

ผลของโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมต่อพฤติกรรมการคว่ำหน้าและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยหลังผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอกแบบใส่แก้ว

วรางคณา คงเจริญ* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม** пр.ด. (การพยาบาล)

นพวรรณ พินิจจรเดช*** пр.ด. (การพยาบาล)

บทคัดย่อขยาย :

จอประสาทตาเป็นส่วนหนึ่งของหนึ่งดวงตาที่ทำหน้าที่เป็นจอรับภาพ โรคจอประสาทตามีผลต่อการมองเห็นและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต หากมีบริเวณที่ฉีกขาดแน่นอนอยู่กับจอประสาทตามากกว่าปกติ จะทำให้เกิดการดึงรั้งจอประสาทตาทำให้เกิดจอประสาทตาหลุดลอก ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และหากไม่ได้รับการรักษาจะทำให้สูญเสียการมองเห็น โดยวิธีการที่ได้ผลดีและนิยมคือการผ่าตัดจูนตา เป็นการผ่าตัดภายในลูกตาร่วมกับการฉีดแก๊สเข้าไปให้จอตาราบลง อย่างไรก็ตาม หลังการผ่าตัด การติดกลับของจอประสาทตาจะเป็นไปได้ด้วยดี จะต้องอาศัยการนอนคว่ำหน้าของผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการติดกลับของจอประสาทตา โดยผู้ป่วยต้องคว่ำหน้าหลังผ่าตัดทันทีอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัด ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ พบว่าผู้ป่วยมักไม่สบายมือการปวดบริเวณคอ และหลัง ส่งผลกระทบต่อเนื่อง ความสม่ำเสมอของการคว่ำหน้า การตั้งเป้าหมายร่วมต่อพฤติกรรมการคว่ำหน้าและการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยหลังผ่าตัด จอประสาทตาหลุดลอกแบบใส่แก้ว โดยพยาบาลและผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน พยาบาลให้ความรู้ในรูปแบบสื่อการสอนและวิดีโอ คำนึงกับอธิบายเกี่ยวกับการดำเนินของโรคจอประสาทตาหลุดลอกเพื่อสร้างความตระหนักในการคว่ำหน้าหลังผ่าตัด ฝึกทักษะการคว่ำหน้าก่อนได้รับการผ่าตัดจริง มีการค้นหาอุปสรรค แนวทางในการคว่ำหน้าที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นเฉพาะกรณี มีการตั้งเป้าหมายจำนวนชั่วโมงการคว่ำหน้าร่วมกัน เข้าใจและสามารถปฏิบัติตามดูแลตัวเองได้อย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน ผู้ป่วยสามารถมีพฤติกรรมการคว่ำหน้าที่เหมาะสมกับตนเอง นำไปสู่ผลลัพธ์การผ่าตัดที่ดีขึ้น การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อเปรียบเทียบจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยพฤติกรรมการคว่ำหน้า 24 ชั่วโมงของผู้ป่วยจอประสาทตาหลุดลอกแบบใส่แก้ว ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และ 2) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ความสามารถในการมองเห็น และ การติดกลับของจอประสาทตา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ออกแบบการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design with comparison group) โดยการศึกษาเปรียบเทียบจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยของพฤติกรรมการคว่ำหน้าและผลลัพธ์ทางคลินิก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอกแบบใส่แก้วที่เกิดจากรูหรือรอยฉีกขาดที่จอประสาทตา หรือเกิดจากการดึงรั้งโดยพังผืดหรือวุ้นตา หรือเกิดจากสารน้ำรั่วซึมหรือมีของเหลวสะสมอยู่ใต้ชั้นของจอตา ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 25 ธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 50 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล,

**Corresponding author, รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: suchira.cha@mahidol.edu

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ 7 มกราคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ 15 มีนาคม 2568 วันตอบรับตีพิมพ์ 17 มีนาคม 2568

1) กลุ่มอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอกเป็นครั้งแรก 3) หลังผ่าตัดได้รับการใส่แก้วสอตาฟลูออโรโพรเพน (C3F8) หรือ ซิลเฟอร์เฮกเซฟลูออไรด์ (SF6) 4) มีการนัดหมายเพื่อเข้ารับการผ่าตัดตาข้างเดียว และตาอีกข้างได้ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าตาบอด (blindness) 5) สามารถติดต่อทางโทรศัพท์หรือ LINE application และ 6) กรณีหลังผ่าตัด ผู้เข้าร่วมวิจัยอาจมีปัญหาเรื่องมองเห็นไม่ชัดเจน การสื่อสารทาง LINE application สามารถให้ญาติช่วยสื่อสารแทนได้ กรณีที่ผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป คัดกรองโดยใช้แบบประเมิน 6 Cognitive Impairment Test (6 CIT) ฉบับภาษาไทยได้คะแนนน้อยกว่า 8 คะแนน กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ = .50 ค่านัยสำคัญทางสถิติ (α) = .05 ขนาดอิทธิพล เท่ากับ .50 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 23 ราย ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ในกรณีที่ข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ การศึกษาครั้งนี้ จึงมีจำนวนตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมต่อพฤติกรรมการคว่ำหน้า และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยจอประสาทตาหลุดลอกแบบใส่แก้ว ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีคิด แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกจำนวนชั่วโมงพฤติกรรมการคว่ำหน้า 24 ชั่วโมง แบบบันทึกความสามารถในการมองเห็น และแบบบันทึกการติดกลับของจอประสาทตา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนแล้วจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือกผู้วิจัยด้วยตนเองทั้งหมด วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ two-factor repeated measures ANOVA

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยพฤติกรรมการคว่ำหน้า มากกว่าหรือเท่ากับ 16 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละมากกว่ากลุ่มควบคุม เปรียบเทียบจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยพฤติกรรมการคว่ำหน้า แต่ละช่วงเวลา พบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยพฤติกรรมการคว่ำหน้า หลังการผ่าตัด ในช่วง 1-2 วัน 6-7 วัน และ 13-14 วัน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 93.39, p < .05$) เปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนผ่าตัด 1 เดือน มีจำนวนชั่วโมงพฤติกรรมการคว่ำหน้าแตกต่างจากช่วงเวลาหลังผ่าตัด 1-2 วัน ($t = .79, p < .05$) หลังผ่าตัด 6-7 วัน ($t = .94, p < .05$) และหลังผ่าตัด 13-14 วัน ($t = .88, p < .05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังผ่าตัด 1-2 วันมีจำนวนชั่วโมงพฤติกรรมการคว่ำหน้าแตกต่างจากช่วงเวลาหลังผ่าตัด 6-7 วัน ($t = .63, p < .05$) และหลังผ่าตัด 13-14 วัน ($t = .43, p < .05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังผ่าตัด 6-7 วัน และหลังผ่าตัด 13-14 วัน มีจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีความสามารถในการมองเห็นที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในช่วงหลังผ่าตัด 1 เดือน เมื่อเทียบกับช่วง 6-7 วัน ($t = 0.10, p < 0.05$) แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม และร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการติดกลับของจอประสาทตาหลังผ่าตัดในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ 1) ควรส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพได้เรียนรู้และนำวิธีการตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยมาใช้ในการให้คำแนะนำทั้งก่อนและหลังผ่าตัด มีการติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อความต้องการของพฤติกรรม การคว่ำหน้าหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอกแบบใส่แก้วเพื่อเป็นการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีหลังได้รับการดูแลรักษา 2) ควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างต่อเนื่องทุก 3 เดือน ถึง 6 เดือน ร่วมกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอก 3) ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการตั้งเป้าหมายพฤติกรรมการคว่ำหน้าในผู้ป่วยหลังผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอกแบบใส่น้ำมันซิลิโคนเพื่อลดอัตราการเข้ารับการผ่าตัดซ้ำ และ 4) การศึกษาวิจัยครั้งนี้ควรมีการศึกษาข้อมูลที่อาจมีผลต่อการคว่ำหน้า เช่น น้ำหนักตัว การวินิจฉัยตำแหน่งการหลุดลอกของโรค โรคเบาหวาน

คำสำคัญ : ผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรมการคว่ำหน้า การตั้งเป้าหมายร่วม จอประสาทตาหลุดลอก การผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอกแบบใส่แก้ว

Effects of Mutual Goal Setting Program on Face Down Behavior and Clinical Outcomes in Patients after Gas-Filled Retinal Detachment Surgery

Warangkana Kongcharoen* *M.N.S. (Adult and Gerontological Nursing)*

Suchira Chaiviboontham** *Ph.D. (Nursing)*

Noppawan Phinitkhajorndech*** *Ph.D. (Nursing)*

Extended Abstract:

The retina acts as a screen to receive images. When the vitreous humor adheres too tightly to the retina, it can cause traction, leading to retinal detachment. This condition affects the patient's quality of life and, if left untreated, may lead to vision loss. Vitrectomy is a common and effective treatment involving surgery inside the eyeball, where gas is injected to help the retina reattach. Patients must maintain a face-down position after surgery for successful reattachment. This requirement can hinder daily activities. Patients often experience discomfort, neck pain, and back pain, which makes it difficult to maintain the face-down position consistently. Setting shared goals regarding face-down positioning and following up on clinical outcomes in patients after retinal detachment surgery with gas tamponade involves active interaction between nurses and patients. Nurses educate patients using materials, videos, and explanations about retinal detachment and the importance of face-down positioning after surgery. Patients are trained in this positioning before surgery, using personalized strategies and shared goals to determine the number of required hours. This helps patients understand and manage self-care at home, improving surgical outcomes. This study aimed to compare the mean number of hours patients with gas tamponade retinal detachment spent in the face-down position over a 24-hour period between those who received a mutual goal-setting program and those who received standard nursing care. Additionally, it seeks to compare clinical outcomes, including visual acuity and retinal reattachment, between the two groups.

This study was a quasi-experimental research design using a two-group pretest-posttest design with an experimental and a control group. The participants were patients who underwent gas-filled retinal detachment surgery due to retinal holes or tears, traction caused by membranes or vitreous humor, or fluid leakage and accumulation under the retina. The study took place between May 1 and December 25, 2023. A total of 50 patients were purposively selected based on inclusion criteria: aged 18 years or older, undergoing their first retinal detachment surgery, receiving gas tamponade with Octafluoropropane (C₃F₈) or sulfur hexafluoride (SF₆),

*Master's student, Master of Nursing Science Program (Adult & Gerontological nursing), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**Corresponding author, Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: suchira.cha@mahidol.edu

***Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Received January 7, 2025, Revised March 15, 2025, Accepted March 17, 2025

scheduled for surgery in one eye only with the other eye not diagnosed with blindness, and able to be contacted via telephone or the LINE application. If post-surgery vision was impaired, communication via LINE could be facilitated by a relative. Moreover, those aged 60 and above were screened for cognitive impairment using the Thai version of the 6 Cognitive Impairment Test (6 CIT), with eligible participants scoring less than 8. The sample size was calculated using G*Power, with a power of 0.50, a significance level (α) of 0.05, and an effect size of 0.50, resulting in 23 participants per group, increased by 10% to 25 participants per group to account for incomplete data. The researchers purposively selected all participants for the experiment. Data were collected first from the control group and then from the experimental group using a mutual goal-setting program based on King's Goal Attainment Theory, along with a demographic form, a 24-hour face-down behavior log, a visual acuity record, and a retinal reattachment record. Data analysis was performed using descriptive statistics and a two-factor repeated measures ANOVA.

The experimental group had a mean number of face-down positioning hours equal to or greater than 16 hours, which was higher than that of the control group. When comparing the mean hours of face-down positioning at different time points, the experimental group demonstrated significantly higher means on postoperative days 1-2, 6-7, and 13-14 ($F = 93.39$, $p < .05$). Within the experimental group, the mean hours of face-down positioning one month before surgery were significantly different from those on postoperative days 1-2 ($t = .79$, $p < .05$), 6-7 ($t = .94$, $p < .05$), and 13-14 ($t = .88$, $p < .05$). Additionally, the mean hours on postoperative days 1-2 were significantly different from those on days 6-7 ($t = .63$, $p < .05$) and 13-14 ($t = .43$, $p < .05$). However, there was no significant difference between days 6-7 and 13-14. The experimental group also showed significantly better visual acuity one month after surgery than at 6-7 days ($t = 0.10$, $p < 0.05$), but there was no significant difference between the experimental and control groups. Furthermore, the percentage of patients with successful retinal reattachment after surgery was higher in the experimental group than in the control group. This research recommends that nurses adopt a mutual goal-setting approach with patients before and after surgery, focusing on maintaining the face-down posture after gas-injection retinal detachment surgery to improve outcomes. Follow-up care should be extended to 3-6 months, including studies on patients' post-surgery quality of life. A program to set behavioral goals for face-down posture in patients with silicone oil injections is suggested to reduce reoperation rates. Future research should investigate factors such as body weight, retinal detachment location, and diabetes that may influence face-down posture.

Keywords: Clinical outcomes, Face-down positioning, Mutual goal setting, Retinal detachment, Retinal detachment surgery with gas tamponade

Author contributions:

WK: Conceptualization, method and design, tool validation, data collection and analysis, and writing and revising the manuscript

SC: Conceptualization, method and design, data analysis, writing, revising, and editing the manuscript, and corresponding with the editor-in-chief

NP: Conceptualization, method and design, data analysis, revising the manuscript

บทนำ

ดวงตาเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญเกี่ยวกับการมองเห็นและมีการเสื่อมสภาพตามอายุที่เพิ่มขึ้นจากสถิติต้องการอนามัยโลกประมาณการในปี 2014 พบว่า จากประชากรประมาณ 285 ล้านคนมีผู้มีปัญหาทางการมองเห็น ได้แก่ ตาบอด และการมองเห็นลดลงประมาณ 39 และ 245 ล้านคนตามลำดับ แนวโน้มความผิดปกติการมองเห็นของประชากรโลกปี 2050 เพิ่มขึ้นร้อยละ 52 มีปัญหาสายตามากขึ้น¹ ซึ่งโรคที่สำคัญ ได้แก่ โรคจอประสาทตา ร้อยละ 42 โรคต้อกระจก ร้อยละ 40 โรคต้อหิน ร้อยละ 12 โรคจอประสาทตาเสื่อมเป็นหนึ่งในโรคทางสายตาที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ร้อยละ 12.2 พบในกลุ่มประชากร ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี² จอประสาทตาเป็นส่วนหนึ่งของหนึ่งดวงตาที่ทำหน้าที่เป็นจอรับภาพโรคจอประสาทตามีผลต่อการมองเห็นและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตจอประสาทตาหลุดลอกเกิดจากวุ้นตามีการเสื่อมสภาพเปลี่ยนจากลักษณะวุ้นกลายเป็นน้ำมากขึ้นทำให้เกิดการหดตัว หากมีบริเวณที่วุ้นตาติดแน่นอยู่กับจอประสาทตามากกว่าปกติจะทำให้เกิดการดึงรั้งจอประสาทตา เมื่อวุ้นตาเกิดการหดตัวจอประสาทตาที่ถูกดึงรั้งอาจฉีกขาดกลายเป็นรู สารน้ำจากวุ้นตาเข้าไปตามรูฉีกขาดสะสมอยู่ใต้จอประสาทตา ทำให้เกิดจอประสาทตาหลุดลอก ปัจจัยที่ทำให้วุ้นตาเสื่อมสภาพเร็วกว่าปกติ ได้แก่ สายตาสั้น ไม่มีเลนส์ตาใส่เลนส์เทียม พันธุกรรมและการอักเสบในลูกตา มักมีอาการมองเห็นแสงวาวเวลากลอกตาไปมา เห็นได้ชัดเมื่ออยู่ในที่สลัว ๆ ลานสายตาคล้ายมีม่านดำมาบัง³ อาการเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและหากไม่ได้รับการรักษาจะทำให้สูญเสียการมองเห็น

ปัจจุบันการรักษาจอประสาทตาลอก ประกอบด้วยวิธีการฉีดยาเข้าวุ้นตาและการทำผ่าตัดซึ่งมีด้วยกัน 3 วิธีคือ 1) Pneumatic retinopexy cryotherapy โดยการฉีดแก๊สที่ขยายตัวได้ เช่น Sulfur hexafluoride (SF₆) หรือ

Perfluoro propane (C₃F₈) เข้าไปในวุ้นตาและจัดทำให้แก๊สอยู่ในตำแหน่งที่ใกล้เคียงกับบริเวณที่มีพยาธิสภาพ ทำให้มีการติดกลับเข้าที่ของจอประสาทตา 2) Encircling/ Scleral buckling คือ การเย็บหนูนซิลิโคนด้านนอกลูกตา 3) Pars Plana Vitrectomy คือการทำผ่าตัดวุ้นตาและจอประสาทตาเพื่อตัดเอาวุ้นตาและเยื่อพังผืดที่ดึงรั้งจอประสาทตาออก⁴ โดยวิธีการที่ได้ผลดีและนิยมคือการผ่าตัดวุ้นตา เป็นการผ่าตัดภายในลูกตาโดยใช้เครื่องมือพิเศษผ่าน เข้าไปในตำแหน่ง Pars plana เพื่อตัดวุ้นตาและตัดพังผืดออกไป การลอกแผ่นเนื้อเยื่อที่คลุมจอประสาทตาทำให้มีช่องว่างในลูกตา จากนั้นทำการฉีดแก๊สเข้าไปให้จอตาราบลง⁵ อย่างไรก็ตาม หลังการผ่าตัดการติดกลับของจอประสาทตาจะเป็นไปได้ด้วยดีจะต้องอาศัยการนอนคว่ำหน้าของผู้ป่วย

การคว่ำหน้าหลังผ่าตัดมีความสำคัญอย่างยิ่งในการติดกลับของจอประสาทตา โดยผู้ป่วยต้องคว่ำหน้าหลังผ่าตัดทันทีอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมงอย่างน้อย 16 ชั่วโมงต่อวัน คว่ำหน้าติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อยประมาณ 2 – 4 สัปดาห์ หรือจนกว่าแก๊สจะถูกดูดซึมจนหมด⁶ การคว่ำหน้าในผู้ป่วยจอประสาทตาหลุดลอกส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ⁷ แม้ว่าผู้ป่วยจะมีการเตรียมตัวฝึก หรือมีอุปกรณ์ช่วยอย่างดียังพบว่ายากลำบากและอึดอัด เนื่องจากท่าคว่ำหน้าเป็นท่าที่ฝืนธรรมชาติ ซึ่งตามปกติบุคคลทั่วไปจะนอนในท่านอนหงายหรือตะแคงเป็นส่วนใหญ่ การคว่ำหน้านานเกือบทั้งวันทั้งคืน ถึงแม้จะมีเวลาพักบ้างจะทำให้เกิดอาการปวดบริเวณต้นคอและไหล่มาก⁸

ปัจจุบันพบว่า มีการให้ข้อมูล การพัฒนาทักษะและการตั้งเป้าหมายต่อพฤติกรรมท่าคว่ำหน้าในผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดจอประสาทตาและฉีดแก๊ส เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคว่ำหน้าเป็นระยะเวลาต่อเนื่อง⁹ แต่พบว่าผู้ป่วยมักไม่สบาย มีอาการปวดบริเวณคอและหลังซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่อง ความสม่ำเสมอของการ

ผลของโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมต่อพฤติกรรมการคว่ำหน้าและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยหลังผ่าตัด จอประสาทตาหลุดลอกแบบใส่แก้ว

คว่ำหน้าและนำไปสู่ผลลัพธ์ของการรักษา มีการศึกษาเกี่ยวกับการบริหารกล้ามเนื้อหลังจากการอยู่ในท่าคว่ำหน้าหลังผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอก ซึ่งสามารถช่วยลดอาการปวดบริเวณคอ หลังและไหล่ แต่พบว่าช่วยลดอาการปวดได้เพียงระยะเวลานั้นๆ เนื่องจากการคว่ำหน้าหลังผ่าตัดต้องคว่ำหน้าอย่างน้อย 16 ชั่วโมงหรือตลอดทั้งวัน¹⁰ ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล พยาบาลจะเป็นผู้ให้คำแนะนำ ติดตามช่วยเหลือ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยคว่ำหน้า แต่ผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถปฏิบัติได้เนื่องจากอาการไม่สบาย¹¹ ทำให้ไม่สามารถคว่ำหน้าได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยได้มีการให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการบริหารกล้ามเนื้อในรายที่มีอาการปวดบริเวณคอ หลังและไหล่

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสอนและการฝึกทักษะ (Education, Empowerment and Coaching) ให้แก่ผู้ป่วยจอประสาทตาหลุดลอกและครอบครัว⁵ วิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อยเพื่อค้นหาทางเลือก และแหล่งสนับสนุนหรืออุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรม¹² รวมถึงใช้ทักษะในการจัดการรายกรณีเพื่อดูแลผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะโรค (Case management)¹³ ในผู้ป่วยโรคจอประสาทตาหลุดลอกให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง มีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนก่อนหลังผ่าตัด และก่อนกลับบ้าน ตลอดทั้งให้คำปรึกษาและความช่วยเหลือที่การพยาบาลในการแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืน ชับซ้อน^{5,8} พยาบาลต้องจัดการช่วยเหลือผู้ป่วยให้อยู่ในท่าคว่ำหน้ามากที่สุด เริ่มต้นตั้งแต่การเตรียมตัวผู้ป่วยให้มีความรู้และความเข้าใจถึงความสำคัญของการคว่ำหน้าหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในกรณีที่คว่ำหน้าไม่มีประสิทธิภาพ แนะนำให้ผู้ป่วยได้ทดลองฝึกอยู่ในท่าคว่ำหน้าที่บ้านก่อนที่จะมารับการฉีดแก้ว เพื่อทดสอบว่าตนเองสามารถคว่ำหน้าได้นานกี่ชั่วโมง และต้องมีการเพิ่มเติมอุปกรณ์ที่มีความเหมาะสมกับตนเองในการช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าคว่ำหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การทบทวนข้อมูลของโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยโรคจอประสาทตาหลุดลอกมากเป็นอันดับ 2 และมีการให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดแต่ยังไม่มีแบบแผนในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถคว่ำหน้าหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายมีความทุกข์ทรมานจากการคว่ำหน้าไม่สามารถปรับตัวต่อการคว่ำหน้าหลังผ่าตัดได้จึงทำให้เกิดการคว่ำหน้าที่ไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้จอประสาทตาไม่ติดกลับดังเดิม การคว่ำหน้าเป็นระยะเวลานานติดต่อกันอย่างน้อย 16 ชั่วโมง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก¹⁴ มีการศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้ผลลัพธ์หลังผ่าตัดดีขึ้น¹³ แบบแผนเดิมในการให้คำแนะนำก่อนผ่าตัดในรูปแบบคู่มือเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด ได้ดูวิถีทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง แต่ยังไม่ได้มีแบบแผนการสอนจัดทำเฉพาะรายที่เหมาะสมและวิถีทัศน์เฉพาะกลุ่มโรคจอประสาทตาที่ต้องได้รับการคว่ำหน้า ยังไม่มีการติดตามการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านว่าผู้ป่วยยังคว่ำหน้าได้อย่างถูกต้อง จึงพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ต้องกลับมารักษาซ้ำ

การพยาบาลจะบรรลุเป้าหมายในการช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี จำเป็นต้องอาศัยปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยสิ่งสำคัญคือการมี การรับรู้ที่สอดคล้องกัน การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการตั้งเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งจะส่งเสริมสัมพันธภาพ ความร่วมมือและเพิ่มคุณภาพของการพยาบาล¹⁶ ดังนั้นในการส่งเสริมพฤติกรรมการนอนคว่ำหน้าของผู้ป่วย พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการสร้างแรงจูงใจและสนับสนุนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด โดยมุ่งเน้นการกำหนดเป้าหมายร่วมกันและวางแผนการพยาบาลที่ต่อเนื่อง ทั้งในระยะก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัด เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย गुणสำคัญของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่จะบรรลุเป้าหมายคือทั้งสองฝ่ายจะต้องมีการรับรู้ที่สอดคล้อง

ตรงกัน มีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและทั้งสองฝ่ายจะต้องมีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน จึงจะเกิดสัมพันธภาพของความร่วมมือและเพิ่มคุณภาพของการพยาบาล¹⁶ ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงจึงมีความเหมาะสมในการนำมาประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงให้ความสำคัญการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (nurse – patient interaction) หลักสำคัญนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของการปฏิสัมพันธ์ (transaction) คือบรรลุเป้าหมาย (goal attainment) ทางด้านสุขภาพตามที่ได้ตกลงกันไว้ โดยที่พยาบาลและผู้ป่วยต่างก็มีข้อมูลและการรับรู้พยาบาลเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อให้ทราบปัญหา แล้วนำมาประกอบกับความรู้ทางการพยาบาล¹⁶ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมต่อพฤติกรรมการคว่ำหน้าและการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยหลังผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอกแบบใส่แก๊ส โดยพยาบาลและผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน พยาบาลให้ความรู้ในรูปแบบสื่อการสอนและวิดีโอทัศน์ควบคู่กับอธิบายเกี่ยวกับการดำเนินของโรคจอประสาทตาหลุดลอกเพื่อสร้างความตระหนักในการคว่ำหน้าหลังผ่าตัด ผักกักขะการคว่ำหน้าก่อนได้รับการผ่าตัดจริง มีการค้นหาอุปสรรค แนวทางในการคว่ำหน้าที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นเฉพาะกรณี มีการตั้งเป้าหมายจำนวนชั่วโมงการคว่ำหน้าร่วมกัน เข้าใจและสามารถปฏิบัติตามดูแลตัวเองได้อย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน ผู้ป่วยสามารถมีพฤติกรรมการคว่ำหน้าที่เหมาะสมกับตนเอง นำไปสู่ผลลัพธ์การผ่าตัดที่ดีขึ้น เช่น ความสามารถในการมองเห็น การติดกลับของจอประสาทตา เป็นต้น เพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองและลดอัตราการผ่าตัดซ้ำในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยพฤติกรรมการคว่ำหน้า 24 ชั่วโมงของผู้ป่วยจอประสาทตาหลุดลอกแบบใส่แก๊สระหว่างกลุ่มที่ได้รับการตั้งเป้าหมายร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ความสามารถในการมองเห็น และการติดกลับของจอประสาทตา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการตั้งเป้าหมายร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมต่อพฤติกรรมการคว่ำหน้าและศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยหลังผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอกแบบใส่แก๊ส จากกรอบแนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง (King's theory of goal attainment) มีแนวคิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของการปฏิสัมพันธ์ (Transaction) คือการบรรลุเป้าหมาย (goal attainment) เป็นการรับรู้ข้อมูลและการสื่อสารของแต่ละฝ่ายมาปฏิสัมพันธ์กัน ทำให้เกิดกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายระหว่างบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมต่อพฤติกรรมการคว่ำหน้าและความสามารถในการมองเห็นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอกแบบใส่แก๊สจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กระบวนการสร้างความสำเร็จ มีการสร้างสัมพันธภาพ กำหนดเป้าหมาย ร่วมกันวางแผนการติดตาม นำมาบูรณาการ 4 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพและการแลกเปลี่ยนการรับรู้ข้อมูลระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย 2) การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน

ผลของโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมต่อพฤติกรรมการคว่ำหน้าและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยหลังผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอกแบบใส่แก๊ส

การเสนอวิธีปฏิบัติ และการตกลงเลือกวิธีปฏิบัติตามศักยภาพของผู้ป่วยเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน มีการวางเป้าหมายกำหนดชั่วโมงการคว่ำหน้าร่วมกัน สอบถามปัญหา อุปสรรคระหว่างปฏิบัติ พฤติกรรมการคว่ำหน้า แก้ไขปัญหาร่วมกัน เสนอวิธีการบรรเทาความปวดหรือความเบื่อหน่ายระหว่างการคว่ำหน้า เพื่อให้คว่ำหน้าได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีหลังผ่าตัดและลดอัตราการผ่าตัดซ้ำ 3) การมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย และ 4) การประเมินและติดตามพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้⁶ นำความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมมาใช้ในการสร้างความตระหนักให้ความรู้ก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับโรคทางจอประสาทตาเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย อธิบายความสำคัญของ

การคว่ำหน้า เพื่อช่วยส่งเสริมการติดกลับของจอประสาทตา รวมทั้งการฝึกทักษะการคว่ำหน้าอย่างถูกต้องในผู้ป่วยหลังผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอกแบบใส่แก๊ส ติดตามพฤติกรรมการคว่ำหน้าหลังผ่าตัด 1-2 วัน 6-7 วัน และ 13-14 วัน เมื่อกลับบ้านติดตามหลังผ่าตัดโดยการโทรศัพท์ติดตามพฤติกรรมคว่ำหน้า 14 วัน ติดตามประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกเปรียบเทียบความสามารถในการมองเห็นก่อนผ่าตัด 1 เดือน หลังผ่าตัด 6-7 วัน และหลังผ่าตัด 1 เดือน และการติดกลับของจอประสาทตา (attachment) ติดตามผลการตรวจวินิจฉัยก่อนผ่าตัด 1 เดือน และ หลังผ่าตัด 1 เดือน แสดงได้ตามแผนภาพที่ 1 (Figure 1)

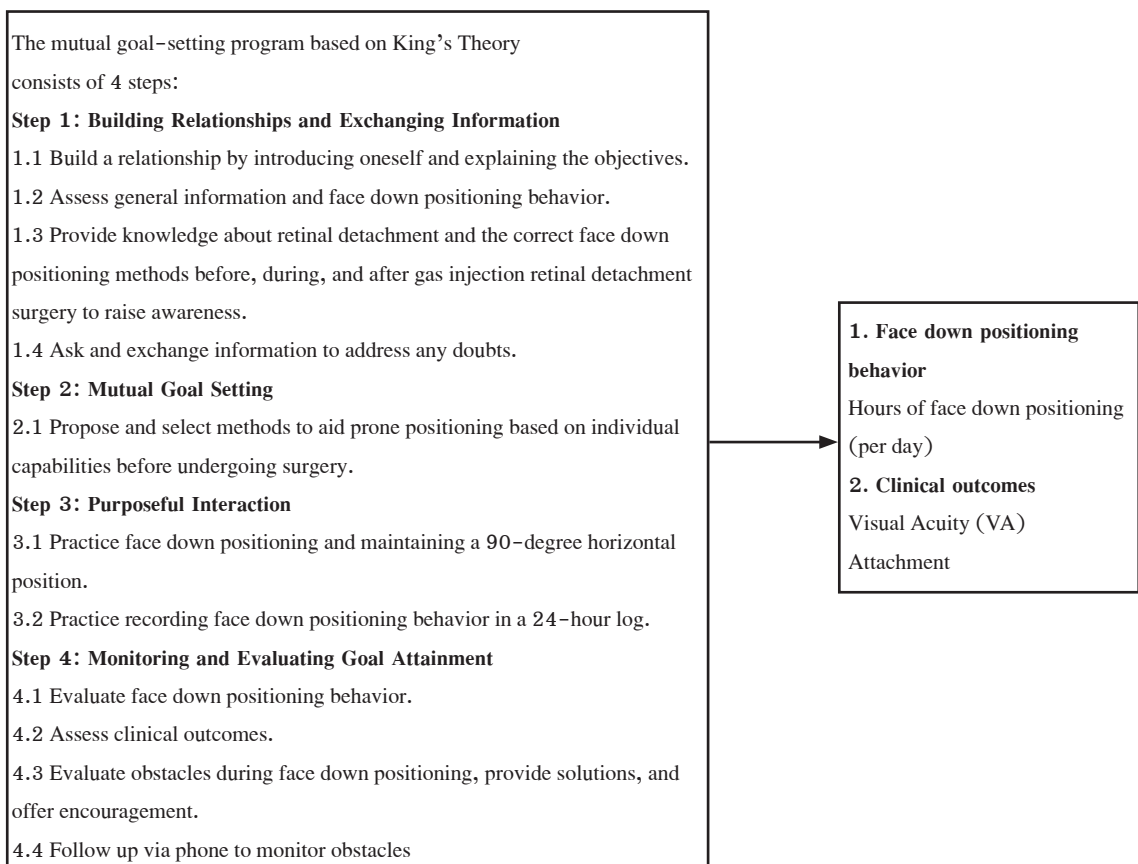


Figure 1 Conceptual framework of the study

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ออกแบบการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design with comparison group) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมต่อพฤติกรรมการคว่ำหน้าและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยจอประสาทตาหลุดลอกแบบใสแก้ว โดยการศึกษานี้เปรียบเทียบจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยของพฤติกรรมการคว่ำหน้าและผลลัพธ์ทางคลินิก ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 25 ธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 50 ราย

ประชากรเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอกแบบใสแก้ว ที่เกิดจากโรคหรือรอยฉีกขาดที่จอประสาทตา หรือเกิดจากการดึงรั้งโดยพังผืดหรือวุ้นตา หรือเกิดจากสารน้ำรั่วซึมหรือมีของเหลวสะสมอยู่ใต้ชั้นของจอตา ได้รับการบริการตรวจแรกรับ ณ หอผู้ป่วยนอกจักษุกรรม และรับการผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอกเป็นครั้งแรก (primary vitrectomy) หลังผ่าตัดได้รับการใส่แก้ว C₃F₈ หรือ SF₆ ในตาโดยเป็นการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก (day surgery care) ด้วยวิธีระงับความรู้สึกเฉพาะที่ (retrobulbar block) รับการผ่าตัด ตามการนัดหมาย มีการติดตามหลังผ่าตัด 1 วัน 6-7 วัน และ 1 เดือน

เกณฑ์การคัดเลือกรวมกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มอายุ 18 ปีขึ้นไป กรณีที่ผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ต้องผ่านเกณฑ์ แบบประเมินความพร้อมในการรู้คิด 6 ข้อ^{19,20} ได้รับการผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอกเป็นครั้งแรก หลังผ่าตัดได้รับการใส่แก้ว C₃F₈ หรือ SF₆ มีการนัดหมายเพื่อเข้ารับการผ่าตัดตาข้างเดียว และตาอีกข้างได้ไม่ได้รับการวินิจฉัย blindness ยินยอมเข้าร่วมวิจัย และสามารถติดต่อทางโทรศัพท์หรือ Line application กรณีหลังผ่าตัดผู้ป่วยร่วมวิจัยอาจมีปัญหาเรื่องมองเห็นไม่ชัดเจน การสื่อสารทาง Line application สามารถให้ญาติช่วยสื่อสารแทนได้

เกณฑ์การคัดออก คือ มีอาการของโรครุนแรงขึ้นระหว่างเข้ารับบริการผ่าตัดหรือย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก ไม่สามารถติดต่อได้หลังจากออกจากโรงพยาบาล และได้รับผ่าตัดโรคตาอื่นร่วมด้วย เช่น การเย็บซ่อมกระจกตา

โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยศึกษานานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน¹⁷ นำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.4¹⁸ กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of the test) เท่ากับ .50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.50 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 23 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 คิดเป็นจำนวน 2 ราย ต่อกลุ่มเป็นกลุ่มละ 25 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย 2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย คือ แบบประเมินความพร้อมในการรู้คิด 6 ข้อ¹⁹ แปลงเป็นภาษาไทย²⁰ คัดกรองผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุอาจมีการพร่องการรู้คิด จึงนำเครื่องมือนี้มาใช้ในการประเมินการรู้คิด วัน เวลา สถานที่และสิ่งรอบตัว การรู้คิดปกติ คือ มีคะแนนจากแบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อฉบับภาษาไทย น้อยกว่า 8 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

2.1 โปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมต่อพฤติกรรมการคว่ำหน้า และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยจอประสาทตาหลุดลอกแบบใสแก้ว ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

ผลของโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมต่อพฤติกรรมการคว่ำหน้าและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยหลังผ่าตัด จอประสาทตาหลุดลอกแบบใส่แก๊ส

ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีคิง⁹แบ่งเป็น 4 ขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกัน สร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ ประเมินข้อมูลทั่วไป และพฤติกรรมการคว่ำหน้าให้ความรู้เกี่ยวกับการคว่ำหน้าที่ถูกต้อง ก่อน และหลังผ่าตัดจอประสาทตาแบบใส่แก๊ส ชักถามแลกเปลี่ยนข้อมูลข้อสงสัยใช้เวลา 15 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน เสนอวิธีการช่วยการคว่ำหน้าและเลือกวิธีการช่วยการคว่ำหน้าตามศักยภาพตนเอง ก่อนได้รับการผ่าตัด ใช้เวลา 15 นาที

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย ฝึกปฏิบัติการคว่ำหน้าขนานกับพื้น สำหรับผู้ป่วยจอประสาทตาหลุดลอกหลังผ่าตัดที่ใส่แก๊ส การเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดเพื่อให้อยู่ในท่าที่ถูกต้องตามแผนการรักษา สอบถามปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ชี้แนะแนวทางร่วมกับผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยนำประสบการณ์ทางจักษุกรรมและการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคจอประสาทตา การจัดท่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดจอประสาทตาที่ใส่แก๊สมายใช้ในการฝึกทักษะการคว่ำหน้า และฝึกบันทึกในแบบบันทึกพฤติกรรมการคว่ำหน้าใน 24 ชั่วโมง ใช้เวลา 15 นาที

ขั้นตอนที่ 4 ติดตามประเมินพฤติกรรมการบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ พฤติกรรมการคว่ำหน้า ผลลัพธ์ทางคลินิก ประเมินการเกิดอุปสรรคหรือปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการคว่ำหน้าและให้กำลังใจ ติดตามปัญหาอุปสรรค ทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง หรือ Line Application ใช้เวลา 10 นาที หลังผ่าตัด 14 วัน

วิธีการประกอบด้วย 1) ชมสื่อวิดีโอวีดีโอการสอน บรรยาย เกร็ดความรู้คู่สุขภาพ เรื่องจอประสาทตาลอก อธิบายเกี่ยวกับการเกิดโรค วิธีการตรวจวินิจฉัย และการรักษาจัดทำโดยฝ่ายประชาสัมพันธ์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 2) สื่อการสอนผู้ป่วยที่

ได้รับการผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอกแบบ ใส่แก๊ส บรรยายสไลด์ ประกอบด้วย สาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา การดูแลตนเองหลังผ่าตัด โดยผู้วิจัยประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรม นำสื่อการสอนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอกแบบใส่แก๊ส ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์เกี่ยวกับทางจักษุกรรม ประกอบด้วย จักษุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคจอประสาทตาและวุ้นตา จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญทางจักษุกรรม สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลเวชปฏิบัติที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจอประสาทตาประจำหอผู้ป่วยในจักษุกรรม จำนวน 1 ท่าน ผู้วิจัยนำไปแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้ ผลของความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .98

2.2 อุปกรณ์ที่ช่วยแสดงสื่อการสอน ได้แก่ อุปกรณ์ที่มีหน้าจอลายขนาดประมาณ 15 นิ้ว มีเสียงดังชัดเจน มีความคมชัดของภาพ

2.3 อุปกรณ์ในการฝึกพฤติกรรมและทักษะการคว่ำหน้า ได้แก่ หมอนสำหรับคว่ำหน้า หมอนรองคอ หมอนสำหรับหนุนนอน ปากกาหรือดินสอ โต๊ะ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย อายุ เพศ สิทธิในการรักษา สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ความสัมพันธ์กับบุคคลที่ติดต่อได้ ประวัติการผ่าตัดในอดีต โรคประจำตัว เบอร์ที่สามารถติดต่อได้ ระบุตำแหน่งที่มีปัญหาการมองเห็น การตอบเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ

3.2 แบบบันทึกจำนวนชั่วโมงพฤติกรรมการคว่ำหน้า 24 ชั่วโมง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการคว่ำหน้าหลังผ่าตัด โดยดัดแปลงจากแนวคิดทฤษฎีการตั้งเป้าหมาย

ร่วมของคิง^๑ ประกอบดว้ย วัน เดือน ปี เวลาคว่ำหน้า เป้าหมายจำนวนช่วโมงคว่ำหน้า จำนวนช่วโมงที่ทำได้ จรงที่พบระหว่างการคว่ำหน้าและวิธีแก้ไขปัญหาคอปรสรคจากการคว่ำหน้าโดยให้ผู้ป่วยบันทึกควบคู้กับการปฏิบัติจรง ด้รับการตรวจสอบควมถูกต้องของเนื่อหาคจากผู้ทรงคณวุฒิ 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญและประสบกการเกี่ยวกับทางจักษุกรรม ประกอบด้วย จักษุแพทยผู้เชี่ยวชาญโรคจอประสาทตาและวุ้นตา จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญทางจักษุกรรม สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลเวชปฏิบัติที่มีประสบกการในการดูแลผู้ป่วยจอประสาทตาประจำหอผู้ป่วยในจักษุกรรม จำนวน 1 ท่าน ด้นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาคค่าควมตรงเชิงเนื่อหาค (content validity index: CVI) ด้เท่ากับ .80 ผู้วิจัยจึงนำไปแก้ไขเนื่อหาคตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้ผลของควมตรงเชิงเนื่อหาค ด้เท่ากับ 1

3.3 แบบบันทึกควมสามารถในการมองเห็น ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน มีการตรวจวัดระดับการมองเห็นด้วย Snellen chart บันทึกในรูปแบบสัดส่วน และผู้วิจัยด้นำมาเทียบตารางเป็นค่า Log MAR รูปแบบทศนิยม และนำมาวิเคราะห์ทางการวิจัย

3.4 แบบบันทึกการติดคลับของจอประสาทตา ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน จากการแปลผลของจักษุแพทยที่มีการบันทึก attach/detachment รวมทั้งตำแหน่งที่มีการหลุดลอกของจอประสาทตาโดยจักษุแพทยวินิจจยจากกล้องจุลทรรศนชนิดพิเศษที่มีกำลังขยายสูง (Slit Lamp) หรือ Optical Coherence Tomography (OCT) เครื่องมือที่ใช้ถ่ายภาพประสาทตาในลักษณะภาพตัดขวาง

การพิทักษ์สิทธิของคูลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยด้ดำเนินการขออนุมัติการทำวิจัย และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม

การวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตรรโรงพยาบาลรามาริบติ มหาวิทยาลัสมหิตล (COA. MURA 2022/612) และคณะแพทยศาสตรรโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย (0394/2024) ภายหลังด้รับอนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเรียวร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าพบพยาบาลประจำหน่วยในการช่วคัดกรองผู้ป่วย และแนะนำผู้วิจัยให้กับผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ด้รับการวิจัย และแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ สอบถามควมสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัย เมื่อกูลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หากกูลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยด้ตลอดเวลาสามารถขอถอนตัวจากงานวิจัยด้ตลอดเวลา ข้อมูลถูกเก็บเป็นควมลับ โดยนำเสนอข้อมูลเน้นลักษณะภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อของกูลุ่มตัวอย่าง ไม่นำข้อมูลไปทำประโยชน์ที่อื่นนอกเหนือจากวัตถุประสงค์ ที่ด้แจ้งกูลุ่มตัวอย่างทราบก่อนการวิจัย หากผู้วิจัยพบว่ากูลุ่มตัวอย่างมีอาการกำเรบ หรือภาวะวิกฤติ ผู้วิจัยรายงานให้แพทยทราทันทที่ เพื่อให้การดูแลเหมาะสมต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังด้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย ขอควมอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แจ้งลักษณะของกูลุ่มตัวอย่างแก่แพทยและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อขอควมร่วมมือในการแนะนำผู้ป่วยที่คณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. เมื่อได้กูลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการทำวิจัย เพื่อขอควมร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยชี้แจงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธ และเก็บข้อมูล

ผลของโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมต่อพฤติกรรมการคว่ำหน้าและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยหลังผ่าตัด จอประสาทตาหลุดลอกแบบใส่แก้ว

ไว้เป็นความลับ นำข้อมูลมาใช้ในการทบทวนงานวิจัยเท่านั้น ผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงเซ็นเอกสารยินยอมการเข้าร่วมวิจัย สามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา

3. ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนแล้วจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติตามมาตรฐาน คือ จักษุแพทย์เป็นผู้แจ้งการคว่ำหน้าหลังผ่าตัด พยาบาลแนะนำการเตรียมอุปกรณ์การคว่ำหน้าหลังผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัด การมาตรวจตามนัด พยาบาลให้คำแนะนำในการมาพบแพทย์เพื่อทำผ่าตัด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาเบื้องต้น

4. กลุ่มควบคุม

การพบครั้งที่ 1 แรก รับ หอผู้ป่วยนอกจักษุกรรม ระยะเวลา 20 นาที ฝึกการใช้แบบบันทึกจำนวนชั่วโมงการคว่ำหน้า 24 ชั่วโมง ผู้วิจัยบันทึกและประเมินความสามารถในการมองเห็นและการติดกลับของจอประสาทตาจากเวชระเบียน

การพบครั้งที่ 2 ติดตามแบบบันทึกจำนวนชั่วโมงการคว่ำหน้า 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัด 1 วัน หอผู้ป่วยนอกจักษุกรรม ระยะเวลา 15 นาที

การพบครั้งที่ 3 ติดตามแบบบันทึกจำนวนชั่วโมงการคว่ำหน้า 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัด 6-7 วัน หอผู้ป่วยนอกจักษุกรรม ระยะเวลา 15 นาที

การติดตามทางโทรศัพท์ หรือ Line Application หลังผ่าตัด 14 วัน ระยะเวลา 15 นาที

ติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกหลังผ่าตัดจากเวชระเบียน ได้แก่ ความสามารถในการมองเห็น หลังผ่าตัด 6-7 วัน และ หลังผ่าตัด 1 เดือน และการติดกลับของจอประสาทตา หลังผ่าตัด 1 เดือน

กลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือกผู้วิจัยด้วยตนเองทั้งหมด

การพบครั้งที่ 1 แรก รับ หอผู้ป่วยนอกจักษุกรรม ระยะเวลา 20 นาที ใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัย

แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดของโปรแกรมในการเข้าร่วมการวิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล สอนผู้ป่วยโดยสื่อการสอน ฝึกทักษะการคว่ำหน้า ฝึกการใช้แบบบันทึกจำนวนชั่วโมงการคว่ำหน้า 24 ชั่วโมง ชั่วโมง เน้นการค้นหาอุปสรรคจากการคว่ำหน้า ร่วมกันวางแผนแก้ไขระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล นัดหมายครั้งต่อไป ผู้วิจัยบันทึกความสามารถในการมองเห็นและการติดกลับของจอประสาทตาจากเวชระเบียน และมีการนัดหมายในการนำแบบบันทึกมาในการพบครั้งที่ 2

การพบครั้งที่ 2 หลังผ่าตัด 1 วัน หอผู้ป่วยนอกจักษุกรรม ระยะเวลา 15 นาที ผู้ป่วยนำแบบบันทึกจำนวนชั่วโมงการคว่ำหน้า 24 ชั่วโมง ติดตามแบบบันทึกจำนวนชั่วโมงการคว่ำหน้า 24 ชั่วโมง เน้นการค้นหาอุปสรรคจากการคว่ำหน้า ร่วมกันวางแผนแก้ไขระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล กล่าวขอบคุณและมีการนัดหมายในการนำแบบบันทึกมาในการพบครั้งที่ 3

การพบครั้งที่ 3 หลังผ่าตัด 6-7 วัน หอผู้ป่วยนอกจักษุกรรม ระยะเวลา 15 นาที แบบบันทึกจำนวนชั่วโมงการคว่ำหน้า 24 ชั่วโมง ติดตามแบบบันทึกจำนวนชั่วโมงการคว่ำหน้า 24 ชั่วโมง กล่าวขอบคุณและบอกถึงการติดตามทางโทรศัพท์ หรือ Line Application หลังได้รับการผ่าตัด 14 วัน ผู้วิจัยบันทึกความสามารถในการมองเห็นจากข้อมูลเวชระเบียน

การติดตามทางโทรศัพท์ หรือ Line Application หลังผ่าตัด 14 วัน ระยะเวลา 15 นาที ใช้แบบบันทึกจำนวนชั่วโมงการคว่ำหน้า 24 ชั่วโมง ติดตามแบบบันทึกจำนวนชั่วโมงการคว่ำหน้า 24 ชั่วโมง กล่าวขอบคุณและบอกถึงการติดตามทางโทรศัพท์ หรือ Line Application หลังได้รับการผ่าตัด 14 วัน ผู้วิจัยประเมินความสามารถในการมองเห็นจากเวชระเบียน

ติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกหลังผ่าตัด ได้แก่ ความสามารถในการมองเห็น หลังผ่าตัด 6-7 วัน และ

หลังผ่าตัด 1 เดือน จ และการติดกลับของจอประสาทตา หลังผ่าตัด 1 เดือน

จากการวิจัยครั้งนี้ มีผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 63 ราย เนื่องจากหลังผ่าตัดจักษุแพทย์ได้เปลี่ยนจากการใส่แก๊สหลังผ่าตัดเป็นน้ำมันซิลิโคนจำนวน 7 ราย ยกเลิกการผ่าตัดเนื่องจากโรคทางอายุรกรรม จำนวน 2 ราย และติดต่อหลังผ่าตัดไม่ได้จำนวน 4 ราย จึงคงเหลือในการศึกษานี้ทั้งสิ้น 50 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ภายหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างนำ มาวิเคราะห์ตามระเบียบทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS statistics version 21 มีรายละเอียดดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนชั่วโมงพฤติกรรมการคว่ำหน้าหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการผ่าตัด หลังผ่าตัด 1-2 วัน หลังผ่าตัด 6-7 วัน และหลังผ่าตัด 14 วัน วิเคราะห์ด้วยสถิติ two-factor repeated measures ANOVA โดยทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรตามแต่ละคู่วัดซ้ำไม่แตกต่างกัน และความแปรปรวนตามแต่ละคู่ที่วัดซ้ำไม่แตกต่างกัน และความแปรปรวนของตัวแปรตามในการวัดซ้ำแต่ละครั้ง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p > .05$ ด้วยสถิติ Manchly's test of sphericity ซึ่งสอดคล้องกับข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้ two-factor Repeated measures ANOVA

3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ก่อนและหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ความสามารถในการมองเห็น ก่อนผ่าตัด 1 เดือนหลังผ่าตัด 6-7 วัน และหลังผ่าตัด 1 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติ two-factor repeated measures ANOVA การติดกลับของจอประสาทตา วิเคราะห์จำนวน ความถี่และร้อยละเปรียบเทียบการติดกลับของจอประสาทตาก่อนและหลังผ่าตัด 1 เดือน

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยผ่าตัดจอประสาทตา หลุดลอกแบบใส่แก๊สระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 50 ราย เป็นกลุ่มควบคุม 25 ราย และกลุ่มทดลอง 25 ราย พบว่ากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุ 40-60 ปี อายุเฉลี่ย 58 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68 สถานภาพสมรสคู่ มีผู้ดูแลเป็นญาติพี่น้อง จบการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป กลุ่มทดลอง มีอายุตั้งแต่ 39 ปี จนถึง 76 ปี อายุเฉลี่ย 59 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52 สถานภาพสมรสคู่ มีผู้ดูแลเป็นญาติพี่น้อง จบการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป เมื่อเปรียบเทียบอายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยสถิติ Independent t-test พบว่าตัวแปรในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ข้อมูลเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สิทธิการรักษาและผู้ดูแล ทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังตารางที่ 1 (Table 1)

**ผลของโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมต่อพฤติกรรมการคว่ำหน้าและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยหลังผ่าตัด
จอประสาทตาหลุดลอกแบบใส่แก้ว**

Table 1 Comparison of general information of patients undergoing gas tamponade retinal detachment surgery between the control group and the experimental group

General information	Control group (n = 25)		Experimental group (n = 25)		χ^2	p-value
	Number	%	Number	%		
Gender					1.43	.590
Male	17	68	12	48		
Female	8	32	13	52		
Marital Status					.09	.760
Single/Separated/Widowed	7	28	9	36		
Married	18	72	16	64		
Education Level					.20	.840
Lower Secondary School	2	8	4	16		
Upper Secondary School	8	32	5	20		
Bachelor's Degree or Higher	15	60	16	64		
Healthcare Coverage					.59	.240
Covered	24	96	23	92		
Not Covered	1	4	2	8		
Caregiver					.00	1.00
Has a Caregiver	24	96	24	96		
No Caregiver	1	4	1	4		
Chronic Disease					.30	.550
Has Chronic Disease	18	72	17	68		
No Chronic Disease	7	28	8	32		
Occupation					.49	.860
Employee	11	44	14	56		
Agriculture/Trade	13	52	10	40		
Others, specify	1	4	1	4		

ค่าเฉลี่ยจำนวนชั่วโมงการคว่ำหน้าของผู้ป่วย หลังผ่าตัดจอบประสาทตาหลุดลอกแบบใส่แก๊ส หลังได้รับโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกับกลุ่ม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยจำนวนชั่วโมงการคว่ำหน้า ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 16 ชั่วโมง มากกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 2 (Table 2)

Table 2 Comparison of the hours spent in a face-down position in the control group and the experimental group after gas tamponade retinal detachment surgery for 14 days

Hours Spent in a Face-Down Position	Control group		Experimental group	
	Number	%	Number	%
More than or equal to 16 hours	21	84	24	96
Less than 16 hours	4	16	1	4

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจอบประสาทตาหลุดลอกแบบใส่แก๊ส กลุ่มทดลองมีจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยการคว่ำหน้าหลังผ่าตัด 1-2 วัน หลังผ่าตัด 6-7 วัน และหลังผ่าตัด 13-14 วันมากกว่ากลุ่มควบคุม ดังแผนภาพที่ 2 (Figure 2) และตารางที่ 3 (Table 3)

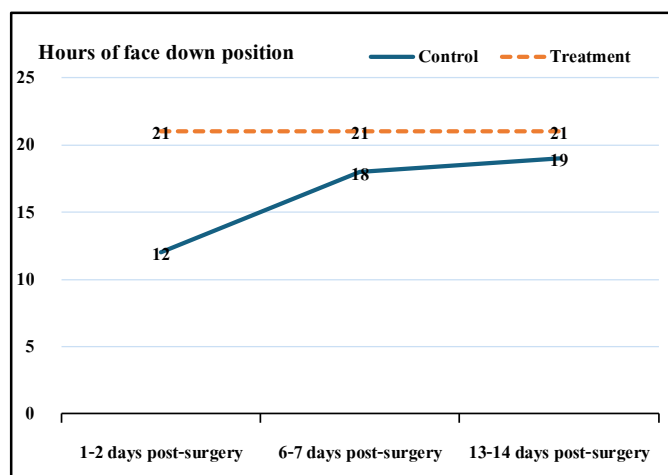


Figure 2 Average number of face-down behavior hours in patients after gas tamponade retinal detachment surgery between the control group (n=25) and the experimental group (n = 25)

**ผลของโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมต่อพฤติกรรมการคว่ำหน้าและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยหลังผ่าตัด
จอบประสาทตาหลุดลอกแบบใส่แก๊ส**

Table 3 The results of the variance analysis comparing the average number of face-down behavior hours in patients undergoing gas tamponade retinal detachment surgery between the control group and the experimental group across the 4 time periods

Source of Variation	SS	df	MS	F	p-value
Between-Subject effect					
Group	840.500	1	840.500	93.39	< .005
Deviation	432.000	48	9.000		
Within-Subject effect					
Time	1880.980	2	879.797	46.43	< .005
Group and time					
	353.380	2	165.288	8.72	< .005
Group* Time					
Deviation	1944.640	103	18.949		

Note. SS = Sum Squares; df = degree of freedom; MS = Mean Square a = Greenhouse-Geisser correction was used to reduce type I error

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำนวนชั่วโมงพฤติกรรมการคว่ำหน้าในผู้ป่วยหลังผ่าตัดจอบประสาทตาหลุดลอกแบบใส่แก๊สแต่ละช่วงเวลา พบว่า

ก่อนผ่าตัด 1 เดือน มีจำนวนชั่วโมงพฤติกรรมการคว่ำหน้าแตกต่างจากช่วงเวลาหลังผ่าตัด 1-2 วัน หลังผ่าตัด 6-7 วัน และหลังผ่าตัด 13-14 วัน อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ หลังผ่าตัด 1-2 วันมีจำนวนชั่วโมงพฤติกรรมการคว่ำหน้าแตกต่างจากช่วงเวลาหลังผ่าตัด 6-7 วันและหลังผ่าตัด 13-14 วันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ หลังผ่าตัด 6-7 วัน และหลังผ่าตัด 13-14 วัน มีจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 4 (Table 4)

Table 4 Comparison results of the average number of face-down behavior hours in patients after gas tamponade retinal detachment surgery across four time periods

Periods of face-down behavior	Periods of face-down behavior	Differences in average values	t	p-value
One month before surgery	1-2 days post-surgery	4.24	.79	.033
	6-7 days post-surgery	7.22	.94	.047
	13-14 days post-surgery	7.70	.88	.029
1-2 days post-surgery	6-7 days post-surgery	2.98	.63	.041
	13-14 days post-surgery	3.46	.43	.037
6-7 days post-surgery	13-14 days post-surgery	.48	.63	1.000

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอกแบบใส่แก๊ส หลังได้รับโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การเปรียบเทียบความสามารถในการมองเห็นโดยใช้ค่า logarithm angle of resolution (LogMAR) หากค่า LogMAR น้อย หมายถึง ความสามารถในการ

มองเห็นดีขึ้น พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการมองเห็นระยะก่อนผ่าตัด 1 เดือน หลังผ่าตัด 6-7 วัน และหลังผ่าตัด 1 เดือนมากกว่ากลุ่มควบคุม เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของ ระยะก่อนผ่าตัด 1 เดือน หลังผ่าตัด 6-7 วัน และหลังผ่าตัด 1 เดือน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังตารางที่ 5 (Table 5)

Table 5 Comparison of mean visual acuity (VA) values in patients who underwent gas tamponade retinal detachment surgery between the control group and the experimental group at 3 times

Visual Acuity	Control group (n = 25)		Experimental group (n = 25)		F	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
	(LogMAR)		(LogMAR)			
One month before surgery	1.39	.79	1.35	.91	1.36	.249
6-7 days post-surgery	1.29	.70	1.10	.82	1.81	.185
One month post-surgery	.77	.54	.42	.30	1.72	.196

เปรียบเทียบระหว่างช่วงเวลาในกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนผ่าตัด 1 เดือน หลังผ่าตัด 6-7 วัน และหลังผ่าตัด 1 เดือน เป็นรายคู่พบว่า ก่อนผ่าตัด 1 เดือน และหลังผ่าตัด 6-7 วันมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการมองเห็น ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$

เปรียบเทียบระหว่างช่วงเวลาในกลุ่มทดลอง

พบว่า ก่อนผ่าตัด 1 เดือน และหลังผ่าตัด 1 เดือน มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการมองเห็น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ หลังผ่าตัด 6-7 วัน และหลังผ่าตัด 1 เดือน เดือน มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการมองเห็น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ดังตารางที่ 6 (Table 6)

Table 6 Results of the pairwise comparison of the average visual acuity (VA) in patients undergoing gas tamponade retinal detachment surgery before surgery (one month), 6-7 days post-surgery, and one month post-surgery

Measurement period	Measurement period	Mean Difference	t	p-value
One month before surgery	6-7 days post-surgery	.17	.15	.741
	One month post-surgery	.77	.14	.038
6-7 days post-surgery	One month post-surgery	.60	.10	.044

ผลของโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมต่อพฤติกรรมการคว่ำหน้าและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยหลังผ่าตัด
จอประสาทตาหลุดลอกแบบใส่แก๊ส

ผลการเปรียบเทียบร้อยละจำนวนผู้ป่วย ก่อน
และหลังผ่าตัด 1 เดือน กลุ่มทดลองมีความสามารถ
ในการมองเห็นที่ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม การติดกลับ
ของจอประสาทตาในผู้ป่วยผ่าตัดจอประสาทตาหลุด

ลอกแบบใส่แก๊ส หลังผ่าตัด กลุ่มทดลองมีการติดกลับ
ของจอประสาทตามากกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 7
(Table 7)

Table 7 Results of the analysis comparing clinical outcomes of visual acuity (VA) and retinal reattachment before and 1 month after surgery in patients who underwent gas tamponade retinal detachment surgery between the control group and the experimental group

Clinical results	Control group (n = 25)		Experimental group (n = 25)	
	Number	%	Number	%
Visual Acuity: VA				
Improved	18	72	24	96
Stable	1	4		
Worsened	6	24	1	4
Total	25	100	25	100
Retinal Reattachment				
1 Month after surgery	13	52	16	64

อภิปรายผล

โปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมในผู้ป่วยหลัง
ผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอกแบบใส่แก๊สเป็นโปรแกรม
ที่มีประสิทธิภาพ โดยพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการ
ตั้งเป้าหมายร่วม ค่าเฉลี่ยจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติ
พฤติกรรมการคว่ำหน้า มากกว่าหรือเท่ากับ 16 ชั่วโมง
ต่อวัน ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการคว่ำหน้าหลังผ่าตัด
เพิ่มมากขึ้น สามารถกำหนดเป้าหมายร่วมกันเสนอวิธี
การช่วยการคว่ำหน้าและเลือกวิธีการช่วยการคว่ำหน้า
ตามศักยภาพตนเอง สามารถแก้ไขอุปสรรคปัญหาที่
เกิดขึ้นระหว่างการคว่ำหน้าร่วมกันเพื่อแก้ไขให้เหมาะสม
ตามบุคคล กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสามารถปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมการคว่ำหน้าหลังผ่าตัดได้ ผู้ป่วยอยู่ในท่าคว่ำ
หน้าได้นานมากขึ้นตามเป้าหมายที่ตนเองได้กำหนดไว้
มีพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เป็นไปตามแนวทฤษฎีความ
สำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง¹⁶ ดังนั้น เป็นไปได้ว่าเมื่อ
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีเป้าหมายในการหายจากโรคที่เป็น
จะมีการพัฒนาตนเองเพื่อให้ได้โน้ตที่ตนเองสามารถ

กระทำได้ดีที่สุด ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรค
การฝึกทักษะอย่างถูกต้อง พัฒนาดนเองและเผชิญกับ
ปัญหาและอุปสรรค พยาบาลมีส่วนร่วมในการส่งเสริม
ให้ได้รับการเสริมแรง ให้ข้อมูล คำปรึกษา สามารถสร้าง
แรงจูงใจ สามารถปรับพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมตาม
แนวทางการรักษาและวิถีชีวิต ส่งผลให้การดำเนินชีวิต
ควบคู่กับกิจวัตรประจำวัน สามารถดำเนินไปได้

จากผลการวิจัยจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยพฤติกรรมการ
คว่ำหน้าหลังผ่าตัดในผู้ป่วยจอประสาทตาหลุดลอก
แบบใส่แก๊ส หลังผ่าตัด 6-7 วันและหลังผ่าตัด 13-14 วัน
ทั้งสองกลุ่มมีจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน อาจเกิด
จากการติดตามพฤติกรรม ทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสอง
กลุ่มได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการคว่ำหน้าจากผู้วิจัย
ทั้งสองกลุ่มมีจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยการคว่ำหน้านานมาก
ถึง 21 ชั่วโมงต่อวัน แต่กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีจำนวน
ชั่วโมงเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
เพราะการติดตามพฤติกรรมการคว่ำหน้าในกลุ่มที่ได้
รับโปรแกรมมีการสำรวจปัญหาอุปสรรควิเคราะห์แบบ
บันทึกจำนวนชั่วโมงพฤติกรรมการคว่ำหน้า 24 ชั่วโมง

และคณหาวธการแกไข^{8,10} ผู้ป่วยจะสามารถควาหน้าได อยางถูกตองและมีประสทธภาพเกดจากพยาบาลและ ญาตในการกระตุ้น ช่วยเหลือ และใหกำลังใจผู้ป่วย พบวา มีการแกไขปัญหา ใหคำแนะนำเปนรายบุคคล ใหผู้ป่วยไดรับการแกไขที่เหมาะสมนำไปสู่การควาหน้า ไดยาวนานมากขึ้น มีการตดตามพฤติกรรมอยาง ตอเนื่อง เมื่อผู้ป่วยกลับบานยังคงไวพฤติกรรม การให กำลังใจเปนการสงเสริมพฤติกรรม ผู้ป่วยบางรายหมด กำลังใจทอแทใจลนหวง ใหขาดการปฏิบัติพฤติกรรม ที่ตองอยูนในทาควาหน้าเปนระยะเวลายาวนาน เมื่อเขาใจ ถึงปัญหา ผู้ป่วยยังมีความกังวลใจ ไมม่ั่นใจในการ ปฏิบัติพฤติกรรม การแกไขปัญหาเฉพาะรายบุคคลมี ความสำคัญอยางมาก การกำหนดเปาหมายพฤติกรรม การควาหน้า เปนการประยุกตใชจากการนาทฤษฎี ทางการพยาบาลมาใชใหสอดคลองกับโรคจอประสาท ตาหลุดลอก ซึ่งจากผลการวิจัยผู้ป่วยในกลุ่มที่ไดรับ โปรแกรมการต้งเปาหมาย มีจำนวนชั่วโมงพฤติกรรม การควาหน้าที่มากกวากลุ่มที่ไม่ไดรับโปรแกรม

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการมอง เห็นตมมากกว่ากลุ่มควบคุม มีการมองเห็นที่ดีขึ้น กอนผ่าตัด 1 เดือน และหลังผ่าตัด 1 เดือน มีค่าเฉลี่ย ความสามารถในการมองเห็นแตกต่างกันอยางมีนัย สำคัญทางสถิติ และหลังผ่าตัด 6-7 วัน และหลังผ่าตัด 1 เดือนมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการมองเห็นแตกต่าง กันอยางมีนัยสำคัญทางสถิติ การจัดทาของผู้ป่วยหลัง จิตแกส เพื่อใหฟองแกสลอยขึ้นไปกดจอประสาทตาที่ ลอกกลับไปยังตาหนงเดิม เพื่อปดรูฉีกขาดของจอ ประสาทตา พฤติกรรมการควาหน้าหลังผ่าตัดจอ ประสาทตาหลุดลอกแบบใสแกสมีผลต่อความสามารถ ในการมองเห็น²¹จากผลการวิจัยพบว่าวันกอนผ่าตัด 1 เดือน และหลังผ่าตัด 6-7 วันมีค่าเฉลี่ยความสามารถ ในการมองเห็นไมแตกต่างกันอยางมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเกิดจากระยะเวลาหลังผ่าตัด 6-7 วัน ยังคงมี ปริมาณของแกสภายในตาจำนวนมากทำให้ไมสามารถ

ประเมินความสามารถในการมองเห็นได การคงอยูนของ แกสในการผ่าตัดจอประสาทตา พบวาความสามารถใน การมองเห็นหลังผ่าตัดเกี่ยวขงกับการสลายของแกส SF₆ และ C₃F₈ อยูนในช่วงระยะเวลา 2-8 สัปดาห์ ปริมาณ แกสในตาจะลดลงตามระยะเวลา²²ผลลัพธ์การมองเห็น ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดจอประสาทตาที่ไดรับการจิตแกส พบวาความสามารถในการมองเห็นของผู้ป่วยเริ่มฟื้น หายภายหลังการผ่าตัด 1-3 สัปดาห์ ดั่งนั้นหากวัดการ วินิจฉัย ความสามารถในการมองเห็นหลังผ่าตัด ควร พิจารณาผลลัพธ์หลังผ่าตัดช่วงระยะเวลาทีปริมาณแกส ในตาลดน้อยลงและอยูนในช่วงต้งตั้งแต่ 4-6 สัปดาห์ ขึ้นไป²³⁻²⁵

การเปรียบเทียบการตดกลับของจอประสาทตา ในผู้ป่วยผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอกแบบใสแกสหลัง ผ่าตัด ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยหลังไดรับการผ่าตัดจอ ประสาทตาหลุดลอกแบบใสแกส 1 เดือน การตดกลับ ของจอประสาทตาหลังผ่าตัดในกลุ่มทดลองมากกว่า กลุ่มควบคุม การตดกลับของจอประสาทตาหลุดลอกที่ แกสในกลุ่มที่มีพฤติกรรมการควาหน้าไดอยางดีและ ถูกตองหลังผ่าตัดส่งผลต่อการตดกลับของจอประสาทตา อยางมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะและแนวทางการนำผลการวิจัยไปใช้ ประโยชน์

1. ควรสงเสริมใหพยาบาลวิชาชีพไดเรยนรูและ นาวธการต้งเปาหมายรวมกับผู้ป่วยมาใช้ในการใหคำแนะนำทั้งกอนและหลังผ่าตัด มีการตดตามผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดเพื่อความตอเนื่องของพฤติกรรม การควาหน้า หลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ไดรับการผ่าตัดจอประสาทตาหลุด ลอกแบบใสแกสเพื่อเปนการสงเสริมการดูแลผู้ป่วยและ ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีหลังไดรับการดูแลรักษา
2. ควรเพิ่มระยะเวลาการตดตามผลลัพธ์ทาง คลินิกอยางตอเนื่องทุก 3 เดือน ถึง 6 เดือน รวมกับการ

ผลของโปรแกรมการตั้งเป้าหมายร่วมต่อพฤติกรรมการคว่ำหน้าและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยหลังผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอกแบบใส่แก๊ส

ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอก

3. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการตั้งเป้าหมายพฤติกรรมการคว่ำหน้าในผู้ป่วยหลังผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอกแบบใส่น้ำมันซิลิโคนเพื่อลดอัตราการเข้ารับการผ่าตัดซ้ำ

4. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ควรมีการศึกษาข้อมูลที่มีผลต่อการคว่ำหน้า เช่น น้ำหนักตัว การวินิจฉัยตำแหน่งการหลุดลอกของโรค โรคเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Fact sheets: visual impairment and blindness [monograph on theInternet].2014. [cited 2019 Jun 4]. Available from: www.who.int.
2. The Royal College of Ophthalmologists. Performance report of the Royal College of Ophthalmologists of Thailand for the year 2018. Bangkok: The Royal College of Ophthalmologists; 2018.
3. Suwanpimolkul A. Complications after cataract surgery 2 [Internet]. Isoptik Individual Progressive Lens Center; 2022 [cited 2024 Jun 20]. Available from: <https://www.isoptik.com/th/article/eyecare/485>.
4. Akkarapipatkul K. (2006). Eye symptoms in physical diseases, part 2. In: Wongkittirak S, Khamphithak K, editors. Textbook of Ophthalmology. Bangkok: Phimdee; 2006. p. 152–63.
5. Songwatthananyuth P. Role of nurse for caring retinal detachment patients. Journal of Nursing and Health Science Research. 2020;12(2):189–201. (in Thai)
6. Kusaba K, Tsuboi K, Handa T, Shiraki Y, Kataoka T, Kamei M. Evaluation of adjustable postoperative position after pars plana vitrectomy and gas tamponade for primary rhegmatogenous retinal detachment. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2018;59(9):4231.
7. American Academy of Ophthalmology. 2021–2022 Basic and clinical science course, Section 12: Retina and vitreous. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology; 2021.
8. Noyudom A. (2018). Care of patients with face-down position after inserting gas in the vitreous cavity. Ramathibodi Nursing Journal. 2018;24(3):239–48. (in Thai)
9. Lawanasakol S. The effectiveness of information-motivation-behavioral skills Program on face down positioning in post operation of vitreous and retina surgery and gas tamponade. Region11 Medical Journal. 2019;3(33):581–8. (in Thai)
10. Kim AY, Hwang S, Kang SW, Shin SY, Chang WH, Kim SJ, Noh H. A structured exercise to relieve musculoskeletal pain caused by face-down posture after retinal surgery: a randomized controlled trial. Sci Rep. 2021;11:22074.
11. Takenami T, Tanaka K, Suzuki T, Hiruma H, Ikeda T, Sugimura K. Increase in intraoperative intraocular pressure in the prone position. Spine Surg Relat Res. 2024;8(4):458–65. doi:10.22603/ssr.2023-0263.
12. Eaton J, Johnson R. Coaching successfully. London: Dorling Kindersley; 2001.
13. Wilson SL, Powell GE, Brock D, Thwaites H. Behavioural differences between patients who emerged from vegetative state and those who did not. Brain Inj. 1996;10(7):509–16. doi: 10.1080/026990596124223.
14. Schick T, Heimann H, Schaub F. Retinal detachment part 1-epidemiology, risk factors, clinical characteristics, diagnostic approach. Klin Monbl Augenheilkd. 2020;237(12):1479–91. doi: 10.1055/a- 1243-1363.
15. Finn AP, Sternberg P Jr. Considering the patient, surgeon, and health care system in the timing of retinal detachment repair. Ophthalmol Retina. 2023;7(5):373–4. doi: 10.1016/j.oret.2023.02.012.
16. King IM. A theory for nursing: Systems, concepts, process. New York: Wiley; 1981.
17. Chayarut P, Roojanavech S, Chatdokmaiprai K. The effects of health risk communication program among diabetic retinopathy patients in a community Samut Sakhon Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021;20(3):206–17. (in Thai)
18. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39(2):175–91. doi: 10.3758/BF03193146.

19. Brooke P, Bullock R. Validation of a 6 item cognitive impairment test with a view to primary care usage. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999;14(11):936-40.
20. Aree-Ue S, Youngcharoen P. The 6 item cognitive function test-Thai version: Psychometric property testing. *Ramathibodi Nursing Journal*. 2020;26(2):188-202. (in Thai)
21. Pasu S, Bell L, Zenasni Z, Lanz D, Simmonds IA, Thompson A, et al. Facedown positioning following surgery for large full-thickness macular hole. *JAMA Ophthalmol*. 2020;138(7):725-30. doi:10.1001/jamaophthalmol.2020.0987.
22. Timothy D, Mutanga O, Ismail R. Quantifying aboveground biomass in African environments: a review of the trade-offs between sensor estimation accuracy and costs. *Trop Ecol*. 2016;57(3):393-405.
23. Rao X, Wang NK, Chen YP, Hwang YS, Chuang LH, Liu IC, et al. Outcomes of outpatient fluid-gas exchange for open macular hole after vitrectomy. *Am J Ophthalmol*. 2013;156(2):326-33. doi: 10.1016/j.ajo.2013.03.031.
24. Shaheen AR, Iyer PG, Flynn HW, Yannuzzi NA. Retinal displacement following repair of rhegmatogenous retinal detachment. *Oman J Ophthalmol*. 2023 May-Aug;16(2):205-10. doi: 10.4103/ojo.ojo_187_22.
25. Schöneberger V, Tahmaz V, Menghesha L, Lüke JN, Cursiefen C, Schaub F, et al. Retinal detachment rates after uncomplicated dmek versus cataract surgery combined (Triple-) DMEK. *Cornea*. 2024. doi:10.1097/ICO.0000000000003554.