

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปวดเป็นประสบการณ์ส่วนตัวของแต่ละบุคคล ซึ่งยากจะอธิบายหรือบอกให้ผู้อื่นเข้าใจได้ ผู้ประสบกับความปวดเท่านั้นที่จะรู้สึกถึงความทุกข์ทรมาน (McCaffery, 1989) โดยเฉพาะความปวดหลังผ่าตัดนับเป็นปัญหาที่สำคัญที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องเผชิญ พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีประสบการณ์ความปวดที่รุนแรงมีจำนวนมากถึงร้อยละ 40–70 และผู้ที่เคยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดมีประสบการณ์ความปวดระดับปานกลางถึงมากร้อยละ 80 (Warfield & Kahn, 1995; Ashburn & Ready, 2001)

ความปวดหลังผ่าตัดจะรุนแรงมากในระยะ 12–36 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ซึ่งนับว่าเป็นความปวดชนิดเฉียบพลันเกิดจากเนื้อเยื่อและเส้นประสาทได้รับความชอกช้ำ และถูกทำลายจากการที่ศัลยแพทย์ใช้มีดกรีดผ่านผิวหนังและเนื้อเยื่อต่าง ๆ เป็นการกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดที่ผิวหนังโดยตรง (Asdourian, 2002) ความปวดหลังผ่าตัดจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย ความปวดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ทำให้มีผลต่อการฟื้นหายเพื่อกลับสู่สภาวะปกติ พบว่าผู้ป่วยมักกลัวต่อความปวดจนปฏิบัติกิจกรรมทั่วไปได้ลดลง มักชอบนอนนิ่ง ๆ โดยไม่ยอมเคลื่อนไหวร่างกายเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งทำให้การทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายผิดปกติ เช่น ระบบการหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบภูมิคุ้มกัน เพิ่มการแข็งตัวของเลือดมีการกั่งของของเหลวและเพิ่มระยะเวลาของความปวด (Good, 1999) จะเห็นว่าอันตรายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดจึงมิได้อยู่ที่อันตรายจากการผ่าตัดเท่านั้นยังขึ้นกับภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เหล่านี้ด้วย

การจัดการกับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่โดยเฉพาะใน 24 ชั่วโมงแรก จำเป็นต้องได้รับการบรรเทาความปวดจากแพทย์และพยาบาล (Ashburn & Ready, 2001) วิธีการบรรเทาความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่นิยมปฏิบัติกันมากโดยเฉพาะ 3 วันแรกหลังผ่าตัด คือการให้ยาฉีดแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioid) แต่จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้รับการบรรเทาปวดจากการใช้ยาระงับปวดโดยบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอตามความต้องการของผู้ป่วย (Brown et al., 1999) นอกจากนี้พบว่า พยาบาลนำวิธีการควบคุมและจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยามาใช้ร่วมกับการใช้ยาแก้ปวดน้อยมาก (Coyne et al., 1999) ผลจากการที่แพทย์และพยาบาลให้การบรรเทาปวดที่ไม่เพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองในการบรรเทาความปวดตรงตามความคาดหวัง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์เกี่ยวกับความปวดที่รุนแรงมากขึ้น (สุตกัญญา, 2541)

การจัดการเพื่อบรรเทาปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพนั้น พยาบาลผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ถูกต้องในการจัดการกับความปวดให้ผู้ป่วยเพื่อจะให้การพยาบาลได้ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ของพยาบาล ในการจัดการกับความปวดพบว่า พยาบาลยังขาดความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการจัดการกับความปวดให้แก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และเพียงพอ (Brown, Bowman, & Eason, 1999; Puls-McColl, Holden, & Buschmann, 2001; Chatchakorn & Petpichetchian, 2002) จากการศึกษาของนิสันและคณะ (Nieson et al., 1994 as cited in Mackintosh & Bowles, 2000) พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่เข้าใจว่าผู้ป่วยจะต้องมีความปวดหลังผ่าตัดอยู่ระดับหนึ่งต้องยอมรับในความปวดนั้น นอกจากนี้ยังกลัวในการที่จะใช้ยาแก้ปวดชนิดรุนแรง เพราะกลัวผลข้างเคียงของยาและกลัวผู้ป่วยติดยาแก้ปวดสิ่งต่างๆ เหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้รับความทุกข์ทรมานจากการบรรเทาความปวดที่ไม่เพียงพอ ซึ่งปัญหาและข้อผิดพลาดจากการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความปวดเหล่านี้ มีสาเหตุที่สำคัญมาจากบุคลากรผู้ปฏิบัติขาดความรู้ ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องนี้ (สุธีรา, 2540)

จากสาเหตุที่กล่าวมาข้างต้น แนวทางที่สามารถนำมาแก้ไขปัญหามีผลทำให้เกิดการพัฒนาความสามารถจากการขาดความรู้ในการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาลคือ การจัดโปรแกรมการสอนให้ความรู้อย่างต่อเนื่องในเรื่องการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแก่พยาบาลประจำการที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด (Howell, Butler, Vincent, Watt-Watson, & Stearns, 2000) โดยผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การจัดโปรแกรมการสอนให้ความรู้จะทำให้พยาบาลมีความรู้ ทักษะและมีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติได้ถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น (Wessman & McDonald, 1999; Pederson, 1998) จากการศึกษาของเดอรอน เดอวิท และแวนดาม (de Rond, de Wit, & van Dam, 2001) ศึกษาโดยการใช้โปรแกรมการสอนแบบบรรยายร่วมกับอภิปรายเรื่องความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับประเด็นสำคัญในการประเมินความปวด การจัดการกับความปวดด้วยยาและการไม่ใช้ยาเป็นเวลา 3 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้ของพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 69.1 ก่อนการสอนเป็นร้อยละ 75.8 หลังได้รับการสอนซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของเพดเดอร์สัน (Pederson, 1998) ซึ่งศึกษาผลของการสอนเพื่อพัฒนาความสามารถของพยาบาลในการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา และทดลองนำไปใช้ในคลินิกเป็นเวลา 2 เดือน ผลการศึกษาพบว่า หลังการสอนให้ความรู้ผลการปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยาของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาของแฟรงค์ ไลเคน การ์สเซน อาบูสาตและกริฟดอนท์ (Francke, Luiken, Garssen, Abu-Saad, & Grypdonck, 1996) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ เกี่ยวกับการประเมินความปวดและการจัดการกับความปวดโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจ

และการนัด ในพยาบาลจำนวน 106 คน ซึ่งใช้วิธีการให้ความรู้สัปดาห์ละ 3 ชั่วโมงเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ทำให้พยาบาลมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการนำวิธีการบำบัดความปวดโดยไม่ใช้ยา ซึ่งได้แก่ เทคนิคการผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจ และการนัดมาใช้ในการจัดการความปวดกับผู้ป่วยมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ซูริโล กาดตุโซ เอฟซัม รอน และสตาร์ค (Czurylo, Gattuso, Epsom, Ryan, & Stark, 1999) ได้ทำการศึกษาโดยจัดโปรแกรมการสอนให้ความรู้แก่พยาบาลประจำการ จำนวน 185 ราย เกี่ยวกับเรื่องการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยทำการวัดความรู้ก่อนการสอนและหลังการสอน ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 94 ของผู้ได้รับการสอนมีคะแนนความรู้หลังการสอนเพิ่มขึ้น และจากการประเมินโดยการให้ผู้ร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามการประเมินผลการนำความรู้ไปใช้ พบว่า ร้อยละ 91 ของผู้ที่ได้รับการสอนบอกว่าได้มีโอกาสนำข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย และร้อยละ 98 บอกว่าการได้นำข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ มาใช้ในการปฏิบัติงาน ทำให้ได้มีการพัฒนาปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า โปรแกรมการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการจัดการกับความปวดมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติการพยาบาล

จากการศึกษาผลการใช้โปรแกรมดังกล่าว จะเห็นว่าสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการให้ความรู้หรือจัดโปรแกรมการสอน ก็คือส่วนประกอบของโปรแกรมการสอนนั้น ๆ จากการศึกษาพบว่า องค์ประกอบของโปรแกรมการสอนที่มีประสิทธิภาพจะต้องประกอบด้วย การสอนโดยเน้นเนื้อหาการสอน ความลึกซึ้งในเนื้อหาสาระของความรู้ การสอนโดยร่วมกับการปฏิบัติการสามารถนำมาใช้แก้ปัญหาในการปฏิบัติในสถานการณ์จริงได้ และต้องขึ้นอยู่กับความพร้อมของสภาวะแวดล้อมในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติของหน่วยงานนั้น ๆ ด้วย ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่จะมีผลต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของโปรแกรมการสอนให้ความรู้นั้น ๆ (Czurylo, Gattuso, Epsom, Ryan, & Stark, 1999) และที่สำคัญที่สุดในการที่จะบ่งบอกถึงความสำเร็จของโปรแกรมการสอนก็คือจะต้องทำให้ความรู้เหล่านั้นคงทนอยู่เป็นระยะเวลานานและต่อเนื่องตลอดเวลา (Howell, Butler, Vincent, Watt-Watson, & Stearns, 2000)

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ ในการจัดการคุณภาพการให้บริการพยาบาลสาขาศัลยกรรมโรงพยาบาลพัทลุง ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญในเรื่องนี้ และจากประสบการณ์การนิเทศการปฏิบัติการพยาบาล ในการจัดการกับความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในแผนกศัลยกรรม หลังจากจบการศึกษาส่วนใหญ่ยังไม่เคยได้รับการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความปวดแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระหว่างปฏิบัติงานทำให้พยาบาลอาจมีความรู้ ความเข้าใจในการให้การดูแลเพื่อบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่เพียงพอ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาความสามารถของพยาบาล โดยการใช้โปรแกรมการสอนเพื่อพัฒนาความสามารถของพยาบาล ในการจัดการกับความปวดแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ขึ้นเพื่อให้บุคลากรพยาบาลได้มีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติการพยาบาล ในการจัดการกับความปวดแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการทดสอบและเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการสอนที่ใช้รูปแบบการบรรยายเพียงอย่างเดียว กับการสอนที่ใช้วิธีการสอนแบบผสมผสานหลายวิธีเข้าด้วยกัน คือ ใช้วิธีการสอนแบบบรรยาย การอภิปราย และการนิเทศติดตามให้คำแนะนำการปฏิบัติการพยาบาลขณะปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะวิธีการสอนแบบผสมผสานดังกล่าวจะทำให้ผู้เรียนได้รับความรู้อย่างเป็นขั้นตอนและมีความต่อเนื่องของเนื้อหา เหมาะสมกับผู้เรียนที่มีระยะเวลาในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ (นที, 2537) และที่สำคัญ มีขั้นตอนการติดตามให้ความช่วยเหลือให้คำแนะนำหลังการสอนให้ความรู้อย่างเป็นระบบ มีการจัดเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง ทำให้สามารถนำความรู้สู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริง และส่งผลให้ความรู้ที่ได้รับสามารถดำรงอยู่ได้อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ซึ่งผลจากการศึกษาในครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรพยาบาลสาขาศัลยกรรมให้มีความรู้ ความเข้าใจและมีทัศนคติที่ถูกต้อง สามารถพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลและสามารถวางแผนการพยาบาลในการจัดการกับความปวดแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนโดยการบรรยายร่วมกับการอภิปรายและนิเทศหลังการสอนและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนโดยการบรรยาย ภายหลังได้รับโปรแกรมการสอน 2 สัปดาห์
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติของพยาบาล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนโดยการบรรยายร่วมกับการอภิปรายและนิเทศหลังการสอนและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนโดยการบรรยาย ภายหลังได้รับโปรแกรมการสอน 2 สัปดาห์
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาล ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนโดยการบรรยายร่วมกับการอภิปรายและนิเทศหลังการสอน ในระยะ 2 และ 4 สัปดาห์
4. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติของพยาบาล ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนโดยการบรรยายร่วมกับการอภิปรายและนิเทศหลังการสอน ในระยะ 2 และ 4 สัปดาห์

คำถามการวิจัย

1. พยาบาลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนโดยการบรรยาย ร่วมกับการอภิปราย และนิเทศหลังการสอนและกลุ่มที่ได้รับการสอนโดยการบรรยายมีคะแนนความรู้ในระยะหลังได้รับโปรแกรมการสอน 2 สัปดาห์แตกต่างกันหรือไม่

2. พยาบาลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนโดยการบรรยาย ร่วมกับอภิปราย และนิเทศหลังการสอนและกลุ่มที่ได้รับการสอนโดยการบรรยายมีคะแนนการปฏิบัติในระยะ หลังได้รับโปรแกรมการสอน 2 สัปดาห์แตกต่างกันหรือไม่

3. พยาบาลในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนโดยการบรรยาย ร่วมกับอภิปรายและ นิเทศหลังการสอนมีคะแนนความรู้ในระยะหลังได้รับโปรแกรมการสอน 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์แตกต่างกันหรือไม่

4. พยาบาลในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนโดยการบรรยาย ร่วมกับอภิปรายและ นิเทศหลังการสอนมีคะแนนการปฏิบัติในระยะหลังได้รับโปรแกรมการสอน 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์แตกต่างกันหรือไม่

สมมติฐาน

1. พยาบาลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนโดยการบรรยาย ร่วมกับอภิปรายและนิเทศ หลังการสอนมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังได้รับโปรแกรมการสอน 2 สัปดาห์มากกว่ากลุ่มที่ได้ รับโปรแกรมการสอนโดยการบรรยาย

2. พยาบาลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนโดยการบรรยาย ร่วมกับอภิปรายและนิเทศ หลังการสอนมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติหลังได้รับโปรแกรมการสอน 2 สัปดาห์มากกว่ากลุ่มที่ ได้รับโปรแกรมการสอนโดยการบรรยาย

3. พยาบาลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนโดยการบรรยาย ร่วมกับอภิปรายและนิเทศ หลังการสอนมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังได้รับโปรแกรมการสอน 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ไม่ แตกต่างกัน

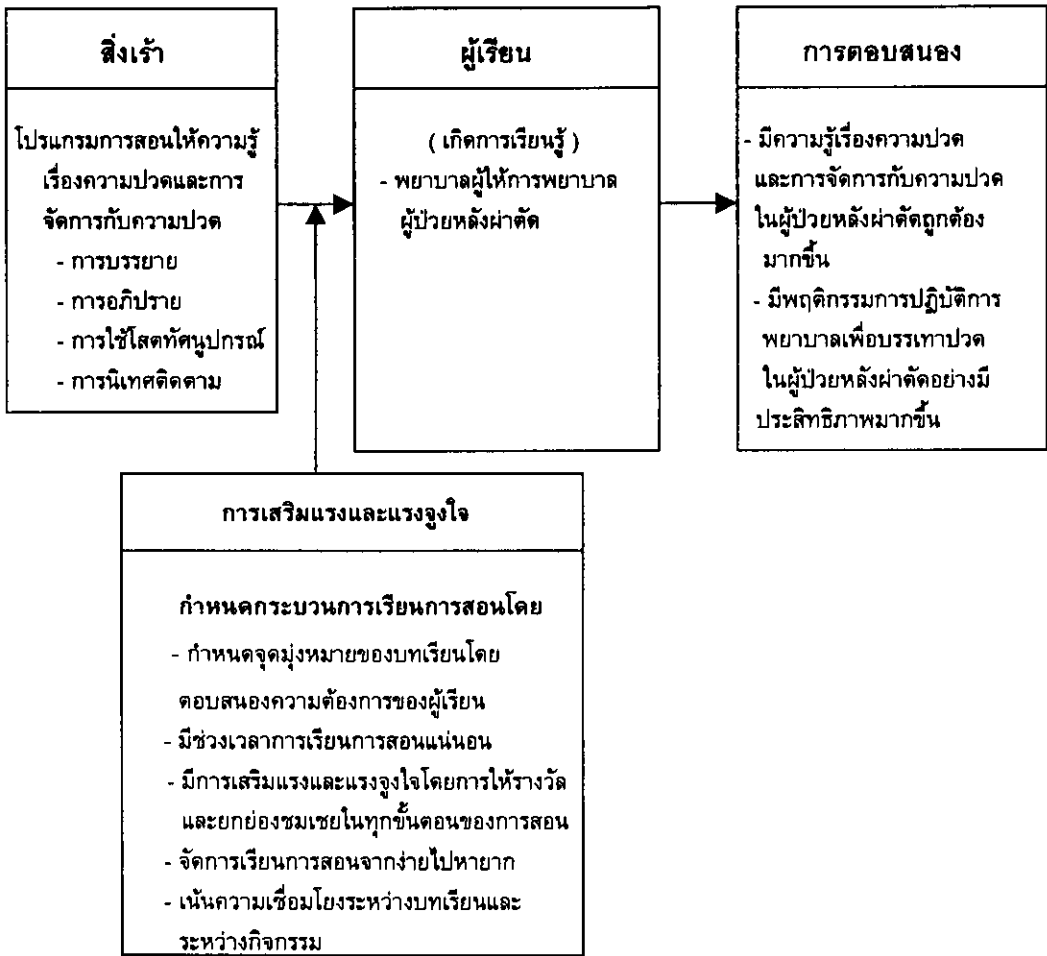
4. พยาบาลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนโดยการบรรยาย ร่วมกับอภิปรายและนิเทศ หลังการสอนมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติหลังได้รับโปรแกรมการสอน 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน

กรอบแนวคิด

ในการศึกษารั้งนี้ในส่วนเนื้อหาการสอนผู้วิจัยใช้ทฤษฎีและองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับ ความปวดเป็นแนวทางในการกำหนดเนื้อหาการสอน ซึ่งเกี่ยวข้องกับเรื่อง มโนทัศน์ความปวด ความหมาย ชนิด สาเหตุ องค์ประกอบของความปวด ทฤษฎีความปวด พยาธิสรีรวิทยาของ ความปวดหลังผ่าตัด ปัจจัยที่มีผลต่อความปวดหลังผ่าตัด การประเมินความปวดหลังผ่าตัด วิธีการจัดการเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด แนวทางการเฝ้าระวังความปวดหลังผ่าตัดและ การบันทึก

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มพฤติกรรมนิยมที่เน้นการเชื่อมโยง ระหว่างสิ่งเร้ากับพฤติกรรมการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่แสดงออกมาให้สังเกตได้ เป็นแนวทางใน

การกำหนดกระบวนการสอน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของฮัลล์ (Hull, 1943 อ้างตาม มาลี, 2545) โดยทฤษฎีนี้มีหลักการว่าการเรียนรู้เกิดจากการเสริมแรง เมื่อต้องการให้ใครเกิดการเรียนรู้ ก็ต้องทำให้เขามีความต้องการหรือแรงจูงใจเกิดขึ้น และจะต้องเป็นไปในลักษณะของการกระทำที่ต่อเนื่องกันไป และค่อย ๆ สะสมขึ้นทีละน้อย ๆ การเสริมแรงทุก ๆ ครั้งจะทำให้การเรียนรู้เพิ่มความเข้มข้นและกระชับขึ้น ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมการสอนเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัดและการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยใช้วิธีการสอนแบบผสมผสานเป็นสิ่งเร้า และได้นำหลักการเสริมแรงและแรงจูงใจมาใช้ในกระบวนการเรียนการสอน โดยพยายามจัดเนื้อหาการสอนคำนึงถึงความต้องการของผู้เรียนและสนองความต้องการของผู้เรียน สร้างแรงเสริมทุกขั้นตอนของบทเรียน จัดการเรียนการสอนจากง่ายไปหายาก จัดเวลาเรียนให้พอเหมาะกับผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนคือพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเกิดการเรียนรู้ มีการตอบสนองโดยมีความรู้เรื่องความปวดและการจัดการกับความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดถูกต้องมากขึ้น พร้อมทั้งมีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งแสดงกรอบแนวคิดไว้ดังนี้



นิยามศัพท์

ความสามารถของพยาบาลในการจัดการกับความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด
 หมายถึง

1. ความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาที่ครอบคลุมในเรื่อง มโนทัศน์ความปวด ความหมาย ชนิด สาเหตุ องค์ประกอบของความปวดหลังผ่าตัด ทฤษฎีความปวด พยาธิสรีรวิทยาของความปวดหลังผ่าตัด ปัจจัยที่มีผลต่อความปวดหลังผ่าตัด การประเมินความปวดหลังผ่าตัด วิธีการจัดการเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด แนวทางการเฝ้าระวังความปวดหลังผ่าตัดและการบันทึก วัดได้จากค่าคะแนนการตอบแบบทดสอบความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. การกระทำหรือกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติ เพื่อบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งวัดได้จากการตรวจสอบแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แบบตรวจสอบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

โปรแกรมการสอน หมายถึง รูปแบบการสอนเกี่ยวกับการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยมีรูปแบบ ดังต่อไปนี้

1. การสอนโดยการบรรยาย มีรูปแบบ ดังนี้

1.1 เนื้อหาการสอนประกอบด้วย มโนทัศน์ความปวด ความหมาย ชนิด สาเหตุ องค์ประกอบของความปวด ทฤษฎีความปวด พยาธิสรีรวิทยาของความปวดหลังผ่าตัด ปัจจัยที่มีผลต่อความปวดหลังผ่าตัด การประเมินความปวดหลังผ่าตัด วิธีการจัดการเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด แนวทางการเฝ้าระวังความปวดหลังผ่าตัดและการบันทึก

1.2 อุปกรณ์ที่ใช้ คือ สื่อการสอนประเภทภาพฉายจากเครื่องคอมพิวเตอร์ เครื่องฉายภาพ 3 มิติ

1.3 สอนตามแผนการสอน โดยผู้วิจัย

2. การสอนโดยการบรรยายร่วมกับอภิปรายและนิเทศหลังการสอน รูปแบบ ดังนี้

2.1 เนื้อหาการสอนประกอบด้วย มโนทัศน์ความปวด ความหมาย ชนิด สาเหตุ องค์ประกอบของความปวด ทฤษฎีความปวด พยาธิสรีรวิทยาของความปวดหลังผ่าตัด ปัจจัยที่มีผลต่อความปวดหลังผ่าตัด การประเมินความปวดหลังผ่าตัด วิธีการจัดการเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด แนวทางการเฝ้าระวังความปวดหลังผ่าตัดและการบันทึก อภิปราย วิเคราะห์ประเด็นปัญหา การแก้ปัญหากรณีตัวอย่างผู้ป่วย

2.2 อุปกรณ์ที่ใช้ คือ สื่อการสอนประเภทภาพฉายจากเครื่องคอมพิวเตอร์ เครื่องฉายภาพ 3 มิติ

2.3 การสอนตามแผนการสอน โดยผู้วิจัย

2.4 การนิเทศติดตามให้ความช่วยเหลือพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็น ระบบหลังการสอน ณ จุดปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ตามแผนการนิเทศในแต่ละวัน โดยผู้วิจัย

2.5 การจัดเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เอกสารข้อมูลความรู้ ข่าวสาร การวิจัย เกี่ยวกับการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด จัดไว้สำหรับพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย ณ จุดปฏิบัติงาน

ขอบเขตการวิจัย

เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสอนต่อความสามารถของพยาบาลในการจัดการกับความปวดแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ประชากรที่ศึกษาได้แก่ พยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยที่ดูแลรักษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลพัทลุง บันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลพัทลุง ระหว่าง เดือน มิถุนายน 2546–กันยายน 2546 กลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกแบบเจาะจง โดยเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก และหอผู้ป่วยดาหุคอจุมูก จำนวน 49 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ตัวแปรอิสระ คือ โปรแกรมการสอนเพื่อพัฒนาความสามารถของพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตัวแปรตามคือ ความรู้ในเรื่องความปวดหลังผ่าตัด การจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด และการบันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาล

ข้อตกลงเบื้องต้น

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบรรเทาปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคือสิ่งที่พยาบาลบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาล ถ้ามีการบันทึกหมายถึงได้ปฏิบัติ ถ้าไม่มีการบันทึกหมายถึงไม่มีการปฏิบัติ

ความสำคัญของการวิจัย

1. ได้รูปแบบการสอนเพื่อพัฒนาความสามารถของพยาบาล ในเรื่องการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด สำหรับบุคลากรพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม
2. บุคลากรพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม มีความรู้ ความสามารถในการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด
3. บุคลากรพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม ได้แนวทางในการปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความปวดผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด