ผลการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดต้อกระจก

นางสาวปิยะนุช เพชรศิริ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2550
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF HEATLH TEACHING USING LIVE MODEL ON ANXIETY AND SELF - CARE ABILITY OF CATARACT SURGERY IN ELDERLY PATIENTS

Miss Piyanoot Petsiri

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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 2007

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดต้อกระจก
โดย	นางสาวปิยะนุช เพชรศิริ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์)

..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิขิต)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปิยะนุช เพชรศิริ: ผลการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดต้อกระจก (EFFECTS OF HEATLH TEACHING USING LIVE MODEL ON ANXIETY AND SELF - CARE ABILITY OF CATARACT SURGERY IN ELDERLY PATIENTS) อ.ที่ปรึกษา: ผศ.ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 134 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดต้อกระจก โดยใช้การให้ความรู้ตามทฤษฎีของ Orem (2001) มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมร่วมกับการใช้ตัวแบบบุคคลตามทฤษฎีพื้นฐานทางสังคม (Social cognitive theory) ของ Bandura (1986) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดต้อกระจก จำนวน 40 คน แล้วสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับการให้ความรู้ โดยใช้ตัวแบบบุคคล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ การให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลที่ประกอบด้วย โปรแกรมการสอนและตัวแบบบุคคล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลและแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยง มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .92 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบที วัดความแปรปรวนซ้ำแบบทางเดียว

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลก่อนได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลสูงกว่าหลังการให้ความรู้และโดยใช้ตัวแบบบุคคลทันที หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ สูงกว่าหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

4. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลสูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต.....ปิยะนุช เพชรศิริ.....

ปีการศึกษา.....2550.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4877624236: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: ELDERLY PATIENTS / CATARACT SURGERY / SELF- CARE ABILITY ANXIETY / HEATLH TEACHING

PIYANOOT PETSIRI: EFFECTS OF HEATLH TEACHING USING LIVE MODEL ON ANXIETY AND SELF - CARE ABILITY OF CATARACT SURGERY IN ELDERLY PATIENTS. THESIS ADVISOR: CAPT. SIRIPHAN SASAT, Ph.D., 134 pp.

The quasi experimental research was purposed to study the effect of health teaching using live model on anxiety and self-care ability of cataract surgery in elderly patients. The educative supportive concept of Orem (2001) were applied to design for activities of the programme, including live model from the Social Cognitive Theory of Bandura (1986). Subjects consisted of 40 older persons with cataract and were randomized assignment into control and experiment groups with 20 persons for each groups. The control group received routine nursing care, while the experiment group received health teaching using live model. The instruments were health teaching using live model programme, including teaching plan and live model, anxiety assessment scale, and self-care ability assessment scale. The content validity was obtained and the reliabilities of the anxiety assessment scale and the self-care ability assessment scale were .92 and .93 respectively. Data were analyzed using independent t-test, dependent t-test and repeated measures ANOVA.

Major findings were as follows:

1. The mean anxiety scores of elderly in experiment group of pre-test was statistically significant higher than right after receiving educative using live model, after 24 hours operation and after 1 week operation at the level of .05.

2. The mean self-care ability scores of elderly in experiment group after 1 week operation was statistically significant higher than after 24 hours operation at the level of .05.

3. The mean anxiety scores of elderly in experiment group was statistically significant lower than the control group at the level of .05.

4. The mean self-care ability scores of elderly in experiment group was statistically significant higher than the control group at the level of .05.

Field of Study : ..Nursing Science... Student's Signature : Piyanoot Petsiri

Academic Year : ..2007..... Advisor's Signature : Siriphan Sasat

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเมตตา เอาใจใส่ ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างสม่ำเสมอ และเป็นแบบอย่างของความเป็นครูที่ดีมาโดยตลอด ผู้วิจัย รู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้ ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ ข้อคิดเห็น คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้สถิติที่เป็นประโยชน์ ที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิประสาทวิชา ความรู้และประสบการณ์ที่มีค่าแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาของการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นอันทรงคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อการ ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง ตลอดจนหัวหน้าพยาบาลหอผู้ป่วย จักษุ โสต ศอ นาสิก รวมทั้ง เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทุกท่านที่ ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุที่ ผาตัดตาต้อกระจกทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี และเป็นกำลังสำคัญอย่างยิ่งที่ ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ และขอขอบคุณพี่ ๆ เพื่อน ๆ ร่วมรุ่นทุกท่านที่ได้ให้กำลังใจ แนะนำ ช่วยเหลือในการทำวิทยานิพนธ์และเป็นกัลยาณมิตรที่ดีเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา ผู้ซึ่งประเสริฐที่สุดในชีวิตของลูกที่คอยปลูกฝังความคิด การสนใจใฝ่ศึกษา ให้การสนับสนุนในทุกด้าน ทั้งยังคอยห่วงใยและเป็นกำลังใจให้มาโดยตลอด และขอขอบคุณพี่ ๆ และน้องชายตลอดจนเพื่อน ๆ ที่มีส่วนช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้ตลอดจน งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... จ

กิตติกรรมประกาศ..... ฉ

สารบัญ..... ช

สารบัญตาราง..... ฌ

สารบัญแผนภูมิ..... ญ

บทที่

1 บทนำ..... 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1

วัตถุประสงค์การวิจัย..... 4

แนวเหตุผลและสมมติฐาน..... 4

ขอบเขตการวิจัย..... 7

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 7

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 9

2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 10

โรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ 10

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ 17

มโนทัศน์ของความวิตกกังวล 25

แนวคิดการดูแลตนเอง..... 34

การเรียนรู้จากตัวแบบบุคคล 42

การพยาบาลผู้สูงอายุที่ทำตัดต้อกระจก 50

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 54

3 วิธีดำเนินการวิจัย..... 57

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 58

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 59

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 60

การดำเนินการทดลอง..... 65

การวิเคราะห์ข้อมูล..... 67

บทที่		หน้า
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	70
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	77
	สรุปผลการวิจัย…….....……	87
	อภิปรายผลการวิจัย……..….	88
	ข้อเสนอแนะ…….....	93
รายการอ้างอิง.....		95
ภาคผนวก……....		103
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ……	104
	ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	106
	ภาคผนวก ค ใบยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย……	128
	ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับประชากรกลุ่มตัวอย่าง.....	130
	ภาคผนวก จ ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา……	132
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....		134

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำแนกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยแสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุผ่าตัดต้อกระจก กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา การอาศัย ผู้ดูแล ประสบการณ์การผ่าตัด และโรคประจำตัว.....	71
2	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ของคะแนนความวิตกกังวลก่อนการให้ความรู้ หลังได้รับการให้ความรู้ทันที หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงและหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ ของกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล.....	73
3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ของคะแนนความวิตกกังวลหลังรายคู่ก่อนการให้ความรู้กับหลังได้รับความรู้ทันที หลังผ่าตัด 24ชั่วโมง และหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ของกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล.....	73
4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงและหลังผ่าตัด 1สัปดาห์ของกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล.....	74
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจก ก่อนและหลังได้รับความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลทันทีหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม	75
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	76

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	56
2	ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล	69
3	ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา.....	133

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ด้วยประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยี ทำให้ประชากรมีอายุเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุมักจะมีโอกาสเจ็บป่วยจากการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงตามกระบวนการสูงอายุ ทั้งด้านกายภาพและด้านสรีรภาพได้ง่ายกว่าคนหนุ่มสาว (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพมากขึ้น โรคที่พบในผู้สูงอายุและเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาโดยทำการผ่าตัดก็คือโรคต้อกระจก (Cataract) โดยต้อกระจกในผู้สูงอายุ (Senile cataract) พบบ่อยที่สุดถึงร้อยละ 80 (วิชาญ ศรีสุพรรณ, 2535) ของผู้ป่วยโรคต้อกระจกทั้งหมด การที่ต้อกระจกพบมากในผู้สูงอายุนั้น ร้อยละ 95 มาจากเสื่อมตามวัยอีกร้อยละ 5 มาจากสาเหตุอื่น ได้แก่ จากภยันตราย ความผิดปกติแต่กำเนิด โรคระบบอื่น และสารพิษ

การรักษาต้อกระจกในปัจจุบันมีเพียงวิธีเดียวคือ การผ่าตัดต้อกระจก (Lens extraction) (นิสิต ลีละวงศ์, 2539) จะทำให้ผู้ป่วยต้อกระจกมีการมองเห็นที่ดีขึ้นและสามารถดำเนินชีวิตได้เป็นปกติเกือบจะทันที แต่การผ่าตัดก็จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั่วไปคือ ทำให้เกิดการวิตกกังวล (Walding, 1991) เนื่องจากดวงตาถือว่าเป็นอวัยวะที่สำคัญอวัยวะหนึ่งในการดำรงชีวิตประจำวัน หากเกิดความผิดปกติขึ้นกับดวงตา ย่อมก็ให้เกิดความวิตกกังวลและความกลัวต่อภาวการณ์สูญเสียการมองเห็น การศึกษาของ Leinonen et al. (2001) พบว่าเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความตึงเครียด ไม่สบายใจและวิตกกังวลมากที่สุด ได้แก่ การที่อวัยวะรับรู้เสียหน้าที่ไป คือ ตาบอด หูหนวก มักจะพบว่าระดับความวิตกกังวลจะสูงขึ้นในผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณี ที่จะต้องรับการผ่าตัดดวงตาด้วยแล้ว ผู้ป่วยก็จะมีความหวาดกลัวเป็นอย่างมาก เนื่องจากกลัวว่าตนเองอาจจะตาบอดได้ (Leinonen et al., 2001) ดังนั้นผู้ป่วยที่จะต้องได้รับการผ่าตัดดวงตา ย่อมมีแนวโน้มที่เกิดความวิตกกังวลสูง ซึ่งในการผ่าตัดแต่ละครั้งนั้นจะส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดเป็นอย่างมาก ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลที่พบบ่อยในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด คือ กลัวโดยไม่ทราบสาเหตุ กลัวการเสียสมรรถภาพ กลัวความตาย กลัวสภาพหลังผ่าตัด กลัวความเจ็บปวด กลัวความไม่สุขสบาย กลัวจะรักษาไม่หาย (สุนียน์ จันทร์มหาเสถียร และนันทา เล็กสวัสดิ์, 2543) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้า ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับสภาพการ

เจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค การรักษาที่กำลังประสบอยู่จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่มั่นใจ ไม่แน่ใจ และกลัวในสิ่งที่ตนต้องเผชิญ (McCleane, 1990) นอกจากนี้ยังพบว่า การเข้านอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยจะรู้สึกวิตกกังวล จากการที่ต้องแยกจากครอบครัว และบุคคลใกล้ชิดมาประสบกับสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ ภายในโรงพยาบาล การไม่คุ้นเคยกับสถานที่และบุคคลแปลกหน้าพบกับกฎเกณฑ์และระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ และต้องทิ้งบทบาทเดิมมาอยู่บทบาทของผู้ป่วย นอกจากนี้ก็ยังต้องปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์และพยาบาลขาดความเป็นอิสระ ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต (รัดใจ เวชประสิทธิ์, 2547) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนแต่จะมีผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองลดลงและต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

การเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมในวัยสูงอายุ ส่งผลต่อความสามารถในการควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดน้อยลง เช่น ความสามารถในการควบคุมอวัยวะต่าง ๆ เพื่อการเคลื่อนไหว การได้ยิน การใช้สายตา การได้กลิ่น และการรับรสเสื่อมไปตามวัย เป็นต้น รจนารถ ร่วงลือ (2536) กล่าวว่าการดูแลตนเองจะเริ่มเสื่อมถอยเมื่อถึงวัยสูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากการเสื่อมหน้าที่ของระบบอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายที่ทำให้มีข้อจำกัดในการลงมือปฏิบัติ จึงพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นจะมีศักยภาพในการดูแลตนเองลดลง ฉะนั้นการที่ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ พึ่งพาตนเองได้ตามความสามารถของแต่ละบุคคลแม้ว่าพลังความสามารถของตนจะน้อยลงก็ตามนั้น ต้องอาศัยการสนับสนุนและช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้ตามความสามารถ ซึ่งทฤษฎีของ Orem (2001) กล่าวว่าแม้ว่าความเสื่อมที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองลดลง แต่ถ้าผู้สูงอายุได้มีการพัฒนาหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการดูแลตนเองแล้ว ก็จะทำให้มีการดูแลตนเองอย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดผลดีต่อผู้สูงอายุ ดังนั้นการที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการดูแลตนเองจะทำให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจตนเอง รู้สึกว่าไม่เป็นภาระให้บุตรหลานและเป็นผู้มีประโยชน์ ในผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกก็เช่นเดียวกัน ถึงแม้ผู้สูงอายุจะได้รับการผ่าตัดในอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย คือ ดวงตา แต่ผู้สูงอายุก็ยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมของตนเองได้ และคงความสามารถเหมือนกับก่อนผ่าตัด ฉะนั้นในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปฏิบัติการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต้อกระจกได้นั้น จะยิ่งเพิ่มความภูมิใจและการมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุไม่เกิดความคับข้องใจในการต้องพึ่งพิงผู้อื่น ลดความวิตกกังวล อีกทั้งยังลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผู้สูงอายุกลับบ้าน เนื่องจากผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และดูแลตนเองได้เมื่อกลับบ้าน

ในการจะลดความวิตกกังวลและส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุนั้น การเสนอตัวแบบเป็นวิธีการหนึ่ง ที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการปรับพฤติกรรมของบุคคลได้ทุกวัย ทั้งบุคคลปกติและบุคคลที่มีปัญหาในลักษณะต่าง ๆ โดยการใช้ต้นแบบผ่านบุคคล สร้างบนพื้นฐานทฤษฎีปัญญาทางสังคม (Social cognitive theory) ของ Bandura (1986) ที่เสนอไว้ว่าพฤติกรรมของบุคคลส่วนใหญ่เกิดการเรียนรู้ในสองลักษณะ คือ 1) บุคคลเรียนรู้จากการสังเกตผ่านการกระทำ เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ด้วยตนเอง 2) บุคคลเรียนรู้จากการสังเกตผ่านตัวแบบ ซึ่งอาจเป็นบุคคลในครอบครัวหรือในสังคม โดยการเสนอตัวแบบบุคคลจะแสดงให้เห็นว่าตัวแบบแสดงพฤติกรรมใดในสถานการณ์ใด ได้รับผลกรรมและได้รับการเสริมแรงหรือการลงโทษอย่างไร สามารถเน้นจุดสำคัญการแสดงพฤติกรรมที่ต้องการได้ โดยที่เมื่อบุคคลเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมบางอย่างแล้วได้รับการเสริมแรงก็มีแนวโน้มที่บุคคลจะเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบสูงขึ้น ตัวแบบเพียงตัวเดียวสามารถก่อให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมแก่บุคคลจำนวนมากในหลาย ๆ สถานการณ์ รวมทั้งสามารถถ่ายทอดความคิดและการแสดงออกได้พร้อม ๆ กัน (Bandura, 1986) และยังสามารถพัฒนาสมรรถนะแห่งตนได้แก่บุคคลได้ด้วย (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536)

พยาบาลเป็นบุคคลในทีมสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และสามารถให้การช่วยเหลือด้านการให้การพยาบาลที่ช่วยลดความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และลดระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัด (Gaberson, 1991) การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย การสัมผัส การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การทำสมาธิ การสอนหรือการให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวล นอกจากนี้บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกนั้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการที่จะช่วยลดผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยการให้การดูแล ให้คำแนะนำ ส่งเสริม บำบัดรักษา และป้องกัน และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย ดังนั้น (Self care) เป็นการกระทำของผู้ป่วย ที่จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไปเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ การดูแลเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ อันจะช่วยควบคุมพยาธิสภาพของโรคมิให้รุนแรงและป้องกันความพิการต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น

Orem (2001) กล่าวว่าบุคคลที่สามารถจะกระทำการดูแลตนเองได้ อย่างมีประสิทธิภาพจะต้องมีความรู้ ดังนั้นพยาบาลจะต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโดยการสอนในรูปแบบต่าง ๆ ที่เหมาะสมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ เมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้เพียงพอและเหมาะสมที่จะช่วยให้กำหนดความต้องการการดูแลตนเองก็จะทำให้มีการดูแลตนเองตามที่ต้องการตลอดจนสังเกตและประเมินผลถึงประสิทธิภาพของการดูแลตนเอง

ดังนั้นเพื่อเป็นการลดความวิตกกังวลและส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุผ่าตัดต้อกระจก ผู้วิจัยจึงได้ใช้ทฤษฎีของ Orem (2001) มาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยการใช้ตัวแบบตามวิธีการของ Bandura (1986) ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้ตัวแบบที่เป็นตัวแบบบุคคล โดยการให้ผู้สูงอายุที่ผ่านการผ่าตัดต้อกระจกมาแล้วมาบอกมาเล่าประสบการณ์การผ่าตัดที่เคยประสบมา ทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ซึ่งการให้ผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกได้พูดคุยกับบุคคลในวัยเดียวกัน ที่เคยประสบปัญหาเหมือนกัน น่าจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถที่จะซักถามข้อสงสัยและคลายความวิตกกังวลลงได้ รวมถึงการได้รับข้อมูลการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดจากพยาบาลร่วมด้วย นั้น จะเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองได้ภายหลังผ่าตัดต้อกระจก จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยยังไม่พบว่ามีการศึกษาโดยใช้รูปแบบนี้ในการศึกษา เพื่อลดความวิตกกังวลและส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุหลังผ่าต้อกระจก ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และสนับสนุนโดยใช้ตัวแบบต่อความวิตกกังวล และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุหลังผ่าต้อกระจก

วัตถุประสงค์การวิจัยหรือปัญหาการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวล ของผู้สูงอายุก่อนได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล หลังได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลทันที หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลกับผู้สูงอายุที่ได้รับการสอนตามปกติ
4. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลกับผู้สูงอายุที่ได้รับการสอนตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานของการวิจัย

จากแนวคิดของทฤษฎีการพยาบาลของ Orem เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เห็นได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุได้รับการผ่าตัดต้อกระจก ทำให้ผู้สูงอายุต้องการการดูแลตนเองเพื่อเกิดความภาคภูมิใจ

ในตนเอง รู้สึกไม่เป็นภาระให้บุคคลอื่น เป็นผู้มีประโยชน์ ไม่เกิดความคับข้องใจ ในการต้องพึ่งพิงผู้อื่น ลดความวิตกกังวล อีกทั้งยังลด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผู้สูงอายุกลับบ้าน

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ Orem ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้คือ

1. การประเมินและตัดสินใจ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่น มีท่าทีเป็นกันเอง รับฟังปัญหาของผู้ป่วยด้วยความเห็นเห็นใจ ไม่ว่าจะเป็นการแสดงทางสีหน้า ท่าทางหรือน้ำเสียง ตลอดจนความกระตือรือร้นที่จะให้การช่วยเหลือ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความหมายต่อผู้ป่วยมากเพราะจะทำให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อพยาบาล ผู้ป่วยส่วนมากกล่าวว่าถึงแม้พยาบาลจะเป็นคนแปลกหน้าสำหรับผู้ป่วยก็ตาม แต่การที่พยาบาลให้การช่วยเหลือและพูดคุยกับผู้ป่วย ก่อให้เกิดความไว้วางใจมากกว่าบุคคลอื่น ๆ ในโรงพยาบาล (รัดใจ เวชประสิทธิ์, 2547) โดยในขั้นนี้พยาบาลจะเป็นผู้ให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด สิ่งที่ต้องเผชิญขณะผ่าตัด การดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดต้อกระจก เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการตัดสินใจว่าตนจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นภายหลังผ่าตัดได้หรือไม่ นอกจากนี้ยังเป็นการให้กลุ่มตัวอย่างได้ประเมินความรู้ที่ได้รับและเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลจะเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง

2. การดำเนินการและแก้ไขปัญหาร่วมกันโดยใช้ตัวแบบ เป็นระยะที่กลุ่มตัวอย่างมีการกระทำพฤติกรรม เป็นระยะที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกไว้วางใจและเชื่อมั่น ความใกล้ชิดสนิทสนมจะทำให้ผู้สูงอายุมีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์มีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา หาทางแก้ไขปัญหาและเลือกวิธีแก้ไขปัญหา โดยในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้นำตัวแบบซึ่งเป็นตัวแบบบุคคล มาเป็นผู้ให้ข้อมูลซึ่งตัวแบบบุคคลสร้างบนพื้นฐานของทฤษฎีทางสังคม (Social cognitive theory) ของ Bandura (1986) ซึ่งเสนอว่าพฤติกรรมของบุคคลส่วนใหญ่เกิดจากการเรียนรู้ในสองลักษณะคือ 1)บุคคลเรียนรู้จากการสังเกตผ่านการกระทำเป็นการเรียนรู้ประสบการณ์ด้วยตนเอง และ 2) บุคคลเรียนรู้จากการสังเกตผ่านตัวแบบ ซึ่งอาจเป็นบุคคลในครอบครัวหรือในสังคม โดยการเสนอตัวแบบบุคคลจะแสดงให้เห็นว่าแสดงพฤติกรรมใดในสถานการณ์ใด ได้รับผลกรรมอย่างไร และการได้รับการเสริมแรงหรือการลงโทษอย่างไร โดยที่เมื่อบุคคลเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมบางอย่างแล้ว ได้รับการเสริมแรงก็มีแนวโน้มที่บุคคลจะเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบสูงขึ้น ตัวแบบเพียงตัวเดียวก็ก่อให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมแก่บุคคลจำนวนมากในหลาย ๆ สถานการณ์รวมทั้งถ่ายทอดความคิดและการแสดงออกได้พร้อม ๆ กัน โดยในขั้นนี้ดำเนินการให้ตัวแบบคือผู้สูงอายุที่ผ่านการผ่าตัดต้อกระจกมาแล้วเป็นผู้บอกเล่าประสบการณ์การผ่าตัดที่เคยประสบมาในเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง 3 เรื่องด้วยกัน คือ 1) การปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด 2) สิ่งที่ต้องเผชิญขณะผ่าตัด 3) การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ซึ่งการที่ผู้สูงอายุได้พูดคุยกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้วยวัยเดียวกัน และประสบปัญหาที่เหมือนกัน

น่าจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถที่จะซักถามข้อสงสัย และคลายความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดลงได้ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน เป็นการให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนวิธีการดำรงชีวิต ความเชื่อต่าง ๆ ซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้ร่วมกัน และการได้แสดงความรู้สึกความคิดเห็นซึ่งประสบมาก่อน ฉะนั้นการที่ผู้สูงอายุได้พูดคุยกับตัวแบบจะทำให้ลดความวิตกกังวล และมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลตนเอง อีกทั้งการที่ผู้สูงอายุได้เห็นตัวแบบประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง ภายหลังผ่าตัดต้อกระจก ไม่มีอาการแทรกซ้อน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนก็สามารถดูแลตัวเองได้เช่นเดียวกันกับตัวแบบ

3. การประเมินผล เป็นระยะสิ้นสุดของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทำให้ผู้สูงอายุได้ประเมินตนเองจากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่าง ๆ ร่วมกันกับตัวแบบ และมีการประเมินความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับตัวแบบ นอกจากนี้ยังมีการตรวจสอบการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในการดูแลตนเองภายหลังจากที่ได้รับการสนับสนุนและให้ความรู้จากตัวแบบแล้ว ว่าสามารถคงการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดต้อกระจกได้อีกหรือไม่ อย่างไร โดยการประเมินความวิตกกังวลและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ภายหลังการผ่าตัดต้อกระจก 1 สัปดาห์ และเป็นอันสิ้นสุดกิจกรรม

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกหลังได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลทันทีหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ต่ำกว่าก่อนการได้รับให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล

2. พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกหลังได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลหลังผ่าตัด1 สัปดาห์สูงกว่าหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง

3. ระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกภายหลังได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลทันทีหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงและหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสอนตามปกติ

4. พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงและหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์สูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสอนตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) เพื่อศึกษาการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจกของผู้สูงอายุ ที่หอผู้ป่วย จักษุ โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลตรัง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ

ประชากรที่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ อายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ที่ต้องรับการผ่าตัดต้อกระจก และเข้ารับการรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลตรัง ระหว่างวันที่ 15 มกราคม 2551- วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2551

2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรต้น คือ การให้ความรู้แบบปกติและการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล

ตัวแปรตาม คือ ความวิตกกังวลและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผ่าตัดต้อกระจก

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุผ่าตัดต้อกระจก หมายถึงบุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งมีแก้วตา (Lens) ขุ่น ทำให้มีอาการตามัวมองเห็นไม่ชัด และแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อกระจกต้องเข้ารับการรักษา โดยการผ่าตัดในโรงพยาบาล

ความวิตกกังวล หมายถึงความรู้สึกของบุคคลที่รู้สึกว่าตนเองกำลังตกอยู่ในภาวะที่คุกคามต่อจิตใจ ไม่ปลอดภัยและความรู้สึกนี้ทำให้บุคคลรู้สึกหวาดหวั่น ไม่สบายใจ กลัว ว้าวุ่น กระวนกระวายใจ และมีการตอบสนอง ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยเป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger (1983) ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลสูง คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความวิตกกังวลต่ำ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึงการกระทำหรือการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในที่จะการดูแลตนภายหลังผ่าตัดต้อกระจก เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไปและความต้องการเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้านเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและน้ำ การขับถ่าย การปฏิบัติกิจกรรม การพักผ่อน การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การแสวงหาความรู้ การปฏิบัติตามแผนการรักษา การเช็ดตาหยอดตาและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจก

จำนวน 16 ข้อ โดยคะแนนรวมมาก หมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดต้อกระจกสูง คะแนนรวมน้อย หมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเอง ภายหลังผ่าตัดต้อกระจกต่ำ

ตัวแบบบุคคล หมายถึงผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกมาแล้วไม่เกิน 3 เดือน มีคุณสมบัติตามที่กำหนดคือ มีเจตคติที่ดีต่อการผ่าตัด มีท่าทีอบอุ่นเป็นกันเอง ไม่เป็นบุคคลที่มีชื่อเสียงเกินไป สามารถถ่ายทอดประสบการณ์การผ่าตัดได้ดี เพื่อที่จะเป็นผู้บอกเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดให้กลุ่มตัวอย่างทราบในเรื่อง การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด สิ่งที่ต้องเผชิญขณะผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

การให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล หมายถึงกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดต้อกระจก ลดความวิตกกังวลและเกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเอง โดยใช้แนวคิดการดูแลตนเองของ Orem ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ

1. การประเมินและตัดสินใจ เป็นระยะสร้างความรู้สึกอบอุ่นและมั่นคงปลอดภัย โดยเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุซึ่งยังไม่เคยได้รับการผ่าตัดต้อกระจก โดยในขั้นตอนนี้พยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดต้อกระจก เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างได้ประเมินสิ่งที่ได้รับและตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ตนจะปฏิบัติ

2. การดำเนินการและแก้ไขปัญหาร่วมกัน เป็นระยะที่ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างได้รับการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การผ่าตัดจากตัวแบบ ซึ่งประกอบด้วย การเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด สิ่งที่ต้องเผชิญขณะทำการผ่าตัด และการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ร่วมกับการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดปัญหาในการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาประมาณ 45 – 60 นาทีโดยการให้ผู้สูงอายุที่เคยผ่านการผ่าตัดต้อกระจกแล้วไม่เกิน 3 เดือน ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและถ่ายทอดประสบการณ์การผ่าตัด สิ่งที่ต้องเผชิญขณะทำการผ่าตัดต้อกระจกและการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต้อกระจก ร่วมกับการให้ข้อมูลและสนับสนุนจากพยาบาลเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

3. การประเมินผล เป็นระยะสิ้นสุดของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น จากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่าง ๆ ร่วมกันกับตัวแบบ และให้ตัวแบบกล่าวสรุปแก่ผู้สูงอายุอีกครั้ง

การสอนตามปกติ หมายถึงกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อกระจกเป็นรายกลุ่มที่หอผู้ป่วย จักษุ โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลตรัง ซึ่งได้แก่ คำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับโรคต้อกระจก การเช็ดตา การหยอดตา ส่วนการค้นหาปัญหาและการช่วยเหลือปัญหาทางด้านจิตใจจะเป็นลักษณะของการตอบคำถามและอธิบายแก้ไขข้อสงสัยตามความเหมาะสม แต่ไม่มีความเฉพาะเจาะจง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อกระจกลดความวิตกกังวลและมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองพึ่งพาตนเองได้หลังได้รับการผ่าตัดต้อกระจก

2. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวล และส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดต้อกระจก

3. เพื่อเป็นแนวทางในการทำวิจัยขยายองค์ความรู้ในการลดความวิตกกังวลและส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดต้อกระจก

4. เพื่อพัฒนาบทบาทอิสระของพยาบาลและพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในการพยาบาลที่สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต้อกระจก ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญโดยกำหนดเป็นหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

1. โรคต้อกระจกในผู้ป่วยสูงอายุ
    - 1.1 ความหมายของต้อกระจก
    - 1.2 สาเหตุการเกิดต้อกระจก
    - 1.3 ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดต้อกระจก
    - 1.4 พยาธิสรีรวิทยา
    - 1.5 ชนิดของต้อกระจก
    - 1.6 อาการและอาการแสดง
    - 1.7 การรักษาโรคต้อกระจก
    - 1.8 อาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต้อกระจก
2. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ
    - 2.1 ทฤษฎีการสูงอายุ
    - 2.2 การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ
    - 2.3 การเรียนรู้ในผู้สูงอายุ
    - 2.4 ความเสื่อมถอย
    - 2.5 ข้อแนะนำในการสอนผู้สูงอายุ
    - 2.6 การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
3. มโนทัศน์ความวิตกกังวล
    - 3.1 ความหมายของความวิตกกังวล
    - 3.2 สาเหตุของความวิตกกังวล
    - 3.3 ระดับของความวิตกกังวล
    - 3.4 ประเภทของความวิตกกังวล
    - 3.5 การประเมินระดับของความวิตกกังวล
    - 3.6 ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคต้อกระจก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.7 บทบาทพยาบาลในการลดความวิตกกังวล

4. ทฤษฎีการดูแลตนเอง
5. การเรียนรู้โดยการสังเกตตัวแบบบุคคล
6. การพยาบาลผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจก
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคต้อกระจกในผู้ป่วยสูงอายุ

ดวงตาเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สุดในการมองเห็น หากมีอันตรายเกิดขึ้นอันทำให้ดวงตาสูญเสียการมองเห็นก็จะมีผลกระทบกระเทือนต่อการดำรงชีวิตของบุคคลนั้นเป็นอย่างมาก การรู้จักป้องกันและถนอมดวงตาจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง โรคของดวงตาส่วนมากไม่มีอันตรายถึงชีวิต แต่จะมีผลให้บุคคลหมดสมรรถภาพไปอย่างมาก เป็นผลกระทบกระเทือนต่อการดำรงชีวิต ต้องประสบกับความทุกข์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และเป็นภาระหนักต่อครอบครัวและผู้ดูแล

1.1 ความหมายของต้อกระจก

ต้อกระจก (Cataract) หมายถึง ภาวะที่แก้วตาขุ่นหรือทึบแสงขึ้น ทำให้แสงไม่สามารถทะลุผ่านไปได้ จึงทำให้สายตามัว ซึ่งการขุ่นของแก้วตานี้อาจเกิดขึ้นที่ส่วนรอบนอก ส่วนกลางหรือที่เปลือกหุ้มก็ได้

1.2 สาเหตุการเกิดต้อกระจก

ต้อกระจกเกิดได้จากหลายสาเหตุ แต่มักเชื่อว่าการขุ่นของแก้วตาอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีในลูกตา โดยในระยะแรกจะมีการซึมผ่านของน้ำทำให้เนื้อเยื่อของแก้วตาบวม และเมื่อถึงระยะต้อกระจกสุกจำนวนน้ำจะลดลง ความหนาแน่นของแก้วตาจะค่อย ๆ ลดลง ทำให้มีการสูญเสียของโปแตสเซียม โซเดียมก็จะเข้ามาแทนที่เพื่อรักษาสมดุล และทำให้มีการสะสมแคลเซียมเพิ่มมากขึ้น การใช้ออกซิเจนลดลง สารกลูตาทีโอนในแก้วตาจะหายไป ความเข้มข้นของกรดแอสคอบิคและจำนวนโปรตีนก็จะลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้อกระจกจากภาวะชรา ซึ่งพบว่าประมาณร้อยละ 95 ต้อกระจกจะเกิดจากการเสื่อมตามวัยซึ่งเป็นธรรมชาติ เช่นเดียวกับอวัยวะอื่นของร่างกาย เช่น ผมที่เปลี่ยนเป็นสีขาว เป็นต้น อีกร้อยละ 5 มาจากสาเหตุอื่น ได้แก่ จากภยันตราย

(Trauma) ความผิดปกติแต่กำเนิด (Congenital disorders) โรคระบบอื่น (Systernic disease) และสารพิษ (Toxieity)

1.3 ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดต้อกระจก

1.3.1 เพศ เพศหญิงเสี่ยงต่อการเกิดต้อกระจกมากกว่าเพศชาย แม้จะยังไม่มีข้อสรุปในประเทศไทย แต่จากการศึกษาในหลายประเทศพบว่าผู้หญิงอเมริกาเสี่ยงต่อการเกิดต้อกระจกมากกว่าผู้ชายถึงร้อยละ 13 และเพศหญิงในทิเบต เสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้มากกว่าเพศชายในทุกกลุ่มอายุ (Hakinson, 2000 อ้างใน ภารดี นานาศิลป์, 2543)

1.3.2 เชื้อชาติ จากการศึกษาความชุกของการเกิดโรคต้อกระจก ในคนอเมริกัน อินเดีย และเนปาล พบว่าอัตราการเกิดโรคในทั้งสองประเทศหลังไม่แตกต่างกัน ในขณะที่คนอเมริกันจะมีอัตราการเกิดโรคที่ต่ำกว่า และขณะเดียวกันคนอินเดียกับเนปาลจะเป็นต้อกระจกเมื่ออายุน้อยกว่า การเกิดตาบอดจากต้อกระจกในอินเดียสูงถึง 5.8 : 100 คน อย่างไรก็ตาม ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและรูปแบบการดำเนินชีวิตเข้ามาเกี่ยวข้อง จึงมิอาจสรุปได้ชัดเจนว่าเป็นปัญหาที่เกิดจากเชื้อชาติประการเดียว

1.3.3 อายุ ความเสื่อมของดวงตาตามวัย ทำให้เกิดต้อกระจกมากกว่าวัยอื่นๆ ซึ่งโรคตาในผู้สูงอายุส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 85 คือ ต้อกระจก

1.3.4 อาชีพ อาชีพที่เกี่ยวกับการเกษตร แม้จะไม่ใช้สายตามากนักแต่เป็นอาชีพที่ต้องอยู่กลางแจ้งมากกว่าจึงมักพบปัญหาที่เกิดจากการเผชิญแดดกล้า ลมแรง ฝุ่นละออง ทำให้ระคายเคืองตาและเป็นต้อกระจกได้มากกว่าอาชีพอื่น

1.3.5 รูปแบบการดำเนินชีวิต คนที่ดื่มสุราจัดมีโอกาสเป็นโรคต้อกระจกมากกว่าคนไม่ดื่ม 1.3 - 4.6 เท่า และพบว่าการสูบบุหรี่ทำให้เป็นโรคต้อกระจก (ชยันตร์ธร ปทุมานนท์ และคณะ, 2542)

1.3.6 สิ่งแวดล้อม ประเทศไทยอยู่ในเขตร้อน มีแสงแดดแรงกล้าตลอดปี และพบว่ารังสียูวีบีมีอันตรายต่อผิวหนังและดวงตามากกว่ายูวีชนิดอื่น อันตรายที่เกิดขึ้นกับดวงตาจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรุนแรงและระยะเวลาในการสัมผัส ในสัตว์ทดลองพบว่าการสัมผัสแสงยูวีบีเข้มข้น แม้ในระยะสั้นทำให้เกิดต้อกระจกได้ เพราะเลนส์จะถูกดูดรังสียูวีได้และเกิดปฏิกิริยาต่อต้านรังสีดังกล่าว ทำให้โปรตีนของเลนส์เปลี่ยนแปลงไป (Harper & Shock, 1999)

1.3.7 การออกกำลังกาย ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ของดวงตาได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น มีความแข็งแรงของหลอดเลือด ทำให้อวัยวะต่าง ๆ รวมทั้งดวงตาได้รับเลือดหล่อเลี้ยงอย่างสมบูรณ์ เลนส์ตาได้รับอาหารอย่างบริบูรณ์ แม้ว่ายังไม่ได้รับการยืนยันอย่างชัดเจน แต่จักษุแพทย์เชื่อว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมีส่วนทำให้การเกิดต้อกระจกลดลงได้

1.3.8 การเจ็บป่วยด้วยโรคบางชนิด เช่น โรคเบาหวาน ท้องร่วง เป็นต้น สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงกว่าปกติจะไปรบกวนการเผาผลาญของเลนส์ ทำให้เลนส์ขุ่นและแข็งจนเกิดเป็นต้อกระจกในที่สุด (West, 1999 อ้างใน ภารดี นานาศิลป์, 2543)

1.3.9 การรับประทานอาหาร ภาวะขาดสารอาหาร ความผิดปกติเกี่ยวกับการเผาผลาญสารอาหารในร่างกาย และการที่ร่างกายได้รับสารอาหารที่มีโซเดียมมากจนเกินไป จะมีผลต่อกระบวนการเผาผลาญของเลนส์ ทำให้เลนส์แก้วตาขุ่นได้ง่าย เกิดต้อกระจกได้

1.3.10 การได้รับรังสีในการรักษา

1.3.11 การได้รับสเตียรอยด์ การกินยาบางชนิดในขณะตั้งครรภ์ 3 เดือนแรก โดยเฉพาะคอร์ติโคสเตียรอยด์ รวมทั้งยาปฏิชีวนะกลุ่มซัลโฟนาไมด์ จะเป็นอันตรายอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงของเลนส์แก้วตาซึ่งอาจเกิดต้อกระจกได้

1.4 พยาธิสรีรวิทยา

โดยปกติแก้วตาประกอบด้วยน้ำร้อยละ 65 โปรตีนร้อยละ 35 และแร่ธาตุต่างๆ เล็กน้อย โปแตสเซียมในแก้วตาจะมีความเข้มข้นมากกว่าเนื้อเยื่อบริเวณอื่น แอสคอร์บิค (Ascorbic acid) และกลูทาไทออน (Glutathione) จะแตกตัวจนขนาดเล็กลง การขุ่นของแก้วตาเป็นขบวนการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีภายในแก้วตา ในระยะแรกจะมีการซึมผ่านของน้ำมากกว่าภาวะปกติ ทำให้เนื้อเยื่อของแก้วตาบวม เมื่อถึงระยะต้อกระจกสุกจำนวนน้ำที่เพิ่มขึ้นจะลดลง ความหนาแน่นของแก้วตาจะค่อย ๆ ลดลง เกิดการสูญเสียธาตุโปแตสเซียม โดยมีธาตุโซเดียมเข้ามาแทนที่เพื่อรักษาสมดุล แคลเซียมจะมาสะสมเพิ่มจำนวนขึ้นโดยสัมพันธ์กับการขุ่นที่เพิ่มขึ้นของแก้วตา แต่การใช้ออกซิเจนลดลง สารกลูตาทีโอนในแก้วตาหายไป ความเข้มข้นของกรดแอสคอบิคลดลง ในที่สุดจำนวนโปรตีนจะลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรคต้อกระจกจากภาวะชรา ความเข้มข้นของโปรตีนจะลดลงจากระดับปกติร้อยละ 80 เหลือเพียงร้อยละ 50

1.5 ชนิดของต้อกระจก

ต้อกระจกอาจจำแนกออกเป็นชนิดต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1.5.1 ต้อกระจกจากภาวะชรา (Senile cataract) ต้อกระจกชนิดนี้มีสาเหตุจากการเสื่อมของแก้วตาไปตามอายุขัยหรือการเสื่อมถอยไปตามวัย พบได้มากที่สุดร้อยละ 95 ของต้อกระจกทั้งหมด ส่วนมากมักพบในคนอายุ 45 ปีขึ้นไป (ภารดี นานาศิลป์, 2543) ต้อกระจกจากภาวะชราส่วนมากมักเป็นทั้งสองตาแต่ความขุ่นของแก้วตาอาจไม่เท่ากัน ต้อกระจกจากภาวะชราแบ่งได้ 4 ระยะคือ

1) ต้อกระจกระยะเริ่มเป็น (Incipient cataract) ระยะนี้จะมีการขุ่นของแก้วตาที่คอร์เท็กซ์ (Cortex) แต่นิวเคลียสยังใสหรือทึบตรงนิวเคลียสแต่ส่วนรอบ ๆ ใส

2) ต้อกระจกระยะยังไม่สุก (Immature cataract) ระยะนี้ต้อกระจกจะเป็นมากขึ้นและแผ่กระจายออก แก้วตาบวมและมีความทึบแสงมากขึ้น การบวมของแก้วตาอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกลายเป็นโรคต้อหินได้

3) ต้อกระจกระยะสุก (Mature cataract) ระยะนี้ต้อกระจกทึบมากทำให้มองเห็นแก้วตาขุ่นขาว ผู้ป่วยจะมองไม่เห็นอะไร เมื่อใช้ไฟฉายส่องเฉียง ๆ จะไม่พบเงาม่านตาและวัดสายตาได้ประมาณนับนิ้วได้ (finger count) มองเห็นมือโบกไหวไปมา (Hand movement) หรือเพียงเห็นแสงไฟและบอกทิศทางได้ (Projection of light:) ระยะนี้เป็นระยะที่เหมาะสมสำหรับการผ่าตัดมากที่สุด

4) ต้อกระจกระยะสุกงอม (Hypermature cataract) เป็นระยะสุดท้ายของต้อกระจกแก้วตาจะเริ่มเปลี่ยนแปลง มีการละลายของเนื้อแก้วตามองดูเห็นขุ่นขาวมากคล้ายน้ำนม ทำให้ส่วนตรงกลางของแก้วตาตกลงสู่ส่วนล่างภายในเปลือกหุ้ม เรียกต้อกระจกชนิดนี้ว่า Morgagnian cataract วัดสายตาในระยะนี้อาจจะเห็นเพียงแสงไฟหรือบอกทิศทางของแสงได้เท่านั้น ต้อกระจกในระยะนี้หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา

1.5.2 ต้อกระจกโดยกำเนิด (Congenital cataract) เกิดเนื่องจากกรรมพันธุ์หรือเกิดจากการพัฒนาที่ผิดปกติเนื่องจากมารดาติดเชื้อไวรัสพวกหัดเยอรมันขณะตั้งครรภ์ 3 เดือนแรก อาจเป็นข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง สาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากพันธุกรรมซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 25 สาเหตุที่พบบ่อยมักเกิดจากการฉายรังสีขณะตั้งครรภ์ การกินยาบางชนิดในขณะตั้งครรภ์ 3 เดือนแรก เป็นต้น

1.5.3 ต้อกระจกในวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ (Juvenile and presenile Cataract) ต้อกระจกที่เกิดขึ้นภายหลัง 3 เดือนแรกหลังคลอดจนถึงวัยรุ่นเรียกว่า Juvenile cataract สาเหตุและอาการของโรคจะเหมือนกับต้อกระจกโดยกำเนิด ส่วนต้อกระจกที่เกิดขึ้นในวัยผู้ใหญ่เรียกว่า Presenile cataract ซึ่งพบว่ามีอาการคล้ายกับต้อกระจกจากภาวะชรา

1.5.4 ต้อกระจกที่เกิดแทรกซ้อน (Complicated cataract) เป็นต้อกระจกที่เกิดร่วมกับโรคภายในลูกตาอื่น ๆ สาเหตุจากมีการรบกวนของการเผาผลาญสารอาหารของแก้วตาโดยที่สารพิษของโรคหรือการอักเสบได้ซึมผ่านเปลือกหุ้มแก้วตาเข้าไปและเนื่องจากเปลือกหุ้มแก้วตาด้านหลังเป็นส่วนที่บางที่สุด ดังนั้นการขุ่นมักจะเกิดขึ้นที่บริเวณนี้ก่อน โรคภายในลูกตาต่าง ๆ นั้น เช่น โรคยูเวียอักเสบ สายตาสั้นมาก ๆ มีเนื้องอกในลูกตา ต้อหิน โรคเกี่ยวกับจอตา เช่น จอตาหลุด เป็นต้น

1.5.5 ต้อกระจกที่เกิดจากสารมีพิษและอาหาร (Toxic and nutritional cataract) ตัวยาสำคัญที่ทำให้เกิดต้อกระจก ได้แก่ ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์และยาหดรูม่านตาซึ่งใช้ในการรักษาต้อหิน สำหรับตัวยาคอร์ติโคสเตียรอยด์นั้นไม่ว่าจะเป็นการกิน การฉีดหรือการทาเฉพาะที่เป็นระยะเวลานานก็จะทำให้เกิดต้อกระจกได้ทั้งสิ้น นอกจากนี้ต้อกระจกยังเกิดจากยาฆ่าแมลง ยาลดน้ำหนัก ยาย้อมผมและยาย้อมขนตาก็มีส่วนทำให้เกิดต้อกระจกได้ ต้อกระจกชนิดนี้มีความรุนแรงแต่พบได้น้อยมาก

1.5.6 ต้อกระจกที่เกิดร่วมกับโรคระบบอื่น (Cataract associated with systemic disease) ที่พบบ่อยได้แก่ ต้อกระจกที่เกิดร่วมกับโรคเบาหวานซึ่งแบ่งเป็น 2 ชนิด คือต้อกระจกในคนอายุน้อยที่เป็นโรคเบาหวานระยะรุนแรงซึ่งพบได้น้อย และต้อกระจกในคนสูงอายุที่เป็นเบาหวานซึ่งพบได้บ่อย ทั้งนี้เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดที่เพิ่มสูงขึ้นจะไปรบกวนการเผาผลาญของเลนส์ทำให้เลนส์ขุ่นและแข็งเกิดเป็นต้อกระจกได้ในเวลาต่อมา (West, 1999 อ้างใน ภารดี นานาศิลป์, 2545) นอกจากนี้ยังสามารถพบต้อกระจกที่เกิดร่วมกับโรคผิวหนังบางชนิด เช่น Atopie dermatitis แต่มีโอกาสพบได้น้อยมาก

1.5.7 ต้อกระจกจากภยันตราย (Traumatic cataract) พบได้มากที่สุดในวัยหนุ่มสาว โดยทั่วไปจะเป็นกับตาข้างเดียว สาเหตุมีหลายประการ เช่น การถูกกระแทกอย่างแรง การที่ลูกตาได้รับบาดแผลแทงทะลุ การฉายรังสี กระแสไฟฟ้า เป็นต้น

1.6 อาการและอาการแสดง

อาการจะเริ่มจากตาจะมัวลงช้า ๆ โดยไม่รู้สึกเจ็บปวด ผู้ที่เป็นต้อกระจกจะให้ประวัติว่าตาจะมัวมากขึ้นในที่สว่าง ที่เป็นเช่นนั้นเนื่องจากขณะอยู่ที่สว่างรูม่านตาเล็กลง ส่วนอยู่ในที่มืดจะเห็นชัดขึ้นเพราะรูม่านตาขยาย มองเห็นภาพซ้อนเนื่องจากการหักเหของแสงในแต่ละส่วนของแก้วตาเปลี่ยนไป สายตาสั้นลงเพราะแก้วตาเริ่มขุ่นทำให้กำลังหักเหของแสงเปลี่ยนไป จึงมองในระยะใกล้ได้ชัด ขณะเดียวกันมองในระยะไกลไม่ชัดเจน เมื่อใช้ไฟฉายส่องผ่านรูม่านตาจะเห็นแสงสะท้อนสีขาวรูม่านตา (Pupil) จะเห็นขุ่นขาวเมื่อส่องดูด้วยไฟฉาย ถ้าส่องตาผู้ป่วยบริเวณรูม่านตาด้วยกล้องส่องตรวจภายในลูกตาจะเห็นเป็นเงาทึบดำตามขนาดและรูปร่างของแก้วตาที่ขุ่น

1.7 การรักษาโรคต้อกระจก

การรักษาโรคต้อกระจกในปัจจุบันต้อกระจกไม่สามารถรักษาด้วยยา มีวิธีเดียวเท่านั้นคือการผ่าตัดเอาแก้วตาที่ขุ่นออก ซึ่งเรียกว่า ลอกต้อกระจก (Lens extraction) ในเด็กจะทำ Ultrasonic fragmentation ซึ่งการผ่าตัดควรทำให้เร็วที่สุดเท่าที่จะเร็วได้และการพยากรณ์โรคไม่ดี

เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ใหญ่ ผู้ป่วยบางรายกลัวการผ่าตัดจึงไปให้หมอเถื่อนทำการรักษาโดยการกดแก้วตาให้ตกลงไปอยู่ในน้ำวุ้นลูกตา วิธีนี้เรียกว่า Couching ซึ่งเป็นการรักษาที่ผิด ผู้ป่วยจะมองเห็นได้ดีในระยะแรกแต่เมื่อปล่อยทิ้งไว้นาน ๆ จะทำให้เกิดต้อหิน ประสาทตาฝ่อ จอตาอักเสบและตาบอดในที่สุด

การผ่าตัดต้อกระจกแบ่งเป็น 4 ชนิด ดังต่อไปนี้

1) Extracapsular Cataract Extraction (ECCE) เป็นการผ่าตัดเอาแก้วตาออกเหลือแต่เปลือกหุ้มแก้วตาด้านหลังไว้ที่บริเวณเดิม การทำผ่าตัดชนิดนี้จะทำเมื่อต้อกระจกสุกแล้ว เนื่องจากส่วนรอบนอกของต้อกระจกเสื่อมลงและเหลวสามารถล้างออกได้ง่าย ในภาวะที่ไม่มีแก้วตาหรือเลนส์นี้มีชื่อเฉพาะเรียกว่า Aphakia หลังผ่าตัดประมาณ 1-2 เดือน ต้องสวมแว่นตาจึงสามารถมองเห็นได้ชัดเจน (ภัทรจิต บวรสมบัติ อ้างใน ขวัญตา เกิดชูชื่น และสุจินดา ริมทอง, 2540)

2) Extracapsular Cataract Extraction with Intraoccular Lens (ECCE with IOL) เป็นการผ่าตัดเอาแก้วตาออกเหลือแต่เปลือกหุ้มแก้วตาทางด้านหลังร่วมกับใส่แก้วตาเทียม (Intraoccular lens) จักษุแพทย์จะทำการผ่าตัดเช่นเดียวกับการทำ ECCE แต่จะใส่เลนส์แก้วตาเทียมเพื่อช่วยในการมองเห็นให้กับผู้ป่วยด้วย โดยมักจะวางไว้บนส่วนของ Posterior capsule ของแก้วตาที่ผ่าตัด ECCE แล้ว เรียกว่า Posterior chamber lens ซึ่งปัจจุบันแพทย์นิยมทำการผ่าตัดด้วยวิธีนี้กันอย่างแพร่หลาย หลังผ่าตัดผู้ป่วยสามารถมองเห็นชัดเจนทันที การมองเห็นภาพจะใกล้เคียงกับขนาดตาคนปกติมากที่สุดไม่ต้องสวมแว่นตา (ภัทรจิต บวรสมบัติ อ้างใน ขวัญตา เกิดชูชื่น และสุจินดา ริมทอง, 2540)

3) Phacoemulsification with Intraoccular Lens (PE with IOL) เป็นการผ่าตัดต้อกระจกอีกวิธีหนึ่งโดยการใช้คลื่นเสียงหรืออัลตราซาวด์ที่มีความถี่สูงเข้าไปสลายเนื้อแก้วตาแล้วจึงดูด (Aspiration) แก้วตาทั้งส่วนตรงกลางและส่วนรอบนอกออกแล้วจึงนำแก้วตาเทียมใส่เข้าไปแทน ข้อดีของวิธีนี้ต่างกับวิธีปกติตรงที่แผลผ่าตัดเล็กกว่า การเกิดสายตาเอียงหลังผ่าตัดน้อยลง ระยะพักฟื้นหลังการผ่าตัดสั้นกว่า แต่มีข้อเสียเนื่องจากเป็นวิธีใหม่ดังนั้นต้องอาศัยความชำนาญของแพทย์ ต้องใช้เครื่องมือราคาแพงและต้องใช้สารหล่อลื่นช่วยในระหว่างผ่าตัด มิฉะนั้นเครื่องอัลตราซาวด์อาจสั่นทำลายต้อกระจกได้ (ภารดี นานาศิลป์, 2543)

4) Intracapsular Cataract Extraction (ICCE) เป็นการผ่าตัดลอกเอาแก้วตาพร้อมทั้งเปลือกหุ้มออกมาทั้งหมด ไม่นิยมใช้ในผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี เพราะเอ็นเยื่อที่ยึดแก้วตามีความเหนียวมากและเปลือกหุ้มแก้วตาด้านหนึ่งยังติดแน่นกับผิวหน้าของน้ำวุ้นตา ในการผ่าตัดต้องออกแรงดึงแก้วตาและเปลือกหุ้มออกอาจทำให้น้ำวุ้นตาไหลออกมาด้วย

(vitreous Loss) ซึ่งเกิดอันตรายมาก ส่งผลให้ดวงตาเสื่อมลงและมีการลอกของจอตา เป็นต้น (Scheie and Albert, 1977)

ภายหลังการผ่าตัดต้อกระจกผู้ป่วยจะไม่สามารถมองเห็นได้เนื่องจากไม่มีแก้วตา (Aphagia) ดังนั้นจึงต้องหาอุปกรณ์อื่นมาทดแทนแก้วตาเพื่อช่วยให้สามารถมองเห็นได้ชัดเจนยิ่งขึ้น อุปกรณ์ต่าง ๆ เหล่านั้นได้แก่ แว่นตาต้อกระจก (Cataract glasses) เลนส์สัมผัส (Contact lLens) และแก้วตาเทียม (Intraoccular lens) เป็นสิ่งประดิษฐ์ใช้แทนเลนส์ธรรมชาติทำจากสาร Polymethaacrylate (PMMA) ซึ่งไม่มีปฏิกิริยากับเนื้อเยื่อของตา (ภัทรจิต บวรสมบัติ, 2540 อ้างใน ขวัญตา เกิดชูชื่น และสุจินดา ริมทอง, 2540)

1.8 อาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต้อกระจก

ภายหลังการผ่าตัดต้อกระจกอาจเกิดอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ กับผู้ป่วยได้ แต่มีจำนวนไม่มากนัก ซึ่งมีความรุนแรงแตกต่างกันดังต่อไปนี้

1.8.1 ความดันลูกตาสูง (Increase intraocular pressure) เกิดจากผลของการทำกิจกรรมบางอย่าง ทำให้ความดันลูกตาสูงทันทีทันใด เช่น การไอ การจาม การอาเจียน การก้มหน้าต่ำกว่าระดับเอว การยกของหนัก การบีบตา การเบ่งอุจจาระ และการนอนตะแคงข้างที่ผ่าตัด เป็นต้น ผู้ป่วยปวดตาหรือไม่ปวดก็ได้ จากการวัดความดันลูกตาค่าจะสูงกว่า 20 มม.ปรอท

1.8.2 การดึงรั้งของแผลเย็บ (Stress on the suture line) เมื่อความดันลูกตาสูงทำให้แผลเย็บถูกดึงรั้งเกิดเลือดออกในช่องหน้าม่านตาได้ ผู้ป่วยปวดตาหรือไม่ปวดก็ได้ขึ้นกับจำนวนเลือดในช่องหน้าม่านตา

1.8.3 การติดเชื้อ (Infection) เกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น จากตาข้างที่ผ่าตัดถูกน้ำ ผู้ป่วยขยี้ตาจนเกิดเยื่อบุตาอักเสบ เป็นต้น

1.8.4 เลือดออกในช่องหน้าม่านตา (Hyphema) เกิดจากการฉีกขาดของเส้นเลือดม่านตาและ/หรือ seriabody สาเหตุจากถูกภยันตรายชนิดไม่มีคม (Blunt trauma) เกิดขึ้นเอง (Spontaneous) และจากผู้ป่วยปฏิบัติตนหลังผ่าตัดไม่ถูกต้อง เช่น ไอ จามแรง ๆ เบ่งถ่ายอุจจาระ เป็นต้น (ขวัญตา เกิดชูชื่น และสุจินดา ริมทอง, 2540; ภารดี นานาศิลป์, 2543)

ในผู้สูงอายุโรคต้อกระจกเกิดจากความชราหรือความเสื่อมของร่างกาย ซึ่งทำให้การมองเห็นด้อยลง มีผลต่อการดำเนินชีวิตและสร้างความวิตกกังวลแก่ผู้สูงอายุ เนื่องจากในการรักษาจะใช้การผ่าตัดใช้แก้วตาเทียม และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ฉะนั้นผู้สูงอายุจึงต้องมีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

2. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

2.1 ทฤษฎีการสูงอายุ

ศาสตร์ทางด้านการสูงอายุเป็นการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ที่ส่งผลต่อการสูงอายุ และอายุที่มากขึ้นจะสัมพันธ์กับการเกิดโรคในผู้สูงอายุ การสูงอายุมีกระบวนการเกิดและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดการสูงอายุต่าง ๆ กัน ไม่สามารถที่จะอธิบายได้ด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งเท่านั้น แต่ต้องอาศัยหลายทฤษฎีประกอบกัน (Ebersole and Hess, 1997: 31) ซึ่งนักวิชาการของศาสตร์ 3 สาขา คือ นักชีววิทยา นักจิตวิทยา และนักสังคมวิทยา ได้เป็นผู้สร้างทฤษฎีการสูงอายุอันเป็นแม่บทของการศึกษาผู้สูงอายุให้กว้างขวาง การจำแนกทฤษฎีการสูงอายุ จำแนกได้เป็น 3 ทฤษฎี และแยกย่อยเป็นทฤษฎีย่อย ดังนี้

ก. ทฤษฎีการสูงอายุเชิงชีวภาพ (Biological theories)

ทฤษฎีการสูงอายุเชิงชีวภาพ กล่าวถึง ขบวนการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของอวัยวะต่าง ๆ ในทางที่เสื่อมลงในวัยสูงอายุนับตั้งแต่เซลล์ เนื้อเยื่อ และอวัยวะต่าง ๆ (Donlon, 1999: 9) ทฤษฎีการสูงอายุเชิงชีวภาพมีการจำแนกแยกย่อยเป็นทฤษฎีต่าง ๆ หลายทฤษฎี ดังนี้

1) ทฤษฎีการสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Genetic theories) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การสูงอายุเป็นเรื่องของพันธุกรรม จำแนกเป็นทฤษฎีย่อยๆ หลายทฤษฎี (ภารดี นานาศิลป์, 2543) ดังนี้

1.1) ทฤษฎีพันธุกรรมทั่วไป (General genetic theories) นักทฤษฎีพันธุกรรมทั่วไปเชื่อว่าบุคคลในครอบครัวใดที่มีบรรพบุรุษที่มีอายุยืนยาว บุคคลในครอบครัวนั้นก็จะมีอายุยืนยาวด้วยเช่นกัน แต่ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมก็จะมีผลทำให้รหัสพันธุกรรมซึ่งเป็นตัวกำหนดอายุขัยเปลี่ยนไปได้เช่นกัน

1.2) ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรมในเซลล์ (Cellular genetic theories) นักทฤษฎีกลุ่มนี้เชื่อว่ายีนส์ (Gene) ควบคุมลักษณะพันธุกรรมโดยการสร้างเอ็นไซม์ซึ่งควบคุมการสร้างโปรตีนและมีผลต่อการทำหน้าที่ของเซลล์ เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงตลอดชั่วอายุของคนนั้นกำหนดไว้แล้วในยีนส์

1.3) ทฤษฎีผ่าเหล่า (Somatic mutation theory)นักทฤษฎีผ่าเหล่ากล่าวถึง การเปลี่ยนแปลงของ ดี เอ็น เอ เป็นตัวเร่งให้เซลล์ตายทำให้มนุษย์แก่เร็วขึ้น

1.4) ทฤษฎีความผิดพลาด (Error theory) จะอธิบายถึงการเกิดความผิดพลาดในการสังเคราะห์โปรตีน หรือเอ็นไซม์ในเซลล์ทำให้คุณสมบัติของเซลล์ผิดไป ไม่สามารถ

ทำหน้าที่ได้ ทำให้เซลล์ตายเร็ว ซึ่งในวัยสูงอายุอัตราการเกิดความผิดพลาดจะเป็นเร็วขึ้น ส่วนในวัยหนุ่มสาวอัตราการเกิดความผิดพลาดจะเป็นไปอย่างช้า ๆ

2) ทฤษฎีการสูงอายุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Nongenetic cellular theories)

2.1) ทฤษฎีความเสื่อมโทรมของเซลล์ (Wear and tear theory) อธิบายว่า เซลล์เมื่อทำหน้าที่นานจะเกิดภาวะเสื่อมถอย ทำหน้าที่น้อยลง เซลล์ไม่อาจแบ่งตัวได้อีกจนกระทั่งตายไป

2.2) ทฤษฎีการสะสม (Aucumulative theory) อธิบายว่าการสูงอายุเป็นผลจากการสะสมสารที่เป็นอันตรายต่อเซลล์ สารนี้มีสีดำเรียกว่า ไลโปฟัสซิน (Lipofuscin) บางทีเรียกว่า รงควัตถุไขมัน (Fatty pigment) หรือรงควัตถุชรา (Age pigment) สารนี้ส่งผลต่อการเผาผลาญภายในเซลล์ทำให้การซึมผ่านของผนังเซลล์ลดลงหรือเปลี่ยนแปลงไป

2.3) ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free radical theory) กล่าวถึงเซลล์ว่า มีอายุเสื่อมและตายได้ เนื่องมาจากมีการสร้างอนุมูลซึ่งมีฤทธิ์ทำลาย ทำให้เซลล์เสื่อม การที่เซลล์เสื่อมนั้นเป็นผลจากการสะสมสารประกอบทางเคมีที่เกิดจากปฏิกิริยาทางเคมีภายในเซลล์

2.4) ทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross-linking theory) อาจเรียกว่าเป็นทฤษฎีคอลลาเจน (Collagen theory) กล่าวถึง ความสูงอายุที่เกิดขึ้นเนื่องจากการมีการเชื่อมตามขวางของโมเลกุลของโปรตีน การเชื่อมตามขวางนี้อาจเกิดระหว่างสารภายในโมเลกุลเดียวกัน หรือสารระหว่างโมเลกุลก็ได้ ซึ่งโดยปกติแล้วโมเลกุลเหล่านี้ต้องแยกจากกัน เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้คุณสมบัติทางเคมีและกายภาพของโมเลกุลเปลี่ยนแปลงไป การเชื่อมตามขวางพบได้มากที่สุด คือ โปรตีนที่อยู่ภายนอกเซลล์ หรืออิลาสติน (Elastin) และคอลลาเจน (Collagen) ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพันมีจำนวนมากและเกาะยึดแน่น ทำให้เซลล์เนื้อเยื่อขาดการยืดหยุ่น การขับถ่ายขนส่งอาหารไปสู่อวัยวะต่างๆ ไม่ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดความแข็งแรงของโครงสร้างร่างกายเพราะคอลลาเจนซึ่งมีลักษณะหนืดๆ คล้ายวุ้นจะอยู่รอบๆ เซลล์ช่วยพยุงและให้ความแข็งแรงแก่เนื้อเยื่อและพบมากในผิวหนัง เช่น กระดูก กล้ามเนื้อ หลอดเลือดหัวใจ และสารประกอบที่อยู่ในสารพื้น (Ground substance)

3) ทฤษฎีทางสรีรวิทยา (Physiologic theories)

ทฤษฎีทางสรีรวิทยากล่าวถึง ความมีอายุเป็นผลมาจากความล้มเหลวของการทำงานระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายและความบกพร่องของกลไกในการควบคุมทางสรีรวิทยา ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องคือ(ภารดี นานาศิลป์, 2543)

3.1) ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological theory) อธิบายถึงการทำหน้าที่ป้องกันร่างกายจากจุลินทรีย์ที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อมภายนอกและเซลล์แปลกปลอม ซึ่งเป็น

อันตรายต่อร่างกายตนเอง เช่น การติดเชื้อเซลล์มะเร็ง กลไกในการป้องกันมี 2 วิธี คือ การสร้างแอนติบอดี้ เพื่อทำลายจุลินทรีย์และโปรตีนที่แปลกปลอมมา และการสร้างเซลล์ชนิดหนึ่งเพื่อทำหน้าที่ในการกินและย่อยเซลล์หรือสิ่งแปลกปลอมนั้น ร่างกายมีระบบภูมิคุ้มกันที่สำคัญ คือ

3.1.1) การตอบสนองระบบภูมิคุ้มกันโดยผ่านเซลล์ เซลล์ที่ทำหน้าที่ ได้แก่ ที-ลิมโฟซัยท์ (T- lymphocyte)

3.1.2) การตอบสนองระบบภูมิคุ้มกันโดยการใช้สารน้ำ หมายถึง แอนติบอดี้ (Antibody) เซลล์ที่รับผิดชอบ คือ บี-ลิมโฟซัยท์ (B- lymphocyte) และเซลล์ของพลาสม่า (plasma cell) เมื่ออายุมากขึ้นพบว่า การทำหน้าที่ของ ที-ลิมโฟซัยท์ จะไม่แน่นอน หน้าที่ของเซลล์มักจะลดลงทำให้ระบบภูมิคุ้มกันลดลงมาก ทำให้เจ็บป่วยง่าย และที่สำคัญการทำหน้าที่ของต่อมไทมัส (Thymus gland) จะไม่ดีเท่ากับวัยหนุ่มสาว เนื่องจากวัยผู้สูงอายุทำให้น้ำหนักและขนาดของต่อมไทมัสลดน้อยส่งผลต่อการทำหน้าที่ของ T-cell เพราะว่าการสูญเสียการทำหน้าที่ของ T-cell ทำให้ร่างกายถูกโจมตีจากสิ่งแปลกปลอมได้ง่าย จึงเป็นหลักสำคัญในการคงไว้ยังสุขภาพ การป้องกันโรค และการเข้าถึงการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุ

3.2) ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine theory) อธิบายการทำงานของระบบสมองประสาทอัตโนมัติ และต่อมไร้ท่อ จะทำงานประสานและควบคุมซึ่งกันและกันเพื่อให้ร่างกายดำรงชีวิตได้ตามปกติ เมื่ออายุมากขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนภายในร่างกาย พบว่าในผู้สูงอายุ ตับอ่อนจะผลิตอินซูลินออกมาช้าลง ในขณะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง จึงมีแนวโน้มจะเกิดโรคเบาหวานมากขึ้น นอกจากนี้มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะสืบพันธุ์ ต่อมหมวกไต และส่วนต่าง ๆ ที่ผลิตฮอร์โมน โดยเฉพาะฮอร์โมนที่ผลิตจากไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) และต่อมใต้สมอง (pituitary gland) ทำให้มีผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้ทำงานผิดปกติและตายในที่สุด

ข. ทฤษฎีการสูงอายุเชิงจิตวิทยา (Psychological theories)

1) ทฤษฎีการสูงอายุเชิงจิตวิทยาอธิบายเกี่ยวกับการสูงอายุว่า การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูงอายุ เป็นผลมาจากพื้นฐานในอดีต ผลจากการปรับตัวทางด้านความคิด สติปัญญา ความนึกคิด การรับรู้ แรงจูงใจ ประสบการณ์ในอดีต ทำให้แต่ละคนมีบุคลิกภาพต่างกันไป บุคคลที่ผ่านช่วงชีวิตด้วยความมั่นคง รู้สึกอบอุ่น ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ ก็จะส่งผลในช่วงวัยสูงอายุมีความสุข มีความรู้สึกมั่นคง แต่ถ้าเป็นลักษณะตรงกันข้ามชีวิตวัยสูงอายุจะไม่มีความสุข ท้อแท้ หมดหวัง ซึมเศร้า ทฤษฎีการสูงอายุเชิงจิตวิทยา ได้แก่ ทฤษฎีของอิริกสันและทฤษฎีของเพค

2) ทฤษฎีของอิริกสัน (Erikson's epigenetic theory) อธิบายถึงการพัฒนาของคนตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ แบ่งได้เป็น 8 ระยะ ในระยะที่ 7 และ 8 เป็นช่วงที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแล ระยะที่ 7 อยู่ในช่วงอายุ 25 - 65 ปี เป็นช่วงวัยที่มีความทะเยอทะยาน มีความคิดสร้างสรรค์ต่าง ๆ ต้องการสร้างความสำเร็จในชีวิต ถ้าผู้สูงอายุประสบความสำเร็จดีจะรู้สึกพอใจในความมั่นคง ภาคภูมิใจในตัวเองและสืบทอดต่อ ๆ ไปยังรุ่นลูกหลาน แต่ถ้าไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต ผู้สูงอายุจะรู้สึกเหนื่อยหน่าย เหงาหงอย ไม่กระตือรือร้น

3) ทฤษฎีของเพค (Peck's theory) อธิบายความแตกต่างของผู้สูงอายุทั้งด้านกายภาพ และจิตวิทยาสังคม (พิชญาภรณ์ มูลศิลป์, 2541: 15) ผู้สูงอายุที่ยอมรับว่าเมื่ออายุมากขึ้นสมรรถภาพของร่างกายย่อมลดลง ร่างกายเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงได้ โดยไม่รู้สึกกลัวก็จะดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข

ค. ทฤษฎีการสูงอายุเชิงสังคมวิทยา (Sociological theories)

ทฤษฎีการสูงอายุเชิงสังคมวิทยาอธิบายว่า สิ่งแวดล้อมมีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ การมีสถานภาพของสังคมเปลี่ยนไป ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัว ร่างกายยิ่งเปลี่ยนแปลงเร็วยิ่งทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวมากขึ้น ทฤษฎีที่กล่าวถึงการสูงอายุเชิงสังคมวิทยามีดังนี้

1) ทฤษฎีการถดถอยจากสังคม (Disengagement theory) การสูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุถอยออกไปจากสังคมทีละน้อยจนกระทั่งผู้สูงอายุลดการติดต่อกับกลุ่มคนในระบบสังคมนั้น การถดถอยไปจากสังคมเนื่องจากต้องละทิ้งบทบาทเดิม เช่น การเกษียณอายุ ผู้สูงอายุจะพึงพอใจเนื่องจากอิสระจากกฎระเบียบของสังคม ผู้สูงอายุส่วนมากยังพอใจที่จะอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม ถ้าแยกผู้สูงอายุออกจากบทบาทเดิม จะทำให้ผู้สูงอายุซึมเศร้าได้ ดังนั้นพยาบาลต้องวิเคราะห์อาการถดถอยหนีว่าเกิดจากการถดถอยออกจากสังคมหรือเกิดจากภาวะซึมเศร้าที่แท้จริง

2) ทฤษฎีกิจกรรม (Active theory) อธิบายถึงความพึงพอใจในชีวิตเกิดจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ผู้สูงอายุจึงควรมีบทบาทใหม่มาแทนบทบาทเดิม สร้างสัมพันธภาพกับคนกลุ่มใหม่ หางานอดิเรกทำ พยาบาลวิชาชีพต้องสังเกตความต้องการของผู้สูงอายุ และประเมินความสามารถทางร่างกาย จิตสังคม ก่อนส่งเสริมให้ทำกิจกรรมต่างๆ ควรเป็นกิจกรรมเพื่อการบำบัดรักษาและทำด้วยความสมัครใจ

3) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory) อธิบายว่าผู้สูงอายุจะมีความสุขและมีกิจกรรมในสังคมหรือไม่ ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนของชีวิตแต่ละคน หากในอดีตชอบมีกิจกรรมร่วมกับสังคมก็จะชอบมีกิจกรรมในสังคมในช่วงสูงอายุ ผลการวิจัยของ Lemon พบว่าผู้สูงอายุที่ถูกลดบทบาทจะทำให้ความพึงพอใจลดลง ดังนั้นการมีส่วนร่วมในกิจกรรมจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี (พิชญาภรณ์ มูลศิลป์, 2541: 16)

สรุปได้ว่าบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงไปตามกระบวนการสูงอายุซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีทางชีวภาพ และทฤษฎีเชิงจิตวิทยา และทฤษฎีเชิงสังคมวิทยา ความสูงอายุของแต่ละบุคคลเกิดขึ้นในระยะเวลาแตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องรู้ทฤษฎีการสูงอายุเพื่อใช้ในการวิเคราะห์เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

2.2 การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

ความมีอายุเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของชีวิต ซึ่งมีผลกระทบต่อตัวบุคคลมากทั้งทางด้านร่างกาย พฤติกรรม สมรรถภาพ จิตใจและสังคม ดังนั้นบุคคลที่เข้าสู่วัยสูงอายุจึงต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (พิชญาภรณ์ มูลศิลป์, 2541)

1) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (Physical change) เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและหน้าที่ของเซลล์เนื้อเยื่อ ความเจริญของร่างกายลดลง การปรับตัวให้เข้ากับกิจกรรมและสิ่งแวดล้อมที่แปรเปลี่ยนไปจะยากขึ้น ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล การเปลี่ยนแปลงจะเกิดกับทุกระบบของร่างกาย อาทิ ระบบประสาทสัมผัส จะพบการเปลี่ยนแปลงคือ เลนส์ตาจะเริ่มเสื่อมความสามารถในการปรับระยะภาพ สายตาเปลี่ยนเป็นสายตายาว ปฏิกิริยาตอบสนองของม่านตาต่อแสงลดลง ทำให้การปรับตัวต่อการมองเห็นไม่ดี โดยเฉพาะในที่มืด แก้วตาขุ่น ความยืดหยุ่นลดลง มีวงแหวนขุ่นขาว หรือสีเทารอบ ๆ กระจกตา (Arcus senilis) การผลิตน้ำตาลดลง ทำให้ตาแห้ง 1 ใน 4 ของผู้มีอายุมากกว่า 60 ปี

2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสภาพร่างกายและสังคม ผู้สูงอายุจะปรับสภาวะทางจิตใจและอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และสิ่งแวดล้อม เนื่องจากผลกระทบจากการสูญเสียในด้านต่าง ๆ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากถึงวัยอันสมควรที่ต้องออกจากงาน ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดน้อยลง เมื่อหมดภาวะการติดต่อด้านธุรกิจการงานหรือหมดภาระหน้าที่รับผิดชอบ จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียสถานภาพทางสังคม รู้สึกไร้คุณค่าไม่มีเป้าหมายในชีวิต

3) การเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคม การเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคมจึงเป็นความเครียดทางจิตใจที่สำคัญอย่างหนึ่งในวัยสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ได้แก่ การเปลี่ยนรูปแบบของสังคม เดิมครอบครัวไทยเป็นครอบครัวใหญ่ มีผู้สูงอายุเป็นผู้นำ เมื่อรูปแบบของสังคมเปลี่ยนในลักษณะสังคมอุตสาหกรรม คิดว่าผู้สูงอายุเป็นคนไม่ทันต่อเหตุการณ์ ผู้สูงอายุจึงขาดความสำคัญ ขาดความสนใจจากบุตรหลาน ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยวและคิดว่าตนเองเป็นภาระของสังคม จึงขาดการยอมรับจากครอบครัว

จะเห็นได้ว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายนั้นเป็นขบวนการที่เกิดต่อเนื่องกันไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมเกิดจากบทบาททางสังคมที่เปลี่ยนไปตามอายุที่สูงขึ้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพทางกาย และการเปลี่ยนแปลงของสังคมมีผลกระทบโดยตรงต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ การแสดงออกด้านจิตใจและอารมณ์จะขึ้นกับโครงสร้างทางจิตใจ ร่วมกับความสามารถในการปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดขึ้น

2.3 การเรียนรู้ในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เนื่องจากมีอายุมากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการเรียนรู้ ตามที่นักจิตวิทยาหรือนักวิจัยได้ศึกษาหาข้อมูล มีดังนี้คือ (สุวัฒน์ วัฒนวงค์, 2533)

1. ความชัดเจนและแหลมคมในการมองเห็นจะลดน้อยลง
2. ความชัดเจนในการรับฟัง และการได้ยินเสียงจะลดน้อยลง
3. ความเร็วในการโต้ตอบ (reaction time) และแนวโน้วในการปฏิบัติงานจะเสื่อมถอยลงตามอายุที่มากขึ้น
4. การรับรู้ด้านประสาทสัมผัสจะลดน้อยลงไปตามวัย
5. ความจำจะลดน้อยลงโดยเฉพาะเมื่อเริ่มเรียนรู้สิ่งใหม่ๆจะไม่ได้ผลมากนัก
6. ทักษะทางด้านการใช้ร่างกายปฏิบัติ คือ ด้าน Psychomotor มีแนวโน้มลดลง
7. สุขภาพทางกายที่อ่อนแอและเสื่อมถอยลง รวมทั้งโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิต จะมีผลทำให้การเรียนรู้ช้าลง

นอกจากนี้แล้วยังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติ แรงจูงใจ ความพึงพอใจ ความเข้าใจตนเอง ซึ่งมีโดยตลอดช่วงเวลา (life span) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะมีอยู่ต่อเนื่องกันไป และก่อให้เกิดผลกระทบต่อความต้องการในการเรียนรู้ของบุคคล

2.4 ความเสื่อมถอย (decline)

มีอิทธิพลต่อความสามารถในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของบุคคลในวัยสูงอายุ ความเสื่อมถอยโดยทั่วไปมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการคือ (สุวัฒน์ วัฒนวงค์, 2533)

1. การไม่ได้ใช้ (disuse) การไม่ได้ใช้เป็นเวลานานเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ความสามารถลดลง
2. โรคภัยไข้เจ็บ (disease) ความเจ็บป่วยเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีการเสื่อมถอยได้มากยิ่งขึ้น

3. การขาดความสนใจ (disinterest) เนื่องจากไม่มีแรงจูงใจมากพอทำให้ไม่สนใจ เอาใจใส่ นานเข้าทำให้เกิดการเสื่อมถอยได้

2.5 ข้อแนะนำในการสอนผู้สูงอายุ

Aiken (1978) ได้ให้คำแนะนำและสามารถที่จะใช้เทคนิคต่างๆดังต่อไปนี้ช่วยในการสอนผู้สูงอายุได้ คือ

1. จัดให้นักศึกษาผู้สูงอายุมีเวลาเพียงพอ (ample time) สำหรับที่จะทำความเข้าใจในแต่ละบทเรียน หรือในภารกิจที่จะต้องปฏิบัติประกอบบทเรียนนั้น

2. ควรจะสอนบทเรียนซ้ำ (repeat) อีกหลายๆครั้ง ถ้าหากมีความจำเป็นที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจได้ดีมากยิ่งขึ้น

3. ควรให้แรงเสริมในทางบวก (positive reinforcement) โดยมีจำนวนมากพอสำหรับผู้เรียนที่มีความสามารถ และประสบความสำเร็จในบทเรียนนั้น

4. ควรจะกำหนดเป้าหมายระยะสั้นๆ (short-term goal) ในการเรียนเพื่อที่ผู้สูงอายุจะสามารถปฏิบัติได้ภายในเวลาที่กำหนดให้

5. ควรกำหนดเวลาในการฝึกหัดและการเรียนให้มีระยะเวลาค่อนข้างสั้นสำหรับผู้สูงอายุทั้งนี้เพราะว่าผู้สูงอายุมีความเหนื่อยล้าได้ง่ายและเร็วกว่าหนุ่มสาว

6. ต้องระมัดระวังในเรื่องเกี่ยวกับปัญหาของความบกพร่องในการแลเห็น และการได้ยินเสมอ สำหรับการสอนผู้สูงอายุให้มีแสงสว่างมากพอในห้องเรียน ใช้เสียงพูดในการสอนให้ดังมากพอได้ยินทุกคน และควรจะเขียนหนังสือให้มีขนาดใหญ่มากพอมองเห็นได้ทุกคน เป็นต้น

สรุปได้ว่า การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในวัยสูงอายุนั้น ควรเน้นให้ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางในการเรียนรู้ มีการสำรวจความต้องการของตนเองและประเมินตนเอง กำหนดเป้าหมายร่วมกัน มีการปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์เดิมนำมาส่งเสริมการทำงานร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่แนวทางที่ใช้ปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง

2.6 การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

พยาบาลควรตระหนักถึงความรับผิดชอบในบทบาทการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้จักดูแลสุขภาพตนเองทั้งในภาวะปกติและเมื่อเจ็บป่วยได้ ดังนี้

1. การกระทำให้หรือกระทำแทน เป็นวิธีที่พยาบาลใช้ความสามารถของตนเองในการช่วยเหลือผู้สูงอายุเจ็บป่วย ให้ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง

2. การชี้แนะ เป็นวิธีที่เหมาะสมในกรณีที่ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจเองได้ หรือสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้

3. การสนับสนุน เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียดก็ตาม

4. การสอน วิธีนี้เหมาะสมสำหรับช่วยเหลือผู้สูงอายุในการพัฒนาความรู้ ทักษะบางประการของผู้สูงอายุในการดูแลตนเอง การสอนนี้ต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุด้วย

5. การสร้างสิ่งแวดล้อมให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจของผู้สูงอายุในการวางเป้าหมายที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้

การที่พยาบาลจะใช้วิธีใดในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมนั้นพยาบาลต้องทราบถึงสภาพที่แท้จริงของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถวิเคราะห์ได้โดยการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ เพื่อที่จะประเมินผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณทำให้สามารถวินิจฉัยปัญหาวางแผนและนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ ตลอดจนการติดตามประเมินผลได้อย่างถูกต้อง

3. มโนทัศน์ของความวิตกกังวล

3.1 ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกหวาดหวั่น ตึงเครียด หงุดหงิด ไม่สบายใจ กลัวและกังวล ซึ่งสาเหตุของความวิตกกังวลไม่สามารถบอกได้แน่ชัด ความวิตกกังวลอาจเกิดจากการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าคุกคาม หรืออาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง โดยสิ่งที่คุกคามอาจเกิดขึ้นจริงหรืออาจเป็นการคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้า (Vacarolis, 1998; Thelander, 1997)

3.2 สาเหตุของความวิตกกังวล

สาเหตุที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลที่สำคัญแบ่งได้เป็น 2 ชนิด ดังต่อไปนี้ (Kneisl, 1996)

1) สิ่งคุกคามต่อร่างกาย (Threats to biologic integrity) ได้แก่ ความต้องการอาหาร เครื่องดื่ม หรือความอบอุ่น เป็นสิ่งที่จะเข้ามารบกวนความต้องการพื้นฐานของมนุษย์

2) สิ่งคุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัยของตนเอง (Threats to the security of the self) ได้แก่ ความคาดหวังที่คิดว่ามีความสำคัญต่อตนเองไม่ได้รับการตอบสนอง ความต้องการการยอมรับนับถือไม่ได้รับการตอบสนอง การคาดการณ์ล่วงหน้าว่าตนเองไม่ได้รับการยินยอมหรือเห็นด้วยจากบุคคลที่มีความสำคัญกับตน ไม่สามารถเพิ่มการยอมรับนับถือตนเองหรือการยอมรับจากบุคคลอื่น ความรู้สึกผิดหรือความขัดแย้งกันระหว่างมุมมองของตนเองและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริง

3.3 ระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลแบ่งได้เป็น 4 ระดับ ดังต่อไปนี้ (Kneisl, 1996; Lee, 1998)

1) ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย (Mild anxiety) ความวิตกกังวลชนิดนี้จะก่อให้เกิดการเผชิญความเครียดในทางที่สร้างสรรค์ คนที่มีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยนี้จะเพิ่มขีดความสามารถในการรับรู้ต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ทำให้บุคคลนั้นตื่นตัว (Alert) มากขึ้นว่าควรจะทำอะไรต่อไปในทางที่ดีขึ้น

2) ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (Moderate anxiety) บุคคลที่มีความวิตกกังวลในระดับนี้จะยังคงมีความตื่นตัวอยู่แต่การรับรู้จะแคบลง พฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้คือ การมองเห็น การได้ยิน และความเข้าใจจะลดลงกว่าแต่ก่อน มีความตั้งใจในสิ่งที่ตนเองมุ่งความสนใจอยู่ จะมากขึ้นเมื่อได้รับคำแนะนำขณะนั้น โดยจะใส่ใจกับสิ่งอื่นน้อยลง

3) ความวิตกกังวลในระดับสูง (Severe anxiety) การรับความรู้สึกจะลดลงเป็นอย่างมาก บุคคลที่มีความวิตกกังวลรุนแรงจะมุ่งความสนใจไปสู่รายละเอียดปลีกย่อยต่างๆ ของเหตุการณ์ที่พบ จะมีความยากลำบากในการแก้ไขปัญหาและความสามารถในการจัดการเรื่องต่างๆ ลดน้อยลง เกิดความตึงเครียด มีสมาธิลดลง ไม่สามารถจะทำตามคำแนะนำของบุคคลอื่นได้ เมื่อมีสิ่งเร้าใหม่เข้ามากระตุ้นจะยิ่งทำให้ระดับความวิตกกังวลสูงขึ้นไปอีก พฤติกรรมที่สังเกตได้คือ การมองเห็น การได้ยิน และความเข้าใจน้อยลงกว่าแต่ก่อนเป็นอย่างมาก

4) ความวิตกกังวลในระดับรุนแรง (Panic) การรับรู้จะหยุดชะงักลง ความคิดกระจัดกระจาย รู้สึกตกใจกลัวเป็นอย่างมาก อาจไม่สามารถคิดอย่างมีเหตุผลและตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพได้ ไม่สามารถเริ่มต้นหรือกระทำพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ พฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้คือ อาจบอกไม่ได้ว่าขณะนี้เกิดอะไรขึ้นกับตนเองและรู้สึกว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นไม่เป็นความจริง สับสน กลัว สนใจแต่รายละเอียดของเหตุการณ์ มักแสดงพฤติกรรมต่างๆ โดยไม่ได้ผ่านการไตร่ตรองและไม่มีจุดหมาย การติดต่อสื่อสารอาจไม่ชัดเจนหรือเข้าใจได้ยาก ฉุนเฉียวง่าย อาจเดินเร็ว วิ่งหนีหรือต่อสู้อย่างรุนแรง

3.4 ประเภทของความวิตกกังวล

Spielberger et al. (1983) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝง

1) ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety or S-Anxiety or A-state) คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เข้ามากระทบและมีแนวโน้มว่าจะทำให้เกิดอันตรายหรือคุกคามบุคคล เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราว ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย ลักษณะอารมณ์ สรีระและพฤติกรรมที่โต้ตอบความวิตกกังวลแบบเผชิญจะสังเกตเห็นได้ และผู้ที่มีความวิตกกังวลสามารถบอกได้ ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดความวิตกกังวลจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพการเรียนรู้และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล

2) ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety or T-Anxiety or A-trait) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ทั่ว ๆ ไป เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจนเป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล และเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ (Personality trait) จะไม่ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะเผชิญ บุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงสูงจะรับรู้แปลความ และประเมินสถานการณ์ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้เร็วกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ

3.5 การประเมินระดับความวิตกกังวล

การประเมินความวิตกกังวลสามารถทำได้ 3 วิธี ดังนี้

1) ประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological measure of anxiety) โดยดูจากการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต การขยายของรูม่านตา การมีเหงื่อออก (Stuart & Sundeen, 1995)

2) ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral measure of anxiety) ได้แก่ แบบบันทึกเพื่อสังเกตพฤติกรรมของเกร์แฮมและคอนเลย์ (Graham & Conley, 1971) จะประเมินเกี่ยวกับลักษณะการแสดงออกทางด้านพฤติกรรม เช่น กัดเล็บหรือกัดปาก มือสั่น กระสับกระส่าย เป็นต้น การแสดงออกทางการพูด เช่น พูดเร็วขึ้น พูดตะกุกตะกัก พูดเสียงดังหรือเสียงแหลม เป็นต้น การแสดงออกทางสีหน้าที่แสดงถึงความตึงเครียด ร้องไห้ หรือยืนกอดอก

3) การวัดโดยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลตามความรู้สึกที่ตนรับรู้ แล้วนำมาประเมินระดับของความวิตกกังวล ที่นิยมใช้กันมากคือ

3.1) Taylor Manifest Anxiety Scale พัฒนาขึ้นในปี 1950 (Taylor, 1950 cited in Grimm, 1997) ประกอบด้วยข้อคำถาม 50 ข้อที่เลือกมาจากแบบประเมินบุคลิกภาพ Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) ให้คำตอบว่าถูกหรือผิดในแต่ละข้อคำถาม แบบวัดนี้เริ่มใช้ในกลุ่มนักเรียนในวิทยาลัยและผู้ป่วยทางจิต แต่ต่อมาได้นำมาใช้อย่างกว้างขวางในผู้ใหญ่ทั่วๆ ไป

3.2) Anxiety Status Inventory-Self-rating Anxiety Scale (ASI-SAS) พัฒนาโดย Zung (1971 cited in Grimm, 1997) Anxiety Status Inventory ประกอบไปด้วย 2 แบบวัดคือ ASI และ SAS ทั้ง 2 แบบวัดนี้ใช้ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยทางจิตในคลินิก อย่างไรก็ตาม Zung รายงานว่าได้มีการศึกษาและใช้กับบุคคลที่ไม่มีอาการป่วยทางจิตได้

3.3) State-Trait Anxiety Inventory (STAI) พัฒนาขึ้นโดย Spielberger et al. (1983) ตั้งแต่ปี ค.ศ.1977 และปรับปรุงแก้ไขใหม่ในปี 1983 แบบวัดนี้จะแยกประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝง แต่ละชนิดของความวิตกกังวลประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เลือกตอบได้ 4 คำตอบ จากไม่มีความรู้สึกนั้นเลยจนถึงมีมากที่สุด แบบวัดนี้ใช้ได้แพร่หลายในนักเรียนระดับมัธยมปลาย นักเรียนระดับวิทยาลัย ผู้ป่วยทางจิต ผู้ป่วยทางอายุรกรรมและศัลยกรรม ผู้ป่วยสูติกรรม ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุ (Grimm, 1997) ค่าความเชื่อมั่นและค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือนั้นเป็นที่ยอมรับ และยังไม่พบปัญหาเรื่องการใช้แบบสอบถามข้ามวัฒนธรรม (Spielberger, 1983 อ้างใน ดาราวรรณ ต๊ะปินตา, 2534)

การประเมินความวิตกกังวลนั้นอาจประเมินได้จากวิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีร่วมกันก็ได้ ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้การประเมินทางด้านจิตใจ โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger et al. (1983) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์หนึ่งๆ ประกอบด้วยข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

3.6 ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคต้อกระจก

ความเจ็บป่วยเป็นวิกฤติการณ์ที่สำคัญ ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงนี้เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและสภาพแวดล้อมไปในทางลบ Leinonen et al. (2001) พบว่าเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความตึงเครียด ไม่สบายใจและวิตกกังวลมากที่สุด ได้แก่ การที่อวัยวะรับรู้เสียหน้าที่ไป คือ

ตาบอด หูหนวกในผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดดวงตา ผู้ป่วยจะมีความกลัวเป็นอย่างมาก เนื่องจากเกรงว่าตนเองอาจจะตาบอดได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่จะต้องรับการผ่าตัดดวงตาย่อมมีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลสูง และโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคต้อกระจกซึ่งจะต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาล และต้องรับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเพียงวิธีเดียว เพื่อจะเอาแก้วตาที่ขุ่นออก เพื่อให้แสงผ่านเข้าไปเกิดการมองเห็นได้ จึงเป็นผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลสูง ซึ่งในการผ่าตัดแต่ละครั้งนั้นจะส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดเป็นอย่างมาก ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลที่พบบ่อยในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด คือ กลัวโดยไม่ทราบสาเหตุ กลัวการเสียสมรรถภาพ กลัวความตาย กลัวสภาพหลังผ่าตัด กลัวความเจ็บปวด กลัวความไม่สุขสบาย กลัวจะรักษาไม่หาย (สุนียน์ จันทร์มหาเสถียร และนันทา เล็กสวัสดิ์, 2543) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้า ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค การรักษาที่กำลังประสบอยู่จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่มั่นใจ ไม่แน่ใจ และกลัวในสิ่งที่ตนต้องเผชิญในระยะก่อนการผ่าตัด ระยะผ่าตัด และหลังผ่าตัด (McCleane, 1990) จะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลจะพบได้ในผู้ป่วยเป็นส่วนมาก แต่มักจะพบว่าระดับความวิตกกังวลจะสูงขึ้นในผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณี ที่จะต้องรับการผ่าตัดดวงตาด้วยแล้ว ผู้ป่วยก็จะมีความหวาดหวั่นเป็นอย่างมาก เนื่องจากกลัวว่าตนเองอาจจะตาบอดได้ (Leinonen et al., 2001) นอกจากนี้ยังพบว่า การเข้านอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยจะรู้สึกวิตกกังวล จากการที่ต้องแยกจากครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดมาประสบกับสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ ภายในโรงพยาบาล การไม่คุ้นเคยกับสถานที่และบุคคลแปลกหน้าพบกับกฎเกณฑ์และระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ และต้องทิ้งบทบาทเดิมมาอยู่บทบาทของผู้ป่วย นอกจากนี้ก็ยังต้องปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์และพยาบาลขาดความเป็นอิสระ ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต (รัดใจ เวชประสิทธิ์, 2547)

3.7 บทบาทพยาบาลในการลดความวิตกกังวล

การพยาบาลบุคคลที่มีความวิตกกังวล จะมุ่งการช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถควบคุมความวิตกกังวลให้อยู่ในระดับต่ำลง จนกระทั่งสามารถขจัดความวิตกกังวลต่างๆได้ การพยาบาลบุคคลที่มีความวิตกกังวลมีดังนี้

1. การช่วยลดความวิตกกังวลให้เป็นปกติ (decreasing anxiety as normal) สามารถกระทำได้ตามระดับความรุนแรงของความวิตกกังวล ดังนี้

1.1 การช่วยลดความวิตกกังวลระดับสูงและรุนแรง (Decreasing sever and panic anxiety) พยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือบุคคลที่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงและรุนแรงได้โดย

1.1.1 การตระหนักถึงความรู้สึกของพยาบาล (self awareness) การดูแลผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลในระดับสูง ๆ อาจทำให้พยาบาลเกิดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นผลเสียต่อการสร้างสัมพันธภาพ และช่วยเหลือผู้ป่วย เพราะความวิตกกังวลในตัวพยาบาลทำให้พยาบาลไม่สามารถแยกแยะได้ว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยอยู่ในระดับใด และจะถ่ายทอดความวิตกกังวลไปสู่ผู้ป่วย เป็นการเพิ่มปัญหาให้ผู้ป่วยมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลจะต้องตื่นตัวต่อความวิตกกังวลในตัวเองยอมรับและหาสาเหตุ ตระหนักถึงบทบาทของตน ช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยท่าทีสงบ

1.1.2 สร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ (establishing a trusting relationship) การลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยนั้น พยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพที่เปิดเผยไว้วางใจพยาบาลจะต้องตั้งใจฟังผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยพูดถึงความวิตกกังวล คับข้องใจ การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยต้องคำนึงถึงความรู้สึกของผู้ป่วย

1.1.3 ปกป้องผู้ป่วย (protecting the patient) ให้อิสระผู้ป่วยในการจัดการกับความวิตกกังวลตามความสามารถ พยาบาลจะให้เวลาในการปรับพฤติกรรม และพยายามช่วยผู้ป่วยให้หาสิ่งที่พึงพอใจของชีวิตด้านอื่นๆ

1.1.4 ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม (modifying the environment) พยายามลดสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลกับผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดสิ่งกระตุ้น เพิ่มความสุขสบายทางร่างกาย เช่น การอาบน้ำอุ่น การนวด เป็นต้น

1.1.5 ส่งเสริมการทำกิจกรรม (encouraging activity) พยาบาลควรเข้าร่วมในกิจกรรมกับผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับตัวให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม และให้กำลังใจผู้ป่วย

1.1.6 ผู้ป่วยอาจต้องได้รับยาลดความวิตกกังวลตามการรักษาของแพทย์และพยาบาลต้องสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ให้ยาร่วมกับการรักษาอื่นๆ

1.1.7 ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย (provide physical needs) เช่นการรับประทานอาหาร การพักผ่อน

1.2 การช่วยลดความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (decreasing moderate anxiety) การช่วยเหลือบุคคลบุคคลในภาวะนี้มีจุดมุ่งหมายให้บุคคลสามารถแก้ปัญหา ปรับตัว เรียนรู้วิธีการควบคุมความวิตกกังวล การช่วยเหลือบุคคลที่มีความวิตกกังวลปานกลางสามารถทำได้ดังนี้

1.2.1 ช่วยให้บุคคลรู้ว่ามีความวิตกกังวล (recognition of anxiety) โดยการช่วยให้บุคคลสำรวจความรู้สึกของตนเอง ช่วยให้บุคคลตระหนักรู้ และพูดเกี่ยวกับความรู้สึกของตน

1.2.2 ช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจความวิตกกังวล (insight into the anxiety) พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันหาสาเหตุของการเกิดความวิตกกังวล วิเคราะห์สาเหตุ

1.2.3 ช่วยในการปรับตัว (coping with the threat) ถ้าการปรับตัวในครั้งก่อนๆมีความเหมาะสมพยาบาลควรส่งเสริมการปรับตัว ถ้าไม่เหมาะสมพยาบาลต้องแสดงให้เห็นถึงผลเสีย และช่วยบุคคลเรียนรู้วิธีการใหม่ในการปรับตัว

1.2.4 ส่งเสริมให้มีการผ่อนคลายความวิตกกังวล (promote the relaxation response) พยาบาลจะสอนผู้ป่วยในการลดความวิตกกังวลซึ่งมีหลายวิธี เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ การควบคุมการหายใจ

1.2.5 การช่วยเหลือปัญหาทางกายอื่นๆ (provide physical needs) เช่นการรับประทานอาหาร การพักผ่อนให้เพียงพอ

2. การช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และรู้จักความวิตกกังวล (acknowledging anxiety) วิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ดังกล่าวได้คือ การสนทนาโต้ตอบอย่างมีกระบวนการตามลำดับขั้น ดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ได้แก่ การทำกิจกรรมมากขึ้นกว่าปกติ พูดให้ผู้ป่วยเข้าใจ ยอมรับความรู้สึกวิตกกังวลในพฤติกรรมนั้น ๆ

ขั้นที่ 2 การเกี่ยวโยงความรู้สึกวิตกกังวลกับอาการที่เกิดขึ้น เช่น กระสับกระส่าย เครียด รวมทั้งรายละเอียดของการหาทางผ่อนคลายความวิตกกังวลที่ผู้ป่วยใช้

ขั้นที่ 3 ให้รู้จักการเปลี่ยนแปลงฉับพลัน ซึ่งเป็นสาเหตุนำความวิตกกังวล โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดทบทวน บรรยายประสบการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกวิตกกังวลทั้งด้านความคิด การกระทำและความรู้สึก

ขั้นที่ 4 ช่วยให้ผู้ป่วยตั้งข้อสังเกต ว่าอะไรเป็นสาเหตุให้เกิดความวิตกกังวลและเกิดอะไรขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล วิธีนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลของการเกิดความวิตกกังวล

ขั้นที่ 5 การพิจารณาค้นหาวิธีการและแนวทางในการแก้ปัญหา

ขั้นที่ 6 การวางแผนและทดลองแก้ไขความรู้สึกวิตกกังวล รวมทั้งการให้กำลังใจเพิ่มขึ้น

3. การช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและจัดการกับความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม (appropriate coping with anxiety) สามารถกระทำได้โดย

3.1 การแก้ปัญหา (problem solving) พยาบาลจะช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการแก้ปัญหาโดย

3.1.1 ติดต่อกับบุคคลที่มีความวิตกกังวลด้วยอารมณ์มั่นคง สงบ

3.1.2 พูดคุยกับบุคคลที่มีความวิตกกังวลด้วยเสียงเบา ทุ้ม ชัดเจน

3.1.3 อธิบายให้บุคคลทราบถึงลักษณะของความวิตกกังวล และให้ยอมรับว่าการเกิดความวิตกกังวลเป็นเรื่องธรรมดา หลีกเลี่ยงไม่ได้

3.1.4 ช่วยให้บุคคลลดความละอายใจเกี่ยวกับการแสดงอาการวิตกกังวลหรือความไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเอง

3.1.5 ช่วยให้บุคคลสามารถตระหนักถึงการเกิดความวิตกกังวลในอารมณ์ของตนโดยการบันทึกการกระทำ การเกิดเหตุการณ์ขณะเกิดความวิตกกังวล หรือบันทึกระดับความวิตกกังวล

3.1.6 ถามคำถามสั้น ๆ เข้าใจง่าย เพื่อให้บุคคลพูดถึงประเด็นต่างๆ ที่สัมพันธ์กับอาการวิตกกังวล จะช่วยให้บุคคลเข้าใจการเกิดความวิตกกังวล ทราบสาเหตุ และเห็นแนวทางแก้ไข

3.2 การผ่อนคลายความวิตกกังวลด้วยตนเอง (anxiety relaxation) วิธีการผ่อนคลายความวิตกกังวลด้วยตนเองสามารถกระทำได้โดย

3.2.1 เรียนรู้ทักษะการแสดงออกที่เหมาะสม (assertiveness skill) พยาบาลจะช่วยให้บุคคลสามารถพูดถึงความรู้สึกของตนอย่างเปิดเผย

3.2.2 ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (muscle relaxation) เมื่อกล้ามเนื้อผ่อนคลายความวิตกกังวลจะลดลงด้วย

3.2.3 การควบคุมการหายใจ (breathing control) ผู้ที่มีความวิตกกังวลมักจะหายใจเร็วและตื้น ซึ่งจะทำให้เกิดความไม่สุขสบายทางร่างกาย การควบคุมการหายใจจะช่วยให้บุคคลมีสมาธิดีขึ้น จิตใจสงบขึ้น และลดความวิตกกังวล

3.2.4 การทำสมาธิ (meditation) นั่งขัดสมาธิ กำหนดลมหายใจเข้า-ออก

3.2.5 การออกกำลังกาย (exercise) ขณะออกกำลังกายจะมีการหลั่งสาร Endorphins ซึ่งจะช่วยให้จิตใจแจ่มใส มีความสุข

3.2.6 การทำกิจกรรมที่สนใจ (doing interested activity) ช่วยให้เกิดความเพลิดเพลิน ผ่อนคลายความตึงเครียด

4. ช่วยให้บุคคลได้รับการบำบัดที่เหมาะสม (appropriate therapies) ได้แก่

4.1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (therapeutic relationship) เพื่อให้บุคคลที่มีความวิตกกังวลเกิดความรู้สึกไว้วางใจ มั่นคง ปลอดภัย

4.2 จิตเภสัชบำบัด (psychopharmacotherapy) ดูแลให้ยาสงบระงับ (Sedation) ซึ่งเป็นยากล่อมประสาทชนิดอ่อน หรืออาจใช้ Antipsychotic drugs, Antidepressant drugs สำหรับผู้ที่มีความวิตกกังวลระดับ panic หรือวิตกกังวลผิดปกติอื่นๆ

4.3 จิตบำบัด (psychotherapy) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ มีกำลังใจ สามารถระบายความรู้สึกต่างๆ

4.4 พฤติกรรมบำบัด (behavioral therapy) ใช้หลักการเรียนรู้ มีการวางเงื่อนไข การให้แรงเสริม

4.5 สิ่งแวดล้อมบำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเงียบ บรรยากาศอบอุ่น เป็นมิตร เป็นกันเอง ให้โอกาสผู้ป่วยในการแสดงออกและปรับตัวโดยจัดกิจกรรมต่าง ๆ ส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

การลดความวิตกกังวลให้อยู่ในระดับที่เอื้ออำนวยในการ ดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข เป็นสิ่งสำคัญต่อการดำเนินชีวิต หากไม่แสวงหาวิธีการใดวิธีการหนึ่งมาแก้ไขหรือลดความวิตกกังวลจะมีผลเสียต่อร่างกาย จิตใจ การปรับตัว สำหรับผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกนั้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การช่วยเหลือในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย เนื่องจากการลดความวิตกกังวลให้ผู้ป่วยถือเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล เพราะเมื่อบุคคลเกิดความวิตกกังวลมากมากเกินปกติแล้ว ร่างกายจะมีการตอบสนอง และแสดงอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ออกมาดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้น ซึ่งจะส่งผลกระทบ ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ของบุคคลเป็นอย่างมาก

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแนวทางในการลดความวิตกกังวลและส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผ่าตัดต้อกระจก โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการให้ความรู้ของ Orem (2001) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีปัญญาทางสังคม (Social cognitive theory) ของ Bandura (1986) ที่มีการใช้ตัวแบบบุคคล เนื่องจากแนวคิดการให้ความรู้ของ Orem เชื่อว่าการดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตของบุคคล โดยให้ทัศนะเกี่ยวกับการดูแลตนเองว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพของตน แต่บุคคลมีโอกาสเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง เนื่องจากพฤติกรรมในการดูแลตนเองถูกกระทบจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ความเครียดหรือความวิตกกังวล ดังนั้นบุคคลจึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลเพื่อส่งเสริมหรือพัฒนาพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง ดังการศึกษาของ ปาริชาติ ศิลปะระเสริฐ (2542) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลและให้ความรู้ ต่อการเผชิญความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรก

เกิด ผลการศึกษาพบว่าการพยาบาลและให้ความรู้สามารถเพิ่มศักยภาพของกลุ่มตัวอย่างในการเผชิญความเครียด และสามารถลดความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนการใช้ตัวแบบบุคคลนั้น สามารถลดความวิตกกังวลและส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุผ่าตัดต้อกระจกได้เนื่องจาก เป็นเทคนิคหรือวิธีการหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนวิธีการดำรงชีวิต ความเชื่อต่าง ๆ ซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้ร่วมกัน และการได้แสดงความรู้สึกแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันกับบุคคลในวัยเดียวกันซึ่งประสบกับปัญหาเดียวกันมาก่อน และมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลตนเอง อีกทั้งการที่ผู้สูงอายุได้เห็นตัวแบบประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง ภายหลังผ่าตัดต้อกระจกไม่มีอาการแทรกซ้อน จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนก็สามารถดูแลตัวเองได้ เช่นเดียวกันกับตัวแบบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Melamed and Siegel (1975) ที่ได้เสนอตัวแบบบุคคลเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของเด็กที่จะเข้ารับการผ่าตัด ตัวแบบเป็นเด็กวัยเดียวกันกับเด็กที่จะเข้ารับการผ่าตัด และเด็กได้รับการแนะนำให้รู้จักกับแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด ผลพบว่าเด็กกลุ่มตัวอย่างสามารถลดความวิตกกังวลลงได้ นอกจากนี้ก็สอดคล้องกับการศึกษาของ Mcmanis (1994) ที่ได้ศึกษาถึงอิทธิพลของตัวแบบที่มีผลต่อการตัดสินใจจริยธรรมพบว่ากลุ่มที่ได้เห็นตัวแบบที่เป็นวัยเดียวกันกับตนมีผลในการฝึกให้ตัดสินจริยธรรม และคำนึงถึงเหตุจูงใจให้กระทำเพิ่มขึ้น

4. แนวคิดการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบุคคล เป็นความสามารถที่เป็นผลมาจากประสบการณ์ของเขาเกี่ยวกับตนเอง สิการดูแลตนเองจะช่วยให้บุคคลมีชีวิตรอดโดยมีภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดีซึ่ง ตามแนวความคิดของ Orem (2001) ได้กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย ซึ่งบุคคลกระทำเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก โดยใช้ความสามารถหรือศักยภาพที่มีอยู่

4.1 ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem

ทฤษฎีการพยาบาลโดยทั่วไปของ Orem (2001) ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีหลักที่มีความสัมพันธ์กันคือ ทฤษฎีการดูแลตนเอง ซึ่งอธิบายถึงความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งกล่าวถึงความไม่สมดุลของความสามารถของบุคคลและความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด เมื่อบุคคลมีความต้องการมากกว่าความสามารถที่จะกระทำได้จะอยู่ในภาวะที่ต้องการการพยาบาล และทฤษฎีระบบการพยาบาลซึ่งเป็นทฤษฎีที่อธิบายถึง การช่วยเหลือปฏิบัติกิจกรรมแทนบุคคลและช่วยให้

บุคคลสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและเพียงพอ (Orem, 2001) ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จึงขอกล่าวถึงรายละเอียดเฉพาะทฤษฎีการดูแลตนเอง ซึ่งผู้วิจัยใช้เป็นกรอบทฤษฎีในการวิจัยและเป็นกรอบในการประเมินการดูแลตนเองในการศึกษาครั้งนี้

ทฤษฎีการดูแลตนเองเป็นทฤษฎีของการกระทำ ส่วนประกอบของการดูแลตนเอง คือความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด การดูแลตนเองเป็นการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมายของบุคคลและขึ้นอยู่กับการตัดสินใจว่าอะไรคือสิ่งที่เหมาะสมในสถานการณ์นั้น ๆ มนุษย์สามารถจะกระทำตามที่ได้ตัดสินใจว่าสิ่งนั้นเหมาะสมกับตนเอง ซึ่งการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย เกิดขึ้นเป็นกระบวนการประกอบด้วย 2 ระยะที่มีความสัมพันธ์กัน (สมจิต หนุเจริญกุล, 2544; Orem, 2001) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) ระยะของการประเมินและตัดสินใจ ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะย่อยคือ

1.1) ระยะของการประเมิน (Estimative) ระยะนี้บุคคลจะต้องหาความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์และพิจารณาว่าสถานการณ์นั้นจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ อย่างไร ผลที่ได้จากการเลือกเป็นอย่างไร ในระยะนี้การที่บุคคลจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม และจะต้องเห็นด้วยกับสิ่งที่กระทำว่าเหมาะสมในสถานการณ์นั้น ๆ ดังนั้นก่อนที่จะกระทำบุคคลจะต้องเห็นด้วยกับการกระทำว่าเหมาะสม จะต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่กระทำจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ความรู้มีส่วนช่วยในการสังเกตและให้ความหมาย ทำให้มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ

1.2) ระยะของการตัดสินใจ (Transitive) เป็นระยะที่ต่อเนื่องจากระยะของการประเมิน ระยะนี้เมื่อบุคคลมีความรู้ ผ่านการคิด พิจารณา และวิเคราะห์แล้วว่าสถานการณ์นั้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ อย่างไร จึงตัดสินใจกระทำเพื่อปรับเปลี่ยนชีวิตประจำวัน และการปฏิบัติที่เคยทำอยู่ประจำ

2) ระยะของการดำเนินการกระทำ (Operative) ระยะนี้จะมีการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ เป้าหมายจะมีความสำคัญเพราะจะช่วยกำหนดทางเลือกกิจกรรมที่ต้องกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ติดตามผลของการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในระยะนี้บุคคลจะต้องตั้งคำถามว่าจะดำเนินการอย่างไรเพื่อกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามที่เลือก จะกระทำอะไรบ้าง ต้องใช้แหล่งประโยชน์จากไหน จะกระทำได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่ และจะต้องกระทำนานเท่าใด การกระทำการดูแลตนเองจะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิตหรือไม่ จะทราบอย่างไรว่ากระทำถูกต้อง หลังจากนั้นกำหนดการกระทำเป็นลำดับขั้นตอน และลงมือกระทำ

แนวคิดทฤษฎีที่อธิบายถึงการดูแลตนเองของบุคคล และการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา กล่าวถึงการที่บุคคลที่มีวุฒิภาวะเป็นผู้ใหญ่เรียนรู้ในการกระทำและผลของการรกระทำเพื่อสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่หรือพัฒนาการของบุคคล เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและความผาสุก เป้าหมายของการดูแลตนเองของบุคคลหรือเพื่อบุคคล มี 3 ชนิด ได้แก่

1) ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self- care requisites) เป็นความต้องการขอมนุษย์ทุกคนตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆ เป็นการคงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล และความผาสุกทั่วๆไป มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทั้งด้านคุณภาพ หรือปริมาณ ความแตกต่างของอายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ลักษณะทางสังคมวัฒนธรรม และแหล่งประโยชน์ ประกอบด้วย

1.1) การคงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ คำนึงถึงการกระทำหน้าที่ตามปกติของโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย คอยปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงตามปัจจัยภายในและภายนอกมี่ส่งผลต่อความต้องการ มีการรักษาไว้ซึ่งความคงทนของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการได้รับอาหาร น้ำ และอากาศ รวมทั้งการมีความสุขกับการหายใจ การดื่ม และการรับประทานอาหารโดยไม่กระทบต่อสุขภาพหรือไม่ทำให้เกิดโทษ

1.2) การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ ด้วยการจัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่าย การรักษาโครงสร้างหน้าที่ เพื่อให้มีการขัยถ่ายตามปกติ มีการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ

1.3) การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน โดยการเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหว รับรู้และสนใจถึงความต้องการออกกำลังกายของตนเอง มีการตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม มีการรับรู้และสนใจความต้องการพักผ่อนของตนเอง มีการสร้างแบบแผนการพักผ่อนและการทำกิจกรรมของตนเอง โดยใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยมตามขนบธรรมเนียมประเพณีของสิ่งแวดล้อมตนเอง

1.4) การรักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคล บุคคลต้องการคงไว้ซึ่งการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึ่งของตนเอง ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น บุคคลต้องการการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อการทำหน้าที่ของตนให้มีประสิทธิภาพ รู้จักการติดต่อขอความช่วยเหลือ มีการสร้างมิตรให้ความรักความผูกพันกับบุคคลรอบข้างเพื่อพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน รวมทั้งการปฏิบัติตนเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5) ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ โดยการสนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น และจัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย มีการหลีกเลี่ยงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ ควบคุม หรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.6) ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง มีการพัฒนาและคงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง และรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล มีการค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ที่แตกต่างไปจากสภาพของตนเอง

2) ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ (Developmental Self- Care Requisites: DSCR) เป็นความต้องการการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับระยะพัฒนาการของบุคคล สถานการณ์ และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวงจรของชีวิต เป็นความต้องการที่อยู่ภายใต้ความต้องการการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไปโดยแยกตามพัฒนาการ ประกอบด้วย

2.1) พัฒนาการและการคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการ ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะตามระยะพัฒนาการ เป็นความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นและการดูแลที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละระยะของพัฒนาการ

2.2) ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยการจัดการเพื่อลดอารมณ์ ความเครียด หรือการเอาชนะซึ่งเป็นผลที่เกิดจากการขาดความรู้ ปัญหาการปรับตัวในสังคม การสูญเสียญาติหรือเพื่อน ทรัพย์สิน ความมั่นคงในชีวิต การเปลี่ยนแปลงในชีวิต การย้ายที่อยู่อาศัยไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ความเจ็บป่วย และความพิการ การเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย และการตาย รวมทั้งเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตของบุคคลที่เกิดขึ้นและแปรเปลี่ยนตามระยะพัฒนาการ ซึ่งแต่ละคนจะเผชิญในสิ่งที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของบุคคลนั้น ๆ

3) ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self - Care Requisites: HDSCR) ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นนี้จะสัมพันธ์กับความผิดปกติทางพันธุกรรม และความเบี่ยงเบนของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคลและผลกระทบจากความผิดปกติ ตลอดจนวิธีการวินิจฉัยโรค และการรักษาทางการแพทย์เมื่อภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงจนต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมด บุคคลจะเปลี่ยนจากการเป็นผู้ดูแลตนเองเป็นผู้รับการดูแล ความต้องการนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ได้แก่

3.1) มีการแสวงหาและคงไว้ซึ่งการช่วยเหลือที่เหมาะสม เช่น จากทีมสุขภาพ

3.2) รับรู้และสนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อการพัฒนาการ เมื่อเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพ บุคคลต้องมีการรับรู้ต่อเหตุการณ์ภายในตนเอง และสนใจเอาใจใส่ผลที่เกิดจากพยาธิสภาพและผลกระทบที่มีผลต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3) ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อมีปัญหาสุขภาพจากสาเหตุต่างๆ เมื่อบุคคลได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลในทีมสุขภาพ ซึ่งกิจกรรมการช่วยเหลือต่างๆต้องการความร่วมมือของบุคคลที่เป็นผู้ป่วยและ/หรือผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย

3.4) รับรู้และสนใจ ในการป้องกันความไม่สบายจากผลข้างเคียงจากการรักษาหรือจากโรค ซึ่งผลข้างเคียงต่าง ๆ เป็นสิ่งที่เฉพาะในผู้ป่วยแต่ละคน

3.5) ดัดแปลงมโนทัศน์และภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพ และความต้องการการดูแลทางสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง ผลจากภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ อาจทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก ความรุนแรงขึ้นกับการรับรู้ของบุคคล อย่างไรก็ตามบุคคลมีความต้องการการคงไว้ซึ่งมโนทัศน์ต่อตนเองในทางบวก และยอมรับสภาพของตนเอง ตลอดจนยอมรับว่า ตนเองต้องการการดูแลทางด้านสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงตามภาวะสุขภาพของตน

3.6) เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ ภาวะสุขภาพและผลจากการวินิจฉัยโรค และการรักษาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่องการประเมินความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพจำเป็นต้องคำนึงถึงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก ซึ่งบุคคลยังมีความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการ โดยมีเงื่อนไขหรือขึ้นกับปัญหาสุขภาพของบุคคลนั้น

4.2 ความสามารถในการดูแลตนเอง

เป็นความสามารถของบุคคลในการกระทำที่เจาะจงเกี่ยวกับการดูแลตนเอง จะมีพัฒนาการตามระยะพัฒนาการ ประกอบด้วย 3 ระดับ (Orem, 2001) คือ

1) ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self - are operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นในการดูแลตนเองในขณะนั้น ประกอบด้วย

1.1) ความสามารถในการคาดคะเน เป็นความสามารถในการที่จะรู้คิดเกี่ยวกับความหมาย และความจำเป็นของการกระทำ รู้ความหมายของเงื่อนไขและปัจจัย และการควบคุมเงื่อนไขและปัจจัยเหล่านั้น

1.2) ความสามารถในการปรับเปลี่ยน เป็นการสะท้อนถึงความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ควรปฏิบัติ เพื่อตอบสนองต่อความต้อองการการดูแลที่จำเป็น

1.3) ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ ประกอบด้วย การเตรียมเพื่อการดูแลตนเอง โดยการเตรียมตัวเอง วัตถุสิ่งของ หรือสิ่งแวดล้อมและการลงมือปฏิบัติการดูแลตนเองตามเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงตามช่วงเวลา ซึ่งเป้าหมายก็คือ ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

2) พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power components) เป็นคุณลักษณะที่จำเป็นและเฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง ซึ่งบุคคลต้องการพลังความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ ประกอบด้วย

2.1) ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเองและสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายใน ภายนอกตนเอง รวมทั้งปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2.2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3) ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็น ในการริเริ่มหรือปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง

2.4) ความสามารถที่จะใช้เหตุและผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง ซึ่งเป้าหมายของการดูแลตนเองสอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

2.6) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7) มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ และสามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8) มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

2.10) ความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคล ซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

3) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมายเกี่ยวกับสุขภาพ แบ่งออกเป็น ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะทำ (Doing) ได้แก่ การรับความรู้สึก การรับรู้ ความจำ และการวางตนให้เหมาะสม และคุณสมบัติ

หรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ประกอบด้วย ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผล และการใช้เหตุผล หน้าที่ของประสาทสำหรับความรู้สึก เกี่ยวกับการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง นิสัยประจำตัวความตั้งใจ ความเข้าใจตนเองความห่วงใยตนเองการยอมรับตนเอง ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดเวลาในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ และความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

4.3 วิธีการให้ความช่วยเหลือ

อาจใช้ได้สำหรับทุกวิชาชีพ ไม่ได้เฉพาะเจาะจงสำหรับพยาบาล ประกอบด้วย 4 วิธี ดังนี้

1) กระทำให้หรือกระทำแทน (Acting for or doing for) เป็นวิธีการช่วยเหลือที่พยาบาลใช้ความสามารถในการช่วยผู้ป่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเอง ซึ่งถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวจะต้องขออนุญาต และต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยด้วย พยาบาลจะต้องช่วยผู้ป่วยในการให้ข้อมูลตัดสินและวางแผนการกระทำ และจะต้องบอกผู้ป่วยว่าจะต้องทำอะไรบ้าง ผลที่คาดหวังคืออะไร และผู้ป่วยจะต้องรายงานอะไรบ้างแก่พยาบาล

2) การชี้แนะ (Guiding another) การชี้แนะเป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมในกรณีผู้ป่วย สามารถตัดสินใจเลือกได้ เช่น สามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ภายใต้การแนะนำและการตรวจตรา พยาบาลและผู้รับ การช่วยเหลือจะต้องติดต่อซึ่งกันและกัน พยาบาลมักจะใช้วิธีการชี้แนะร่วมกับวิธีการสนับสนุน

3) การสนับสนุน (Supporting another) เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียดมีความเจ็บปวด หรือทุกข์ทรมานจากโรคหรือเหตุการณ์ที่ประสบในชีวิต สามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่โดยไม่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง หรือกระทบน้อยที่สุด เช่น พยาบาลอยู่กับผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยเพิ่งฝึกการเช็ดตาเป็นครั้งแรกหลังจากได้รับการผ่าตัดและแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ การที่พยาบาลลองให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติและพูดให้กำลังใจเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยพยายามปฏิบัติกิจกรรมและดูแลตนเองได้

4) การสอน (Teaching) เป็นวิธีที่ช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการ และเป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง พยาบาลต้องระลึกไว้เสมอว่าการสอนผู้ป่วยต้องยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรี และ

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย และผู้ป่วยเป็นบุคคลที่จะต้องตัดสินใจกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปบ้าน ผู้ป่วยหรือญาติอาจจะเลือกกระทำในสิ่งที่เพิ่มความรู้สึกผาสุกในชีวิตให้กับตนเองมากกว่าคำนึงถึงสุขภาพ การที่ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจผิดหรือถูกขึ้นอยู่กับทัศนคติ และความเชื่อซึ่งได้สะสมมาช้านาน

หลักในการสอนผู้ป่วยมีดังนี้

1) สอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเรียนรู้ โดยเฉพาะผู้ใหญ่มักจะเรียนรู้การดูแลตนเองในบางอย่างมาแล้ว และรู้จักวิถีชีวิตของตนเองดีพอ พยาบาลอาจต้องการให้ผู้ป่วยเรียนรู้ความต้องการการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากโรคและ/หรือการรักษาที่ได้รับเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน การสอนจึงอาจเริ่มด้วยสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ หรือผู้ป่วยบางคนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อการผ่าตัดหรือรักษาทางยา พยาบาลต้องไต่ถามและรับฟังการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีส่วนร่วมในการควบคุมและดูแลตนเอง อีกทั้งรู้สึกว่าพยาบาลสนใจค้นหาความต้องการของเขาในการเรียนรู้ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและนับถือในตัวพยาบาล ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสนใจในการเรียนรู้มากขึ้น

2) เนื้อหาที่สอนจะต้องเสริมจากความรู้เดิม การเรียนรู้เป็นกิจกรรมที่ต้องการดัดแปลงหรือเสริมสร้างความรู้สึกนึกคิดและการกระทำ เพราะฉะนั้นประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องนำมาพิจารณาในการตั้งเป้าหมายและวางแผนดำเนินการสอนเพื่อเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้มากขึ้น

3) ความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเรียนรู้ ถ้าผู้ป่วยอ่อนเพลีย ได้ยากล่อมประสาท มีความวิตกกังวลสูง ซึมเศร้า หรือสูญเสียความหวัง ย่อมมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ และถ้าจำเป็นต้องสอนผู้ป่วยในขณะนี้ จะต้องสอนให้แจ่มชัดเฉพาะเจาะจงใช้เวลาสั้น ๆ และจะต้องจัดประสานกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาพักและมีเวลาเพียงพอที่จะเรียนรู้ สอนแนะนำและเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยได้เผชิญกับปัญหาและจัดการกับอารมณ์ของตนเองในทางที่ถูกต้อง

4) การเรียนรู้จะเพิ่มขึ้นจากการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติ การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมจริงจังในกระบวนการเรียนการสอน ซึ่งทำได้โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล หรือระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วยให้มีโอกาสสัมผัส ฝึกหัดกระทำต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง

5) การประเมินโดยการให้ข้อมูลป้อนกลับจะช่วยผู้ป่วยในการเรียนรู้และปรับพฤติกรรม ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินถึงความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายของการเรียนรู้ ให้คำชมและให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเรียนรู้ และกระทำการดูแลตนเองได้ถูกต้อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้ดีขึ้น

6) เนื้อหาและวิธีการสอนจะต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งแตกต่างกัน ระดับการศึกษาของผู้ป่วยไม่ใช่ตัวบ่งชี้ความสามารถในการเรียนรู้เพียงอย่างเดียว พยาบาลต้องคอยสังเกตและฉุกคิดถ้าผู้ป่วยไม่เคยตั้งคำถามไม่ว่าพยาบาลจะสอนแนะนำ หรือกระทำอะไรให้ ผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจอะไรเลยก็ได้หรือไม่ยอมรับ จึงต้องประเมินความเข้าใจและการยอมรับของผู้ป่วยด้วย

7) การมีสิ่งรบกวนโดยเฉพาะในหอผู้ป่วย จะขัดขวางต่อกระบวนการเรียนรู้ พยาบาลต้องจัดการควบคุมสิ่งแวดล้อมให้ส่งเสริมการเรียนรู้ เช่น อาจต้องมีห้องหรือกั้นม่านให้เป็นสัดส่วนเมื่อทำการสอนผู้ป่วย

8) สัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนการสอน ดังได้กล่าวมาแล้วว่า ความไว้วางใจในตัวพยาบาลและความเป็นมิตรจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการเรียนรู้ของผู้ป่วย ความไว้วางใจจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสาร

9) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกคุณค่าในตนเอง เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ ปัญหาการสอนผู้ป่วยที่มักจะพบได้เสมอคือ ผู้ป่วยไม่มีแรงจูงใจที่จะเรียนรู้เหมือนกับพยาบาลที่ตั้งใจสอน วิธีการที่จะเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยคือ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของเขาเอง พยาบาลกับผู้ป่วยมีการติดต่อวางแผน เป้าหมาย และเลือกวิธีการดูแลตนเองร่วมกัน

ดังนั้นพยาบาลจึงควรจัดระบบให้การสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อจะพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งพยาบาลต้องสื่อสารให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง วิธีการที่พยาบาลจะให้การช่วยเหลือและวางเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกับผู้ป่วยในการที่จะตอบสนองการดูแลตนเองตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ คือ ผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความมุ่งมั่นและพยายามในการที่จะพึ่งพาตนเองอย่างเต็มที่ พยายามเรียนรู้และฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง โดยมีญาติหรือผู้ดูแลและพยาบาลเป็นผู้ให้กำลังใจจนผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าตนเองมีความรู้ ความเข้าใจสามารถกลับไปปฏิบัติที่บ้านได้

5. การเรียนรู้โดยการสังเกตหรือการเรียนรู้จากตัวแบบบุคคล

Bandura (1986) กล่าวว่าพฤติกรรมของมนุษย์ส่วนใหญ่เป็นการเรียนรู้จากการสังเกต (Observational learning) หรือการเลียนแบบจากตัวแบบ (Modeling) ซึ่งการเสนอตัวแบบพัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของ Albert Bandura (1997) เพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยพื้นฐานของทฤษฎีเชื่อว่า พฤติกรรมของ

บุคคลเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกันระหว่างพฤติกรรม ปัญญา และองค์ประกอบภายในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆตัว

การเรียนรู้ด้วยการสังเกตจากตัวแบบมี 2 ขั้น คือ

ขั้นที่ 1 เป็นขั้นการได้รับมาซึ่งการเรียนรู้ (Acquisition) ภายหลังจากที่ได้เรียนรู้จากตัวแบบ ซึ่งผู้สังเกตหรือผู้เรียนจะแสดงพฤติกรรมออกมาหรือไม่ก็ได้

ขั้นที่ 2 เป็นขั้นกระทำ (Performance) ซึ่งเป็นขั้นที่ผู้สังเกตแสดงพฤติกรรมที่ได้เรียนรู้จากตัวแบบให้ปรากฏ Bandura เชื่อว่าแรงจูงใจที่เกิดขึ้นภายในตัวของผู้สังเกตจะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้สังเกตกระทำพฤติกรรมตามที่ได้เรียนรู้จากตัวแบบ แรงจูงใจดังกล่าวอาจเกิดจากความต้องการที่จะกระทำพฤติกรรมให้ได้เช่นเดียวกับตัวแบบ หรืออาจเกิดจากความคาดหวังที่จะได้ผลลัพธ์เช่นเดียวกับตัวแบบ (Outcome expectancy)

5.1 กระบวนการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ

การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ Bandura (1986) กล่าวว่า ประกอบด้วยกระบวนการที่สำคัญ 4 กระบวนการ ดังนี้

1) กระบวนการสนใจ (Attention processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งใจและสนใจที่จะสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ บุคคลจะรับรู้ได้มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เป็นตัวแบบ ซึ่งควรประกอบด้วย 2 องค์ประกอบคือ องค์ประกอบของตัวแบบจะต้องมีความเหมาะสมและมีผลต่อระดับและอัตราของการเรียนรู้เพื่อทำให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะสังเกตตัวแบบจึงควรมีความเด่นชัด ดึงความสนใจ มีอิทธิพลต่ออารมณ์ ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกต้องไม่มีความซับซ้อนมากสามารถโน้มน้าวจิตใจได้ และมีคุณประโยชน์ต่อผู้สังเกตด้วย นอกจากนั้นลักษณะของตัวแบบควรมีความคล้ายคลึงกับผู้สังเกตในด้านอายุ เพศ เชื้อชาติ ทัศนคติ และความสามารถ เพราะจะทำให้ผู้สังเกตเกิดความรู้สึกว่าเขาเองก็น่าจะทำได้เช่นกัน (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536)

2) กระบวนการเก็บจำ (Retention processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบไว้ในโครงสร้างทางปัญญา ประสิทธิภาพของการเก็บจำยังขึ้นอยู่กับการจัดระบบทางโครงสร้างปัญญา การซักซ้อมลักษณะของตัวแบบที่สังเกตในความคิดของตนเอง และซักซ้อมด้วยการกระทำ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยของผู้สังเกต ได้แก่ ความสามารถทางปัญญา และโครงสร้างทางปัญญาด้วย

3) กระบวนการกระทำ (Production processes) เป็นกระบวนการที่บุคคลแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บไว้ในรูปของความจำออกมาเป็นการกระทำ ซึ่งกระบวนการกระทำนี้จะมีประสิทธิภาพเพียงไรขึ้นอยู่กับการระลึกภาพจากปัญญา โดยบุคคลจะระลึกภาพแบบแผน

พฤติกรรมที่เก็บจำไว้ในปัญญาออกมาแล้วแสดงพฤติกรรมเลียนแบบ ถ้าบุคคลระลึกภาพจากปัญญาได้แม่นยำก็มีโอกาสกระทำพฤติกรรมตามตัวแบบได้ถูกต้อง

4) กระบวนการจูงใจ (Motivational processes) เป็นกระบวนการเสริมแรงที่จะช่วยให้บุคคลกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง การแสดงออกของพฤติกรรมผ่านการเรียนรู้จากการสังเกตได้มีความเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจสามชนิดคือ แรงจูงใจภายนอก เช่น เงิน สิ่งของ รางวัล ความรู้สึกที่พอใจ การยกย่องชมเชย แรงจูงใจผลจากการเห็นผู้อื่นได้รับการเสริมแรงหรือลงโทษ หมายถึง แรงจูงใจที่เห็นผู้อื่นได้รับจากการกระทำพฤติกรรม ซึ่งอาจเป็นแรงจูงใจที่น่าปรารถนาหรือไม่น่าปรารถนาสำหรับผู้สังเกตก็จะจูงใจให้ผู้สังเกตทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้นได้ และแรงจูงใจในตนเอง หมายถึง แรงจูงใจที่บุคคลให้กับตนเองอาจเป็นสิ่งของที่จับต้องได้หรือการประเมินตนเอง โดยบุคคลจะมีมาตรฐานสำหรับการกระทำสิ่งต่าง ๆ เป็นแรงจูงใจให้ตนทำหรือละเว้นกระทำนั้น ๆ ตามตัวแบบ ซึ่งบุคคลจะแสดงพฤติกรรมเหมือนพฤติกรรมของตัวแบบถ้าหากผลการกระทำนั้นบังเกิดผลดีต่อตนเอง และจะไม่แสดงพฤติกรรมนั้นถ้าผลการกระทำนั้นบังเกิดผลไม่ดีต่อตนเอง

5.2 ประโยชน์ของการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ

การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลใน 3 ด้านดังนี้ (Bandura, 1986)

1) ตัวแบบจะช่วยสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ใหม่หรือทักษะใหม่ ๆ โดยสามารถเน้นจุดสำคัญของสถานการณ์และพฤติกรรมให้เด่นชัดได้ และตัวแบบเพียงตัวเดียวสามารถก่อให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมแก่บุคคลจำนวนมาก อีกทั้งยังสามารถถ่ายทอดความคิดและการแสดงออกได้พร้อม ๆ กันด้วย จึงสามารถนำเอาวิธีการเสนอตัวแบบไปสร้างพฤติกรรมใหม่ ๆ ให้กับบุคคลที่ยังไม่เคยกระทำพฤติกรรมนั้น เพื่อว่าจะได้เป็นประโยชน์ต่อเขาทั้งในสภาพปัจจุบันและอนาคต

2) ตัวแบบจะช่วยระงับ (Inhibition) หรือการยุติการระงับ (Disinheriting) การแสดงพฤติกรรมของผู้ที่สังเกตตัวแบบได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าเมื่อได้รับผลกรรมที่เป็นสิ่งไม่พึงพอใจ แนวโน้มที่ผู้สังเกตตัวแบบจะไม่แสดงพฤติกรรมตามตัวแบบนั้นมีสูงมากก็คือตัวแบบนั้นทำหน้าที่ระงับการเกิดพฤติกรรมดังกล่าว แต่ถ้าพฤติกรรมใดที่ผู้สังเกตตัวแบบเคยถูกระงับมาก่อนแล้วมาเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมดังกล่าวแล้วไม่ได้รับผลกรรมอย่างที่ผู้สังเกตคาดว่าจะได้รับ (ผลกรรมที่เป็นสิ่งที่ไม่พึงพอใจ) หรือแสดงแล้วได้รับผลกรรมทางบวกแนวโน้มที่ผู้สังเกตจะกระทำตามตัวแบบก็จะมีมากขึ้นก็เท่ากับว่าพฤติกรรมที่เคยถูกระงับนั้นได้ถูกการยุติระงับแล้ว

3) ตัวแบบจะช่วยเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยช่วยให้พฤติกรรมที่เคยได้รับการเรียนรู้มาแล้วได้มีโอกาสแสดงออก หรือถ้าเคยแสดงออกแล้วแต่ไม่ค่อยได้แสดงออกให้แสดงออกเพิ่มมากขึ้น ผลของตัวแบบในลักษณะนี้จะทำหน้าที่กระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา

5.3 ความหมายของตัวแบบ

ตัวแบบ หมายถึง บุคคลที่แสดงพฤติกรรมถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับทักษะต่างๆ ผ่านทางการรับรู้โดยการมองเห็น (Bandura, 1986) การเสนอตัวแบบ (Modeling) เป็นเทคนิคการปรับพฤติกรรมเทคนิคหนึ่งที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีปัญญาสังคมของ Bandura (1986) ซึ่งกล่าวว่า การเรียนรู้ไม่จำเป็นที่จะต้องพิจารณาในแง่ของการแสดงออก หากแต่การได้มาซึ่งความรู้ใหม่ ๆ ก็ถือว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้ว แม้ว่าจะยังไม่มีการแสดงออกก็ตาม

5.4 ประเภทตัวแบบ

ตัวแบบแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ

1) ตัวแบบที่มีชีวิตจริง (Live model) คือ ตัวแบบที่บุคคลสามารถสังเกต และมีปฏิสัมพันธ์ได้โดยตรง สามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมการแสดงออกได้ตามสภาพการณ์ และน่าสนใจกว่าตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ในการรับรู้ของคนบางคน (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536) แต่การเสนอตัวแบบวิธีนี้ไม่สามารถทำนายหรือควบคุมสถานการณ์อย่างที่ต้องการได้ และยังมีข้อจำกัดเพราะสิ่งที่จะเรียนรู้มีมากกว่าเวลาและโอกาสของผู้สังเกตแต่ละคนจะอำนวย (Bandura, 1986) การเสนอตัวแบบเป็นวิธีการที่ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ โดยการสังเกตพฤติกรรมและผลกรรมของตัวแบบ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ทัศนคติ หรือพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกับลักษณะของตัวแบบที่นำเสนอตามที่กำหนดไว้

2) ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic model) การเสนอตัวแบบประเภทนี้เป็นการเสนอโดยผ่านสื่อต่าง ๆ ได้แก่ ภาพยนตร์ สไลด์ แถบบันทึกเสียง วีดีทัศน์ โทรทัศน์ การ์ตูน สถานการณ์จำลอง หรือหลายรูปแบบของสัญลักษณ์รวมกันเป็นตัวแบบอันหนึ่ง การเสนอตัวแบบด้วยวิธีเหล่านี้สามารถเตรียมเรื่องราวของตัวแบบไว้ล่วงหน้าได้ ทำให้มีผลดีในการที่จะเน้นจุดสำคัญของการแสดงพฤติกรรม และยังสามารถควบคุมผลกรรมของตัวแบบได้ อีกทั้งยังสามารถใช้ได้กับกลุ่มคนจำนวนมาก และสามารถเก็บไว้ใช้ในการเสนอตัวแบบครั้งต่อไปได้ด้วย (Bandura, 1986)

จากการศึกษาเรื่องพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีดังกล่าว Bandura เสนอว่าพฤติกรรมของบุคคลส่วนใหญ่เกิดจากสองลักษณะ คือลักษณะแรกบุคคลเรียนรู้จากผลของการกระทำ เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงด้วยตนเอง ซึ่งมีข้อจำกัดอยู่มากเพราะสิ่งที่จะเรียนรู้มี

มากเกินกว่าเวลาและโอกาสของผู้เรียนแต่ละคนจะอำนวย และผลของการกระทำบางอย่างก็เป็นอันตรายหากจะต้องเรียนรู้ด้วยตนเอง อีกลักษณะหนึ่งบุคคลเรียนรู้จากการสังเกตโดยผ่านตัวแบบ ซึ่งอาจเป็นบุคคลในครอบครัวหรือสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อบุคคลเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมบางอย่างแล้วได้รับการเสริมแรง แนวโน้มที่บุคคลจะเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบจะสูงขึ้น หากผลที่เกิดขึ้นเป็นที่พึงพอใจ บุคคลก็จะเก็บจำการกระทำนั้นไว้เพื่อจะได้กระทำในโอกาสต่อไป และในกรณีที่ผลที่เกิดขึ้นไม่เป็นที่พึงพอใจ บุคคลก็จะเก็บจำการกระทำนั้นไว้ และพยายามหลีกเลี่ยงที่จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้นอีก หรืออาจเก็บจำการกระทำนั้นไว้เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดัดแปลงพฤติกรรมนั้นให้เกิดผลดีในอนาคต ดังนั้นแนวทางในการเสนอตัวแบบจึงเป็นการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อให้บุคคลเกิดความคาดหวังถึงผลที่จะเกิดขึ้น ส่งผลให้บุคคลตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมหรือไม่กระทำพฤติกรรม ถ้าพฤติกรรมที่ทำตามตัวแบบได้รับการเสริมแรงทางบวก พฤติกรรมนั้นจะเกิดขึ้นบ่อยครั้ง แต่ถ้าพฤติกรรมที่ทำตามตัวแบบแล้วได้รับการลงโทษ พฤติกรรมนั้นก็จะไม่เกิดอีก

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ตัวแบบบุคคล เนื่องจากเป็นวิธีการที่ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ โดยการสังเกตพฤติกรรมและผลของตัวแบบ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ทัศนคติ หรือพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกับลักษณะของตัวแบบที่นำเสนอตามที่กำหนดไว้ และเหตุผลที่ไม่เลือกตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุอาจมีปัญหาเรื่องการมองเห็นและได้ยินซึ่งอาจจะส่งผลต่อการเรียนรู้ได้

5.5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการเสนอตัวแบบ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการเสนอตัวแบบแบ่งออกเป็น 2 ปัจจัยหลัก (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต 2543; Perry & Furukava, 1986) คือ

1. **ปัจจัยที่ส่งเสริมการเรียนรู้และการเก็บจำ** (Factors enhancing learning and retention) การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับความตั้งใจของผู้สังเกตที่จะสังเกตตัวแบบและความสามารถในการจำสิ่งที่สังเกตได้ ดังนั้นการวางแผนที่จะเสนอตัวแบบจึงควรพิจารณาถึงสิ่งต่างๆ ดังนี้

5.6 ลักษณะของตัวแบบ

1. ตัวแบบควรมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกตในด้านเพศ อายุ เชื้อชาติ และเจตคติ เพื่อให้ผู้สังเกตมั่นใจว่าตนเองสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นได้อย่างเหมาะสมเช่นเดียวกับตัวแบบ

2. ตัวแบบควรเป็นผู้มีชื่อเสียงสำหรับผู้สังเกตแต่ไม่ควรมีชื่อเสียงมากเกินไป เพราะผู้สังเกตอาจรู้สึกว่าพฤติกรรมของตัวแบบนั้นไม่น่าจะเป็นสิ่งที่เขาสามารถกระทำได้

3. ตัวแบบควรมีระดับความสามารถใกล้เคียงกับผู้สังเกต เพื่อให้ผู้สังเกตคิดว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้เช่นเดียวกับตัวแบบ

4. ตัวแบบควรมีลักษณะเป็นกันเองและอบอุ่น

5. ตัวแบบที่ได้รับการเสริมแรงหลังจากแสดงพฤติกรรมจะได้รับความสนใจจากผู้สังเกตมากขึ้น เนื่องจากเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าผู้สังเกตจะได้รับการเสริมแรงเช่นเดียวกันเมื่อเขาสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้เช่นเดียวกับตัวแบบ

5.7 ลักษณะของผู้สังเกต

1. ความสามารถในการดำเนินการและเก็บจำข้อมูล ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับสติปัญญาของผู้สังเกต

2. ความไม่แน่ใจในการแสดงพฤติกรรมบางอย่างของผู้สังเกต ซึ่งจะทำให้ผู้สังเกตให้ความสนใจต่อพฤติกรรมของตัวแบบ

3. ความวิตกกังวลของผู้สังเกตที่มากเกินไปจะรบกวนการสังเกตและกระบวนการเก็บจำพฤติกรรมของตัวแบบ จึงอาจจำเป็นต้องฝึกให้ผู้สังเกตรู้จักวิธีผ่อนคลายก่อนการเสนอตัวแบบ

4. บุคลิกภาพด้านอื่นๆของผู้สังเกต เช่น ลักษณะสมาธิสั้น การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง การรับรู้ถึงศักยภาพของตนเอง สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และเพศ ซึ่งควรพิจารณาก่อนเสนอตัวแบบ

5.8 ระยะเวลาของการเสนอตัวแบบ

ในเรื่องระยะเวลาของการเสนอตัวแบบ Bandura ไม่ได้กล่าวไว้ว่าควรจะใช้ระยะเวลาเท่าใด ในแต่ละชุดควรเสนอตัวแบบจำนวนเท่าใด หรือควรให้ดูซ้ำกี่ครั้ง แต่ Wilson and O Leary (1980) แนะนำว่าการให้ผู้สังเกตดูตัวแบบหลายๆครั้งจะช่วยให้จดจำได้ดีขึ้น สำหรับงานวิจัยการใช้ระยะเวลาในการเสนอตัวแบบและจำนวนตัวแบบต่างกัน ดังนี้ ดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2527) ศึกษาการลดความวิตกกังวลของนักศึกษาพยาบาลโดยเสนอตัวแบบวีดิทัศน์ 3 เรื่องๆละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ราณี พรมานะจิรังกูล (2537) ใช้ตัวแบบพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยเสนอตัวแบบ 2 ชุด ให้ดูสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 1 ชุด ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ และสัปดาห์ที่ 3 ให้ดูทั้ง 2 ชุดติดต่อกัน Bandura and Ross (1963 cited in Schultz, 2001) ศึกษาผลของการใช้ตัวแบบต่อการเลียนแบบพฤติกรรมก้าวร้าว โดยใช้ตัวแบบที่เป็นชีวิต

จริง ตัวแบบที่เป็นภาพยนตร์แสดงโดยคนจริง และตัวแบบการ์ตูน ผลการทดลองพบว่า เด็กในกลุ่มทดลองที่ได้ดูตัวแบบแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวเหมือนกับตัวแบบ และเด็กในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ดูตัวแบบไม่พบพฤติกรรมก้าวร้าว

จะเห็นได้ว่าจำนวนตัวแบบมีตั้งแต่ประมาณ 1-5 ชุดขึ้นไป ส่วนระยะเวลาที่เสนอแต่ละครั้งอยู่ระหว่าง 10-60 นาที และความถี่ของการเสนอแต่ละชุดเว้นช่วงห่างกันตั้งแต่ 1-7 วัน

5.9 ลักษณะการเสนอตัวแบบ สามารถทำได้หลายวิธีดังนี้

1. เสนอตัวแบบเป็นชีวิตจริงหรือตัวแบบสัญลักษณ์

2. เสนอตัวแบบภายใน ซึ่งเป็นการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่โดยการให้บุคคลจิตนาการตัวแบบแสดงพฤติกรรม

3. การเสนอตัวแบบหลายๆตัว เป็นวิธีที่ทำให้การเสนอตัวแบบมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากตัวแบบบางตัวมีลักษณะคล้ายกับผู้สังเกตทำให้ได้เรียนรู้ การแสดงพฤติกรรมหลายๆอย่าง

4. การเสนอตัวแบบที่แสดงถึงความสามารถในการแก้ปัญหาเป็นอย่างดีกับตัวแบบที่ค่อยๆเพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหา

5. การเสนอตัวแบบแบบค่อยๆแสดงทีละขั้น เหมาะสำหรับการแสดงที่ซับซ้อน

6. การใช้การสอนร่วมกับการเสนอตัวแบบ ซึ่งจะทำให้ผู้สังเกตสนใจตัวแบบมากขึ้น โดยการอธิบายว่าผู้สังเกตจะเห็นตัวแบบอะไร และบอกผู้สังเกตว่าเราหวังที่จะเห็นเขาแสดงตามตัวแบบที่เขาจะดูนั้น

7. การให้ผู้สังเกตสรุปถึงลักษณะของพฤติกรรมตัวแบบที่เขาสังเกต ซึ่งจะทำให้ผู้สังเกตเรียนรู้และเก็บจำลักษณะของตัวแบบได้ดียิ่งขึ้น

8. การซักซ้อม โดยการคิดถึงลักษณะของพฤติกรรมที่จะต้องแสดงออก หรือโดยการลองแสดงออกดูจะทำให้ผู้สังเกตสามารถจดจำได้ดีขึ้นและสามารถแสดงพฤติกรรมออกได้ง่ายขึ้น

9. สภาพการณ์ในการเสนอตัวแบบ ควรเป็นสภาพการณ์ที่ลดการรบกวนจากสิ่งเร้าภายนอก

ปัจจัยที่ส่งเสริมการแสดงออก (Factors enhancing performance) หลังจากที่บุคคลสนใจและเก็บจำข้อมูลแล้ว การที่จะส่งเสริมให้บุคคลแสดงออกอย่างมีคุณภาพ และสามารถประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่นๆด้วย ควรดำเนินการดังนี้

1. การสร้างสิ่งล่อใจ อาจทำได้โดยการเสนอตัวแบบที่ได้รับการเสริมแรงหลังจากแสดงพฤติกรรม หรือตัวแบบนั้นเสริมแรงตนเอง หรือการให้การเสริมแรงแก่ผู้ที่แสดงพฤติกรรมตามตัวแบบ วิธีการดังกล่าวจะทำให้ผู้สังเกตอยากแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบ

2. การซักซ้อมและการให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยเมื่อบุคคลสังเกตตัวแบบแล้วลองให้เขากระทำตาม จากนั้นผู้เสนอตัวแบบให้ข้อมูลย้อนกลับว่าพฤติกรรมใดที่เขาทำได้ดีอยู่แล้วและพฤติกรรมใดที่ควรแก้ไข

3. การส่งเสริมให้บุคคลสามารถนำสิ่งที่เรียนรู้นั้นไปใช้ในสถานการณ์อื่น โดยการจัดสภาพการณ์ให้คล้ายคลึงกับสถานการณ์ในชีวิตประจำวันของผู้สังเกตมากที่สุด

5.10 กลวิธีการเสนอตัวแบบ

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2543) ได้เสนอว่า วิธีการเสนอตัวแบบนั้นจะต้องสร้างตัวแบบตามหลักปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการใช้ตัวแบบ และตัดสินใจว่าควรจะเสนอตัวแบบชีวิตจริงหรือตัวแบบสัญลักษณ์ หลังจากนั้นให้พิจารณาการเสนอตัวแบบตามขั้นตอนของ Striefel (1981 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543) ดังต่อไปนี้

1. กำหนดพฤติกรรมที่ต้องการให้ตัวแบบแสดงเพื่อให้ผู้สังเกตเรียนรู้อย่างชัดเจน

2. พฤติกรรมนั้นต้องสามารถสังเกตได้ วัดได้ โดยใช้คนตั้งแต่สองคน สามารถสังเกตและเห็นตรงกันว่าพฤติกรรมนั้นเกิดหรือไม่เกิด

3. พฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงจะต้องอยู่ภายในระดับความสามารถของผู้สังเกต มิฉะนั้นจะก่อให้เกิดความคับข้องใจในการเรียนรู้ได้

4. พฤติกรรมที่จะให้บุคคลลอกเลียนแบบเป็นพฤติกรรมที่ทำให้ดูง่าย ถ้าเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อนก็อาจจะแยกออกเป็นพฤติกรรมย่อยๆจากนั้นอาจใช้คำพูดชี้นำได้เพื่อให้การลอกเลียนแบบเกิดได้ง่ายขึ้น

5. ต้องแน่ใจว่าผู้สังเกตนั้นตั้งใจสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบอย่างแท้จริง จึงอาจใช้สัญญาณที่เป็นคำพูดแก่ผู้สังเกตก่อนเพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดความสนใจ

6. ต้องแน่ใจว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกมานั้นชัดเจนและกระทำสม่ำเสมอ

7. เมื่อผู้สังเกตลอกเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบได้ถูกต้องหรือใกล้เคียงควรให้การเสริมแรงทันที

8. ตัวเสริมแรงต้องมีประสิทธิภาพ

9. ผู้ดำเนินการเสนอตัวแบบจะต้องไม่ควบคุมความสนใจของผู้สังเกตตัวแบบด้วยวิธีการรุนแรง

10. ควรมีการรวบรวมข้อมูลที่แสดงถึงความก้าวหน้าของผู้สังเกต เพราะจะทำให้ผู้สังเกตได้รู้ว่าตนเองก้าวหน้าจริงและเป็นตัวเสริมแรงที่ดีให้แก่ผู้สังเกตอีกด้วย

11. ถ้าผู้สังเกตไม่สามารถเลียนแบบพฤติกรรมได้เลย อาจช่วยโดยวิธีการชี้แนะ

12. ควรมีการเสริมแรงต่อตัวแบบ เมื่อตัวแบบแสดงพฤติกรรมเป้าหมายแล้วซึ่งจะเป็นการจูงใจผู้สังเกตได้มากขึ้น

13. ควรเลือกตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายผู้สังเกต มีความเด่นและสามารถแสดงพฤติกรรมที่จะให้ลอกเลียนแบบได้อย่างคล่องแคล่ว

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการเรียนรู้จากตัวแบบช่วยให้เกิดการสร้างพฤติกรรมใหม่ จากการที่ผู้สังเกตได้สังเกตรูปแบบการกระทำต่างๆจากตัวแบบ แล้วเก็บรวบรวมรูปแบบการกระทำใหม่ๆเก็บจำแล้วนำมาแสดงเป็นพฤติกรรมใหม่ ถ้าการกระทำนั้นให้ผลกรรมทางบวก บุคคลก็จะจดจำและรวบรวมรูปแบบการกระทำต่างๆนำมาสร้างเป็นหลักการของตน และถ้าบุคคลนั้นมีความคิดสร้างสรรค์และมีทักษะพอที่จะทำให้บุคคลนั้นสามารถแสดงพฤติกรรมสร้างสรรค์ที่ต่างไปจากความคิดและพฤติกรรมของตัวแบบได้ ซึ่งตัวแบบนั้นต้องมีประสิทธิภาพเพียงพอ นอกจากนี้การเรียนรู้โดยผ่านตัวแบบยังช่วยในการเพิ่มพฤติกรรมที่ดีอยู่แล้วให้ดียิ่งขึ้น

จากแนวคิดเกี่ยวกับตัวแบบ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกนำเสนอตัวแบบบุคคลเนื่องจากสามารถสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง ช่วยในการดึงดูดความสนใจ ทำให้ผู้สังเกตเกิดการจดจำ และสามารถเน้นจุดสำคัญของสถานการณ์และพฤติกรรมให้เด่นชัด ซึ่งทำให้การเรียนรู้จากการเลียนแบบนั้นได้ผลดียิ่งขึ้น

6. การพยาบาลผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจก

การบริการผู้สูงอายุเป็นงานการบริการพยาบาลในระบบบริการสุขภาพของประเทศที่ให้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ดำรงชีวิตอย่างมีความสุข พึ่งพาตนเองได้สูงสุด ดังนั้นในการให้บริการผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องดูแลให้มีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่แตกต่างไปของผู้สูงอายุ พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะในการพยาบาลผู้สูงอายุ และควรมีคุณสมบัติต่าง ๆ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2539: 10) การพยาบาลผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

6.1 **การพยาบาลผู้สูงอายุก่อนการผ่าตัดต้อกระจก** พยาบาลจะปฏิบัติการพยาบาลดังนี้

1) หยอดยาตามการรักษาของแพทย์

2) ทำความสะอาดร่างกายทั่วไป ได้แก่ อาบน้ำ สระผม โกนหนวด ตัดเล็บ ล้างสีเล็บ ทำความสะอาดปากและฟัน โดนเฉพาะการล้างหน้าให้สะอาดในคืนก่อนการผ่าตัดและเช้าวันผ่าตัด

3) ทำความสะอาดรอบ ๆ ตา ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น Phiso Hex หรือโปวิดีนไอโอดีน 1 หรือ 2 วัน ก่อนผ่าตัด

4) อาจมียาแก้ปวดหรือยานอนหลับให้ผู้ป่วยเพื่อคลายเครียด

5) อาจจำเป็นต้องตัดขนตาข้างที่จะต้องผ่าตัด

6) อธิบายผู้ป่วยว่าอาจมีการให้ยาชาเฉพาะที่หรือใช้ยาแบบหยอดตา ทั้งนี้พยาบาลจะต้องปรึกษาจักษุแพทย์ก่อน

7) มีการวางแผนผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจที่ถูกต้อง

6.2 การพยาบาลหลังผ่าตัด

1) การรับผู้ป่วยจากเปลขึ้นเตียง เมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัดต้องระมัดระวังส่วนศีรษะให้มาก พยาบาลจะต้องประคองศีรษะตลอดเวลา ไม่ควรให้ผู้ป่วยยกศีรษะเอง

2) ใช้ผ่าครอบตา (Eye shield) ครอบตาข้างที่ผ่าตัดเพื่อป้องกันการเกิดการกระทบกระเทือนโดยตรง

3) ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนบนเตียงมาก ๆ ในระยะ 8 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ระมัดระวังการสะดุ้งตกใจ ไอ จาม อาเจียนและระมัดระวังการเผลอพลิกตัว

4) งดการสูบบุหรี่และงดหมากในระยะ 1 เดือนหลังการผ่าตัด

5) การทำความสะอาดร่างกาย โดยการดูแลความสะอาดช่องปาก ในระยะ 1 วันหลังการผ่าตัดให้งดการแปรงฟันผู้ป่วยควรใช้น้ำบ้วนปากทำความสะอาดช่องปากและฟันทุกครั้งหลังจากรับประทานอาหาร จากนั้นจึงทำความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงฟันโดยเลือกใช้แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่มแปรงเบา ๆ ควรอาบน้ำโดยการตักอาบ ไม่ควรอาบน้ำด้วยฝักบัวเพราะอาจทำให้ตาข้างที่ผ่าตัดเปียกน้ำได้ ล้างหน้าโดยใช้ผ้าชุบน้ำบิดให้หมาดเช็ดรอบ ๆ ใบหน้าแทน และในระยะ 1-2 วันแรกหลังการผ่าตัด งดการโกนหนวดในผู้ชาย การสระผม ควรงดในระยะ 2-3 วันแรกหลังการผ่าตัด เพราะแรงกระทบกระเทือนที่ศีรษะอาจทำให้มีการเลื่อนหลุดของเลนส์แผลผ่าตัดแยก มีภาวะเลือดออกในช่องหน้า ม่านตาได้แต่หลังจากนั้นสามารถสระผมได้ โดยนอนหงายให้ผู้อื่นสระให้ ไม่เกาศีรษะแรง ๆ และระมัดระวังน้ำกระเด็นเข้าตาข้างที่ผ่าตัด ห้ามหวีผมและโกนหนวดในระยะ 2-3 วันแรกหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยหญิงผมยาวควรรวบผมให้เรียบร้อย ไม่ขยี้ตาหรือใช้ผ้าเช็ดตาข้างที่ผ่าตัด เพราะอาจทำให้ตาได้รับความกระทบกระเทือนและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนติดตามมาได้ ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อนในระยะ 1 วันแรกหลังการผ่าตัด

จากนั้นจึงสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติแต่ต้องมีลักษณะที่เคี้ยวง่าย อ่อนนุ่ม ไม่เหนียว หรือต้องออกแรงเคี้ยวมาก ๆ ไม่เบ่งถ่ายอุจาระแรง ๆ หรือหากมีอาการท้องผูกควรแจ้งให้แพทย์ทราบ และจัดให้นอนในท่าที่สบาย ไม่ควรนอนตะแคงหรือนอนคว่ำทับตาข้างที่ผ่าตัด

7. การให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล

การให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล เป็นการให้ผู้สูงอายุที่เคยผ่านการผ่าตัดต้อกระจกแล้วไม่เกิน 3 เดือน ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและถ่ายทอดประสบการณ์การผ่าตัด สิ่งที่ต้องเผชิญขณะทำการผ่าตัดต้อกระจกและการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดต้อกระจก ร่วมกับการให้ข้อมูลและสนับสนุนจากพยาบาลเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นการจัดกิจกรรมรายกลุ่ม กลุ่มละ 3 - 5 คน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณครั้งละ 1 $^{1}/_{2}$ ชั่วโมง – 2 ชั่วโมง ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอนคือ

7.1 ขั้นประเมินและตัดสินใจ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่น มีท่าทีเป็นกันเอง รับฟังปัญหาของผู้ป่วยด้วยความเห็นเห็นใจ ไม่ว่าจะเป็นการแสดงทางสีหน้า ท่าทางหรือน้ำเสียง ตลอดจนความกระตือรือร้นที่จะให้การช่วยเหลือ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความหมายต่อผู้ป่วยมาก เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อพยาบาล (Knight, 1976) ผู้ป่วยส่วนมากกล่าวว่า ถึงแม้พยาบาลจะเป็นคนแปลกหน้าสำหรับผู้ป่วยก็ตาม แต่การที่พยาบาลให้การช่วยเหลือและพูดคุยกับผู้ป่วยก่อให้เกิดความไว้วางใจมากกว่าบุคคลอื่น ๆ ในโรงพยาบาล สัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1) การยอมรับ (Perceptiveness) และไวต่อการรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้ป่วย (Sensitively) คือ จะต้องเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยแสดงออกทางคำพูดและพฤติกรรม เช่น สีหน้า ท่าทาง แววตา ระดับเสียง

2) การฟังและความสนใจ (Listening and attending) การฟังผู้ป่วยพูดจะช่วยให้สามารถกำหนดทิศทางของการพูดคุยกับผู้ป่วยว่าควรจะพูดอย่างไร ในลักษณะใด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจดีขึ้น พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายปัญหาของเขาออกมา

3) การแสดงความเห็นใจ (Accurate empathy) ซึ่งแสดงออกโดยการยอมรับและเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย

4) การช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย (Intervention) โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุก่อนการผ่าตัดต้อกระจก

โดยในขั้นนี้พยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดต้อกระจก เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการตัดสินใจว่าตนจะสามารถ

ปฏิบัติกิจกรรมนั้นภายหลังผ่าตัดได้หรือไม่ นอกจากนี้ยังเป็นการให้กลุ่มตัวอย่างได้ประเมินความรู้ที่ได้รับและเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลจะเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง

7.2 ขั้นการกระทำและแก้ไขปัญหาร่วมกัน เป็นระยะที่กลุ่มตัวอย่างมีการกระทำพฤติกรรม เป็นระยะที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกไว้วางใจและเชื่อมั่น ความใกล้ชิดสนิทสนมจะทำให้ผู้สูงอายุมีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์มีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา หาทางแก้ไขปัญหาและเลือกวิธีแก้ไขปัญหา (Brunner & Suddarth, 1982) โดยในขั้นตอนนี้ ให้ตัวแบบคือผู้สูงอายุที่ผ่านการผ่าตัดต้อกระจกมาแล้ว เป็นผู้บอกเล่าประสบการณ์การผ่าตัดที่เคยประสบมาในเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง 3 เรื่องด้วยกัน คือ 1) การปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด 2) สิ่งที่ต้องเผชิญขณะผ่าตัด 3) การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ซึ่งการที่ผู้สูงอายุได้พูดคุยกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้วยวัยเดียวกัน และประสบปัญหาที่เหมือนกัน น่าจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถที่จะซักถามข้อสงสัย และคลายความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดลงได้ Klein (1972) กล่าวว่าการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน เป็นการให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนวิธีการดำรงชีวิต ความเชื่อต่าง ๆ ซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้ร่วมกัน และการได้แสดงความรู้สึกความคิดเห็นซึ่งประสบมาก่อน ฉะนั้นการที่ผู้สูงอายุได้พูดคุยกับตัวแบบจะทำให้ลดความวิตกกังวลและมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลตนเอง อีกทั้งการที่ผู้สูงอายุได้เห็นตัวแบบประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดต้อกระจก ไม่มีอาการแทรกซ้อน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนก็สามารถดูแลตัวเองได้เช่นเดียวกันกับตัวแบบ

7.3) การประเมินผล เป็นระยะสิ้นสุดของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทำให้ผู้สูงอายุได้ประเมินตนเองจากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่างๆ ร่วมกันกับตัวแบบ และมีการประเมินความวิตกกังวลและความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับตัวแบบ นอกจากนี้ยังมีการตรวจสอบการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในการดูแลตนเองภายหลังจากที่ได้รับการสนับสนุนและให้ความรู้จากตัวแบบแล้ว ว่าสามารถคงการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดต้อกระจกได้อีกหรือไม่ อย่างไร โดยการประเมินความวิตกกังวลและการพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุภายหลังการผ่าตัดต้อกระจก 1 สัปดาห์ และเป็นอันสิ้นสุดกิจกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดดวงตาจะมีความวิตกกังวลสูง และในผู้สูงอายุที่ผ่าตัดตาต้อกระจกก็เช่นเดียวกัน อีกทั้งผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการลดความวิตกกังวลและเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผ่าตัดต้อกระจก ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้ตัวแบบตามทฤษฎีปัญญาทางสังคม ของ Bandura (1986) และการให้ความรู้และ

สนับสนุนของพยาบาลตามทฤษฎีของ Orem (2001) มาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบโดยการให้ผู้สูงอายุที่ผ่านการผ่าตัดต้อกระจกมาก่อน แล้วมาบอกมาเล่าประสบการณ์การผ่าตัดที่เคยประสบมา ทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ซึ่ง เป็นการให้ผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกได้พูดคุยกับบุคคลในวัยเดียวกัน ที่เคยประสบปัญหาเหมือนกัน น่าจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถที่จะซักถามข้อสงสัยและคลายความวิตกกังวลลงได้ รวมถึงการสนับสนุนของพยาบาลในการให้ข้อมูลการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดนั้น จะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ภายหลังผ่าตัดต้อกระจก เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า ดำเนินชีวิตได้ตามปกติและเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพต่อไป

8. **งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

รานี พรมานะจิรังกูล (2537) ศึกษาผลของการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เฉพาะเพศหญิง แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้ดูตัวแบบที่เป็นสไลด์ประกอบเสียงจำนวน 2 ชุด โดยดูสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง ครั้งละหนึ่งชุดติดต่อกัน 2 สัปดาห์ และสัปดาห์ที่ 3 ให้ดูทั้ง 2 ชุด ติดต่อกัน ส่วนกลุ่มควบคุมให้อยู่ในสภาพการเรียนการสอนปกติ ผลการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผลภายหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ มากกว่าในระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผลมากกว่าของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พรทิพย์ ธรรมวงค์ (2541) ได้ศึกษาผลของการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ต่อความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทเฉพาะเพศชายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสวนปรุงเชียงใหม่ จำนวน 30 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน โดยกลุ่มทดลองได้ดูวีดีทัศน์ตัวแบบ จำนวน 3 ชุด แต่ละชุดมีความยาว 15 - 20 นาที ให้ดูวันละ 1 ชุด ติดต่อกัน 3 วัน หลังจากนั้นให้ดูซ้ำเช่นเดิมอีกชุดละหนึ่งครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องการดูแลตนเองในระยะหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

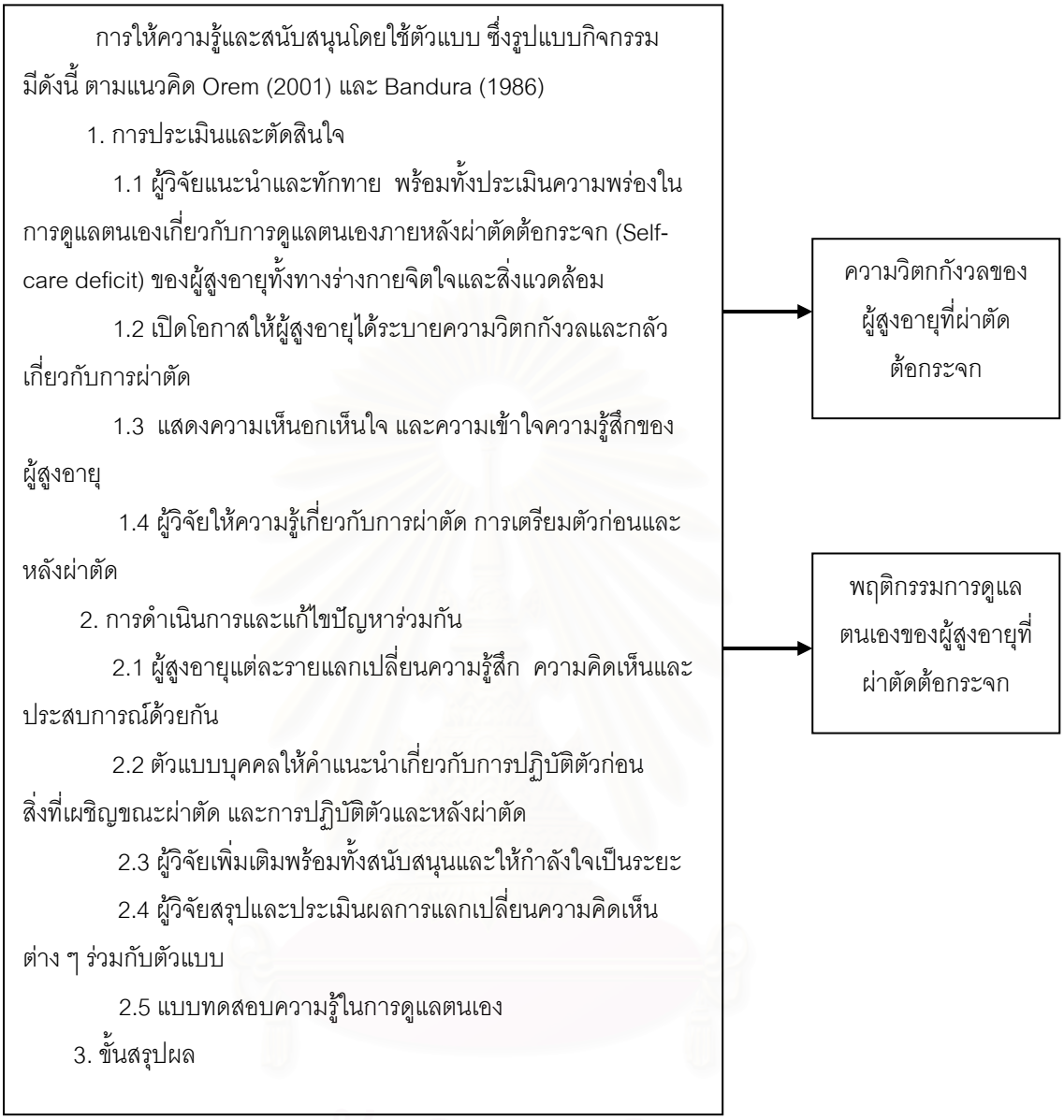
นันทนา นุ่นงาม (2542) ศึกษาผลของการเสนอตัวแบบต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจ ทรวงอกและหลอดเลือด จำนวน 19 ราย ดำเนินการทดลองโดยให้กลุ่มตัวอย่างดูวีดีทัศน์ตัวแบบสัญลักษณ์ จำนวน 3 ชุด ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความรู้และผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้และคะแนนการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Melamed and Siegel (1975) ศึกษาการเสนอตัวแบบบุคคลเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของเด็กที่จะเข้ารับการผ่าตัด ตัวแบบเป็นเด็กวัยเดียวกันกับเด็กที่จะเข้ารับการผ่าตัด และเด็กได้รับการแนะนำให้รู้จักแพทย์ผู้ผ่าตัด ผลพบว่าเด็กกลุ่มตัวอย่างสามารถลดความวิตกกังวลลงได้

Mcmananis (1994) ศึกษาถึงอิทธิพลของตัวแบบที่มีผลต่อการตัดสินใจจริยธรรม กลุ่มที่ได้เห็นตัวแบบที่เป็นวัยเดียวกันกับตนมีผลในการฝึกให้ตัดสินใจจริยธรรม และคำนึงถึงเหตุจูงใจให้กระทำเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า การได้เห็นตัวแบบบุคคลที่มีเจตคติต่อการผ่าตัดที่ดี และการให้การเสริมแรงเป็นวิธีที่สามารถลดความวิตกกังวลลงได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อศึกษาการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผ่าตัดต้อกระจก โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อกระจกและต้องได้รับการผ่าตัดและเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยโสต สอ นาสิก โรงพยาบาลศูนย์ตรัง จังหวัดตรัง จำนวน 40 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

กลุ่มทดลอง	O_1	X	O_2	O_3 พฤติกรรม	O_4 พฤติกรรม
กลุ่มควบคุม	O_5		O_6	O_7 พฤติกรรม	O_8 พฤติกรรม
O_8					

X หมายถึง การให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล

O_1 หมายถึง ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกก่อนการทดลอง

O_2 หมายถึง ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกหลังการทดลอง

O_3 หมายถึง ความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกหลังได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง

O_4 หมายถึง ความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกหลังได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลหลังกลับบ้าน 1 สัปดาห์

O_5 หมายถึง ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O_6 หมายถึง ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

O_7 หมายถึง ความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกหลังได้รับการพยาบาลตามปกติหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง

O_8 หมายถึง ความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกหลังได้รับการพยาบาลตามปกติหลังกลับบ้าน 1 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต้อกระจก และต้องได้รับการผ่าตัดต้อกระจกชนิดใส่แก้วเทียม

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต้อกระจกและต้องได้รับการผ่าตัดต้อกระจกชนิดใส่แก้วเทียม ณ โรงพยาบาลตรัง เดือนมกราคม 2551 จำนวน 40 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เป็นผู้ที่มารับบริการการผ่าตัดเป็นครั้งแรก
2. ไม่เป็นโรคต้อหิน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน
3. ไม่มีประสบการณ์หรือไม่เคยรับรู้เรื่องวิธีการลดความวิตกกังวลมาก่อน
4. มีการรับรู้ปกติประเมินโดยใช้ MMSE – T (ทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น) ได้ผลอยู่ในเกณฑ์ปกติ
5. มีความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ โดยใช้โปรแกรม Power Analysis for Sample Size เพื่อกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดอำนาจการทดสอบที่ 80 % ระดับนัยสำคัญที่ .05 พบว่าต้องใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย กลุ่มละ 13 คน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ใช้กลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน ทั้งนี้เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าโค้งปกติ (normality) และมีขนาดใหญ่พอในการทำวิจัย (Polit and Beck, 2004)

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของผู้สูงอายุจากทะเบียนรายชื่อและแฟ้มประวัติ หากมีคุณสมบัติครบและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อตัวแปรตามโดยควบคุมให้กลุ่มทั้งสองมีลักษณะเหมือนกันหรือคล้ายกันที่สุด ใน 3 ด้านได้แก่ ด้านเพศ อายุ (สุดกัญญา ปานเจริญ, 2547) ดังนี้

1.1 เพศ แบ่งเป็น ชายและหญิง

1.2 อายุแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ผู้สูงอายุตอนต้น อายุระหว่าง 60 – 70 ปี ผู้สูงอายุตอนกลาง อายุระหว่าง 70 – 79 ปี และผู้สูงอายุตอนปลาย 80 ปีขึ้นไป

2. ผู้วิจัยทำการจัดกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจับคู่แล้วเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มอย่างง่าย ด้วยการทำฉลากที่ระบุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างวันละไม่เกิน 6 คน จนครบ 20 คู่ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ประเภท ได้แก่

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย** คือ

1.1 โปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล มีแนวทางในการสร้างเครื่องมือดังนี้

1) การศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2) กำหนดวัตถุประสงค์ที่ต้องการให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ โดยมีเป้าหมายที่จะลดความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกโดยการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล

3) กำหนดเรื่องและระยะเวลาที่เสนอตัวแบบผู้วิจัยกำหนดเรื่องที่จะเสนอเป็น 3 เรื่อง ๆ ละ 10 – 15 นาที โดยได้จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้บุคคลตัวแบบ นำไปใช้ในการให้คำแนะนำแก่กลุ่มเข้าร่วมวิจัย ซึ่งมีเรื่องดังนี้

เรื่องที่ 1 การถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์การผ่าตัดในเรื่องการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต้อกระจกของผู้สูงอายุ เป็นการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต่าง ๆ การตัดขนตา การหยอดตาข้างที่ทำการผ่าตัด การอาบน้ำสระผมให้สะอาด การถอดฟันปลอมเป็นต้น

เรื่องที่ 2 การถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์การผ่าตัดในเรื่องเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญขณะทำการผ่าตัดต้อกระจก เป็นการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะที่ทำการผ่าตัด เช่น ผู้สูงอายุไม่ควรเคลื่อนไหว ไม่พูด ไม่ไอ ไม่จาม ขณะทำการผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดจะมีผ้าปิดบริเวณใบหน้า ทำให้รู้สึกอึดอัดขณะหายใจ เป็นต้น

เรื่องที่ 3 การถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์การผ่าตัดในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดตาเป็นการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัดตา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ หลังผ่าตัดตา เป็นต้น

1.2 วิธีการคัดเลือกตัวแบบบุคคล

คัดเลือกตัวแบบจากตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในด้านอายุ มีประวัติการผ่าตัดต้อกระจกมาแล้ว ไม่เกิน 3 เดือน และผู้วิจัยจะคัดเลือกตัวแบบโดยดูบุคลิกลักษณะของตัวแบบโดยมีท่าทีเป็นกันเอง อบอุ่น จากนั้นสัมภาษณ์เกี่ยวกับทัศนคติต่อการผ่าตัด และประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดต้อกระจก เนื่องจากสิ่งเหล่านี้จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมั่นใจได้ว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกมาเหมาะสมและสามารถทำได้ ก็จะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกว่าเขาเองก็น่าจะทำได้เช่นกัน หลังจากได้ตัวแบบที่ดีจำนวน 1 คน แล้วจึงทำการกำหนดสิ่งที่ตัวแบบต้องปฏิบัติ ซักซ้อมกับตัวแบบถึงสิ่งที่ตัวแบบจะนำเสนอแก่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งตัวแบบที่ผู้วิจัยเลือกมาเป็นอาจารย์ซึ่งเกษียณอายุราชการไปแล้ว ทำให้มีความสะดวกในเรื่องเวลาที่จะมาเป็นตัวแบบ นอกจากนี้ผู้วิจัยก็อำนวยความสะดวกในการเดินทางของตัวแบบ โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้รับส่งตัวแบบทุกครั้งที่เดินทางมาให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ตัวแบบยังเคยรับราชการครูมาก่อน ทำให้มีความสามารถในการถ่ายทอดข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง ได้เป็นอย่างดี หลังเสร็จสิ้นการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้มอบของที่ระลึกแก่ผู้สูงอายุที่เป็นตัวแบบ เพื่อแสดงความขอบคุณ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัยเกี่ยวกับ โปรแกรมการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์การผ่าตัดทั้ง 3 เรื่อง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ ตามข้อคิดเห็น คำแนะนำและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านแล้ว นำกลับไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้งหนึ่งจนกระทั่งมีความคิดเห็นตรงกัน เครื่องมือที่ปรับปรุงแล้ว ถือว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัย เกี่ยวกับโปรแกรมการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ผ่าตัดทั้ง 3 เรื่อง

ไปลองใช้กับผู้สูงอายุที่ผ่านการผ่าตัดต้อกระจกมาแล้วที่มีลักษณะใกล้เคียงกันตัวแบบจำนวน 3 คน พบว่าจากเดิมที่ผู้วิจัยให้ตัวแบบเป็นผู้ถ่ายทอดเนื้อหาต่าง ๆ ตามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ส่งผลให้ตัวแบบมีความกังวลในเนื้อหา กลัวถ่ายทอดข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน แสดงสีหน้าเคร่งเครียด ผู้วิจัยจึงปรับกิจกรรม ให้ตัวแบบ บอกเล่าประสบการณ์การผ่าตัดโดยกำหนดหัวข้อให้ครอบคลุมเนื้อหาที่จะพูดกว้าง ๆ และผู้วิจัยก็จะเป็นผู้พูดคุยให้ความรู้ในเนื้อหาการผ่าตัดในระยะต่าง ๆ เองส่งผลให้บรรยากาศในการดำเนินกิจกรรมเป็นไปด้วยความสนุกสนาน กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ทั้งจากเนื้อหาและประสบการณ์ตรงของตัวแบบ เนื้อหาและกิจกรรมที่ใช้มีความเหมาะสม ระยะเวลาที่ใช้เป็นไปตามที่กำหนด

2. **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อ สกุล อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ประสบการณ์การผ่าตัด โรคประจำตัว เป็นต้น

2.2 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้สูงอายุ เป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger (1983) ที่เรียกว่า State – Trait Anxiety Inventory (STAI MANUL) FORMY – 1 ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ชาตรี นนทศักดิ์ สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต และ ดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2534)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรง (Validity) แบบวัดความวิตกกังวลได้ถูกนำไปทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) โครงสร้างในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (n = 424 ราย) และในกลุ่มทหารเกณฑ์ใหม่ (n = 1,701 ราย) โดยใช้หาปัจจัยความสอดคล้องภายในด้วยวิธีของ Cattell 's Congruent Factors (Cofactor) approach (1966) พบว่ามีค่าสหสัมพันธ์ของความสอดคล้องทุกองค์ประกอบรายข้อมากกว่า .90 ซึ่งแสดงว่ามีความสอดคล้องกันในการจัดการวิตกกังวลในกลุ่มตัวอย่างที่ต่างกัน และเป็นเครื่องยืนยันการวัดความแตกต่างของความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลเผชิญ จึงนับว่าเป็นแบบวัดมาตรฐาน ดังนั้นในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำไปตรวจสอบความตรง

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญและแบบวัดความวิตกกังวลแบบแฝงฉบับปรับปรุง ปี ค.ศ. 1983 (STAI FORM Y-1 , STAI FORM Y-2) ฉบับภาษาไทยแปลโดย ชาตรี นนทศักดิ์ และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา หลังจากนั้น ดาวรรณ ต๊ะปินตา (2535) ได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่นกับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลนครพิงค์ เชียงใหม่ จำนวน 86 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

เท่ากับ .90 และ สุนันทา ตั้งปนิธานดี (2544) ได้นำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาคเท่ากับ .92 แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ที่แสดงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลแบ่งเป็นข้อที่แสดงความรู้สึกทางบวก10ข้อ และข้อที่แสดงความรู้สึกทางลบ 10 ข้อ แต่ละข้อมีมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ

มากที่สุด หมายถึง ความรู้สึกนั้นตรงกับคำตอบมากที่สุด
ค่อนข้างมาก หมายถึง ความรู้สึกนั้นตรงกับคำตอบค่อนข้างมาก
มีบ้าง หมายถึง ความรู้สึกนั้นตรงกับคำตอบเล็กน้อย
ไม่มีเลย หมายถึง ความรู้สึกนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบ

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ข้อความที่เป็นด้านบวก ให้คะแนนดังนี้ มากที่สุดให้ 4 คะแนน ค่อนข้างมากให้ 3 คะแนน มีบ้างให้ 2 คะแนน ไม่มีเลยให้ 1 คะแนน ส่วนข้อความทางด้านลบการให้คะแนนจะเป็น ไปในทางตรงกันข้าม คือ มากที่สุดให้ 1 คะแนน ค่อนข้างมากให้ 2 คะแนน มีบ้างให้ 3 คะแนน ไม่มีเลยให้ 4 คะแนน

คะแนนรวมทั้งฉบับมีค่าสูงสุด 80 คะแนน ต่ำสุด 20 คะแนน โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลต่ำ คะแนนรวมน้อย มีความวิตกกังวลสูง

คะแนน 20 - 39 แสดงว่า มีความวิตกกังวลสูง
คะแนน 40 - 59 แสดงว่า มีความวิตกกังวลปานกลาง
คะแนน 60 - 80 แสดงว่า มีความวิตกกังวลต่ำ

2.1 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจก ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบวัดของ จิราภรณ์ ขันโททอง (2547) ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่ได้ปฏิบัติ (1 คะแนน) ถึงเป็นประจำ (5 คะแนน) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย
นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 1 – 2 วัน / สัปดาห์
บางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 3 – 4 วัน / สัปดาห์
บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 5 – 6 วัน / สัปดาห์
เป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นทุกวันใน 1 สัปดาห์

การแปลผล

ไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึง คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	คะแนนเท่ากับ	2	คะแนน
บางครั้ง	หมายถึง	คะแนนเท่ากับ	3	คะแนน
บ่อยครั้ง	หมายถึง	คะแนนเท่ากับ	4	คะแนน
เป็นประจำ	หมายถึง	คะแนนเท่ากับ	5	คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ได้นำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจก หาผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และมาปรับแก้ไข โดยปรับแก้ในส่วนของการปรับข้อคำถามที่คล้ายคลึงกันให้มารวมเป็นข้อเดียวกัน เช่นข้อคำถามที่ถามว่าท่านแปรงฟันโดยหลีกเลี่ยงการส่ายหน้าแรง ๆ รวมกับข้อคำถามที่ถามว่าท่านหลีกเลี่ยงการส่ายศีรษะแรง ๆ ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นต้น ฉะนั้นจากข้อคำถามเดิม 20 ข้อได้มารวมข้อคำถามจนเหลือข้อคำถามเพียง 16 ข้อและได้คิดค่า ดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .9

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม คือ แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจก ทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจก ณ โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง จำนวน 30 คนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาคเท่ากับ .93

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ โดยลักษณะคำตอบมี 2 ตัวเลือก คือ ถูกและผิด โดยข้อคำถามที่ต้องตอบว่าใช่ คือข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11,12,13,14, 15,16,18,19 และข้อคำถามที่ตอบว่าไม่ใช่ คือข้อ 8, 9, 10, 17, 20, 21 เกณฑ์การให้คะแนนจะให้คะแนนข้อละ 1 คะแนนหากตอบคำถามได้ถูกต้อง

เกณฑ์ประเมินผลกำกับการทดลอง

ผู้วิจัย แบ่งคะแนนแบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจก จำนวน 21 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 1-21 คะแนน โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ตามเกณฑ์การประเมิน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ

ช่วงคะแนน	คิดเป็น	ระดับคะแนน
1- 12	ต่ำกว่าร้อยละ 60	ระดับต่ำ
13 - 17	ร้อยละ 60 - 80	ระดับกลาง
18 -21	มากกว่า ร้อยละ 80	ระดับสูง

1. ผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกต้องได้คะแนนแบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจกมากกว่าหรือเท่ากับ 21 จากคะแนนเต็ม 21 คะแนน คิดเกณฑ์มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 80 นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจกในระดับสูง เป็นผู้ผ่านเกณฑ์การทดลอง

2. ในกรณีที่ผู้สูงอายุได้คะแนนความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจกน้อยกว่าร้อยละ 80 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง ผู้วิจัยจะทบทวนเนื้อหาสั้น ๆ และร่วมอภิปรายกับกลุ่มตัวอย่างถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยส่งเสริมและเน้นย้ำให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดต้อกระจกได้ แล้ววัดผลใหม่อีกครั้ง จนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ได้นำแบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจก หาผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และมาปรับแก้ไขโดยผู้ทรงคุณคุณวุฒิเสนอให้ตัดข้อคำถามบางข้อที่ไม่ชัดเจนออก ซึ่งจะทำให้ผู้ตอบเกิดความสับสนในข้อคำถามได้ เช่น ข้อคาถามที่ว่า หลังใส่แก้วตาเทียมสามารถมองเห็นได้ชัดเจนทันที จึงมีการตัดข้อคำถามที่ไม่ชัดเจนออกทั้งหมด 4 ข้อ และข้อคำถามอื่น ๆ ก็ได้มีการปรับภาษาให้เข้าใจง่ายขึ้น และหาดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ .84

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม คือ แบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจกของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจก ณ โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง จำนวน 30 คนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตร Kuder Richardson- 20 ได้ค่าความเที่ยง .72

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินดังนี้

1. ทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3. สำรวจผู้ป่วยจากแผ่นตารางการผ่าตัด เฉพาะที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตนเอง บอกจุดประสงค์ของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

4. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัวของผู้สูงอายุตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว พร้อมทั้งดูประวัติจากบันทึกเวชระเบียบ

5. ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

5.1 กลุ่มทดลอง

1) ช่วงก่อนวันผ่าตัด ขณะที่ผู้สูงอายุอยู่ที่หอผู้ป่วย ผู้วิจัยได้แบ่งกิจกรรมออกเป็น 3 ขั้นตอนดงนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินและตัดสินใจ โดยสร้างสัมพันธภาพที่ดีและความอบอุ่น เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุระบายความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัด ปรากฏว่าผู้สูงอายุต่างร่วมกันให้ข้อมูลของตนเองในเรื่องที่รู้สึกวิตกกังวลอยู่ ทำให้บรรยากาศไม่เงียบเหงา แต่เต็มเป็นไปด้วยการพยายามที่จะบอกกล่าวถึงความรู้สึกของตนเอง เมื่อผู้สูงอายุระบายความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัดแล้ว ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุประเมินความรู้สึกของตนเองด้วยแบบวัดความวิตกกังวลขณะ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองก่อนการให้ความรู้และสนับสนุนโดยใช้ตัวแบบ ใช้เวลา 15 - 20 นาที ต่อจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด การเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัด หลังจากนั้น

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการและแก้ไขปัญหาร่วมกัน เป็นขั้นตอนการแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความคิดเห็น และประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคนร่วมกับตัวแบบ โดยให้ตัวแบบบุคคลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด สิ่งที่ต้องเผชิญขณะผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด และแก้ไขปัญหาร่วมกันหากเกิดปัญหา โดยระหว่างที่ตัวแบบพูดคุยเล่าประสบการณ์ให้ฟัง ผู้สูงอายุต่างให้ความสนใจ ตั้งใจฟังและพยายามซักถามตัวแบบตลอดเวลาแต่พบว่าบางครั้งมีการพูดคุยซักถามไปนอกเรื่อง ผู้วิจัยก็จะเป็นผู้ซักนำตัวแบบและกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่ประเด็นเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยเพิ่มเติมในข้อมูลบางส่วนที่กลุ่มตัวอย่างต้องการ

พร้อมทั้งให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะ เพื่อให้ผู้สูงอายุปฏิบัติการดูแลตนเองได้ ขั้นตอนนี้ใช้เวลา 45 - 60 นาที

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยสรุปและประเมินผลจากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ต่าง ๆ ร่วมกันกับตัวแบบและให้ตัวแบบกล่าวสรุปแก่ผู้สูงอายุอีกครั้ง ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจเป็นอย่างดีในการพูดคุย ซักถามตัวแบบ และมีความเข้าใจในเนื้อหาที่ตัวแบบถ่ายทอดพยายามซักถามย้อนกลับตลอดเวลา หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองหลังการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบ ใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที เป็นอันสิ้นสุดกิจกรรม หลังจากนั้นวันรุ่งขึ้นผู้สูงอายุจะเข้ารับการผ่าตัด

2) หลังจากที่ผู้สูงอายุผ่าตัดต้อกระจกแล้ว กลับไปนอนพักฟื้นที่หอผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ วัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง

3) หลังจากที่ผู้สูงอายุผ่าตัดต้อกระจก และได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน แพทย์จะนัดมา Follow – up ใน 1 สัปดาห์ต่อมา ผู้วิจัยจะประเมินความยั่งยืนของการจัดกระทำที่ให้ ซึ่งเป็นการติดตามความวิตกกังวขณะเผชิญและการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกแล้ว โดยผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกแล้วตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดต้อกระจกแล้วอีกครั้งใช้ระยะเวลาประมาณ 15 - 20 นาที

5.2 กลุ่มควบคุม

ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะได้รับการพยาบาลตามที่ปฏิบัติกันเป็นประจำที่หอผู้ป่วย โดยประเมินแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ Spielberger (1983) และตอบแบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองก่อนการสอนตามปกติ ใช้เวลา 15 - 20 นาที และภายหลังสอนเสร็จให้กลุ่มควบคุมประเมินแบบวัดทั้ง 2 ฉบับอีกครั้ง หลังจากนั้นกลุ่มควบคุมจะได้รับการผ่าตัดในวันรุ่งขึ้น ภายหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองอีกครั้ง และเมื่อกลับบ้าน แพทย์จะนัดมา Follow – up ใน 1 สัปดาห์ต่อมา เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกแล้วตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดต้อกระจกแล้วอีกครั้งใช้ระยะเวลาประมาณ 15 - 20 นาที

6. นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัว ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการพยาบาล การบริการ หรือการ บำบัดรักษาที่ได้รับแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยจนครบตามกำหนดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้ โดยไม่มีผลต่อการพยาบาล การบริการ หรือการบำบัดรักษาที่ได้รับเช่นกัน ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัย ครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หากกลุ่มตัวอย่างได้รับความผิดปกติเนื่องจากการเข้าร่วมการให้ความรู้และสนับสนุนโดยใช้ตัวแบบบุคคลกลุ่ม ตัวอย่างจะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย โดยต้องแจ้งความผิดปกติให้ผู้ทำการวิจัยทราบทันที หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง (Patient/Participant Information Sheet) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย (Informed Consent Form)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. การศึกษาข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ประสบการณ์การผ่าตัด โรคประจำตัว ด้วยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และหาค่าร้อยละ (Percentage)

2. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุผ่าตัดต้อกระจกที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล ทั้งก่อนให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลกับหลังการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลทันที หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงและหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์โดยใช้สถิติ One Way Analysis of Variance with Repeated Measure

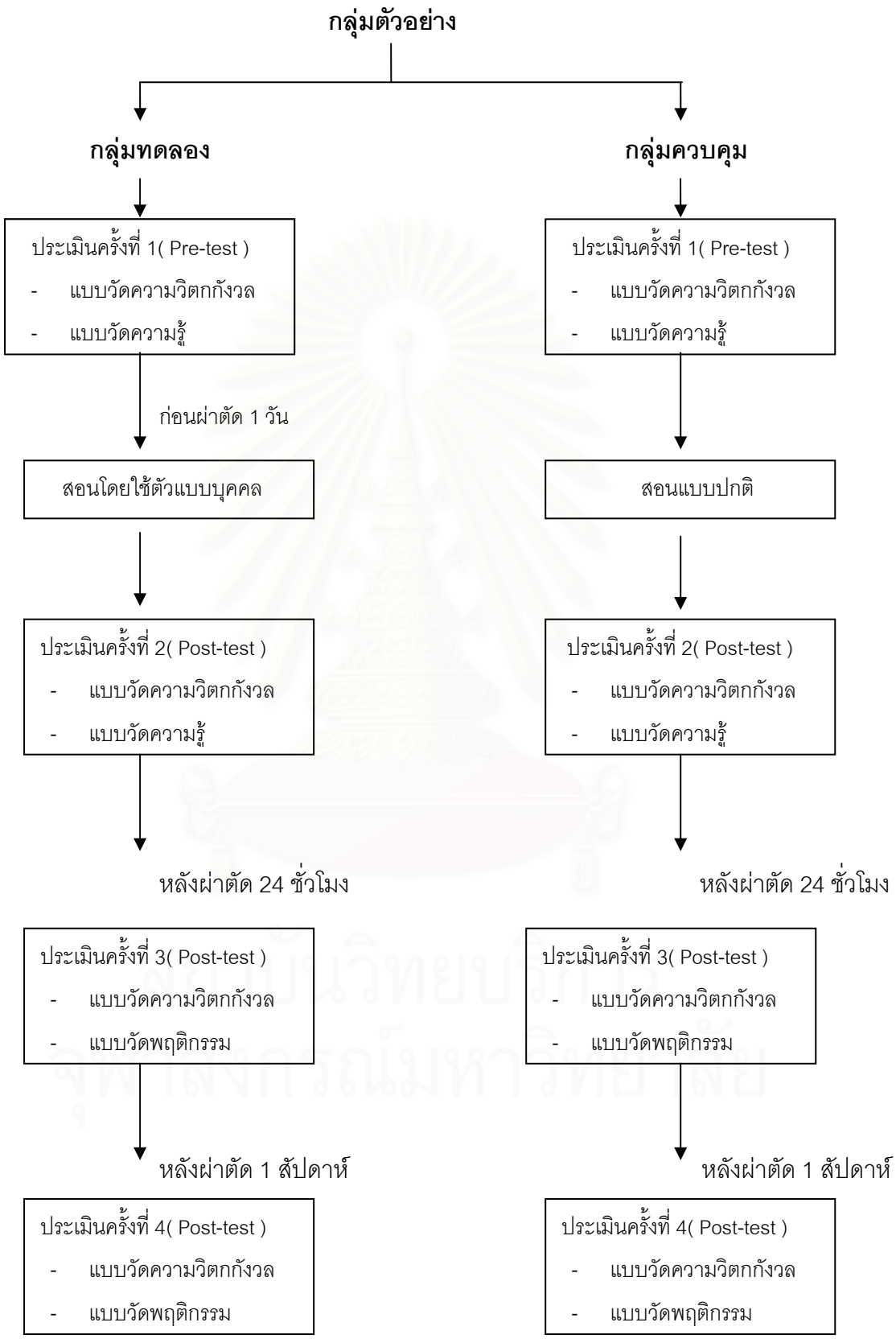
3. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงและหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์โดยใช้สถิติทดสอบ dependent t – test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลตนเองของผู้สูงอายุผ่าตัดที่ต้อกระจกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลและกลุ่มที่ ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลกับหลังการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลทันทีหรือการสอนตามปกติ หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงและหลังการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลหรือการสอนตามปกติ 1 สัปดาห์ โดยใช้สถิติทดสอบ independent t – test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผ่าตัดที่ต้อกระจกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลและ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงและหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ โดยใช้สถิติทดสอบ independent t – test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจกของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อกระจกและต้องได้รับการผ่าตัด และเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยโสต สอ นาสิก โรงพยาบาลศูนย์ตรัง จังหวัดตรัง จำนวน 40 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่ผ่าตัด ต้อกระจกก่อนได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล หลังได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลทันที หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และภายหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา การอาศัย ผู้ดูแล ประสบการณ์การผ่าตัด และโรคประจำตัว

คุณลักษณะของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจก	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ						
หญิง	11	95	11	55	30	75
ชาย	9	5	9	45	10	25
อายุ (ปี)						
60 -70	8	40	9	45	17	42
70 - 79	9	45	9	45	18	45
80 ปีขึ้นไป	3	15	2	10	5	12
ศาสนา						
พุทธ	17	85	18	90	25	62
อิสลาม	3	15	2	10	5	37
สถานภาพสมรส						
โสด	1	5	1	5	2	5
คู่	13	65	10	50	23	57
ม่าย/หย่าร้าง	6	30	9	45	15	37
อาชีพ						
งานบ้าน	4	20	2	10	6	15
เกษียณราชการ	6	30	-	-	6	15
ทำไร่/ทำสวน	-	-	3	15	3	8
ค้าขาย	1	5	1	5	2	5
ไม่ได้ทำงาน	9	45	14	70	23	57

ตารางที่ 1 (ต่อ)

คุณลักษณะของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจก	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้ (บาท)						
น้อยกว่า 5,000	-	-	1	5	1	3
5,000 – 10,000	5	25	5	25	10	25
มากกว่า 10,000	15	75	14	75	29	72
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	4	20	5	25	9	22
ประถมศึกษา	10	30	15	75	25	62
มัธยมขึ้นไป	6	50	-	-	6	15
การอาศัย						
บุตรหลาน	8	40	10	50	18	45
คู่สมรส	12	60	10	50	22	55
ผู้ดูแล						
มี	20	100	20	100	20	100
โรคประจำตัว						
ไม่มี	20	100	20	100	20	100

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75 มีอายุอยู่ระหว่าง 70 –79 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 45 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 62 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่และไม่ได้ทำงานเป็นจำนวนเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 57 ส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 72 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 62 อาศัยอยู่กับคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 55 ร้อยละ 100 มีผู้ดูแล และไม่มีโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกก่อนและหลังได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลทันที หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลก่อนการให้ความรู้ หลังได้รับความรู้ทันทีหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ของกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล (n = 20)

Source variation	Sum of squares	df	Mean squares	F-test	*p*-value
กลุ่มตัวอย่าง	370.24	19	19.48		
ระยะเวลา	4272.35	3	1424.1	59.14	.000
Residual error	1372.62	57	24.08		
รวม	**6015.21**	**79**			

จากตารางที่ 2 ปรากฏว่าค่าคำนวณ F เท่ากับ 59.14 > 2.76 (F ตาราง) แสดงว่าปฏิเสธสมมติฐานที่ระบุว่าค่าเฉลี่ยของทุกระยะเวลาเท่ากันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จึงไปทดสอบค่าความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายคู่ ปรากฏดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลหลังรายคู่ ก่อนการให้ความรู้กับหลังได้รับความรู้ทันที หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ของกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล (n = 20)

ระยะเวลา	**ก่อน**	**หลังได้รับความรู้ทันที**	**หลังผ่าตัด 24ชั่วโมง**	**หลังผ่าตัด 1สัปดาห์**
ก่อน	-			
หลังได้รับความรู้ทันที	.42*	-		
หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง	.56*	.13	-	
หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์	.57*	.14	.01	-

*$p < .05$

จากตารางที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล หลังได้รับความรู้ทันที หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ลดลงกว่าก่อนได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนคะแนนความวิตกกังวลหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงและหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ เทียบกับค่าคะแนนเฉลี่ยหลังได้รับความรู้ทันทีไม่แตกต่าง

ส่วนที่ 3 **เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจก หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และภายหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์**

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงและหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ของกลุ่มที่ได้รับได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล (n = 20)

กลุ่มทดลอง (n = 20)	$\overline{X}$	S.D	df	t	*p*-value
หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง	4.02	.19	19	8.82	.00
หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์	4.38	.06			

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงเท่ากับ 4.02 หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ เท่ากับ 4.38 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติด้วย Dependent t-test พบว่าหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกต่ำกว่าหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นั่นคือผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ อยู่ในระดับที่สูงกว่าหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อระจกก่อนและหลังการได้รับความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลหลังผ่าตัด และหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 20) และกลุ่มควบคุม (n = 20)

ความวิตกกังวล	$\overline{X}$	S.D	df	t	p -value
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	2.35	.27	38	.30	.77
กลุ่มควบคุม	2.33	.25			
หลังได้รับความรู้ทันที					
กลุ่มทดลอง	2.78	.15	38	5.96	.00
กลุ่มควบคุม	2.35	.28			
หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง					
กลุ่มทดลอง	2.83	.20	38	9.35	.00
กลุ่มควบคุม	2.28	.17			
หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์					
กลุ่มทดลอง	2.91	.08	38	12.28	.00
กลุ่มควบคุม	2.34	.19			

จากตารางที่ 5 พบว่าก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ในขณะที่หลังการทดลองทั้งหลังได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลทันทีหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในทุกระยะ

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 20) และกลุ่มควบคุม (n = 20)

ความสามารถในการดูแลตนเอง	$\overline{X}$	S.D	df	t	p -value
หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง					
กลุ่มทดลอง	4.02	.19	38	.71	.48
กลุ่มควบคุม	3.98	.23			
หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์					
กลุ่มทดลอง	4.38	.06	38	8.64	.00
กลุ่มควบคุม	3.92	.23			

จากตารางที่ 6 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจก กลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงเท่ากับ 4.02 กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเท่ากับ 3.98 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลผ่าตัด 1 สัปดาห์ เท่ากับ 4.38 กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเท่ากับ 3.92 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดต้อกระจก เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest – posttest control group design) ดังนี้

กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล

กลุ่มควบคุม คือ ผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ก่อนได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล หลังได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลทันที หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลกับผู้สูงอายุที่ได้รับการสอนตามปกติ
4. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลกับผู้สูงอายุที่ได้รับการสอนตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกหลัง ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลทันที หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ต่ำกว่า ก่อนการได้รับให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกหลังได้รับให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์สูงกว่าหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง

3. ระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกภายหลังได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลทันที หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสอนตามปกติ

4. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกที่ได้รับให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงและหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์สูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสอนตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต้อกระจก และต้องได้รับการผ่าตัดต้อกระจกชนิดใส่แก้วเทียม

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต้อกระจก และต้องได้รับการผ่าตัดต้อกระจกชนิดใส่แก้วเทียม ณ โรงพยาบาลตรัง เดือนมกราคม 2551 จำนวน 40 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เป็นผู้ที่มารับบริการการผ่าตัดเป็นครั้งแรก
2. ไม่เป็นโรคต้อหิน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน
3. ไม่มีประสบการณ์หรือไม่เคยรับรู้เรื่องวิธีการลดความวิตกกังวลมาก่อน
4. มีการรับรู้ปกติประเมินโดยใช้ MMSE – T (ทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น) ได้ผลอยู่ในเกณฑ์ปกติ
5. มีความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ โดยใช้โปรแกรม Power Analysis for Sample Size เพื่อกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดอำนาจการทดสอบที่ 80 % ระดับนัยสำคัญที่ .05 พบว่าต้องใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย กลุ่มละ 13 คน อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ใช้กลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน กลุ่มทดลองจำนวน 20 คน ทั้งนี้เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าโค้งปกติ (Normality) และมีขนาดใหญ่พอในการทำวิจัย (Polit & Beck, 2004)

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของผู้สูงอายุจากทะเบียนรายชื่อและแฟ้มประวัติ หากมีคุณสมบัติครบและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อตัวแปรตามโดยควบคุมให้กลุ่มทั้งสองมีลักษณะเหมือนกันหรือคล้ายกันที่สุด ใน 3 ด้านได้แก่ ด้านเพศ อายุ และประสบการณ์ผ่าตัด (สุดกัญญา ปานเจริญ, 2547) ดังนี้

1.1 เพศ แบ่งเป็นชายและหญิง

1.2 อายุแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ผู้สูงอายุตอนต้น อายุระหว่าง 60 – 70 ปี ผู้สูงอายุตอนกลาง อายุระหว่าง 70 – 79 ปี และผู้สูงอายุตอนปลาย 80 ปีขึ้นไป

2. ผู้วิจัยทำการจัดกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจับคู่แล้วเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มอย่างง่าย ด้วยการทำฉลากที่ระบุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างวันละไม่เกิน 6 คน จนครบ 20 คู่ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ประเภท ได้แก่

1. โปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล มีแนวทางในการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1) การศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2) กำหนดวัตถุประสงค์ที่ต้องการให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ โดยมีเป้าหมายที่จะลดความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกโดยการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล

3) กำหนดเรื่องและระยะเวลาที่เสนอตัวแบบผู้วิจัยกำหนดเรื่องที่จะเสนอเป็น 3 เรื่อง ๆ ละ 10 – 15 นาที โดยได้จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้บุคคลตัวแบบ นำไปใช้ในการให้คำแนะนำแก่กลุ่มเข้าร่วมวิจัย ซึ่งมีเรื่องดังนี้

เรื่องที่ 1 การถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์การผ่าตัดในเรื่องการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต้อกระจกของผู้สูงอายุ เป็นการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต่าง ๆ การตัดขนตา การหยอดตาข้างที่ทำการผ่าตัด การอาบน้ำสระผมให้สะอาด การถอดฟันปลอมเป็นต้น

เรื่องที่ 2 การถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์การผ่าตัดในเรื่องเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญขณะทำการผ่าตัดต้อกระจก เป็นการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะที่ทำการผ่าตัด เช่น ผู้สูงอายุไม่ควรเคลื่อนไหว ไม่พูด ไม่ไอ ไม่จาม ขณะทำการผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดจะมีผ้าปิดบริเวณใบหน้า ทำให้รู้สึกอึดอัดขณะหายใจ เป็นต้น

เรื่องที่ 3 การถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์การผ่าตัดในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดตาเป็นการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัดตา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ หลังผ่าตัดตา เป็นต้น

2. วิธีการคัดเลือกตัวแบบบุคคล

คัดเลือกตัวแบบจากตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในด้านอายุ มีประวัติการผ่าตัดต้อกระจกมาแล้ว ไม่เกิน 3 เดือน และผู้วิจัยจะคัดเลือกตัวแบบโดยดูบุคลิกลักษณะของตัวแบบโดยมีท่าทีเป็นกันเอง อบอุ่น จากนั้นสัมภาษณ์เกี่ยวกับทัศนคติต่อการผ่าตัด และประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดต้อกระจก เนื่องจากสิ่งเหล่านี้จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมั่นใจได้ว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกมาเหมาะสมและสามารถทำได้ ก็จะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกว่าเขาเองก็น่าจะทำได้เช่นกัน หลังจากได้ตัวแบบที่ดีจำนวน 1 คน แล้วจึงทำการกำหนดสิ่งที่ตัวแบบต้องปฏิบัติ ซักซ้อมกับตัวแบบถึงสิ่งที่ตัวแบบจะนำเสนอแก่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งตัวแบบที่ผู้วิจัยเลือกมาเป็นอาจารย์ซึ่งเกษียณอายุราชการไปแล้ว ทำให้มีความสะดวกในเรื่องเวลาที่จะมาเป็นตัวแบบ นอกจากนี้ผู้วิจัยก็อำนวยความสะดวกในการเดินทางของตัวแบบ โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้รับส่งตัวแบบทุกครั้งที่เดินทางมาให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ตัวแบบยังเคยรับราชการครูมาก่อนทำให้มีความสามารถในการถ่ายทอดข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง ได้เป็นอย่างดี หลังเสร็จสิ้นการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้มอบของที่ระลึกแก่ผู้สูงอายุที่เป็นตัวแบบ เพื่อแสดงความขอบคุณ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัยเกี่ยวกับ โปรแกรมการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์การผ่าตัดทั้ง 3 เรื่อง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ ตามข้อคิดเห็น คำแนะนำและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านแล้ว นำกลับไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้งหนึ่งจนกระทั่งมีความคิดเห็นตรงกัน เครื่องมือที่ปรับปรุงแล้ว ถือว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัย เกี่ยวกับโปรแกรมการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ผ่าตัดทั้ง 3 เรื่อง

ไปลองใช้กับผู้สูงอายุที่ผ่านการผ่าตัดต้อกระจกมาแล้วที่มีลักษณะใกล้เคียงกันตัวแบบ จำนวน 3 คน พบว่าจากเดิมที่ผู้วิจัยให้ตัวแบบเป็นผู้ถ่ายทอดเนื้อหาต่าง ๆ ตามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ส่งผลให้ตัวแบบมีความกังวลในเนื้อหา กลัวถ่ายทอดข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน แสดงสีหน้าเคร่งเครียด ผู้วิจัยจึงปรับกิจกรรม ให้ตัวแบบ บอกเล่าประสบการณ์การผ่าตัดโดยกำหนดหัวข้อให้ครอบคลุมเนื้อหาที่จะพูดกว้าง ๆ และผู้วิจัยก็จะเป็นผู้พูดคุยให้ความรู้ในเนื้อหาการผ่าตัดในระยะต่าง ๆ เองส่งผลให้บรรยากาศในการดำเนินกิจกรรมเป็นไปด้วยความสนุกสนาน กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ทั้งจากเนื้อหาและประสบการณ์ตรงของตัวแบบ เนื้อหาและกิจกรรมที่ใช้มีความเหมาะสม ระยะเวลาที่ใช้เป็นไปตามที่กำหนด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อ สกุล อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ประสบการณ์การผ่าตัด โรคประจำตัว เป็นต้น

2.2 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้สูงอายุ เป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger (1983) ที่เรียกว่า State – Trait Anxiety Inventory (STAI MANUL) FORMY – 1 ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ชาตรี นนทศักดิ์ สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต และดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2534)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรง (Validity) แบบวัดความวิตกกังวลได้ถูกนำไปทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) โครงสร้างในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (n = 424 ราย) และในกลุ่มทหารเกณฑ์ใหม่ (n = 1,701 ราย) โดยใช้หาปัจจัยความสอดคล้องภายในด้วยวิธีของ Cattell 's Congruent Factors (Cofactor) approach (1966) พบว่ามีค่าสหสัมพันธ์ของความสอดคล้องทุกองค์ประกอบรายข้อมากกว่า .90 ซึ่งแสดงว่ามีความสอดคล้องกันในการจัดการวิตกกังวลในกลุ่มตัวอย่างที่ต่างกัน และเป็นเครื่องยืนยันการวัดความแตกต่างของความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลเผชิญ จึงนับว่าเป็นแบบวัดมาตรฐาน ดังนั้นในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำไปตรวจสอบความตรง

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญและแบบวัดความวิตกกังวลแบบแฝงฉบับปรับปรุง ปี ค.ศ. 1983 (STAI FORM Y-1 , STAI FORM Y-2) ฉบับภาษาไทยแปลโดย ชาตรี นนทศักดิ์ และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา หลังจากนั้นดาวรรณ ต๊ะปินตา (2535) ได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่นกับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลนครพิงค์ เชียงใหม่ จำนวน 86 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90 และสุนันทา ตั้งปนิธานดี (2544) ได้นำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ได้ค่าสัมประสิทธิ์

ของครอนบาคเท่ากับ .92 แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ที่แสดงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลแบ่งเป็นข้อที่แสดงความรู้สึกทางบวก10ข้อ และข้อที่แสดงความรู้สึกทางลบ 10 ข้อ แต่ละข้อมีมาตราส่วนประเมินค่า (rating Scale) 4 ระดับ

มากที่สุด	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นตรงกับคำตอบมากที่สุด
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นตรงกับคำตอบค่อนข้างมาก
มีบ้าง	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นตรงกับคำตอบเล็กน้อย
ไม่มีเลย	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบ

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ข้อความที่เป็นด้านบวก ให้คะแนนดังนี้ มากที่สุดให้ 4 คะแนนค่อนข้างมากให้ 3 คะแนน มีบ้างให้ 2 คะแนน ไม่มีเลยให้ 1 คะแนน ส่วนข้อความทางด้านลบการให้คะแนนจะเป็นไปในทางตรงกันข้ามคือ มากที่สุดให้ 1 คะแนน ค่อนข้างมากให้ 2 คะแนน มีบ้างให้ 3 คะแนน ไม่มีเลยให้ 4 คะแนน

คะแนนรวมทั้งฉบับมีค่าสูงสุด 80 คะแนน ต่ำสุด 20 คะแนน โดยคะแนนรวมมากหมายถึง มีความวิตกกังวลต่ำ คะแนนรวมน้อย มีความวิตกกังวลสูง

คะแนน 20 - 39 แสดงว่า มีความวิตกกังวลสูง

คะแนน 40 - 59 แสดงว่า มีความวิตกกังวลปานกลาง

คะแนน 60 - 80 แสดงว่า มีความวิตกกังวลต่ำ

2.3 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจก ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบวัดของ จิราภรณ์ ขันโททอง (2547) ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่ได้ปฏิบัติ (1 คะแนน) ถึงเป็นประจำ (5 คะแนน) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่ได้ปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 1 – 2 วัน / สัปดาห์
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 3 – 4 วัน / สัปดาห์
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 5 – 6 วัน / สัปดาห์
เป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นทุกวันใน 1 สัปดาห์

การแปลผล

ไม่ได้ปฏิบัติ	หมายถึง	คะแนนเท่ากับ	1	คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	คะแนนเท่ากับ	2	คะแนน
บางครั้ง	หมายถึง	คะแนนเท่ากับ	3	คะแนน
บ่อยครั้ง	หมายถึง	คะแนนเท่ากับ	4	คะแนน
เป็นประจำ	หมายถึง	คะแนนเท่ากับ	5	คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ได้นำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจก หาผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและมาปรับแก้ไข โดยปรับแก้ในส่วนของการปรับข้อคำถามที่คล้ายคลึงกันให้มารวมเป็นข้อเดียวกัน เช่นข้อคำถามที่ถามว่าท่านแปรงฟันโดยหลีกเลี่ยงการส่ายหน้าแรง ๆ รวมกับข้อคำถามที่ถามว่าท่านหลีกเลี่ยงการส่ายศีรษะแรง ๆ ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นต้น ฉะนั้นจากข้อคำถามเดิม 20 ข้อได้มารวมข้อคำถามจนเหลือข้อคำถามเพียง 16 ข้อและได้คิดค่า ดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .9

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม คือ แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจก ทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจก ณ โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง จำนวน 30 คนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาคเท่ากับ .93

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ โดยลักษณะคำตอบมี 2 ตัวเลือก คือ ถูกและผิด โดยข้อคำถามที่ต้องตอบว่าใช่ คือข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11,12,13,14,15,16,18,19 และข้อคำถามที่ตอบว่าไม่ใช่ คือข้อ 8, 9, 10, 17, 20, 21 เกณฑ์การให้คะแนนจะให้คะแนนข้อละ 1 คะแนนหากตอบคำถามได้ถูกต้อง

เกณฑ์ประเมินผลกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยแบ่งคะแนนแบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจก จำนวน 21 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 1-21 คะแนน โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ตามเกณฑ์การประเมิน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ

ช่วงคะแนน	คิดเป็น	ระดับคะแนน
1- 12	ต่ำกว่าร้อยละ 60	ระดับต่ำ
13 - 17	ร้อยละ 60 - 80	ระดับกลาง
18 -21	มากกว่า ร้อยละ 80	ระดับสูง

1. ผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกต้องได้คะแนนแบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจกมากกว่าหรือเท่ากับ 21 จากคะแนนเต็ม 21 คะแนน คิดเกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 นั่นคือกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจกในระดับสูงเป็นผู้ผ่านเกณฑ์การทดลอง

2. ในกรณีที่ผู้สูงอายุได้คะแนนความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจกน้อยกว่าร้อยละ 80 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง ผู้วิจัยจะทบทวนเนื้อหาสั้น ๆ และร่วมอภิปรายกับกลุ่มตัวอย่างถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยส่งเสริมและเน้นย้ำให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดต้อกระจกได้แล้ววัดผลใหม่อีกครั้ง จนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ได้นำแบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจก หาผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและมาปรับแก้ไขโดยผู้ทรงคุณคุณวุฒิเสนอให้ตัดข้อคำถามบางข้อที่ไม่ชัดเจนออกซึ่ง จะทำให้ผู้ตอบเกิดความสับสนในข้อคำถามได้ เช่น ข้อคาถามที่ว่า หลังใส่แก้วตาเทียมสามารถมองเห็นได้ชัดเจนทันที จึงมีการตัดข้อคำถามที่ไม่ชัดเจนออกทั้งหมด 4 ข้อ และข้อคำถามอื่น ๆ ก็ได้มีการปรับภาษาให้เข้าใจง่ายขึ้น และหาดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ .84

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม คือ แบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจกของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจก ณ โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง จำนวน 30 คนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตร Kuder Richardson- 20 ได้ค่าความเที่ยง .72

วิธีดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินดังนี้

1. ทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3. สำรวจผู้ป่วยจากแผ่นตารางการผ่าตัดเฉพาะที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเอง บอกจุดประสงค์ของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

4. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัวของผู้สูงอายุตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว พร้อมทั้งดูประวัติจากบันทึกเวชระเบียบ

5. ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

5.1 กลุ่มทดลอง

1) ช่วงก่อนวันผ่าตัด ขณะที่ผู้สูงอายุอยู่ที่หอผู้ป่วย ผู้วิจัยเริ่มกิจกรรมตั้งแต่

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินและตัดสินใจ โดยสร้างสัมพันธภาพที่ดีและความอบอุ่น เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุระบายความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัด ปรากฏว่าผู้สูงอายุต่างร่วมกันให้ข้อมูลของตนเองในเรื่องที่รู้สึกวิตกกังวลอยู่ ทำให้บรรยากาศไม่เงียบเหงา แต่เต็มเป็นไปด้วยการพยายามที่จะบอกกล่าวถึงความรู้สึกของตนเอง เมื่อผู้สูงอายุระบายความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัดแล้ว ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุประเมินความรู้สึกของตนเองด้วยแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองก่อนการให้ความรู้และสนับสนุนโดยใช้ตัวแบบ ใช้เวลา 15 - 20 นาที ต่อจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด การเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัด หลังจากนั้น

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการและแก้ไขปัญหาร่วมกัน เป็นขั้นตอนการแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความคิดเห็น และประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคนร่วมกับตัวแบบ โดยให้ตัวแบบบุคคลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด สิ่งที่ต้องเผชิญขณะผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด และแก้ไขปัญหาร่วมกันหากเกิดปัญหา โดยระหว่างที่ตัวแบบพูดคุยเล่าประสบการณ์ให้ฟัง ผู้สูงอายุต่างให้ความสนใจ ตั้งใจฟังและพยายามซักถามตัวแบบตลอดเวลาแต่พบว่าบางครั้งมีการพูดคุยซักถามไปนอกเรื่อง ผู้วิจัยก็จะเป็นผู้ซักนำตัวแบบและกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่ประเด็นเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยเพิ่มเติมในข้อมูลบางส่วนที่กลุ่มตัวอย่างต้องการ

พร้อมทั้งให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะ เพื่อให้ผู้สูงอายุปฏิบัติการดูแลตนเองได้ ขั้นตอนนี้ใช้เวลา 45 - 60 นาที

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยสรุปและประเมินผลจากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่าง ๆ ร่วมกันกับตัวแบบและให้ตัวแบบกล่าวสรุปแก่ผู้สูงอายุอีกครั้ง ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจเป็นอย่างดีในการพูดคุย ซักถามตัวแบบ และมีความเข้าใจในเนื้อหาที่ตัวแบบถ่ายทอด พยายามซักถามย้อนกลับตลอดเวลา หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองหลังการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบ ใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที เป็นอันสิ้นสุดกิจกรรม หลังจากนั้นวันรุ่งขึ้นผู้สูงอายุจะเข้ารับการผ่าตัด

2) หลังจากที่ผู้สูงอายุผ่าตัดต้อกระจกแล้วกลับไปนอนพักฟื้นที่หอผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ วัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง

3) หลังจากที่ผู้สูงอายุผ่าตัดต้อกระจก และได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน แพทย์จะนัดมา Follow – up ใน 1 สัปดาห์ต่อมา ผู้วิจัยจะประเมินความยั่งยืนของการจัดกระทำที่ให้ ซึ่งเป็นการติดตามความวิตกกังวลขณะเผชิญและการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกแล้ว โดยผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกแล้วตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ Spielberger (1983) และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดต้อกระจกแล้ว อีกครั้งใช้ระยะเวลาประมาณ 15 - 20 นาที

5.2 กลุ่มควบคุม

ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะได้รับการพยาบาลตามที่ปฏิบัติกันเป็นประจำที่หอผู้ป่วย โดยประเมินแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ Spielberger (1983) และตอบแบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองก่อนการสอนตามปกติ ใช้เวลา 15 - 20 นาที และภายหลังสอนเสร็จให้กลุ่มควบคุมประเมินแบบวัดทั้ง 2 ฉบับอีกครั้ง หลังจากนั้นกลุ่มควบคุมจะได้รับการผ่าตัดในวันรุ่งขึ้น ภายหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองอีกครั้ง และเมื่อกลับบ้าน แพทย์จะนัดมา Follow – up ใน 1 สัปดาห์ต่อมา เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกแล้วตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดต้อกระจกแล้วอีกครั้งใช้ระยะเวลาประมาณ 15 - 20 นาที

6. นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. การศึกษาข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ประสบการณ์การผ่าตัด โรคประจำตัว ด้วยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และหาค่าร้อยละ (Percentage)

2. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุผ่าตัดต้อกระจกที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลทั้งก่อนให้ความรู้ โดยใช้ตัวแบบบุคคลกับหลังการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลทันที หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงและหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์โดยใช้สถิติ One Way Analysis of Variance with Repeated Measure

3. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงและหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์โดยใช้สถิติทดสอบ Dependent t – test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลตนเองของผู้สูงอายุผ่าตัดที่ต้อกระจกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลและ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลกับหลังการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลทันทีหรือการสอนตามปกติ หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงและหลังการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลหรือการสอนตามปกติ 1 สัปดาห์ โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t – test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุผ่าตัดที่ต้อกระจกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงและหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t – test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจก หลังได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลทันที หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนการได้รับให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกหลัง ได้รับให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์สูงกว่าหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกภายหลัง ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลทันที หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกภายหลังได้รับให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลทันที หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์สูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลทันทีของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจก ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐาน ได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกหลังได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลทันที หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ต่ำกว่าก่อนการได้รับให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกหลังได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลทันที หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ต่ำกว่าก่อนการได้รับให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 แต่ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงไม่แตกต่างกับ หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้การให้ความรู้ตามทฤษฎีของ Orem (2001) มาประยุกต์ใช้ เพื่อลดความวิตกกังวลและเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจก ซึ่ง Orem กล่าวว่าการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมายที่บุคคลกระทำเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก โดยใช้ความสามารถหรือศักยภาพที่มีอยู่ ผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีของ Orem (2001) มาประยุกต์ในการจัดกิจกรรม ร่วมกับการใช้ตัวแบบบุคคลที่สร้างบนพื้นฐานของทฤษฎีทางสังคม (Social cognitive theory) ของ Bandura (1986) Bandura (1989) เสนอว่าพฤติกรรมของบุคคลส่วนใหญ่เกิดจากการเรียนรู้ในสองลักษณะคือ 1) บุคคลเรียนรู้จากการสังเกตผ่านการกระทำเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ด้วยตนเอง และ 2) บุคคลเรียนรู้จากการสังเกตผ่านตัวแบบ ซึ่งอาจเป็นบุคคลในครอบครัวหรือในสังคม โดยการเสนอตัวแบบบุคคลจะแสดงให้เห็นว่าแสดงพฤติกรรมใดในสถานการณ์ใด ได้รับผลกรรมอย่างไร และการได้รับการเสริมแรงหรือการลงโทษอย่างไร โดยที่เมื่อบุคคลเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมบางอย่างแล้ว ได้รับ

การเสริมแรงก็มีแนวโน้มที่บุคคลจะเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบสูงขึ้น ตัวแบบเพียงตัวเดียวก็ก่อให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมแก่บุคคลจำนวนมากในหลาย ๆ สถานการณ์รวมทั้งถ่ายทอดความคิดและการแสดงออกได้พร้อม ๆ กัน โดยมีกิจกรรมการประเมินและตัดสินใจเพื่อสร้างความรู้สึกอบอุ่นและมั่นคงปลอดภัยโดยเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การดูแลตนเองขณะผ่าตัด และการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างได้ประเมินสิ่งที่ได้รับและตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ตนจะปฏิบัติ การดำเนินการและแก้ไขปัญหาร่วมกันโดยที่ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างได้รับการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การผ่าตัดจากตัวแบบร่วมกับการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดปัญหาในการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง และในระยะสุดท้ายมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและให้ตัวแบบกล่าวสรุป แต่อย่างไรก็ตามการที่ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงและหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ไม่แตกต่างกันอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยได้ผ่านการผ่าตัดเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ส่งผลให้มีการปรับตัวต่อความเครียดในทางที่ดีขึ้น ส่งผลให้ลดความวิตกกังวลลง

จากเหตุผลสนับสนุนที่อภิปรายมา กล่าวได้ว่าผลการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุลดความวิตกกังวลทำให้ผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกที่ได้รับการให้ความรู้โดยการใช้ตัวแบบบุคคลเกิดการเรียนรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการผ่าตัด สิ่งที่ต้องเผชิญ เพื่อลดความวิตกกังวลต่อการผ่าตัด มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการผ่าตัดจนทำให้ผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล มีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบสอดคล้องกับการทดลองของ Melamed and Siegel (1975) ที่ได้ทดลองเสนอตัวแบบบุคคลเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของเด็กที่จะเข้ารับการผ่าตัด ตัวแบบเป็นเด็กวัยเดียวกันกับเด็กที่จะเข้ารับการผ่าตัด และเด็กไดรับการแนะนำให้รู้จักแพทย์ผู้ผ่าตัด เด็กกลุ่มตัวอย่างสามารถลดความวิตกกังวลลงได้ จึงทำให้ ดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2528) นำเทคนิคนี้มาใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ก่อนเข้าศึกษาภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาลจิตเวช เพื่อลดความวิตกกังวลพบว่าได้ผลดีเช่นกัน นอกจากนี้ก็สอดคล้องกับ Mcmanis (1994) ที่ได้ศึกษาถึงอิทธิพลของตัวแบบที่มีผลต่อการตัดสินใจจริยธรรมกลุ่มที่ได้เห็นตัวแบบที่เป็นวัยเดียวกันกับตนมีผลในการฝึกให้ตัดสินจริยธรรม และคำนึงถึงเหตุจูงใจให้กระทำเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า การได้เห็นตัวแบบบุคคลที่มีเจตคติต่อการผ่าตัดที่ดี และการให้การเสริมแรงเป็นวิธีที่สามารถลดความวิตกกังวลลงได้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกภายหลังกลับบ้าน 1 สัปดาห์สูงกว่าภายหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกหลังได้รับให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์สูงกว่า หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (Orem 's self – care theory) ซึ่ง Orem กล่าวว่าการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมายที่บุคคลกระทำเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก โดยใช้ความสามารถหรือศักยภาพที่มีอยู่ ผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีของ Orem (2001) มาประยุกต์ในการจัดกิจกรรม โดยได้ผสมผสานทฤษฎีการใช้ตัวแบบของ Bandura มาใช้เป็นกระบวนการในการลดความวิตกกังวลภายหลังการผ่าตัดต้อกระจก สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

ผลการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ โดยจัดกิจกรรมด้วยการนำการให้ความรู้ตามทฤษฎีของ Orem (2001) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีทางสังคม (Social cognitive theory) ของ Bandura (1986) ทำให้ผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกที่ได้รับการให้ความรู้โดยการใช้ตัวแบบบุคคลเกิดการเรียนรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด เพื่อเพิ่มพฤติกรรมในการดูแลตนเอง มีทักษะเกี่ยวกับดูแลตนเองหลังการผ่าตัดตาต้อกระจก จนทำให้ผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสูงขึ้น ซึ่งจากการที่มีระยะเวลาในการปฏิบัตินานขึ้นได้มีการปฏิบัติบ่อยครั้งขึ้น ก็จะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิศสุนี แทนประเสริฐสุข (2528) ที่ศึกษาผลการใช้ตัวแบบต่อพฤติกรรมการตั้งใจเรียนในห้องเรียนของนักเรียนใช้เวลาในการทดลองทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์แล้วหยุดการทดลอง 1 สัปดาห์ต่อมาเป็นระยะติดตามผล ซึ่งใช้เวลา 1 สัปดาห์ โดยทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมสัปดาห์ละ 4 ครั้งครั้งละ 30 นาที ผลปรากฏว่าการใช้ตัวแบบสามารถเพิ่มพฤติกรรมการตั้งใจเรียนของนักเรียนเพิ่มขึ้นทุกระยะ และสอดคล้องกับการศึกษาของ รานี พรมานะจิรังกูล (2537) ที่ศึกษาผลการเสนอตัวแบบต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ผลการทดลองพบว่าระยะติดตามผลภายหลัง 2 สัปดาห์มากกว่าหลังการทดลองทันที

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกหลังได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลทันที หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสอนตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกภายหลังได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลทันที หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

จากการศึกษาพบว่าระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุผ่าตัดต้อกระจกที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลมีความวิตกกังวลต่ำกว่า ผู้สูงอายุที่ ได้รับการสอนตามปกติ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคต้อกระจก อาการ สาเหตุ การรักษา การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด สิ่งที่ต้องเผชิญขณะผ่าตัด และการดูแลตนเองหลังผ่าตัดโดยใช้ตัวแบบบุคคลซึ่งมีประสบการณ์การผ่าตัดมาแล้ว เป็นผู้ถ่ายทอดประสบการณ์ทำให้มองเห็นปัญหาของตนเองได้อย่างชัดเจน สามารถแก้ปัญหาตนเองได้ การสร้างสัมพันธภาพที่มีระหว่างผู้ป่วยและตัวแบบบุคคล ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นกันเองมีความไว้วางใจและกล้าที่จะปรึกษาปัญหาต่างๆกับตัวแบบ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ได้รับการช่วยเหลือหรือผ่อนคลายลงไป และการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในพฤติกรรมของตนเองมากขึ้นกว่าเดิม เพราะเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น และเกิดความรู้สึกว่าตนได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางจิตใจ จึงทำให้ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Schmitt and Wooldridge (1973) ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมทางจิตใจก่อนการผ่าตัด จะมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการเตรียมทางด้านจิตใจ

จากเหตุผลสนับสนุนที่อภิปรายมา จึงกล่าวได้ว่า ผลการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ โดยจัดกิจกรรมด้วยการนำทฤษฎีของ Orem (2001) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีทางสังคม (Social cognitive theory) ของ Bandura (1986) ทำให้ผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกที่ได้รับการให้ความรู้โดยการใช้ตัวแบบบุคคลเกิดการเรียนรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด เพื่อเพิ่มพฤติกรรมในการดูแลตนเอง มีทักษะเกี่ยวกับดูแลตนเองหลังการผ่าตัดตาต้อกระจก จนทำให้ผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกภายหลังได้รับให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงและภายหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์สูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสอนตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกภายหลังได้รับให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์สูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

จากการวิจัยครั้งนี้จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลจะดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ เนื่องจากกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลนั้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคต้อกระจก อาการ สาเหตุ การรักษา การดูแลก่อนผ่าตัด การดูแลขณะผ่าตัด และการดูแลหลังการผ่าตัด และได้นำความรู้ความเข้าใจที่ได้รับไปปฏิบัติ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตัวเองมากขึ้นส่งผลให้มีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้จึงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผลของการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง ดังการศึกษาของ สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์ (2541) ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพและการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับหนังสือความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 1 เล่ม และได้ดูวีดีทัศน์ตัวแบบจำนวน 3 ชุด แต่ละชุดมีความยาว 18-19 นาที กลุ่มตัวอย่างดูวีดีทัศน์ตัวแบบในวันที่นัดมาตรวจสุขภาพประจำเดือน โดยดูครั้งละ 1 ชุด ห่างกันชุดละ 1 เดือน ผลการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนการดำเนินชีวิตภายหลังการทดลองสูงขึ้น และแตกต่างกับก่อนทดลองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ ธรรมวงค์ (2541) ได้ศึกษาผลของการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ต่อความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทเฉพาะเพศชายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสวนปรุงเชียงใหม่ จำนวน 30 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน โดยกลุ่มทดลองได้ดูวีดีทัศน์ตัวแบบ จำนวน 3 ชุด แต่ละชุดมีความยาว 15-20 นาที ให้ดูวันละ 1 ชุด ติดต่อกัน 3 วัน หลังจากนั้นให้ดูซ้ำเช่นเดิมอีกชุดละหนึ่งครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องการดูแลตนเองในระยะหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลอง

จากเหตุผลสนับสนุนที่อภิปรายมา จึงกล่าวได้ว่า ผลการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุ โดยจัดกิจกรรมด้วยการนำการให้ความรู้ตามทฤษฎีของ Orem (2001) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีทางสังคม

(Social cognitive theory) ของ Bandura (1986) ทำให้ผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกที่ได้รับการให้ความรู้โดยการใช้ตัวแบบบุคคลเกิดการเรียนรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีทักษะเกี่ยวกับดูแลตนเองหลังการผ่าตัดตาต้อกระจก จนทำให้ผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัด24 ชั่วโมงและภายหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนโดยใช้ตัวแบบบุคคลมีคะแนนความวิตกกังวลหลังการสอนทันที หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงและหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ต่ำกว่าก่อนการสอนโดยใช้ตัวแบบบุคคลและมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมแสดงว่าการสอนใช้ตัวแบบบุคคลเป็นการสอนที่ดีเหมาะสมในการให้ความรู้ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสามารถนำมาเป็นข้อเสนอแนะได้ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลควรจะให้ความสำคัญต่อการพยาบาลด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะการสร้างสัมพันธภาพที่อบอุ่นเพื่อให้ผู้ป่วยมีความวางใจพยาบาล เมื่อผู้ป่วยมีความวางใจพยาบาลแล้วผู้ป่วยจะซักถามข้อข้องใจและเต็มใจให้ข้อมูลที่จำเป็นอื่น ๆ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายอีกด้วย

1.2 จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกมีความวิตกกังวลในทุกช่วงเวลาของการศึกษา พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญและใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ก็ควรให้ความสนใจและตระหนักถึงความวิตกกังวลและจัดกิจกรรมการพยาบาลที่จะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยให้น้อยที่สุดและส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ดีขึ้น โดยพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการหาสาเหตุและประเมินปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้ป่วย ให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลน้อยที่สุด รวมทั้งมีการเผชิญและจัดการกับความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม

1.3 พยาบาลควรให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยการโดยการสร้างความเชื่อมั่น ความมั่นใจให้กับผู้สูงอายุเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในตัวเอง เห็นคุณค่าในตัวเอง ไม่เกิดความรู้สึกว่าต้องเป็นภาระของบุคคลอื่น

1.4 ควรมีการนำรูปแบบของการใช้ตัวแบบบุคคลไปใช้เพื่อลดความวิตกกังวลและส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรนำการใช้ตัวแบบบุคคลไปทดลองใช้ในการสอนผู้ป่วยที่มีลักษณะการผ่าตัดแตกต่างจากกัน เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต ผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งผู้ป่วยประเภทนี้มีความวิตกกังวลสูงต้องมีการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ดังนั้นการให้ความรู้ผู้ป่วยโดยการสอนด้วยการใช้ตัวแบบบุคคลจะทำได้หลายครั้ง โดยการวัดผลของการสอนที่มีต่อระดับความวิตกกังวลและความสามารถในการดูแลตนเอง

2.2 สำหรับผู้ที่จะนำไปศึกษาในครั้งต่อไป อาจไม่จำเป็นที่จะต้องเก็บข้อมูลความวิตกกังวลถึงช่วง follow – up หลังผ่าตัดเนื่องจากข้อมูลที่ศึกษาพบว่าความวิตกกังวลหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ไม่แตกต่างกับหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ และความวิตกกังวลจะลดลงเองหลังผ่าตัดอยู่แล้ว

2.3 ควรนำการใช้ตัวแบบบุคคลไปทดลองใช้ในการศึกษาผู้ป่วยอื่นๆ ด้วยเนื่องจากตัวแบบบุคคลผ่านประสบการณ์ในการผ่าตัดมาแล้ว ทำให้สามารถถ่ายทอดประสบการณ์ตรงให้ผู้อื่นได้รับรู้ ได้แลกเปลี่ยน ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ กันอันจะส่งผลให้ผู้ป่วยความวิตกกังวลลงได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กนกวรรณ หอมจันทนากุล. (2545). **ความเครียดของผู้ป่วยต้อกระจกในระยะรอผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

กันยา ประสงค์เจริญ. (2526). **ผลการใช้เทคนิคแม่แบบเพื่อพัฒนาวินัยในตนเองด้านความรู้สึกรับผิดชอบ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.

กันยา ออประเสริฐ. (2529). การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด: บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัด. **วารสารพยาบาลศาสตร์**. 4 (4): 328-337.

ขนิษฐา นาคะ. (2534). **ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ขนิษฐา นาคะ. (2542). **วิถีชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในหมู่บ้านชนบทแห่งหนึ่งในภาคใต้**. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

จันทร์ฉาย หวันแก้ว. (2534). **ปัญหาการใช้แว่นตาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก**. วิทยานิพนธ์ ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จิราภรณ์ ขันโททอง. (2547). **ผลการสอนโดยใช้เทปโทรทัศน์และการฝึกปฏิบัติต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวที่มีสมาชิกผ่าตัดต้อกระจก**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ชยันตร์ธร ปทุมมานนท์ และคณะ. (2542). การสูบบุหรี่และต้อกระจกในผู้สูงอายุ. **จักษุสาธารณสุข**. 13(2): 117-120.

ชนิดา กาญจนลาภ. (2543). **ดวงตาของคุณดำถามที่คุณมีคำตอบที่คุณต้องการ**. กรุงเทพมหานคร: ม. ป. พ.

ดาราวรรณ ต๊ะปินตา. (2528). **ผลของการใช้ตัวแบบในการลดความวิตกกังวลของนักศึกษาก่อนการศึกษาภาคปฏิบัติวิชาการจิตเวช**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดาราวรรณ ต๊ะปินตา. (2535). **การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต. ครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทัศนีย์ นนทรสร. (2532). **การพัฒนาพฤติกรรมการช่วยเหลือทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาลตามแนวทฤษฎีปัญญาทางสังคม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต. สาขาจิตวิทยาการศึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เทียม ลักขณาภิชนชัช. (2522). เรื่องของต้อตา. **รามาธิบดี** . 10(เมษายน-พฤษภาคม): 19.

นันทนา นุ่นงาม. (2542). **ผลของการเสนอตัวแบบต่อความรู้และการปฏิบัติพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นิตยา กิจไพศาล. (2543). การป้องกันและการแก้ไขโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ. **วชิรสารการพยาบาล**. 2(1):18-23.

นิสิต ลีละวงศ์. (2539). **จักษุสาธารณ**, 10(1): 71-84.

บุญชม ศรีสะอาด. (2537). **การพัฒนาการสอน**. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยสาส์นการพิมพ์.

ประเสริฐศรี เอื้อนครินทร์. (2524). **การทดลองใช้เทคนิคแม่แบบเพื่อพัฒนาจริยธรรมด้านความซื่อสัตย์**. ปริญญานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์ทรวิโรฒประสานมิตร.

ประภาศรี จิระยิ่งมงคล. (2536). **ผลของการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ผ่องพักตร์ ชูศรี. (2540). บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติทางตาในงานโครงการป้องกันตาบอดและส่งเสริมสุขภาพตาในประเทศไทย. **จักษุสาธารณสุข**. 13(1): 69-71.

พรทิพย์ ธรรมวงศ์. (2541). **ผลของการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ต่อความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พิชญาภรณ์ มูลศิลป์. (2541). ทฤษฎีการสูงอายุ. **เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: ม. ป. ท. (เอกสารอัดสำเนา)

ภัสพร ขำวิชา. (2543). **ผลของการสัมผัสต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภารดี นานาศิลป์. (2543). **ต้อกระจก: การดูแล**. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

ภารดี นานาศิลป์. (2545). **เรารักษ์ดวงตา**. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ภัทรจิตร บวรสมบัติ. (2540). การพยาบาลผู้ป่วยต้อกระจกในขวัญตา เกิดชูชื่น และสุจินดา ริมศรีทอง (บรรณาธิการ). **การพยาบาลจักษุวิทยา เล่ม 1**. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร.

รจนารถ ล่วงลือ. (2536). **การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลจิตเวช คณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รัดใจ เวชประสิทธิ์. (2547). **สิ่งเร้าความเครียด การได้รับข้อมูล ระยะเวลาการรอการผ่าตัด และความเครียดของผู้ป่วยขณะรอการผ่าตัดในห้องผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ราณี พรมานะจิรังกูล. (2537). **ผลของการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วันเพ็ญ ประศาสน์เศรษฐ์. (2526). **การศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยต้อกระจก ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลรามาธิบดี**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาสังคมสงเคราะห์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วิชาญ ศรีสุพรรณ. (2535). **การดูแลรักษาเบื้องต้น**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

วิศสุนี แทนประเสริฐสุข. (2528). **ผลของการใช้ตัวแบบภาพยนตร์ต่อพฤติกรรมการตั้งใจเรียนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่หนึ่งสถานแรกรับเด็กหญิงพญาไท**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมจิต หนุเจริญกุล. (2544). **การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์การพยาบาล**. (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. พริ้นติ้ง.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2536). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2541). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวนีย์ ตันติพัฒนานันท์. (2522). **หลักการพยาบาลจิตเวช**. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุวัฒน์ วัฒนวงค์. (2534). **จิตวิทยาการเรียนรู้วัยผู้ใหญ่**. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒประสานมิตร.

สิริมน ไชยเชษฐ์. (2539). **ผลกระทบและปัจจัยเสี่ยงของโรคต้อกระจกในผู้ป่วยสูงอายุจังหวัดอุดรธานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาวิทยาการระนาด มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุกันยา ฉัตรสุวรรณ. (2529). **ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มในการสอนผู้ป่วยต่อความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์. (2541). **ผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพและส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุนันทา คำพอ. (2524). **การเปรียบเทียบการสอนอย่างมีแบบแผนและการสอนตามปกติแก่ผู้ป่วยต้อกระจกที่รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลรามาธิบดี**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุภาพร อุตสาหะ. (2542). **ผลการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ต่อการปรับตัวของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว. คณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

แสวง ปัญญาดี. (2544). **ผลการให้ชุดข้อมูลการผ่าตัดต้อกระจกต่อการลดความวิตกกังวลและพฤติกรรมร่วมมือของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาจิตวิทยาการศึกษา คณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

อาภรณ์ ใจเที่ยง. (2537). **หลักการสอน**. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: แสวงสุทธิการพิมพ์.

อรุณรัตน์ รอดเชื้อ. (2542). **ผลของการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดต้อกระจกต่อคุณภาพการให้บริการพยาบาลของพยาบาลประจำการและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

Altman, N. W. (1972). Understanding Your Patient's Emotional Responseness. **The Journal of Practice Nursing** 22(10): 22.

Barnett, K. (1972). A Theoretical Construct of the Concepts of Touch as They Relate To Nursing. **Nursing Research** 21(2): 102 – 110.

Bandera, A. (1986). **Social foundations of though and action: social cognitive theory**. Engle wood Cliffs: Prentice – Hall.

Bgland, I. L., and Passor, J. Y. (1981). **Clinical Nursing: Pathophysiologcal and Psychosocial Approaches**. (3rd ed). New York: Macmillan Publishing.

Bruner, L. S., and Suddarth, D. S. (1982). **The Lippincott Manual of Nursing Practice**. (3rd ed). Philadelphia: J. B. Lippincott .

Bysshe, J. E. (1989). The effect of giving information to Patient before surgery. **Nursing** 36 – 39.

Blackham, G. J., and Silberman, A. (1975). Modification of child and adolescent behavior. 2nd ed. California: Wadsaorth Publishing.

Clark, M. ( ). Is Anyone There. **Nursing Mirror** 150(19): 29 – 31.

Durr, C.A. (1971). Hand That Help But How ? **Nursing Forum** 10: 201.

Donlon, B. C. (1999). Theories of Aging. In Stanley, and Beare, P. G., (eds.), **Gerontological nursing**. (2nd ed). Philadelphia: F. A. Davis.

Decker, P. J., and Nathan, B. R. (1985). **Behavior Modeling Training**. New York: Praeger Publisher.

Drieve, M. J. (1976). Problem of Low Self – Esteem. **Introduction to Nursing: An Adaptation Model**. Edited by Roy, C. and Englewood, C., NJ.: Prentice Hall.

Domar, A.D., Everett, L.L. and Kelle, M.G. (1989). Preoperative anxiety: Is it a predictable entity? **Anesth Analy** 69(6): 763 –767.

Ebersole, P. and Hess, P. (1998). **Toward healthy aging**. 5 th ed. St. Louis: Mosby.

Eliopoulos, C. (2001). **Gerontological nursing**. (5th ed). Philadelphia : Lippincott.

Gaberso, K. B. (1991). The effect of Humorous distraction on preoperative anxiety. **AORN** 54(6): 1258 – 1264.

Grimm, P. M. (1997). Measuring anxiety. In Frank, S. M., & Olsem, S. J. (Eds.), **Instruments for clinical health – care research**. (2nd ed). Boston: Jones and Bartlett.

Harper, R. A., and Shock, J. P. (1999). Lens. In Vauaghan, D., Asbury, T. and Eva, P. R. (Eds.), **General Ophthalmology**. (5th ed). Connecticut: Appleton and Lange.

Henderson, V., and Nite, G. (1978). **Principles and Practice of Nursing**. (6th ed). New York: Macmillan Publishing.

Hill, L., and Smith, N. (1990). **Self –care nursing: Promotion of health**. (2nd ed). Norwalk: Appleton & Lange.

Judd, E. (1983). **Nursing Care of the adult**. Philadelphia: F. A. Davis.

Kirkham, A. K., and Kashka, M. (1989). **Anxiety and related disorders**. In Lancater, J. (Ed). Adult Psychiatric Nursing. New York: Elsevier science Publishing.

Klein, A. F. (1972). **Effective Group Work , an Introduction to Principle and Method**. New York: Association Press.

Kornfeld, D. S. (1979). The Hospital Environment : Its Impact on the Patient. Stress Louis: C. V. Mosby.

Knight, W. M. (1976). Understanding the Patient in Emergency. **The Canadian Nurse** 72(7): 20 – 22.

Kalish, H. (1981). **Learning : Principles and applications**. New York: Mc Graw – Hill.

Kindler, C. H. (2000). The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patient's anesthetic concerns. **International Anesthesia Research Society** 90(3): 706 – 712.

Kneisl, C. R. (1996). Stress, Anxiety, and Coping. In Wilson, H. S., & Kneisl, C. R. (Eds.). **Psychiatric nursing**. (5th ed). California: Benjamin /Cummings Publishing.

Lader, M., and Marks, I. (1971). **Clinical Anxiety**. London: William Heinemann Medical Book.

Le Maitre, G. D., and Finnegan, J. A. (1980). **The Patient in Surgery : A Guide for Nurses**. Philadelphia: W. B. Saunders.

Leight, H., and Reiser, M. F. (1980). **The Patient: Biological, Psychological, and Social Dimension of Medical Practice**. New York: Medical Book.

Leinonen, T., et al., (2001). The quality of preoperative care : Development of a tool for the perceptions of patients. **Journal of Advanced Nursing** 35 (2): 294-306.

Marram, G. D. (1978). The Group Approach in Nursing Practice. (2nd ed). Saint Louis: The C. V. Mosby.

McCo, K. (1981). Cataract and Intraocular lens : Forum Cloudy to Clear. **Nursing Clinic of North America** 16(3): 405-414.

Marti, G., and Pea, J. (1988). **Behavior modification: What it is and How to do it**.. (3rd ed). New Jersey: Prentice Hall.

Oberle, K., Wry, J., Paul, P., and Grace, M. (1990). Environment, Anxiety and Postoperative pain. **Western Journal of Nursing Research** 12(6): 745 – 757.

O' Conner, R. D. (1969). Modification of social withdrawal through symbolic modeling. **Journal of Applied Behavior Analysis** 2: 15 – 22.

Orem, D. E. (2001). **Nursing: Concepts of practice**. (6th ed). St. Louis: Mosby.

Perry, M. A., and Furukawa, M. J. (1986). Modeling methods. In Kemfer, F. H., and Goldstein, A. P. (Eds.). **Helping People Change: A textbook of methods**. (3rd ed). New York: Pergamom Press.

Prichard, P. (1981). Stress and Anxiety in Physical Illness the Role of the General Nurse. **Nursing times** 77(4): 162 –164.

Putt , A. M. (1970). One Experiment in Nursing Adults with Peptic Ulcer. **Nursing Research** 19(4): 484 – 494.

Pender, N. J. (1996). Health Promotion in nursing practice. (3rd ed). Norwalk: Appleton & Lange.

Perry, M.A., and Furkava, M. J. (1986). Modeling methods. In E.H. Kanfer and A. P., Goldstein (Eds). **Helping people chang.** (3rd ed). Oxford: Pergamon.

Potinlear, H., and Paunonen, M. (1996). Alleviating anxiety in nursing patient's significant others. **Intensive and Critical Care Nursing** 12(6): 327 –334.

Robinson, V. M. (1986). Humor is a serious business. **Dimension of critical care nursing** 5(3): 132 – 133.

Rimm, D.C. & Masters, J.C. (1979). **Behavior therapy :Technique and empirical findings.** 2 nd ed. New York: An Academic Press.

Swindale , J. E. (1989). The nurse's role in giving pre – operative information to reduce anxiety in patients admitted to hospital elective minor surgery. **Journal of Advanced Nursing** 14: 899 – 905.

Suchman, A. L., Botelho, R. J., and Walker, P. H. (1998). **Partnerships in health care: transforming relation process.** New York: University of Rochester.

Scheie, H. G., and Albert, D. M. (1977). **Textbook of Ophthalmology**. (9th ed). Philadelphia: W. B. Saunders Company.

Schultz, D. P., and Schultz, S. E. (2001). **Theories of personality**. (7th ed). United States: Wadsworth Thomson Learning.

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

Spielberge, C. D. (1983). The Measurement of State and Trait Anxiety: Conceptual and Methodological Issue in Emotion. New York: Ravan Press.

Spielberger, C.D. (1983). Manual for the State - Trait Anxiety: Inventory (STAI) From Y: Self –evaluation Questionnaire. Palo Alto: Consulting Psychologists.

Thelander, B. L. (1997). The psychotherapy of Hildegard Peplau in the treatment of people with serious mental illness. **Perspective in Psychiatric Care** 33(3): 24 – 32.

Vacaroli, E. M. (1998). Foundation of psychiatric mental health nursing. 3 rd ed. Philadelphia: W. B. Saunders.

Volice, B. J., and Bohanna, M.W. (1975). A Hospital stress Rating Scale. **Nursing Research** 24(5): 352 – 359.

Wilson, G. T., and O'Learly, K. D. (1980). **Principles of behavior therapy**. New York: Prentice Hall.

Whitmore, B. (1987). **Living with Stress and Anxiety**. Great Britain: Manchester University.

William, M. (1997). Complication Form an Intraocular Lens: A Case Presentation. **Journal of Ophthalmic Nursing and Technology** 16(3): 127 – 130.

Wilson, G.T., and O Leary, K. D. (1980). **Principle of behavior therapy**. New Jersey: Prentice-Hall.

ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์วีระยุทธ ตรีรัตนพันธ์	นายแพทย์ 9 แผนกจักษุวิทยา โรงพยาบาลตรัง
2. คุณ เตือนใจ ภักดีพรหม	พยาบาลวิชาชีพ 7 ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (APN) โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
3. คุณ ภารณี เทพส่งแสง	พยาบาลวิชาชีพ 8 อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีตรัง
4. คุณ บุบผา พวงมาลี	พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้าหอผู้ป่วย ตึกจุมภฏบริพัพร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
5. รองศาสตร์ตราจารย์ ดร. ขนิษฐา นาคะ	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมการสอนโดยใช้ตัวแบบ
2. **เครื่องมือกำกับการทดลอง** ได้แก่ แบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก
3. **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ได้แก่
   - 3.1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป
   - 3.2. แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้สูงอายุ
   - 3.3 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจก

ผู้สนใจเครื่องมือฉบับสมบูรณ์ทุกฉบับติดต่อที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โปรแกรมการให้คำแนะนำผู้สูงอายุผ่าตัดต้อกระจกโดยการใช้ตัวแบบบุคคล

เรื่อง คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดต้อกระจก

สถานที่ หอผู้ป่วยจักษุฯ โรงพยาบาลตรัง

เวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

เมื่อสิ้นสุดการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการผ่าตัดต้อกระจกแล้ว ผู้สูงอายุสามารถ

1. ระบุวิธีการเตรียมตัวในวันก่อนผ่าตัดและการพยาบาลที่ได้รับได้ถูกต้อง
2. ระบุวิธีการเตรียมตัวในตอนเช้าวันทำผ่าตัดได้ถูกต้อง
3. บอกสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดได้ถูกต้อง
4. อธิบายการปฏิบัติตัวขณะทำผ่าตัดได้ถูกต้อง
5. อธิบายการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง
6. มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	การประเมินผล
1.เพื่อสร้างความสัมพันธ์และให้ผู้สูงอายุได้แสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน	<u>ระยะที่ 1</u> ระยะสร้างสัมพันธภาพและ สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ในขั้นแรกของการดำเนินการผู้สูงอายุจะต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน บรรยากาศเป็นไปด้วยความเป็นมิตร ปลอดภัยและน่าไว้วางใจ	<u>ขั้นนำ</u> 1. ผู้วิจัยไปพบผู้สูงอายุ ตามสถานที่นัดหมายตามกำหนด เวลาด้วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส กล่าวคำทักทายโดยใช้สรรพนามที่เหมาะสม ด้วยน้ำเสียงนุ่มนวลและแสดงความยินดีที่ได้พบผู้สูงอายุ 2. ให้ผู้สูงอายุนั่งเก้าอี้ซึ่งจัดเตรียมไว้ 3. ผู้วิจัยแนะนำตนเองอีกครั้งและให้ผู้สูงอายุแต่ละคนแนะนำชื่อ สกุลให้ผู้สูงอายุอื่นได้รู้จัก ชี้แจงระเบียบการเข้ากลุ่มและแนวทางในการปฏิบัติตัวในฐานะสมาชิกกลุ่ม และระยะเวลาในการเข้ากลุ่มให้ผู้สูงอายุทราบ 4. ผู้วิจัยแนะนำตัวแบบบุคคลให้ผู้สูงอายุรู้จัก พร้อมทั้งพูดคุยสร้าง สัมพันธภาพอธิบายวัตถุประสงค์ที่มาพบผู้สูงอายุในวันนี้ 5. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กันโดยใช้คำถามปลายเปิดและ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุพูดถึงสิ่งที่อยู่ในความนึกคิด ความรู้สึกและปัญหาต่างๆ ที่ต้องการระบายออกมาให้ผู้สูงอายุด้วยกันรับรู้	1. ผู้สูงอายุยิ้มรับคำทักทาย 2. ผู้สูงอายุให้ความสนใจและเต็มใจแนะนำตนเองให้ผู้สูงอายุด้วยกันรู้จัก 3. ผู้สูงอายุเริ่มเปิดเผยตัวเองโดยเล่าถึงปัญหาของตนให้ผู้สูงอายุด้วยกันฟัง 4. มองคู่สนทนาด้วยสายตาเป็นมิตรและมีการสบตากันในระหว่างพูดคุย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	การประเมินผล
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจปัญหาและความต้องการของตนเอง	**<u>ระยะที่ 2</u>** เป็นระยะนี้ช่วยให้ผู้สูงอายุยอมรับและเข้าใจปัญหาของตนเองและผู้อื่น เป็นระยะ การดำเนินการและแก้ไขปัญหาร่วมกัน	1. ผู้วิจัยให้ความสนใจและ เอาใจใส่ผู้สูงอายุแต่ละคน มีการรับฟังอย่างกระตือรือร้นในขณะที่ผู้สูงอายุเล่าปัญหาของตนให้ผู้สูงอายุด้วยกันและตัวแบบฟัง 2. ในขณะที่ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ ความรู้สึก ความคาดหวังในการรักษาโรคต้อกระจก ผู้วิจัยและตัวแบบบุคคลได้ร่วมกันสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะๆ 3.ให้ตัวแบบถ่ายทอดประสบการณ์ก่อนการผ่าตัดว่ารู้สึกอย่างไร ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดว่าเป็นอย่างไร เหมือนหรือต่างกับที่ผู้สูงอายุคาดหวังไว้	1.ผู้สูงอายุยิ้มรับคำทักทาย ให้ความเป็นมิตรกับตัวแบบบุคคล 2. สนใจซักถามและกล้าแสดงความคิดเห็นของตน 3. ผู้สูงอายุตอบคำถามได้ถูกต้อง 4. ผู้สูงอายุเปิดเผยตนเองมากขึ้นโดยเล่าปัญหาของตนให้ผู้สูงอายุด้วยกันฟัง โดยไม่ต้องซักถาม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	การประเมินผล
3. ผู้สูงอายุสามารถอธิบายขั้นตอนการเตรียมตัวในวันก่อนทำผ่าตัด และการดูแลที่ได้รับได้ถูกต้อง	<u>ขั้นตอนการให้คำแนะนำของพยาบาลในเรื่อง</u> <u>ความรู้เรื่องโรคต้อกระจก</u> ต้อกระจกเป็นโรคที่พบได้กับคนทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุ แม้ว่าโรคนี้จะไม่มีความรุนแรงแต่หากไม่ได้รับการรักษาก็จะทำให้ตาบอดได้ สาเหตุของการเกิดต้อกระจกได้แก่ เกิดจากการเสื่อมตามวัย การกระทบกระแทกที่ดวงตาอย่างรุนแรง หรือเป็นมาแต่กำเนิดหรือเกิดร่วมกับโรคในระบบอื่น เช่น โรคเบาหวาน อาการเด่นชัดที่พบในผู้ป่วยต้อกระจกคือสายตาจะมัวลงทีละน้อยๆโดยไม่เจ็บปวด เมื่ออยู่ในที่แจ้งตาจะมัวมองเห็นไม่ค่อยชัด แต่ถ้าอยู่ในที่มืดไม่ค่อยมีแสงตาจะมองเห็นได้ชัดขึ้น ใน	พยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ ตัวแบบบุคคลอธิบายเกี่ยวกับการเตรียมตัวในวันก่อนทำผ่าตัดและการพยาบาลที่ผู้สูงอายุจะได้รับ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถามตัวแบบบุคคลเมื่อมีข้อสงสัย โดยผู้วิจัยจะคอยช่วยตอบปัญหาและให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพิ่มเติม(พยาบาลจะมีการสอนตัวแบบเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนวันผ่าตัดก่อนที่ตัวแบบจะมาพบกลุ่มตัวอย่าง โดยจะให้ตัวแบบบุคคลทราบเกี่ยวกับการผ่าตัดก่อนการผ่าตัด ขณะผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด จากนั้นทบทวนให้แน่ใจว่าตัวแบบเข้าใจถูกต้อง และให้แนวคำถามให้ตัวแบบใช้เป็นแนวคำถามในการถามกลุ่มตัวอย่าง)	จากการซักถามและตอบคำถามของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	การประเมินผล
	ปัจจุบันการรักษาที่ได้ผลดีที่สุดคือการผ่าตัดลอกต้อกระจกที่ขุ่นออกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมเข้าไปแทนที่ซึ่งหลังผ่าตัดผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้โดยไม่ต้องสวมแว่นตา <u>การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดในเย็นวันก่อนผ่าตัด</u> 1. พยาบาลจะตรวจวัดสัญญาณชีพ 2. พยาบาลจะตัดขนตาข้างที่จะทำผ่าตัด ล้างตาและหยอดตาด้วยยาฆ่าเชื้อโรค 3. ผู้สูงอายุจะต้องตัดเล็บให้สั้น อาบน้ำ ล้างหน้า ฟอกสบู่และสระผมให้สะอาด ผู้หญิงที่ไว้ผมยาวต้องหวีรวบให้เรียบร้อย ผู้ชายจะต้องโกนหนวดเคราให้สะอาดในตอนเย็นวันก่อนผ่าตัด		

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	การประเมินผล
	4. ต้องรักษาความสะอาดปากและฟัน โดยการแปรงฟันหรือบ้วนปาก เมื่อรับประทานอาหารเสร็จแล้วทุกครั้ง ป้องกันการอักเสบติดเชื้อและมีไข้ขึ้นได้ 5. ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น เป็นหวัด ไอ จาม หรือท้องผูก ควรแจ้งให้แพทย์หรือพยาบาลทราบ 6. รับประทานยาได้ตามปกติยกเว้นแพทย์สั่งงด	ตัวแบบบุคคลและผู้วิจัยพยายามกระตุ้นให้ผู้สูงอายุทุกคนได้แสดงความคิดเห็นของตนเอง	จากการซักถามและตอบคำถามของผู้สูงอายุ
4.ผู้สูงอายุระบุวิธีการเตรียมตัวในตอนเช้าวันทำผ่าตัดได้ถูกต้อง	<u>การเตรียมตัวในตอนเช้าวันทำผ่าตัดและการดูแลที่ได้รับ</u> 1. พยาบาลตรวจวัดสัญญาณชีพ 2. อาบน้ำ ล้างหน้า ฟอกสบู่ให้สะอาดอีกครั้ง และเปลี่ยนเสื้อผ้าชุดใหม่ไม่ควรแต่งหน้าทาแป้ง	ตัวแบบบุคคลใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้สูงอายุได้พูดถึงความรู้ ความคิดเห็นของตนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะทำผ่าตัด เช่น “ใครพอจะทราบบ้างว่าขณะที่แพทย์กำลังผ่าตัดให้อยู่ ผู้ป่วยควรจะปฏิบัติตัวอย่างไร”มีใครเคยได้ยินมาก่อนไหมว่าขณะกำลังได้รับการลอกต้อกระจก ผู้ป่วยควร	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมแสดงถึงความสนใจ ตั้งใจและร่วมกันแสดงความคิดเห็น

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	การประเมินผล
	3. หลังจากรับประทานอาหารเช้าแล้ว ควรบ้วนปากแปรงฟันให้สะอาด ถ้ามีป้องกันฟันหลุดเข้าไปอุดกั้นทางเดินหายใจ 4. ผู้สูงอายุควรถ่ายปัสสาวะให้เรียบร้อยก่อนไปห้องผ่าตัดหรือเข้าห้องผ่าตัด 5. พยาบาลหยอดยาขยายม่านตาข้างที่จะทำผ่าตัด	ปฏิบัติตัวอย่างไร” ให้ผู้สูงอายุทุกคนแสดงความคิดเห็นและตัวแบบบุคคลจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมอีกครั้ง และผู้วิจัยจะเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ครบถ้วน	
5. ผู้สูงอายุบอกสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดได้ถูกต้อง	<u>สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด</u> เจ้าหน้าที่จากห้องผ่าตัดจะมารับผู้สูงอายุไปห้องผ่าตัดโดยให้นั่งรถเข็นหรือเปลนอน เมื่อไปถึงห้องผ่าตัดผู้สูงอายุจะต้องไปนอนรอที่ห้องรับผู้ป่วย เมื่อถึงเวลาจะถูกนำเข้าไปในห้องผ่าตัด ซึ่งมีลักษณะเป็นห้อง		

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	การประเมินผล
6. ผู้สูงอายุอธิบายถึงการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดได้ถูกต้อง	สี่เหลี่ยม ภายในมีเตียง มีโคมไฟฟ้ารอบๆ ห้องมีอุปกรณ์ต่างๆ ในการผ่าตัด เจ้าหน้าที่ในห้องผ่าตัดจะแต่งชุดสีเขียวสวมหมวก มีผ้าปิดปากและจมูกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ <u>การปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด</u> การทำผ่าตัดต้อกระจกใช้เวลาประมาณ 30 นาที ขณะที่แพทย์ทำผ่าตัดให้นอนนิ่งในท่าที่สบาย ไม่ส่ายศีรษะไปมา ให้ความร่วมมือกับแพทย์ ไม่พูดคุย ไม่ไอ ไม่จาม ถ้าไม่สามารถอดกลั้นได้ให้บอกแพทย์ นอกจากนี้จะรู้สึกอึดอัดรำคาญที่มีผ้าคลุมบนหน้า ปากจมูกและศีรษะให้ใช้วิธีหายใจลึกๆ จะช่วยผ่อนคลายความไม่สุขสบาย เมื่อผ่าตัดเสร็จแล้วแพทย์จะปิดตาข้างที่ทำผ่าตัดให้ด้วยผ้าปิดตา และใช้แผ่นพลาสติกครอบตาไว้		

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	การประเมินผล
7. ผู้สูงอายุอธิบายถึงการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง	2. ในวันแรกที่ทำผ่าตัดควรนอนพักนิ่งๆ บนเตียงให้มากที่สุดไม่ควรนอนคว่ำหรือนอนตะแคงทับตาข้างที่ผ่าตัด เพราะจะทำให้ปวดตามากขึ้น อีกครั้งเพื่อป้องกันสิ่งที่จะมากระทบกระเทือน <u>การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด</u> 1. เมื่อผู้สูงอายุได้รับการผ่าตัดเสร็จแล้วจะถูกนำมายังตึกผู้ป่วยโดยเปลนอน ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองจากเปลได้โดยค่อยๆ ขยับตัวในท่านอนหงาย ไม่ยกศีรษะ 2. ในวันแรกที่ทำผ่าตัดควรนอนพักนิ่งๆ บนตียงให้มากที่สุด ไม่ควรนอนคว่ำหรือนอนตะแคงทับตาข้างที่ผ่าตัด เพราะจะทำให้ปวดตามากขึ้น	ตัวแบบบุคคลถามผู้สูงอายุว่า “เคยเห็นหรือเคยคุยกับผู้ที่ทำผ่าตัดแล้วว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไรบ้างไหม” ผู้วิจัยคอยช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตัวแบบบุคคลเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยจะคอยช่วยตอบปัญหาในสิ่งที่ยังไม่ครบถ้วนและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพิ่มเติมตามความเหมาะสม แนะนำคำตอบที่ได้จากผู้สูงอายุเชื่อมโยงเข้าสู่การให้คำแนะนำของตัวแบบบุคคลเป็นระยะๆ	- จากพฤติกรรมการแสดงออกของความตั้งใจ สนใจฟัง - จากการซักถามและตอบคำถามของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	การประเมินผล
	3. ท่านอนที่เหมาะสมหลังผ่าตัดคือการนอนหงาย หนุนหมอนเตี้ยๆ ได้ ถ้ามีอาการปวดเมื่อยให้นอนตะแคงข้างที่ไม่ได้ทำผ่าตัด การพลิกตัวควรทำอย่างช้าๆ จะได้ไม่กระทบกระเทือนตาข้างที่ทำผ่าตัด 4. ให้นอนพักผ่อนมากๆในช่วง 8 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันเลือดออกในลูกตาและช่วยลดอาการปวดตา 5.แปรงฟันเบาๆมาส่ายหน้าไปมาเพราะจะทำให้ปวดตามากขึ้น 6. ห้ามขยี้ตา เกาตา ห้ามดึงผ้าปิดและฝาครอบตาออก แพทย์จะเปิดตาในวันรุ่งขึ้น		

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	การประเมินผล
	7. ขณะนอนพักบนเตียงห้ามนอนทับตาข้างที่ทำผ่าตัด เนื่องจากอาจทำให้เกิดอาการปวดตาได้ หลีกเลี่ยงการไอหรือก้มศรีษะมากๆ 8. ควรงดการเคี้ยวหมากและสูบบุหรี่ เนื่องจากทำให้ระคายคอ ไอ และความดันในลูกตาสูงขึ้น 9. หลีกเลี่ยงการก้มต่ำกว่าระดับเอว เพราะจะทำให้ความดันลูกตาสูงขึ้นและปวดตาได้ 10. ถ้ารู้สึกเหมือนจะไอหรือจามให้ใช้วิธีหายใจลึกๆ ช่วย แต่ถ้าอดกลั้นไม่ไหวให้ไอโดยอ้าปากให้กว้างเพื่อลดความดันในลูกตา 11. ห้ามเบ่งถ่ายอุจจาระเพราะจะทำให้ความดันในลูกตาเพิ่มขึ้น ทำให้มีเลือดออกในตาได้		

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	การประเมินผล
	12. อาหารที่รับประทานควรมีประโยชน์ต่อร่างกาย เคี้ยวง่ายและอ่อนนุ่มเพื่อลดแรงกระทบกระเทือนที่ดวงตาในระหว่างเคี้ยวอาหาร 13. หลังรับประทานอาหารควรบ้วนปากให้สะอาดหรือแปรงฟันให้สะอาดโดยการไม่ส่ายหน้าขณะแปรงฟัน 14. จัดเตรียมน้ำสะอาดไว้ดื่มอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว 15. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต้องทำอย่างระมัดระวังไม่ให้น้ำเข้าตาอย่างเด็ดขาด - หลีกเลี่ยงการล้างหน้า ให้ใช้ผ้าชุบน้ำบิดให้หมาดๆ แล้วเช็ดหน้า - การอาบน้ำไม่ควรใช้ฝักบัว อาจเช็ดตัวหรือใช้ขันตักน้ำอาบโดยให้ตัก		

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	การประเมินผล
	ราดบริเวณคอลงมาระวังอย่าให้น้ำกระเด็นเข้าตา - การหวีผม ห้ามสางผมแรงๆ ให้หวีเบาๆ - การผัดหน้าต้องทำอย่างเบามือ มิฉะนั้นฝุ่นแป้งอาจปลิวเข้าตาทำให้ไอจาม เกิดติดเชื้อที่ลูกตาได้หรือใช้วิธีโรยแป้งบนมืออีกมือหนึ่งแล้วใช้อีกมือทาแป้งเบาๆเพื่อช่วยให้โลหิตไหลเวียนดีขึ้น และยังลดความปวดเมื่อยกล้ามเนื้อคลายความวิตกกังวลและเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจหรือหมกมุ่นต่อตนเองไปยัง - ห้ามสระผมในช่วง 1 เดือนหลังผ่าตัด ถ้าคันศีรษะมากให้ญาติช่วยสระหรือสระที่ร้านโดยระวังไม่ให้น้ำเข้าตา	<u>ขั้นสรุปและประเมินผล</u> ตัวแบบบุคคลให้ผู้สูงอายุสรุปเนื้อหาสำคัญเป็นระยะๆ โดยผู้วิจัยจะช่วยเพิ่มเติมเนื้อหาส่วนที่บกพร่อง	ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือ สรุปเนื้อหาร่วมกับตัวแบบบุคคลและผู้วิจัย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	การประเมินผล
	หลังผ่าตัดหากผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวและการดูแลไม่ถูกต้องอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้เช่น ความดันในลูกตาสูงขึ้น ทำให้มีอาการปวดตาอย่างรุนแรง มีเลือดออกในช่องหน้าม่านตา กระจกตาบวมและขุ่นมัว มีการติดเชื้อในลูกตาเป็นต้น **เนื้อหา** <u>สรุปเนื้อหาที่สำคัญ</u> 1. การเตรียมตัวในวันก่อนทำผ่าตัดและการพยาบาลที่ได้รับ 2. การเตรียมตัวในตอนเช้าวันทำผ่าตัดและการพยาบาลที่ได้รับ 3. สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด 4. การปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด 5. การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด		

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	การประเมินผล
	<u>ระยะที่</u> 3 ระยะสิ้นสุดและการประเมินผล	- ผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นเป็นระยะๆ และเพิ่มเติมในส่วนต่างๆ ที่ยังขาดหายให้ ผู้วิจัยและตัวแบบบุคคลกล่าวคำอำลาด้วยท่าทีสุภาพ นุ่มนวล และเป็นมิตร	ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นเต็มที่ มีท่าทางเปิดเผย สีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เหมาะสม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือกำกับการทดลอง
แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจกและการดูแลตนเองของผู้ป่วย
ที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย / (ถูก) ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ลำดับ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1.	ต้อกระจกเกิดจากภาวะที่เลนส์แก้วตาขุ่นถ้าไม่รักษาจะทำให้ตาบอด			
2.	ต้อกระจกเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ			
3.	ผู้ป่วยต้อกระจกมักจะมีอาการมองไม่ชัดและตามัวมากขึ้นเรื่อยๆ			
4.	……..			
5.	……..			
6.	……..			

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามในช่องว่างหรือใส่เครื่องหมาย / (ถูก) ลงในช่องว่างหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี

2. เพศ

☐ ชาย ☐ หญิง

3. ศาสนา

☐ พุทธ ☐ อิสลาม

☐ คริสต์ ☐ อื่นๆ ระบุ .....

4. สถานภาพสมรส

☐ โสด ☐ คู่ ☐ หม้าย , หย่าร้าง

5. อาชีพ

☐ งานบ้าน ☐ ทำนา / ทำไร่

☐ รับจ้าง ☐ ค้าขาย

☐ เกษียนราชการ ☐ ไม่ได้ทำงาน

6. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

☐ ต่ำกว่า 3,000 บาท

☐ 3,001 – 5,000 บาท

☐ 5,001 – 10,000 บาท

☐ มากกว่า 10,000 บาท

7. การศึกษา ☐ ไม่ได้เรียน ☐ ประถม 4 -6 ☐ มัธยมศึกษาขึ้นไป

7. อาศัยอยู่กับ ☐ ลำพัง ☐ บุตร,หลาน ☐ คู่สมรส ☐ อื่นๆ

8. มีผู้ดูแล ☐ มี ☐ ไม่มี

9.ประสบการณ์ผ่าตัด ☐ เคย ☐ ไม่เคย

10.โรคประจำตัว ☐ มี ☐ ไม่มี

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดต้อกระจก

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย / (ถูก) ลงในช่องว่างที่ตรงกับกิจกรรมที่ท่านปฏิบัติมากที่สุดในการดูแลตนเองภายหลังได้รับการผ่าตัดต้อกระจกโดยมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

ไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย
นานๆครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 1 – 2 วัน / สัปดาห์
บางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 3 – 4 วัน / สัปดาห์
บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 5 – 6 วัน / สัปดาห์
เป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นทุกวันใน 1 สัปดาห์

ลำดับที่	ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
1.	ท่านรับประทานอาหารที่อ่อนนุ่ม ไม่เหนียว เคี้ยวง่าย เช่น ข้าวต้ม ข้าวสวย ปลานึ่ง ผักนึ่ง เป็นต้น					
2.	ท่านรับประทานอาหารที่ไม่มีกลิ่นของเครื่องเทศ เช่น ผัดเผ็ดต่างๆ					
3.	ท่านรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้					
4.	.....					
5.	.....					
6.	.....					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย

กลุ่ม ☐ ควบคุม ☐ ทดลอง

☐ Pre-test วันที่ ..... เวลา .....

☐ Post-test วันที่ ..... เวลา .....

ชื่อแพทย์ผู้ผ่าตัด .....

☐ สามัญ

☐ พิเศษ

คำชี้แจง : ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่จะใช้บรรยายความรู้สึกของตัวท่านในปัจจุบัน โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางด้านขวาของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับความรู้สึกของท่าน ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ให้ท่านใช้เวลาสักครู่นึกถึงความรู้สึกของท่านในขณะนี้ จงเลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ให้มากที่สุด ในแต่ละข้อจะมีคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

หมายเลข 1 หมายถึง **ไม่มีเลย** คือ ความรู้สึกนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านขณะนี้

หมายเลข 2 หมายถึง **มีบ้าง** คือ ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านขณะนี้เล็กน้อย

หมายเลข 3 หมายถึง **ค่อนข้างมาก** คือ ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านขณะนี้ค่อนข้างมาก

หมายเลข 4 หมายถึง **มากที่สุด** คือ ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านขณะนี้มากที่สุด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความวิตกกังวลของผู้ป่วย	ไม่มีเลย 1	มีบ้าง 2	ค่อนข้างมาก 3	มากที่สุด 4
1. ข้าพเจ้ารู้สึกสงบ				
2. ข้าพเจ้ารู้สึกปลอดภัย				
3. ข้าพเจ้าเป็นคนเครียด				
4. ข้าพเจ้ารู้สึกเกร็งและเครียด				
5. ข้าพเจ้ารู้สึกสบายๆ				
6. ข้าพเจ้ารู้สึกอารมณ์เสีย				
7. ข้าพเจ้าวิตกกังวลกับสิ่งเลวร้ายที่อาจเกิดขึ้น				
8. ข้าพเจ้ารู้สึกพึงพอใจ				
9. ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นกลัว				
10. ข้าพเจ้ารู้สึกสะดวกสบาย				
11. ข้าพเจ้ารู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง				
12. ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นเต้น				
13. ข้าพเจ้ารู้สึกกระสับกระส่าย				
14. ข้าพเจ้ารู้สึกลังเลใจ				
15. ข้าพเจ้ารู้สึกผ่อนคลาย				
16. ข้าพเจ้ารู้สึกพอใจ				
17. ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวล				
18. ข้าพเจ้ารู้สึกสับสน				
19. ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคง				
20. ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นคนน่าคบ				

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค
ใบยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
และข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ชื่อโครงการ ผลการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดต้อกระจก

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย .....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยชื่อ นางสาวปิยะนุช เพชรศิริ

ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และแนวทางการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบถึงผลดี ผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถามทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว vo

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยสมัครใจและอาจถอนตัวจากการเข้าร่วมการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลและจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ทั้งนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้วิจัยดูแฟ้มประวัติของข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่คณะผู้วิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดี เข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วในข้างต้น

....

สถานที่ / วันที่ (.....)

ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

....

สถานที่ /วันที่ (.....)

พยาน

....

สถานที่ / วันที่ (.....)

ลงนามผู้วิจัยหลัก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ผลการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดต้อกระจก

2. ชื่อผู้วิจัย นางสาวปิยะนุช เพชรศิริ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาล ตรัง

โทรศัพท์ที่ทำงาน 075-218018 ต่อ 1402 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 081- 5398920

E-mail : Piyanuch.p@student.chula.ac.th

4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาผลการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดต้อกระจก

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล หลังได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลทันที และหลังได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล 1 สัปดาห์และระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีผลกระทบทางจิตใจกับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ นอกจากการเข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกและได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล

4. เหตุผลที่ได้รับคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติดังนี้ คือ 1)เป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการการผ่าตัดต้อกระจกเป็นครั้งแรก 2) ไม่เป็นโรคต้อหิน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน 3)ไม่มีประสบการณ์หรือไม่เคยรับรู้เรื่องวิธีการลดความวิตกกังวลมาก่อน และ 4) มีการรับรู้ปกติโดยใช้แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย(MMSE – T) ซึ่งประกอบด้วยการประเมินเกี่ยวกับเวลา สถานที่ ความจำ การคำนวณ การพูด การอ่านและทำตามคำสั่ง การเขียนข้อความและวาดภาพเหมือนให้ได้ผลอยู่ในเกณฑ์ปกติ

5. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัย ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็น2 กลุ่ม

5.1 กลุ่มที่ 1 จะได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล ผู้วิจัยจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม 1 ครั้ง ประมาณ 45-60 นาที ก่อนวันผ่าตัดในวันรุ่งขึ้น และทำแบบสอบถามครั้งละไม่เกินครึ่งชั่วโมงจำนวน32 ครั้ง ครั้งแรกคือก่อนการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล และครั้งที่ 2 หลังได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคล และติดตาม 1 สัปดาห์หลังผ่าตัด รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 2 สัปดาห์

5.2 กลุ่มที่ 2 จะได้รับการดูแลตามปกติ ตามที่ทางโรงพยาบาลตรังได้จัดให้ผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจก ระยะเวลาที่คาดว่าผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะต้องเกี่ยวข้องกับการวิจัย คือ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งละไม่เกินครึ่งชั่วโมงจำนวน 2 ครั้ง ครั้งแรกคือก่อนการให้การพยาบาลตามปกติ และครั้งที่ 2 หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ และติดตาม 1 สัปดาห์หลังผ่าตัด รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 2 สัปดาห์

6. ขณะที่ดำเนินการวิจัยถ้าผู้วิจัยพบผู้สูงอายุมีอาการผิดปกติ หรือความไม่สุขสบายต่างๆ ผู้วิจัยจะดำเนินการส่งต่อให้แพทย์เพื่อการดูแลรักษาต่อไป

7. ประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุลดความวิตกกังวลในการผ่าตัดต้อกระจกและส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดต้อกระจกได้ถูกต้อง

8. การติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหาหรือข้อสงสัย สามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้ตลอด 24 ชั่วโมง ที่เบอร์โทรศัพท์มือถือ 086-9426689

9. ผู้สูงอายุมีสิทธ์ที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมโครงการหรือสามารถถอนตัวโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมโครงการการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งจะไม่มีผลต่อการได้รับบริการหรือการรักษาที่จะได้รับแต่ประการใด

10. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ส่วนชื่อและที่อยู่ของผู้สูงอายุจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ แต่ข้อมูลซึ่งอาจระบุถึงผู้สูงอายุจะถูกถอดออกเป็นรหัสผลการวิจัยที่ตีพิมพ์ จะไม่มีชื่อของผู้สูงอายุปรากฏในการตีพิมพ์งานวิจัย

11. จำนวนของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ 40 คน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

นำแบบสอบถามมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา Content Validity Index: CVI ได้ดังนี้

แบบสอบถาม	CVI
แบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก	.90
แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อระจก	.84

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว ปิยะนุช เพชรศิริ เกิดวันที่ 23 ตุลาคม 2521 ที่จังหวัดตรัง สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง เมื่อปี พ.ศ. 2544 เข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พศ. 2548 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลประจำการระดับ 6 งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ ตรัง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย