต่อกระจก การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระจก วิธีการหยุดตาและการเช็ดตา

1.3 คลิปวิดีโอ มี 6 เรื่อง ได้แก่ โรคต่อกระจก การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต่อกระจก สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด การปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดต่อกระจก การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระจก วิธีการหยุดตาและการเช็ดตา

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรมต่าง ๆ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว คือ โปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ แผนการให้ความรู้เพื่อใช้ประกอบการสอน เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดต่อกระจก และคลิปวิดีโอให้ความรู้ นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา คือ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคต่อกระจกแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกประจำห้องผ่าตัด จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน

อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยต่อกระดูก โรงพยาบาลรัฐบาล จำนวน 1 ท่าน อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยต่อกระดูกโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 1 ท่าน โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันร้อยละ 80 และผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะและผู้วิจัยปรับแก้ ดังนี้

1.1) โปรแกรมการให้ข้อมูลแบบบูรณาการ-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยต่อกระดูกวัยผู้ใหญ่ คือ ควรกำหนดระยะเวลาในการให้ข้อมูลในแต่ละเรื่องอย่างเหมาะสม

การแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือ ผู้วิจัยกำหนดระยะเวลาการให้ข้อมูลในแต่ละเนื้อหาใหม่ให้ไม่นานจนเกินไป ได้แก่ โรคต่อกระดูก 2 นาที การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต่อกระดูก 2 นาที สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด 2 นาที การปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดต่อกระดูก 2 นาที การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระดูก 2 นาที วิธีการหยอดตาและการเช็ดตา 4 นาที

1.2) แผนการให้ความรู้ คำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ คือ ควรลดเนื้อหาที่ไม่จำเป็น เช่น ระยะเวลาของโรคต่อกระดูก และเพิ่มเนื้อหาความหมายของโรคต่อกระดูก

การแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือ ผู้วิจัยปรับปรุงเนื้อหาในแผนการให้ความรู้เรื่องการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดต่อกระดูก ให้เหมาะสมโดยตัดเนื้อหาที่เข้าใจยากและไม่จำเป็นออก เช่น ระยะเวลาของโรคต่อกระดูก สำหรับคำแนะนำให้เพิ่มเนื้อหาความหมายของโรคต่อกระดูกได้เพิ่มเติมให้มีเนื้อหาที่ครอบคลุมและเข้าใจง่ายขึ้น

1.3) คลิป VDO 6 เรื่อง ได้แก่ เรื่องโรคต่อกระดูก การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต่อกระดูก สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด การปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดต่อกระดูก การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระดูก การหยอดตาและการเช็ดตา คำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ คือ คลิปวีดีโอ ควรใช้คำสั้น ๆ สื่อด้วยรูปภาพเพื่อให้น่าสนใจ อาจเป็นภาพการ์ตูนประกอบ

การแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้รับไปปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยปรับเนื้อหาโดยใช้ภาพการ์ตูนประกอบ และนำคลิปวีดีโอไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสื่อ ได้แก่ นักวิศวกรคอมพิวเตอร์ ตรวจสอบความเหมาะสมของสื่อแล้ว

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้รับคำแนะนำไปปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระดูกที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน ประเมินความเข้าใจของเนื้อหา และความชัดเจนของภาษา พบว่า มีความเหมาะสมจึงนำไปใช้จริง

### ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดต่อกระดูก โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระดูกและการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกของ ปิยะนุช เพชรศิริ (2550) ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ คำตอบมี 2 ตัวเลือก คือ ถูกและผิด โดยข้อคำถามที่ต้องตอบว่าใช่ คือ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19 และข้อคำถามที่ต้องตอบว่าไม่ใช่ คือ ข้อ 8, 9, 10, 17, 20, 21 เกณฑ์การให้คะแนน จะให้คะแนนข้อละ 1 คะแนนหากตอบคำถามได้ถูกต้อง

เกณฑ์ประเมินผลกำกับการทดลอง ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูกต้องได้คะแนนแบบวัดความรู้ก่อนการผ่าตัดต่อกระดูกมากกว่าหรือเท่ากับ 18 จากคะแนนเต็ม 21 คะแนน กำหนดเกณฑ์ผ่านมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ในกรณีที่ผู้ป่วยได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 80 ผู้วิจัยทำการทบทวนเนื้อหาสั้น ๆ และเน้นย้ำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลก่อนผ่าตัดต่อกระดูกและวัดผลใหม่อีกครั้งจนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์การทดลอง

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระดูก ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา และให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คือ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคต่อกระดูกแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก ประจำห้องผ่าตัด จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยต่อกระดูก โรงพยาบาลรัฐบาล จำนวน 1 ท่าน อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยต่อกระดูกโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 1 ท่าน โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันร้อยละ 80 ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยรวบรวมข้อเสนอแนะนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และปรับแก้ ดังนี้

#### ตารางที่ 3 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระดูกของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก

คำถามที่ควรปรับปรุง	ข้อคำถามที่ปรับปรุงหลังจากได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ
ข้อที่ 2 ต่อกระดูกพบในผู้สูงอายุ	- ต่อกระดูกพบส่วนมากในผู้สูงอายุ
ข้อที่ 6 การสลายต่อกระดูกในปัจจุบันใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (อัลตราซาวด์ เทคนิค) ในการสลายต่อกระดูก	- การสลายต่อกระดูกในปัจจุบันใช้คลื่นเสียงความถี่สูง ในการสลายต่อกระดูก
ข้อที่ 11 การผ่าตัดต่อกระดูกในปัจจุบันใช้ใบมีดผ่าตัด แผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก	- การผ่าตัดต่อกระดูกในปัจจุบัน แผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก
ข้อที่ 12 ขณะที่แพทย์ทำการผ่าตัด ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวตลอดเวลา	- ในห้องผ่าตัด ขณะที่แพทย์ทำการผ่าตัด ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวตลอดเวลา แต่ไม่รู้สึกเจ็บ
ข้อที่ 16 ผู้ป่วยจะเห็นได้ทันที หลังผ่าตัด	- หลังผ่าตัดสลายต่อกระดูก ผู้ป่วยจะสามารถมองเห็นได้ทันที

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้รับไปปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ดูแลผู้ก่อนผ่าตัดต่อกระดูกที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน ประเมินความเข้าใจของเนื้อหา และความชัดเจนของภาษา พบว่า มีความเหมาะสมจึงนำไปใช้จริง

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระดูกไปทดลองใช้กับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระดูกที่มีคุณสมบัติในลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รายหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือมาคำนวณหาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ .91

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 14 ธันวาคม พ.ศ.2556 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2557 ที่คลินิกผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลสุโขทัย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยการดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

#### 1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1) การเตรียมเครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระดูกวัยผู้ใหญ่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แผนการให้ความรู้ แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดต่อกระดูก

2) ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยขอรับการพิจารณาและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนกลุ่มสถาบัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยประจำสถาบันของโรงพยาบาลสุโขทัยที่เป็นพื้นที่ทำการศึกษา

3) ทำหนังสือขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการด้านการแพทย์โรงพยาบาลสุโขทัย เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

4) เมื่อโครงการวิจัยผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของทั้งสองแห่งแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติการเข้าถึงและเก็บข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียนในฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลเสนอต่อผู้อำนวยการด้านการแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชน ที่เป็นพื้นที่ทำการศึกษา

5) เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการด้านการแพทย์ฯ แล้ว ผู้วิจัยเริ่มขั้นตอนการวิจัยโดยการเข้าถึงข้อมูลในเวชระเบียนของผู้ป่วยฯ ที่มารับการตรวจรักษาโรคต่อกระดูก เพื่อสำรวจข้อมูลและคุณสมบัติเบื้องต้นของผู้ป่วยก่อนเรียนเชิญผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มตัวอย่างการวิจัย ซึ่งขั้นตอนนี้ทำในวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อรับการตรวจ

## 2. ขั้นตอนการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยการดำเนินการในผู้ป่วยรายที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์แล้ว และแพทย์เห็นสมควรให้ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดเพื่อรักษาต่อ กระจก รายละเอียดการดำเนินงาน ดังนี้

### 2.1 กลุ่มควบคุม

1) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ครั้งที่ 1 (ในวันที่กลุ่มตัวอย่างมาพบจักษุแพทย์และตัดสินใจผ่าตัดต่อกระจก) ที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลสุโขทัย ที่ห้องสอนสุขศึกษาประจำหอผู้ป่วย เพื่อแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการเก็บข้อมูล ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spilberger (1970) ที่แปลเป็นภาษาไทย) หากกลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไปและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การรับเข้ากลุ่มตัวอย่างจึงจะเชิญเข้าร่วมการวิจัยและเก็บข้อมูลทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นัดครั้งต่อไปในวันผ่าตัดก่อนผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด

2) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 วันผ่าตัดที่แผนกห้องผ่าตัด เพื่อวัดความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spilberger (1970) ใช้เวลาตอบประมาณ 15-20 นาที หลังดำเนินการกิจกรรมเสร็จ กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และส่งกลุ่มตัวอย่างพบพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อรับการพยาบาลตามปกติต่อไป

### 2.2 กลุ่มทดลอง

การเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมและได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่จากผู้วิจัย โดยผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง 2 ครั้ง ใช้เวลา 45-60 นาที มีรายละเอียดดังนี้

1) การสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 (ในวันที่กลุ่มตัวอย่างมาพบจักษุแพทย์และตัดสินใจผ่าตัดต่อกระจก) ที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลสุโขทัย ที่ห้องสอนสุขศึกษาประจำหอผู้ป่วย เพื่อแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการเก็บข้อมูล ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spilberger (1970) ใช้เวลาตอบประมาณ 15-20 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไปและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การรับเข้ากลุ่มตัวอย่างจึงเชิญเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ทำการนัดหมายแจ้งกำหนดสถานที่ วัน เวลาการทำกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

2) การดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วยการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลโดยมีคำบรรยายที่มีลักษณะแบบรูปธรรม-ปรนัย และให้ดูคลิปวิดีโอประกอบเนื้อหา 4 องค์ประกอบตามทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Johnson (1999) ดังนี้

2.1) ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับ โรคต่อกระจก การรักษา และวิธีการผ่าตัดโดยใช้โมเดลรูปตาประกอบการสอน และให้ดูคลิปวิดีโอ เรื่องโรคต่อกระจก นาน 2 นาที

2.2) ช่วงเวลาและลำดับของเหตุการณ์ ผู้วิจัยให้ข้อมูล ได้แก่

2.2.1) การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายในวันผ่าตัด โดยให้ดูคลิปวิดีโอเรื่อง การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต่อกระจก ใช้เวลา 2 นาที การปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดต่อกระจก ใช้เวลานาน 2 นาที การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระจก ใช้เวลานาน 2 นาที

2.2.2) วิดีโอสาธิตการหยอดยา และการเช็ดตาหลังผ่าตัด อย่างถูกวิธี ใช้เวลา 4 นาที

2.2.3) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2.3) ลักษณะสภาพแวดล้อม ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมอุณหภูมิอุปกรณ์ต่าง ๆ ในห้องผ่าตัด และแนะนำสถานที่ และบรรยากาศห้องผ่าตัดผ่านวิดีโอ ใช้เวลา 2 นาที

2.4) สาเหตุของความรู้สึกของประสาทสัมผัส อาการแสดง และประสบการณ์ ได้แก่ สาธิตวิธีการคลุมผ้าคลุมโปงเมื่อผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัดพร้อมให้ผู้ป่วยได้สัมผัสอาการเหล่านั้น

ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะนำคลิปวิดีโอต่าง ๆ ไปวางไว้ใน Facebook ซึ่งผู้ป่วยจะต้องเข้าไปดูอย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วงระยะเวลา 1-14 วัน ก่อนผ่าตัด (โดยประเมินได้จากผู้วิจัยวางคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคต่อกระจกของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดต่อกระจก และผู้ป่วยเข้าไปถามคำถามที่สงสัยอย่างน้อย 1-2 คำถามใน Facebook) ขั้นตอนนี้ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 40-45 นาที

ครั้งที่ 2 ในวันผ่าตัด หลังพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 (7-14 วัน) ใช้เวลา 15-20 นาที

1) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้บอกถึงปัญหา ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ ความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างที่มีอยู่

2) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความรู้ก่อนการผ่าตัดต่อกระจก ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 18 จากคะแนนเต็ม 21 คะแนน คิดเกณฑ์ผ่านมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ในกรณีที่ผู้ป่วยได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 80 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง ผู้วิจัยทำการทบทวนเนื้อหาสั้น ๆ และเน้นย้ำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลก่อนผ่าตัดต่อกระจกและวัดผลใหม่อีกครั้งจนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์การทดลอง

3) เมื่อสิ้นสุดระยะการดำเนินการทดลอง มีการประเมินผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spilberger (1970) อีกครั้ง ณ แผนกห้องผ่าตัด จนครบ 20 ราย



## ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง ต่อการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์

สรุปได้ 2 ประเด็นใหญ่ คือ

1. มองเห็นข้อดีจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ เช่น กลุ่มตัวอย่าง กล่าวว่า
  - เป็นการใช้ประโยชน์จากสื่อสังคมออนไลน์มาประยุกต์ในการให้ข้อมูลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีอยากให้มีการปฏิบัติเช่นนี้กับหน่วยงานอื่นๆ
  - เป็นช่องทางที่สะดวกกับผู้ป่วย เพราะสามารถเปิดดูข้อมูลได้ โดยไม่ต้องโทรมาถามอยากให้มีการให้ข้อมูลแบบนี้อีก เพราะสะดวกมาก ๆ
  - ใช้ (Facebook) เป็นประจำ แต่ไม่คิดว่าจะมีการนำมาประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วยแบบนี้ได้
    - สามารถเข้าไปดูได้หลายครั้ง เพราะจำไม่ค่อยได้ในครั้งแรกที่พยาบาลแนะนำ
2. ความต้องการของกลุ่มตัวอย่างต่อการใช้สื่อสังคมออนไลน์ เช่น กล่าวว่า
  - อยากให้มีการสื่อสารผ่านทางช่องทางไลน์ (Line) บ้าง จะได้สะดวกและเพิ่มช่องทางการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดที่เพิ่มมากขึ้น
  - อยากให้จัดทำคลิปวิดีโอ มีทั้งภาพ เสียง และใช้สื่อที่เข้าใจง่าย เกี่ยวกับความรู้โรคตาอื่นๆ บ้าง และให้ข้อมูลผ่านช่องทางเฟสบุค (Facebook) แบบนี้อีก
  - อยากให้มีการสื่อสารช่องทางนี้ต่อเนื่องจนหลังผ่าตัด จะได้สอบถามข้อมูลได้
  - ขอขอบคุณผู้วิจัยที่นำเสนอช่องทางการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยที่ทันสมัยในยุคปัจจุบัน

## ผลการกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจกของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดต้อกระจกเป็นเครื่องมือในการกำกับการทดลอง โดยประเมินในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม เกณฑ์ประเมินผลกำกับการทดลอง ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกต้องได้คะแนนแบบวัดความรู้ก่อนการผ่าตัดต้อกระจกมากกว่าหรือเท่ากับ 18 จากคะแนนเต็ม 21 คะแนน กำหนดเกณฑ์ผ่านมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ในกรณีที่ผู้ป่วยได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 80 ผู้วิจัยทำการทบทวนเนื้อหาสั้น ๆ และเน้นย้ำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลก่อนผ่าตัดต้อกระจกและวัดผลใหม่อีกครั้งจนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์การทดลอง ดังนี้

**ตารางที่ 4** รายงานผลการวัดความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระดูกของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก หลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่อ ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระดูกวัยผู้ใหญ่

รายที่	คะแนน	ร้อยละ
1	18	85.71
2	20	95.23
3	21	100.00
4	19	90.47
5	20	95.23
6	21	100.00
7	20	95.23
8	19	90.47
9	20	95.23
10	21	100.00
11	20	95.23
12	19	90.47
13	18	85.71
14	21	100.00
15	20	95.23
16	21	100.00
17	19	90.47
18	20	95.23
19	20	95.23
20	21	100.00

ตารางที่ 5 รายงานผลตามวันที่และจำนวนครั้งที่เข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์ ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับบริการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์

รายที่	วันที่เข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์	จำนวนครั้งที่เข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์
1	1	1
2	2	1
3	2	1
4	1	2
5	2	1
6	1	1
7	1	1
8	1	1
9	1	1
10	1	1
11	1	1
12	1	1
13	1	1
14	1	1
15	1	2
16	1	2
17	1	2
18	1	1
19	2	1
20	2	2

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงการวิจัยขอรับการพิจารณารับรองทางด้านจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผ่านการ อนุมัติเมื่อวันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ.2556 และโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ขออนุมัติการเข้าถึงและเก็บ บันทึกรหัสข้อมูลจากผู้อำนวยความสะดวกด้านการแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งที่เป็นพื้นที่การศึกษา ผ่านการอนุมัติเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม พ.ศ.2556 ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตขอความยินยอมจากผู้ป่วย โดยให้ข้อมูลอธิบายโครงการวิจัยแก่ ผู้ป่วยอย่างละเอียด ตอบข้อซักถามต่าง ๆ จนเป็นที่พอใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยขอให้ผู้ป่วยลงนามอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดย ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ และผู้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจะไม่ทราบว่าเป็นตนเองอยู่ในกลุ่ม ทดลองหรือกลุ่มควบคุม โดยผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตามระเบียบวิธีการดำเนินการวิจัย ผู้ป่วยมีสิทธิ ที่จะปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย หรือขอลถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น ในระหว่างการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการตอบ แบบสอบถามได้ตลอดเวลา หรือสามารถละเว้นคำถามบางข้อได้หากไม่ต้องการจะตอบ โดยกลุ่ม ตัวอย่างจะไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ไม่มีกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธ หรือ ขอลถอนตัวจากการวิจัย

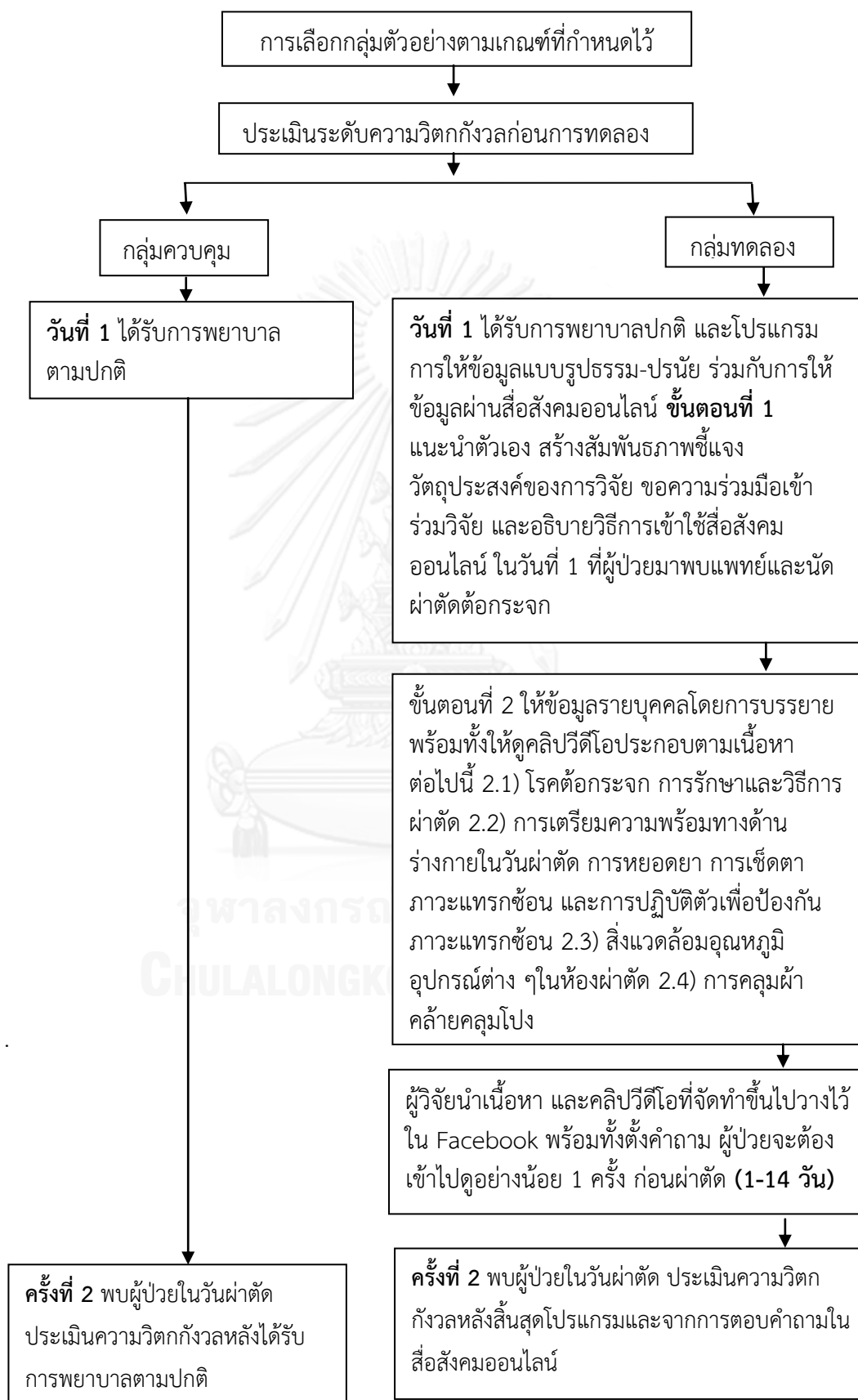
ผู้วิจัยมีกระบวนการในการรักษาข้อมูลความลับของกลุ่มตัวอย่างอย่างรัดกุม ไม่มีการระบุชื่อ-สกุล หรือหมายเลขประจำตัว (Hospital Number – HN) ในแบบสอบถามทุกฉบับ แต่จะใช้ หมายเลขการวิจัย (Study Number – SN) แทนตัวผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั้งหมดจะ นำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ผลการวิจัยที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมจะไม่มีการ เปิดเผยข้อมูลรายบุคคลเป็นอันขาด

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนด ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ประสบการณ์ผ่าตัด โรค ประจำตัว ด้วยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และหาร้อยละ (Percentage)
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ก่อน ผ่าตัดที่ได้รับข้อมูลแบบบูรณาการ-ปรนัย ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการ ทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบ Dependent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
3. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ก่อนผ่าตัด และหลังได้รับข้อมูลแบบบูรณาการ-ปรนัย ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย (Flow chart)



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระดูกใหญ่ผู้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระดูกใหญ่ ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ และ เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระดูกใหญ่ ตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษา ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเปรียบเทียบความวิตกกังวลของก่อนผ่าตัดผู้ป่วยต่อกระดูกใหญ่ ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระดูกใหญ่ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 6 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน (n=20)	ร้อยละ	จำนวน (n=20)	ร้อยละ	จำนวน (n=40)	ร้อยละ
<b>อายุ (ปี)</b>						
50-54	7	35.00	8	40.00	15	37.5
55-59	13	65.00	12	60.00	25	62.5
<b>เพศ</b>						
ชาย	9	45.0	9	45.0	18	45
หญิง	11	55.0	11	55.0	22	55
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	6	30.00	5	25.00	11	27.5
ปริญญาตรี	13	65.00	14	70.00	27	67.5
สูงกว่าปริญญาตรี	1	5.00	1	5.00	2	5
<b>รายได้</b>						
ไม่มีรายได้	3	15.00	4	20.00	7	17.5
10,001 – 20,000 บาท	1	5.00	0	0.00	1	2.5
20,001 – 30,000 บาท	0	0.00	2	10.00	2	5
40,001 – 50,000 บาท	5	25.00	3	15.00	8	20
50,001 บาทขึ้นไป	11	55.0	11	55.00	22	55
<b>อาชีพ</b>						
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	10	50.00	13	65.00	23	57.5
ลูกจ้างเอกชน/พนักงานบริษัท	4	20.00	2	10.00	6	15
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	3	15.00	0	0.00	3	7.5
อื่นๆ	3	15.00	5	25.00	8	20
<b>ระยะเวลาในการเป็นโรค</b>						
<b>ต่อกระฉก</b>						
น้อยกว่า 1 เดือน	1	5.00	1	5.00	2	5
1-2 เดือน	6	30.00	3	15.00	9	22.5
3-4 เดือน	0	0.00	3	15.00	3	7.5
5-6 เดือน	3	15.00	3	15.00	6	15
มากกว่า 6 เดือน	10	50.00	5	25.00	15	37.5
ไม่ตอบ	0	0.00	5	25.00	5	12.5

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(n=20)		(n=20)		(n=40)	
<b>โรคประจำตัว</b>						
โรคเบาหวาน	1	5.00	2	10.00	3	7.5
ความดันโลหิตสูง	8	40.00	0	0.00	8	20
โรคหัวใจและหลอดเลือด	1	5.00	0	0.00	1	2.5
โรคประจำตัวอื่นๆ	3	15.0	2	10.0	5	12.5
ไม่มีโรคประจำตัว	7	35.0	16	80.0	23	57.5
<b>ประวัติการผ่าตัด</b>						
ไม่มี	15	75.00	15	75.00	30	75
มี	5	25.0	5	25.00	10	25
<b>สิทธิการรักษาพยาบาล</b>						
ชำระค่าใช้จ่ายเอง	5	25.00	9	45.00	14	35
เบิกประกันชีวิต	15	75.00	11	55.00	26	65

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนผ่าตัดต่อกระดูกวัยผู้ใหญ่จำนวน 40 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 55-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 62.50 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55.0 ระดับการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 67.50 รายได้ 50,001 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 55.00 อาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 57.50 ระยะเวลาเป็นต่อกระดูกมากกว่า 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 37.50 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 57.50 ไม่มีประวัติการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 75.00 และใช้สิทธิการรักษาด้วยการเบิกประกันชีวิต คิดเป็นร้อยละ 65.00



ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์

ตารางที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ (N1= 20, N2=20)

ความวิตกกังวล	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	$\bar{x}$	(S.D.)	ระดับ	$\bar{x}$	(S.D.)	ระดับ
กลุ่มทดลอง	56.70	3.45	ปานกลาง	47.00	7.66	ต่ำ
กลุ่มควบคุม	55.65	2.97	ปานกลาง	55.00	4.32	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์มีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่เท่ากับ 56.70 (S.D. = 3.45) อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 47.00 (S.D.= 7.66) อยู่ในระดับต่ำ

กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่เท่ากับ 55.65 (S.D.= 2.97) อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 55.00 (S.D.= 4.32) อยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 3 ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระดูกงูใหญ่ ภายในกลุ่มทดลองและในกลุ่มควบคุม และทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 8 ผลการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่ม ควบคุม และกลุ่มทดลอง (N1= 20, N2=20)

ความวิตก กังวล	ก่อนการ ทดลอง		หลังการ ทดลอง		ผลต่าง		df	T	P- Value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
	กลุ่มทดลอง	56.70	3.45	47.00	7.66	9.70			
กลุ่มควบคุม	55.65	2.97	55.00	4.32	0.65	1.35	19	2.16	>.01

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบ รูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์มีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ของผู้ป่วยต่อกระดูกงูใหญ่เท่ากับ 56.70 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 47.00 เมื่อนำค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระดูกงูใหญ่มาเปรียบเทียบกับสถิติ Dependent t-test พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระดูกงูใหญ่ ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย ต่อกระดูกงูใหญ่ก่อนการทดลองเท่ากับ 55.65 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวล เท่ากับ 55.00 เมื่อนำค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระดูกงูใหญ่มาเปรียบเทียบกับสถิติ Dependent t-test พบว่า ก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลของ ผู้ป่วยต่อกระดูกงูใหญ่ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 9 ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (N1=N2 = 20)

ความวิตกกังวล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	T	P-value
	$\bar{x}$	(S.D.)	$\bar{x}$	(S.D.)			
ก่อนการทดลอง	56.70	3.45	55.65	2.97	38	1.03	>.01
หลังการทดลอง	47.00	7.66	55.00	4.32	38	4.08	<.01

จากตารางที่ 9 ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 56.7 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 55.65 เมื่อนำค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลมาเปรียบเทียบกับสถิติ Independent t-test พบว่า มีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 47.0 และกลุ่มควบคุมมีค่าความวิตกกังวลเท่ากับ 55.0 เมื่อนำค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลมาเปรียบเทียบกับสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

## บทที่ 5

### สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ภายในกลุ่มทดลองหลังการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่กลุ่มทดลองที่ให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรวิจัย** คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 40-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต่อกระจก ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุโรงพยาบาลสุขุมวิท

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 40-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต่อกระจก ที่เข้ารับการรักษาและผ่าตัดที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุโรงพยาบาลสุขุมวิท ระหว่างวันที่ 14 ธันวาคม พ.ศ.2556 ถึง 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2557 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

#### กำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1) มีระดับความวิตกกังวลในระดับปานกลางขึ้นไป (51 คะแนน ขึ้นไป)
- 2) มีระยะเวลารอผ่าตัดต่อกระจก 7-14 วันโดยดูจากเวชระเบียนผู้ป่วย
- 3) มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์โดยประเมินจากความสามารถในการตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง
- 4) สามารถอ่านภาษาไทยได้จากการสังเกต

5) สามารถอ่านระยะใกล้ได้ (VA มากกว่าหรือเท่ากับ 1/60) โดยดูจากเวชระเบียนผู้ป่วย

6) สามารถเข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ Facebook ได้จากการสอบถาม

7) มีอุปกรณ์สื่อสารในการเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ได้ ได้แก่ โทรศัพท์มือถือ I-Pad คอมพิวเตอร์โน้ตบุค หรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่น ที่สามารถเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ได้ จากการสอบถาม

8) ผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย และได้รับความยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้

#### เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (exclusion criteria)

1) ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพภายหลังจนไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

2) ผู้ป่วยได้สิ้นสุดบทบาทการเป็นผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระจกอันเนื่องมาจากผู้ป่วยยกเลิกการผ่าตัดในระหว่างร่วมโปรแกรมการวิจัย

#### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดโดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 ใช้อำนาจการทดสอบ (Level of power) ที่ .80 โดยพิจารณาการเปิดตารางขนาดกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ต้องใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 13 คน (Polit & Beck, 2004) อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ใช้กลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน กลุ่มทดลองจำนวน 20 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของงานวิจัยครั้งนี้ ได้จัดการดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มนั้น มีความใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (Matched pair) ซึ่งให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ดังนี้

1) เพศ เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล พบว่าเพศหญิงมีความวิตกกังวลตามสภาพของผู้ป่วยสูงกว่าเพศชาย (Domar et al, 1987)

2) อายุ พบว่าผู้ป่วยที่อายุมากกว่ามีความวิตกกังวลน้อยกว่า เนื่องจากมีประสบการณ์ในชีวิตมาก สามารถเตรียมใจเผชิญกับปัญหาได้ดีกว่าจึงมีความวิตกกังวลน้อย (สุนีย์ จันทรมหเสถียร, 2549) แบ่งเป็นช่วงอายุ คือ 40-49 ปี และ 50-59 ปี

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

##### 1. ชั้นเตรียมการทดลอง

1) การเตรียมเครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แผนการให้ความรู้ แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดต่อกระจก

2) ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยขอรับการพิจารณาและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนกลุ่มสถาบัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยประจำสถาบันของโรงพยาบาลสุขุมวิทที่เป็นพื้นที่ทำการศึกษา

3) ทำหนังสือขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการด้านการแพทย์โรงพยาบาลสุขุมวิท เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

4) เมื่อโครงการวิจัยผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของทั้งสองแห่งแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติการเข้าถึงและเก็บข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียนในฐานะข้อมูลคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลเสนอต่อผู้อำนวยการด้านการแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชน ที่เป็นพื้นที่ทำการศึกษ

5) เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการด้านการแพทย์ฯ แล้ว ผู้วิจัยเริ่มขั้นตอนการวิจัยโดยการเข้าถึงข้อมูลในเวชระเบียนของผู้ป่วยฯ ที่มารับการตรวจรักษาโรคต่อกระดูก เพื่อสำรวจข้อมูลและคุณสมบัติเบื้องต้นของผู้ป่วยก่อนเรียนเชิญผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มตัวอย่างการวิจัย ซึ่งขั้นตอนนี้ทำในวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อรับการตรวจ

## 2. ขั้นตอนการทดลอง

### 2.1 กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 (ในวันที่กลุ่มตัวอย่างมาพบจักษุแพทย์และตัดสินใจผ่าตัดต่อกระดูก) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการเก็บข้อมูล ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัย ตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spilberger (1970) ครั้งที่ 2 วันผ่าตัด ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นครั้งที่ 2 เพื่อวัดความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spilberger (1970) หลังดำเนินการกิจกรรมเสร็จ กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และส่งกลุ่มตัวอย่างนี้พบพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อรับการพยาบาลตามปกติ

### 2.2 กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 (ในวันที่กลุ่มตัวอย่างมาพบจักษุแพทย์และตัดสินใจผ่าตัดต่อกระดูก) แนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการเก็บข้อมูล ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างเป็นทางการแล้ว ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spilberger (1970) วางแผนระยะเวลาในการทำกิจกรรม ประกอบด้วย การให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลโดยมีคำบรรยายที่มีลักษณะแบบรูปธรรม-ปรนัย และมีคลิปวิดีโอประกอบเนื้อหา 4 องค์ประกอบตามทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Johnson (1999) ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะนำคลิปวิดีโอต่าง ๆ ไปวางไว้ใน Facebook ซึ่งผู้ป่วยจะต้องเข้าไปดูอย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วงระยะเวลา 1-14 วัน ก่อนผ่าตัด (โดยประเมินได้จากผู้วิจัยวางคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคต่อกระดูกของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก และผู้ป่วยเข้าไปถามคำถามที่สงสัยอย่างน้อย 1-2 คำถามใน Facebook) ทำการนัดหมายแจ้งกำหนดสถานที่ วัน เวลาการทำกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ครั้งที่ 2 ในวันผ่าตัด หลังพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 (7-14 วัน) เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้บอกถึงปัญหา ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระดูกกับผู้ใหญ่ ความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างที่มีอยู่ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความรู้ก่อนการผ่าตัดต่อกระดูกเมื่อสิ้นสุดระยะการดำเนินการทดลอง กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spilberger (1970) อีกครั้ง ณ แผนกห้องผ่าตัดจนครบ 20 ราย กล่าวขอบคุณ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ประสบการณ์ผ่าตัด โรคประจำตัว ด้วยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และหาร้อยละ (Percentage)
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ก่อนผ่าตัดที่ได้รับข้อมูลแบบบูรณาการ-ปรนัย ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบ Dependent t-test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
3. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ก่อนผ่าตัดและหลังได้รับข้อมูลแบบบูรณาการ-ปรนัย ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบบูรณาการ-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ ผลการวิจัยสามารถสรุปรายละเอียดได้ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างก่อนผ่าตัดต่อกระจกวัยผู้ใหญ่จำนวน 40 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 55-59 ปี รวมคิดเป็นร้อยละ 62.50 เป็นเพศหญิง รวมคิดเป็นร้อยละ 55.0 ระดับการศึกษาปริญญาตรี รวมคิดเป็นร้อยละ 67.50 รายได้ 50,001 บาทขึ้นไป รวมคิดเป็นร้อยละ 55.00 อาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว รวมคิดเป็นร้อยละ 57.50 ระยะเวลาเป็นต่อกระจกมากกว่า 6 เดือน รวมคิดเป็นร้อยละ 37.50 ไม่มีโรคประจำตัว รวมคิดเป็นร้อยละ 57.50 ไม่มีประวัติการผ่าตัด รวมคิดเป็นร้อยละ 75.00 และใช้สิทธิการรักษาด้วยการเบิกประกันชีวิต รวมคิดเป็นร้อยละ 65.00
2. กลุ่มทดลองก่อนการทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบบูรณาการ-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์มีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ เท่ากับ 56.70 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 47.00 เมื่อนำค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่มาเปรียบเทียบกับสถิติ Dependent t-test พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
3. หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 47.0 และกลุ่มควบคุมมีค่าความวิตกกังวลเท่ากับ 55.0 เมื่อนำค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลมาเปรียบเทียบกับสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

## อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ภายในกลุ่มทดลองหลังการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่ำกว่าก่อนการทดลอง**

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากการทดลองกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์มีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยต่อกระจกที่ได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดมีความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัด เนื่องจากการขาดความรู้ความเข้าใจ และไม่ทราบว่าจะเผชิญกับสถานการณ์ใดบ้าง เมื่อบุคคลได้รับภาวะคุกคามจะเกิดความวิตกกังวลขึ้น ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความวิตกกังวลในระดับปานกลางในผู้ป่วยต่อกระจก เช่น อายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มอายุ 45-65 ปี เนื่องจากกลุ่มนี้ยังอยู่ในช่วงของวัยทำงาน ผู้ที่มีอาชีพ ถือเป็นกลุ่มที่ยังมีความสามารถในการประกอบอาชีพได้ หากไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ภาวะทางเศรษฐกิจก็ต่ำลง การกลัวการผ่าตัด การกลัวความเจ็บป่วยและ ความไม่สามารถออกกำลังกายได้ เนื่องจากสภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวยต่อการมองเห็น การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดถือเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยและยังช่วยในการประเมิน และเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด บุคคลจะเลือกรับสิ่งเร้าที่ตนรู้จักหรือมีความสนใจ จะช่วยให้การเรียนรู้และงานที่ทำประสบผลสำเร็จตามที่ต้องการ และใช้ความเข้าใจในการรู้ดังกล่าวในการจัดการควบคุมกระบวนการคิด จะช่วยให้การเรียนรู้และงานที่ทำประสบผลสำเร็จตามที่ต้องการได้ การให้ข้อมูลตามความเป็นจริงโดยไม่มีประเมินหรือใส่ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลลงไปประกอบด้วย 1) ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการที่เกิดขึ้น 2) ช่วงเวลาและลำดับของเหตุการณ์ 3) ลักษณะสภาพแวดล้อม และ 4) สาเหตุของความรู้สึกของประสาทสัมผัส อาการแสดง และประสบการณ์ถ้าประสบการณ์นั้นมีลักษณะที่บุคคลคาดหวังไว้จริงจะทำให้มองเห็นประโยชน์ของการรับรู้ความเป็นจริง และจะปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ทำให้บุคคลจะเกิดกระบวนการคิดในลักษณะที่แก้ไขปัญหา แสวงหาวิธีเผชิญปัญหา ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เมื่อบุคคลรู้ว่าสามารถควบคุมโรคได้จะมีความวิตกกังวลลดลง กิจกรรมการพยาบาลที่ให้ส่วนใหญ่เป็นการให้ข้อมูลเพียง 1 ครั้ง ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 45-60 นาที ทำให้สามารถผ่อนคลายความวิตกกังวลได้

การช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ด้วยโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคม เป็นแนวทางปฏิบัติที่นำไปสู่การเพิ่มแหล่งประโยชน์ให้เพียงพอต่อการนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ที่มีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดต่อกระจกเพื่อนำมาใช้อย่างเต็มที่ที่สามารถช่วยเพิ่มระดับความรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างได้ เนื่องจากการให้ข้อมูลตามโปรแกรมเป็นการให้ข้อมูลที่บอกถึงความรู้สึกที่รับรู้ทางประสาทสัมผัสและองค์ประกอบอื่นของประสบการณ์ของผู้ป่วย เป็นการให้



ข้อมูลตามความเป็นจริงโดยไม่มีการประเมินหรือใส่ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลลงไป ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลเกี่ยวกับโรคต่อกระจกและการผ่าตัด สาเหตุของการเกิดโรคอย่างครอบคลุม ซึ่งจะเป็นการช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีข้อมูลเกี่ยวกับโรคและวิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง

สำหรับกิจกรรมอีกส่วนหนึ่ง คือ การให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ Facebook ช่วยให้ผู้ป่วยทราบข้อมูลการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต่อกระจกที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งสื่อนี้เป็นสื่อที่นิยมกันมากในสังคมออนไลน์ในปัจจุบัน และมีศักยภาพและประสิทธิภาพสามารถติดต่อสื่อสารเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ได้ทุกหนทุกแห่ง ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรับข้อมูลได้ง่ายจนส่งผลให้เกิดความรู้ความเข้าใจในโรคต่อกระจก ส่งผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพในการรับข้อมูลมากขึ้น จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ที่สูงขึ้น ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ทำให้ผู้ป่วยสามารถทราบข้อมูลการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต่อกระจกที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและสามารถลดความวิตกกังวลได้

สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิwa มีสุวรรณ และ ชนิษฐา นาคะ (2551) และ เอื้องพร พิทักษ์สังข์ และคณะ (2554) พบว่า เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดถือเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยและยังช่วยในการประเมิน และเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด สอดคล้องกับทฤษฎีประมวลสารสนเทศ (Information Processing Theory) ของ Klausmeire (1985) ที่กล่าวว่า การที่มนุษย์รับสิ่งเร้าเข้ามาทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 สิ่งเร้าบุคคลจะเลือกรับสิ่งเร้าที่ตนรู้จักหรือมีความสนใจ จะช่วยให้การเรียนรู้และงานที่ทำประสบผลสำเร็จตามที่ต้องการ และใช้ความเข้าใจในการรู้ดังกล่าวในการจัดการควบคุมกระบวนการคิด จะช่วยให้การเรียนรู้และงานที่ทำประสบผลสำเร็จตามที่ต้องการได้ นอกจากนี้ ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-Regulation) ของ Johnson (1999) กล่าวว่า การให้ข้อมูลที่บอกถึงความรู้สึกที่รับรู้ทางประสาทสัมผัสและองค์ประกอบอื่นของประสบการณ์ของผู้ป่วย เรียกว่า การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย (concrete-objective information) เป็นการให้ข้อมูลตามความเป็นจริงโดยไม่มีการประเมินหรือใส่ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลลงไป และการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) ถือเป็นสื่อที่นิยมกันมากในสังคมออนไลน์ในปัจจุบัน ทำให้ผู้ป่วยสามารถทราบข้อมูลการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต่อกระจกที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและสามารถลดความวิตกกังวลได้

จึงสรุปได้ว่า ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ สามารถทำให้ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ลดลงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

## สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่กลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากการทดลอง ความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่กลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์มีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อพิจารณาที่ระดับความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงจากระดับปานกลางก่อนการทดลองไปเป็นระดับต่ำหลังจากการทดลอง ถึงแม้ว่ากลุ่มควบคุมจะมีการลดลงของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล แต่อย่างไรก็ตามระดับความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงยังคงอยู่ในระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังการทดลอง ดังนั้น ระดับความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ที่เป็นผลมาจากความกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัด เนื่องจากการขาดความรู้ความเข้าใจ และไม่ทราบว่าตนเองจะเผชิญกับสถานการณ์ใดบ้าง เมื่อบุคคลได้รับภาวะคุกคามจะเกิดความวิตกกังวลขึ้น

การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดถือเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยและยังช่วยในการประเมิน และเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด

เมื่อพิจารณาในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งได้รับคำแนะนำ การสอนเป็นรายบุคคลการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดต่อกระจก พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลกลุ่มควบคุมหลังน้อยลงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ แต่อย่างไรก็ตามระดับความเครียดยังอยู่ในระดับปานกลางไม่มีการเปลี่ยนแปลง ผลการทดลองดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า กิจกรรมการให้ข้อมูลของการพยาบาลตามปกติ มีส่วนลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ได้บางส่วน แต่ยังไม่สามารถช่วยลดระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ เนื่องจากการพยาบาลตามปกติยังขาดการฝึกทักษะการให้ความรู้ผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ใช้ระยะเวลาในการให้ความรู้อาจไม่เพียงพอ และอาจขาดการตระหนักถึงความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ จึงมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และมีระดับความวิตกกังวลลดลงเป็นระดับต่ำ เนื่องจากการได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ ผลการศึกษาสนับสนุนแนวสอดคล้องกับทฤษฎีประมวลสารสนเทศ (Information Processing Theory) ของ Klausmeire (1985) ที่กล่าวว่า การที่มนุษย์รับสิ่งเร้าเข้ามาทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 สิ่งเร้าบุคคลจะเลือกรับสิ่งเร้าที่ตนรู้จักหรือมีความสนใจ จะช่วยให้การเรียนรู้และงานที่ทำประสบผลสำเร็จตามที่ต้องการ และใช้ความเข้าใจในการรู้ดังกล่าวในการจัดการควบคุมกระบวนการคิด จะช่วยให้การเรียนรู้และงานที่ทำประสบผลสำเร็จตามที่ต้องการได้ นอกจากนี้ ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-Regulation) ของ Johnson (1999) กล่าวว่า การให้ข้อมูลที่บอกถึงความรู้สึกที่รับรู้ทางประสาทสัมผัสและองค์ประกอบอื่นของประสบการณ์ของผู้ป่วยเรียกว่า การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย (concrete-objective information) เป็นการให้ข้อมูลตามความเป็นจริงโดยไม่มีการประเมินหรือใส่ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลลงไป และการให้ข้อมูลผ่านสื่อ

สังคมออนไลน์ (Social Media) ถือเป็นที่นิยมกันมากในสังคมออนไลน์ในปัจจุบัน ทำให้ผู้ป่วยสามารถทราบข้อมูลการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต่อกระดูกที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและสามารถลดความวิตกกังวลได้

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อารุณี อัครศุภฤกษ์ (2547) ที่ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการให้ข้อมูลแบบมีแบบแผนแก่ผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อกระดูกในระยะก่อนผ่าตัด การศึกษาของ โสภา พิศจาร (2550) ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ต่อความวิตกกังวลของมารดาที่บุตรจะเข้ารับการตรวจสวนหัวใจ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปณัฐทิกา เหล็กแท้ (2551) ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก และผลการศึกษานับสนุนการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด ถือเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยและยังช่วยในการประเมิน และเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด

จึงสรุปได้ว่า ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระดูกวัยผู้ใหญ่ สามารถทำให้ระดับความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย

จากการศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระดูกวัยผู้ใหญ่ ผู้วิจัยได้พบปัญหาและอุปสรรคในการศึกษา ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการศึกษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยจึงต้องเพิ่มความระมัดระวังในการสื่อสารและการสนทนากับผู้ป่วยเพื่อความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการเก็บข้อมูลที่ห้องให้สุขศึกษาประจำหอผู้ป่วย

2. ผู้วิจัยทำการศึกษาในช่วงเดือน ธันวาคม พ.ศ.2556 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2557 ซึ่งเป็นช่วงที่มีวิกฤตการณ์ทางการเมือง ส่งผลกระทบให้จำนวนผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกลดลง ทำให้การเก็บข้อมูลการครบตามกำหนดล่าช้าออกไป

## ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ มีผลทำให้ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระจกวัยผู้ใหญ่มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลง ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

### 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลระดับปานกลางขึ้นไป ควรนำโปรแกรมนี้ไปปรับใช้ โดยการจัดทำคู่มือให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดต่อกระจก จัดทำคลิป VDO เกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดต่อกระจก เพราะสื่อที่ผู้ป่วยให้ความสนใจและมีผลต่อการรับรู้ข้อมูลมากที่สุด โดยใช้สื่อสังคมออนไลน์มาช่วยในการพยาบาล เนื่องจากเป็นสื่อที่นิยมและสามารถเข้าถึงได้ง่ายในปัจจุบัน

1.2 จัดอบรมพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์

### 2. ด้านการบริหาร

2.1 ควรส่งเสริมการบริการเชิงรุกโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์เข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการทางการพยาบาล เนื่องจากมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย และสามารถเข้าถึงได้ง่าย สามารถตอบสนองต่อวิถีชีวิตในสังคมปัจจุบัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถได้รับคำแนะนำได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และสามารถซักถามข้อสงสัย โดยพยาบาลสามารถข้อซักถามได้อย่างทันที

2.2 ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดบริการด้านสุขภาพ รวมทั้งช่วยในการวางรูปแบบการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระจกและโรคตาอื่นๆ ที่มีความวิตกกังวลก่อนได้รับการผ่าตัดให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

### 3. ด้านการวิจัย

3.1 ควรมีการศึกษานำโปรแกรมไปทดลองใช้ศึกษาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยโรงพยาบาลของรัฐเพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลรูปแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ กับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโรคทางตาอื่นๆ เช่น โรคจอประสาทตาหลุดลอก โรคทางกระจกตา โรคต้อหิน เป็นต้น

3.2 ควรมีการศึกษาผลของการให้ข้อมูลรูปแบบการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ กับการลดจำนวนการงดเลื่อนผ่าตัดตาแบบผู้ป่วยนอก

3.3 ควรมีการนำสื่อสังคมออนไลน์อื่นนอกจาก Facebook มาประยุกต์ใช้เป็นช่องทางในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดได้ เช่น Line ซึ่งปัจจุบันมีการใช้ช่องทางสื่อสังคมออนไลน์เหล่านี้มากขึ้น

## รายการอ้างอิง

- กนกวรรณ หอมจันทนกุล. (2545). ความเครียดของผู้ป่วยต่อกระจกในระยาะรผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กิจกรรมพัฒนาคุณภาพงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ ปี 2554. การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก <http://www.phraehospital.go.th/or/Quality%20activities54.html> สืบค้น 28 กันยายน 2555.
- กนกวรรณ ตลกสกุลชัย และชัยเลิศ พิษิตพรชัย. (2554). สรุวิทยา 3. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- ขวัญตา เกิดชูชื่น และสุจินดา ริมศรีทอง. (2540). การพยาบาลจักษุวิทยา เล่ม 1. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. (พิมพ์ครั้งที่ 3).นนทบุรี: ยูทธรินทร์การพิมพ์.
- ชลลดา จงสมจิตต์. (2553). ผลของการเตรียมมารดา ก่อนเข้าเยี่ยมทารกคลอดก่อนกำหนดครั้งแรก โดย การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวลของมารดา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชยันตร์ธร ปทุมานนท์ และคณะ. (2542). การสูบบุหรี่และต่อกระจกในผู้สูงอายุ. วารสารจักษุสาธาณสุข. 13, 2: 117-130.
- ณวัฒน์ วัฒนชัย. ต่อกระจก (ออนไลน์), เข้าถึงได้จาก <http://thaiclinic.com/cataract.html> สืบค้นเมื่อ 1 เมษายน 2555.
- ทองคุณ ยุบัวภา. (2551). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจกในระยะก่อนและภายหลังผ่าตัดต่อกระจก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทิตนา แคมมณี. (2554). ศาสตร์การสอน : องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภัสกร กรวยสวัสดิ์. (2553). ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์. วารสารสารสนเทศศาสตร์. 28, 3: 82-88.
- ปณัฐิกา เหล็กแท้. (2551). ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีต่อทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปาหนัน บุญหลง. (2528). การพยาบาลจิตเวช. (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: เชียงใหม่สหนวกิจ.
- ปิยะนุช เพชรศิริ. (2550). ผลการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดต่อกระจก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิยาณี ฉนวนคร. (2548). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ผ่องพักตร์ ชูศรี. (2542). บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติทางตาในโครงการป้องกันตาบอดและส่งเสริมสุขภาพตาในประเทศไทย. วารสารจักษุสาธารณสุข, 13, 1: 69-71.
- พรทิพย์ ศุภมณี และคณะ. (2553). ประสิทธิภาพของการเยี่ยมเพื่อให้ความรู้ก่อนผ่าตัดต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดใหญ่ทางนรีเวชกรรม โรงพยาบาลศิริราช. Journal of Nursing Science, 28, 1: 47-57.
- พรทิศา มีสุวรรณ และชนิษฐา นาคะ. (2551). การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยความต้องการข้อมูลและความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดหูดอกจมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร, 26, 2: 186-193.
- พัฒนกร ทองคำ. (2547). ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอาณานิพนธ์ต่อความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิชญาภา พิษะยะ. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและพฤติกรรมทางเพศของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิชิต วิจิตรบุญยรักษ์. สื่อสังคมออนไลน์ : สื่อแห่งอนาคต. (ออนไลน์), เข้าถึงได้จาก [http://www.bu.ac.th/knowledgecenter/executive\\_journal/oct\\_dec\\_11/pdf/aw016.pdf](http://www.bu.ac.th/knowledgecenter/executive_journal/oct_dec_11/pdf/aw016.pdf) สืบค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2555.
- ภารดี นานาศิลป์. (2543). ต่อกระจก: การดูแล. ขอนแก่น. คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- ภัทนี สามเสน. (2542). จักษุวิทยา. กรุงเทพฯ: พับบลิชซิงจำกัด.
- ยุพดี รัตตะรังสี. (2545). การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุทางจักษุวิทยา. กรุงเทพฯ: พิมพ์ลักษณ์.
- รพีพรรณ อุปการ และคณะ. (2553). ผลการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในการลดความวิตกกังวลในกลุ่มผู้ป่วยวัยทองก่อนกำหนดการทำผ่าตัด. งานการพยาบาลสูติศาสตร์นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลศิริราช.
- ราวรรณ พลอยฉาย และคณะ. (2552). การศึกษาทัศนคติที่มีต่อการดูแลรักษาพยาบาลและความคาดหวังต่อการมองเห็นของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระจกโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี. งานตาหูดอกจมูกโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี.
- ลดา สรณารักษ์ และชูศรี วีระสุขโพธิ์. (2538). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระจกในผู้สูงอายุก่อนการผ่าตัด ณ ห้องผ่าตัด. ขอนแก่นวารสาร, 19, 3: 83-92.
- ลดาวัลย์ บุรณะปิยะวงศ์. (2544). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลความรู้และการปฏิบัติตนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วาสนา ฟุ้งฟู. (2548). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัฒน์ยี่ เย็นจิตร. (2546). Elimination of avoidable blindness (vision 2020 A 56/26). จักษุสาธารณสุข, 17, 2: 137-144.

- วัฒน์ยี ยืนจิตร และคณะ. (2550). รายงานผลการสำรวจสถานะตาบอดสายตาลี้นรางโรคตาที่เป็น ปัญหาสาธารณสุข ครั้งที่ 4 ในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วัลลภ เอี่ยมสมบุญ. (2545). การดูแลดวงตาผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. ปียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- วีณา ลอยเมฆ. (2549). การพัฒนารูปแบบการให้คำแนะนำเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.
- ศักดิ์ชัย วงศ์กิตติรักษ์ และประภัสร์ ศุขศรีไพศาล. (2546). จักขุวิทยาสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ. อูษาการพิมพ์.
- ศิริดา เกษรศรี. (2547). ความสัมพันธ์ของความบกพร่องในการมองเห็นและแหล่งที่กษะภายในตนเองต่อ อาการซีมเศร้าในผู้ที่สูญเสียการมองเห็น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล. (2545). การพยาบาลผู้รับบริการที่ผิดปกติทางตา. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สกาวัฒน์ คุณาวิศรุตและคณะ. (2548). แนวทางการปฏิบัติโรคทางจักขุวิทยาสำหรับจักษุแพทย์. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุทธิรักษ์ วิภูสันติ. (2552). ผลการคัดกรองผู้ป่วยต่อกระจกในเขตพื้นที่ให้บริการของโรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา. กลุ่มงานจักขุวิทยาโรงพยาบาลเชียงคำ. ลำปางเวชสาร, 30, 1: 35-39.
- สุวณีย์ กิ่งแก้ว. (2527). แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช. (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: โรงพิมพ์ปอง.
- สุวิมล ว่องวานิช และนางลักษณ์วีรัชชัย. (2546). แนวทางการให้คำปรึกษาวิทยานิพนธ์. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ตำราและเอกสารทางวิชาการคณะครุศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวัฒน์ วัฒนวงศ์. (2534). จิตวิทยาการเรียนรู้ผู้ใหญ่. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- สุรศักดิ์ ปาเฮ. เฟซบุ๊ก: การใช้สื่อเครือข่ายสังคมเป็นเครื่องมือทางการศึกษา. (ออนไลน์), เข้าถึงได้จาก <http://www.addkute3.com/wp-content/uploads/2011/11/facebook.pdf> สืบค้นเมื่อ 3 มิถุนายน 2555.
- สันติ วิริยะรังษฤษฏ์. (2545). รายงานผลการสำรวจกลุ่มผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการเทคโนโลยีสารสนเทศแห่งชาติ.
- โสภา พิศจาร. (2550). ผลการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรจะเข้ารับการสวนหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนีย์ จันทรมหเสถียร, (2549). ความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่. พยาบาลสาร, 3, 3: 184-94.
- แสง ปัญญาดี. (2544). ผลการให้ข้อมูลการผ่าตัดต่อกระจกต่อการลดความวิตกกังวลและพฤติกรรมร่วมมือของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษามหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

- อารุณี อัครศุภฤกษ์. (2547). ประสิทธิผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนแก่ผู้สูงอายุโรคต้อกระจกในระยะก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยบูรพา.
- อาชญญา รัตนอุบล และคณะ. (2552). การศึกษาสภาพปัญหาความต้องการและรูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยแรงงาน. คณะครุศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิชาติ สิงคาลวณิช และคณะ. (2540). ตำราจักษุวิทยา. กรุงเทพฯ: โฮลิสติกพับลิชชิง.
- อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต :แนวทางการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพฯ: วี.เจ. พรินติ้ง.
- อัจฉรา ศิรินันท์. (2553). การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกโรงพยาบาลบุรีรัมย์. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อนก เพทวนิช. (2528). จักษุวิทยาในเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร.
- เอื้องพร พิทักษ์สังข์ และคณะ. (2554). การศึกษาความวิตกกังวลความเครียดและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดทางตาแบบผู้ป่วยนอก. วารสารพยาบาลศิริราช, 4, 1: 35-41.
- American Academy of Ophthalmology (AAO). (2011). Preferred practice pattern guideline: Cataract in the adult eye. San Fransisco.
- Basset, K. et al. (2005). RESIO revisited: visual function assessment and cataract surgery in British Columbia. Can J Ophthalmol. 40: 27-33.
- Bostrom, C.E. and Schwecke, L.H. (1995). Anxiety related disorder. In N.L. Keltner, L.H. Schwecke, and C.E. Bostrom, Psychiatric Nursing. (2<sup>nd</sup> ed), 423-457. Phialadelphia: Mosby.
- Darcup, K. and Moser, D.K. (1997). Beyond sociodemographics factor influencing the decision to seek treatment for symptom of myocardial infraction. Heart and Lung, 26, 4: 53-62.
- Domar, A.D. et al. (1989). Preoperative anxiety: Is it a predictable entity. Anesth Analg, 6, 9: 763-7.
- Eye Disease Prevalence Research Group (EDPRG). (2004). Prevalence of cataract and pseudophakia/aphakia among adult in the United State. Arch Ophthalmol. 122: 487-494.
- Garg, P. (2002). Cataract. In Agarwal et al. editors. Textbook of ophthalmology. New Delhi: Jaypee brothers medical publishers.
- Harper, R.A. and Shock, J.P. (2004). Lens. In Riordan and Witcher. Vaughan and Asbury's. General Ophthalmology. 16<sup>th</sup> ed. New York: Mcgraw Hill companies.



- Houde, S.C. and Huff, M.A. (2003). Age-related vision loss in older adult a challenge for gerontological nurse. Journal of Gerontological Nursing, 29, 4: 25-33.
- James, M.D. (1995). The prevalence of blindness and visual impairment among nursing home residents in baltimore. The New England Journal of Medicine. 332: 18.
- Johnson J.E. (1999). Self-regulation theory and coping with physical illness. Research Nurse Health. 22: 435-48.
- Johnson, J.E. and Lauver, D.R. (1989). Althernative explanation of coping with stressful experiences associated with physical illness. Advances in Nursing Science, 11, 2: 39-52.
- Konyama, M.D. (2002). Prevention of blindness in Thailand. Thai Journal of Public Health Ophthalmology, 14, 2: 167-191.
- Klausmeier, H.J. (1985). Educational Psychology. New York: Harper & Row.
- Lazarus, R.S. and Averill, J.R. (1992). Emotion and cognition: With special reference to anxiety. In Anxiety current Trends in Theory and Research, 241-283.
- Leinonen, T. et al. (2001). The quality of preoperative care: Development of a tool for the perceptions of patient. Journal of Advanced Nursing, 35, 2: 294-306.
- Leventhal, H. and Johnson, J.E. (1983). Laboratory and field experimentation: Development of a theory self regulation. In Wooldridge PJ, Schmitt MH, Skipper JK, Leonard RC, editors. Behavioral science and Nursing theory. St. Louis: CV Mosby: 189-262.
- Luckmann, J. and Sorensen, K.C. (1980). Medical surgical nursing: A psychophysiologic approach. (2<sup>nd</sup> ed). Philadelphia: W. B. Saunder.
- Ocampo, V.V. and Foster, C.S. (2002). Cataract senile. (Online). Available: <http://www.emedicine.com./oph/topic 49.html> Retrieved Aug 1, 2012.
- Osman, M.E. and Hannafin, M.J. (1992). Metacognition research and theory: Analysis and implication for instruction design. Education Technology Research and Development, 40, 2: 83-99.
- Paris, S.G, M.Y. Lipson and K.K. Wixson. (1983). Becoming a strategic Reader contemporary Educational Psychology. 8: 239-316.
- Peplau, C. (1978). Mental health aspects of community health nursing. New York: Mcgraw-Hill Book.
- Polit, D.F. and Beck, T.B. (2006). Essentials of nursing research: Methods, appraisal and utilization. (6<sup>th</sup> ed). Philadelphia: Lipponcott, William and Wikins.
- Polit, D.F. and Hunger, B.P. (1995). Nursing research: Principles and methods. (5<sup>th</sup> ed). Philadelphia: Lipponcott.

The Royal College of Ophthalmologists (RCO). Cataract surgery guidelines September 2010. (Online). Available: [www.rcophth.ac.uk](http://www.rcophth.ac.uk) Retrieved June 26, 2012.

Reynolds, N.R. and Alonzo, A.A. (2000). Self-regulation: The commonsense model of illness representation. In: Rice VH, editor. Handbook of stress, coping, and health. Thousand Oaks: Sage. Wiley-Interscience publication. 483-94.

Spielberger, C.D. Gorsuch, R.C., and Lushene, R.E. (1970). Manual for the state-trait anxiety inventory. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.

Spielberger, C.D. (1976). The nature and measurement of anxiety. In Spielberger, C.B. and Diaz – Guerrero, R. (Eds.). Cross – culture anxiety. Washington: Hemisphere.

West, S. et al. (2005). The incident of endophthalmitis after cataract surgery among the U.S. medicare population increased between 1994 and 2001. *Ophthalmology*, 113, 8: 1388-1401.

William, W.K. Zung. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12, 6: 371–379.

Wilson, T.D. (2000). Human Informtion Behaviour. *Informing Science*, 3, 2: 49-55.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY




ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ปริชญ์ โจรนพงศ์พันธุ์  
หัวหน้าภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. นายแพทย์ ณัฐวุฒิ วน้ำค้าง  
จักษุแพทย์ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล
3. อาจารย์ วรรัตน์ ประทานวโรปัญญา  
หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
4. นางสุภัทรา อยู่สุข  
หัวหน้างานการพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
5. นางเอื้องพร พิทักษ์สังข์  
หัวหน้างานการพยาบาล หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลศิริราช



ภาคผนวก ข  
ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศร 0512.11/01๐๒

วันที่ 22 มกราคม 2556

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน หัวหน้าภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ (รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ปริญญ์ โรจนพงศ์พันธุ์)

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
  2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม – ประนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจก ้วยผู้ใหญ่” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

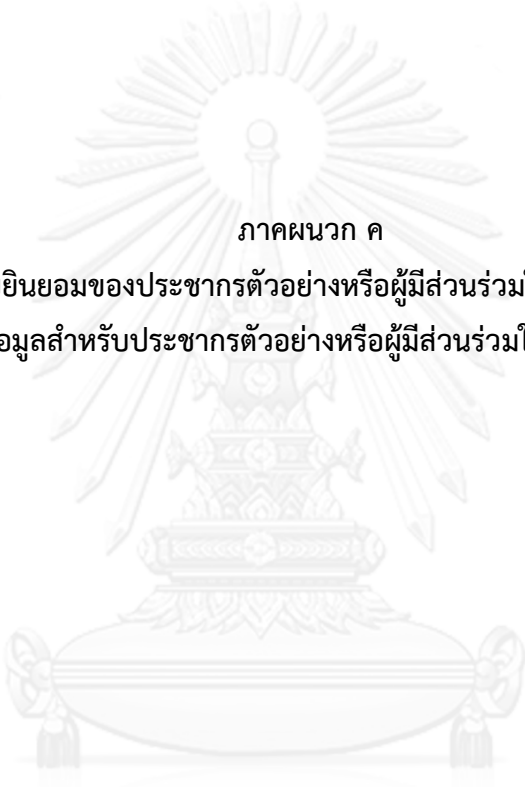
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธ์ สาส์ตย์ โทร. 0-2218-1150

ชื่อนิสิต

นางสาวธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์ โทร. 089-715-7348



ภาคผนวก ค

ใบอนุญาตของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



## เอกสารชี้แจงข้อมูลโครงการวิจัยและแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

โดยได้รับการบอกกล่าว

(Participant Information Sheet and Informed Consent Form)

**ชื่อโครงการวิจัย:** ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์  
ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่

**ผู้วิจัย:** นางสาวนารวรรณ ศรีกุลวงศ์ นิสิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (FLEXIBLE LEARNING)  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ที่อยู่:** 870/9 แสปปี้คอนโดมิเนียม ซอยรัชดาภิเษก 18 แขวงสามเสนนอก เขตห้วยขวาง  
กรุงเทพมหานคร

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ตลอดเวลา: 089-715-7348

เรียน ท่านผู้ป่วยที่นับถือ

ท่านกำลังได้รับเชิญเข้าร่วมในโครงการวิจัยเรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่” ซึ่งเป็นวิทยานิพนธ์ของผู้วิจัยชื่อ นางสาวนารวรรณ ศรีกุลวงศ์ นิสิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (FLEXIBLE LEARNING) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เหตุผลที่ท่านได้รับเชิญเข้าร่วมการวิจัยเนื่องจากท่านได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต่อกระจกและกำลังจะได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ทั้งนี้ การผ่าตัดมักทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความวิตกกังวลและหวาดกลัวเพราะอาจขาดความรู้ความเข้าใจและไม่ทราบว่าตนเองจะเผชิญกับสถานการณ์ใดบ้าง ความวิตกกังวลนี้อาจเป็นผลทำให้ผู้ป่วยขาดสมาธิและเกิดอาการเกร็งขณะผ่าตัด ทำให้การผ่าตัดไม่ราบรื่น และเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะผ่าตัดหรือหลังผ่าตัดได้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอกจึงเห็นว่า การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการผ่าตัด ผลการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดอาจช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยลงได้

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยก่อนเข้ารับการผ่าตัดในผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ โดยการให้ข้อมูลรายบุคคลแก่ผู้ป่วยด้วยตัวผู้วิจัยและการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ Facebook ซึ่งผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยสามารถใช้สื่อสังคมออนไลน์ดังกล่าวผ่านทางเครื่องมือสื่อสารของตนเองได้ เช่น โทรศัพท์มือถือ i-Pad หรือ คอมพิวเตอร์ โดยผู้วิจัยได้จัดทำ Clip VDO ที่มีทั้งภาพและเสียง สำหรับผู้ที่มีปัญหาในการอ่าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับข้อมูลความรู้ได้ตามความเหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถทราบข้อมูลการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต่อกระจกที่สอดคล้องกับความต้องการของตนเองเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนเข้ารับการผ่าตัด

ผู้วิจัยขออนุญาตที่จะให้ข้อมูลและคำอธิบายโครงการโดยละเอียดแก่ท่าน และขออนุญาต แจกเอกสารชี้แจงข้อมูลโครงการวิจัย ท่านสามารถใช้เวลาของท่านอย่างเต็มที่ในการอ่านและทำความเข้าใจข้อมูลต่างๆ ในเอกสารนี้ และอาจปรึกษาญาติของท่าน รวมทั้งสอบถามข้อมูลจากผู้วิจัยได้ทุก ประการที่ท่านไม่เข้าใจ การเข้าร่วมในการวิจัยนี้เป็นความสมัครใจของท่าน การปฏิเสธเข้าร่วมการ วิจัยจะไม่ทำให้ท่านได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการด้าน การแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชนฯ ที่เป็นพื้นที่ทำการศึกษ ได้รับพิจารณารับรองจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะกรรมการ พิจารณาการวิจัยประจำสถาบันของโรงพยาบาลเอกชนฯ ที่เป็นพื้นที่ทำการศึกษแล้ว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วย ก่อนและหลัง ได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์จากผู้วิจัย และ เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการ ให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ และผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**วิธีดำเนินการวิจัยและขั้นตอนที่จะปฏิบัติต่อท่าน**

ถ้าท่านสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการลงนามอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบแสดง ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการต่อท่านดังนี้

1. ขอให้ท่านตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (การตอบครั้งแรก) หลังจากที่ท่านให้ ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว แบบสอบถามนี้มีจำนวน 20 ข้อ เป็น คำถามเลือกตอบแบบมีลำดับ คือ มีมาก มีค่อนข้างมาก มีเล็กน้อย และไม่มีเลย ท่านจะใช้เวลาตอบ ประมาณ 10 นาที

2. ภายหลังจากที่ท่านตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยจะประเมินคำตอบของท่าน หากท่านมี ระดับคะแนนความวิตกกังวลในระดับปานกลางขึ้นไปและมีคุณสมบัติอื่นครบถ้วนตามเกณฑ์การรับ ผู้เข้าร่วมการวิจัย ท่านจึงจะสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ต่อไป

3. หากท่านสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ต่อไป ผู้วิจัยจะจัดให้ท่านอยู่ในกลุ่มการวิจัยกลุ่มใด กลุ่มหนึ่งในสองกลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม หรือ กลุ่มทดลอง โดยการจับคู่ของกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะ คล้ายกันที่ละคู่ ซึ่งผู้วิจัยจะดำเนินการในกลุ่มควบคุมก่อน จากนั้นจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง สลับกัน ไปทีละคู่

4. หลังจากนั้น ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ เป็น คำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดต่อกระดูก จำนวน 21 ข้อ เป็น คำถามเลือกตอบแบบ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ โดยท่านจะใช้เวลาในการตอบประมาณ 10 นาที

5. เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว หากท่านอยู่ในกลุ่มควบคุมท่านจะได้รับการพยาบาล ตามปกติ และถ้าท่านอยู่ในกลุ่มทดลองท่านจะได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการให้ข้อมูล

แบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ที่ผู้วิจัยเป็นผู้จัดทำ (หมายเหตุ: โปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับโรคต่อกระจก ได้แก่ การเตรียมตัวก่อนเข้ารับการผ่าตัด สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด การปฏิบัติตัวขณะ/หลังการผ่าตัด วิธีการหยอดยาและการเช็ดตา)

6. ถ้าท่านอยู่ในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจะจัดโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์กับท่านที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุของโรงพยาบาล และจะขอให้ท่านกลับไปดูจากสื่อสังคมออนไลน์ของท่านเองอีกครั้งที่บ้าน (และสำหรับผู้ที่อาจไม่สะดวกหรือไม่มีเวลาเพียงพอในการดูผ่านสื่อสังคมออนไลน์ของผู้วิจัยที่โรงพยาบาล ผู้วิจัยจะขอให้กลับไปดูเองที่บ้าน โดยผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยควรเข้าดูอย่างน้อย 1 ครั้ง) ในระหว่างระยะเวลาการผ่าตัด (ระยะเวลาของการผ่าตัดประมาณ 7-14 วัน) การให้ข้อมูลในส่วนนี้ที่โรงพยาบาลจะใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที

7. เมื่อถึงกำหนดวันผ่าตัด ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการผ่าตัด (ในระหว่างรอเข้าห้องผ่าตัด ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง) ผู้วิจัยจะขออนุญาตเข้าพบท่านเพื่อขอให้ท่านตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญและแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระจกซึ่งเป็นการตอบครั้งที่สอง หลังจากที่ท่านได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระจกแล้ว โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที หากท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมหรือมีข้อซักถามใดๆ ท่านสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ถ้าท่านต้องการ

#### **การปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยและการถอนตัวออกจากการศึกษา**

ท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย หรือขอถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น ในระหว่างที่ท่านตอบแบบสอบถาม ท่านสามารถยุติการตอบได้ตลอดเวลา หรือสามารถละเว้นคำถามบางข้อได้หากไม่ต้องการจะตอบ โดยท่านจะไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น

#### **ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย**

การเข้าร่วมในการวิจัยนี้อาจเป็นการรบกวนหรือทำให้ท่านเสียเวลาได้ เนื่องจากผู้วิจัยต้องขอรบกวนให้ท่านตอบแบบวัดความวิตกกังวล 2 ครั้ง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 1 ครั้ง และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระจก 2 ครั้ง และถ้าท่านอยู่ในกลุ่มทดลองท่านยังต้องเสียเวลารับฟังโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์เกี่ยวกับโรคต่อกระจกที่จัดทำขึ้นโดยผู้วิจัย ซึ่งข้อมูลนี้อยู่ในขั้นตอนของการศึกษาวิจัยจึงยังไม่สามารถพิสูจน์ถึงความถูกต้องอย่างชัดเจนได้ ซึ่งผู้วิจัยจะแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบในประเด็นนี้ทั้งด้วยวาจาและเป็นลายลักษณ์อักษร ถึงแม้ว่าผู้วิจัยจะเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกจักษุของโรงพยาบาลเอกชนฯ ที่เป็นพื้นที่ศึกษาก็ตาม (สำหรับกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ)

ความเสี่ยงอีกประการหนึ่งอาจเกิดจากการละเมิดความลับและความเป็นส่วนตัวของท่านได้ ซึ่งผู้วิจัยจะปกปิดและรักษาข้อมูลความลับส่วนบุคคลของท่านอย่างรัดกุมโดยใช้รหัสการวิจัย (Study Number – SN) แทนหมายเลขประจำตัวผู้ป่วย (Hospital Number – HN) ในแบบสอบถามทุกฉบับ

## การรักษาความลับของผู้เข้าร่วมโครงการ

ผู้วิจัยจะใช้ความระมัดระวังเป็นอย่างดีที่สุดในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้เพื่อปกป้องและรักษาข้อมูลความลับให้กับท่าน โดยในแบบสอบถามทุกฉบับจะระบุ SN แทน HN ซึ่งการที่ผู้วิจัยต้องระบุ SN ไว้นั้น เพื่อใช้ในการเชื่อมโยงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างรายเดียวกันที่ตอบแบบสอบถามสำหรับการเปรียบเทียบข้อมูลเท่านั้น แต่ SN นี้จะไม่สามารถเชื่อมโยงกลับไปยังตัวผู้ตอบแบบสอบถามได้เป็นอันขาด ข้อมูลทั้งหมดที่ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมจากท่านจะเก็บรักษาเป็นความลับอย่างดีที่สุดที่ปลอดภัย และจะทำลายเมื่อการวิจัยสิ้นสุดลง (ผลงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์) ข้อมูลทั้งหมดจะนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ผลการวิจัยที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมจะไม่มีเปิดเผยข้อมูลรายบุคคลเป็นอันขาด

## ประโยชน์ที่ท่านอาจได้รับจากการวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงใดๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยนี้ แต่ผู้วิจัยมีความคาดหวังว่าถ้าท่านอยู่ในกลุ่มทดลอง ท่านอาจได้รับความรู้จากโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์เกี่ยวกับโรคต่อกระดูกที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น ซึ่งข้อมูลดังกล่าวอาจทำให้ท่านได้รับความรู้ในการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการผ่าตัด สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด การปฏิบัติตัวขณะ/หลังการผ่าตัด วิธีการหยอดยาและการเช็ดตา) ซึ่งอาจทำให้ท่านคลายความวิตกกังวลในการที่จะต้องเข้ารับการผ่าตัดลงไปได้บ้าง

## ค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นเพียงการให้โปรแกรมข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์เกี่ยวกับโรคต่อกระดูก และขอให้ท่านตอบแบบสอบถามการวิจัยเท่านั้น ไม่มีการตรวจรักษา หรือการทำกระบวนการทางการแพทย์ใดๆ ต่อท่าน จึงไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

## ค่าตอบแทนหรือค่าชดเชยในการเข้าร่วมการวิจัย

เนื่องจากโครงการวิจัยนี้เป็นเพียงวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาระดับชั้นปริญญาโท ซึ่งไม่ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันใดๆ จึงไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนหรือการชดเชยใดๆ ให้กับท่าน

หากท่านมีคำถามหรือต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อได้ที่:

ผู้วิจัย: นางสาวธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์ นิสิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (FLEXIBLE LEARNING) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่อยู่: 870/9 แสปปี้คอนโดมิเนียม ซอยรัชดาภิเษก 18 แขวงสามเสนนอก เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ตลอดเวลา: 089-715-7348

หากท่านต้องการทราบสิทธิเกี่ยวกับการเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยหรือมีข้อปัญหาทางด้านจริยธรรมการวิจัย ท่านสามารถติดต่อได้ที่:

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โทรศัพท์: 02-218-8147 (ในเวลาราชการ)

หรือ

ประธานคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยประจำสถาบันของโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นพื้นที่ทำการศึกษา

โทรศัพท์: 02-2565166 (ในเวลาทำการ)

ขอขอบคุณที่ท่านได้สละเวลารับฟังคำอธิบายข้อมูลโครงการวิจัยและอ่านทบทวนข้อมูลในเอกสารฉบับนี้

โปรดพิจารณาเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจของท่าน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

(สำหรับผู้ป่วย)

## แบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับการบอกกล่าว

ชื่อโครงการวิจัย: ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์

ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระดูกงูใหญ่

วันที่ให้ความยินยอม:

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

จะลงนามในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยได้อธิบายข้อมูลโครงการวิจัยที่จะดำเนินการแก่ข้าพเจ้าทราบโดยละเอียดเกี่ยวกับเหตุผลที่ต้องทำการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการและขั้นตอนการวิจัยที่จะปฏิบัติต่อข้าพเจ้า การปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย การถอนตัวออกจากโครงการวิจัย ความเสี่ยงและประโยชน์ที่อาจได้รับจากการวิจัย รวมถึงการรักษาข้อมูลความลับให้กับข้าพเจ้า

ผู้วิจัยได้ให้เวลาแก่ข้าพเจ้าอย่างเพียงพอเพื่ออ่านทำความเข้าใจในเอกสารชี้แจงข้อมูลโครงการวิจัยฉบับนี้ และเปิดโอกาสให้ข้าพเจ้าได้ปรึกษาญาติ และสอบถามข้อมูลต่างๆ ที่ข้าพเจ้ามีความสงสัย โดยผู้วิจัยได้ตอบทุกคำถามของข้าพเจ้าอย่างละเอียดและชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังหรือซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลว่าการเข้าร่วมในการวิจัยนี้เป็นความสมัครใจของข้าพเจ้า การปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย การยุติการตอบแบบสอบถาม และการถอนตัวออกจากวิจัย จะไม่ทำให้ข้าพเจ้าได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น

ภายหลังการให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างเป็นทางการแล้ว ผู้วิจัยจะให้ข้าพเจ้าตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ หากผลการประเมินพบว่าข้าพเจ้ามีคะแนนระดับความวิตกกังวลในระดับปานกลางขึ้นไปและมีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์การรับผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจึงจะสามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อไปได้ แต่หากข้าพเจ้ามีคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ข้าพเจ้าจะไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อไปได้

ผู้วิจัยได้รับรองต่อข้าพเจ้าว่าจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุข้างต้นและตามข้อมูลที่ปรากฏในเอกสารชี้แจงข้อมูลโครงการวิจัยฉบับนี้ โดยจะใช้ความระมัดระวังเป็นอย่างดีที่สุดในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้เพื่อปกป้องและรักษาข้อมูลความลับให้กับข้าพเจ้า แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยทุกฉบับจะไม่มีระบุชื่อ-สกุล หมายเลขประจำตัวผู้ป่วย (Hospital Number – HN) หรือข้อมูลใดๆ ที่จะสามารถเชื่อมโยงกลับไปยังตัวข้าพเจ้าได้ โดยผู้วิจัยจะระบุเพียงหมายเลขการวิจัย (Study Number - SN) แทน เพื่อใช้เชื่อมโยงข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถามรายเดียวกันสำหรับใช้

(สำหรับผู้วิจัย)

เปรียบเทียบข้อมูลเท่านั้น แต่ SN นี้จะไม่สามารถเชื่อมโยงกลับไปยังตัวผู้ตอบแบบสอบถามได้เป็นอันขาด

ข้อมูลทั้งหมดที่ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมจากข้าพเจ้าจะเก็บรักษาเป็นความลับอย่างดีในที่ปลอดภัย และจะทำลายเมื่อการวิจัยสิ้นสุดลง (ผลงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์) ข้อมูลทั้งหมดจะนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ผลการวิจัยที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมจะไม่มีเปิดเผยข้อมูลรายบุคคลเป็นอันขาด

ข้าพเจ้าสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ และภายหลังการให้ความยินยอมอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว ผู้วิจัยจะมอบแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าและผู้วิจัยได้ลงนามร่วมกันให้ข้าพเจ้าเก็บไว้หนึ่งฉบับ

ลงนามผู้เข้าร่วมการวิจัย.....

วันที่.....

ตัวบรรจง (.....)

ลงนามผู้วิจัย.....

วันที่.....

ตัวบรรจง (.....)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

(สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย)

## แบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าว

ชื่อโครงการวิจัย: ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์  
ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระดูกวัยผู้ใหญ่

วันที่ให้ความยินยอม:

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

จะลงนามในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยได้อธิบายข้อมูลโครงการวิจัยที่จะดำเนินการแก่ข้าพเจ้าทราบโดยละเอียดเกี่ยวกับเหตุผลที่ต้องทำการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการและขั้นตอนการวิจัยที่จะปฏิบัติต่อข้าพเจ้า การปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย การถอนตัวออกจากโครงการวิจัย ความเสี่ยงและประโยชน์ที่อาจได้รับจากการวิจัย รวมถึงการรักษาข้อมูลความลับให้กับข้าพเจ้า

ผู้วิจัยได้ให้เวลาแก่ข้าพเจ้าอย่างเพียงพอเพื่ออ่านทำความเข้าใจในเอกสารชี้แจงข้อมูลโครงการวิจัยฉบับนี้ และเปิดโอกาสให้ข้าพเจ้าได้ปรึกษาญาติ และสอบถามข้อมูลต่างๆ ที่ข้าพเจ้ามีความสงสัย โดยผู้วิจัยได้ตอบทุกคำถามของข้าพเจ้าอย่างละเอียดและชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังหรือซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลว่าการเข้าร่วมในการวิจัยนี้เป็นความสมัครใจของข้าพเจ้า การปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย การยุติการตอบแบบสอบถาม และการถอนตัวออกจากวิจัย จะไม่ทำให้ข้าพเจ้าได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น

ภายหลังการให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างเป็นทางการแล้ว ผู้วิจัยจะให้ข้าพเจ้าตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ หากผลการประเมินพบว่าข้าพเจ้ามีคะแนนระดับความวิตกกังวลในระดับปานกลางขึ้นไปและมีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์การรับผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจึงจะสามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อไปได้ แต่หากข้าพเจ้ามีคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ข้าพเจ้าจะไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อไปได้

ผู้วิจัยได้รับรองต่อข้าพเจ้าว่าจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุข้างต้นและตามข้อมูลที่ปรากฏในเอกสารชี้แจงข้อมูลโครงการวิจัยฉบับนี้ โดยจะใช้ความระมัดระวังเป็นอย่างดีที่สุดในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้เพื่อปกป้องและรักษาข้อมูลความลับให้กับข้าพเจ้า แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยทุกฉบับจะไม่มีกระบุชื่อ-สกุล หมายเลขประจำตัวผู้ป่วย (Hospital Number – HN) หรือข้อมูลใดๆ ที่จะสามารถเชื่อมโยงกลับไปยังตัวข้าพเจ้าได้ โดยผู้วิจัยจะระบุเพียงหมายเลขการวิจัย (Study



(สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย)

Number - SN) แทน เพื่อใช้เชื่อมโยงข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถามรายเดียวกันสำหรับใช้เปรียบเทียบข้อมูลเท่านั้น แต่ SN นี้จะไม่สามารถเชื่อมโยงกลับไปยังตัวผู้ตอบแบบสอบถามได้เป็นอันขาด

ข้อมูลทั้งหมดที่ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมจากข้าพเจ้าจะเก็บรักษาเป็นความลับอย่างเต็มที่ในที่ปลอดภัย และจะทำลายเมื่อการวิจัยสิ้นสุดลง (ผลงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์) ข้อมูลทั้งหมดจะนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ผลการวิจัยที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมจะไม่มีเปิดเผยข้อมูลรายบุคคลเป็นอันขาด

ข้าพเจ้าสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ และภายหลังการให้ความยินยอมอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว ผู้วิจัยจะมอบแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าและผู้วิจัยได้ลงนามร่วมกันให้ข้าพเจ้าเก็บไว้หนึ่งฉบับ

ลงนามผู้เข้าร่วมการวิจัย.....

วันที่.....

ตัวบรรจง (.....)

ลงนามผู้วิจัย.....

วันที่.....

ตัวบรรจง (.....)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

(สำหรับผู้วิจัย/แพทย์เจ้าของไข้)

### แบบแสดงความยินยอมและอนุญาตให้ผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย: ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์

ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่

วันที่ให้ความยินยอม:

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....  
จะลงนามในแบบแสดงความยินยอมให้ผู้ป่วยในความดูแลของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยฉบับนี้  
ผู้วิจัยได้อธิบายข้อมูลโครงการวิจัยที่จะดำเนินการแก่ข้าพเจ้าทราบโดยละเอียดเกี่ยวกับเหตุผลที่ต้อง  
ทำการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการและขั้นตอนการวิจัยที่จะปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ข้าพเจ้า  
ดูแลอย่างละเอียดถี่ถ้วนแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมให้ นาย/นาง/นางสาว.....

ผู้ซึ่งเป็นผู้ป่วยในความดูแลของข้าพเจ้า เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ และต้องได้รับความยินยอมจาก  
ผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัยนี้ด้วย

ลงนามแพทย์เจ้าของไข้ .....

วันที่.....

ตัวบรรจง (.....)

ลงนามผู้วิจัย.....

วันที่.....

ตัวบรรจง (.....)



ภาคผนวก ง  
เอกสารรับรองอนุมัติจริยธรรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



## บันทึกข้อความ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ฝ่ายวิชาการ
เลขที่หนังสือรับ 1870
ว.ศ.ป. ๒๕๖๕
เวลา 15.00 น.

ณ วันงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 โทร.0-2218-8147  
 ที่ จว ๕45/56 วันที่ 30 ตุลาคม 2556  
 เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. ใบรับรองผลการพิจารณา
  2. เอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
  3. หนังสือแสดงความยินยอม
  4. แบบสอบถาม

ตามที่ นางสาวธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์ นิสิตระดับมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เสนอโครงการวิจัยที่ 122.1/56 เรื่อง ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยศัลยกรรมตาผู้ใหญ่ (THE EFFECT OF CONCRETE-OBJECTIVE INFORMATION AND GIVING INFORMATION THROUGH SOCIAL MEDIA ON ANXIETY IN PREOPERATIVE CATARACT ADULT PATIENTS) เพื่อให้กรรมการผู้ทบทวนหลักพิจารณาจริยธรรมการวิจัยความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

การนี้ กรรมการผู้ทบทวนหลัก ได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้ รับรองวันที่ 24 ตุลาคม 2556

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

*พิมพ์ ฐิติวาท*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันท์ ชัยชนะวงศาโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน  
 กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



โรงพยาบาลสุकुมวิท  
SUKUMVIT HOSPITAL  
ISO 9001 : 2000

12 ธันวาคม 2556

เรื่อง เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือของคณะพยาบาลศาสตร์ เลขที่ ศร 0512.11/1280 ลงวันที่ 21 สิงหาคม 2556

ตามหนังสือที่อ้างถึง นางสาวธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์ขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เพื่อดำเนินการพัฒนานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระดูกใหญ่" ความละเอียดทราบแล้วนั้น

โรงพยาบาลสุकुมวิท ได้พิจารณาแล้ว และอนุญาตให้ นางสาวธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์ เข้ามารับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ที่โรงพยาบาลสุकुมวิทได้ ทั้งนี้ ให้ติดต่อและประสานงานกับคุณโรยา อาลีอิสเฮาะ หัวหน้าศูนย์ตา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ


ขอแสดงความนับถือ

*Handwritten signature*

(นายแพทย์ภรศักดิ์ เขียวประสิทธิ์)

ผู้อำนวยการฝ่ายการเงินและพัฒนางานองค์กร

โรงพยาบาลสุकुมวิท



ภาคผนวก จ  
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย (X) หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ ..... ปี .....เดือน
2. เพศ  
 ชาย                       หญิง
3. ระดับการศึกษา  
 1. ต่ำกว่าปริญญาตรี  
 2. ปริญญาตรี  
 3. สูงกว่าปริญญาตรี
4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน  
 ไม่มีรายได้  
 10,001 – 20,000 บาท  
 20,001 – 30,000 บาท  
 40,001 – 50,000 บาท  
 50,001 บาทขึ้นไป
5. อาชีพ  
 ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว  
 ลูกจ้างเอกชน / พนักงานบริษัท  
 ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ  
 อื่น ๆ ระบุ.....

## แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ

### คำชี้แจง

1. โปรดอ่านคำแนะนำและข้อคำถามก่อนการตอบแบบสอบถาม และตอบคำถามตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่านในขณะนี้เพียงคำตอบเดียวเท่านั้น ซึ่งจะไม่มีคำตอบใดที่ถูกหรือผิด
2. ท่านจะใช้เวลาตอบแบบสอบถามนี้ประมาณ 10 นาที คำถามข้อใดที่ท่านไม่ต้องการตอบ
3. ท่านสามารถไม่ตอบ หรือยุติการตอบแบบสอบถามได้ทันที โดยท่านจะไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น
4. ทุกคำตอบของท่าน ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับไว้ในที่ปลอดภัยและจะทำลายเมื่อการวิจัยสิ้นสุดลง สรุปผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นข้อมูลในภาพรวม จะไม่เปิดเผยข้อมูลรายบุคคลเป็นอันขาด
5. หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับแบบสอบถามนี้ ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้โดยตรง และตลอดเวลาที่โทรศัพท์หมายเลข 089-715-7348

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งที่ท่านกรุณาตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

นางสาวธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์

นิสิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (FLEXIBLE LEARNING)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY



SN.....

แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ

กลุ่ม	<input type="checkbox"/>	ควบคุม	<input type="checkbox"/>	ทดลอง
	<input type="checkbox"/>	Pre-test	วันที่.....	เวลา.....
	<input type="checkbox"/>	Post-test	วันที่.....	เวลา.....

**คำชี้แจง**

แบบสอบถามความวิตกกังวลชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความรู้สึกของท่านในขณะที่ท่านป่วยเป็นโรคต่อกระดูกและได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก โดยอ่านข้อความทางซ้ายมือและทำเครื่องหมาย X ลงในช่องคำตอบทางขวามือ ที่ตรงกับความเป็นจริงเพียงข้อความเดียว ในการเลือกคำตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

ข้อความใดไม่ตรงกับความรู้สึกจริงของท่านขณะนี้	ให้ตอบว่า	ไม่มีเลย
ข้อความใดตรงกับความรู้สึกของท่านขณะนี้เล็กน้อย	ให้ตอบว่า	มีเล็กน้อย
ข้อความใดตรงกับความรู้สึกของท่านขณะนี้ค่อนข้างมาก	ให้ตอบว่า	มีค่อนข้างมาก
ข้อความใดตรงกับความรู้สึกของท่านขณะนี้มาก	ให้ตอบว่า	มีมาก

ข้อความ	ความรู้สึกของท่าน				สำหรับ ผู้วิจัย
	มีมาก	มีค่อนข้างมาก	มีเล็กน้อย	ไม่มีเลย	
1.ท่านยังรู้สึกจิตใจสงบ แม้ท่าน จะเป็นโรคต่อกระดูกและได้รับ การผ่าตัด					
2.ท่านยังรู้สึกว่าชีวิตยังมั่นคง แม้ ท่านจะเป็นโรคต่อกระดูกและ ได้รับการผ่าตัด					

## แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระจกของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดต่อกระจก

### คำชี้แจง

1. โปรดอ่านคำแนะนำและข้อคำถามอย่างละเอียดก่อนการตอบแบบสอบถาม และตอบคำถามตามความเป็นจริงของท่าน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยมากที่สุด
2. ท่านจะใช้เวลาตอบแบบสอบถามนี้ประมาณ 10 นาที คำถามข้อใดที่ท่านไม่ต้องการตอบ ท่านสามารถไม่ตอบคำถามข้อนั้น หรือยุติการตอบแบบสอบถามได้ทันที โดยท่านจะไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น
3. ทุกคำตอบของท่าน ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับไว้ในที่ปลอดภัยและจะทำลายเมื่อการวิจัยสิ้นสุดลง สรุปผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นข้อมูลในภาพรวม จะไม่เปิดเผยข้อมูลรายบุคคลเป็นอันขาด
4. หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับแบบสอบถามนี้ ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้โดยตรง และตลอดเวลาที่โทรศัพท์หมายเลข 089-715-7348

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งที่ท่านกรุณาตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

นางสาวธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์

นิสิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (FLEXIBLE LEARNING)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

SN.....

**แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระจกของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดต่อกระจก**

กลุ่ม	<input type="text"/>	ควบคุม	<input type="text"/>	ทดลอง
	<input type="text"/>	Pre-test	วันที่.....	เวลา.....
	<input type="text"/>	Post-test	วันที่.....	เวลา.....

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย (X) ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดของท่าน

ลำดับ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1	ต่อกระจกเกิดจากภาวะที่เลนส์ตาขุ่นถ้าไม่รักษาจะทำให้ตามัวมาก แต่หากปล่อยไว้นานอาจตาบอดได้			
2	ต่อกระจกพบส่วนมากพบในผู้สูงอายุ			
3	ผู้ป่วยต่อกระจกมักจะมีอาการมองไม่ชัดและตามัวมากขึ้นเรื่อย ๆ			
4	ต่อกระจกระยะแรกสามารถแก้ไขการมองเห็นด้วยการใส่แว่นได้			

## เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

### แผนการให้ความรู้

เรื่อง การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดต่อกระจก

สถานที่ แผนกผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลสุโขมวิท

เวลา 60 นาที

### วัตถุประสงค์

เมื่อสิ้นสุดการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการผ่าตัดต่อกระจกแล้วผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระจกวัยผู้ใหญ่

1. สามารถระบุวิธีการเตรียมตัวในวันก่อนผ่าตัดได้รับถูกต้อง
2. บอกสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดได้ถูกต้อง
3. อธิบายการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดได้ถูกต้อง
4. อธิบายการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง
5. มีพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อน-ขณะ-หลังผ่าตัด ได้อย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	การประเมินผล
<p>เพื่อสร้าง ความสัมพันธ์และ ให้ผู้ป่วยได้แสดง ความคิดเห็น แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ เกี่ยวกับการผ่าตัด ต่อกระดูก</p>	<p>ระยะสร้าง สัมพันธ์ภาพ และ สร้างความรู้สึกร่วมกัน ปลอดภัยในขั้นแรก ของการดำเนินการ ผู้ป่วยต้องมี สัมพันธ์ภาพที่ดีกับ ผู้วิจัยบรรยากาศ เป็นไปด้วยความเป็น มิตร ปลอดภัยและ น่าไว้วางใจ</p>	<p>ชี้แนะ 1. ผู้วิจัยพบผู้ป่วยในห้องที่เตรียมไว้ ด้วยสี หน้ายิ้มแย้มแจ่มใสกล่าวคำทักทายโดยใช้ สรรพนามที่เหมาะสมด้วยน้ำเสียงนุ่มนวลและ แสดงความยินดีที่ได้พบผู้ป่วย 2. ผู้วิจัยแนะนำตนเองอีกครั้งและอธิบาย โครงการวิจัยพอสังเขป และชี้แจงระเบียบ การปฏิบัติในฐานะผู้เข้าร่วมวิจัยระยะเวลาใน การวิจัยให้ผู้ป่วยทราบ และผู้วิจัยพูดคุยสร้าง สัมพันธ์ภาพอธิบายวัตถุประสงค์ที่มาพบ ผู้ป่วยในครั้งนี้</p>	<p>ผู้ป่วยยิ้มรับ ทักทาย</p>
<p>เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ ปัญหาและความ ต้องการของตนเอง</p>	<p>เป็นระยะที่ช่วยให้ ผู้ป่วยยอมรับและ เข้าใจปัญหาของ ตนเอง และ ดำเนินการแก้ไข ปัญหาร่วมกัน ในขณะที่ผู้ป่วยแสดง ความคิดเห็น และเล่า ประสบการณ์ความรู้ ความรู้สึกนึกคิด ความคาดหวังในการ รักษาโรคต่อกระดูก ผู้วิจัยและผู้ป่วย สรุป ประเด็นสำคัญ ร่วมกันเป็นระยะ ๆ</p>	<p>ผู้วิจัยถามใจความ คำถามปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยว่ามี ปัญหาหรือข้อสงสัยหรือไม่ อย่างไร หากมี ผู้วิจัยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมโดยเล่าถึง ปัญหา หรือข้อข้องใจและได้ร่วมกันแก้ไข ปัญหาต่างๆ นั้น</p>	<p>ผู้ป่วยไม่มี ปัญหาหรือข้อ ข้องใจแล้ว</p>

### สคริปต์วิดีโอเรื่อง โรคต้อกระจก

จัดทำโดย นางสาวธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์

ความยาวประมาณ 2 นาที

ลำดับ	ภาพ	คำบรรยาย/เสียง
1.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ป้ายแผนกผู้ป่วยนอก จักษุ</li> <li>2. ข้อความ เสนอ</li> <li>3. ตัดภาพมาที่ผู้บรรยาย (ผู้วิจัย)</li> </ol>	<p>ดนตรีบรรเลงประกอบ/            สวัสดีค่ะ ดิฉัน นางสาว            ธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์ พยาบาล            วิชาชีพ แผนก ผู้ป่วยนอกจักษุ</p>
2.	 <p>“ต้อกระจก”</p>	<p>ดนตรีบรรเลงประกอบ/            วันนี้จะมาให้ความรู้เรื่อง โรค            ต้อกระจก</p>
3.		<p>สาเหตุเกิดจากความเสื่อมของ            เลนส์แก้วตามวัย พบได้กับ            ทุกเพศ ทุกวัยโดยเฉพาะอย่าง            ยิ่งในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายขึ้นไป            แม้ว่าโรคนี้จะไม่รุนแรงแต่หาก            ไม่ได้รับการรักษา ก็อาจทำให้ตา            บอดได้</p>

### สคริปวีดีโอเรื่อง การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต่อกระจก

จัดทำโดย นางสาวธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์

ความยาวประมาณ 2 นาที

ลำดับ	ภาพ	คำบรรยาย/เสียง
1.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ป้ายแผนก จักษุ</li> <li>2. ข้อความ เสนอ</li> <li>3. ตัดภาพมาที่ผู้บรรยาย (ผู้วิจัย)</li> </ol>	<p>ดนตรีบรรเลงประกอบ/ สวัสดีค่ะ ดิฉัน นางสาวธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์ พยาบาลวิชาชีพ แผนก ผู้ป่วยนอกจักษุ</p>
2.	<p>“การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต่อกระจก”</p>  <p style="text-align: right;">***</p>	<p>ดนตรีบรรเลงประกอบ/ วันนี้จะมาให้ความรู้เรื่อง การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต่อกระจก</p>
3.		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยต้องตัดเล็บให้สั้น อาบน้ำ ล้างหน้า ฟอกสบู่และสระผมให้สะอาด ผู้หญิงห้ามแต่งหน้า ถ้าไว้ผมยาวต้องหวีรวบให้เรียบร้อย ผู้ชายจะต้องโกนหนวดเคราให้สะอาดในวันก่อนผ่าตัด</li> </ol>



## สคริปต์วิดีโอเรื่อง สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด

จัดทำโดย นางสาวธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์

ความยาวประมาณ 2 นาที

ลำดับ	ภาพ	คำบรรยาย/เสียง
1.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ป้ายแผนกห้องผ่าตัด</li> <li>2. ข้อความ เสนอ</li> <li>3. ตัดภาพมาที่ผู้บรรยาย (ผู้วิจัย)</li> </ol>	<p>ดนตรีบรรเลงประกอบ/ สวัสดีค่ะ ดิฉัน นางสาว ธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์ พยาบาล วิชาชีพ แผนก ผู้ป่วยนอกจักษุ</p>
2.	<p>“สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด”</p>  <p>***</p>	<p>ดนตรีบรรเลงประกอบ/ วันนี้จะขอแนะนำให้ทุกท่าน ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับ บรรยากาศภายในห้องผ่าตัดค่ะ ภายในห้องผ่าตัดจะ ประกอบด้วยเตียงผ่าตัด และ อุปกรณ์ผ่าตัด อุณหภูมิภายใน ห้องผ่าตัดค่อนข้างเย็น</p>
3.	 <p>***</p>	<p>เจ้าหน้าที่ภายในห้องผ่าตัด หน้าตาอึดแอ้มแจ่มใส แต่งกาย ด้วยชุดสีฟ้า และสวมหมวกคลุม ผมสีขาว หรือฟ้า</p>

## สคริปต์วิดีโอเรื่อง การปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดต่อกระดูก

จัดทำโดย นางสาวธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์

ความยาวประมาณ 2 นาที

ลำดับ	ภาพ	คำบรรยาย/เสียง
1.	1. ป้ายแผนกห้องผ่าตัด 2. ข้อความ เสนอ 3. ตัดภาพมาที่ผู้บรรยาย (ผู้วิจัย)	ดนตรีบรรเลงประกอบ/ สวัสดีค่ะ ดิฉัน นางสาว ธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์ พยาบาล วิชาชีพ แผนก ผู้ป่วยนอกจักษุ
2.	“ห้องผ่าตัด”  ***	ดนตรีบรรเลงประกอบ/ วันนี้จะขอแนะนำให้ทุกท่าน ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับ การ ปฏิบัติตัวขณะอยู่ในห้องผ่าตัด
3.	 ***	การผ่าตัดต่อกระดูกใช้เวลา ประมาณ 30 นาที ขณะที่ แพทย์ทำผ่าตัดให้นอนนิ่งในท่าที่ สบายภายใต้ผ้าคลุม คล้ายการ) (คลุมโปง ไม่สายศีรษะไปมาให้ ความร่วมมือกับแพทย์ ไม่พูดคุย

สคริปต์วิดีโอเรื่อง การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระดูก

จัดทำโดย นางสาวธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์

ความยาวประมาณ 3 นาที

ลำดับ	ภาพ	คำบรรยาย/เสียง
1.	1. ป้ายแผนกผู้ป่วยนอก จักษุ 2. ข้อความ เสนอ 3. ตัดภาพมาที่ผู้บรรยาย (ผู้วิจัย)	ดนตรีบรรเลงประกอบ/ สวัสดีค่ะ ดิฉัน นางสาวธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์ พยาบาล วิชาชีพ แผนก ผู้ป่วยนอกจักษุ
2.		ดนตรีบรรเลงประกอบ/ วันนี้จะมาให้คำแนะนำเรื่อง การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อ กระดูก ดังนี้
3.	 เดินทางกลับบ้าน. ดีกว่าเป็นห่วง..	1. เมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแล้วจะถูกย้ายจากห้องผ่าตัด มาที่ห้องพักฟื้นด้วยรถนอน เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัด เมื่อสัญญาณชีพปกติแล้วผู้ป่วยสามารถกลับ บ้านได้
4.		2. ท่านอนที่เหมาะสมหลังการผ่าตัดคือการนอนหงาย หนุนหมอนเตี้ย ๆ ถ้ามีอาการปวดเมื่อยให้นอนตะแคงทับ ข้างที่ไม่ได้ผ่าตัดได้ 3. ให้นอนพักผ่อนมาก ๆ ใน 8 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดเพื่อ ป้องกันเลือดออกในลูกตาและลดอาการปวดตา

สคริปต์วิดีโอเรื่อง วิธีการหยอดตา และการเช็ดตา

จัดทำโดย นางสาวธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์

ความยาวประมาณ 4 นาที

ลำดับ	ภาพ	คำบรรยาย/เสียง
1.	<p>1. ป้ายแผนกผู้ป่วยนอก จักษุ</p> <p>2. ข้อความ เสนอ</p> <p>3. ตัดภาพมาที่ผู้บรรยาย (ผู้วิจัย)</p>	<p>ดนตรีบรรเลงประกอบ/            สวัสดิ์ค๊ะ ดิฉั่น นางสาว            ธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์ พยาบาล            วิชาชีพ แผนก ผู้ป่วยนอกจักษุ</p>
2.	“วิธีการหยอดตา”	<p>ดนตรีบรรเลงประกอบ/            วันนี้จะมาสาธิตวิธีการหยอด            ตาและการเช็ดตา</p>



ภาคผนวก จ  
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 10 ตารางแสดงคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระจกวัยผู้ใหญ่ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ (N1= 20, N2=20)

คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลต่าง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลต่าง
1	56	47	9	56	55	1
2	54	45	9	58	57	1
3	57	46	11	56	56	0
4	59	44	15	54	53	1
5	59	47	12	54	53	1
6	54	47	7	57	55	2
7	60	46	14	55	55	0
8	54	46	8	57	56	1
9	53	46	7	58	57	1
10	61	50	11	56	57	-1
11	58	45	13	57	56	1
12	57	47	10	56	56	0
13	58	48	10	53	53	0
14	56	47	9	54	54	0
15	55	47	8	58	56	2
16	59	50	9	56	55	1
17	56	48	8	52	51	-1
18	57	48	9	53	52	1
19	53	45	7	58	56	2
20	58	51	7	55	55	0
$\bar{x}$	56.70	47.00	9.70	55.65	55.00	0.65
S.D.	3.45	7.66	4.21	2.97	4.32	1.35

## ภาพตัวอย่างการเข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์

The image shows a screenshot of a Facebook group page. The group is named "Tanawan Srikulwong" and is a "Closed Group" with 2 members. The page features a navigation bar at the top with a search bar, the user's name, and options for Home, Find Friends, and group settings. On the left, there is a sidebar with navigation options like Welcome, News Feed, Messages, Events, Find Friends, GROUPS (Admin, Members, Events, Photos, Files), APPS (Games, Photos, Gifts, Music, Pokes), FRIENDS (Bangkok, Thailand Area, Family, Acquaintances, Close Friends), INTERESTS (Pages and Public Fig...), and PAGES (Pages Feed, Like Pages).

The main content area shows a post by "Tanawan Srikulwong" featuring a video. The video has a play button and Thai text: "จัดทำโดย นางสาว อารวณ ศรีกุลวงศ์ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด 02:00". A blue box with white text "คลิกวิดีโอที่นำไปวางในสื่อสังคมออนไลน์" (Click the video to place in social media) is overlaid on the video.

Below the video is a text post by "Tanawan Srikulwong" with Thai text: "เมื่อผู้ป่วยถูกส่งเข้าห้องผ่าตัดจะได้รับการคลุมผ้ากั้นการคลุมโปง เมื่อผู้ป่วยรู้สึกหายใจไม่สะดวกควรแจ้งให้แพทย์ทราบใช้หรือไม่". A blue box with white text "ข้อความที่นำไปวางได้คลิกวิดีโอ" (Text that can be placed by clicking the video) is overlaid on the text post.

On the right side, there is an "ABOUT" section for the group, a "RECOMMENDED PAGES" section with links to Mealhunt, JAPAN SHOPS, Co-Milk, and VINT, and a "FIND MORE FRIENDS" section with a "Find Friends" button. At the bottom right, there is a "COMPLETE YOUR PROFILE" section with a progress bar at 50% and a question "Tanawan, where did you go to high school?" with a text input field and a "Confirm" button.

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์ เกิดเมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2525 ที่จังหวัดสกลนคร สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี เมื่อ พ.ศ. 2548 และสำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางจักษุ (หลักสูตรระยะสั้น) จากโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) และคณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อ พ.ศ. 2552 และได้ศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2553 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลประจำการระดับ 4 แผนกผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล กรุงเทพมหานคร



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY