

ผลของโปรแกรมการสอนต่อความสามารถของพยาบาลในการจัดการ
กับความปวดแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัด*

Effects of an Education Program on Nurses' Capabilities
in Pain Management of Postoperative Patients

ลดา ไชยแก้ว** พย.ม.

Lada Chaikaeo** MNS

วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร*** Ph.D

Wongchan Petpichetchian*** Ph.D

ชอลดา พันธุเสนา**** คม.

Chorlada Punthusena*** M.Ed.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการกับความปวดแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ ทำการศึกษาโดยการสุ่มตัวอย่างพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม 4 หอผู้ป่วยจาก 9 หอผู้ป่วย แล้ว

แบ่งกลุ่มโดยการสุ่มแบบง่ายเป็นกลุ่มทดลอง 2 หอผู้ป่วย และกลุ่มควบคุม 2 หอผู้ป่วย โดยพยาบาลในกลุ่มทดลองได้รับการสอนแบบบรรยายร่วมกับอภิปรายและมีการนิเทศติดตามหลังการสอนจำนวน 25 คน พยาบาลในกลุ่มควบคุมได้รับการสอนโดยการบรรยายเพียงอย่างเดียวจำนวน 24 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เรื่องความปวดและการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด และแบบตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินความปวด และการจัดการกับความปวดแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัด แบบวัดความรู้และแบบตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน หาความเที่ยงของแบบวัดความรู้โดยวิธีคูเดอร์ริชชิตสัน (Kuder-Richardson) เท่ากับ .73 และหาความเที่ยงของการตรวจสอบแบบบันทึกทางการพยาบาลระหว่าง

-
- * วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 - ** พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลพัทลุง จังหวัดพัทลุง
 - *** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาล ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 - **** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาล ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัย ได้ค่าเท่ากับ .94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติที และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) ผลการวิจัยพบว่า 1) พยาบาลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนโดยการบรรยายร่วมกับอภิปรายและนิเทศหลังการสอนมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องความปวดและการจัดการกับความปวดแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลังได้รับโปรแกรมการสอน 2 สัปดาห์ มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนโดยการบรรยายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) พยาบาลกลุ่มที่ได้รับการสอนโดยการบรรยายร่วมกับอภิปรายและนิเทศหลังการสอน มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการกับความปวดแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัด หลังได้รับโปรแกรมการสอน 2 สัปดาห์มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบบรรยายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) พยาบาลในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนโดยการบรรยายร่วมกับอภิปรายและนิเทศติดตามหลังการสอน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องความปวดและการจัดการกับความปวดแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะหลังได้รับโปรแกรมการสอน 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4) พยาบาลในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนโดยการบรรยายร่วมกับอภิปรายและนิเทศติดตามหลังการสอน มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการกับความปวดแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลังได้รับโปรแกรมการสอน 2 และ 4 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสอนโดยการบรรยายร่วมกับอภิปรายและนิเทศติดตามหลังการสอน สามารถทำ

ให้พยาบาลมีความรู้และการปฏิบัติในการจัดการกับความปวดแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จึงควรมีการสนับสนุนให้มีการอบรมโดยใช้โปรแกรมการสอนให้ความรู้เรื่องความปวดและการจัดการกับความปวดแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดแก่พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไป เพื่อให้การจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีประสิทธิภาพและผู้ป่วยบริการมีความพึงพอใจสูงสุด

คำสำคัญ: โปรแกรมการสอน, ความสามารถของพยาบาล, การจัดการกับความปวด, ผู้ป่วยหลังผ่าตัด

Abstract

The quasi-experimental research, aimed to compare the knowledge and practice of nurses who received education program regarding pain and pain management in postoperative patients. It was conducted at a provincial hospital in southern Thailand. Nurses from four out of nine surgical wards were randomly selected. Those nurses from four wards were randomly assigned to be experimental group (2 wards) and control group (2 wards). Twenty five nurses in the experimental group attended lecture session with discussion, followed by additional individual supervision. Twenty four nurses in the control group attended only lecture session. Data were collected using questionnaires, covering demographic information and knowledge

regarding pain and pain management in postoperative patients, and nursing document audit checklist about pain assessment and management for postoperative patients. The instruments were content validated by 5 experts. Reliability testing was carried out giving a Kuder-Richardson value of .73 for the knowledge questionnaire and an inter-rater reliability of .94 for audit checklist. The data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, t-test and ANCOVA. The results revealed that: 1) subjects in the experimental group had a mean knowledge score at two weeks after receiving education program significantly higher than subjects in the control group, 2) subjects in the experimental group had a mean practice score at two weeks after receiving education program significantly higher than subjects in the control group, 3) in the experimental group, the mean knowledge scores at two weeks and four weeks after receiving the education program were not significantly different, 4) in the experimental group, the mean practice scores at two weeks and four weeks after receiving the education program were not significantly different. The results of this study show that an education program provided by lecture session with discussion, followed by additional individual supervision is effective in improving nurses' knowledge and practices of

pain management in postoperative patients. It also suggests that the continuing education program in pain management of postoperative patients should be offered for surgical nurses.

Key words: Education Program, Nurses' Capabilities, Pain Management, Postoperative patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปวดเป็นประสบการณ์ส่วนตัวของแต่ละบุคคลซึ่งยากจะอธิบายหรือบอกให้ผู้อื่นเข้าใจได้ ผู้ประสบกับความปวดเท่านั้นที่จะรู้สึกถึงความทุกข์ทรมาน (McCaffery, 1989) โดยเฉพาะความปวดหลังผ่าตัดเป็นปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องเผชิญ พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีประสบการณ์ความปวดในระดับรุนแรง มีจำนวนมากถึงร้อยละ 40-70 และผู้ที่เคยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดมีประสบการณ์ความปวดระดับปานกลางถึงมาก ร้อยละ 80 (Warfield & Kahn, 1995) ความปวดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้มีผลต่อการฟื้นหายเพื่อกลับสู่สภาวะปกติ พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมักกลัวต่อความปวดจนปฏิบัติกิจกรรมทั่วไปได้ลดลง มักนอนนิ่ง ๆ ไม่เคลื่อนไหวร่างกายทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งทำให้การทำงานของระบบต่างๆในร่างกายผิดปกติ เช่นระบบการหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบภูมิคุ้มกัน เพิ่มการแข็งตัวของเลือด มีการคั่งของของเหลว และเพิ่มระยะเวลาของความปวด (Good, 1999) จะเห็นว่าอันตรายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดจึงมิได้อยู่ที่อันตราย

จากการผ่าตัดเท่านั้นแต่ยังขึ้นกับภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เหล่านี้ด้วย

การจัดการเพื่อบรรเทาปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีประสิทธิภาพนั้น พยาบาลผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ถูกต้องในการจัดการกับความปวดให้ผู้ป่วย เพื่อให้การพยาบาลได้ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ของพยาบาลในการจัดการกับความปวดพบว่า พยาบาลยังขาดความรู้และทักษะเกี่ยวกับการจัดการกับความปวดให้แก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเพียงพอ (Brown, Bowman, & Eason, 1999; Puls-McColl, Holden, & Buschmann, 2001; Chatchakorn & Petpichetchian, 2002) แนวทางที่สามารถนำมาแก้ไขปัญหานี้ และมีผลทำให้เกิดการพัฒนาความสามารถจากการขาดความรู้ในการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาลคือ การจัดการโปรแกรมการสอนให้ความรู้อย่างต่อเนื่องในเรื่องการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแก่พยาบาลประจำการ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด (Howell, Butler, Vincent, Watt-Watson, & Stearns, 2000) โดยผลการศึกษาพบว่าการจัดการโปรแกรมการสอนให้ความรู้ จะทำให้พยาบาลมีความรู้ ทัศนคติ และมีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติได้ถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น (Wessman & McDonald, 1999; Pederson, 1998)

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในการจัดการคุณภาพการให้บริการพยาบาลสาขาศัลยกรรม ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญในเรื่องนี้

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาความสามารถของพยาบาล โดยใช้โปรแกรมการสอนให้ความรู้เพื่อพัฒนาความสามารถของพยาบาลในการจัดการกับความปวดแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดขึ้น เพื่อให้บุคลากรพยาบาลได้ปรับเปลี่ยนการปฏิบัติการพยาบาล ในการจัดการกับความปวดแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งผลจากการศึกษาในครั้งนี้ สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรพยาบาลสาขาศัลยกรรมให้มีความรู้ ความเข้าใจและมีทัศนคติที่ถูกต้อง สามารถพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล และสามารถวางแผนการพยาบาลในการจัดการกับความปวดแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนโดยการบรรยายร่วมกับอภิปรายและนิเทศหลังการสอน และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนโดยการบรรยายภายหลังได้รับโปรแกรมการสอน 2 สัปดาห์
2. เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติของพยาบาลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนโดยการบรรยายร่วมกับอภิปรายและนิเทศหลังการสอน และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนโดยการบรรยายภายหลังได้รับโปรแกรมการสอน 2 สัปดาห์
3. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนโดยการบรรยายร่วมกับอภิปรายและนิเทศหลังการสอน ในระยะ 2 และ 4 สัปดาห์
4. เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติของ

พยาบาลในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนโดยการบรรยายร่วมกับอภิปรายและนิเทศหลังการสอน ในระยะ 2 และ 4 สัปดาห์

สมมติฐานการวิจัย

1. พยาบาลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนโดยการบรรยายร่วมกับอภิปรายและนิเทศหลังการสอนมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังได้รับโปรแกรมการสอน 2 สัปดาห์มากกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนโดยการบรรยาย

2. พยาบาลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนโดยการบรรยายร่วมกับอภิปรายและนิเทศหลังการสอนมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติหลังได้รับโปรแกรมการสอน 2 สัปดาห์มากกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนโดยการบรรยาย

3. พยาบาลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนโดยการบรรยายร่วมกับอภิปรายและนิเทศหลังการสอนมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังได้รับโปรแกรมการสอน 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ไม่แตกต่างกัน

4. พยาบาลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนโดยการบรรยายร่วมกับอภิปรายและนิเทศหลังการสอนมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติหลังได้รับโปรแกรมการสอน 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ไม่แตกต่างกัน

กรอบแนวคิด / ทฤษฎี

ในการศึกษาครั้งนี้ในส่วนเนื้อหาการสอน ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีและองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับความปวดเป็นแนวทางในการกำหนดเนื้อหาการสอน และใช้ทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มพฤติกรรมนิยมที่เน้นการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับพฤติกรรมการตอบสนอง

ต่อสิ่งเร้าที่แสดงออกมาให้สังเกตได้ เป็นแนวทางในการกำหนดกระบวนการสอน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของฮัลล์ (Hull, 1943 อ้างตาม มาลีจุฑา, 2545) โดยทฤษฎีนี้มีหลักการว่าการเรียนรู้เกิดจากการเสริมแรง เมื่อต้องการให้ใครเกิดการเรียนรู้ ก็ต้องทำให้เขามีความต้องการหรือแรงจูงใจเกิดขึ้น และจะต้องเป็นไปในลักษณะของการกระทำที่ต่อเนื่องกันไป และค่อยๆ สะสมขึ้นทีละน้อย การเสริมแรงทุกๆ ครั้งจะทำให้การเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมการสอนเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัดและการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยใช้วิธีการสอนแบบผสมผสาน เป็นสิ่งเร้า และได้นำหลักการเสริมแรงมาใช้ในกระบวนการเรียนการสอน โดยพยายามจัดเนื้อหาการสอนคำนึงถึงความต้องการของผู้เรียน และสนองความต้องการของผู้เรียน สร้างเสริมทุกขั้นตอนของบทเรียน จัดการเรียนการสอนจากง่ายไปหายาก จัดเวลาเรียนให้พอเหมาะกับผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนคือ พยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเกิดการเรียนรู้ มีการตอบสนอง โดยมีความรู้เรื่องความปวดและการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดถูกต้องมากขึ้น พร้อมทั้งมีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วิธีการดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก และหอผู้ป่วยตาหูคอจมูก ของโรงพยาบาลประจำ-

จังหวัดแห่งหนึ่ง ในภาคใต้จำนวน 49 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติคือ มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยที่ดูแลรักษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างน้อย 1 ปี และไม่อยู่ในระหว่างการหมุนเวียนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 24 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ใช้โปรแกรมการสอนเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เพื่อเป็นการทดสอบผลการใช้โปรแกรมการสอน ในการดำเนินการสอน ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างรูปแบบโปรแกรมการสอนโดยมีรูปแบบดังนี้

1.1 เนื้อหาการสอน

1.1.1 โดยการบรรยายเนื้อหา

ประกอบด้วย มโนทัศน์ความปวด ความหมาย ชนิดสาเหตุ องค์ประกอบของความปวด ทฤษฎีความปวด พยาธิสรีรวิทยาของความปวดหลังผ่าตัด ปัจจัยที่มีผลต่อความปวดหลังผ่าตัด การประเมินความปวดหลังผ่าตัด วิธีการจัดการเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด แนวทางการเฝ้าระวังความปวดหลังผ่าตัด และการบันทึก

1.1.2 โดยการอภิปราย เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์การปฏิบัติกรพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินความปวด การใช้เครื่องมือในการประเมินความปวดและการบันทึกทางพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินความปวด โดยการสร้างสถานการณ์ตัวอย่างของผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัดให้ผู้เรียนวิเคราะห์

สถานการณ์และแก้ปัญหา

1.2 วิธีการสอน ใช้วิธีการสอน 2 แบบดังนี้

1.2.1 แบบที่1 ใช้วิธีการสอนโดยการบรรยายเพียงอย่างเดียว 2 ชั่วโมง (กลุ่มควบคุม)

1.2.2 แบบที่2 ใช้วิธีการสอนแบบผสมผสานโดยใช้การบรรยาย 2 ชั่วโมงร่วมกับการอภิปราย 1 ชั่วโมงและนิเทศหลังการสอน 2 สัปดาห์ (กลุ่มทดลอง)

1.3 การดำเนินการนิเทศ ติดตามให้ความช่วยเหลือ พยาบาลที่เป็นกลุ่มทดลองอย่างเป็นระบบหลังการสอน ณ จุดปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในเรื่อง

- การประเมินความปวดโดยใช้เครื่องมือและการบันทึก
- การประเมินความปวดจากพฤติกรรมและสรีรวิทยาของผู้ป่วยและการบันทึก
- การเฝ้าระวังความปวดตามแนวปฏิบัติที่กำหนดและการบันทึก
- การจัดการกับความปวดโดยวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา
- การเฝ้าระวังความปวดหลังบรรเทาปวดโดยวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยาและวิธีการบันทึก
- การประเมินผลการบรรเทาปวดและการบันทึก

โดยนำทฤษฎีการเสริมแรงของฮัลล์มาใช้ในการนิเทศติดตาม คือ

- มีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดีขณะติดตามให้ความช่วยเหลือ
- ให้คำแนะนำช่วยเหลือเป็นรายบุคคล
- มีการยกย่องชมเชยและให้เป็นตัวอย่างที่ดีแก่ผู้อื่นเมื่อมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง

สนับสนุนให้ความช่วยเหลือและแก้ไข ปัญหาที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติ

1.4 การจัดเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผลการวิจัย วรรณกรรมที่เกี่ยวกับการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยจัดไว้สำหรับ พยาบาลในหอผู้ป่วยกลุ่มทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

2.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นแบ่ง เป็น 2 ส่วนคือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ประสบการณ์การได้รับความรู้เรื่องการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด 2) แบบวัดความรู้เรื่องการจัดการกับความปวด เป็นแบบวัดความรู้เรื่องการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ ลักษณะของแบบทดสอบเป็นคำถามแบบ เลือกตอบ 2 คำตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ ข้อที่ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนความรู้มีค่า ตั้งแต่ 0-30

2.2 แบบตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล เกี่ยวกับการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการกับความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อวัดการปฏิบัติของ พยาบาลในการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด แบบตรวจสอบมี 3 คำตอบ คือปฏิบัติ ไม่ปฏิบัติ และไม่มีกิจกรรมนั้นๆ เกณฑ์การให้ คะแนน ถ้าปฏิบัติได้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติได้ 0 คะแนน ไม่มีกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติให้ not applicable (N/A) จำนวนเวอร์ที่จะต้องตรวจสอบ

ทั้งหมด 9 เวอร์ แล้วนำคะแนนทั้งหมดมารวมกันและ คำนวณออกมาเป็นค่าร้อยละของการปฏิบัติ ช่วงคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติมีค่าอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การสอน

โปรแกรมการสอนผ่านการตรวจสอบ จาก ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับ ความปวด จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความ ถูกต้องและความตรงตามเนื้อหา นำมาปรับปรุง แก้ไขตามข้อเสนอแนะ แล้วนำไปทดลองสอนกับ พยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ ทำการศึกษาโดยหลังการสอนให้พยาบาลให้ข้อคิด เห็นและข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น

2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรง คุณวุฒิ 5 ท่าน แล้วปรับปรุงแบบวัดความรู้ แบบ ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลให้เหมาะสมตาม ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำแบบวัด ความรู้ไปทดลองใช้กับพยาบาลที่ปฏิบัติ งานเหมือนกลุ่มตัวอย่างอีกโรงพยาบาลหนึ่ง จำนวน 30 คน และคำนวณค่าความเที่ยงของแบบวัดความรู้ โดยวิธี KR-20 (Kuder-Richardson) โดยได้ค่า ความเที่ยง เท่ากับ .73 การหาความเที่ยงของแบบ ตรวจสอบ คำนวณโดยนำผลการตรวจสอบแบบ บันทึกทางการพยาบาลของ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย โดยใช้วิธี inter - rater reliability ได้ค่าความเที่ยง

เท่ากับ .94

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เตรียมผู้ช่วยวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ ได้จัดหาผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูล เพื่อลดความลำเอียงขณะเก็บข้อมูล ทั้งนี้มีขั้นตอนการดำเนินการเพื่อเตรียมผู้ช่วยวิจัย ดังนี้

1.1 คัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจากพยาบาลที่มีประสบการณ์การให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดจำนวน 1 คนและไม่อยู่ในกลุ่มที่ทำการศึกษ

1.2 ผู้วิจัยพบผู้ช่วยวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แนวทางการบันทึกข้อมูล เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และทดลองปฏิบัติ

1.3 ฝึกผู้ช่วยวิจัยโดยการอธิบายและเก็บข้อมูลร่วมกัน ระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ในระยะแรกของการเก็บข้อมูล จนสามารถเก็บข้อมูลได้ และมีค่า inter-rater reliability เป็นไปตามที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ผู้ช่วยวิจัยจะต้องไม่ทราบว่าหอผู้ป่วยใดเป็นหอผู้ป่วยกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมเพื่อลดความลำเอียง

2. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยตาหูคอจมูก และหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก จากนั้นผู้วิจัยได้ประชุม ชี้แจงให้พยาบาลทุกท่านทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับให้พยาบาลผู้เข้าร่วมวิจัยทราบและเข้าใจพร้อมทั้งสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยโดยประชุมแยกกลุ่มเพื่อให้มีความเป็นอิสระ

ต่อกันมากที่สุด

2.2 ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนตัวของพยาบาลทุกคน ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยตาหูคอจมูก และหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก พร้อมทั้งให้ตอบแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยจะเก็บข้อมูลก่อนดำเนินการสอนในแต่ละกลุ่ม เพื่อเป็นการป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนในการทำแบบทดสอบความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง

2.3 ผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบแบบบันทึกทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มทดลอง คือ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการเพื่อบรรเทาความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดก่อนการสอน จำนวน 25 ชุด ซึ่งเป็นขนาดตัวอย่างที่ได้มาจากการประมาณจากจำนวนประชากรทั้งหมดที่มารับบริการในแต่ละหอผู้ป่วยในรอบปีที่ผ่านมา เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบบันทึกทางการพยาบาลจากเดือนที่ผ่านมา ก่อนการเก็บข้อมูล 1 เดือน ใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับสลากแบบไม่คืนที่ จนครบตามจำนวน

2.4 ผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบแบบบันทึกทางการพยาบาล ของหอผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มควบคุม คือ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง และหอผู้ป่วยตาหูคอจมูก เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการเพื่อบรรเทาความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดก่อนการสอน จำนวน 25 ชุด ซึ่งเป็นขนาดตัวอย่างที่ได้มาจากการประมาณจากจำนวนประชากรทั้งหมดที่มารับบริการในแต่ละหอผู้ป่วยในรอบปีที่ผ่านมา เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเดียวกับกลุ่มทดลอง

2.5 ดำเนินการสอนตามโปรแกรมการสอนแก่พยาบาลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยผู้วิจัย ตามแผนที่ได้กำหนดไว้โดยจัดแบ่งพยาบาลออกเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 12-13 คน ผู้วิจัยกำหนดตารางการสอนให้ความรู้ โดยมีรายชื่อพยาบาลที่จะเข้ารับการสอน วันเวลาที่จะสอนแน่นอน แล้วแจ้งให้ผู้เข้ารับการสอนทราบก่อนล่วงหน้า จากนั้นดำเนินการสอน ให้ความรู้แก่พยาบาลในแต่ละกลุ่ม โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสอนแบบบรรยายและอภิปรายในกลุ่มทดลอง และใช้วิธีการบรรยายอย่างเดียวในกลุ่มควบคุม โดยมีสื่อการสอนประเภทภาพถ่ายจากเครื่องคอมพิวเตอร์ เครื่องฉายภาพ 3 มิติ ซึ่งสอนให้ความรู้พยาบาลวันละ 1 กลุ่ม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 3 ชั่วโมงในกลุ่มทดลอง และใช้เวลา 2 ชั่วโมงในกลุ่มควบคุม ติดต่อกันทุกวันจนครบทุกกลุ่มโดยใช้เวลาทั้งหมด 4 วัน

2.6 หลังการสอนให้ความรู้ ผู้วิจัยจะติดตามประเมินผลนิเทศ ให้ความช่วยเหลือพร้อมให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการให้การพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในพยาบาลกลุ่มทดลอง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ณ หอผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มทดลองตามโปรแกรม โดยจะต้องนิเทศพยาบาลกลุ่มทดลองทุกคนอย่างน้อยจำนวน 1 ครั้งต่อคน พร้อมทั้งสัมภาษณ์ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ณ หอผู้ป่วย

2.7 หลังได้รับโปรแกรมการสอน 2 สัปดาห์ ผู้ช่วยวิจัยให้พยาบาลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทุกคน ทดสอบความรู้อีกครั้งโดยใช้แบบทดสอบชุดเดิม

2.8 หลังได้รับโปรแกรมการสอน 2 สัปดาห์ ผู้ช่วยวิจัยจะเก็บข้อมูลเพื่อประเมินการปฏิบัติการพยาบาลในการบรรเทาความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด จากการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอีกครั้งโดยใช้แบบตรวจสอบการบันทึกชุดเดิม และใช้จำนวนแบบบันทึกเท่ากับก่อนการสอน โดยตรวจสอบแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะ 72 ชั่วโมงแรก ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในช่วงระยะเวลาหลังได้รับโปรแกรมการสอน 2 สัปดาห์ทุกคน จนครบจำนวนตามที่ต้องการ

2.9 หลังได้รับโปรแกรมการสอน 4 สัปดาห์ ผู้ช่วยวิจัยจะให้พยาบาลกลุ่มทดลองทุกคนทดสอบความรู้อีกครั้งโดยใช้แบบทดสอบชุดเดิม

2.10 หลังได้รับโปรแกรมการสอน 4 สัปดาห์ ผู้ช่วยวิจัยจะเก็บข้อมูลเพื่อประเมินการปฏิบัติการพยาบาลในการบรรเทาความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด จากการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัดในกลุ่มทดลองอีกครั้งโดยใช้แบบตรวจสอบการบันทึกชุดเดิม และใช้จำนวนแบบบันทึกเท่ากับก่อนการสอน โดยตรวจสอบแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะ 72 ชั่วโมงแรก ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในช่วงระยะเวลาหลังได้รับโปรแกรมการสอน 4 สัปดาห์ทุกคนจนครบจำนวนตามต้องการ พร้อมทั้งสัมภาษณ์ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติของพยาบาลทั้งสองกลุ่ม

2.11 นำข้อมูลที่ได้จากคะแนนความรู้

และคะแนนจากการตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาล ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสอนในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมาเปรียบเทียบโดยการวิเคราะห์ข้อมูล ตามระเบียบวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยการหาจำนวน ร้อยละ
2. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยวิเคราะห์การแจกแจงปกติ (normality) และความแปรปรวนภายใน (homogeneity of variance) ของชุดข้อมูล โดยข้อมูลทุกชุดต้องเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ใช้ จึงทำการวิเคราะห์ในขั้นต่อไป
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลหลังได้รับโปรแกรมการสอน สัปดาห์ที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนโดยการบรรยายร่วมกับอภิปรายและนิเทศหลังการสอน และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนโดยการบรรยายเพียงอย่างเดียว โดยใช้สถิติค่าทีชนิดกลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95%
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการสอนโดยการบรรยายร่วมกับอภิปรายและนิเทศหลังได้รับโปรแกรมการสอนในระย 2 และ 4 สัปดาห์โดยใช้สถิติค่าทีชนิดกลุ่มตัว

อย่างไม่เป็นอิสระต่อกัน ระดับค่าระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95%

ผลการวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มี 49 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองคือกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการสอนโดยการบรรยายร่วมกับอภิปรายและมีการนิเทศหลังการสอน 25 ราย และกลุ่มควบคุมคือ กลุ่มที่ใช้โปรแกรมการสอนโดยการบรรยาย 24 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันในเรื่องอายุและประสบการณ์การทำงานด้านศัลยกรรม กล่าวคือ ในกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 23 ถึง 50 ปี และอายุเฉลี่ยเท่ากับ 30 ปี (S.D.= 7.38) ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 26 ถึง 52 ปี และมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 39 ปี (S.D.= 8.49) กลุ่มทดลองมีประสบการณ์การทำงานด้านศัลยกรรมตั้งแต่ 1 ปี ถึง 27 ปี และมีประสบการณ์การทำงานโดยเฉลี่ยเท่ากับ 6 ปี (S.D.= 6.73) ส่วนกลุ่มควบคุมมีประสบการณ์การทำงานด้านศัลยกรรมตั้งแต่ 1 ปี ถึง 25 ปี และมีประสบการณ์การทำงานโดยเฉลี่ยเท่ากับ 10 ปี (S.D.= 7.61) เมื่อนำอายุเฉลี่ยและประสบการณ์การทำงานด้านศัลยกรรมโดยเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มมาทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติที พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.28, p < .001$ และ $t = 2.26, p < .05$ ตามลำดับ) กล่าวคือ กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของอายุและประสบการณ์การทำงานสูงกว่ากลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความเหมือนกันในเรื่อง ระดับการศึกษา ตำแหน่ง และ ประสบการณ์การเข้าร่วมประชุม/อบรมเรื่องความปวดและการจัดการกับความปวด กล่าวคือส่วนใหญ่มีการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 18 และ 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 72 และ 58.3 ส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 18 และ 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 72 และ 62.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การเข้าร่วมประชุม/อบรมเรื่องความปวดและการจัดการกับความปวด จำนวน 25 และ 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 และ 91.7 ตามลำดับ เมื่อนำระดับการศึกษา ตำแหน่งและ ประสบการณ์การเข้าร่วมประชุม/อบรมเรื่องความปวดและการจัดการกับความปวดมาทดสอบความแตกต่าง โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับจำนวนกลุ่มตัวอย่างแบบบันทึกทางการพยาบาลที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้จำนวนแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกลุ่มละ 25 ชุด ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

2. ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องความปวดและการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากตาราง 1 พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนความรู้เรื่องความปวดและการจัดการกับความปวดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.56 และ 21.13 (S.D. = 3.55 และ 3.44) ตามลำดับ ส่วนหลังการใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.72 และ 26.63 (S.D. = 1.21 และ 2.45) ตามลำดับ นอกจากนี้เพื่อให้มั่นใจว่าผลการทดสอบสมมติฐานมีความถูกต้องและเชื่อถือได้ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์คะแนนก่อนการใช้โปรแกรมพบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้โปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($t = -.44$, $p > .05$) ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมการสอน 2 สัปดาห์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติที่อิสระพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($t = -3.78$, $p < .001$) และเมื่อนำตัวแปร อายุและประสบการณ์ มาเป็นตัวแปรร่วมในการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมการสอน 2 สัปดาห์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ ANCOVA ก็ยังพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($F = 5.53$, $p < .05$)

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องความปวดและการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะก่อนได้รับโปรแกรม และระยะหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (คะแนนเต็ม = 30) โดยใช้สถิติทีอิสระ

คะแนนความรู้เรื่องความปวดและการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด	กลุ่มทดลอง (n=25)			กลุ่มควบคุม (n=24)			t
	min-max	M	S.D.	min-max	M	S.D.	
ก่อนได้รับโปรแกรม	15-27	21.56	3.55	15-26	21.13	3.44	-.44 ^{ns}
หลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์	23-30	28.72	1.21	21-30	26.63	2.45	-3.78*

*p < .001, ns = not significant

3. ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเรื่องการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากตาราง 2 พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมคะแนนการปฏิบัติเรื่องการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.79 และ 3.35 (S.D. = 9.98 และ 4.37) ตามลำดับ ส่วนหลังการใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 42.09 และ 12.84 (S.D. = 20.21, 10.85) ตามลำดับ เมื่อพิจารณา

คะแนนการปฏิบัติก่อนการสอนพบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนการปฏิบัติต่ำกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ($t = -3.42, p < .001$) ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมการสอน 2 สัปดาห์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ ANCOVA โดยใช้คะแนนการปฏิบัติก่อนการสอน อายุ และประสบการณ์ เป็นตัวแปรร่วม (covariate) ก็ยังคงพบที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($F = 7.19, p < .001$) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนปฏิบัติเรื่องการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะก่อนได้รับโปรแกรมและในระยะหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (คะแนนเต็ม = 100) โดยใช้สถิติทีอิสระ

คะแนนการปฏิบัติเรื่องการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด	กลุ่มทดลอง (n=25)			กลุ่มควบคุม (n=24)			t
	min-max	M	S.D.	min-max	M	S.D.	
ก่อนได้รับโปรแกรม	0-41.98	10.79	9.98	0-15.63	3.35	4.37	-3.42*
หลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์	10.93-82.72	42.09	20.21	0-44.08	12.84	10.85	

*p < .001, ns = not significant

ตาราง 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) ของค่าเฉลี่ยการปฏิบัติเรื่องการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ระหว่างกลุ่มทดลอง (n=25) และกลุ่มควบคุม (n=24) โดยใช้คะแนนการปฏิบัติก่อนการสอน เป็นตัวแปรร่วม (covariate)

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Square	df	Mean Square	F
ระหว่างกลุ่ม	7274.29	3	2424.76	7.19*
ตัวแปรร่วม				
คะแนนปฏิบัติก่อนการสอน	3532.82	1	3532.82	
อายุ	2751.27	1	2751.27	
ประสบการณ์	1195.12	1	1195.12	
ภายในกลุ่ม	15157.34	45	336.83	
รวม	22431.63	49		

*p < .001

4. ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องความปวดและการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาลกลุ่มทดลองระหว่างหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์

พยาบาลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนโดยการบรรยายร่วมกับอภิปรายและนิเทศหลังการสอนมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังได้รับโปรแกรม

การสอน 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ เท่ากับ 28.72 (S.D. = 1.21) และ 28.76 (S.D. = 1.16) ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมการสอน 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีชนิดไม่เป็นอิสระพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($t = .19, p > .05$) ดังรายละเอียดในตาราง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ของคะแนนความรู้เรื่องความปวดและการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองในระยะหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ โดยใช้สถิติทีชนิดไม่เป็นอิสระ

ระยะเวลา	min-max	M	S.D.	t
หลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์	23-30	28.72	1.21	.19 ^{ns}
หลังได้รับโปรแกรม 4 สัปดาห์	26-30	28.76	1.16	

ns = not significant

5. ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติ เรื่องการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ของพยาบาลกลุ่มทดลองระหว่างหลังได้รับ โปรแกรม 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์

พยาบาลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนโดยการบรรยายร่วมกับอภิปรายและนิเทศหลังการสอน มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติหลังได้รับโปรแกรม

การสอน 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ เท่ากับ 42.09 (S.D. = 20.21) และ 41.02 (S.D. = 19.25) ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมการสอน 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์โดยใช้สถิติทีชนิดไม่เป็นอิสระพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($t = .19, p > .05$) ดังรายละเอียดในตาราง 5

ตาราง 5 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การกระจาย ค่าเฉลี่ย ของคะแนนการปฏิบัติเรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองในระยะ 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ โดยใช้สถิติทีชนิดไม่เป็นอิสระ

ระยะเวลา	min-max	M	S.D.	T
หลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์	10.93-82.72	42.09	20.21	.19 ^{ns}
หลังได้รับโปรแกรม 4 สัปดาห์	10.93-79.79	41.02	19.25	

ns = not significant

6. ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างจากการสอบถามปัญหาและอุปสรรคของพยาบาลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ในระหว่างการทดลองผู้วิจัยได้สอบถามข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัญหาและอุปสรรคที่พยาบาลร้อยละ 60 ถึงร้อยละ 90 รับรู้และรายงานให้ทราบคือ 1) ผู้ป่วยบางรายไม่เข้าใจวิธีการประเมินความปวดโดยใช้มาตรวัด

ความปวดทำให้ประเมินได้ไม่ตรงความจริง ร้อยละ 89 2) ภาระงานมากอัตรากำลังไม่เพียงพอทำให้มีการประเมินไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 71 3) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะ 8 ช.ม. แรกยากต่อการประเมินความปวดเนื่องจากผลของยาสลบและการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต ร้อยละ 67 4) ผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดกลัวการฉีดยาแก้ปวดทางกล้ามเนื้อ ร้อยละ 62 และ 5) ผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดต้องการยาแก้ปวดเพียงอย่างเดียวไม่ต้องการวิธีการบรรเทาโดยวิธีอื่น ร้อยละ 60 ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่พบปัญหาอุปสรรคในการจัดการกับความปวดในผู้ป่วย
หลังผ่าตัด (n = 45)

ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด	จำนวน	ร้อยละ
1. ผู้ป่วยบางรายไม่เข้าใจวิธีการประเมินความปวดโดยการใช้นาฬิกาวัดความปวดทำให้ประเมินได้ไม่ตรงความจริง	40	90
2. ภาระงานมากอัตรากำลังไม่เพียงพอทำให้การประเมินไม่ต่อเนื่อง	32	71
3. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะ 8 ชม. แรกยากต่อการประเมินความปวดเนื่องจากผลของยาสลบและการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต	30	70
4. ผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดกลัวการฉีดยาแก้ปวดทางกล้ามเนื้อ	28	62
5. ผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดต้องการยาแก้ปวดเพียงอย่างเดียว ไม่ต้องการใช้วิธีบรรเทาปวดโดยวิธีอื่น	27	60
6. ยาแก้ปวดชนิดเสพติดไม่เพียงพอสำหรับการใช้	24	53
7. เจ้าหน้าที่พยาบาลยังไม่ยอมรับและเห็นความสำคัญของการบรรเทาปวดโดยวิธีไม่ใช้ยา	15	33
8. พยาบาลยังไม่มีความรู้เพียงพอในการใช้การบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา		
9. ไม่มีสถานที่ อุปกรณ์ในการปฏิบัติในการใช้วิธีการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา		
10. ทีมสุขภาพ เช่น แพทย์มีการใช้ยาระงับปวดในขนาดที่ไม่เพียงพอกับความปวดของผู้ป่วย	14	31
	6	13
	5	11

การอภิปรายผล ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องความปวดและการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มที่ได้รับการสอนโดยการบรรยายร่วมกับอภิปรายและนิเทศติดตามหลังการสอนมีคะแนนความรู้สูงกว่า เพราะใช้วิธีการสอนหลายวิธีร่วมกัน ซึ่งจากการศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้ด้วยวิธีต่างๆ พบว่าวิธีการสอนแต่ละวิธีมีข้อดีและข้อจำกัดแตกต่างกันออกไป การใช้วิธีการให้ความรู้ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง อาจทำให้ประสิทธิ-

ภาพในการให้ความรู้ไม่บรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ ซึ่งวิธีการที่ดีในการให้ความรู้ก็คือการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และวิธีการสอนแบบผสมผสานขณะให้ความรู้จะทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด (ชาติชาย พัทธกษณาคม, 2544) และเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของอัลล์ (มาลี จุฑา, 2545) ที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ประเด็นที่ว่า การเรียนรู้จะเกิดได้ต้องเป็นไปในลักษณะของการกระทำที่มีความต่อเนื่องกันไป และค่อยๆ สะสมขึ้นทีละน้อย การเสริมแรงทุกๆ ครั้งจะทำให้การเรียนรู้เพิ่มความเข้มแข็งและกระชับขึ้นในช่วงระยะเวลาที่ห่างไป 4 สัปดาห์ หลังจากได้รับโปรแกรมการสอนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในกลุ่มตัว

อย่างตามทฤษฎีการเรียนรู้ของฮัลล์ ยังคงมีความคงทนอยู่เนื่องจากโปรแกรมการสอนสำหรับกลุ่มทดลองที่จัดขึ้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีการนิเทศติดตามให้คำแนะนำ และให้ความช่วยเหลือแก่กลุ่มตัวอย่าง ทำให้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ และความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวได้ถูกต้องและชัดเจนมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความคงทนของความรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมคือ ส่วนประกอบของโปรแกรมการสอน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ซูริโล, กัตตูโซ, อิปซัม, โรอัน และสตาร์ค (Czurylo, Gattuso, Epsom, Ryan & Stark, 1999) ที่พบว่า ประสิทธิภาพและความสำเร็จของโปรแกรมการสอนขึ้นอยู่กับส่วนประกอบของโปรแกรมการสอนนั้นๆ ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้จัดโปรแกรมการสอนโดยเน้นเนื้อหาการสอนที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน โดยการสอบถามความต้องการของผู้เรียนก่อนนำมากำหนดเนื้อหาในการจัดทำแผนการสอน และคำนึงถึงช่วงเวลาของการสอน มีการเสริมแรงในทุกขั้นตอนของการสอนโดยการให้รางวัล ให้คำชมการยกย่องเป็นตัวอย่างแก่ผู้อื่นทุกขั้นตอนของโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของเฟอเรล (Ferrel, 1996) ที่พบว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของพยาบาลจะเกิดขึ้นได้และมีความคงอยู่อย่างต่อเนื่องถ้าพฤติกรรมใหม่ที่เกิดขึ้นได้รับแรงจูงใจโดยการให้รางวัล และการได้รับคำยกย่องชมเชยจากผู้อื่น เช่น จากพยาบาลผู้ตรวจการ หรือพยาบาลในระดับหัวหน้าหน่วยงาน พร้อมกันนี้ผู้วิจัยได้มีการจัดเตรียมเอกสารความรู้ที่เกี่ยวข้องกับความปวดและการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไว้

สำหรับบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วย ได้อ่านบทวนศึกษาทำความเข้าใจเมื่อมีข้อข้องใจหรือสงสัยขณะปฏิบัติงาน ซึ่งตามทฤษฎีการเรียนรู้ของฮัลล์ สิ่งเร้าดังกล่าว เช่น เอกสารวิชาการ ผลการวิจัยเกี่ยวกับความปวดและการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่จัดเตรียมไว้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้มีการอ่านศึกษาเพิ่มเติม จะมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการตอบสนองคือ มีความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น และเมื่อมีการกระทำบ่อยครั้งขึ้นหรือต่อเนื่องจากการนิเทศติดตามจึงมีผลให้ความรู้เกี่ยวกับความปวดและการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมการสอน 4 สัปดาห์ยังคงมีความคงทนอยู่ และไม่มีมีความแตกต่างระหว่างหลังได้รับโปรแกรม 2 และ 4 สัปดาห์

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเรื่องการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากแนวคิดทฤษฎีการเสริมแรงของฮัลล์ กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการสอนหลายวิธีร่วมกัน คือ วิธีการบรรยายร่วมกับอภิปรายและนิเทศติดตามหลังการสอน เป็นโปรแกรมการสอนให้ความรู้ที่มีแบบแผนมีการนิเทศติดตามให้คำแนะนำ และให้ความช่วยเหลือ ณ จุดปฏิบัติงาน เพื่อเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามในสิ่งที่ยังไม่เข้าใจและยังสงสัยอยู่ พร้อมทั้งได้ชี้แนะและให้คำแนะนำในสิ่งที่ถูกต้อง สนับสนุนให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ในขณะที่ปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วย เปรียบเสมือนเป็นการให้สิ่งเร้าและให้การเสริมแรงที่ดีแก่กลุ่มตัวอย่างส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีและเกิดการ

ตอบสนองที่ดีขึ้น คือ กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการกับความปวดแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดดีขึ้นภายหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ ซาติชาย พัททษณาคม (2544) ที่กล่าวว่า การเรียนรู้เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้นเช่นเดียวกับ มาลี จุฬา (2545) ได้กล่าวไว้ว่า การเรียนรู้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เราต้องการ ถ้าเราต้องการให้ผู้เรียนมีพฤติกรรมใดก็สอนพฤติกรรมนั้น ผู้วิจัยมีการนิเทศติดตามให้ความช่วยเหลืออย่างเป็นระบบหลังการสอน ณ จุดปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในแต่ละวันตามแผนการนิเทศ และนำทฤษฎีการเสริมแรงของฮัลล์มาใช้ในการนิเทศโดยการมีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดีขณะให้การติดตามให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำช่วยเหลือเป็นรายบุคคล มีการยกย่องชมเชยและยกให้เป็นตัวอย่างที่ดีแก่ผู้อื่นเมื่อมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง สนับสนุนให้ความช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติ ทำให้ผู้เรียนมีความมั่นใจในการปฏิบัติ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่าโปรแกรมการสอนให้ความรู้เรื่องความปวดและการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแก่กลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมการสอนหลายวิธีที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และนำทฤษฎีการเสริมแรงของฮัลล์มาประยุกต์ใช้ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการกับความปวดในทางที่ดี จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินความปวดโดยนำเครื่องมือประเมินความรุนแรงความปวดมาใช้เพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 76 จากเดิม ร้อยละ 0 และ

มีการเฝ้าระวังความปวดอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้นร้อยละ 66.67 จากเดิม ร้อยละ 0 สอดคล้องกับการศึกษาของเอ็ดเวิร์ดและคณะ (Edwards et al., 2001) และโฮเวลและคณะ (Howell et al., 2000) ที่พบว่าผลของวิธีการสอนหลายวิธีส่งผลให้พยาบาลมีการปฏิบัติในการประเมินความปวดและการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น

นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างระหว่างการนิเทศติดตามพบว่า สาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการกับความปวดบางข้อรายการได้ เป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติหลายประการ ได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยบางรายไม่เข้าใจวิธีการประเมินความปวดโดยการใช้มาตรวัดความปวดทำให้ประเมินได้ไม่ตรงตามความจริง ภาระงานมากอดร่ากำลังไม่เพียงพอทำให้มีการประเมินไม่ต่อเนื่องและมีการบันทึกไม่ครอบคลุมผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะ 8 ชั่วโมงแรกยากต่อการประเมินความปวดเนื่องจากผลของยาสลบและการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต เป็นต้น (ดังตาราง 6) ซึ่งปัญหาและอุปสรรคดังกล่าวข้างต้นเป็นสาเหตุทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติตามความรู้ที่ได้รับจากการสอนได้ ส่งผลให้คะแนนการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นไม่มากเท่าที่ควร แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้เพิ่มมากขึ้นก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาของดาลตันและคณะ (Dalton et al., 1996) ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้พยาบาลมีคะแนนการจัดการกับความปวดเพิ่มมากขึ้นแต่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการกับความปวดแก่ผู้ป่วยและ

การบันทึก ทั้งนี้ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการกับความปวดแก่ผู้ป่วย โดยการมุ่งเน้นการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติของพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการจัดการกับปัญหาอุปสรรคเพื่อให้มีการนำความรู้ลงสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลกำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ในการจัดอบรม โดยใช้โปรแกรมการสอนให้ความรู้แก่พยาบาลระหว่างปฏิบัติการในคลินิกอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งกำหนดให้มีการนิเทศติดตามหลังการสอนให้ความรู้ทุกครั้ง เพื่อให้มีการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ควรมีการปรับปรุงโปรแกรมการสอนให้ความรู้แก่พยาบาล โดยเพิ่มเติมเนื้อหาการสอนให้ครอบคลุม และให้มีการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช้ยาด้วย

2. พยาบาลศัลยกรรมทุกคน ควรได้รับการอบรมให้ความรู้เรื่องความปวดและการจัดการกับ

ความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ในการจัดการเรียนการสอนอย่างต่อเนื่องในคลินิก ไม่ควรใช้วิธีการสอนวิธีเดียวหรือวิธีใดวิธีหนึ่งควรมีโปรแกรมการสอนแบบผสมผสานหลายวิธีเช่น ควรใช้วิธีการสอนแบบบรรยายร่วมกับอภิปรายและควรมีการนิเทศติดตามหลังการสอน เพื่อให้มีการแนะนำช่วยเหลือหลังการให้ความรู้ในสิ่งที่ยังไม่เข้าใจซึ่งจะส่งผลให้ความรู้และประสิทธิภาพการปฏิบัติงานมีคุณภาพมากขึ้น

4. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการสอนต่อความสามารถของพยาบาลในการจัดการกับความปวดแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัด เมื่อเวลาผ่านไป 3 เดือน 6 เดือน หรือ 12 เดือน

5. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการสอนต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยในการจัดการกับความปวดของพยาบาล

6. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการจัดการกับความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- ชาติชาย พิทักษ์ธนาคม (2544). จิตวิทยาการเรียนการสอน. กรุงเทพมหานคร: คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย
- มาลี จุฑา (2545). การประยุกต์จิตวิทยาเพื่อการเรียนรู้. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ทิพย์วิสุทธิ์.
- Brown, T., Bowman, M., & Eason, R. (1999). Assessment of nurses' attitude and knowledge regarding pain management. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 30, 132-139.
- Clarke, B. et al. (1996). Pain management knowledge, attitudes, and clinical practice: The impact of nurses' characteristics and education. *Journal of Pain and Symptom Management*, 11, 18-31.
- Czurylo, K., Gattuso, M., Epsom, R., Ryan, C., & Stark, B. (1999). Continuing education outcomes related to pain management practice. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 30, 84-87.
- Chatchakorn, K. & Petpichetchian, W. (2002). Knowledge and attitudes regarding pain and its management in Thai nurses. A paper presented at the International Conference on Traditions, Evidence, and Innovation in Nursing, Royal City Phuket, Phuket, Thailand.
- Dalton, J. A. et al. (1996). Changing the relationship among nurses' knowledge, self-reported behavior, and documented behavior in pain management: Does education make a difference? *Journal of Pain and Symptom Management*, 12, 308-319.
- Edwards, E. et al. (2001). Improving pain management by nurses: A pilot peer intervention program. *Nursing and Health Science*, 3, 35-45.
- Ferrel, J. (1996). The relationship of continuing education offering to self-reported change in behavior. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 19, 21-24.
- Good, M. (1999). Acute pain: A review of the research literature. *Annual Review of Nursing Research*, 17, 107-132.
- Howell, D., Butler, L., Vincent, J., Watt-Watson, J., & Stearns, N. (2000). Influencing nurses' knowledge, attitudes, and practice in cancer pain management. *Cancer Nursing*, 23, 55-63.

- Idvall, E., Ehrenberg, A. (2002). Nursing documentation of postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 734-742.
- McCaffery, M. (1989). *Pain: Clinical manual for nursing practice*. St. Louis, MO: Mosby.
- Pederson, C. (1998). Nonpharmacologic interventions to manage children's pain: Immediate and short-term effects of a continuing education program. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 27, 131-140.
- Puls-McColl, J., Holden, E., Buschmann, T. (2001). Pain management: An assessment of surgical nurses' knowledge. *MEDSURG Nursing*, 10, 185-191.
- Schafheutle, E. I., Cantrill, J. A., & Noyce, P. R. (2001). Why is pain management suboptimal on surgical wards? *Journal of Advanced Nursing*, 33, 728-738.
- Sjostrom, B., Dahlgren, W., & Haljamae, E. (2000). Strategies used in post-operative pain assessment and the clinical accuracy. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 111-118.
- Warfield, C. A., & Kahn, C. H. (1995). Acute pain management: Programs in U.S. hospitals and experiences and attitudes among U.S. adults. *Anesthesiology*, 83, 1090-1094.
- Wessman, C., & McDonald, D. (1999). Nurses' personal pain experiences and their pain management knowledge. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 30, 152-157.