

ผลของโปรแกรมให้ความรู้ต่อความรู้และการจัดการความปวด ของพยาบาล ในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

Effects of Pain Education Program on Nurses' Knowledge And Pain Management in Surgical Critical Patients

อุบลวรรณ ปานทอง*, กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์

Ubonwan Panthong*, Kusuma Khuwatsamrit, Nirobol Kanogsunthornrat

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ราชเทวี กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Ratchathewi Bangkok, Thailand 10400

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้ต่อความรู้และการจัดการความปวดของพยาบาลในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โดยใช้แนวคิดพฤติกรรมการเรียนรู้ของบลูมเป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิกฤตศัลยกรรมที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะเกล้า จำนวน 25 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน 2560 ถึงเดือนกรกฎาคม 2560 โดยใช้แบบวัดความรู้ของพยาบาลวิกฤตศัลยกรรมในการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัด วัดความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังให้โปรแกรมความรู้ในการประเมินและการจัดการความปวด ประเมินการจัดการความปวดของพยาบาลในเวชระเบียนผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินตาม checklist นำเสนอข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ANOVA ชนิด one-way repeated measure

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิกฤตศัลยกรรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์สูงกว่าระยะก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังจากให้โปรแกรมความรู้ 4 สัปดาห์ พยาบาลมีการบันทึกระดับความปวด sedation score การจัดการความปวดโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา และมีการใช้เครื่องมือประเมินความปวดอย่างเหมาะสม สรุปว่าโปรแกรมให้ความรู้และการจัดการความปวดของพยาบาลในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมช่วยพัฒนาความรู้และส่งเสริมการปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตศัลยกรรมในการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัดได้ จึงควรนำโปรแกรกดังกล่าวไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัดต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมให้ความรู้/การจัดการความปวด/การประเมินและการจัดการความปวด/ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

Abstract

The research aimed to investigate the effectiveness of pain education program on nurses' knowledge and pain management in surgical critical patients based on learning theory by Bloom. The participants were 25 Surgical Intensive Care Unit (SICU) nurses who had worked at Somdejprapinklao Hospital. Data were collected from June 2017 to July 2017. The instruments included a questionnaire of nurses' knowledge about pain assessment and pain management in postoperative surgical critical patients. Nurses' knowledge was measured before and after the educational program of pain assessment and management. Moreover, the

observational checklist was used to evaluate nursing pain management in the medical records. Data were analyzed using descriptive statistics of frequency, percentage, mean, and standard deviation, as well as inferential statistics one-way repeated measure. The findings of the study showed that the 25 SICU nurses had significantly increased knowledge after attending an educational program. After 4 weeks of educational program, the nurses recorded level of pain, sedation score, pharmacology and non pharmacology used. In addition, the nurses used the appropriate instrument to evaluate level of pain. In conclusion, the educational program could be used to promote nurses' knowledge of pain management to improve the quality of care in postoperative surgical critical patients.

Keywords : Education Program, Pain Management, Pain Assessment and Management, Surgical Critical Patients

บทนำ

ความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด เป็นปัญหาที่สำคัญอย่างมากในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัด ซึ่งส่วนมากเป็นการผ่าตัดใหญ่และใช้เวลาในการผ่าตัดนาน ซึ่งมีความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัดในระดับปานกลาง รุนแรงหรือรุนแรงมากที่สุดร้อยละ 75 โดยความปวดส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัด มีกระตุ่นระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ร่างกายต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้นและเกิดการกำเริบของเนื้อเยื่อลดลง การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลง แผลหายช้าหรือแผลมีโอกาสดัดเชื้อเพิ่มขึ้น ความปวดทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าไอ ไม่อยากเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดตามมาได้ เช่น ปอดแฟบและปอดติดเชื้อ ส่งผลให้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลยาวนานขึ้น และค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น อีกทั้งในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัดจะมี physical tolerance ต่อความปวดต่ำ ทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยดังที่กล่าวมา จึงจำเป็นต้องหาวิธีที่ต้องควบคุมความปวด

โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะนุเคราะห์ ได้กำหนดแนวทางการบริหารยาระงับปวดกลุ่ม opioid และแนวทางการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยใน พ.ศ. 2554 ซึ่งหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมได้นำแนวปฏิบัติดังกล่าวไปใช้ แต่เนื่องจากแนวปฏิบัติที่ใช้อยู่เดิมจัดทำขึ้นเพื่อใช้กับหน่วยงานทั่วไป ไม่เฉพาะกับผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัดที่มีสภาพแตกต่างจากผู้ป่วยโดยทั่วไปคือผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัดบางรายมีข้อจำกัดของการสื่อสารจากการใส่ท่อช่วยหายใจ หรือมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวหรือมีข้อจำกัดด้านการคิดและตัดสินใจจากการใช้ยา เช่น ยากล่อมประสาท ทำให้ไม่สามารถรายงานความปวดได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลัง

ผ่าตัดไม่ได้รับการจัดการความปวดหรือได้รับการจัดการความปวดไม่เหมาะสม

ความรู้เป็นพื้นฐานของการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด พยาบาลต้องมีความรู้ในการประเมินความปวดด้วยแบบประเมินที่มีความเหมาะสม โดยจะต้องสามารถประเมินทั้งในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัดที่สามารถสื่อสารได้และสื่อสารไม่ได้ รวมถึงต้องมีความรู้ในการจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาได้ มีการบันทึกทางการพยาบาลที่เหมาะสมเพื่อสื่อสารให้บุคลากรอื่นในทีมสุขภาพได้รับทราบข้อมูล สามารถให้การจัดการความปวดได้อย่างต่อเนื่องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ความรู้และทักษะในการใช้เครื่องมือประเมินความปวดและการมีแนวทางปฏิบัติในการประเมินความปวดที่ชัดเจน เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้พยาบาลมีความมั่นใจในการใช้เครื่องมือประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัด และช่วยให้พยาบาลวิกฤตศัลยกรรมสามารถตัดสินใจในการจัดการความปวดในผู้ป่วยได้ เป็นการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติตามแนวทางหรือแนวปฏิบัติที่มีอยู่และแนวปฏิบัติที่มีการพัฒนาขึ้นใหม่ให้มีความทันสมัยตามความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในปัจจุบันและงานวิจัยที่สนับสนุน

ดังนั้นเพื่อปรับปรุงคุณภาพของการบันทึกความปวดรวมถึงการจัดการความปวดให้มีความทันสมัยตามแนวทางของสมาคมความปวดแห่งสหรัฐอเมริกา ค.ศ. 2016 และแนวทางการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดโดยราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2554 ผู้วิจัยเห็นสมควรจัดโปรแกรมให้ความรู้เรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมและฝึกทักษะการประเมินความปวดโดยใช้เครื่องมือ

การประเมินที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อให้พยาบาลวิกฤต
ศัลยกรรมมีความรู้ความมั่นใจและเกิดทักษะในการปฏิบัติได้
ยิ่งขึ้น ทำให้พยาบาลมีการประเมินและติดตามความปวดรวม
ถึงการจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาล
วิกฤตศัลยกรรมในการจัดการความปวดผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม
หลังผ่าตัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อศึกษาการจัดการความปวดของพยาบาล
วิกฤตศัลยกรรมในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัดหลังเข้าร่วม
โปรแกรมให้ความรู้และการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต
ศัลยกรรมหลังผ่าตัด

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนความรู้ของพยาบาลวิกฤตศัลยกรรมหลัง
เข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้และการจัดการความปวดในผู้ป่วย
วิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้และการจัดการ
ความปวด พยาบาลวิกฤตศัลยกรรมจัดการความปวดในผู้ป่วย
วิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัดได้ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

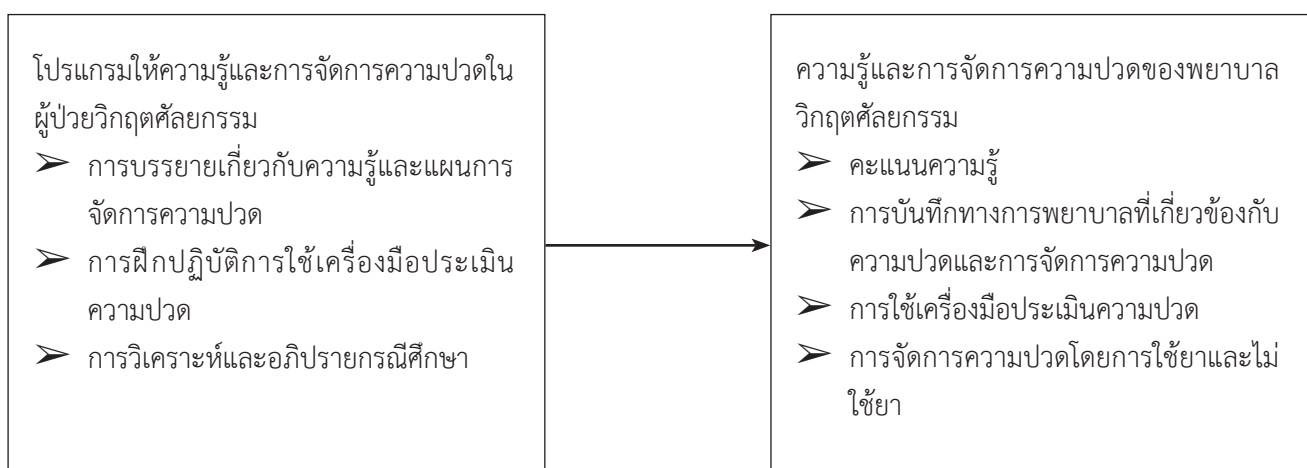
คำถามการวิจัย

1. พยาบาลวิกฤตศัลยกรรมหลังได้รับโปรแกรมให้
ความรู้และการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลัง
ผ่าตัด มีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่

2. พยาบาลวิกฤตศัลยกรรมที่ได้รับโปรแกรมให้
ความรู้และการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลัง
ผ่าตัด มีการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัด
อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับ
พฤติกรรมการณ์การเรียนรู้ของบลูม ซึ่งอธิบายเรื่องการเรียนรู้ของ
บุคคลว่า ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ ด้านความรู้และ
ความคิด ด้านเจตคติ และด้านทักษะหรือการปฏิบัติ การศึกษา
นี้ผู้วิจัยเห็นว่าความรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดเนื่องจาก
ความรู้มีการเปลี่ยนแปลงและมีการพัฒนาไปเรื่อยๆ ตามความ
ก้าวหน้าของเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่มีความทันสมัย การให้ความรู้
แก่พยาบาลวิกฤตศัลยกรรมเนื่องจากความรู้เป็นพื้นฐานของ
การปฏิบัติ ซึ่งถ้าพยาบาลวิกฤตศัลยกรรมมีความรู้จะมีความ
ตระหนักรู้และเข้าใจถึงความปวดทางกายและความทุกข์
ทรมานทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วย ก็จะมีการ
แสดงออกถึงการปฏิบัติที่ดีในการจัดการความปวด ส่วนเจตคติ
ส่วนใหญ่ต้องใช้เวลาและมีประสบการณ์จากการปฏิบัติมาแล้ว
ระยะหนึ่ง ทั้งนี้อาจเกิดภายหลังได้รับความรู้แล้วหรือไม่ก็ได้
กรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ดำเนินการทดลองตามแบบแผนการวิจัย (one-group repeated measure design) ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวโดยวัดก่อนเข้าโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้ต่อความรู้และการจัดการความปวดของพยาบาลในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

ประชากรที่ศึกษา คือ พยาบาลวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 25 คน (ศึกษาจากประชากรที่เป็นพยาบาลวิกฤตศัลยกรรมระดับปฏิบัติการของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าทั้งหมด) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้ามากกว่า 1 เดือนและเต็มใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ตลอดการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมให้ความรู้และการจัดการความปวดของพยาบาลในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ผู้วิจัยสร้างเองจากจากแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด จัดทำโดยราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2554 และแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของสมาคมความปวดแห่งประเทศไทย ค.ศ. 2016 ประกอบด้วย การให้ความรู้กับพยาบาลในหอผู้ป่วยตามแผนการสอน โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับแนวคิดเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดหลังผ่าตัด การประเมินความปวด การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยา การจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยา การลงบันทึกทางพยาบาลเกี่ยวกับความปวด ใช้กลวิธีการสอนแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด การสาธิตและทดลองการใช้เครื่องมือประเมินความปวด ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที การวิเคราะห์กรณีศึกษาหลังเสร็จสิ้นการบรรยายและทดลองฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือประเมินความปวด ใช้เวลา 30 นาที สื่อการสอนที่ใช้ ได้แก่ เครื่องฉายภาพคอมพิวเตอร์ แผนการสอน เอกสารประกอบการสอน เครื่องมือประเมินความปวด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย วิสัญญีแพทย์ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม จำนวน 1 ท่าน ได้ค่า CVI = 1.0

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลโดยผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น ทั้งหมด 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาล การฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับความปวด และการจัดการความปวด

2.2 แบบสอบถามความรู้การจัดการความปวดของพยาบาลวิกฤตศัลยกรรมในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัด เป็นข้อคำถามความรู้จำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็น 4 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของความปวดและผลกระทบของความปวด จำนวน 8 ข้อ ตอนที่ 2 การประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 3 การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยา จำนวน 6 ข้อ และตอนที่ 4 การจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยา จำนวน 6 ข้อ แต่ละข้อให้เลือก 3 ตัวเลือก ได้แก่ ถูก ผิด และ ไม่แน่ใจ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกเท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจเท่ากับ 0 คะแนน

2.3 แบบประเมินการจัดการความปวดของพยาบาลในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด จัดทำโดย ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2554 และแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของสมาคมความปวดแห่งประเทศไทย ค.ศ. 2016 แบบประเมินการจัดการความปวดของพยาบาลในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัด เป็น check list จำนวน 13 ข้อ ตัวเลือกคือ ปฏิบัติ คิดเป็น 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติ คิดเป็น 0 คะแนน การตรวจคุณภาพเครื่องมือชุด 2.2 และ 2.3 โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย วิสัญญีแพทย์ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม จำนวน 1 ท่าน

และพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม
จำนวน 1 ท่าน เครื่องมือชุดที่ 2.2 ได้ค่า $CVI = 0.92$ และ
 $KR-20 = .81$ เครื่องมือชุดที่ 2.3 ได้ค่า $CVI = 1.0$

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ
จริยธรรมวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบ
มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว เอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ ID
04 - 60 - 31 ลงวันที่ 8 พฤษภาคม 2560 เมื่อผ่านการรับรอง
แล้ว จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล
ด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยส่งหนังสือถึงคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เมื่อผ่านการอนุมัติแล้วผู้วิจัย
ขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลวิจัย จากหัวหน้าหอผู้ป่วย
วิกฤตศัลยกรรมโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เมื่อได้รับการ
อนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจง
วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับและขอความร่วมมือ
ในการทำวิจัยและชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ
เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์
และขั้นตอนในการวิจัย และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจะมี
เอกสารให้เซ็นยินยอมโดยไม่มีการบังคับ จากนั้นแจ้งกำหนดการ
อบรมตามวัน เวลา และสถานที่

2. ก่อนให้โปรแกรมความรู้ ผู้วิจัยให้พยาบาลตอบ
แบบสอบถามความรู้ในการจัดการความปวดของพยาบาลวิกฤต
ศัลยกรรมในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัด หลังจากเก็บ
แบบสอบถามครบ ผู้วิจัยให้ความรู้โดยการบรรยายให้แก่
พยาบาลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คน ตามแผนการสอนที่
กำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ไว้ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ
12-13 คน แต่ละกลุ่มจะได้รับการบรรยาย 1 ครั้ง ใช้เวลา
1 ชั่วโมง 30 นาที ผู้วิจัยจะเป็นผู้บรรยายทั้ง 2 ครั้ง (พยาบาล
กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าฟังการบรรยายได้ทั้งหมดในครั้ง
เดียว เนื่องจากต้องมีพยาบาลดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา) จากนั้นอีก
30 นาที เป็นการให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์กรณีศึกษาเกี่ยวกับการ
ประเมินความปวดและการจัดการความปวด

3. ให้พยาบาลตอบแบบสอบถามความรู้ในการ
จัดการความปวดของพยาบาลวิกฤตศัลยกรรมในผู้ป่วยวิกฤต
ศัลยกรรมหลังผ่าตัดหลังให้โปรแกรมความรู้ทันที และหลังสิ้น
สุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถามความรู้เช่นเดียวกับ
ก่อนการให้โปรแกรมความรู้

4. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลการจัดการความปวดของ
พยาบาลในเวชระเบียนผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยใช้
แบบประเมินการจัดการความปวดของพยาบาลในผู้ป่วยวิกฤต
ศัลยกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล
วิกฤตศัลยกรรม วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและพิสัย

2. แบบสอบถามความรู้การจัดการความปวด
ของพยาบาลวิกฤตศัลยกรรมในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัด
ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและพิสัย เปรียบเทียบ
ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลวิกฤตศัลยกรรมก่อนและ
หลังการให้โปรแกรมความรู้ทันที และ 4 สัปดาห์ วิเคราะห์โดย
สถิติ ANOVA ชนิด one-way repeated measure โดยมีการ
ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการแจกแจงปกติโดยการทดสอบ
Shapiro-Wilk Test พบว่ามีการแจกแจงปกติ

3. ข้อมูลการจัดการความปวดของพยาบาลวิกฤต
ศัลยกรรมในเวชระเบียนผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัด
วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ความรู้ของพยาบาลวิกฤตศัลยกรรม ความรู้ของ
พยาบาลวิกฤตศัลยกรรมในการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต
ศัลยกรรมหลังผ่าตัด คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนเข้าโปรแกรม
เท่ากับ 18.04 คะแนน (range = 10 - 23, SD = 3.94) อยู่ใน
ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที
เท่ากับ 24.48 คะแนน (range = 23 - 25, SD = 0.77) อยู่ใน
ระดับดี และคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์
เท่ากับ 24.52 คะแนน (range = 23 - 25, SD = 0.59) อยู่ใน
ระดับดี (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คะแนนความรู้ของพยาบาลวิกฤตศัลยกรรมในการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัด ระหว่างก่อนเข้าโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ (n = 25)

ระยะเวลาการวัดความรู้	คะแนนความรู้				ระดับ
	$\bar{X}$	Min	Max	SD	
ก่อนเข้าโปรแกรม	18.04	10	23	3.94	ปานกลาง
หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที	24.48	23	25	0.77	ดี
หลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์	24.52	23	25	0.59	ดี

ผลการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิกฤตศัลยกรรมในการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัด พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิกฤตศัลยกรรมในการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัดในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีสูงกว่า

ระยะก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ หลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์สูงกว่าระยะก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ และระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีกับระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลวิกฤตศัลยกรรมในการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัด ระหว่างก่อนเข้าโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ (n = 25)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
ระหว่างช่วงเวลา	695.547	2	347.773	71.397*	.000
ภายในช่วงเวลา	161.653	24	6.736		
ความคลาดเคลื่อน	233.787	48	4.871		
รวม	1090.987	74			

*p< .05

2. การจัดการความปวดของพยาบาลวิกฤตศัลยกรรมในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัดในระยะ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง ระยะเวลา 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดมีผู้ป่วยจำนวน 52 ราย ระยะเวลา 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมีผู้ป่วยจำนวน 28 ราย เนื่องจากมีผู้ป่วยจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหลัง 24 ชั่วโมง ระยะเวลา 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมีผู้ป่วยจำนวน 20 ราย เนื่องจากมีผู้ป่วยจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหลัง 48 ชั่วโมง ประเมินการจัดการความปวดของพยาบาลวิกฤตศัลยกรรมในผู้

ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัดจากเวชระเบียน พบว่า พยาบาลมีการบันทึกคะแนนความปวดลงในแบบบันทึกสัญญาณชีพ เป็นสัญญาณชีพที่ 5 และมีแผนการพยาบาลการจัดการความปวดใน focus list คิดเป็นร้อยละ 100 มีการบันทึกทางพยาบาลในประเด็นต่างๆ มีการบันทึกคะแนนความปวดในช่วงเริ่มต้นของทุกเวรเพื่อเป็น base line และมีการใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย มากกว่าร้อยละ 80 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การบันทึกการจัดการความปวดของพยาบาลวิกฤตศัลยกรรมในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัดในระยะ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง จากเวชระเบียน

แบบประเมินการจัดการความปวด	คะแนนการบันทึก		
	24 hr. (n = 52) จำนวน (%)	48 hr. (n = 28) จำนวน (%)	72 hr. (n = 20) จำนวน (%)
1. คะแนนความปวดในฟอร์มปรอท	52(100)	28(100)	20(100)
2. Focus list 1 (ทำครั้งเดียวคือ complete)	52(100)	-	-
3. บันทึกทางการพยาบาล (nurses' note) ในประเด็นต่างๆ ได้แก่			
3.1 คะแนนความปวดก่อนให้ยา	52(100)	27(96.43)	19(95)
3.2 Sedation score ก่อนให้ยา	30(57.69)	21(75)	16(80)
3.3 ตำแหน่งที่ปวด ลักษณะของอาการปวด	48(92.30)	25(89.28)	17(85)
3.4 การจัดการความปวดโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา	52(100)	28(100)	19(95)
3.5 คะแนนความปวดหลังให้ยา	51(98.07)	26(92.85)	19(95)
3.6 Sedation score หลังให้ยา	51(98.07)	28(100)	18(90)
4. คะแนนความปวดช่วงเริ่มต้นเวร	49(94.23)	27(96.43)	19(95)
5. เครื่องมือประเมินความปวด			
5.1 NRS/Face pain scale	47(90.38)	25(89.28)	18(90)
5.2 CPOT	5(9.62)	3(10.72)	2(10)

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายตามสมมุติฐานการวิจัยดังนี้

สมมุติฐานข้อที่ 1 คะแนนความรู้ของพยาบาลวิกฤตศัลยกรรมหลังเข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้และการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

จากผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิกฤตศัลยกรรมในการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัด หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมให้ความรู้และการจัดการความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ คะแนนความรู้หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมให้ความรู้และการจัดการความปวดทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นจากเดิม เนื่องจากพยาบาลวิกฤตศัลยกรรมส่วนใหญ่มีโอกาสได้รับการอบรมน้อย เมื่อมีการจัดอบรมเกี่ยวกับความรู้และการจัดการความปวดจึงทำให้พยาบาลมีความสนใจ เพราะการ

จัดการความปวดเป็นภาระงานของพยาบาลที่ต้องรับผิดชอบโดยตรง กลุ่มตัวอย่างจึงสนใจที่จะเรียนรู้และได้รับความรู้มากขึ้นภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้และการจัดการความปวด ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อบุคคลได้รับความรู้หรือข้อมูลใหม่ไปเสริมประสบการณ์เดิม และเป็นไปตามแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการเรียนรู้เนื่องจากโปรแกรมให้ความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีแผนการสอนและแผนการฝึกปฏิบัติการประเมินและการจัดการความปวดตามโจทย์สถานการณ์ ที่กำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม การเรียนรู้ที่สำคัญ และจำเป็นสำหรับการนำไปใช้จริง สอดคล้องกันทั้งในส่วนของทฤษฎี และส่วนการฝึกปฏิบัติ การใช้วิธีการสอนแบบผสมผสานและใช้สื่อการสอนหลายอย่างร่วมกันส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ จดจำ และนำความรู้จากทฤษฎีลงสู่การปฏิบัติได้มากขึ้น ได้แก่ การบรรยาย ซึ่งทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้านพุทธิพิสัยเพิ่มขึ้น การฝึกทำกรณีศึกษา และร่วมกันอภิปรายในกลุ่มย่อย เป็นการส่งเสริมให้ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการคิดวิเคราะห์ ทำให้เกิดการเรียนรู้และเชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ในการ

ปฏิบัติ และสอดคล้องกับการศึกษาผลของกิจกรรมเสริมทักษะต่อความรู้ และความมั่นใจของนักศึกษาพยาบาลในการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ที่พบว่าคะแนนความรู้และคะแนนความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมเสริมทักษะการปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < .000$

สมมุติฐานข้อที่ 2 หลังเข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้และการจัดการความปวด พยาบาลวิกฤตศัลยกรรมจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัดได้ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

จากผลการวิจัย พบว่า พยาบาลมีการบันทึกคะแนนความปวดลงในแบบบันทึกสัญญาณชีพ เป็นสัญญาณชีพที่ 5 และมีแผนการพยาบาลการจัดการความปวดในบันทึก focus list คิดเป็นร้อยละ 100 มีการบันทึกทางการพยาบาลในประเด็นต่างๆ มีการบันทึกคะแนนความปวดในช่วงเริ่มต้นของทุกเวร เพื่อเป็น base line และมีการใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย มากกว่าร้อยละ 80 ทำให้สามารถให้การจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น เป็นไปตามแนวทางการประเมินความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด ที่เห็นได้ชัดคือพยาบาลใช้เครื่องมือประเมินความปวดด้านพฤติกรรมกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้พร้อมทั้งมีการบันทึกคะแนนความปวดด้านพฤติกรรมในผู้ป่วยทุกราย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น จากเดิมที่ยังไม่เคยใช้เครื่องมือนี้ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแนวทางการจัดการความปวดสำหรับหอผู้ป่วยวิกฤต และประเมินผลการใช้เครื่องมือการประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤต พบว่าสามารถเพิ่มความมั่นใจของพยาบาลในการประเมินความปวดและเพิ่มความถี่ในการประเมินความปวดมากขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผลการวิจัยพบว่าหลังให้โปรแกรมความรู้ในการจัดการความปวด พยาบาลวิกฤตศัลยกรรมมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นและมีการบันทึกทางการพยาบาลในการจัดการความปวดเพิ่มขึ้น ดังนั้นสามารถนำโปรแกรมความรู้ในการจัดการความปวดเป็นแนวทางในการประเมินและให้การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่เนื่องจากชั่วโมงการเรียนการสอนมีจำกัด อาจสอนได้ไม่ครอบคลุมพยาบาลวิกฤตศัลยกรรมจะต้องได้รับการ

อบรมให้ความรู้เพื่อทบทวนความรู้ตามความก้าวหน้าของเทคโนโลยีและงานวิจัยที่ทันสมัยอยู่เสมอ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยการให้โปรแกรมความรู้ในการจัดการความปวดในกลุ่มพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกหน่วยงานโดยปรับโปรแกรมให้เนื้อหาการสอนและการฝึกปฏิบัติเรื่องการจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยามากขึ้น

References

1. Chou et al. Guidelines on the Management of Postoperative Pain. The Journal of Pain 2016; 17(2): 131-157.
2. Dele C, Fraser M, Haslam L, Knechtel L, Mc Gillion M, et al. Survey of assessment and management of pain for critically ill adults. Intensive Crit Care Nurs 2011; 27(3): 121-128.
3. Sikorski KA, Barker DM. Clients with pain. Medical-surgical nursing: Clinical management for positive outcome. 7th ed. St. Louis: Elsevier Saunders; 2005.
4. Cade CH. Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults. British Association of Critical Care Nurses 2008; 13, 288-297.
5. Rahu MA., Grab MJ. Facial expression and pain in the critically ill non-communicative patient: State of science review. Int Crit Care Nurs 2010; 26(6): 343-52.
6. Cornor LO. Critical care nurses's judgement of pain status : A case study design. Int Crit Care Nurs 2012; 28(4): 215-223.
7. Warangkana A. Pain Management in critically ill patients : Challenge's role for Nurse. Journal of Nursing and Education. 2015; 8(2): 1-8. (in Thai)

8. Bloom B. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals: Handbook I : Cognitive domain. New York: David McKay 1964.
9. Jeffries PR, Norton B. Selecting learning experiences to achieve curriculum outcomes. St. Louis: Elsevier Saunders 2005; 2: 187-212.
10. Daoruang B, Kanogsunthornrat N, Junhvat D. The effects of a post-operative orthopedic pain management program on nurses' knowledge, patients' perception on nursing practice and pain management outcomes. Rama NursJ 2012; 18(3): 358-370. (in Thai)
11. Sarinrat W, Nantiya S. Effects of a Nursing Skills Enhancement Program on Knowledge and Confidence in Nursing Students Enrolling in Nursing Care of Adult and Aging Practicum II. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2017; 18(1): 157-165. (in Thai)
12. Olsen FB, Rustoen T, Sandvik L, Miaskowski C, Jacobsen M, Valeberg TB. Development of a pain management algorithm for intensive care units. Heart & Lung 2015; 44: 521-527.