

SMART Cataract Care: การพัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมแบบองค์รวมในผู้สูงอายุ  
ก่อนผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลยโสธร

SMART Cataract Care: Development of Holistic Preparation Guidelines for  
Elderly Patients before Cataract Surgery at Yasothon Hospital

Itsaya Thareerach, B.N.S.

Rawinan Chansawang, B.N.S.

Perioperative Nursing Division

Yasothon Hospital, Yasothon Province

Isaya21021978@gmail.com

อิษยา ธารีราช, พย.บ.

ระวินันท์ จันทร์สว่าง, พย.บ.

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด

โรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร

Received: Dec 22, 2025

Revised: Jan 16, 2026

Accepted: Jan 26, 2026

บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของแนวทาง SMART Cataract Care ซึ่งพัฒนาบนพื้นฐานของ Watson's Theory of Human Caring และ Spielberger's State-Trait Anxiety Theory สำหรับการเตรียมความพร้อมแบบองค์รวมในผู้สูงอายุก่อนผ่าตัดต้อกระจก

**วิธีศึกษา:** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยดำเนินการตามขั้นตอน R1-D1-R2-D2 อย่างเคร่งครัด ระยะที่ 1 (R1) ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรม การวิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎีมีย้อนหลัง 3 ปี และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 15 คน ด้วยแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Content Analysis ระยะที่ 2 (D1) พัฒนาแนวทาง SMART Cataract Care ผ่านกระบวนการ 5 ขั้นตอน โดยบูรณาการทฤษฎี Watson และ Spielberger เข้าด้วยกัน ตรวจสอบคุณภาพแนวทางโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน (ค่า IOC = 0.93) และพัฒนาเครื่องมือประเมินประสิทธิผล 3 ชุด (ความรู้ ความวิตกกังวล ความพร้อม) มีค่า IOC = 0.93-0.96 และความเที่ยง = 0.82-0.91 ระยะที่ 3 (R2) ใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบมีกลุ่มควบคุม ในกลุ่มตัวอย่าง 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย โดยมีการจัดสรรกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Independent t-test, Paired t-test และ ANCOVA ระยะที่ 4 (D2) ปรับปรุงแนวทางให้สมบูรณ์ตามผลการประเมิน

**ผลการศึกษา:** จากการศึกษาระยะที่ 1 (R1) พบประเด็นสำคัญ 3 ประการ คือ 1) ผู้สูงอายุขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด 2) มีความวิตกกังวลสูงจากความกลัวผลลัพธ์ที่ไม่แน่นอน และ 3) ต้องการการสนับสนุนทางจิตใจ และข้อมูลที่ชัดเจน นำไปสู่การพัฒนาแนวทาง SMART Cataract Care ใน D1 ที่ครอบคลุม 5 องค์ประกอบ คือ Spiritual Support, Medical Information, Anxiety Reduction, Readiness Assessment และ Therapeutic Relationship สำหรับผลการประเมินประสิทธิผลใน R2 พบว่า ภายในกลุ่มทดลองหลังได้รับแนวทาง SMART

Cataract Care คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 7.90 คะแนน (95%CI [7.05, 8.75],  $p < .001$ ) คะแนนความวิตกกังวลลดลงเฉลี่ย 19.10 คะแนน (95%CI [-22.34, -15.86],  $p < .001$ ) และคะแนนความพร้อมเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 9.13 คะแนน (95%CI [7.75, 10.51],  $p < .001$ ) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วย ANCOVA พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ความพร้อม และระดับความวิตกกังวลที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) โดยขนาดอิทธิพล (Effect Size) อยู่ในระดับใหญ่มาก ( $\eta^2p = .625-.739$ ) ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีการเลื่อนผ่าตัดเลย (ร้อยละ 0.0 ทั้งสองกลุ่ม) แตกต่างจากข้อมูลย้อนหลังก่อนการพัฒนาาระบบที่พบการเลื่อนผ่าตัด ร้อยละ 18.9-28.6 ต่อเดือน แม้การเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 0.0) และกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 3.3) จะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 1.000$ ) เนื่องด้วยข้อจำกัดของขนาดตัวอย่างที่น้อย แต่ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มเชิงบวกในทางคลินิก กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 90.9 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 73.3,  $p = .041$ )

**สรุป:** แนวทาง SMART Cataract Care ที่พัฒนาผ่านกระบวนการ R&D อย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้ ลดความวิตกกังวล และเสริมสร้างความพร้อมแบบองค์รวมในผู้สูงอายุก่อนผ่าตัดต่อกระจกอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก โดยมีขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่

**คำสำคัญ:** ผู้สูงอายุ, ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด, การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด, การพยาบาลแบบองค์รวม

## Abstract

**Objective:** To develop and evaluate the effectiveness of the SMART Cataract Care guideline, grounded in Watson’s Theory of Human Caring and Spielberger’s State-Trait Anxiety Theory, for holistic preoperative preparation in elderly patients undergoing cataract surgery.

**Methods:** This study employed a research and development (R&D) design, strictly following the R1–D1–R2–D2 framework. Phase 1 (R1) utilized qualitative research methods, including systematic literature review, 3-year retrospective data analysis, and in-depth interviews with 15 stakeholders using semi-structured interview guides, analyzed via content analysis. Phase 2 (D1) developed the SMART Cataract Care guideline through a 5-step process integrating Watson’s and Spielberger’s theories, validated by 5 experts (IOC = 0.93), and developed three assessment instruments (knowledge, anxiety, readiness) with IOC = 0.93-0.96 and reliability = 0.82-0.91. Phase 3 (R2) employed a quasi-experimental design with a pretest-posttest control group, involving 60 participants (30 experimental and 30 control), with group allocation. The analysis was conducted using independent t-tests, paired t-tests, and ANCOVA. Phase 4 (D2) refined the guideline based on evaluation findings.

**Results:** Phase 1 (R1) identified three key issues: 1) lack of knowledge about surgery, 2) high anxiety from fear of uncertain outcomes, and 3) need for psychological support and clear information, leading to the development of SMART Cataract Care in D1 with five components: Spiritual support, Medical information, Anxiety reduction, Readiness assessment, and Therapeutic relationship. Phase 3 (R2) evaluation showed that within the experimental group, knowledge scores increased by a mean of 7.90 points (95% CI [7.05, 8.75],  $p < .001$ ), anxiety scores decreased by 19.10 points (95% CI [-22.34, -15.86],  $p < .001$ ), and readiness scores improved by 9.13 points (95% CI [7.75, 10.51],  $p < .001$ ). ANCOVA revealed significantly better outcomes in the experimental group across all measures ( $p < .001$ ) with large effect sizes ( $\eta^2p = .625-.739$ ). Clinically, both groups showed zero surgery postponements (0% in both groups), contrasting with pre-implementation data showing 18.9-28.6% monthly postponement rates. Although the comparison of postoperative complication rates between the experimental group (0.0%) and control group (3.3%) showed no statistically significant difference ( $p = 1.000$ ) due to the limited sample size, the findings demonstrated a positive clinical trend. The experimental group showed higher care satisfaction (90.9% in the experimental group compared to 73.3% in the control group,  $p = .041$ ).

**Conclusion:** The SMART Cataract Care guideline, systematically developed through a research and development (R&D) process, demonstrates clinically significant effectiveness in enhancing knowledge, reducing anxiety, and improving holistic readiness in elderly patients before cataract surgery, with very large effect sizes.

**Keywords:** Elderly patients, Preoperative anxiety, Preoperative preparation, Holistic nursing

## บทนำ

โรคต้อกระจกยังคงเป็นสาเหตุสำคัญของการบดบังทางการมองเห็นและความตาบอดที่สามารถป้องกันและรักษาได้ในผู้สูงอายุทั่วโลก องค์การอนามัยโลกระบุว่าต้อกระจกเป็นสาเหตุของภาวะสายตาสั้นหรือระยะ 33 และภาวะตาบอดหรือระยะ 51 ของประชากรโลก<sup>1</sup> ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่า ในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยต้อกระจก จำนวน 248,673 ราย ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 267,421 ราย และปี พ.ศ. 2566 จำนวน 289,156 ราย แสดงแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง<sup>2</sup> โดยการผ่าตัดต้อกระจกด้วยเทคนิค Phacoemulsification เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูง มีอัตราความสำเร็จมากกว่าร้อยละ 90<sup>3</sup> อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ของการผ่าตัดไม่ได้ขึ้นอยู่กับความชำนาญของศัลยแพทย์และเทคโนโลยีเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับความพร้อมทางกาย จิตใจ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยด้วย<sup>4-5</sup> ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในผู้ที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก เนื่องจากความกลัวต่อกระบวนการผ่าตัด การสูญเสียการมองเห็นและผลลัพธ์ที่ไม่แน่นอน<sup>5</sup> จากการศึกษาของ M. Rezik และคณะ<sup>5</sup> พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกมีระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดสูงถึงร้อยละ 45 และส่งผลต่อความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เมื่อวิเคราะห์รายเดือนพบว่าการเลื่อนผ่าตัดเฉลี่ย 8–12 รายต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 18.9–28.6 ของผู้ป่วยที่นัดผ่าตัดในแต่ละเดือน ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก ปี 2564-2566<sup>6</sup>

Watson's Theory of Human Caring<sup>7-8</sup> เป็นทฤษฎีการพยาบาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยในฐานะมนุษย์ที่มีคุณค่า ไม่ใช่เพียงแค่วางกายที่ต้องการการรักษา โดยเน้นการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การเคารพและให้คุณค่าในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และการสนับสนุนความต้องการทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างสมดุล Spielberger's State-Trait Anxiety Theory<sup>9-10</sup> อธิบายว่าความวิตกกังวลมี 2 ประเภท คือ State Anxiety (ความวิตกกังวลชั่วคราว) และ Trait Anxiety (ความวิตกกังวลเป็นลักษณะประจำตัว) การบูรณาการทฤษฎีทั้งสองเข้าด้วยกันสามารถช่วยพัฒนาแนวทางการดูแลที่ลดความวิตกกังวลและเสริมสร้างความพร้อมแบบองค์รวม

ดังนั้น การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของแนวทาง SMART Cataract Care บนพื้นฐานของทฤษฎี Watson และ Spielberger เพื่อเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุก่อนผ่าตัดต้อกระจก โดยคาดหวังว่าจะช่วยเพิ่มความรู้ ลดความวิตกกังวล เสริมสร้างความพร้อม และลดอัตราการเลื่อนผ่าตัด ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุก่อนผ่าตัดต้อกระจกในโรงพยาบาลยโสธร และสามารถขยายผลไปยังโรงพยาบาลอื่นต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทาง SMART Cataract Care สำหรับการเตรียมความพร้อมแบบองค์รวมในผู้สูงอายุ ก่อนผ่าตัดต้อกระจก บนพื้นฐานของ Watson's Theory of Human Caring และ Spielberger's State-Trait Anxiety Theory
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวทาง SMART Cataract Care ในการเพิ่มความรู้ ลดความวิตกกังวล และเสริมสร้างความพร้อมในผู้สูงอายุก่อนผ่าตัดต้อกระจก

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

**ระยะที่ 1 (R1):** การศึกษาบริบทและความต้องการ ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ

1) **การทบทวนวรรณกรรม** ตามแนวทาง PRISMA Guideline<sup>11</sup> โดยค้นหาจากฐานข้อมูล PubMed, CINAHL, Cochrane Library และ Thai-Journal Citation Index (TCI) ระหว่างปี ค.ศ. 2019-2024 พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 47 เรื่อง

2) **การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ** จากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก ปี 2564-2566 (ย้อนหลัง 3 ปี) จำนวน 1,414 ราย โดยวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเลื่อนผ่าตัด ลักษณะประชากร โรคประจำตัว และปัญหาที่พบ

3) **การสัมภาษณ์เชิงลึก** ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 15 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่เคยผ่าตัดต้อกระจก 5 คน พยาบาลห้องผ่าตัด 5 คน และแพทย์จักษุแพทย์ 5 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Content Analysis

**ระยะที่ 2 (D1):** การพัฒนาแนวทาง SMART Cataract Care พัฒนาแนวทางผ่านกระบวนการ 5 ขั้นตอน ดังนี้

1) **การบูรณาการทฤษฎี** นำผลการศึกษาจาก R1 มาบูรณาการกับ Watson's Theory of Human Caring และ Spielberger's State-Trait Anxiety Theory

2) **การออกแบบแนวทาง** พัฒนาแนวทาง SMART Cataract Care ที่ครอบคลุม 5 องค์ประกอบ คือ

- (1) Spiritual Support (การสนับสนุนทางจิตวิญญาณ)
- (2) Medical Information (การให้ข้อมูลทางการแพทย์)
- (3) Anxiety Reduction (การลดความวิตกกังวล)
- (4) Readiness Assessment (การประเมินความพร้อม)
- (5) Therapeutic Relationship (การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด)

### 3) การพัฒนาเครื่องมือ ประกอบด้วย 2 ชิ้น คือ

**เครื่องมือชิ้นที่ 1:** แนวทาง SMART Cataract Care ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย คู่มือการใช้แนวทาง แผนการดูแล สื่อการสอนและแบบบันทึก โดยตรวจสอบคุณภาพด้วย Content Validity Index (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่า IOC = 0.93

**เครื่องมือชิ้นที่ 2:** เครื่องมือประเมินประสิทธิผล 3 ชุด คือ

(1) แบบประเมินความรู้ (20 ข้อ) มีค่า IOC = 0.96 และความเที่ยง KR-20 = 0.91

(2) แบบประเมินความวิตกกังวล (Thai version of STAI) 40 ข้อ มีค่า IOC = 0.93

และความเที่ยง Cronbach's alpha = 0.82

(3) แบบประเมินความพร้อม (15 ข้อ) มีค่า IOC = 0.94 และความเที่ยง Cronbach's alpha = 0.88

4) การทดลองนำร่อง (Pilot Study) กับผู้สูงอายุ 10 คน เพื่อประเมินความเป็นไปได้และความเหมาะสมของแนวทาง

5) การปรับปรุงแนวทาง จากผลการทดลองนำร่องและคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

**ระยะที่ 3 (R2):** การประเมินประสิทธิผล ใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบมีกลุ่มควบคุม (Two-group Pretest-posttest Control Group Design)

**กลุ่มตัวอย่าง:** ผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกที่โรงพยาบาลยโสธร จำนวน 60 ราย แบ่งเป็น

- กลุ่มทดลอง 30 ราย (ได้รับแนวทาง SMART Cataract Care)

- กลุ่มควบคุม 30 ราย (ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน)

โดยใช้วิธีการจัดสรรกลุ่มตามลำดับเวลา (Allocation by Time Period) เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาการปนเปื้อนระหว่างกลุ่ม (Contamination)

**เกณฑ์การคัดเลือก:**

1. อายุ 60 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจกและนัดผ่าตัดตาข้างเดียว
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
4. ไม่มีภาวะสมองเสื่อมหรือความบกพร่องทางการรับรู้
5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

**การเก็บรวบรวมข้อมูล:**

**ก่อนการทดลอง (Pretest):** ประเมินความรู้ ความวิตกกังวล และความพร้อม

**หลังการทดลอง (Posttest):** ประเมินอีกครั้งในวันก่อนผ่าตัด 1 วัน

**ติดตามผล:** ประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและความพึงพอใจ

**การวิเคราะห์ข้อมูล:** ใช้โปรแกรม SPSS วิเคราะห์ด้วยสถิติ Descriptive Statistics, Independent t-test, Paired t-test และ Analysis of Covariance (ANCOVA) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .05$  และคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) ด้วย Partial eta squared ( $\eta^2p$ )<sup>12</sup>

**ระยะที่ 4 (D2):** การปรับปรุงและพัฒนาแนวทางให้สมบูรณ์

นำผลการประเมินประสิทธิผลจาก R2 และข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มาปรับปรุงและพัฒนาแนวทางให้สมบูรณ์และเหมาะสมกับการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลยโสธร (เลขที่โครงการ YSH-REC-66-012 หรือ YST 2025-02) โดยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 และเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจากได้รับการอนุมัติอย่างเป็นทางการ

### ผลการวิจัย

**ผลการศึกษาระยะที่ 1 (R1):** การศึกษาบริบทและความต้องการ

จากการทบทวนวรรณกรรม การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ และการสัมภาษณ์เชิงลึก พบประเด็นสำคัญ 3 ประการ คือ

1) **ด้านความรู้:** ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 38.4) ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการผ่าตัดต้อกระจก การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด และผลลัพธ์ที่คาดหวัง จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้สูงอายุต้องการข้อมูลที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และได้รับคำแนะนำที่เป็นรูปธรรม

2) **ด้านความวิตกกังวล:** ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดสูง (ร้อยละ 45.2) โดยมีสาเหตุหลักมาจาก ความกลัวการสูญเสียการมองเห็น กลัวความเจ็บปวด กลัวผลลัพธ์ที่ไม่แน่นอน และกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย

3) **ด้านการสนับสนุน:** ผู้สูงอายุต้องการการสนับสนุนทางจิตใจ การให้กำลังใจ การสร้างความมั่นใจ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว นอกจากนี้ยังต้องการการสนับสนุนทางจิตวิญญาณ เช่น การให้พรและคำอวยพร

ผลการศึกษาในระยษนี้นำไปสู่การพัฒนาแนวทาง SMART Cataract Care ที่ตอบสนองความต้องการ ทั้ง 3 ประเด็น โดยบูรณาการทฤษฎี Watson และ Spielberger เข้าด้วยกัน

**ผลการพัฒนาแนวทาง (D1):** แนวทาง SMART Cataract Care

แนวทาง SMART Cataract Care ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่า IOC = 0.93 และเครื่องมือประเมินประสิทธิผล 3 ชุด มีค่า IOC = 0.93-0.96 และความเที่ยง = 0.82-0.91 แสดงว่าแนวทางและเครื่องมือมีคุณภาพและความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ดีมาก

## ผลการประเมินประสิทธิผล (R2)

### 1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทางประชากรไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) โดยมีอายุเฉลี่ย  $68.5 \pm 6.2$  ปี เพศหญิงร้อยละ 60.0 สถานภาพสมรสร้อยละ 73.3 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 66.7 และมีโรคประจำตัวร้อยละ 56.7 (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นหลัก)

### 2. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้

**ภายในกลุ่ม:** กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก  $11.23 \pm 1.85$  เป็น  $19.13 \pm 0.86$  คะแนน ( $t = -21.47$ ,  $p < .001$ ) ส่วนกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นจาก  $11.47 \pm 1.83$  เป็น  $15.20 \pm 1.63$  คะแนน ( $t = -10.84$ ,  $p < .001$ )

**ระหว่างกลุ่ม:** หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 147.63$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 p = .739$ ) โดยมีขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่มาก

### 3. การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวล

**ภายในกลุ่ม:** กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลลดลง จาก  $63.67 \pm 7.83$  เป็น  $44.57 \pm 5.94$  คะแนน ( $t = 12.54$ ,  $p < .001$ ) ส่วนกลุ่มควบคุมลดลง จาก  $62.80 \pm 8.05$  เป็น  $54.13 \pm 6.58$  คะแนน ( $t = 6.18$ ,  $p < .001$ )

**ระหว่างกลุ่ม:** หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 48.67$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 p = .625$ ) โดยมีขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่มาก

### 4. การเปรียบเทียบคะแนนความพร้อม

**ภายในกลุ่ม:** กลุ่มทดลองมีคะแนนความพร้อมเพิ่มขึ้น จาก  $23.10 \pm 3.35$  เป็น  $32.23 \pm 2.32$  คะแนน ( $t = -13.89$ ,  $p < .001$ ) ส่วนกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น จาก  $23.37 \pm 3.28$  เป็น  $27.47 \pm 2.64$  คะแนน ( $t = -6.42$ ,  $p < .001$ )

**ระหว่างกลุ่ม:** หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความพร้อมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 62.18$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 p = .686$ ) โดยมีขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่มาก

### 5. ผลลัพธ์ทางคลินิก

**การเลื่อนผ่าตัด:** ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีการเลื่อนผ่าตัด (ร้อยละ 0.0 ทั้งสองกลุ่ม) ซึ่งแตกต่างจากข้อมูลย้อนหลังก่อนการพัฒนาระบบที่พบการเลื่อนผ่าตัด ร้อยละ 18.9-28.6 ต่อเดือน

**ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด:** กลุ่มทดลองไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ 0.0) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีภาวะแทรกซ้อน 1 ราย (ร้อยละ 3.3) คือภาวะกระเจกตาบวมหลังผ่าตัด ( $p = 1.000$ , Fisher's exact test)

**ความพึงพอใจ:** กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการดูแลในระดับมาก-มากที่สุด ร้อยละ 90.9 (27 จาก 30 ราย) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีร้อยละ 73.3 (22 จาก 30 ราย) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .041$ , Chi-square test)

## อภิปรายผล

### ประสิทธิผลของแนวทาง SMART Cataract Care

การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า แนวทาง SMART Cataract Care ที่พัฒนาผ่านกระบวนการ R&D อย่างเป็นระบบ มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้ ลดความวิตกกังวล และเสริมสร้างความพร้อมในผู้สูงอายุก่อนผ่าตัดต่อกระจกอย่าง มีนัยสำคัญทางคลินิก โดยมีขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่มาก ( $\eta^2p = .625-.739$ ) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ J. Cohen<sup>12</sup> กำหนดไว้ สำหรับขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ ( $\eta^2p \geq .14$ )

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ J. Baek และคณะ<sup>4</sup> ที่ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับการจัดการความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้สูงอายุ พบว่าการแทรกแซงแบบองค์รวมที่ประกอบด้วย การให้ความรู้ การลดความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางจิตใจ มีประสิทธิผลดีกว่าการแทรกแซงแบบใดแบบหนึ่งเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับ M. Rejik และคณะ<sup>5</sup> ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยต่อกระจก พบว่าการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดสามารถช่วยลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดได้

การที่แนวทาง SMART Cataract Care มีประสิทธิผลสูงนั้น เป็นผลมาจากการบูรณาการทฤษฎีทางการพยาบาลที่เป็นที่ยอมรับสากลเข้ากับการปฏิบัติทางคลินิกอย่างเป็นระบบ โดยบูรณาการ Watson's Theory of Human Caring<sup>7-8</sup> ที่เน้นการดูแลผู้ป่วยในฐานะมนุษย์ที่มีคุณค่า เข้ากับ Spielberger's State-Trait Anxiety Theory<sup>9-10</sup> ที่อธิบายกลไกของความวิตกกังวล ทำให้แนวทางนี้ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างสมดุล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) ที่เน้นการดูแลผู้ป่วยทั้งคนไม่ใช่เพียงแคโรค<sup>13-14</sup>

### การลดอัตราการเลื่อนผ่าตัด

การไม่พบการเลื่อนผ่าตัดในทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 0.0) สะท้อนถึงความสำเร็จของการปรับปรุงระบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของโรงพยาบาลโดยรวม อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาคุณภาพการเตรียมความพร้อมแบบองค์รวม พบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองที่ได้รับแนวทาง SMART Cataract Care มีระดับความรู้ ความพร้อม และความวิตกกังวลที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าแนวทาง SMART Cataract Care ช่วยยกระดับคุณภาพการเตรียมความพร้อมแบบองค์รวมได้ดีกว่าการพยาบาลตามมาตรฐาน

ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับแนวคิดของ DF. Polit และคณะ<sup>13</sup> ที่กล่าวว่า ประสิทธิภาพของการแทรกแซงทางการแพทย์ ไม่ควรพิจารณาจากผลลัพธ์ทางคลินิกเพียงอย่างเดียว แต่ควรพิจารณาถึงคุณภาพของกระบวนการดูแลด้วย เช่น ระดับความรู้ ความวิตกกังวล และความพร้อมของผู้ป่วย ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของคุณภาพการดูแล

### การยอมรับและความพึงพอใจของผู้สูงอายุ

กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .041$ ) โดยเฉพาะองค์ประกอบ Therapeutic Relationship ที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การเคารพและให้คุณค่าในฐานะมนุษย์ และ Spiritual Support ที่ให้การสนับสนุนทางจิตวิญญาณ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าได้รับการดูแลอย่างแท้จริงและมีคุณค่า ซึ่งสอดคล้องกับ Watson's Theory of Human Caring<sup>7-8</sup> ที่เน้นว่าการดูแลที่แท้จริงต้องเป็นการดูแลที่ให้คุณค่าในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่ใช่เพียงแค่การรักษาโรค

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาของ RM. Tappen<sup>14</sup> ที่พบว่า การดูแลแบบองค์รวมที่ให้ความสำคัญกับความต้องการทางจิตวิญญาณและความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย สามารถเพิ่มความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ

### ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ใช้ Quasi-experimental Design และวิธีการจัดสรรกลุ่มตามลำดับเวลา ทำให้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนทั้งหมดได้ อาจมีอคติจากการคัดเลือกตัวอย่าง (Selection Bias)
2. ขนาดตัวอย่างค่อนข้างเล็ก (30 รายต่อกลุ่ม) อาจทำให้ power ของการวิจัยไม่สูงพอสำหรับการตรวจสอบผลลัพธ์บางอย่าง เช่น ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด
3. ระยะเวลาการติดตามผลสั้น (เพียงหลังผ่าตัดทันที) ไม่สามารถประเมินผลกระทบระยะยาวของแนวทางต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ระยะยาวของผู้ป่วย

### สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า แนวทาง SMART Cataract Care ซึ่งพัฒนาผ่านกระบวนการวิจัยและพัฒนา (R&D) อย่างเป็นระบบ บนพื้นฐานของ Watson's Theory of Human Caring และ Spielberger's State-Trait Anxiety Theory มีประสิทธิผลในการเตรียมความพร้อมแบบองค์รวมในผู้สูงอายุก่อนผ่าตัดต้อกระจก โดยสามารถเพิ่มความรู้ ลดความวิตกกังวล และเสริมสร้างความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก

แนวทางนี้มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในทางปฏิบัติเพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุก่อนผ่าตัดต้อกระจกในโรงพยาบาลของไทย

### ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ

1. ควรนำแนวทาง SMART Cataract Care ไปใช้เป็นมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุก่อนผ่าตัดต้อกระจกในโรงพยาบาลยโสธร และพิจารณาขยายผลไปยังโรงพยาบาลอื่นในเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 10
2. ควรจัดอบรมพยาบาลวิชาชีพเพื่อพัฒนาทักษะในการใช้แนวทาง SMART Cataract Care อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดและการสนับสนุนทางจิตวิญญาณ
3. ควรมีระบบติดตามและประเมินผลการใช้แนวทางอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงและพัฒนาแนวทางให้เหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนแปลง

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) ด้วยขนาดตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นเพื่อยืนยันประสิทธิผลของแนวทางและเพิ่ม power ของการวิจัย
2. ควรทำการศึกษาติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินผลกระทบของแนวทางต่อคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดต้อกระจก (3 เดือน ถึง 1 ปี)
3. ควรศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Cost-effectiveness) ของการใช้แนวทาง SMART Cataract Care เปรียบเทียบกับการพยาบาลตามมาตรฐาน
4. ควรพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของแนวทางที่คล้ายกันสำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดประเภทอื่น ๆ เพื่อขยายผลการนำแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมไปใช้ในบริบทที่กว้างขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World report on vision [Internet]. 2019 [cited 2024 Dec 15]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516570>
2. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการให้บริการด้านสุขภาพตาสำหรับผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
3. Royal College of Ophthalmologists. Cataract surgery guidelines for Post COVID-19 pandemic [Internet]. 2021 [cited 2024 Dec 15]. Available from: <https://www.rcophth.ac.uk/resources-listing/cataract-surgery-guidelines-for-post-covid-19-pandemic/>
4. Baek J, Kim C, Bissett K. Preoperative anxiety management for elderly patients undergoing cataract surgery: an integrative review. Geriatr Nurs 2024; 59: 677-86. doi: 10.1016/j.gerinurse.2024.08.012. PubMed PMID: 39213989.



5. Rekik M, Maaloul K, Kammoun S, Jerbi S, Amor M, Trigui A. Preoperative anxiety and postoperative pain associated with cataract surgery under local anesthesia. *Tunisie Med* 2024; 102(3): 176-80. doi: 10.62438/tunismed.v102i3.4759. PubMed PMID: 38545714.
6. โรงพยาบาลยโสธร. ข้อมูลสถิติภูมิจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก ปี พ.ศ. 2564–2566. ยโสธร: โรงพยาบาลยโสธร; 2567.
7. Watson J. *Nursing: the philosophy and science of caring*. Rev. Boulder (CO): University Press of Colorado; 2008.
8. Watson J. *Human caring science: a theory of nursing*. 2nd ed. Sudbury (MA): Jones & Bartlett Learning; 2012.
9. Spielberger CD. Anxiety: state-trait process. In: Spielberger CD, Sarason IG, editors. *Stress and anxiety*. New York: Wiley; 1975. p. 115-43.
10. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press; 1983.
11. Cook DJ, Sackett DL, Spitzer WO. Methodologic guidelines for systematic reviews of randomized control trials in health care from the Potsdam Consultation on Meta-Analysis. *J Clin Epidemiol* 1995; 48(1): 167-71. doi: 10.1016/0895-4356(94)00172-m. PubMed PMID: 7853043.
12. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
13. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
14. Tappen RM. *Advanced nursing research: from theory to practice*. 2nd ed. Burlington (MA): Jones & Bartlett Learning; 2016.

