ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยแผลกระจกตา หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลอุดรธานี

Effects of a Supportive and Educational Program on Knowledge and Self-Care Behaviors for Preventing Infection in Patients with Corneal Ulcers, Eye, Ear, Nose, and Throat Ward, Udon Thani Hospital.

(Received: October 23,2026 ; Revised: October 28,2026 ; Accepted: October 30,2026)

กรรณิกา เดชชมภู[1] ธนสร เธียรธไนศวรรย์[2]
Kannika Datchompoo [1] Thanasorn Theanthanisawan[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยแผลกระจกตา หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลอุดรธานี การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest–posttest design) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยแผลกระจกตาอายุ 20–65 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 43 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง ดำเนินการระหว่างวันที่ 17 กรกฎาคม ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2569 ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมทั้งหมด 4 ครั้ง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ แผ่นพับ แผนการสอน สื่อนำเสนอภาพนิ่ง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพ แบบประเมินความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพึงพอใจ และการติดเชื้อ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon Signed-Rank Test และ Dependent paired t-test

ผลการวิจัย: หลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 9.65 (S.D. = 1.51) เป็น 13.58 (S.D. = 1.10) คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -5.64$, $p < 0.001$) และมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 46.23 (S.D. = 5.45) เป็น 65.14 (S.D. = 7.06) คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -22.82$, $p < 0.001$) ความพึงพอใจต่อโปรแกรมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 3.65, S.D. = 0.35) และไม่พบการติดเชื้อของกระจกตาตามเกณฑ์การประเมินที่กำหนด

คำสำคัญ: แผลกระจกตา โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง การป้องกันการติดเชื้อ

Abstract

This study aimed to examine the effects of a supportive and educational program on knowledge and self-care behaviors for infection prevention among patients with corneal ulcers at the Eye, Ear, Nose, and Throat Ward, Udon Thani Hospital, Thailand. This quasi-experimental study employed a one-group pretest–posttest design. The participants were 43 patients aged 20–65 years with corneal ulcers who were admitted to the Eye, Ear, Nose, and Throat Ward at Udon Thani Hospital. Participants were recruited using purposive sampling. The study was conducted from July 17 to September 30, 2026. The intervention consisted of four sessions. Research instruments included the supportive and educational program, educational materials, a lesson plan, presentation slides, a personal and health information questionnaire, and assessment tools for knowledge, self-care behaviors, satisfaction, and infection. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon signed-rank test, and the Dependent paired t-test.

Results: After receiving the program, participants' mean knowledge scores increased from 9.65 (SD = 1.51) to 13.58 (SD = 1.10), with a statistically significant difference ($Z = -5.64$, $p < 0.001$). Mean self-care behavior scores increased from 46.23 (SD = 5.45) to 65.14 (SD = 7.06), also showing a statistically significant

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถานที่ปฏิบัติงาน: กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยตา หู คอ จมูก จักษุ โรงพยาบาลอุดรธานี
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก จักษุ โรงพยาบาลอุดรธานี

difference (t = −22.82, p < 0.001). Overall satisfaction with the program was at the highest level (mean = 3.65, SD = 0.35). No corneal infections were identified according to the specified assessment criteria.
Keywords: corneal ulcer; supportive and educational program; knowledge; self-care behaviors; infection prevention

บทนำ

กระจกตาเป็นชั้นเนื้อเยื่อใสที่อยู่บริเวณส่วนหน้าสุดของดวงตา กระจกตาทำหน้าที่เปรียบเสมือนหน้าต่างหักเหแสงเข้าสู่จอตา โดยธรรมชาติผิวกระจกตาชั้นนอกสุด จะมีการเรียงตัวของเซลล์อย่างหนาแน่นร่วมกับการมีน้ำตาที่ประกอบด้วยเอนไซม์ สารภูมิคุ้มกัน และกลไกการกะพริบตาเมื่อมีสิ่งแปลกปลอม ซึ่งทำหน้าที่เป็นเกราะป้องกันตามธรรมชาติที่แข็งแกร่งในการดักจับและทำลายเชื้อโรค อย่างไรก็ตาม หากเกราะป้องกันนี้ถูกทำลายลงจากการบาดเจ็บหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จะนำไปสู่การติดเชื้อที่แผลกระจกตา (Infectious Keratitis) ซึ่งจัดเป็นสาเหตุสำคัญอันดับต้น ๆ ของการสูญเสียการมองเห็นทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา พบอุบัติการณ์ของโรคนี้สูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วถึง 10 เท่า สำหรับประเทศไทย รายงานทางระบาดวิทยาชี้ให้เห็นว่า ร้อยละ 4.5 ของภาวะตาบอดทั้งหมดมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อของกระจกตา ซึ่งเชื้อก่อโรคที่พบมากที่สุดคือแบคทีเรีย รองลงมาคือเชื้อราและไวรัสตามลำดับ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที แผลจะหายกลายเป็นแผลเป็นขุ่นขาวผิดรูป แสงไม่สามารถผ่านได้ ส่งผลให้สูญเสียสายตาอย่างถาวร[1]

ในบริบทของจังหวัดอุดรธานี ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม วิถีชีวิตและลักษณะงานดังกล่าวจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บทางตาในอัตราที่สูง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิศรุตา วุฒยากร[2] ที่พบว่า ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการติดเชื้อที่แผลกระจกตาที่พบได้บ่อยที่สุด เกิดจากการถูกใบหญ้า ใบไม้ หรือกิ่งไม้ทิ่มแทงตาในขณะปฏิบัติงานเกษตรกรมักเผชิญกับสิ่งแปลกปลอม เช่น ฝุ่นดิน หรือเศษพืชกระเด็นเข้าตา ประกอบกับพฤติกรรมความเคยชินในการขยี้ตา และการนำน้ำที่ไม่สะอาด เช่น น้ำบาดาล หรือน้ำจากลำคลองมาล้างตาในทันที พฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลให้ผิวกระจกตาเกิดรอยถลอก ขูดขีด และเอื้อให้เชื้อโรคเข้าสู่กระจกตาชั้นลึกได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ ปัจจัยจากการใส่คอนแทคเลนส์เป็นประจำก็เป็นอีกหนึ่งสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคได้มากขึ้นในปัจจุบัน

สถานการณ์ผู้ป่วยแผลกระจกตาที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีจักษุแพทย์เฉพาะทางด้านกระจกตา พบว่ามีผู้ป่วยแผลกระจกตาเข้ารับการรักษาในปี พ.ศ. 2566 - 2569 จำนวน 246 ราย, 185 ราย, 150 ราย และ 148 รายตามลำดับ และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา (Penetrating Keratoplasty: PKP) ปี พ.ศ. 2566 - 2569 จำนวน 13 ราย, 6 ราย, 8 ราย และ 15 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยแผลกระจกตาจัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล เนื่องจากตัวโรคมีแนวโน้มการลุกลามสูง มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำ (Re-admission) และต้องใช้ระยะเวลาในการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน จากการทบทวนพบว่าอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมของผู้ป่วยแผลกระจกตา ในปี พ.ศ. 2566 - 2569 พบมีจำนวน 3 ราย (คิดเป็นร้อยละ 1.21), 4 ราย (คิดเป็นร้อยละ 2.16), 2 ราย (คิดเป็นร้อยละ 1.33) และ 4 ราย (คิดเป็นร้อยละ 2.70) ตามลำดับ[3] การสูญเสียสมรรถภาพทางการมองเห็น ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการประกอบอาชีพและการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังสร้างภาระผูกพันอย่างรุนแรงต่อครอบครัวที่ต้องเข้ามาดูแล นอกจากนี้ ในมิติด้านจิตสังคม ความบกพร่องทางการมองเห็นและรูปลักษณ์ของดวงตาที่เปลี่ยนไป มักส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล

ขาดความมั่นใจ แยกตัวออกจากสังคม และสูญเสียสัมพันธภาพกับผู้อื่น[4] ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะก้าวผ่านวิกฤตสุขภาพนี้ได้ จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่รวดเร็ว ควบคู่กับการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมของผู้ป่วยและผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า รูปแบบการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล สามารถช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันได้อย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งยังช่วยยกระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองและความพึงพอใจของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับสูง[4] พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นบุคลากรด่านหน้าจึงมีบทบาทสำคัญยิ่งในการบำบัดรักษา ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพตา โดยการสอน แนะนำ และส่งเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการจัดการตนเองภายใต้ข้อจำกัดของโรค ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม[5] ซึ่งมุ่งเน้นการใช้กระบวนการพยาบาลเข้าไปแก้ไขความบกพร่องในการดูแลตนเอง และเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ พัฒนาศักยภาพ ยอมรับ และควบคุมจัดการปัญหาดวงตาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ[6]

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยแผลกระจกตา โดยนำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม และแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาประยุกต์ใช้ร่วมกับกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่ระยะแรกรับ จนถึงระบบการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อยกระดับความสามารถในการพยาบาลให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ลดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนและป้องกันความพิการทางการมองเห็น เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนให้แก่ผู้ป่วยแผลกระจกตาต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยแผลกระจกตาก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคแผลกระจกตาและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผลกระจกตา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยแผลกระจกตา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยแผลกระจกตา หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้
4. เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านการติดเชื้อของกระจกตา หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้

ระเบียบวิธีวิจัย

ประเภทของงานวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) กลุ่มเดียว วัดผลก่อน-หลัง (one group pre-posttest design) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เป็นผู้ป่วยแผลกระจกตาที่มารับบริการหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลอุดรธานี โดยเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 43 ราย เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 17 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2569 ถึง วันที่ 30 เดือนกันยายน พ.ศ. 2569

สถานที่ศึกษาวิจัยและระยะเวลาศึกษา

สถานที่ทำการศึกษาวิจัย หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลอุดรธานี ระยะเวลาที่ศึกษา ระหว่างวันที่ 17 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2569 ถึง วันที่ 30 เดือนกันยายน พ.ศ. 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยแผลกระจกตา และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยแผลกระจกตา อายุระหว่าง 20 - 65 ปี ไม่จำกัดเพศ และเข้านอนรักษา ในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างวันที่ 17 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2569 ถึง วันที่ 30 เดือนกันยายน พ.ศ. 2569 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 43 ราย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (แสดงการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่างพร้อมอ้างอิงสูตร) การศึกษาครั้งนี้ ได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) และขนาดอิทธิพล (Effect size) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G* power 3.1 ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้ในการคำนวณทางด้านสังคม พฤติกรรม วิทยาศาสตร์และชีวการแพทย์ โดยใช้สถิติความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแบบที (Independent sample t-test) โดยหาค่าขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (Effect size) คำนวณจากค่าอิทธิพล (Effect size) การประมาณค่าของขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจในการทดสอบ (Power analysis) เท่ากับ 0.80

โดยผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่คล้ายคลึงกันคือ ลุนนี จิ่มอาษา และ วัลลภา ช่างเจรจา[7] ศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมผ่าตัดต่อความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดต้อกระจก แผนกจักษุ โรงพยาบาลบึงกาฬ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 47.50 (SD=3.32) และในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวล เท่ากับ 53.03 (SD=4.02)

จากการคำนวณได้ค่า Effect size = 0.34 ในการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 ผู้วิจัยปรับ Effect size เป็นค่ากลาง = 0.50 และนำมาคำนวณกลุ่มตัวอย่างใหม่ ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 27 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดตัวอย่างเผื่อข้อมูล drop out 20%[8] ของกลุ่มตัวอย่าง

ดังนั้น ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 43 ราย วิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการทดลองกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ระหว่างวันที่ 17 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2569 ถึง วันที่ 30 เดือนกันยายน พ.ศ. 2569

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ได้แก่ เพศชายและหญิง อายุระหว่าง 20 - 65 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นแผลกระจกตา ยินยอมเข้าร่วมวิจัยตลอดโครงการ ไม่มีปัญหาด้านสติปัญญา การได้ยิน รู้สึกตัวดี อ่านออกเขียนภาษาไทยได้และผู้ป่วยมีสายตาเลือนรางมาก แต่มีผู้ดูแลหลัก (care giver)

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) ได้แก่ ขอถอนตัวภายหลังและมีโรคแทรกซ้อนรุนแรง อันเป็นสาเหตุไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้จนจบโครงการ(ผู้วิจัยยังคงติดตามดูแลตามปกติ)

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria) ได้แก่ ผู้เข้าร่วมโครงการขอเลิกและ/หรือถอนตัวไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยในขณะ/หลังเก็บข้อมูลระหว่างการรักษา หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่รุนแรงอันเป็นสาเหตุให้ไม่สามารถให้ข้อมูล แต่ยังคงมีการดูแลติดตามและให้การพยาบาลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งออกเป็น เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1.1) แผ่นพับให้ความรู้ เนื้อหาประกอบด้วย เรื่องโรคแผลกระจกตา สาเหตุการเกิดแผลกระจกตา อาการและอาการแสดงที่พบ การรักษา การดูแลป้องกันอุบัติเหตุต่อดวงตา และการดูแลเพื่อป้องกัน การติดเชื้อที่แผลกระจกตา

1.2) แผนการสอนผู้ป่วยแผลกระจกตา และสื่อนำเสนอภาพนิ่ง เนื้อหาประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคแผลกระจกตา อาการและอาการแสดงของโรค การรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนเมื่อเกิดแผลที่กระจกตา เช่น การติดเชื้อที่ลูกตา การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยแผลกระจกตา เช่น การจัดการความรู้สึกไม่สุขสบาย การบรรเทาอาการปวด การใช้ยาหยอดตา การรับประทานยา การล้างมือให้สะอาด ด้วยการฟอกสบู่ก่อนสัมผัสตาหรือก่อนหยอดยาตา การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ เพิ่มผักผลไม้หรืออาหารที่มีกากใยเพื่อป้องกันท้องผูก การผ่อนคลายความเครียด กิจกรรมและ การออกกำลังกาย การดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

1.3) โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยแผลกระจกตา หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลอุดรธานี

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส การศึกษา สิทธิการรักษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว การได้รับข้อมูลโรคแผลกระจกตา จำนวน 8 ข้อ เป็นการเลือกตอบ และเติมคำตอบลงในช่องว่าง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบคำถามเอง

2.2) แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ระยะเวลาที่เป็นโรคแผลกระจกตา และจำนวนครั้งของการบาดเจ็บทางตา จำนวน 2 ข้อ ผู้วิจัยเป็นผู้ลงข้อมูลเอง

2.3) แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคแผลกระจกตาและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ที่แผลกระจกตา จำนวน 15 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน เพื่อวัดระดับความรู้ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยแผลกระจกตา เป็นคำถามเชิงบวก 11 ข้อ ได้แก่ คำถามเชิงบวก ข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 9, 10, 11, 13, 14 และ 15 คำถามเชิงลบ ข้อ 4, 7, 8 และ 12 คะแนนต่ำสุดคือ 0 คะแนน คะแนนสูงสุดคือ 15 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนใช้ในการพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom[9] มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ความรู้ระดับสูง ได้แก่ คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ช่วง 13 - 15 คะแนน)

ความรู้ระดับปานกลาง ได้แก่ คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99 (ช่วงคะแนน 10 - 12 คะแนน)

ความรู้ระดับต่ำ ได้แก่ คะแนนร้อยละ 0 - 59.99 (ช่วงคะแนน 0 - 9 คะแนน)

ผ่านการตรวจสอบความตรงและถูกต้องของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านคือ แพทย์เชี่ยวชาญด้านโรคจักษุและกระจกตา 1 ท่าน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ 1 ท่าน และพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา 1 ท่าน

2.4) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยแผลกระจกตา จำนวน 20 ข้อ จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) โดยแบ่งเป็น 4 ระดับจาก 4 คือปฏิบัติเป็นประจำ 3 คือ ปฏิบัติบ่อยครั้ง 2 คือ ปฏิบัติบางครั้งและ 1 คือ ไม่ปฏิบัติเลยโดยให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ข้อเดียว ที่ตรงกับการปฏิบัติของตนเองมากที่สุด โดยการแปลผลคะแนนใช้คะแนนรวมต่ำสุดและสูงสุดอยู่ในช่วง 20 – 80 คะแนน สามารถแปลผลคำนวณหาอันตรภาคชั้น โดยนำ

คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด หารด้วยจำนวนระดับชั้นที่แบ่ง 3 ระดับ[10] โดยการแปลผลคะแนนใช้คะแนนรวมต่ำสุดและสูงสุดอยู่ในช่วง 20 - 80 คะแนน สามารถแปลผลคำนวณหาอันตรภาคชั้นโดยนำคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับชั้นที่แบ่ง[10]

คะแนน 20 - 39 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในระดับต่ำ

คะแนน 40 - 59 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในระดับปานกลาง

คะแนน 60 - 80 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในระดับสูง

2.5) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยแผลกระจกตา ต่อโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเอง จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับดังนี้ พึงพอใจมากที่สุด 4 คะแนน พึงพอใจมาก 3 คะแนน พึงพอใจปานกลาง 2 คะแนน ไม่พึงพอใจ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล ประเมินระดับความพึงพอใจโดยอิงเกณฑ์ตามระดับคะแนน ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ [10]

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 ระดับความพึงพอใจน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 ระดับความพึงพอใจปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 ระดับความพึงพอใจมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.00 ระดับความพึงพอใจมากที่สุด

2.6) แบบประเมินการติดเชื้อหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ลงข้อมูลในวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (จากเวชระเบียน และการประเมินของผู้วิจัย) มี 1 ข้อ ได้แก่ พบการติดเชื้อ หรือไม่พบติดเชื้อในกระจกตา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย **การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)** โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน นำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด นำข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) ดังนี้ **1) แบบสอบถาม ได้แก่ 1.1) แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคแผลกระจกตาและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ที่แผลกระจกตา** ได้เท่ากับ 0.91 **1.2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยแผลกระจกตา** ได้เท่ากับ 0.87 **1.3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยแผลกระจกตา** ได้เท่ากับ 1.0 **2) โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยแผลกระจกตา เอกสารแผ่นพับและสื่อนำเสนอภาพนิ่ง** ที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้อง เหมาะสมของเนื้อหา รูปแบบและกิจกรรมต่างๆ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ หลังจากปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 5 ราย และปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมอีกครั้งเพื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัย

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) 2.1) แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคแผลกระจกตาและการรักษาแผลกระจกตา ที่หลังจากปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติในลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย (Try out) แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้ KR - 20 ได้เท่ากับ 0.87 2.2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยแผลกระจกตา ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติในลักษณะ

คล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย (Try out) แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach ' s Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.93 2.3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยแผลกระจกตา ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติในลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย (Try out) แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach ' s Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.88

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ แจกแจงความถี่ และ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ในผู้ป่วยแผลกระจกตา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ เมื่อทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ โคลโมโกรอฟ สไมร์นอฟ (Kolmogorov-Sminov one sample test) พบว่าเป็นโค้งไม่ปกติ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test

3. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยแผลกระจกตา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ โดยใช้สถิติ Dependent Paired t-test เมื่อทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ สไมร์นอฟ (Kolmogorov-Sminov one sample test) เป็นโค้งปกติ ด้วยสถิติทดสอบค่าเฉลี่ยประชากรสองกลุ่มสัมพันธ์กัน (Paired Sample t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

4. วิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5. วิเคราะห์ผลลัพธ์ด้านการติดเชื้อที่กระจกตา ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ

จริยธรรมการวิจัย

ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการขอการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลอุดรธานี เลขที่ UDH REC No. 84/2569

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยแผลกระจกตา

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยแผลกระจกตาที่เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 43 ราย มีรายละเอียดข้อมูล ส่วนบุคคลดังนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 65.12 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 34.88 สำหรับอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.58 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 20–29 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.26 ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 45.74 ปี (S.D. = 14.35) อายุต่ำสุด 22 ปี และอายุสูงสุด 65 ปี สถานภาพสมรส พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่/สมรส คิดเป็นร้อยละ 65.12 อาชีพ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 41.86 รองลงมาคือรับจ้าง/ลูกจ้าง คิดเป็นร้อยละ 30.23 ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็น ร้อยละ 53.49 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 39.53 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพ ได้แก่ บัตรทอง ผู้สูงอายุ และผู้พิการ คิดเป็นร้อยละ 83.73 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 10,000–19,999 บาท คิดเป็นร้อยละ 67.44 รองลงมาคือมีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 27.91 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวเท่ากับ 10,872.09 บาทต่อเดือน (S.D.= 4,640.78) ต่ำสุด 500 บาท และสูงสุด 20,000 บาท การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคแผลกระจกตาและหัตถการเกี่ยวกับตา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูลมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 55.81 ส่วนผู้ที่เคยได้รับข้อมูลมีจำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.19 ในกลุ่มที่เคยได้รับข้อมูล แหล่งข้อมูลประกอบด้วยพยาบาล คิดเป็น

ร้อยละ 16.29 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด แพทย์ คิดเป็นร้อยละ 11.63 แพทย์และพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 11.63 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 2.32 และแพทย์ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.32

2. ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยแผลกระจกตา

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยแผลกระจกตา จำนวน 43 ราย มีข้อมูลด้านสุขภาพจำแนกตามระยะเวลาที่เจ็บป่วยและจำนวนครั้งของการเกิดแผลกระจกตา ดังนี้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคแผลกระจกตา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วย 15 วันขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 48.84 รองลงมาคือ 8–14 วัน คิดเป็นร้อยละ 32.56 และ 4–7 วัน คิดเป็นร้อยละ 18.60 โดยไม่พบผู้ป่วยในกลุ่มระยะเวลา 1–3 วัน ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเฉลี่ย 16.23 วัน (S.D. = 10.29) ต่ำสุด 5 วัน และสูงสุด 50 วัน

จำนวนครั้งของการเกิดแผลกระจกตา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดแผลกระจกตาเป็นครั้งที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 97.68 และผู้ป่วยที่เกิดแผลกระจกตาเป็นครั้งที่ 2 จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.32

3. ความรู้เรื่องโรคแผลกระจกตาและการรักษาการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ที่แผลกระจกตา

3.1 ระดับความรู้เรื่องโรคแผลกระจกตาและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ที่แผลกระจกตา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผลการวิจัยพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ป่วยแผลกระจกตาส่วนใหญ่ มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.49 รองลงมาคือระดับต่ำ จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.19 และระดับสูง จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.32 โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 9.65 คะแนน (S.D. = 1.51) ภายหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง จำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.05 รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.95 และไม่พบผู้ป่วยที่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 13.58 คะแนน (S.D. = 1.10) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่าคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 9.65 เป็น 13.58 คะแนน โดยเพิ่มขึ้น 3.93 คะแนน

3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคแผลกระจกตาและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผลกระจกตา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคแผลกระจกตาและการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผลกระจกตาของผู้ป่วยจำนวน 43 ราย โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 9.65 คะแนน (S.D. = 1.51) และหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 13.58 คะแนน (S.D. = 1.10) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 3.93 คะแนน ผลการทดสอบทางสถิติพบว่าคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-5.64$, $p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าภายหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคแผลกระจกตาและ การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยแผลกระจกตา

4.1 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยแผลกระจกตา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผลการวิจัยพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ป่วยแผลกระจกตาทั้ง 43 ราย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 100.00 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 46.23 คะแนน (S.D. = 5.45) และไม่พบผู้ป่วยที่มี

พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูงหรือ ระดับต่ำ ภายหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง จำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.09 รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.91 โดยไม่พบผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเป็น 65.14 คะแนน (S.D. = 7.06) จากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่มีคะแนนเฉลี่ย 46.23 คะแนน เพิ่มขึ้น 18.91 คะแนน

4.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยแผลกระจกตา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยแผลกระจกตา จำนวน 43 ราย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ โดยใช้สถิติ Dependent paired t-test พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเฉลี่ยเท่ากับ 46.23 คะแนน (S.D. = 5.45) และหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 65.14 คะแนน (S.D. = 7.06) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 18.91 คะแนน ผลการทดสอบพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-22.82$, $p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ความพึงพอใจของผู้ป่วยแผลกระจกตาหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยแผลกระจกตาจำนวน 43 ราย มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมสนับสนุนและ ให้ความรู้โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$= 3.65, S.D.= 0.35) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนน ความพึงพอใจเฉลี่ยสูงที่สุด คือ พยาบาลให้ความรู้และตอบข้อคำถามได้ตรงประเด็น ($\bar{X}$= 3.98, S.D.= 0.15) รองลงมาคือ ความพึงพอใจและความมั่นใจต่อคุณภาพการพยาบาลในครั้งนี้ ($\bar{X}$= 3.93, S.D.= 0.26) และสื่อการสอนหรือการสาธิตสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ($\bar{X}$= 3.77, S.D.= 0.43) ซึ่งทุกข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ สื่อการสอนประเภทแผ่นพับที่มีเนื้อหาเข้าใจง่าย และ สื่อการสอนประเภทวิดีทัศน์ที่มีเนื้อหาเข้าใจง่ายและเสียงชัดเจน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน ($\bar{X}$= 3.28, S.D.= 0.45) อยู่ในระดับมาก ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับสูง โดยเฉพาะด้านการให้ความรู้และการตอบข้อซักถามของพยาบาล ตลอดจนความมั่นใจต่อคุณภาพ การพยาบาลและความสามารถในการนำสิ่งที่เรียนรู้ไปปฏิบัติได้จริง

6. ผลลัพธ์ด้านการติดเชื้อของกระจกตาหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ จากตารางที่ 8 พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ไม่พบการติดเชื้อของกระจกตาตามเกณฑ์การประเมินที่กำหนด จำนวน 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 100.00 และไม่พบผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อของกระจกตาเพิ่มเติมภายหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยแผลกระจกตา หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลอุดรธานี สามารถอธิบายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคแผลกระจกตาและการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน การติดเชื้อที่แผลกระจกตา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยแผลกระจกตาจำนวน 43 ราย มีคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 9.65 คะแนน (S.D. = 1.51) และหลังได้รับ

โปรแกรมเท่ากับ 13.58 คะแนน (S.D. = 1.10) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 3.93 คะแนน ผลการทดสอบด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่าคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z= -5.64$, $p < 0.001$)แสดงให้เห็นว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เรื่องโรคแผลกระจกตาและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอภิปรายโดยเชื่อมโยงกับทฤษฎีการพร่องความสามารถในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory)[5] ซึ่งอธิบายว่า บุคคลมีความจำเป็นต้องดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความผาสุก แต่เมื่อบุคคลเจ็บป่วย อาจมีข้อจำกัดด้านความรู้ ความเข้าใจ หรือความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพ จึงจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ ทางการพยาบาลที่เหมาะสม โอเร็มเสนอระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative nursing system) สำหรับบุคคลที่ยังสามารถดูแลตนเองได้ แต่ต้องได้รับการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ในบริบทของผู้ป่วยแผลกระจกตา ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองมีความสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้าใจลักษณะของโรค ปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้แผลรุนแรงขึ้น วิธีดูแลดวงตาอย่างเหมาะสม การใช้ยาตามแผนการรักษา การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อ การติดเชื้อ ตลอดจนการสังเกตอาการผิดปกติและการมารับการตรวจตามนัด หากผู้ป่วยขาดความรู้หรือเข้าใจวิธีดูแลตนเองไม่ถูกต้อง อาจส่งผลให้การปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้น การพัฒนาความรู้จึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

เมื่อพิจารณาตามแนวคิดของโอเร็ม โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ในการศึกษานี้อาจช่วยลดข้อจำกัดด้านความรู้ของผู้ป่วย โดยพยาบาลทำหน้าที่ประเมินความต้องการเรียนรู้ ให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับโรคแผลกระจกตาตลอดจนสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การจัดกิจกรรมให้ความรู้อย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยช่วยเพิ่มโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้รับความรู้ที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ผลคะแนนความรู้ที่เพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมจึงสอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็มที่เน้นบทบาทของการสอนและการสนับสนุนทางการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล[11] สอดคล้องกับการศึกษาของปรัศนีย์ พันธุ์กสิกร และศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล[12] พบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของเพียงใจ บุญมาดี[13] พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยหลังให้ความรู้สูงกว่า ก่อนให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) และหลังให้ความรู้ ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติการเช็ดตา หยอดยา และปิดที่ครอบตาอยู่ในระดับมาก มากที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาของสุมาลินี ชุ่มชื่น[14] พบว่า คะแนนความรู้หลังการใช้แนวปฏิบัติการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยแผลกระจกตา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยแผลกระจกตา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ โดยใช้สถิติ Dependent paired t-test พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเฉลี่ยเท่ากับ 46.23 คะแนน (S.D. = 5.45)

และหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 65.14 คะแนน (S.D. = 7.06) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 18.91 คะแนน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=−22.82, p < 0.001) แสดงให้เห็นว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้มีส่วนช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยแผลกระจกตาให้ดีขึ้น ทั้งนี้ อธิบายได้จากการที่ผู้ป่วยได้รับความรู้และคำแนะนำที่ชัดเจนเกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ส่งผลให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองและสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การล้างมือก่อนและหลังดูแลบริเวณดวงตา การใช้ยาหยอดตาตามแผนการรักษาโดยไม่ปรับหรือหยุดยาเอง การรักษาความสะอาดและป้องกันการปนเปื้อนของอุปกรณ์หยอดตา การหลีกเลี่ยงการขยี้ตาหรือสัมผัสดวงตาโดยไม่จำเป็น การปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันดวงตาและการมาตรวจตามนัดอย่างเคร่งครัด นอกจากนี้ ผู้ป่วยควรสังเกตอาการผิดปกติ เช่น อาการปวดตามากขึ้น ตาแดงเพิ่มขึ้น หรือการมองเห็นลดลง และรีบเข้ารับการประเมินจากจักษุแพทย์เมื่อพบอาการดังกล่าว พฤติกรรมเหล่านี้ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการปนเปื้อนและสนับสนุนให้การรักษาเป็นไปอย่างเหมาะสม บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเอง พยาบาลมีบทบาทในการประเมินความรู้ ความเข้าใจ และข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละราย ตลอดจนจัดกิจกรรมให้ความรู้ที่เหมาะสมกับความสามารถในการเรียนรู้ โดยอธิบายเหตุผลและความสำคัญของการป้องกันการติดเชื้อ สาธิตวิธีการใช้ยาหยอดตาและการดูแลดวงตาอย่างถูกต้อง พร้อมให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติกลับเพื่อประเมินความเข้าใจ นอกจากนี้ พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเอง รวมถึงให้ญาติหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านการมองเห็นหรือการช่วยเหลือตนเอง เมื่อพิจารณาตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม[5] การดำเนินโปรแกรมดังกล่าวสอดคล้องกับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งมุ่งพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ให้ความรู้ ผู้ฝึกทักษะ ผู้ให้คำปรึกษา และผู้ติดตามประเมินผล ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล โดยผู้ป่วยเป็นผู้ลงมือปฏิบัติการดูแลตนเอง ส่วนพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความมั่นใจ และทักษะที่จำเป็น อันนำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้ อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม คะแนนพฤติกรรมที่เพิ่มขึ้นยังไม่สามารถยืนยันได้โดยตรงว่าอัตราการติดเชื้อลดลง จำเป็นต้องพิจารณาผลลัพธ์ทางคลินิกร่วมด้วย งานวิจัยสอดคล้องการศึกษาของพรรณิภา วิรัตน์จันทร์[4] พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก 1.92 (S.D. = 0.98) ก่อนใช้รูปแบบ เป็น 2.61 (S.D. = 0.62) หลังใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) นอกจากนี้ พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นจาก 2.99 (S.D. = 0.14) เป็น 3.47 (S.D. = 0.09) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) สอดคล้องกับการศึกษากนกพร อริยภูวงศ์, ศุภพร ไพรอุดม และทานตะวัน สลีวงศ์[15] ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกในกลุ่มทดลองหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 21.20, p < 0.01) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกหลังให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่ม

ควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 10.90, p < 0.01)

3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยแผลกระจกตา หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยแผลกระจกตาจำนวน 43 ราย มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมสนับสนุนและ ให้ความรู้โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$= 3.65, S.D.= 0.35) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนน ความพึงพอใจเฉลี่ยสูงที่สุด คือ พยาบาลให้ความรู้และตอบข้อคำถามได้ตรงประเด็น ($\bar{X}$= 3.98, S.D.= 0.15) รองลงมาคือ ความพึงพอใจและความมั่นใจต่อคุณภาพการพยาบาลในครั้งนี้ ($\bar{X}$= 3.93, S.D.= 0.26) และสื่อการสอนหรือการสาธิตสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ($\bar{X}$= 3.77, S.D.= 0.43) ซึ่งทุกข้ออยู่ในระดับ มากที่สุด ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ สื่อการสอนประเภทแผ่นพับที่มีเนื้อหาเข้าใจง่าย และ สื่อการสอนประเภทวิดีทัศน์ที่มีเนื้อหาเข้าใจง่ายและเสียงชัดเจน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน ($\bar{X}$= 3.28, S.D.= 0.45) อยู่ในระดับมาก ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับสูง โดยเฉพาะด้านการให้ความรู้และการตอบข้อซักถามของพยาบาล ตลอดจนความมั่นใจต่อคุณภาพ การพยาบาลและความสามารถในการนำสิ่งที่เรียนรู้ไปปฏิบัติได้จริง ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับสูง โดยเฉพาะการให้ความรู้และการตอบข้อซักถามของพยาบาล ซึ่งเป็นผลจากการที่พยาบาลสามารถอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโรคแผลกระจกตา การรักษา และการป้องกัน การติดเชื้อได้อย่างชัดเจน ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย อีกทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจแนวทางการดูแลตนเองและเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวมากขึ้น เมื่อพิจารณาตาม ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม [11] ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งมุ่งช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถในการดูแลตนเอง โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ให้ความรู้ ผู้ให้คำปรึกษา และผู้สนับสนุนการเรียนรู้ตามความต้องการของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงต่อการตอบคำถามของพยาบาลและมีความมั่นใจต่อคุณภาพการพยาบาล จึงสะท้อนว่ารูปแบบการให้ความรู้และการสนับสนุนตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ดี งานวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของพรรณิภา วิรัตน์จันทร์[4] ศึกษาผลของรูปแบบการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ในการดูแลของผู้ป่วยติดเชื้อแผลกระจกตา ซึ่งศึกษาผู้ป่วยติดเชื้อ ที่แผลกระจกตา โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 31 ราย พบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยติดเชื้อที่แผลกระจกตาต่อรูปแบบการดูแลตนเอง พบว่าคะแนนความพึงพอใจ โดยรวมอยู่ในระดับพอใจมาก ($\bar{X}$= 3.24, S.D = 0.60)

4. เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านการติดเชื้อของกระจกตา หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังผู้ป่วยแผลกระจกตาได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ ไม่พบการติดเชื้อของกระจกตาตามเกณฑ์การประเมินที่กำหนด คิดเป็นร้อยละ 100.00 และไม่พบผู้ป่วย ที่มีการติดเชื้อของกระจกตาเพิ่มเติม ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายให้เห็นว่า ในช่วงเวลาที่ศึกษา ผู้ป่วยทั้งหมดมีผลการประเมินด้านการติดเชื้อเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับเป้าหมาย ของโปรแกรมที่มุ่งส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยแผลกระจกตา ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้ว่า โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจแนวทางการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมมากขึ้น โดยเฉพาะการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลดวงตา การใช้ยาตามแผนการรักษา การรักษาความสะอาดของมือและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่อาจทำให้เกิด การปนเปื้อนบริเวณดวงตา ตลอดจนการสังเกตอาการผิดปกติและแจ้งบุคลากรสุขภาพเมื่อพบอาการ ที่น่ากังวล การให้ความรู้ร่วมกับการสาธิตและการฝึกปฏิบัติช่วยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยทำ

ความเข้าใจและทบทวนวิธีการดูแลตนเองได้ชัดเจนขึ้น ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาร่วมกับผลการวิจัยที่พบว่า คะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 9.65 คะแนน เป็น 13.58 คะแนน และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 46.23 คะแนน เป็น 65.14 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จึงเป็นไปได้ว่าการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สนับสนุนการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อพิจารณาตามแนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-Educative Nursing System) ของ Orem, Taylor, และ Renpenning[11] พบว่า ผู้ป่วยที่มีความสามารถ ในการดูแลตนเองไม่เพียงพอหรือยังขาดความรู้จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล เพื่อให้สามารถเรียนรู้ ตัดสินใจ และปฏิบัติการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม การนำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยแผลกระจกตาจึงมีความสำคัญ เนื่องจากการดูแลตนเองเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาและการลดความเสี่ยงจากการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของของพรรณิภา วิรัตน์จันทร์[4] เรื่อง ผลของรูปแบบการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่แผลกระจกตา ซึ่งศึกษาในผู้ป่วย 31 ราย โรงพยาบาลนครพนม พบว่า หลังใช้รูปแบบการดูแลตนเอง ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และไม่พบผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ผลดังกล่าวสนับสนุนความสำคัญของการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยแผลกระจกตา แม้ว่าผลลัพธ์ที่ประเมินจะแตกต่างกัน โดยงานวิจัยดังกล่าวประเมินการกลับมารักษาซ้ำ ขณะที่การศึกษาครั้งนี้ประเมินการติดเชื้อตามเกณฑ์ ที่กำหนด นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของเตือนใจ ทวีระวงษ์, ณัฏฐ์ศิกา ใคร่ครวญ และ ผจงวรรณ อดุลยศักดิ์[16] พบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากแผลกระจกตาร้อยละ 7.0 ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติเดิม ซึ่งมีอัตราร้อยละ 25.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .029$) ผลการศึกษานี้สนับสนุนว่า การพัฒนาแนวทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบอาจช่วยลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยแผล กระจกตาได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรนำโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแผลกระจกตา หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลอุดรธานี โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้อย่างเป็นระบบครอบคลุมการดูแล แผลกระจกตา การใช้ยาตามแผนการรักษา การรักษาความสะอาด การป้องกันการปนเปื้อนบริเวณดวงตา และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบพบแพทย์

1.2 ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ผ่านการอธิบาย การใช้แผ่นพับและสื่อประกอบ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติกลับ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง โดยประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

1.3 ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติหรือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษา การรักษาความสะอาด การป้องกันการปนเปื้อนบริเวณดวงตา และการสังเกตอาการผิดปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน

1.4 ควรจัดระบบติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายตามแผนการรักษา เพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองและเฝ้าระวังการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง แม้ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่พบการติดเชื้อของกระจกตา ในกลุ่มตัวอย่าง 43 รายตามเกณฑ์ที่กำหนด แต่ยังจำเป็นต้องติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมโดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เพื่อให้สามารถประเมินผลของโปรแกรมต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ด้านการติดเชื้อได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2.2 ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการอื่น เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของกลุ่มผู้ป่วยและพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้ในบริบท ที่แตกต่างกัน

2.3 ควรติดตามผลหลังได้รับโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง เช่น หลังจำหน่าย 2–4 สัปดาห์ หรือตามระยะเวลาที่เหมาะสมกับแผนการรักษา เพื่อประเมินความคงอยู่ของความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการเกิดการติดเชื้อหรือภาวะแทรกซ้อน โดยกำหนดนิยามและเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์ให้ชัดเจน

2.4 ควรศึกษาปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์ด้านการติดเชื้อ เช่น อายุ ระดับการศึกษา ความรุนแรงของแผลกระจกตา ความร่วมมือในการใช้ยา และการมีส่วนร่วม ของผู้ดูแล เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ ผู้เขียนได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ในบทความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการวิจัย และเนื้อหาส่วน อภิปรายผล เป็นผลงานของผู้เขียนทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม (co-author) ของบทความนี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ให้ข้อเสนอแนะ และคำแนะนำอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ตลอดจนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้มีความเหมาะสมและครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี ผู้บริหารทางการพยาบาล และบุคลากรกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยตา หู คอ จมูก จักษุ ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย ตลอดจนให้ความร่วมมือในการประสานงานและเก็บรวบรวมข้อมูลจนการวิจัยสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ขอขอบพระคุณผู้ป่วยแผลกระจกตาทุกท่านที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมและตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี ข้อมูลที่ได้รับจากทุกท่านมีคุณค่าอย่างยิ่งต่อการพัฒนาองค์ความรู้และการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยแผลกระจกตาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. จันทร์จิรา สีสว่าง, ปุลวิชช์ ทองแตง, พัชรรินทร์ เนียมเกิดและจงจิตร ตัณฑโพธิ์ประสิทธิ์.(2565). การมีส่วนร่วมของครอบครัว: กลยุทธ์สนับสนุนการให้ความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้.รามาธิบดีพยาบาลสาร, 28(2), 159-169.

2. วิศรุตา วุฑฒยากร. (2562). แผลติดเชื้อที่กระจกตาที่จำเป็นต้องนอนรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร, 16(3), 76-86 https://thaidj.org/index.php/smj/article/view/8294/7604

3. หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี. (2569). ข้อมูลเวชสถิติหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลอุดรธานี ปีงบประมาณ 2566-2569. อุดรธานี: โรงพยาบาลอุดรธานี.

4. พรรณนิภา วิรัตนจันทร์. (2566). ผลของรูปแบบการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแล ของผู้ป่วยติดเชื้อที่แผลกระจกตา. วารสารโรงพยาบาลนครพนม, 10(3), 1-19.
https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nkpjournal_9/article/view/267486/179893
5. Orem., E.D. (2001). Nursing concepts of practice. (6th ed). St. Louis: Mosby.
6. นิคม ถนอมเสียง. (2561). การคำนวณขนาดตัวอย่าง Sample Size Determination. [อินเทอร์เน็ต] 2561. เข้าถึงได้จาก :https://home.kku.ac.th/nikom/516201_sample_size_nk2561.pdf[เข้าถึงเมื่อ 8 มีนาคม 2569]
7. ลุนนี จิ่มอาษา และวัลลภา ช่างเจรจา.(2563). ผลของโปรแกรมการเตรียมผ่าตัดต่อความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดต้อกระจก แผนกจักษุ โรงพยาบาลบึงกาฬ. วารสารวิชาการสำานักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2563;4(7):75-87.
8. อรุณ จิรวัฒน์กลุ. (2558). ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
9. Bloom, B. S. et al. (1986). Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill.
10. Best, J. W. (1977). Research in Education. (3 rd ed). New Jersey: Prentice hall Inc.
11. Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). Mosby.
12. ปรัศนีย์ พันธุ์กสิกร และศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล. (2563). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก. วารสารสภาการพยาบาล, 35(4), 84-98.
https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/236274/167555
13. เพียงใจ บุญมาดี. (2566). ผลของการให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดโรคต้อกระจก. วารสาร โรงพยาบาลกลาง, 38(1), 27-35.
14. สุมาลินี ชุ่มชื่น. (2566). ผลของการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลต่อความรู้ในการปฏิบัติตนในผู้ป่วยผ่าตัด ต้อกระจก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(1), 343-355. https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/262536
15. กนกพร อริยภูวงศ์, ศุภพร ไพรอุดม, และ ทานตะวัน สลีวงศ์ (2562). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกโรงพยาบาลสุโขทัย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 2(3), 17-30.https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/article/view/216033/158011
16. เตือนใจ ทวีระวงษ์, ณัฏฐ์ศิกา ใคร่ครวญ, และ ผจงวรรณ อดุลยศักดิ์. (2567). ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลที่กระจกตาเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา.วารสารโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา, 12(1), 5-17. https://he04.tci-thaijo.org/index.php/PPHJ/article/view/1005/532