

จากพยาบาลจักษุสู่อาจารย์พยาบาล: กรอบ 5 ชั้นในการนำประสบการณ์ทางคลินิกมาจัดการเรียนรู้สำหรับ นักศึกษาพยาบาล

(วันที่รับบทความ: 13 ส.ค. 2569 วันที่แก้ไขบทความ: 15 ส.ค. 2569 วันที่ตอบรับบทความ: 16 ส.ค. 2569)

ทองเดือน ทูมา¹ วชิร อมรโรจน์วรุตม์²

บทคัดย่อ

การเปลี่ยนผ่านจากพยาบาลจักษุสู่อาจารย์พยาบาลมิใช่เพียงการเปลี่ยนสถานที่ทำงาน แต่เป็นการเปลี่ยนอัตลักษณ์และความรับผิดชอบทางวิชาชีพ จากผู้ให้การพยาบาลที่มุ่งผลลัพธ์และความปลอดภัยของผู้ป่วย ไปสู่ผู้จัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่รับผิดชอบต่อพัฒนาการของผู้เรียน คุณภาพบัณฑิต และความปลอดภัยของผู้รับบริการในอนาคต แม้ประสบการณ์ด้านการพยาบาลจักษุเป็นทุนสำคัญที่ประกอบด้วยความรู้เฉพาะทาง ทักษะ การประเมิน การเฝ้าระวังภาวะเร่งด่วน การใช้ยาอย่างปลอดภัย และการสื่อสารกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านการมองเห็น แต่ประสบการณ์ทางคลินิกมิได้ทำให้เกิดสมรรถนะด้านการสอนโดยอัตโนมัติ บทความวิชาการนี้มุ่งอธิบายความท้าทายของการเปลี่ยนผ่าน สังเคราะห์บทบาทของอาจารย์พยาบาล และเสนอกรอบการนำประสบการณ์ทางคลินิกมาจัดการเรียนรู้สำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 กรอบดังกล่าวประกอบด้วย 5 ชั้น ได้แก่ 1) ถอดบทเรียนจากประสบการณ์ทางคลินิก 2) วิเคราะห์ผู้เรียน 3) คัดเลือกและจัดระดับเนื้อหา 4) แปลงความรู้เป็นประสบการณ์เรียนรู้ และ 5) ประเมินและสะท้อนผล โดยอาจารย์ทำหน้าที่สำคัญ 5 บทบาท คือ ผู้คัดเลือกและจัดระดับเนื้อหา ผู้เชื่อมโยงทฤษฎีกับการปฏิบัติและออกแบบประสบการณ์เรียนรู้ ผู้กระตุ้นการคิดเชิงคลินิก ผู้เป็นแบบอย่างด้านวิชาชีพและความปลอดภัย และผู้ประเมินพร้อมให้ข้อมูลย้อนกลับ พร้อมยกตัวอย่างการประยุกต์ใช้กับกรณีผู้สูงอายุหลังผ่าตัดต้อกระจก กรอบนี้ช่วยเปลี่ยนความรู้ที่ฝังอยู่ในประสบการณ์ให้เป็นการเรียนรู้ที่มองเห็นได้ เหมาะกับระดับผู้เรียน และนำไปใช้ได้จริง ทั้งยังสามารถประยุกต์กับอาจารย์พยาบาลใหม่จากสาขาคลินิกอื่น โดยควรได้รับการตรวจสอบความเหมาะสมและศึกษาผลของการนำไปใช้ต่อไป

คำสำคัญ: พยาบาลจักษุ, อาจารย์พยาบาล, การจัดการเรียนรู้, การคิดเชิงคลินิก, การเปลี่ยนผ่านบทบาท

¹อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น

²คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น

Corresponding author: ทองเดือน ทูมา, e-mail: thongtuan.tum@neu.ac.th

From Ophthalmic Nurse to Nursing Instructor: A Five-Step Framework for Integrating Clinical Experience into Learning for Nursing Students

(Received: August 13, 2026 Revised: August 15, 2026 Accepted: August 16, 2026)

Thongtuan Tumma¹ Wacharee Amornrojanavaravutti²

Abstract

The transition from ophthalmic nurse to nursing instructor is more than a change of workplace; it is a transformation of professional identity and accountability. The focus shifts from providing direct nursing care and ensuring patient safety to designing learning experiences that support student development, graduate quality, and the safety of future care recipients. Ophthalmic clinical experience provides valuable professional capital, including specialized knowledge, precise assessment, recognition of urgent eye conditions, medication safety, and communication with people who have visual impairment. However, clinical experience does not automatically lead to teaching competence. This academic article explains transition challenges, synthesizes key educator roles, and proposes a framework for integrating clinical experience into learning for second-year nursing students. The framework comprises five steps: (1) extracting knowledge from clinical experience, (2) analyzing learners, (3) selecting and leveling content, (4) transforming knowledge into learning experiences, and (5) assessing and reflecting on outcomes. Within this process, nursing instructors enact five interrelated roles: content selector and leveler; theory–practice connector and learning designer; facilitator of clinical reasoning; professional and safety role model; and assessor and feedback provider. An application example involving an older adult after cataract surgery illustrates how the framework can align learning outcomes, case information, guiding questions, practice, assessment, and reflection. The framework makes tacit clinical knowledge visible, learner-appropriate, and actionable. It can also be adapted for novice nursing instructors transitioning from other clinical specialties, although its appropriateness and educational outcomes require further evaluation.

Keywords: ophthalmic nurse, nursing instructor, learning facilitation, clinical reasoning, role transition

¹Lecturer, Faculty of Nursing, Northeastern University

²Dean, Faculty of Nursing, Northeastern University

Corresponding author: Thongtuan Tumma, e-mail: thongtuan.tum@neu.ac.th

บทนำ

ความต้องการบริการสุขภาพตาเพิ่มขึ้นตามการสูงวัยของประชากร โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การบาดเจ็บ และความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ การดูแลสุขภาพตาจึงไม่ควรจำกัดอยู่เฉพาะหน่วยงานจักษุหรือบุคลากรเฉพาะทาง แต่ต้องบูรณาการในระบบสุขภาพและยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ⁽¹⁾ องค์การอนามัยโลกได้พัฒนากรอบสมรรถนะการดูแลสุขภาพตา เพื่อกำหนดความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของบุคลากรตั้งแต่ระดับชุมชนถึงระดับตติยภูมิ โดยให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลต่อเนื่อง การทำงานเป็นทีม และความปลอดภัย ^(2, 3)

พยาบาลจักษุมีทุนประสบการณ์ที่มีคุณค่าต่อการศึกษายาบาล เช่น การประเมินการมองเห็น การสังเกตอาการผิดปกติ การเตรียมผู้ป่วยก่อนและหลังหัตถการ การบริหารยาทางตา การป้องกันการติดเชื้อ และการสื่อสารกับผู้มีข้อจำกัดด้านการมองเห็น หลักฐานในประเทศไทยแสดงให้เห็นว่า การออกแบบสื่อและกิจกรรมที่เหมาะสมช่วยเตรียมทักษะการเช็ดตา หยอดตา และป้ายตาของนักศึกษาพยาบาลก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติได้ ⁽⁴⁾ ประเด็นสำคัญจึงมิใช่เพียงการมีความรู้ด้านจักษุ แต่คือความสามารถของอาจารย์ในการเปลี่ยนความรู้ นั้นให้เป็นประสบการณ์ที่ผู้เรียนเข้าใจ คิด และปฏิบัติอย่างปลอดภัย

เมื่อพยาบาลจักษุเปลี่ยนบทบาทสู่อาจารย์ เป้าหมายของงานเปลี่ยนจากการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโดยตรง

ไปสู่การพัฒนาผู้เรียนให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ การทบทวนขอบเขตความรู้พบว่า พยาบาลที่เปลี่ยนจากงานคลินิกสู่บทบาทผู้สอนมักเผชิญความไม่ชัดเจนของบทบาท การเปลี่ยนอัตลักษณ์ ภาระงาน ความคาดหวังขององค์กร และช่องว่างด้านศาสตร์การสอน แม้จะมีประสบการณ์ทางคลินิกมาก ⁽⁵⁾ ปรากฏการณ์นี้ยืนยันว่า ประสบการณ์ทางคลินิกไม่เท่ากับสมรรถนะในการสอน

วัตถุประสงค์

บทความนี้จึงมีได้มุ่งเล่าประสบการณ์เฉพาะบุคคลหรืออธิบายโรคตาเป็นรายโรค แต่สังเคราะห์หลักฐานด้านการศึกษายาบาลร่วมกับบริบทจักษุเพื่ออธิบายการเปลี่ยนผ่าน บทบาทของอาจารย์พยาบาล และกรอบการนำประสบการณ์ทางคลินิกมาจัดการเรียนรู้สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ สารที่เสนอมีเป้าหมายให้ใช้ได้ทั้งในการเตรียมตนของอาจารย์ใหม่ การพัฒนาระบบพี่เลี้ยง และการออกแบบกิจกรรมที่เชื่อมโยงทฤษฎีกับการปฏิบัติ

วิธีการสืบค้นและสังเคราะห์เอกสาร

บทความนี้ใช้การทบทวนวรรณกรรมแบบมุ่งประเด็น (focused narrative review) โดยสืบค้น PubMed, ThaiJO และเว็บไซต์ขององค์กรวิชาชีพ และหน่วยงานมาตรฐาน ได้แก่ องค์การอนามัยโลก และ National League for Nursing ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2569 คำค้นภาษาอังกฤษประกอบด้วย clinical nurse, novice nurse educator, role transition, nursing instructor,

clinical teaching, clinical reasoning, clinical judgment, simulation, ophthalmic nursing และ eye care competency ส่วนคำค้นภาษาไทย ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลใหม่ การเปลี่ยนผ่าน บทบาท การสอนทางคลินิก การคิดเชิงคลินิก นักศึกษาพยาบาล และการพยาบาลจักษุ การสืบค้น ครั้งสุดท้ายวันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ. 2569 โดยเชื่อม คำค้นภายในกลุ่มด้วย OR และเชื่อมประเด็น ประชากร บทบาท และการจัดการเรียนรู้ด้วย AND

คัดเลือกเอกสารที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับ 4 ประเด็น ได้แก่ 1) การเปลี่ยนผ่านจากพยาบาล คลินิกสู่อาจารย์ 2) สมรรถนะและการสอนทางคลินิก ของอาจารย์พยาบาล 3) การพัฒนาการคิดและการ ตัดสินใจทางคลินิก และ 4) สมรรถนะหรือการจัดการเรียนรู้ด้านจักษุ โดยให้น้ำหนักกับหลักฐานที่ เผยแพร่ระหว่าง พ.ศ. 2564–2569 ร่วมกับเอกสาร ต้นทางที่จำเป็นต่อการรอบแนวคิด การสังเคราะห์ใช้ การเปรียบเทียบสาระสำคัญ ประเด็นร่วม ช่องว่าง และนัยต่อการนำไปใช้ โดยมีได้มุ่งสรุปขนาดอิทธิพล หรืออ้างว่าเป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ เกณฑ์คัด เข้า ได้แก่ เอกสารภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษที่มี เนื้อหาสอดคล้องกับอย่างน้อยหนึ่งประเด็นที่กำหนด และสามารถตรวจสอบแหล่งเผยแพร่ได้ ส่วนเกณฑ์ คัดออก ได้แก่ เอกสารซ้ำ เอกสารที่ไม่มีเนื้อหา เกี่ยวข้องโดยตรง และข้อมูลที่ไม่สามารถตรวจสอบ แหล่งที่มาได้ เอกสารที่ผ่านเกณฑ์และนำมาใช้ สังเคราะห์ทั้งหมด 17 รายการ โดยพิจารณาความ เหมาะสมจากความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความ

ชัดเจนของวิธีการ และความน่าเชื่อถือของแหล่ง เผยแพร่

การเปลี่ยนผ่านจากผู้ปฏิบัติสู่อาจารย์พยาบาล

1. การเปลี่ยนเป้าหมายและความรับผิดชอบ

พยาบาลจักษุในฐานะผู้ปฏิบัติมุ่งประเมินความ ต้องการ ป้องกันอันตราย ดำเนินการพยาบาล และ ติดตามผลอย่างทันทั่วทั้งที่ การตัดสินใจจำนวนมาก เกิดจากการจัดจํารูปแบบอาการ ประสบการณ์จาก สถานการณ์ที่พบซ้ำ และความรู้ที่ฝังอยู่ในการปฏิบัติ ผู้มีประสบการณ์จึงอาจตัดสินใจได้รวดเร็ว โดยมีได้ แยกอธิบายขั้นตอนความคิดทุกชั้น ในบทบาท อาจารย์ กระบวนการคิดดังกล่าวต้องถูกทำให้ มองเห็นได้ ผู้สอนต้องอธิบายว่าเก็บข้อมูลใด เหตุใด ข้อมูลนั้นจึงสำคัญ ข้อมูลใดเป็นสัญญาณอันตราย และเหตุใดการพยาบาลบางอย่างจึงควรทำก่อน สมรรถนะอาจารย์พยาบาลจึงครอบคลุมทั้งการ ส่งเสริมการเรียนรู้ การพัฒนาความเป็นวิชาชีพของ ผู้เรียน การใช้กลยุทธ์ประเมิน การมีส่วนร่วมในการ ออกแบบหลักสูตร และการพัฒนาคุณภาพ⁽⁶⁾ การ สอนจึงเป็นการปฏิบัติทางวิชาชีพที่มีองค์ความรู้ เฉพาะ มิใช่หน้าที่ที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติจาก ประสบการณ์คลินิก

2. การเปลี่ยนอัตลักษณ์และกับดักจาก

ประสบการณ์เดิม อาจารย์ใหม่ต้องเปลี่ยนจาก อัตลักษณ์ของผู้มีประสบการณ์ในคลินิกมาเป็นผู้ เริ่มต้นด้านการศึกษา ความไม่มั่นใจในการเขียน ผลลัพธ์การเรียนรู้ ออกแบบกิจกรรม สร้างข้อสอบ หรือให้ข้อมูลย้อนกลับ มิใช่ความล้มเหลว แต่เป็น ส่วนหนึ่งของการเรียนรู้บทบาทใหม่ หลักฐานเสนอ

ให้มีการเตรียมความพร้อม การนิเทศจากพี่เลี้ยง เครือข่ายสนับสนุน และโอกาสสะท้อนประสบการณ์ เพื่อลดผลกระทบจากภาวะช็อกจากการเปลี่ยนผ่าน⁽⁵⁾ ขณะเดียวกัน ประสบการณ์เดิมอาจกลายเป็นกับดักในการสอน ผู้มีประสบการณ์มักจัดกลุ่มข้อมูลอย่างรวดเร็ว ใช้ศัพท์เฉพาะ ข้ามขั้นตอนที่เห็นว่าเป็นพื้นฐาน หรือคาดหวังให้ผู้เรียนวิเคราะห์ใกล้เคียงผู้มีประสบการณ์ เช่น เมื่อได้ยินว่า “ปวดตามากและมองเห็นลดลงหลังผ่าตัด” พยาบาลจักษุอาจเชื่อมโยงทันทีถึงภาวะที่ต้องเร่งประเมิน แต่นักศึกษาชั้นปีที่ 2 อาจยังไม่ทราบว่าเริ่มเก็บข้อมูลใด อาจารย์จึงต้องชะลอกระบวนการคิด แยกเป็นขั้น และตรวจสอบความเข้าใจของผู้เรียน

3. ธรรมชาติการเรียนรู้การพยาบาลผู้ป่วยจักษุ
เนื้อหาจักษุต้องบูรณาการกายวิภาค พยาธิสรีรวิทยา เกสซ์วิทยา การประเมิน และความปลอดภัย หากสอนเป็นรายชื่อโรค ผู้เรียนอาจจำอาการได้แต่ไม่สามารถจัดลำดับความเร่งด่วน กรอบสมรรถนะขององค์การอนามัยโลกจึงควรถูกปรับให้สอดคล้องกับขอบเขตวิชาชีพ บริบทประเทศไทย และระดับผู้เรียน มีใช้นำสมรรถนะของบุคลากรเฉพาะทางทั้งหมดมาเป็นความคาดหวังของนักศึกษา^(2, 7)

สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ควรเน้นการประเมินอาการเบื้องต้น การแยกข้อมูลปกติกับผิดปกติ การค้นหาสัญญาณอันตราย การให้ยาทางตาอย่างปลอดภัย การป้องกันการติดเชื้อและการพลัดตกหกล้ม และการให้คำแนะนำพื้นฐาน ส่วนการวินิจฉัยแยกโรค การเลือกการรักษา และการจัดการภาวะแทรกซ้อนซับซ้อนเป็นสิ่งที่เกินระดับ แนวทางนี้ป้องกันทั้งการลดทอนเนื้อหาจนขาดความปลอดภัยและการเพิ่มรายละเอียดเฉพาะทางจนผู้เรียนไม่เห็นหลักคิด ข้อเสนอที่พัฒนาขึ้นสำหรับการจัดการเรียนรู้เรื่องการพยาบาลผู้ใหญ่อานจักษุในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่สำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ทั้งนี้ แต่ละสถาบันควรปรับเนื้อหา กิจกรรม และวิธีการประเมินให้สอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับรายวิชา (CLO) และโครงสร้างหลักสูตรของตน โดยจัดลำดับการเรียนรู้จากเนื้อหาและทักษะพื้นฐานไปสู่สถานการณ์ที่ซับซ้อนมากขึ้น พร้อมให้การช่วยเหลือหรือพยุงการเรียนรู้ตามระดับความพร้อมของผู้เรียน เพื่อช่วยควบคุมภาระทางการรู้คิดของผู้เรียนในระยะเริ่มต้น และค่อย ๆ ลดการช่วยเหลือลงเมื่อผู้เรียนสามารถเรียนรู้และปฏิบัติได้ด้วยตนเองมากขึ้น⁽¹⁵⁾ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การจัดระดับเนื้อหาการพยาบาลจักษุสำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2

มิติการเรียนรู้	ระดับที่คาดหวังและการเชื่อมกับ CLO	สิ่งที่ควรจำกัดหรือหลีกเลี่ยง
ความรู้พื้นฐาน	โครงสร้างตา อาการสำคัญ และหลักการประเมินเบื้องต้น	รายละเอียดเฉพาะทางที่ไม่สัมพันธ์กับผลลัพธ์รายวิชา
การประเมิน	ซักประวัติ สังเกตตา ประเมินการมองเห็นและความปลอดภัย รวมถึงการทำหน้าที่	ใช้เครื่องมือหรือแปลผลที่ต้องอาศัยบุคลากรเฉพาะทาง

มิติการเรียนรู้	ระดับที่คาดหวังและการเชื่อมกับ CLO	สิ่งที่ควรจำกัดหรือหลีกเลี่ยง
การพยาบาล	ความเปราะบาง การรู้คิด การได้ยิน การเคลื่อนไหว และความเสี่ยงหกล้ม	เลือกหรือปรับแผนการรักษาแทนผู้มีอำนาจสั่งการรักษา
การคิดเชิงคลินิก	ให้ยาทางตา ป้องกันการติดเชื้อ และดูแลก่อน-หลังหัตถการ	วินิจฉัยแยกโรคซับซ้อนหรือตัดสินใจในระดับบุคลากรเฉพาะทาง
การสื่อสาร	ระบุข้อมูลสำคัญ สัญญาณอันตราย ลำดับปัญหา และการรายงาน ตาม CLO ของรายวิชา	ให้ข้อมูลเกินขอบเขตความรู้หรือบทบาทของนักศึกษา
	สื่อสารกับผู้มีความบกพร่องทางการมองเห็น และใช้ teach-back กับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล รวมทั้งวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง	

บทบาทสำคัญของอาจารย์พยาบาล

จากการสังเคราะห์กรอบสมรรถนะอาจารย์พยาบาล หลักฐานการสอนทางคลินิก และบริบททักษะ บทบาทของอาจารย์มิใช่รายการงานที่แยกจากกัน แต่เป็นบทบาทเชื่อมโยงตลอดวงจรตั้งแต่การกำหนดผลลัพธ์จนถึงการปรับปรุงการสอน การทบทวนแบบบูรณาการระบุนำ การเตรียมผู้เรียน การกำหนดผลลัพธ์ที่ชัด การสร้างความสัมพันธ์เชิงสนับสนุน การใช้วิธีสอนที่เหมาะสม และข้อมูลย้อนกลับ เป็นองค์ประกอบร่วมของการสอนทางคลินิกที่มีคุณภาพ⁽⁸⁾

1. ผู้คัดเลือกและจัดระดับเนื้อหา

อาจารย์ต้องจำแนกว่าเนื้อหาใดเป็นสิ่งที่ผู้เรียน “ต้องรู้” เพื่อความปลอดภัย สิ่งที่ “ควรรู้” เพื่อเชื่อมโยงความเข้าใจ และสิ่งที่ “ยังไม่จำเป็น” ในระดับชั้นนั้น การคัดเลือกมิใช่การลดคุณค่าของประสบการณ์ทางคลินิก แต่เป็นการจัดสรรเวลาและ

ภาระการรู้คิดให้ผู้เรียนสามารถสร้างโครงสร้างความรู้ที่มั่นคงก่อนเรียนเรื่องซับซ้อน

2. ผู้เชื่อมโยงทฤษฎีกับการปฏิบัติและผู้ออกแบบประสบการณ์

อาจารย์ต้องเชื่อมโยงความรู้ตามลำดับ โดยเริ่มจากกายวิภาคและพยาธิสรีรวิทยา เชื่อมโยงไปสู่อาการและข้อมูลสำคัญ การระบุปัญหาการพยาบาล การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลพร้อมเหตุผล และการประเมินผลลัพธ์ จากนั้นจึงเปลี่ยนเนื้อหาเป็นภารกิจที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้คิดและลงมือปฏิบัติ เช่น การวิเคราะห์กรณีศึกษา การสาธิตพร้อมอธิบาย กระบวนการคิด การฝึกทักษะ การสอนกลับ และการสะท้อนคิด ทั้งนี้ ควรเลือกกิจกรรมให้สอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ มิใช่เลือกเพียงเพราะกิจกรรมนั้นทันสมัยหรือมีอุปกรณ์พร้อม

3. ผู้กระตุ้นการคิดเชิงคลินิก

ในบทความนี้ การคิดเชิงคลินิกหมายถึง กระบวนการรวบรวมและแปลความหมายข้อมูล ส่วนการตัดสินใจทางคลินิกหมายถึงการเลือกการตอบสนองจากข้อมูลนั้น ขณะที่การตัดสินใจทางคลินิก (clinical judgment) หมายถึงผลสรุปที่ปรากฏเป็น การตัดสินใจและการปฏิบัติ การตัดสินใจทางคลินิก เป็นกระบวนการใช้ข้อมูลและความรู้เพื่อสร้าง ข้อสรุปทางคลินิก ไม่ใช้การจำคำตอบ⁽⁹⁾ สำหรับ นักศึกษาระดับต้น อาจารย์ควรใช้ลำดับ “สังเกต- แปลความหมาย-ตอบสนอง-สะท้อนผล” เพื่อให้ การคิดเป็นขั้นตอน⁽¹⁰⁾ คำถามสำคัญ ได้แก่ ข้อมูลใด สำคัญ ข้อมูลใดยังขาด อาการใดเป็นสัญญาณ อันตราย ควรทำอะไรก่อน เพราะเหตุใด และเมื่อใด ต้องรายงาน อาจารย์ไม่ควรรีบเฉลย แต่ให้การพยุ่ง การเรียนรู้เท่าที่จำเป็นและค่อยลดลงเมื่อผู้เรียนมี ความสามารถเพิ่มขึ้น ลำดับดังกล่าวเหมาะกับ นักศึกษาชั้นปีที่ 2 เพราะทำให้กระบวนการคิดที่ ซับซ้อนมองเห็นและฝึกทีละขั้นได้

4. แบบอย่างด้านวิชาชีพและความปลอดภัย

นักศึกษาเรียนรู้จากสิ่งที่อาจารย์ปฏิบัติ อาจารย์จึงต้องเป็นแบบอย่างในการยืนยันตัวผู้ป่วย และข้างของตา ตรวจสอบยา ป้องกันการปนเปื้อน ขออนุญาตก่อนตรวจ รักษาความลับ และปฏิบัติ ภายในขอบเขตวิชาชีพ การดูแลผู้มีความบกพร่อง ทางการมองเห็นต้องแนะนำตนเองก่อนสัมผัส อธิบายสภาพแวดล้อม จัดสิ่งของในตำแหน่งคงเดิม และช่วยเหลือเท่าที่จำเป็น พฤติกรรมเหล่านี้ทำให้ ผู้เรียนเห็นความหมายของการดูแลที่ยึดบุคคลเป็น ศูนย์กลาง

5. ผู้ประเมิน ให้ข้อมูลย้อนกลับ และสะท้อน การสอน

การประเมินต้องสอดคล้องกับผลลัพธ์ หาก ต้องการให้ผู้เรียนหยุดตาได้ปลอดภัย การสอบ ข้อเขียนเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ ควรประเมินการ ปฏิบัติจริง หากต้องการพัฒนาการคิด ควรใช้กรณี ที่ให้ผู้เรียนอธิบายข้อมูล เหตุผล ลำดับความสำคัญ และการตอบสนอง ข้อมูลย้อนกลับควรจำเพาะ ทันเวลา อ้างอิงเกณฑ์ และชี้วิธีพัฒนา เช่น “ขั้นตอน ถูกต้อง แต่ยังไม่ได้ตรวจชื่อยาและตาข้างที่จะให้ยา ครั้งต่อไปให้ใช้หลักตรวจสอบก่อนให้ยาทุกครั้ง” อาจารย์ต้องสะท้อนการสอนควบคู่กัน โดยพิจารณา ว่าผู้เรียนบรรลุผลลัพธ์หรือไม่ เนื้อหาใดเกินระดับ คำถามใดทำให้ผู้เรียนคิด และกิจกรรมใดควรปรับ การสะท้อนจึงไม่ใช่เพียงกิจกรรมหลังสอน แต่เป็น กลไกประกันคุณภาพและพัฒนาสมรรถนะด้านการ สอนอย่างต่อเนื่อง

กรอบ 5 ชั้นในการนำประสบการณ์ทางคลินิกมา จัดการเรียนรู้

กรอบ 5 ชั้นต่อไปนี้สังเคราะห์จากหลักฐาน และบริบทของการเปลี่ยนผ่าน มิใช่แบบจำลองที่ ได้รับการทดสอบประสิทธิผลแล้ว จุดมุ่งหมายคือ ช่วยให้อาจารย์ใหม่เปลี่ยนความรู้ที่ฝังอยู่ใน ประสบการณ์เป็นกิจกรรมและหลักฐานการเรียนรู้ที่ ตรวจสอบได้ โดยแต่ละขั้นเชื่อมโยงกันเป็นวงจร การ สังเคราะห์เชื่อมหลักฐานเรื่องการเปลี่ยนผ่านและ สมรรถนะอาจารย์^(5,6) การสอนทางคลินิก⁽⁸⁾ การ ตัดสินทางคลินิก^(9,10) และการออกแบบสถานการณ์ จำลอง⁽¹¹⁻¹⁴⁾ เข้ากับบริบทຈักษุ^(1-4,7) โดยมีความ

ปลอดภัย ความเหมาะสมตามวัย และขอบเขต
วิชาชีพเป็นจุดตรวจสอบร่วมกัน ทั้ง 5 บทบาท

ของอาจารย์จึงทำงานครอบคลุมดวงจร มิได้แยก
ประจำชั้นใดชั้นหนึ่ง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 กรอบ 5 ชั้นในการนำประสบการณ์ทางคลินิกมาจัดการเรียนรู้

ชั้น	คำถามนำ	การดำเนินการของอาจารย์	ผลผลิตที่ควรได้
1. ถอดบทเรียน จากประสบการณ์ ทางคลินิก	ผู้มีประสบการณ์สังเกต คิด และตัดสินใจจาก อะไร	แยกความรู้ ทักษะ เหตุผล สัญญาณ อันตราย และมาตรฐานจาก สถานการณ์จริง ^(5,6)	แผนที่ความรู้และขั้นตอน คิดที่อธิบายได้
2. วิเคราะห์ ผู้เรียน	ผู้เรียนรู้อะไรและพร้อม เพียงใด	พิจารณาชั้นปี ความรู้เดิม ประสบการณ์ ความแตกต่าง และ ความพร้อมทางอารมณ์ ^(8,15)	จุดเริ่มต้นและระดับการ ช่วยเหลือ
3. คัดเลือกและ จัดระดับ	สิ่งใดจำเป็นต่อผลลัพธ์ และความปลอดภัย	เลือก must know/should know และตัดรายละเอียดที่เกินระดับ ^(2,7,15)	ขอบเขตเนื้อหาที่เหมาะสม กับรายวิชา
4. แปลงเป็นการ เรียนรู้	ผู้เรียนจะแสดงการคิด และการปฏิบัติอย่างไร	ออกแบบกรณี คำถาม การสาธิต การ ฝึก และการสะท้อนคิด ^(8,11-14)	กิจกรรมที่สอดคล้องกับ ผลลัพธ์
5. ประเมินและ สะท้อน	หลักฐานใดยืนยันการ เรียนรู้และต้องปรับอะไร	ประเมินด้วยเกณฑ์ ให้ข้อมูลย้อนกลับ และทบทวนการสอน ^(6,8,17)	หลักฐานผลลัพธ์และแผน ปรับปรุง

ชั้นที่ 1 การถอดบทเรียนจากประสบการณ์ทาง คลินิก

ถอดบทเรียนจากประสบการณ์ทางคลินิก
คือ การนำความรู้ที่ฝังอยู่ในประสบการณ์มาแยกเป็น
องค์ประกอบที่สามารถอธิบายได้ เช่น การหยุดตา
ไม่ควรถูกลดเหลือเพียงลำดับทักษะ แต่ต้องรวมการ
ตรวจชื่อยา ขนาด เวลา และตาข้างที่หย่า ตลอดจน
ประวัติแพ้ยา การตรวจสอบคำสั่ง การป้องกันการ
ปนเปื้อนโดยไม่ให้ปลายขวดสัมผัสดวงตา การเว้น
ระยะระหว่างยาอย่างน้อย 5 นาที เมื่อหย่าหยุดตา
มากกว่าหนึ่งชนิด และการกดท่อน้ำตาเมื่อเหมาะสม

ตามคำแนะนำของยาและผู้รักษา การสังเกตอาการ
ไม่พึงประสงค์ และการประเมินว่าผู้ป่วยหรือผู้ดูแล
สามารถใช้ยาเองได้หรือไม่ ผู้เรียนจึงเข้าใจทั้งวิธีทำ
เหตุผล และความเสี่ยง ⁽¹⁶⁾

ชั้นที่ 2 การวิเคราะห์ผู้เรียน

อาจารย์พิจารณาความรู้เดิม ประสบการณ์
ความแตกต่าง และความกังวลของผู้เรียน นักศึกษา
ชั้นปีที่ 2 อาจรู้โครงสร้างตาแต่ยังเชื่อมโยงอาการกับ
ความเร่งด่วนได้จำกัด หรือกังวลเมื่อต้องสัมผัส
ดวงตา การวิเคราะห์นี้ช่วยกำหนดระยะห่างที่

พอเหมาะระหว่างสิ่งที่ทำได้กับสิ่งที่ต้องเรียนรู้ และ
วางแผนการเรียนรู้ที่ค่อยลดลง

ขั้นที่ 3 การคัดเลือกและจัดระดับเนื้อหา

เนื้อหาที่เลือกต้องสัมพันธ์กับผลลัพธ์ เวลา
และความปลอดภัย เริ่มจากปัญหาบ่อยและหลัก
ทั่วไป ก่อนเพิ่มข้อมูลที่บ่งชี้ความเร่งด่วน อาจารย์
ควรตรวจทุกหัวข้อด้วยคำถามว่า “ผู้เรียนจำเป็นต้อง
ใช้ความรู้นี้ทำอะไร” หากตอบไม่ได้ ควรตัด ย้ายไป
อ่านเพิ่มเติม หรือสอนในระดับที่สูงขึ้น

ขั้นที่ 4 การแปลงความรู้เป็นประสบการณ์เรียนรู้

เปลี่ยนเนื้อหาเป็นภารกิจที่ผู้เรียนต้องสังเกต
อธิบาย ตัดสินใจ และลงมือทำ การสาธิตพร้อมคิด
ออกเสียงช่วยให้เห็นเหตุผลเบื้องหลังพฤติกรรม ส่วน
สถานการณ์จำลองเหมาะเมื่อโอกาสฝึกกับผู้ป่วยมี
จำกัดหรือมีความเสี่ยง มาตรฐานสถานการณ์จำลอง
เน้นการเตรียมผู้เรียน การอำนวยความสะดวกที่
เหมาะสมกับผลลัพธ์ และบรรยากาศที่ปลอดภัยทาง
จิตใจ ^(11, 12) การทบทวนอย่างเป็นระบบยังพบว่า การ
สรุปบทเรียนหลังสถานการณ์มีผลต่อผลลัพธ์การ
เรียนรู้ ⁽¹³⁾ และงานวิจัยไทยสนับสนุนว่าการฝึกซ้ำ
ด้วยสถานการณ์จำลองสัมพันธ์กับความมั่นใจและ
การตัดสินใจทางคลินิกที่ดีขึ้น ⁽¹⁴⁾

ขั้นที่ 5 การประเมินและสะท้อนผล

ใช้หลักฐานหลายแหล่งตามผลลัพธ์ เช่น
แบบทดสอบสำหรับความรู้ แบบตรวจสอบสำหรับ

ตารางที่ 3 ตัวอย่างการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรอบ 5 ขั้น

องค์ประกอบ	การดำเนินการ	คำถามกระตุ้นการคิด	หลักฐานการเรียนรู้
ผลลัพธ์	ประเมินข้อมูลสำคัญ ระบุความเร่งด่วน ให้ การพยาบาลเบื้องต้น และรายงานได้ โดยระบุ	สถานการณ์นี้ต้องแสดง ความสามารถอะไร	ผลลัพธ์รายกิจกรรม ที่วัดได้

ทักษะ ระบุริกสำหรับเหตุผลทางคลินิก teach-back
สำหรับการสื่อสาร และบันทึกสะท้อนคิดสำหรับการ
ตระหนักรู้ หลังประเมิน อาจารย์ให้ข้อมูลย้อนกลับ
และนำผลมาปรับเนื้อหา คำถาม เวลา และระดับ
การช่วยเหลือในครั้งต่อไป ควรกำหนดเกณฑ์ผ่าน
ก่อนสอน เช่น ผ่านรายการความปลอดภัยที่จำเป็น
ครบทุกข้อและได้คะแนนระบุริกไม่น้อยกว่าระดับที่
หลักสูตรกำหนด โดยใช้ teach-back ตรวจสอบว่า
ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลอธิบายวิธีใช้ยาและอาการที่ต้อง
กลับมาพบแพทย์ได้ด้วยถ้อยคำของตนเอง ⁽¹⁷⁾

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้: ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดต่อ กระเจก

กรณีตัวอย่าง: ผู้ป่วยอายุ 72 ปี มีเบาหวาน
และความดันโลหิตสูง ไข้ยาต้านเกล็ดเลือด การรู้คิด
ปกติแต่ได้ยินลดลงเล็กน้อย เดินด้วยไม้เท้าและมี
บุตรสาวเป็นผู้ดูแล ผู้ป่วยยังไม่มั่นใจในการหยอดตา
ด้วยตนเอง หลังผ่าตัดต่อกระเจก 1 วัน แจ้งว่าปวดตา
มากขึ้น มองเห็นลดลง คลื่นไส้ และกังวลว่าจะตา
บอด อาการระคายเคืองเล็กน้อยอาจพบได้หลังผ่าตัด
แต่อาการปวดมากขึ้นร่วมกับการมองเห็นลดลงและ
คลื่นไส้ให้ถือเป็นสัญญาณเตือนที่ต้องประเมินและ
รายงานทันที กรณีนี้ใช้เพื่อฝึกการค้นหาสัญญาณ
อันตราย การประเมินความปลอดภัย การรายงาน
และการสื่อสาร มิใช่เพื่อให้นักศึกษาวินิจฉัย
ภาวะแทรกซ้อนด้วยตนเอง (ตารางที่ 3)

องค์ประกอบ	การดำเนินการ	คำถามกระตุ้นการคิด	หลักฐานการเรียนรู้
ก่อนเรียน	สัญญาณอันตรายครบ ประเมินข้อมูลจำเป็น จัดลำดับการตอบสนอง และรายงานด้วย ISBAR ได้ตามเกณฑ์	ข้อมูลพื้นฐานใดจำเป็น	แบบทดสอบสั้นหรือ concept map
ระหว่างกรณี	ทบทวนการดูแลหลังผ่าตัด การประเมินความปวด การมองเห็น และความเสี่ยงหกล้ม	ต่อความปลอดภัย	ใบงานเหตุผลและ
ระหว่างกรณี	เปิดเผยข้อมูลที่ละส่วน ให้ผู้เรียนประเมินและจัดลำดับ เมื่อตรวจพบอาการเตือน ให้ดูแลความปลอดภัย ประเมินอาการและสัญญาณ	ข้อมูลใดสำคัญ ยังขาดอะไร และต้องทำอะไร	ใบงานเหตุผลและ การรายงาน ISBAR
ฝึกปฏิบัติ	ชะตามขอบเขต หลีกเลี่ยงการกดหรือขยี้ตา และแจ้งพยาบาลหรือทีมฉุกเฉินทันที โดยไม่วินิจฉัยหรือรักษาเอง	ก่อน	
ฝึกปฏิบัติ	ประเมินความปลอดภัย สื่อสารกับผู้ป่วย และ	จะอธิบายอย่างไรให้ผู้ป่วยเข้าใจและไม่ตื่นตระหนก	แบบตรวจสอบทักษะ และ teach-back โดยผ่านรายการความปลอดภัยที่จำเป็นครบทุกข้อ
สรุ ป แ ล ะ สะ ท่อน	ทบทวนการสังเกต การแปลความหมาย การตอบสนอง และสิ่งที่ต้องพัฒนา	มองข้ามข้อมูลใด และ ครั้งต่อไปจะเปลี่ยนอะไร	รูปกริการคิดและ บันทึกสะท้อน

ความสำเร็จของกิจกรรมมิได้วัดจากการที่นักศึกษาบอกชื่อภาวะแทรกซ้อนได้ แต่พิจารณาว่านักศึกษาสังเกตการเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ รู้ว่าข้อมูลใดต้องประเมินเพิ่ม จัดลำดับการตอบสนองอย่างปลอดภัย รายงานผู้รับผิดชอบ และสื่อสารกับผู้ป่วยโดยไม่ให้ข้อมูลเกินขอบเขตหรือไม่ หลักคิดนี้ทำให้กรณีศึกษาสอดคล้องกับระดับชั้นและลดความเสี่ยงจากการคาดหวังเกินสมรรถนะ

ข้อเสนอเชิงปฏิบัติสำหรับอาจารย์พยาบาลใหม่และสถาบัน

1. ระดับอาจารย์ ก่อนสอนแต่ละหัวข้อ อาจารย์ควรตอบ 5 คำถาม ได้แก่ 1) ผู้เรียนต้องทำอะไรได้ 2) ผู้เรียนรู้อะไรมาแล้ว 3) เนื้อหาใดจำเป็นต่อความปลอดภัย 4) กิจกรรมใดทำให้เห็นกระบวนการคิด และ 5) หลักฐานใดยืนยันว่าบรรลุผลลัพธ์ วิธีนี้เปลี่ยนจุดเริ่มจาก “สิ่งที่อาจารย์ต้องการพูด” เป็น “สิ่งที่ผู้เรียนต้องเรียนรู้” อาจารย์

ใหม่ควรทดลองสอนระยะสั้น สังเกตการสอนของพี่เลี้ยง รับข้อมูลย้อนกลับ และสะท้อนการสอนอย่างต่อเนื่อง

2. ระดับหลักสูตรและสถาบัน หลักสูตรควรกำหนดระดับความลึกของเนื้อหาและสมรรถนะในแต่ละชั้นปีให้ชัด เชื่อมโยงผลลัพธ์ กิจกรรม และการประเมิน รวมทั้งหลีกเลี่ยงความซ้ำซ้อน สถาบันควรจัดปฐมนิเทศ จับคู่อาจารย์พี่เลี้ยง ให้โอกาสร่วมสอนก่อนรับผิดชอบเต็มรูปแบบ จัดชุมชนการเรียนรู้และประเมินพัฒนาการของอาจารย์ใหม่ การสนับสนุนต้องครอบคลุมทั้งศาสตร์การสอน ภาระงาน ความเป็นอยู่ทางจิตใจ และโอกาสรักษาความทันสมัยทางคลินิก

3. ระดับการวิจัยและพัฒนา กรอบ 5 ขั้นที่เสนอควรได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ทดลองความเป็นไปได้กับอาจารย์ใหม่ และศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพแผนการสอน ความมั่นใจของอาจารย์ การคิดเชิงคลินิกของนักศึกษา และความปลอดภัยในการฝึก นอกจากนี้ควรศึกษาประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านในบริบทสถาบันพยาบาลของไทย เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนที่ตอบสนองความต้องการจริง ไม่สรุปจากบริบทต่างประเทศเพียงอย่างเดียว

บทสรุป

การเปลี่ยนผ่านจากพยาบาลจักษุสู่อาจารย์พยาบาลเป็นการเปลี่ยนจากการใช้ประสบการณ์ทางคลินิกเพื่อดูแลผู้ป่วยโดยตรง ไปสู่การนำความรู้จากประสบการณ์นั้นมาจัดให้สามารถเรียนรู้และประเมินได้ ความสำเร็จจึงมิได้วัดจากปริมาณข้อมูลเฉพาะ

ทางที่ถ่ายทอด แต่จากความสามารถในการคัดเลือก จัดระดับ เชื่อมโยง และออกแบบประสบการณ์ให้เหมาะกับผู้เรียน พร้อมทำให้กระบวนการคิดทางคลินิกมองเห็นได้ รักษาความปลอดภัย และให้ข้อมูลย้อนกลับที่นำไปพัฒนาได้

กรอบ 5 ขั้น ได้แก่ การถอดบทเรียนจากประสบการณ์ทางคลินิก การวิเคราะห์ผู้เรียน การคัดเลือกและจัดระดับเนื้อหา การแปลงความรู้เป็นประสบการณ์เรียนรู้ และการประเมินพร้อมสะท้อนผล ช่วยให้อาจารย์ใหม่ใช้ประสบการณ์ทางคลินิกอย่างเป็นระบบ ภายใต้ 5 บทบาทสำคัญ คือ ผู้คัดเลือกเนื้อหา ผู้เชื่อมโยงและออกแบบการเรียนรู้ ผู้กระตุ้นการคิดเชิงคลินิก แบบอย่างด้านวิชาชีพและความปลอดภัย และผู้ประเมินพร้อมให้ข้อมูลย้อนกลับ แม้บทความใช้จักษุเป็นบริบท แต่หลักการสามารถประยุกต์กับบุคลากรที่มีประสบการณ์ทางคลินิกในสาขาอื่น และเป็นฐานสำหรับพัฒนาระบบอาจารย์พี่เลี้ยง ตลอดจนการวิจัยทางการศึกษาพยาบาลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Eye care in health systems: guide for action. Geneva: World Health Organization; 2022.
2. World Health Organization. Eye care competency framework. Geneva: World Health Organization; 2022.
3. Yu M, D'Amico R, Wang W, Blanchet K, Limburg H, Resnikoff S, et al.

- Development of the World Health Organization eye care competency framework. Hum Resour Health. 2023;21:46. doi:10.1186/s12960-023-00831-x.
4. จินตนา ไพบูลย์ธนานนท์, ศรีสุนทรา จิมวรพัฒน์, จินตนา รังษา. ผลการใช้สื่อวิดีโอทัศน์เรื่องการเช็ดตา หยอดตาและป้ายตาสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2564;37(3):280-9.
 5. Halton J, Ireland CJ, Vaughan B. The transition of clinical nurses to nurse educator roles—a scoping review. Nurse Educ Pract. 2024;78:104022. doi:10.1016/j.nepr.2024.104022.
 6. National League for Nursing. Core competencies for academic nurse educators [Internet]. Washington, DC: National League for Nursing; [cited 2026 Aug 2]. Available from: <https://www.nln.org/education/nursing-education-competencies/core-competencies-for-academic-nurse-educators>
 7. World Health Organization. Guide to applying the WHO eye care competency framework. Geneva: World Health Organization; 2022.
 8. Gcawu SN, van Rooyen DRM. Clinical teaching practices of nurse educators: an integrative literature review. Health SA. 2022;27:1728. doi:10.4102/hsag.v27i0.1728.
 9. Connor J, Flenady T, Massey D, Dwyer T. Clinical judgement in nursing—an evolutionary concept analysis. J Clin Nurs. 2023;32(13-14):3328-40. doi:10.1111/jocn.16469.
 10. Tanner CA. Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. J Nurs Educ. 2006;45(6):204-11. doi:10.3928/01484834-20060601-04.
 11. Persico L, Belle A, DiGregorio H, Wilson-Keates B, Shelton C. Healthcare Simulation Standards of Best Practice™ facilitation. Clin Simul Nurs. 2021;58:22-6. doi:10.1016/j.ecns.2021.08.010.
 12. McDermott DS, Ludlow J, Horsley E, Meakim C. Healthcare Simulation Standards of Best Practice™ prebriefing: preparation and briefing. Clin Simul Nurs. 2021;58:9-13. doi:10.1016/j.ecns.2021.08.008.

13. Niu Y, Liu T, Li K, Sun M, Sun Y, Wang X, et al. Effectiveness of simulation debriefing methods in nursing education: a systematic review and meta-analysis. Nurse Educ Today. 2021;107:105113. doi:10.1016/j.nedt.2021.105113.
14. ชัตติยาพร คนเที่ยง, วโรตม เสมอเชื้อ, ปริมาภรณ์ นิรมล, จิรณัฐ ชัยชนะ. ผลของการฝึกซ้ำในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความมั่นใจในตนเองและการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2566;5(2):e3065.
15. Smith NE, Barbé T, Randolph J. Application of the cognitive load theory in prelicensure nursing education: a quantitative measurement focusing on instructional design. Int J Nurs Educ Scholarsh. 2022;19(1). doi:10.1515/ijnes-2021-0127.
16. Moorfields Eye Hospital NHS Foundation Trust. How to use your eye drops [Internet]. London: Moorfields Eye Hospital; 2018 [cited 2026 Aug 15]. Available from: [https://www.moorfields.nhs.uk/for-](https://www.moorfields.nhs.uk/for-patients/information-hub/how-to-use-your-eye-drops)
- patients/information-hub/how-to-use-your-eye-drops
17. Agency for Healthcare Research and Quality. Use the teach-back method: Tool 5 [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2024 [cited 2026 Aug 15]. Available from: <https://www.ahrq.gov/health-literacy/improve/precautions/tool5.html>