

ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรคระดุกและข้อต่อความรู้ ของพยาบาล การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติพยาบาล และต่อผลลัพธ์ของ การจัดการความปวด

บุษรา ดาวเรือง* พย. ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

นิโรบล กนกสุนทรรัตน์** พย.ด.

ดร.ณิ ชุณหะวัณ*** คม. (จิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว)

บทคัดย่อ: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรคระดุกและข้อต่อความรู้ของพยาบาล การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติพยาบาล และต่อผลลัพธ์ของการจัดการความปวด กลุ่มตัวอย่างพยาบาล เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่หัวหน้าหอผู้ป่วย ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ และสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการจำนวน 17 ราย กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการนัดหมายผ่าตัดทางกระดูกและข้อและรับไว้ในหอผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนถึงหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง อายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่มีภาวะฉุกเฉินเฉียบพลันหลังผ่าตัด มีการรับรู้ปกติ สามารถสื่อสารได้ กรณีผู้ป่วยสูงอายุสามารถตอบแบบสอบถามสภาพจิตใจอย่างสันได้ 8-10 คะแนน และยินดีเข้าร่วมโครงการโดยการลงนามจำนวน 60 ราย กลุ่มตัวอย่างพยาบาล ได้รับโปรแกรมการสอนแบบผสมผสานโดยการบรรยาย และการฝึกปฏิบัติโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้เลี้ยง กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 กลุ่มจำนวนเท่ากัน กลุ่มก่อนได้รับการดูแลจากกลุ่มพยาบาลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรคระดุกและข้อ กลุ่มหลังได้รับการดูแลจากกลุ่มพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความปวด เก็บข้อมูลความรู้ของพยาบาล การรับรู้ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มต่อการปฏิบัติพยาบาลและต่อผลลัพธ์ของการจัดการความปวด ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังพยาบาลเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความปวด คะแนนความรู้ของพยาบาล คะแนนการปฏิบัติพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย สูงกว่าก่อนพยาบาลเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความปวด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผลลัพธ์ของการจัดการความปวดคือ คะแนนความปวดและคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ความปวดหลังผ่าตัด โปรแกรมการจัดการความปวด ผลลัพธ์การจัดการความปวด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยกระดูกข้อพื้นฟู 2 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา และ นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: nirobol.kan@mahidol.ac.th

***รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญของปัญหา

ความปวดหลังผ่าตัด เป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่ง ที่พบในผู้ป่วยทางศัลยกรรม ผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคกระดูก และข้อ เป็นกลุ่มหนึ่งที่มีความปวดระดับรุนแรงหลังผ่าตัด เนื่องจาก มีการกระตุ้นประสาทรับรู้สักรบริเวณที่มีความทนต่อความปวดได้ต่ำคือ ชั้นผิวหนัง พังผืด เอ็น ข้อ และเยื่อหุ้มกระดูก (Greenfield, 2006) อีกทั้ง การผ่าตัดมักทำในตำแหน่งที่มีการเคลื่อนไหว ทำให้ความปวดมีระดับรุนแรงมากขึ้น (ปิยะดา บุญทรง, 2546) ที่ผ่านมามีการศึกษาวิจัยในเรื่องความปวดและการจัดการความปวด มีการพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการความปวด รวมถึงการกำหนดตัวชี้วัดในการพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่อง (Gordon et al., 2005) แต่กลับพบว่าผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดไม่เพียงพอ โดยในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด มีความปวดระดับรุนแรงสูงถึงร้อยละ 62 โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด มีผู้ป่วยร้อยละ 35 ที่รายงานว่ามีความรู้สึกปวดตลอดเวลาหรือเกือบจะตลอดเวลา (Suaia et al., 2005)

ความปวดหลังผ่าตัดถ้าไม่ได้รับการจัดการอย่างเพียงพอจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน ได้แก่ การนอนหลับพักผ่อน (นันทา เล็กสวัสดิ์, หทัยรัตน์ จรัสสุโรสิน, นฤมล วงศ์มณีโรจน์, และวิลาวัลย์ ศรีวรรณนท์, 2547) การไอ การหายใจเข้าออกถี่ๆ อารมณ์และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การทำหน้าที่ของร่างกาย การทำกายภาพบำบัด และการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (Antall & Kresevic, 2004) ส่งผลให้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลยาวนานขึ้น และค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (Sikorski & Barker, 2005) ในผู้สูงอายุความปวดมีผลให้การรับรู้ลดลง เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดได้มากขึ้น (Wang, Sands, Vaurio, Mullen, & Leung, 2007) อีกทั้งความปวดเฉียบพลันที่ไม่ได้รับ

การจัดการที่เหมาะสม จะนำไปสู่ความปวดเรื้อรังได้ (Sikorski & Barker, 2005; Wilsey, Fishman, Rose, & Papazian, 2004)

อุปสรรคในการจัดการความปวดที่เกิดจากพยาบาล เกี่ยวข้องกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องการประเมินและการจัดการความปวด เช่น พยาบาลเชื่อว่าผู้ป่วยมักให้คะแนนความปวดสูงกว่าความเป็นจริง เชื่อว่าการจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยาไม่สามารถใช้ได้ผลกับความปวดระดับรุนแรง และเข้าใจว่าการใช้ยาโอปิออยด์มีโอกาสเกิดภาวะกดการหายใจได้สูง เป็นต้น (Dihle, Helseth, Paul, & Miaskowski, 2006; Matthews & Malcom, 2007) และถึงแม้ว่าพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดระดับดี แต่ก็ไม่ได้นำมาใช้ในคลินิก (Dihle et al., 2006)

โปรแกรมการสอนการจัดการความปวด เป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้พยาบาลมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น (จอณณะจาง เพ็งจาด, รัชนี อยู่ศิริ, และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2546; สมบูรณ์ เทียนทอง, 2550; Simpson, Kautzman, & Dodd, 2002) แต่ส่วนใหญ่เป็นการสอนความรู้ ซึ่งผู้เรียนอาจเกิดการ เรียนรู้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ อีกทั้งมีพยาบาล ประจําการจํานวนน้อย ไม่ถึงร้อยละ 25 ที่เข้าการอบรม หรือเข้าร่วมประชุมวิชาการเกี่ยวกับการจัดการความปวด (จอณณะจาง เพ็งจาดและคณะ, 2546; จันทิรา ทองใส, 2548, โสพิศ เวียงโสด, 2549) ทั้งนี้เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องเวลาและภาระงาน ดังนั้นความรู้และทักษะ ในการปฏิบัติงานจึงมักได้จากประสบการณ์การทำงาน กับผู้ป่วย การเห็นตัวอย่างจากผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่า จากเพื่อนร่วมงานด้วยกัน และ/หรือจากผู้บังคับบัญชา ซึ่งเป็นการพัฒนาความสามารถที่มีรูปแบบไม่แน่นอน แม้ว่าจะเคยมีการสอนที่ผสมผสานกับการฝึกปฏิบัติ (ลดา ไชยแก้ว, 2547) แต่ยังไม่เคยนำมาใช้ในผู้ป่วย หลังผ่าตัดกระดูกและข้อ ผู้วิจัยและคณะเล็งเห็นความ

**ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรคระดูกและข้อต่อความรู้ของพยาบาล
การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติพยาบาล และต่อผลลัพธ์ของการจัดการความปวด**

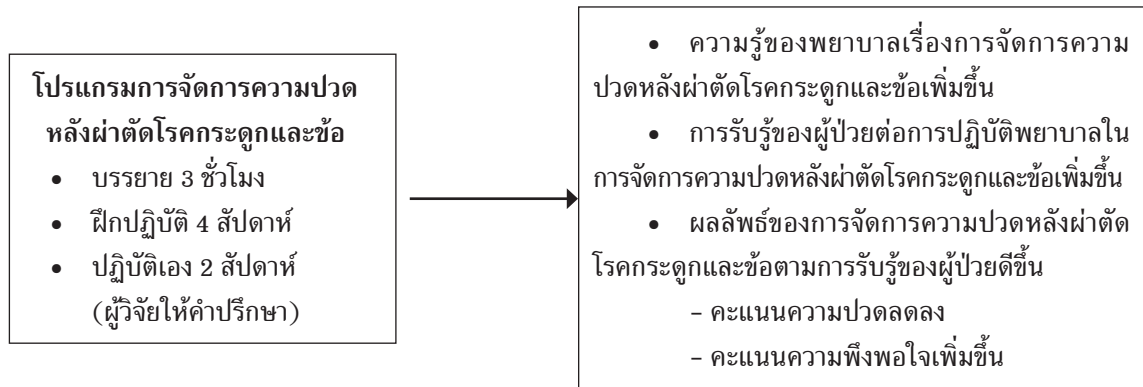
สำคัญของการจัดโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรคระดูกและข้อที่สามารถเรียนรู้ไปพร้อมกับการปฏิบัติงานประจำ โดยใช้หลักการของพีเลียง ปลุกฝังเจตคติ และช่วยเหลือแนะนำการปฏิบัติ ใช้กลวิธีการสอนแบบผสมผสานซึ่งประกอบด้วย การบรรยาย การสาธิต การอภิปราย และการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในตัวพยาบาลผู้เรียนคือมีความรู้เรื่องการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรคระดูกและข้อเพิ่มขึ้น มีการปฏิบัติในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดเป็นแนวทางเดียวกัน และเกิดผลลัพธ์ในผู้ป่วยคือผู้ป่วยมีความปวดลดลงและมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรคระดูกและข้อ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรคระดูกและข้อตามการรับรู้ของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความปวดและกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความปวด
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความปวดและคะแนนความพึงพอใจในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความปวด และกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความปวด

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการเรียนรู้ของบลูม (Bloom, 1956) ซึ่งอธิบายเรื่องการเรียนรู้ของบุคคลว่า ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ ด้านความรู้และความคิด (cognitive domain) ด้านเจตคติ (affective domain) และด้านทักษะหรือการปฏิบัติ (psychomotor domain) ผู้สอนต้องกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้การสอนว่าต้องการให้ผู้เรียนได้ความรู้ เกิดทักษะ และ/หรือเกิดเจตคติใหม่เรื่องใดบ้างในการวิจัยครั้งนี้ พยาบาลประจำการทุกคนในหอผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรคระดูกและข้อ ได้รับการสอนตามโปรแกรมที่มีแผนการสอนและแผนการฝึกปฏิบัติ กำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้และกิจกรรมการเรียนการสอนที่สอดคล้องกัน โดยเป็นการบรรยายในกลุ่มย่อย ซึ่งกำหนดวัตถุประสงค์ให้ผู้เรียนสามารถบอก อธิบายเรื่องการจัดการความปวดหลังผ่าตัดได้ มีกิจกรรมการเรียนประกอบด้วย การบรรยาย การอภิปราย การสาธิต และการตอบคำถาม อีกทั้งมีการฝึกปฏิบัติเป็นรายบุคคล ซึ่งกำหนดวัตถุประสงค์ให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติในเรื่องการประเมินความปวด การจัดการความปวด การจัดการภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา การประเมินความเชื่อเจตคติของผู้ป่วย และการลงบันทึกความปวด มีกิจกรรมการเรียนประกอบด้วย การทบทวนวิธีปฏิบัติที่ได้เรียนในห้องบรรยาย การสาธิตโดยปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง และการติดตามนิเทศขณะปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้เรียนทุกคนปฏิบัติได้ตามวัตถุประสงค์ของแผนการฝึกปฏิบัติ หลังการเรียนการสอนผู้เรียนมีความรู้และสามารถประยุกต์ในการปฏิบัติพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์ในตัวผู้ป่วยคือ คะแนนความปวดลดลงและคะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมุติฐาน

1. คะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรคระดูกและข้อสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความปวด

2. คะแนนการปฏิบัติพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรคระดูกและข้อ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความปวด สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความปวด

3. คะแนนความปวดของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความปวด ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความปวด

4. คะแนนความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคระดูกและข้อ ของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความปวด สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความปวด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรคระดูกและข้อต่อความรู้ของพยาบาล การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติพยาบาล และต่อผลลัพธ์ของการจัดการความปวด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างพยาบาลและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างพยาบาล เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่หัวหน้าหอผู้ป่วย ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ และสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการ จำนวน 17 ราย กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยหญิง อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการนัดหมายผ่าตัดทางกระดูกและข้อและรับไว้ในหอผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนถึงหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2551 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552 ไม่มีภาวะฉุกเฉินเฉียบพลันหลังผ่าตัด เช่น ภาวะช็อค หมดสดี เป็นต้น การรับรู้ปกติ สามารถสื่อสารได้ ตอบแบบสอบถามได้ ผู้ป่วยสูงอายุสามารถตอบแบบสอบถามสภาพจิตใจอย่างสั้นได้ 8-10 คะแนน ยินดีเข้าร่วมโครงการโดยการลงนาม การศึกษา

**ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรคกระดูกและข้อต่อความรู้ของพยาบาล
การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติพยาบาล และต่อผลลัพธ์ของการจัดการความปวด**

ครั้งนี้ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 60 ราย ตามคำแนะนำของโพลิตและฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1983, 426) ที่ว่าการวิจัยแบบกึ่งทดลองควรมีขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 10 ราย ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 30 ราย กลุ่มแรกได้รับการดูแลจากพยาบาล ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรคกระดูกและข้อ และกลุ่มหลังได้รับการดูแลจากพยาบาล หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความปวด

การศึกษานี้ศึกษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งรับผู้ป่วยสามัญเพศหญิงที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 32 เตียง และมีเตียงเสริม 20 เตียง มีพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดจำนวน 17 คน (ไม่รวมหัวหน้าหอผู้ป่วย) การปฏิบัติงานแบ่งเป็น 3 เวิร์ก เวิร์ก 8 ชั่วโมง อัตรากำลัง เวิร์กเข้ามีพยาบาลขึ้นปฏิบัติงาน 4-5 คน เวิร์กบายและเวิร์กติกมีพยาบาลขึ้นปฏิบัติงาน 3 คน พยาบาลสมาชิกทีมรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยคนละ 8-12 ราย รูปแบบการดูแลผู้ป่วยของพยาบาล ใช้การมอบหมายงานแบบเป็นทีม ร่วมกับการทำหน้าที่เฉพาะ ทีมแพทย์ ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ใช้ทุน และ นักศึกษาแพทย์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานด้าน ศัลยกรรมกระดูกและข้อในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ประวัติการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวด การผ่าตัด และประสบการณ์ความปวดหลังผ่าตัดของตนเอง พยาบาลกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้กรอรายละเอียดด้วยตนเอง

1.2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค โรคร่วม ชนิดการผ่าตัด ตำแหน่งที่ผ่าตัด ชนิดของยาระงับความรู้สึกที่ได้รับ ระยะเวลาที่

ใช้ในการผ่าตัด และยาระงับปวดหลังผ่าตัดที่ได้รับ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย

1.3 แบบวัดความรู้ในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรคกระดูกและข้อของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ เกี่ยวกับแนวคิดเรื่องความปวดหลังผ่าตัดกระดูกและข้อ ผลกระทบของความปวด การประเมินความปวด การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยา การจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยา และการลงบันทึกความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 ให้เลือกตอบแบบถูก ผิด ตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน แบบสอบถามนี้มีคะแนนตั้งแต่ 0-40 คะแนน คะแนนมากหมายถึง มีความรู้ในระดับสูง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในเรื่องการจัดการความปวดและการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ จำนวน 4 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การสอนเรื่องความปวด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การสอนการปฏิบัติทางคลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อ 1 ท่าน และศัลยแพทย์โรคกระดูกและข้อ 2 ท่าน ได้ค่า Content Validity Index (CVI) = .98 ทดสอบความเชื่อมั่นโดยหาความเที่ยงกับพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น Kuder-Richardson (KR-20) เท่ากับ .70

1.4 แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติพยาบาลในการจัดการความปวด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ แต่ละข้อมีตัวเลือก 5 ลำดับจาก 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างมาก จนถึง 5 = เห็นด้วยอย่างมาก ผลรวมของคะแนนอยู่ระหว่าง 14-70 คะแนน คะแนนมากหมายถึง พยาบาลมีการปฏิบัติในการจัดการความปวดมาก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดียวกันกับแบบวัดความรู้ได้ค่า CVI = .94 ทดสอบความเชื่อมั่นโดยหาความเที่ยงกับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับ

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบาค เท่ากับ .85

1.5 แบบสอบถามผลลัพธ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 2 ส่วนคือ คะแนนความปวดหลังผ่าตัดและคะแนนความพึงพอใจในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วย คะแนนความปวดหลังผ่าตัด มีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ สอบถามคะแนนความปวดหลังผ่าตัดที่มากที่สุดในขณะที่พัก คะแนนความปวดหลังผ่าตัดที่มากที่สุดขณะเคลื่อนไหว คะแนนความปวดหลังผ่าตัดที่น้อยที่สุดในขณะที่พักและคะแนนความปวดหลังผ่าตัดที่น้อยที่สุดขณะเคลื่อนไหวในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาแต่ละข้อมีคะแนนจาก 0 ถึง 10 คะแนนมาก หมายถึง ความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัดอยู่ในระดับสูง คะแนนความพึงพอใจในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด มีข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ คะแนนจาก 0 ถึง 10 คะแนนมาก หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดียวกันกับแบบวัดความรู้ ได้ค่า CVI = .94

2. โปรแกรมการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรคกระดูกและข้อ ผู้วิจัยสร้างเองจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

การให้ความรู้กับพยาบาลในห้องบรรยายตามแผนการสอน โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับแนวคิดเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรคกระดูกและข้อ การประเมินความปวด การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยา การประเมินและการจัดการภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา การจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยวิธีไม่ใช้ยา การประเมินความเชื่อ เจตคติของผู้ป่วยเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดหลังผ่าตัด และการลงบันทึกความปวด ใช้กลวิธีการสอนแบบผสมผสาน ได้แก่ การบรรยาย การสาธิต การทดลองปฏิบัติและการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สื่อการสอนที่ใช้ได้แก่ เครื่องฉายภาพคอมพิวเตอร์ แผนการสอน

เอกสารประกอบการสอน เครื่องมือประเมินความปวด คู่มือสอนผู้ป่วย กรณีตัวอย่าง อุปกรณ์การประคบเย็น อุปกรณ์ในการฟังดนตรี และซีดีแนะนำวิธีการผ่อนคลายหรือเบี่ยงเบนความสนใจ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ด้านความรู้และความคิด (cognitive domain) บรรยายโดยผู้วิจัยชื่อแรกครั้งละ 3 ชั่วโมง ต่อผู้เรียน 5-6 ราย วันละ 1 ครั้ง จำนวน 3 วันติดต่อกัน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดียวกันกับแบบวัดความรู้ ได้ค่า CVI = .90

กิจกรรมการฝึกปฏิบัติตามแผนการสอนในคลินิก เมื่อกลุ่มตัวอย่างพยาบาลทุกรายได้รับความรู้ในห้องบรรยายแล้ว จึงเริ่มฝึกปฏิบัติตามแผนการฝึกปฏิบัติเป็นรายบุคคล ประกอบด้วย 1) การประเมินความปวด 2) การจัดการความปวดโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา 3) การประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาและการช่วยเหลือ 4) การประเมินความเชื่อ เจตคติของผู้ป่วยเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด 5) การลงบันทึกความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 โดยผู้วิจัยชื่อแรกขึ้นปฏิบัติงานร่วมกับพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ใช้บทบาทการเป็นพี่เลี้ยง ประกอบด้วย การสอนวิธีปฏิบัติ การทำเป็นแบบอย่าง การให้คำแนะนำปรึกษา และการอำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ สื่อการสอนที่ใช้ได้แก่ ผู้ป่วยจริงและอื่นๆ เช่นเดียวกับสื่อที่ใช้ในการให้ความรู้ในห้องบรรยาย เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ด้านทักษะหรือการปฏิบัติ (psychomotor domain) โดยฝึกปฏิบัติพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลจำนวน 1-3 รายต่อเวร วัตถุประสงค์การเรียนรู้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และภาระงานในแต่ละเวรพยาบาลกลุ่มตัวอย่างได้รับการฝึกปฏิบัติตามแผนการฝึกปฏิบัติครบทุกรายและสามารถปฏิบัติได้ ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ จากนั้นให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติด้วยตนเองเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยสามารถขอคำปรึกษาจากผู้วิจัยชื่อแรกได้ตามต้องการ แผนการสอนการฝึกปฏิบัติในคลินิกผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดียวกัน ได้ค่า CVI = 1

**ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรคกระดูกและข้อต่อความรู้ของพยาบาล
การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติพยาบาล และต่อผลลัพธ์ของการจัดการความปวด**

ผู้วิจัยชื่อแรกได้เตรียมความพร้อมในการเป็นผู้สอนและเป็นพี่เลี้ยงในการฝึกปฏิบัติโดยเข้ารับการอบรมเรื่องระบบพี่เลี้ยงในองค์กร จัดโดยสมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น) ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2550 และเรื่องการพัฒนาศักยภาพการสอนสำหรับพยาบาลพี่เลี้ยง จัดโดยศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาล รามาธิบดี ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2551

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2551/772 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เลขที่ 045/2008 ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชื่อแรกเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังนี้

1. ก่อนเริ่มโปรแกรมการจัดการความปวด วัดความรู้พยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรคกระดูกและข้อโดยให้พยาบาลตอบแบบวัดความรู้ด้วยตนเอง ใช้เวลา 30 นาที และเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วย 30 ราย (กลุ่มก่อน) ใช้เวลา 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมิน 2 ครั้ง ได้แก่

ครั้งที่ 1 เมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ประเมินคะแนนความปวด 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

ครั้งที่ 2 เมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ประเมินคะแนนความปวด 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดวันที่ 2 และสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติพยาบาลในการจัดการความปวด และสอบถามคะแนนความพึงพอใจในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

2. ดำเนินการสอนพยาบาลตามโปรแกรมการจัดการความปวด ได้แก่

2.1 สอนพยาบาลกลุ่มตัวอย่างตามแผนการสอนบรรยายเป็นรายกลุ่มๆ ละ 5-6 ราย ใช้เวลากลุ่มละ 3 ชั่วโมงต่อวัน วันละ 1 กลุ่ม จำนวน 3 วันติดต่อกัน

2.2 เป็นพี่เลี้ยงสอนพยาบาลกลุ่มตัวอย่างตามแผนการฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วย ใช้เวลา 4 สัปดาห์

2.3 พยาบาลกลุ่มตัวอย่างนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติด้วยตนเองกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วย โดยหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้จนสิ้นสุดโปรแกรมการจัดการความปวด เป็นเวลา 2 สัปดาห์

3. วัดความรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรคกระดูกและข้อ และเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยอีก 30 ราย (กลุ่มหลัง) ด้วยวิธีการเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มก่อนใช้โปรแกรมการจัดการความปวด ใช้เวลา 4 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงบรรยายวิเคราะห์ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลระดับนามบัญญัติด้วยสถิติไคสแควร์ (chi-square) ข้อมูลระดับอัตราส่วนด้วยสถิติที (independent t-test) และสถิติแพร์ที (paired t-test) ในกรณีเป็นการวัดซ้ำหรือด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test และสถิติ Wilcoxin Signed Ranks Test หากข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างพยาบาล มี 17 ราย อายุเฉลี่ย 38.6 ปี (SD = 10.2) เกือบทั้งหมดจบการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 58.8 ทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพที่แผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ ≤ 2 ปี เคยเข้าร่วมประชุมอบรมวิชาการเรื่องความปวดหรือการจัดการความปวด และเคยมีประสบการณ์ความปวดหลังผ่าตัดด้วยตนเอง ร้อยละ 64.7 เท่ากัน

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย กลุ่มก่อน จำนวน 30 ราย มีอายุเฉลี่ย 48.9 ปี (SD = 19.1) เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 30 ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ได้รับการ

ผ่าตัดแบบเปิดเพื่อจัดและยึดตรึงกระดูก ผ่าตัดกระดูกสันหลัง และได้รับการผ่าตัดอื่น ๆ ได้แก่ arthrotomy, closed pinning, removed instrument และ revision instrument ส่วนใหญ่ร้อยละ 60 ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วไป ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการผ่าตัด 95.2 ± 45.8 นาที ส่วนใหญ่ร้อยละ 46.7 ได้รับยาระงับปวดโอปิออยด์ตามกำหนดเวลาหรือต่อเนื่องในวันแรกหลังผ่าตัด และร้อยละ 6.7 ได้รับในวันที่สองหลังผ่าตัด ส่วนกลุ่มหลัง จำนวน 30 ราย มีอายุเฉลี่ย 50.2 ปี (SD 19.1) เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดเพื่อจัดและยึดตรึงกระดูก ผ่าตัดกระดูกสันหลังและได้รับการผ่าตัดอื่น ๆ ได้แก่ arthrocentesis with open and drainage, iliac bone graft, removed instrument, และ revision instrument ส่วนใหญ่ร้อยละ 56.7 ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการผ่าตัด 107.7 ± 55.9 นาที ร้อยละ 73.3 ได้รับยาระงับปวดโอปิออยด์ตามกำหนดเวลาหรือต่อเนื่องในวันแรกหลังผ่าตัด และร้อยละ 26.7 ได้รับในวันที่สองหลังผ่าตัด คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน รวมถึงระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด โรคร่วม ระยะเวลามาตรฐานที่ใช้ในการผ่าตัดแต่ละชนิดซึ่งจำแนกตาม duration cut point ของ National Nosocomial Infections Surveillance System (NNIS) เช่น การผ่าตัดแบบเปิดเพื่อจัดและยึดตรึงกระดูก การผ่าตัดข้อสะโพกเทียม ข้อเข่าเทียม การผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ใช้เวลาไม่เกิน

2 ชั่วโมง การผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูกสันหลัง ใช้เวลาไม่เกิน 4 ชั่วโมง เป็นต้น (Cardo et al., 2004) การได้รับยาระงับความรู้สึก ยาระงับปวดในห้องพักรักษา และในห้องผู้ป่วย ยกเว้นการได้รับยาระงับปวดโอปิออยด์ตามกำหนดเวลาหรือต่อเนื่องในวันแรกและวันที่สองหลังผ่าตัด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

คะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความปวดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความปวด (34.18 ± 3.70 และ 29.24 ± 4.96) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มหลังสูงกว่ากลุ่มแรก (54.93 ± 6.53 และ 45.63 ± 8.09) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนผลลัพธ์ของการจัดการความปวด ประกอบด้วย คะแนนความปวด และคะแนนความพึงพอใจในการจัดการความปวดของผู้ป่วย 2 กลุ่ม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความปวดสูงสุดขณะพัก ขณะเคลื่อนไหว และคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดขณะพักของทั้งสองวัน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นคะแนนเฉลี่ยความปวดต่ำสุดขณะเคลื่อนไหวในวันที่สองหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกลุ่มหลังน้อยกว่ากลุ่มก่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .05$) และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดของผู้ป่วยกลุ่มหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มก่อนเข้าโปรแกรมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

**ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรคกระดูกและข้อต่อความรู้ของพยาบาล
การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติพยาบาล และต่อผลลัพธ์ของการจัดการความปวด**

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณลักษณะผู้ป่วย กลุ่มก่อนและกลุ่มหลัง (N = 60)

คุณลักษณะ	กลุ่มก่อน* (n = 30)		กลุ่มหลัง** (n = 30)		t	χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
อายุ (ปี)					- .26	-	.79
15-20	2	6.7	4	13.3			
21-40	9	30.0	5	16.7			
41-60	10	33.3	11	36.7			
60 ปี ขึ้นไป	9	30.0	10	33.3			
การศึกษา					-	.18	.91
ต่ำกว่าประถมศึกษา	5	16.7	5	16.7			
ประถมศึกษา	18	60.0	17	56.7			
สูงกว่าประถมศึกษา	7	23.3	8	26.7			
โรคร่วม					-	1.35	.25
ไม่มี	17	56.7	20	66.7			
มี	13	43.3	10	33.3			
เวลาที่ใช้ในการผ่าตัด					-	.21	.65
ไม่เกินมาตรฐาน	25	83.3	24	80.0			
เกินมาตรฐาน	5	16.7	6	20.0			
ยาระงับความรู้สึกที่ได้รับ					-	1.67	.20
general anesthesia	18	60.0	13	43.3			
regional anesthesia	12	40.0	17	56.7			
ยาระงับปวดหลังผ่าตัดที่ได้รับในห้องพักฟื้น					-	.14	.71
ไม่ได้รับ	14	46.7	13	43.3			
ได้รับ	16	53.3	17	56.7			
ยาระงับปวดที่ได้รับที่หอผู้ป่วย					-	.60	.44
ได้ 0-2 ชนิด	18	60.0	20	66.7			
ได้ 3 ชนิด	12	40.0	10	33.3			
ยาโอปิออยด์ที่ได้ในหลังผ่าตัดวันแรก					-	10.91	<.001
ได้ตามกำหนดเวลา	14	46.7	22	73.3			
ไม่ได้ตามกำหนดเวลา	16	53.3	8	26.7			
ยาโอปิออยด์ที่ได้ในหลังผ่าตัดวันที่สอง					-	6.14	.01
ได้ตามกำหนดเวลา	2	6.7	8	26.7			
ไม่ได้ตามกำหนดเวลา	28	93.3	22	73.3			

*กลุ่มก่อนได้รับการดูแลจากพยาบาลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม **กลุ่มหลังได้รับการดูแลจากพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการจัดการความปวด ด้านความรู้ของพยาบาล การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติพยาบาลโดยรวมและต่อผลลัพธ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัด

ข้อมูลที่ประเมิน	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		t	Z	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
ความรู้ของพยาบาล	29.24	4.96	34.18	3.70	-5.93	-	<.001
การปฏิบัติพยาบาลโดยรวมตามการรับรู้ของผู้ป่วย	45.63	8.09	54.93	6.53	-5.93	-	<.001
ผลลัพธ์ของการจัดการความปวด							
- ความปวดวันแรกหลังผ่าตัด							
ความปวดสูงสุดขณะพัก	6.4	3.3	7.3	2.8	-1.16	-	.13
ความปวดต่ำสุดขณะพัก	2.7	2.1	3.1	2.0	-.74	-	.23
ความปวดสูงสุดขณะเคลื่อนไหว	8.8	1.7	8.8	1.9	-	-.17	.43
ความปวดต่ำสุดขณะเคลื่อนไหว	5.7	2.5	5.1	2.2	.93	-	.18
- ความปวดวันที่สองหลังผ่าตัด							
ความปวดสูงสุดขณะพัก	5.4	3.1	4.8	2.6	.77	-	.22
ความปวดต่ำสุดขณะพัก	2.6	2.2	2.1	1.9	1.00	-	.16
ความปวดสูงสุดขณะเคลื่อนไหว	7.2	2.1	6.8	2.5	.56	-	.29
ความปวดต่ำสุดขณะเคลื่อนไหว	4.4	2.2	3.5	2.0	1.65	-	.05
- ความพึงพอใจในการจัดการความปวด	7.9	2.5	8.4	1.6	-	-.45	.33

อภิปรายผล

โปรแกรมการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรคกระดูกและข้อที่สร้างขึ้น ตามแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม การเรียนรู้ของบลูม (Bloom, 1956) มีแผนการสอน และแผนการฝึกปฏิบัติ ที่กำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรมการเรียนรู้ที่สำคัญ และจำเป็นสำหรับการนำไปใช้จริง สอดคล้องกันทั้งในส่วนทฤษฎี และส่วนการฝึกปฏิบัติ โดยให้ผู้เรียนได้รับทราบวัตถุประสงค์การเรียนรู้ และเกณฑ์การประเมินผล

การใช้วิธีการสอนแบบผสมผสานและใช้สื่อการสอนหลายอย่างร่วมกันส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้

จดจำ และนำความรู้จากทฤษฎีลงสู่การปฏิบัติได้มากขึ้น ได้แก่ การบรรยาย ซึ่งทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้านพุทธิพิสัยเพิ่มขึ้น (Jeffries & Norton, 2005) การอภิปรายในกลุ่มขนาดเล็ก ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการคิดวิเคราะห์ ทำให้เกิดการเรียนรู้และเชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีไปประยุกต์ในการปฏิบัติ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2527) การฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงในหอผู้ป่วยโดยใช้หลักการของพี่เลี้ยง ที่ชี้แนะผู้เรียนเป็นรายบุคคล ซึ่งตรงกับหลักการเรียนการสอนผู้ใหญ่ ที่คำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล ช่วยเหลือและปฏิบัติไปพร้อมกันกับผู้เรียน ให้คำแนะนำปรึกษาเมื่อมีข้อสงสัยหรือเกิดความ

**ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรคกระดูกและข้อต่อความรู้ของพยาบาล
การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติพยาบาล และต่อผลลัพธ์ของการจัดการความปวด**

ไม่มั่นใจ ปฏิบัติให้ดูเป็นแบบอย่างในสถานการณ์การปฏิบัติงานจริง ช่วยให้ผู้เรียนได้เพิ่มทักษะและประสบการณ์ การปฏิบัติ และเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติยิ่งขึ้น (สายพรรัตน์เรื่องวัฒนา, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, และยุพาพินศิริโพธิ์งาม, 2541) นอกจากนี้ การฝึกปฏิบัติยังเป็นการทบทวนความรู้ทางทฤษฎี ผู้สอนมีโอกาสดำเนินการความรู้ที่สำคัญ ประสบการณ์การปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงช่วยให้ผู้เรียนเรียนรู้และจดจำได้มากขึ้น ผนวกกับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลที่ศึกษาทุกคนอยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีประสบการณ์การทำงานแล้วและส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.7) มีประสบการณ์ความปวดหลังผ่าตัดด้วยตนเอง คะแนนความรู้ของพยาบาลและคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติพยาบาลโดยรวมจึงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้คล้ายคลึงกับการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความปวดที่ใช้วิธีการสอนแบบผสมผสานแล้วทำให้ผู้เรียนมีความรู้ และ/หรือมีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติเพิ่มขึ้น (จันทิรา ทองใส, 2548; ลดา ไชยแก้ว, 2547; Textor & Porock, 2006)

อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดเป็นรายข้อ เปรียบเทียบก่อนและหลังพยาบาลเข้าร่วมโปรแกรมจากทั้งหมด 14 ข้อ พบว่าการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4 ข้อ ได้แก่ 1) ก่อนผ่าตัดพยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวดและการลดปวด 2) ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการจัดการความปวด 3) พยาบาลให้ยาบรรเทาปวดโดยไม่ต้องร้องขอ และ 4) พยาบาลเชื่อในสิ่งที่ผู้ป่วยบอก อาจเนื่องจากในสถานการณ์จริงขณะเก็บข้อมูลในผู้ป่วยกลุ่มหลังหอดูผู้ป่วยมีอัตราครองเตียงสูงถึงร้อยละ 170.89 ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นอาจทำให้พยาบาลไม่สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมได้อย่างสม่ำเสมอและไม่สามารถให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วตามความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งการปฏิบัติทั้ง 4 ข้อนี้อาจส่งผลอย่างมากต่อผลลัพธ์ของโปรแกรมที่สะท้อนในตัวผู้ป่วยคือ คะแนนความปวด

และคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ยกเว้นความปวดต่ำสุดขณะเคลื่อนไหว ในวันที่สองหลังผ่าตัด อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กตามหรือใส่ข้อสะโพกเทียม และการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ ต้องเปิดแผลยาว มีการใช้เครื่องมือดึงถ่างเพื่อให้เห็นตำแหน่งที่บาดเจ็บชัดเจนยิ่งขึ้น ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน มีการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกที่มีความทนต่อความปวดต่ำจำนวนมาก เช่น ชันผิวหนัง ฟังผืด เอ็น ข้อ และเยื่อหุ้มกระดูก (Greenfield, 2006) อีกทั้งหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีกิจกรรมการเคลื่อนย้ายหรือเคลื่อนไหวที่จำเป็น เช่น การไปเอ็กซเรย์หลังผ่าตัด การพลิกตะแคงตัว การขับถ่ายบนเตียง และการทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น ซึ่งล้วนกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความปวดรุนแรงขึ้น (Bergh, Jakobsson, Sjostrom, & Steen, 2005; Morrison et al., 2003) ในการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่า ในวันที่แรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีความปวดรุนแรงในขณะพักมากกว่าร้อยละ 40 และปวดรุนแรงในขณะเคลื่อนไหวมากกว่าร้อยละ 80 (ตารางที่ 2) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ส่วนใหญ่มีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง (Veterans Health Administration Health Care System, 2002)

ข้อมูลการบริหารยาในวันที่สองหลังผ่าตัดของทั้ง 2 กลุ่มพบว่า ส่วนใหญ่ได้รับยาแบบเป็นครั้งคราวมากกว่าร้อยละ 70 และพบว่าการรับรู้การปฏิบัติพยาบาลในเรื่องการให้ยาโดยไม่ต้องร้องขอของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้การมีคำสั่งให้ยาระงับปวดชนิดที่ให้อ่อนปวด และการให้แต่ละมื้อห่างกันเกินไปสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดไม่เพียงพอ (Brown & McCormack, 2006; Gordon et al., 2005) คะแนนระดับความปวดในวันที่ 2 หลังผ่าตัดที่ค่อนข้างสูงทั้งขณะพักและขณะเคลื่อนไหว (4.8-6.8) อาจส่งผลต่อคะแนนความพึงพอใจในการจัดการความปวด สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบว่า ระดับ

ความปวดเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วย (McNeill, Sherwood, Starck, & Thompson, 1998; Sauaia et al., 2005) นอกจากนี้ การมีบุคลากรระดับอื่นๆ ร่วมดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย พนักงานเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น ที่ไม่ได้รับการอบรมตามโปรแกรมอาจมีผลต่อคะแนนความพึงพอใจได้ ข้อจำกัดของการศึกษาซึ่งอาจทำให้เกิดความลำเอียงได้ ได้แก่ การเลือกศึกษาในหอผู้ป่วยเดียวโดยไม่ได้จับฉลาก และผู้วิจัยชื่อแรกเป็นทั้งผู้สอนและเก็บข้อมูล

ข้อเสนอแนะและแนวทางการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

โปรแกรมการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรคกระดูกและข้อ ทำให้พยาบาลมีความรู้และเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในเรื่องการจัดการความปวดหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้นได้ จึงควรนำวิธีการตามโปรแกรมไปใช้ในการพัฒนาบุคลากรเรื่องการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ทั้งพยาบาลที่จบใหม่ และพยาบาลประจำการเพื่อทบทวนแนวทางการปฏิบัติให้ทันสมัยอยู่เสมอ โดยเน้นความรู้และการปฏิบัติที่พบว่าควรพัฒนาให้มากขึ้นคือ การให้ข้อมูลเรื่องการควบคุมความปวดหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วย การบริหารยาระงับปวดหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการควบคุมความปวดหลังผ่าตัดของตนเอง และการสร้างทัศนคติให้เชื่อคะแนนความปวดที่ผู้ป่วยบอก

การวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาเฉพาะเจาะจงในกลุ่มที่ไม่เคยผ่าตัดมาก่อน มีความปวดระดับรุนแรงและระดับความปวดไม่ลดลงตามต้องการใน 48 ชั่วโมง หรือศึกษาในขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น โดยปรับโปรแกรมให้มีเนื้อหาการสอนและการฝึกปฏิบัติเรื่องการจัดการความปวดวิธีไม่ใช้ยา ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีวิธีบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาอีกหลายวิธีที่

แนะนำให้พยาบาลนำมาใช้กับผู้ป่วย แต่ส่วนใหญ่พยาบาลยังไม่ได้นำมาใช้ และไม่ได้ประเมินการปฏิบัติ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยบางส่วนจากสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารอ้างอิง

- จนผะจง เฟื่องจาด, รัชนี อยู่ศิริ, และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2546). รายงานการวิจัยความรู้และทัศนคติของพยาบาลเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด. สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาล สภาวิชาชีพ. กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2527). การเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์รา ทองใส. (2548). ผลของการโคชต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดใหญ่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทา เล็กสวัสดิ์, หทัยรัตน์ จรัสสุโรสิน, นฤมล วงศ์มณีโรจน์, และวิลาวัลย์ ศรีวรรณนท์. (2547). รายงานการวิจัยเรื่องคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยในระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังทำผ่าตัดใหญ่. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปิยะดา บุญทรง. (2546). เอกสารประกอบการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. เชียงใหม่: หน่วยวารสารวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลดา ไชยแก้ว. (2547). ผลของโปรแกรมการสอนต่อความสามารถของพยาบาลในการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมบุรณ์ เทียนทอง. (2550). การจัดการความปวดในผู้สูงอายุ. ใน ชัชชัย ปรีชาโว, อนงค์ ประสานนันทกิจ, และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร (บก.), ความปวดและการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาพิเศษ (หน้า 87-100). สงขลา: ขานเมืองการพิมพ์.

ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรคกระดูกและข้อต่อความรู้ของพยาบาล การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติพยาบาล และต่อผลลัพธ์ของการจัดการความปวด

- สายพร รัตนเรืองวัฒนา, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2541). ความวิตกกังวลของพยาบาลจบใหม่ คุณลักษณะทั่วไป และความสามารถทางคลินิกของพยาบาล ที่เลี้ยงตามความต้องการของพยาบาลจบใหม่. *รวมอภิัตติพยาบาลสาร*, 4(2), 120-132.
- โสพิศ เวียงโสด. (2549). *การจัดการความปวดโดยพยาบาล และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามรายงานของผู้ป่วยและพยาบาล ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Antall, G. F., & Kresevic, D. (2004). The use of guided imagery to manage pain in an elderly orthopaedic population. *Orthopaedic Nursing*, 23(5), 335-340.
- Bergh, I., Jakobsson, E., Sjostrom, B., & Steen, B. (2005). Ways of talking about experiences of pain among older patients following orthopaedic surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 52(4), 351-361.
- Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of educational objectives: Handbook I cognitive domains*. New York: David McKay.
- Brown, D., & McCormack, B. (2006). Determining factors that have an impact upon effective evidence-based pain management with older people, following colorectal surgery: An ethnographic study. *Journal of Clinical Nursing*, 15(10), 1287-1298.
- Cardo, D., Horan, T., Andrus, M., Dembinski, M., Edwards, J., Peavy, G., et al., (2004). National nosocomial infections surveillance system report, data summary from January 1992 through June 2004, issued October 2004. *American Journal of Infection Control*, 32(8), 470-485.
- Dihle, A., Helseth, S., Paul, S. M., & Miaskowski, C. (2006). The exploration of the establishment of cutpoints to categorize the severity of acute postoperative pain. *Clinical Journal of Pain*, 22(7), 617-624.
- Gordon, D. B., Dahl, J. L., Miaskowski, C., McCarberg, B., Todd, K. H., Paice, J. A., et al. (2005). American Pain Society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management. *Archives of Internal Medicine*, 165, 1574-1580.
- Greenfield, G. Q., Jr. (2006). Orthopaedic pain. In M. V. Boswell & B. E. Cole (Eds.), *Weiner's pain management: A practical guide for clinicians* (pp. 465-476). Boca Raton: CRC Press.
- Jeffries, P. R., & Norton, B. (2005). Selecting learning experiences to achieve curriculum outcomes. In D. M. Billings & J. A. Halstead (Eds.), *Teaching in nursing* (2nd ed., pp. 187-212). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Matthews, E., & Malcolm, C. (2007). nurses' knowledge and attitudes in pain management practice. *British Journal of Nursing*, 16(3), 174-179.
- McNeill, J. A., Sherwood, G. D., Starck, P. L., & Thompson, C. J. (1998). Assessing clinical outcomes: patient satisfaction with pain management. *Journal of Pain and Symptom Management*, 16(1), 29-40.
- Morrison, R. S., Magaziner, J., McLaughlin, M. A., Orosz, G., Silberzweig, S. B., Koval, K. J, et al. (2003). The impact of post-operative pain on outcomes following hip fracture. *Pain*, 103(3), 303-311.
- Polit, D., & Hungler, B. (1983). *Nursing research: Principle and methods* (2nd ed). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Sauaia, A., Min, S. J., Leber, C., Erbacher, K., Abrams, F., & Fink, R. (2005). Postoperative pain management in elderly patients: Correlation between adherence to treatment guidelines and patient satisfaction. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(2), 274-282.
- Sikorski, K. A., & Barker, D. M. (2005). Clients with pain. In J. M. Black & J. H. Hawks (Eds.), *Medical-surgical nursing: Clinical management for positive outcome* (7th ed., Vol. 1.). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Simpson, K., Kautzman, L., & Dodd, S. (2002). The effects of a pain management education program on the knowledge level and attitudes of clinical staff. *Pain Management Nursing*, 3(3), 87-93.
- Textor, L. H., & Porock, D. (2006). The pain management knowledge of nurses practicing in a rural midwest retirement community. *Journal for Nurses in Staff Development*, 22(6), 307-312.
- Veterans Health Administration Health Care System. (2002). Management of postoperative pain. Retrieved January 28, 2008, from <http://www.opq.med.va.gov/cpg/cpg.htm>
- Wang, Y., Sands, L. P., Vaurio, L., Mullen, E. A., & Leung, J. M. (2007). The effect of postoperative pain and its management on postoperative cognitive dysfunction. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(1), 50-59.
- Wilsey, B., Fishman, S., Rose, J. S., & Papazian, J. (2004). Pain management in the elderly. *American Journal of Emergency Medicine*, 22(1), 51-57.

The Effects of a Post-Operative Orthopedic Pain Management Program on Nurses' Knowledge, Patients' Perception on Nursing Practice and Pain Management Outcomes

Boosra Daoruang* M.N.S. (Adult Nursing)

Nirobol Kanogsunthornrat** Ph.D. (Nursing)

Darunee Junhvat*** M.Ed. (Educational Psychology and Guidance)

Abstract: This quasi-experimental research aimed at exploring the effects of a post-operative orthopedic pain management program on nurses' knowledge, patients' perceptions on nursing practice and pain management outcomes. The professional nurse sample consisted of 17 nurses who were working in the orthopedic ward, were not head nurses and were available to join the whole program. The patient sample consisted 60 patients who were admitted to the orthopedic ward from pre-surgery until 48 hours after the surgery; aged 15 years old and over; having no postoperative urgent complication; having normal perception; being able to communicate and answer the questionnaire; having earned 8-10 points of the Short Portable Mental Status Questionnaire in the case of elderly patients; and willing to attend the program by signing the research consent form. The professional nurse sample was provided with integrated teaching comprising of lectures and practices with the researcher who acted as a preceptor. The patient sample was divided equally into two groups. The before-intervention group was cared for by nurses had not yet attended the program while the after-intervention group was cared for by the same group of nurses after attending the program. Data collection was done by measuring the nurses' knowledge before and after attending the program, nurses' practices and pain management outcomes as perceived by the two groups of patients. The findings revealed that after attending the program, nurses' knowledge and their practices as perceived by the patients were significantly higher than before attending the program. However, the pain management outcomes including pain scores and satisfaction on pain management between before and after attending the program were not significantly different.

Keywords: Post-operative pain, Pain management program, Pain management outcomes

* Professional Nurse, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima Province and Master Student, Master of Nursing Science Program (Adult Nursing), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**Corresponding author, Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: nirobol.kan@mahidol.ac.th

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