

This file has been cleaned of potential threats.

If you confirm that the file is coming from a trusted source, you can send the following SHA-256 hash value to your admin for the original file.

8b0fe9fa8f78349f58a0bb4a546f35ee01518923883941d1031f703fd4b39b21

To view the reconstructed contents, please SCROLL DOWN to next page.



ผลของโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อ
สมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์
โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

The Effects of a Holistic Nursing Team Management Program using Line
Application on the Pain Management Competencies of Nurses
in the Orthopedic Ward in a Tertiary Hospital

พัชรลิตา ดวงรัตน์มาลีมน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
พ.ศ. 2568
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อ

สมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล

วันที่ 23 เดือน เมษายน พ.ศ. 2568

พัชรวิไลดา ดวงรัตน์มาลีมน

นางสาวพัชรวิไลดา ดวงรัตน์มาลีมน

ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา
ปร.ด. (การพยาบาล)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพโร
ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย

ปร.ด. (ประชากรศาสตร์)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เนตรชนก ศรีทุมมา

Ph.D. (Nursing)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย

ปร.ด. (ประชากรศาสตร์)

หัวหน้าหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลงได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมที่กรุณาชี้แนะแนวทาง ข้อเสนอ ข้อคิดเห็นต่างๆรวมทั้งให้กำลังใจตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้และวางแผนการจัดทำจนสำเร็จ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านจึงขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทั้งสองท่านเป็น อย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา ประธาน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่มีความเมตตาและความกรุณาให้การแนะนำข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ แก่ผู้วิจัย ซึ่งทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสามท่านโดย นายแพทย์ปฐมพร วีระเศรษฐศิริ ดร. ปราณี มีหาญพงษ์ และนางวงจันทร์ ค้างเคี่ยม ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้และให้คำแนะนำในการปรับเครื่องมือ ให้มีคุณภาพเป็นอย่างดีแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี ตลอดจนหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและบุคลากรพยาบาลหอผู้ป่วยออโรโธปิดิกส์ ที่ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้ในการทำวิทยานิพนธ์และการศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วง ไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณ บิดา มารดา ครอบครัว ญาติพี่น้อง ที่ให้ความรักความห่วงใยและเป็นกำลังใจให้เสมอมา จนผู้วิจัยได้ประสบความสำเร็จ ขอขอบคุณเพื่อน ๆ ปริญญาโททุกคน ที่มอบมิตรภาพที่มีคุณค่าและอยู่เคียงข้างในการศึกษาด้วยดีตลอดมา

สุดท้ายนี้ คุณค่าและคุณประโยชน์ที่เกิดจากงานวิจัยในครั้งนี้ขอมอบแด่คุณมารดาและครอบครัวผู้ให้โอกาสด้านการศึกษา ให้ความรัก ความห่วงใย และเป็นกำลังใจตลอดจนคณาจารย์ทุกท่านที่อบรมสั่งสอนให้ผู้วิจัยมีความรู้ความสามารถแก้ปัญหาและผ่านพ้นอุปสรรคได้เป็นอย่างดี

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศัลยกรรมแห่งหนึ่ง
ชื่อผู้เขียน	นางสาวพัชรสิดา ดวงรัตน์มาลีมน
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร, ศ.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ประ.ด. (ประชากรศาสตร์)
ปี พ.ศ.	2568

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองวัดผลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ จำนวน 60 คน (กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน) เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ประยุกต์จากแนวคิดการจัดการอาการปวด 2) แบบสอบถามแบบประเมินสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.97 และได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงด้วยแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติเชิงอ้างอิง (Independent t-test และสถิติ Dependent t-test)

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดโดยรวมอยู่ในระดับมาก และพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 4.39$, $SD = 0.50$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 2.67$, $SD = 0.49$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์นั้น สามารถเพิ่มทักษะการจัดการความปวดของพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ และเป็นการสร้างและพัฒนาทีมการพยาบาลแบบใหม่ของหน่วยงานซึ่งสามารถนำไปพัฒนาใช้ในหอผู้ป่วยอื่นต่อไปได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวม แอปพลิเคชันไลน์ สมรรถนะการจัดการความปวด พยาบาล

Thesis Title	The Effects of a Holistic Nursing Team Management Program using Line Application on the Pain Management Competencies of Nurses in the Orthopedic Ward in a Tertiary Hospital
Author	Miss Patsita Duangratmaleemon
Degree	Master of Nursing Science (Nursing Management)
Thesis Advisor	Assistant Professor Dr. Kannikar Chatdokmaiprai, Dr.P.H. (Public Health Nursing)
Thesis Co-Advisor	Professor Dr. Phechnoy Singchangchai, Ph.D. (Demography)
A.D.	2025

Abstract

This quasi-experimental study, measured before and after participation in the program, aimed to examine the effects of an Holistic Nursing Team Management Program using Line Application on the Pain Management Competencies of Nurses in the Orthopedic Ward. The study involved 60 participants, divided into 30 in the experimental group and 30 in the control group. The research instruments included 1) an online holistic nursing management program on the perceived pain management competency of nurses in an orthopedic ward, based on the pain management concept, and 2) a questionnaire assessing the perceived pain management competency of nurses in an orthopedic ward. The validity of the research instruments showed a content validity index of 0.97, and the reliability measured with Cronbach's alpha coefficient of 0.95 Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, and standard deviation) and inferential statistics (independent t-test and dependent t-test).

The study results showed that the average perceived pain management competency was at a high level, and it was found that after participating in the program, the experimental group had significantly higher scores ($\bar{X} = 4.39$, $SD = 0.50$) than the control group ($\bar{X} = 2.67$, $SD = 0.49$) at the .05significance level.

These findings suggest that nurses in the orthopedic ward should adopt the concept or program of online holistic nursing management to create new services that enhance the pain management competency of nurses in the unit and improve the efficiency of pain management in other wards.

Keywords: Holistic nursing team management program, line application, pain management competencies, nurses

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	๗
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
สารบัญ.....	จ
สารบัญตาราง.....	๕
สารบัญภาพประกอบ.....	๕
บทที่ 1 บทนำ	
ความสำคัญของปัญหาการวิจัย.....	1
คำถามการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
สมมติฐานการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
นิยามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	6
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
บริบทโรงพยาบาลที่ศึกษา.....	7
แนวคิด ทฤษฎี การจัดการพยาบาลแบบองค์รวม แอปพลิเคชันไลน์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
แนวคิด ทฤษฎี การจัดการความปวด การจัดการความปวดหลังผ่าตัด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	18
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
การออกแบบการวิจัย.....	32
ลักษณะของสถานที่ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล.....	33
ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	33
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	35
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย.....	36
การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	38

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	38
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	43
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	44
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะจากการวิจัย	
สรุปผลการวิจัย.....	53
อภิปรายผลการวิจัย.....	55
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย.....	59
เอกสารอ้างอิง.....	60
ภาคผนวก	
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	67
ข การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	72
ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	81
ง หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย.....	117
จ ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ (ค่าCVI).....	119
ฉ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการทดสอบที่.....	122
ช รูปแบบตารางผลการวิจัยของระดับ.....	124
ประวัติผู้วิจัย.....	130

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
3.1	สรุปความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ของแบบสอบถามสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์..... 38
4.1	จำนวน และร้อยละ ของพยาบาลกลุ่มทดลอง ($n_1 = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n_2 = 30$) จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล..... 45
4.2	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลอง ($n_1 = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n_2 = 30$) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์..... 47
4.3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ระหว่างกลุ่มทดลอง ($n_1 = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n_2 = 30$) จำแนกตามรายด้าน..... 48
4.4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ระหว่างกลุ่มทดลอง ($n_1 = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n_2 = 30$) จำแนกตามรายด้านและโดยรวม.. 48
4.5	ค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ($n = 30$)..... 49
4.6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำแนกตามรายด้าน ($n = 30$)..... 50
4.7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำแนกตามรายด้าน ($n = 30$)..... 50

สารบัญภาพประกอบ

แผนภาพที่		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
2.1	โครงสร้างการบริหารงานกลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง..	12
3.1	รูปแบบการออกแบบงานวิจัย.....	32
3.2	โปรแกรมการจัดการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์.....	42



Christian University of Thailand

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

การจัดการความปวด (pain management) เป็นหัวใจสำคัญอย่างยิ่งของการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2019) ได้ถือว่าเป็นสัญญาณชีพ ที่ 5 โดยเฉพาะอย่างยิ่งความปวดหลังผ่าตัดที่เป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน และเป็นปัญหาสำคัญอันดับแรกของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ต้องเผชิญ ดังนั้น ผู้บริหารทางการแพทย์ จะต้องให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการให้พยาบาลจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ดูแลผู้ป่วย จะต้องมีความรู้หรือความสามารถในการจัดการความปวดที่ดี ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่ได้ผลดีและมีประสิทธิภาพคือการจัดการความปวดแบบผสมผสานทั้งแบบใช้ยา และไม่ใช้ยา ซึ่งสามารถจัดการความปวดได้ดีกว่าการใช้ยาเพียงอย่างเดียว หากพยาบาลไม่มีการบริหารจัดการความปวดที่เหมาะสมและไม่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่ความปวดเรื้อรังได้ กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ได้กำหนดให้การจัดการความปวดตามมาตรฐานเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพการให้บริการสุขภาพที่ทุกสถานบริการต้องจัดให้กับผู้ใช้บริการทุกรายตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่สภาการพยาบาลได้กำหนดสมรรถนะของพยาบาลว่าเป็นคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมของพยาบาลที่เป็นผลมาจากความรู้ (knowledge) ความสามารถ (ability) ทักษะ (skills) ที่ต้องมีเพื่อให้การปฏิบัติงานของพยาบาลบรรลุตามภารกิจขององค์กร (สำนักงานพยาบาล, 2548) ดังนั้น พยาบาลควรมีสมรรถนะการจัดการความปวดที่ถูกต้อง เหมาะสม และมีประสิทธิผล

พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรหลักในทีมสุขภาพเนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา เริ่มตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งผู้ป่วยผ่าตัดซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด จึงจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะในการใช้เครื่องมือประเมินความปวด เข้าใจถึงวิธีการจัดการความปวด รวมถึงการเลือกใช้วิธีการจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสมกับระดับความรุนแรงของความปวดจากการทบทวนวรรณกรรม ฟิชแมน และคณะ (Fishman et al., 2013) ได้กำหนดสมรรถนะการจัดการความปวดไว้ 4 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้พื้นฐานความปวด 2) ด้านการประเมินความปวด 3) ด้านการจัดการความปวด 4) ด้านการติดตามความปวด แต่การศึกษาในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย พบว่า สมรรถนะดังกล่าวจะปฏิบัติได้ผลดีกับผู้ป่วยนั้น ต้องให้การจัดการความปวด

แบบองค์รวม ซึ่งเป็นการจัดการความปวดหลังผ่าตัดแบบผสมผสาน ทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย พบว่า การจัดการความปวดหลังผ่าตัดแบบผสมผสานทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา จะช่วยให้การจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ดีกว่าแบบให้ยาระงับปวดเพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตามยังพบว่าพยาบาลยังขาดความมั่นใจและทักษะในการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคประกอบด้วย ความรู้ที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการประเมินความปวดและการให้ยาระงับปวด ทักษะที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับความปวดและการให้ยาระงับปวด รวมถึงขาดแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการจัดการความปวด (ศิริพรสิงห์ทอง และคณะ, 2564) ซึ่งปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสมรรถนะของพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปวดหลังผ่าตัดและการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากจะช่วยให้เพิ่มสมรรถนะของพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องให้ความสำคัญต่อการจัดการทีมทางการพยาบาล เนื่องจากเป็นหัวใจสำคัญของระบบการดูแลคุณภาพ เพราะทีมทางการพยาบาลเป็นด่านหน้าในการให้บริการ การบริหารจัดการทีมทางการพยาบาลเป็นความท้าทายของผู้บริหารไม่ใช่แค่การแก้ไขปัญหา แต่คือการพัฒนา กระดับคุณภาพ และสร้างเสริมสมรรถนะของพยาบาลในการจัดการความปวด เนื่องจากส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและประสิทธิภาพขององค์กร การพัฒนาสมรรถนะดังกล่าวจำเป็นต้องใช้แนวทางที่ครอบคลุมและเป็นระบบ โดยคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาล การสร้างทัศนคติที่ถูกต้อง การพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน และการสนับสนุนจากองค์กร ซึ่งแนวคิดการจัดการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Nursing Management) เป็นกรอบแนวคิดที่มีความเหมาะสมในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด

โรงพยาบาลที่ศึกษา เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 855 เตียง มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นทั้งผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ และผู้ป่วยที่นัดมาทำผ่าตัด และจากการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี พบว่ามีผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่มารับบริการมากขึ้น (โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง, 2566) 1,289, 2,057, 2,211, 2,534 และ 2,745 ราย จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยใน 24-72 ชั่วโมงแรก หลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลและบริหารจัดการความปวดหลังผ่าตัดส่วนใหญ่โดยการให้ยาระงับปวดแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำให้ผู้ป่วยสุขสบายซึ่งยังไม่พบว่ามีการจัดการความปวดแบบอื่นร่วมด้วย ซึ่งการจัดการความปวดที่ไม่ครอบคลุมจะส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การจัดการความที่ดีและมีประสิทธิภาพนั้นต้องเกิดจากสมรรถนะการบริหารจัดการความปวดของพยาบาลซึ่งผู้วิจัยในฐานะทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย

ออร์โธปิดิกส์ได้ตระหนักถึงความสำคัญของสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์จึงได้จัดทำโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ขึ้น จากการทบทวนยังไม่มี การใช้โปรแกรมการจัดการทีมทางการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ พยาบาลต่างคนต่างมีการจัดการความปวดตามบทบาทของตนเอง แต่การใช้โปรแกรมการจัดการทีมทางการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ สามารถเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่อง เป็นแนวทางเดียวกัน ซึ่งจะได้แนวทางบริหารจัดการทีมทางการพยาบาลแบบองค์รวมที่สามารถใช้ได้ทั้งหน่วยงานต่อไป ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินและจัดการความปวดได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลและแนวทางปฏิบัติในการจัดการความปวด จะช่วยสนับสนุนการเรียนรู้ ลดข้อผิดพลาด ทำให้สามารถให้บริการได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพและเพิ่มการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและยกระดับมาตรฐานการพยาบาล อีกด้วย

คำถามการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ กลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติตามปกติหรือไม่
2. ค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์หรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาล ในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาล ในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์

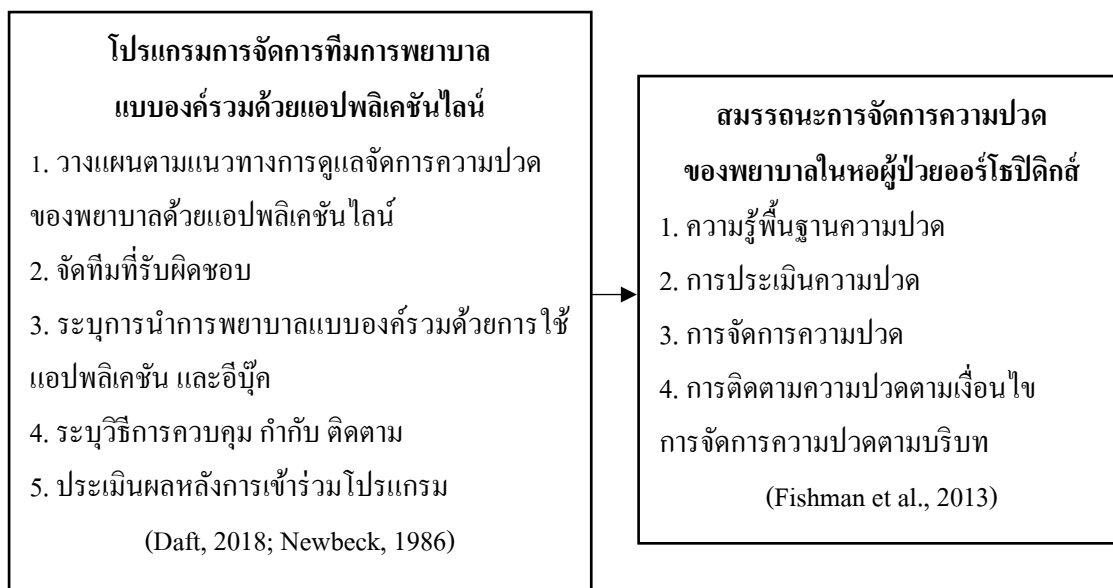
สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วย ออร์โธปิดิกส์กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติตามปกติ

2. ค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยได้นำกรอบแนวคิดการจัดการ POLC (Daft, 2018) มาบูรณาการกับแนวคิดพยาบาลแบบองค์รวมบูรณาการร่วมกับหลักปฏิบัติในการพยาบาลแบบองค์รวมของนิวเบค (Newbeck, 1986) มาสร้างเป็นโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวม โดยเพิ่มแอปพลิเคชันไลน์ มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อเพิ่มการสื่อสารของทีมให้ทันเวลา สะดวก รวดเร็วเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยมีหลักการบริหารจัดการ 4 ด้าน คือ 1) การวางแผนการจัดการแบบองค์รวม (Planning) 2) การจัดกลุ่มบุคคลากรที่รับผิดชอบ (Organizing) 3) การนำหรือการจูงใจด้วยการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการจัดการแบบองค์รวม (Leading) และ 4) การควบคุมและกำกับให้ปฏิบัติตามแผนที่วางร่วมกัน (Controlling) และการพยาบาลแบบองค์รวม ทั้ง 4 ด้าน คือ 1) การให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วย 2) การให้ผู้ป่วยได้ร่วมตัดสินใจ 3) การตั้งเป้าหมายในการรักษาพยาบาล 4) ผู้ให้บริการและผู้รับบริการปฏิบัติร่วมกัน ส่วนแนวคิดสมรรถนะใช้กรอบแนวคิดของฟิชแมน และคณะ (Fishman et al., 2013) ประกอบด้วยสมรรถนะ 4 ด้าน 1) ด้านความรู้พื้นฐานความปวด 2) ด้านการประเมินความปวด 3) ด้านการจัดการความปวด และ 4) ด้านการติดตามความปวด ดังแผนภาพที่ 1.1



แผนภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) แบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทดลอง (Two group-Pretest-Posttest) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยการใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

1. ด้านเนื้อหา ได้แก่ โปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการ POLC (Daft, 2018) บูรณาการร่วมกับหลักปฏิบัติในการพยาบาลแบบองค์รวมของนิวเบค (Newbeck, 1986) และสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาล ตามแนวคิดของฟิชแมน และคณะ (Fishman et al., 2013) เป็นแนวคิดพื้นฐานในการศึกษาครั้งนี้

2. ด้านประชากร ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานการพยาบาลงานออร์โธปิดิกส์ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

3. ด้านระยะเวลาและสถานที่ในการศึกษา ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

นิยามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ หมายถึง ชุดกิจกรรมการดูแลจัดการความปวดของพยาบาลในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โดยได้นำกรอบแนวคิดการจัดการ POLC (Daft, 2018) มาบูรณาการกับแนวคิดพยาบาลแบบองค์รวมบูรณาการร่วมกับหลักปฏิบัติในการพยาบาลแบบองค์รวมของนิวเบค (Newbeck, 1986) มาสร้างเป็นโปรแกรมการจัดการพยาบาลแบบองค์ โดยมีหลักการบริหารจัดการ 4 ด้าน คือ 1) การวางแผนการจัดการแบบองค์รวม (Planning) 2) การจัดกลุ่มบุคลากรที่รับผิดชอบ (Organizing) 3) การนำหรือการจูงใจด้วยการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการจัดการแบบองค์รวม (Leading) และ 4) การควบคุม และกำกับให้ปฏิบัติตามแผนที่วางร่วมกัน (Controlling) ร่วมกับการนำแอปพลิเคชัน มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อเพิ่มการสื่อสารของทีมให้ทันเวลา สะดวก รวดเร็ว

สมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ หมายถึง การรับรู้ของพยาบาล เกี่ยวกับความสามารถ และความรู้ในการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ประกอบด้วย สมรรถนะ 4 ด้าน 1) ด้านความรู้พื้นฐานความปวด 2) ด้านการประเมินความปวด 3) ด้านการจัดการความปวด และ 4) ด้านการติดตามความปวดตามเงื่อนไขการจัดการความปวดตามบริบท โดยสอบถามการรับรู้ด้วยแบบสอบถามด้วยมาตรวัดการประเมินค่าการรับรู้แบบ (5 ระดับ)

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1. บริบทโรงพยาบาลที่ศึกษา

1.1 โครงสร้างและการบริหารงานของโรงพยาบาลที่ศึกษา

1.2 บริบทองค์กรพยาบาลงานผู้ป่วยในแผนกอร์โธปิดิกส์

1.3 มาตรฐานการพยาบาลออร์โธปิดิกส์

2. แนวคิด ทฤษฎี การจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวม แอปพลิเคชันไลน์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3. แนวคิด ทฤษฎี การจัดการความปวด การจัดการความปวดหลังผ่าตัด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Christian University of Thailand

1. บริบทโรงพยาบาลที่ศึกษา

โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถูกแบ่งออกตามเกณฑ์การแบ่งระดับสถานบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศ (Geographic Information System: GIS) หน่วยบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary care) จำแนกเป็น 2 ระดับ ดังนี้

1.1 หน่วยบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary care) หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลเฉพาะทาง โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลทั่วไป บางแห่งหรือหน่วยบริการอื่น ๆ ทั้งหน่วยบริการของภาครัฐและเอกชน ซึ่งภารกิจของหน่วยบริการระดับนี้จะขยายขอบเขตการรักษาพยาบาลที่จำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางทางสาขาต่อยอด (Sub-specialty) เช่น สาขาต่อยอดของอายุรศาสตร์ คือ อายุรศาสตร์โรคไต และสาขาอื่น ๆ เช่น รังสีรักษา เวชศาสตร์นิวเคลียร์มะเร็งวิทยาพยาธิวิทยา เป็นต้น

1.2 หน่วยบริการตติยภูมิระดับสูง(Excellence center) หมายถึง โรงพยาบาลเฉพาะทาง โรงพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์บางแห่ง ซึ่งภารกิจนอกจากจะทำหน้าที่หน่วยบริการระดับตติยภูมิแล้วยังกำหนดให้เป็นศูนย์การรักษาเฉพาะโรคที่ต้องใช้ทรัพยากรระดับสูง เช่น



Christian University of Thailand

ศูนย์โรคหัวใจ (เน้นแพทย์ในสาขา ศัลยศาสตร์โรคทรวงอก อายุรศาสตร์โรคหัวใจ อายุรศาสตร์ทางเดินหายใจ กุมารเวชศาสตร์ทางเดินหายใจ กุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ) ศูนย์มะเร็ง (เน้นแพทย์ในสาขารังสีรักษา/ รังสีวินิจฉัย/ เวชศาสตร์นิวเคลียร์/ สาขาพยาธิวิทยา/ กายวิภาคศาสตร์โรคเลือด) ศูนย์อุบัติเหตุ (เน้นแพทย์สาขา ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ นิติเวช กุมารศัลยศาสตร์) ศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ เป็นต้น

ระบบบริการพยาบาลโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

สภาการพยาบาล (2550) กำหนดทิศทางการพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิ ดังนี้

1. จัดระบบบริการพยาบาลโดยมีระบบการปฏิบัติขั้นพื้นฐาน และการพยาบาลขั้นสูงอย่างมีประสิทธิภาพ

1) กำหนดตำแหน่งผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขาให้เพียงพอ กับความต้องการของผู้รับบริการ ติดตามพัฒนาประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

2) กำหนดความรับผิดชอบของพยาบาล ให้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ให้มีความชัดเจน ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว การให้ การสอน ให้บริการวิชาการ การวิจัย และการจัดการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

3) จัดให้มีพยาบาลรับผิดชอบเป็นเจ้าของไข้หรือผู้จัดการเฉพาะกรณี เพื่อให้การดูแลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องเพื่อลดค่าใช้จ่าย และประสานการดูแลระหว่างเจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพ

4) จัดระบบที่สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล

2. ระบบจัดการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลพิเศษ และผู้ป่วยที่พึ่งพาเทคโนโลยีโดย

1) ประสานงานกับทีมบุคลากรสุขภาพเพื่อส่งแผนการดูแลผู้ป่วย

2) พัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและครอบครัว

3) ร่วมมือให้การดูแล และเป็นพี่เลี้ยงให้กับบุคลากรทางสุขภาพในระยะแรก เพื่อป้องกันผิดพลาดเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาตามที่วางแผนไว้

3. จัดให้มีหน่วยงานการเรียนรู้ในการฝึกทักษะศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองของผู้ป่วยและประชาชน เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยและประชาชนมีศักยภาพในการเรียนรู้ด้วยตนเองให้ได้มากที่สุด ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้มีความสามารถในการปฏิบัติตน

4. จัดให้มีระบบประกันสุขภาพบริการพยาบาล ส่งเสริมประสิทธิภาพการทำงาน เป็นการลดต้นทุนการให้บริการ และสร้างหลักประกันให้กับประชาชนว่าได้รับบริการทางสุขภาพที่ได้มาตรฐานตามสิทธิที่พึงได้รับตามรัฐธรรมนูญ

5. จัดระบบฐานข้อมูลทางการพยาบาลสำหรับใช้ตัดสินใจในการให้บริการพยาบาล ประด้วยฐานข้อมูลปัญหาความต้องการของผู้ป่วยการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและผลลัพธ์ ของการปฏิบัติการพยาบาล

6. จัดให้มีหน่วยวิจัยทางการพยาบาล และเครือข่ายการวิจัย โดย

- 1) จัดตั้งหน่วยวิจัยทางการพยาบาลในโรงพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคลากรในการทำวิจัย เพื่อปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล
- 2) กำหนดแผนงานและให้การสนับสนุนการสร้างนวัตกรรม และ องค์ความรู้ใหม่ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน วิฤตและเรื้อรัง
- 3) พัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้มีการนำความรู้ และผลการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติงานการพยาบาล

ระบบบริการโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นการให้บริการการรักษาพยาบาลเฉพาะโรคหรือเฉพาะทาง เป็นการรักษาโรคเชิงลึก เฉพาะเจาะจง เพื่อแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยที่ยุ่งยากซับซ้อนที่รุนแรงจนถึงภาวะวิกฤตโดยใช้เทคโนโลยีขั้นสูงช่วยในการตรวจรักษา เน้นการบริการการพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐาน มีระบบการดูแลต่อเนื่อง และยังเป็นสถานที่ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยและถ่ายทอดเทคโนโลยีที่ใช้ในการรักษาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นดังนั้นบุคลากรจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถเฉพาะทางโรคนั้นหลายสาขาร่วมกันเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

องค์กรพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทภารกิจด้านการพยาบาลโดยกำหนดทิศทาง นโยบาย และกลยุทธ์ในการบริหารการพยาบาลจัดระบบการพยาบาลเฉพาะแต่ละสาขา พัฒนาและประกันคุณภาพการพยาบาล นิเทศ และกำกับการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ โครงสร้างการบริหารจัดการในกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล (Nursing Organization Structure) ของโรงพยาบาลตติยภูมิแบ่งสายการบังคับบัญชาและความรับผิดชอบออกเป็น 16 กลุ่มงาน ซึ่งจะช่วยให้การจัดการบริการพยาบาลเกิดความครอบคลุมในทุกกลุ่มผู้ใช้บริการ และเกิดคุณภาพที่ดี (สำนักงานพยาบาล,2561) โดยมีการจัดทำโครงสร้างหน่วยงานตามการราชการบริหารส่วนภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ภารกิจเพื่อสนองต่อนโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการ (Service plan) (กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

1.1 โครงสร้างและการบริหารงานของโรงพยาบาลที่ศึกษา

โรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขนาดเตียง 855 เตียง มีแพทย์ 140 คน พยาบาลทุกระดับ 682 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีการพัฒนาคุณภาพการบริการ เฉพาะสาขายิ่งขึ้นปรับปรุงทางวิชาการมีการรับแพทย์ฝึกหัดเป็นสถาบันสมทบฝึกนักศึกษาและ แพทย์ประจำบ้านหลายสาขา ได้รับการรับรองคุณภาพระบบ ISO 9002 : 2001 ผ่านการรับรอง คุณภาพ Hospital Re-Accreditation (HA) ครั้งที่ 2 ในปี พ.ศ. 2562 จากสถาบันพัฒนาและรับรอง คุณภาพ โรงพยาบาล (สรพ.) ได้รับรางวัลมาตรฐาน Health Promoting Hospital (HPH) และรางวัล Hospital Care Quality Award: HCQA อีกทั้งจะมีบุคลากรทีมสุขภาพอื่น ๆ ทั้งในและต่างประเทศ มาศึกษาดูงานอยู่เสมอตลอดจนเป็นแหล่งฝึกงานของนักศึกษาพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข

วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา

โรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา เป็นโรงพยาบาลศูนย์ชั้นนำที่มีความเชี่ยวชาญเป็นเลิศ ทางการแพทย์มีคุณภาพมาตรฐานระดับประเทศ และเป็นโรงพยาบาลคุณธรรม

พันธกิจของโรงพยาบาล

1. ให้การบริหารจัดการอย่างเป็นองค์รวมตามมาตรฐานวิชาชีพ
2. พัฒนาระบบบริการศูนย์ความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ด้านหัวใจ มะเร็ง อุบัติเหตุ ทารกแรกเกิดและปลูกถ่ายอวัยวะ
3. พัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กรอย่างมีธรรมาภิบาล
4. พัฒนาด้านวิชาการและผลิตบุคลากรทางการแพทย์และมีโครงสร้างการบริหาร โรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา

โครงสร้างและการบริหารงานองค์กรพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา เดิมใช้ชื่อว่า “ฝ่ายการพยาบาล” ต่อมา ได้มีการปรับโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขจึงปรับโครงสร้างให้เหมาะสมกับการกิจด้านการ พยาบาล ในปี พ.ศ. 2545 จนถึงปัจจุบัน

วิสัยทัศน์ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา

“เป็นหนึ่งในผู้นำด้านการพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐานชั้นนำระดับประเทศ”

พันธกิจของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา

1. ให้บริการพยาบาลประชาชนอย่างเป็นองค์รวมตามมาตรฐานวิชาชีพ
2. พัฒนาระบบบริการศูนย์ความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ด้าน STEMI, Stroke, Sepsis, Trauma and Cancer
3. พัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กรพยาบาลอย่างมีธรรมาภิบาล
4. พัฒนาด้านวิชาการและส่งเสริมด้านการศึกษา

นโยบายขององค์กรพยาบาล 1) มุ่งเน้นการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ มีธรรมาภิบาล และการมีส่วนร่วมของบุคลากร 2) จัดระบบบริการการพยาบาลให้ครอบคลุม ทั้งการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชน การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ครอบคลุมองค์รวม 3) มุ่งเน้นการส่งเสริมให้มีการพัฒนาการบริการที่ดีในด้านพฤติกรรมบริการ 4) มีการพิทักษ์สิทธิ์และเฝ้าระวังความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ 5) พัฒนาระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงที่มีคุณภาพในหน่วยงาน 6) ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล 7) ส่งเสริมการสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน โดยปรับปรุงจัดสิ่งแวดล้อมที่ทำงานให้น่าอยู่ และ 8) ส่งเสริมผลงานทางวิชาการนวัตกรรมและงานวิจัย (โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง, 2564)

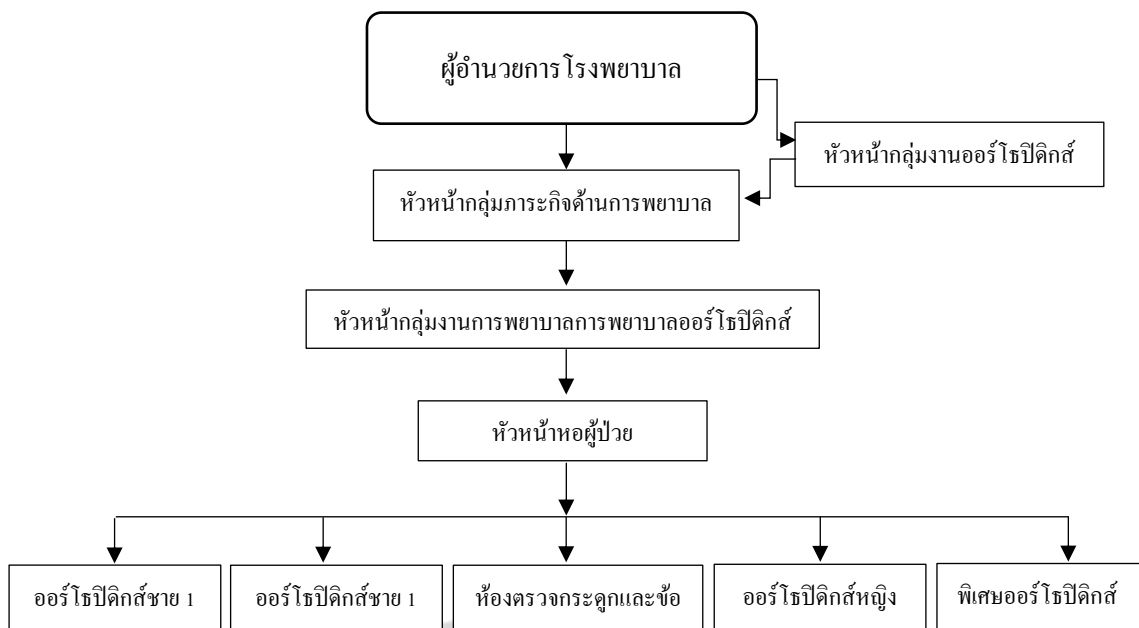
1.2 บริบทขององค์กรพยาบาลงานผู้ป่วยในแผนกออร์โธปิดิกส์

งานผู้ป่วยในแผนกออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา ตั้งอยู่บริเวณตึกกาญจนาภิเษก ชั้น 2 ชั้น 3 ประกอบด้วย หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 1 หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง และหอผู้ป่วยพิเศษออร์โธปิดิกส์ จำนวนของบุคลากรงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ 70 ราย

บริบท (Context)

หน้าที่และเป้าหมาย (Purpose) ให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบกระดูกและข้อ กล้ามเนื้อ เอ็น และระบบประสาทส่วนปลายทุกเพศ ทุกวัย ที่เจ็บป่วยจากโรคและอุบัติเหตุ ให้ปลอดภัย ได้มาตรฐานวิชาชีพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

ขอบเขตการให้บริการ (Scope of service) ให้บริการผู้ป่วยทุกเพศ ทุกวัยมีปัญหาระบบกระดูกและข้อ กล้ามเนื้อ เอ็น และระบบประสาทส่วนปลาย ยกเว้น Cervical spine, Fracture Pelvis 48 ชั่วโมงแรก และผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ตามระเบียบการรับผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์



แผนภาพที่ 2.1 โครงสร้างการบริหารงานกลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง (โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง, 2566)

2. แนวคิด ทฤษฎี การจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวม แอปพลิเคชันไลน์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดการจัดการในเชิงบริหาร

ความหมายของการบริหารจัดการ การบริหาร (Administration) และ การจัดการ (Management) มีความหมายแตกต่างกัน โดยการบริหารจะสัมพันธ์กับการกำหนดนโยบาย ส่วนการจัดการมุ่งไปที่การนำนโยบายไปลงมือปฏิบัติ นักวิชาการบางท่านให้ทัศนะว่าการบริหารใช้ในภาครัฐ ส่วนการจัดการใช้ในภาคเอกชน อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ดี เอกสารทางวิชาการส่วนใหญ่ให้ความหมายทั้ง 2 คำนี้ไม่แตกต่างกัน สามารถใช้แทนกันได้และเป็นที่ ยอมรับโดยทั่วไปการบริหาร บางครั้งเรียกว่า การบริหารจัดการ

ดาฟท์ และมาร์ซิค (Daft & Marcic, 2023) ได้กล่าวถึงหน้าที่ทางการบริหาร ที่ประกอบด้วยกระบวนการในการบริหาร (The Process of Management) ไว้ 4 หน้าที่ คือ การวางแผน (Planning) การจัดองค์การ (Organizing) การนำ (Leading) และการควบคุม (Controlling)

สำหรับแนวคิดการบริหารได้รับการพัฒนาขึ้นมาตามแบบวิธีการทางวิทยาศาสตร์ จนเกิดเป็น ทฤษฎีการบริหารที่มุ่งจะวิเคราะห์ศึกษาถึงการบริหารอย่างเป็นระบบ โดยเฮนรี ฟาโย นักบริหาร ชาวฝรั่งเศส ซึ่งได้วางรากฐานสำคัญของทฤษฎีการบริหารทั่วไปอันเป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวาง ทฤษฎีอันหนึ่งที่ว่าด้วยหน้าที่ในการบริหาร 5 ประการคือ การวางแผน การจัดองค์การ

การบังคับบัญชา การประสานงาน และการควบคุม ต่อมาได้พัฒนาและปรับปรุงจนกลายเป็นคำรา การบริหาร เช่น ทฤษฎี ของลูเธอร์ กูลิค ศาสตราจารย์การบริหารรัฐกิจชาวอเมริกัน ที่ได้ขยาย แนวคิดของฟาโย กำหนด หน้าที่ในการบริหารที่เรียกกันว่า POSDCoRB: Planning (การวางแผน) Organizing (การจัด องค์การ) Staffing (การจัดบุคคลเข้าทำงาน) Directing (การสั่งการหรือ อำนาจการ) Coordinating (การประสานงาน) Reporting (การรายงานผลการปฏิบัติงาน) Budgeting (การงบประมาณ)

เฟรช และสวาร์ด (French & Saward, 1983) ได้นิยามคำว่า management (การจัดการ) ไว้ ใน dictionary of management ว่า “การจัดการ คือ กระบวนการ กิจกรรมหรือการศึกษาเกี่ยวกับการ ปฏิบัติหน้าที่ ในอันที่จะเชื่อมั่นได้ว่ากิจกรรมต่าง ๆ ดำเนินไปในแนวทางที่จะบรรลุผลสำเร็จตาม วัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน้าที่ในอันที่จะสร้างและรักษาไว้ซึ่งสภาวะที่จะ เอื้ออำนวยต่อการบรรลุ วัตถุประสงค์ด้วยความพยายามร่วมของกลุ่มบุคคล (ชนชั้น ยมจินดา และ คณะ, 2552)

ดริคเกอร์ (Drucker, 1972) ได้ให้ความหมายของการจัดการว่า การจัดการ คือ ศิลปะใน การทำงานให้บรรลุ เป้าหมายร่วมกับผู้อื่น ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) เป็นการกำหนด หน้าที่การทำงานที่ต้องปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยกำหนดว่าจะดำเนินการอย่างไร และ ดำเนินการเมื่อไหร่ เพื่อให้สำเร็จตามแผนที่วางไว้ 2) การจัดการองค์กร (Organizing) เป็นการ มอบหมายงานให้บุคลากรในแผนกได้ปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ 3) การนำ (Leading) การนำหรือชี้นำให้ดำเนินไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ 4) การควบคุม (Controlling) เป็นหน้าที่ของ ผู้บริหาร ที่ต้องกำกับติดตาม รวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินผลการดำเนินงาน

คุนท์ซ และโอ’ดอนเนลล์ (Koontz & O’Donnell, 1972 อ้างใน สมคิด บางโม, 2555) ให้ความหมายว่า การจัดการ หมายถึง การดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์

ฟาโยล์ (Fayol, 1949) ได้กล่าวถึงการจัดการว่า เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยขั้นตอน ที่สำคัญ 5 ขั้นตอน คือ การวางแผน การจัดองค์การ การบังคับบัญชา การประสานงาน และการ ควบคุม

สรุป ความหมายของ การจัดการ(Management) เป็นกระบวนการดำเนินงานเพื่อให้ บรรลุจุดมุ่งหมายขององค์กรตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยอาศัยหน้าที่ ทางการบริหารที่สำคัญ คือ การวางแผน (Planning) การจัดองค์การ (Organizing) การนำ (Leading) และการควบคุม (Controlling)

ความหมายแอปพลิเคชัน

แอปพลิเคชัน (Application) หรือเรียกกันว่า แอป (App) คือ โปรแกรมหรือชุดคำสั่งที่ใช้ควบคุมการทำงานของคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์เคลื่อนที่ และอุปกรณ์ต่อพ่วงต่าง ๆ ให้ทำงานได้ตามที่ตั้ง โดยเชื่อมต่อกับผู้ใช้ด้วย User Interface หรือ UI เพื่อเป็นตัวกลางในการใช้งาน

บุรินทร์ รุจจนพันธุ์ (2548) ได้ให้ความหมายของแอปพลิเคชัน ไว้ว่า แอปพลิเคชัน คือ ซอฟต์แวร์หรือโปรแกรมที่ถูกเขียนขึ้นเพื่อการทำงานเฉพาะอย่างที่เราต้องการ เช่น งานส่วนตัว งานทางด้านธุรกิจ งานทางด้านวิทยาศาสตร์ โปรแกรมทางธุรกิจ เกมส์ ระบบฐานข้อมูล ตลอดจนตัวแปลภาษา เราอาจเรียกโปรแกรมประเภทนี้ว่า User's Program โปรแกรมประเภทนี้โดยส่วนใหญ่ มักใช้ภาษาระดับสูงในการพัฒนา ซึ่งแต่ละโปรแกรมจะมีเงื่อนไขและแบบฟอร์มที่แตกต่างกันตามความต้องการหรือกฎเกณฑ์ของแต่ละหน่วยงานที่ใช้

สุชาดา พลาชัยกริมย์ศิลป์ (2554) ได้ให้ความหมายของแอปพลิเคชัน ไว้ว่า แอปพลิเคชัน คือ ซอฟต์แวร์ที่ใช้เพื่อช่วยการทำงานของผู้ใช้ (User) โดย Application จะต้องมีส่วนที่เรียกว่า ส่วนติดต่อกับผู้ใช้ (User Interface หรือ UI) เพื่อเป็นตัวกลางในการทำงานบนอุปกรณ์สื่อสารแบบพกพา

2.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดองค์รวม

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีปรัชญาและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

ปรัชญาตะวันออก โดยหลักสำคัญของปรัชญานั้นเรื่องความสมดุลภายในร่างกาย บุคคลที่เชื่อมโยงกับธรรมชาติอย่างกลมกลืน (harmony)

2.2.1 ปรัชญาอินเดีย กล่าวถึงความสำคัญของหลักการทางการแพทย์ของอินเดียที่เรียกว่า “อายุรเวท” โดยเน้นความสมดุลของพลังงาน 3 ส่วนในร่างกาย หรือ ตรีโทษะ คือ วาตะ ปิตตะ และ กะเฟะ ซึ่งพลังทั้ง 3 มีหน้าที่สร้างความสมดุลให้เกิดขึ้นภายในร่างกาย นอกจากนั้นยังแบ่งองค์ประกอบของมนุษย์ 4 ประการ คือ 1) ร่างกาย 2) จิตใจ 3) วิญญาณ 4) สติสัมปชัญญะ ปัจจัยที่ 5 คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ และอากาศธาตุ ดังนั้นความเป็นองค์รวมตามหลักการแพทย์ของปรัชญาอินเดียจึงให้ความสำคัญกับหลักสมดุลของพลังงานทั้ง 3 ส่วนในร่างกาย

2.2.2 ปรัชญาพุทธ หลักทางศาสนาพุทธให้ความสำคัญกับธรรมชาติที่เป็นผลรวมของสิ่งต่าง ๆ อย่างสมดุลเพื่อสร้างชีวิต องค์รวมของบุคคลมีองค์ประกอบ 2 ประการคือ รูป และนาม ซึ่งก็คือ ผลรวมของสิ่งต่าง ๆ อย่างสมดุลคือ ขันธ์ 5 ได้แก่ กาย เวทนา สัญญา สังขาร และวิญญาณ (พระมหาจรรยา สุทธิญาโณ, 2543) องค์รวมทางธรรมะเรียกว่า อิทัปปัจจยตา ซึ่งตามหลักทางพระพุทธศาสนา คือ กระบวนแห่งเหตุ และปัจจัยอาศัยการเกิดขึ้นซึ่งกันและกัน (cause & condition) ซึ่งเป็นกฎแห่งกรรมนั่นเอง

2.3 ทฤษฎีการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการจัดการแบบองค์รวม

ทฤษฎีการพยาบาลส่วนใหญ่มีความสอดคล้องกับแนวคิดองค์รวมทางสุขภาพ โดยการพยาบาลมุ่งเน้นการดูแลที่ครอบคลุมองค์รวมของบุคคล ซึ่งช่วยในการตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพได้อย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น

2.3.1 ทฤษฎีทางการพยาบาลของไนติงเกล (Nightingale, 1969) ได้เน้นหลักการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแล และจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม จัดให้ผู้ป่วยได้รับน้ำ อาหาร อากาศ แสงแดด สิ่งแวดล้อมที่สะอาดและเงียบสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอโดยเชื่อว่า สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากภาวะเจ็บป่วยได้เอง (self-healing) ความเชื่อเช่นนี้แสดงว่าไนติงเกลก็มองเห็นถึงอำนาจ และธรรมชาติที่ผสมผสานของมนุษย์ในการหายได้เอง ซึ่งเป็นความเชื่อของแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวมนั่นเอง (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2534)

2.3.2 ทฤษฎีการปรับตัวของรอย และแอนดรูว์ (Roy & Andrews, 1999) กล่าวว่าบุคคลเป็นระบบการปรับตัวที่เป็นองค์รวม (holistic adaptive system) หลักการพยาบาลเน้นการส่งเสริมการปรับตัวของบุคคลทั้ง 4 ด้าน เพื่อให้สุขภาพะบบองค์รวม เช่นเดียวกับทฤษฎีของเลวิน (Levine, 1971) และพาร์ซ (Parse, 1981) ที่ให้ความสำคัญองค์รวมของบุคคลจากการผสมผสานส่วนประกอบ 3 ส่วน คือ ร่างกาย จิตและจิตวิญญาณ โดยเป็นเป้าหมายสูงสุดในการดูแลทางการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้บุคคลสามารถดำรงอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้อย่างปกติสุข และยังคงสอดคล้องกับทฤษฎีของนิวแมน (Neuman, 1995) ที่ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบหลักของบุคคลทั้ง 4 มิติ การพยาบาลเน้นการให้การดูแลแบบองค์รวม และปกป้องสิ่งคุกคามที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก

2.3.3 ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน (Watson, 1988) ให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นการผสมผสานส่วนประกอบ 3 ส่วน คือ ร่างกาย จิต จิตวิญญาณที่จะเป็นเป้าหมายสูงสุดในการดูแลทางการพยาบาล

2.3.4 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) มีแนวคิดเกี่ยวกับบุคคลว่าเป็นองค์รวมโดยสามารถทำหน้าที่ได้ครบถ้วนทั้งทางด้านชีวภาพ ด้านสัญลักษณ์และด้านสังคม หลักการพยาบาลเน้นความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองเป็นพื้นฐานสำคัญ ทั้งนี้มีความเชื่อว่ามนุษย์มีศักยภาพ และมีความจงใจในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อดูแลสุขภาพตนเองให้อยู่ในภาวะที่สมบูรณ์ได้

2.4 การพยาบาลแบบองค์รวม

สมาคมพยาบาลองค์รวมแห่งประเทศไทยสหรัฐอเมริกา (American Holistic Nursing Association: AHNA, 1997 as cited in Dossey & Dossey, 1998) ให้ความหมายของการพยาบาลองค์รวม (holistic nursing) หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลที่มีเป้าหมายดูแลคนทั้งคน (whole person) โดยครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่เชื่อมโยงกันอย่างสมดุล เน้นการดูแลให้ครบทุกส่วนไม่แยกจากกัน ตลอดทั้งการคำนึงถึงทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งผู้ดูแล และผู้รับการดูแล โดยใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล

นิวเบค (Newbeck, 1986) ได้กล่าวถึงหลักปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมที่พยาบาลจะต้องคำนึงถึงต่อไปนี้

2.4.1 การให้ข้อมูล และความรู้แก่ผู้ป่วย (Sharing information and education) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้นำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจในการรักษา และการปฏิบัติอันแสดงความรับผิดชอบที่ผู้ป่วยพึงมีต่อตนเอง

2.4.2 การให้ผู้ป่วยได้ร่วมตัดสินใจ (Sharing of decision making) ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติจำเป็นต้องมีส่วนร่วมรับรู้ และร่วมตัดสินใจเพื่อเลือกสิ่งที่เหมาะสมและดีที่สุด ที่สำคัญที่สุดคือ การให้ข้อมูลของพยาบาลต้องชัดเจน และเพียงพอ

2.4.3 การตั้งเป้าหมายในการรักษาพยาบาล จะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความจริง (Realistic goal-setting) เมื่อได้ข้อมูลเพียงพอ และร่วมอภิปรายเพื่อตัดสินใจกับผู้ป่วย การตั้งเป้าหมายเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลจะต้องกระทำร่วมกัน

2.4.4 ผู้ให้บริการและผู้ป่วย จะต้องปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้การรักษาสอดคล้องเป้าหมาย (Working together in therapy) ทั้งนี้พยาบาลและผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติร่วมกันตามบทบาทและหน้าที่ของผู้ให้บริการ

การพยาบาลองค์รวม เป็นแนวคิดปรัชญา เพื่อส่งเสริมสุขภาพะองค์รวม (Holistic Health) หมายถึง ภาวะสมดุลของร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ของบุคคล ครอบครัวยุ หรือชุมชน เชื่อว่า การเจ็บป่วยไม่ใช่ผิดปกติแต่ร่างกายเท่านั้น ยังรวมถึงทุกระบบที่มีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นการรักษาจึงส่งเสริมความเป็นองค์รวมไม่ใช่การรักษาเฉพาะส่วน นอกจากนั้นการรักษาจึงให้ความสำคัญกับการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก โดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ ความหมาย และประสบการณ์แต่ละบุคคล (อุไร หัตถกิจ และประภาพร ชูกำเนิด, 2558)

คุณลักษณะของแนวคิดสุขภาพองค์รวม ประกอบด้วย 1) ความสมดุล (Balancing) ความสมดุลของสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ 2) ความกลมกลืน (Harmony) ความกลมกลืนจากภายในตน คือ มิติกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และความกลมกลืน

ภายนอกคือกับสิ่งแวดล้อมภายในระบบธรรมชาติ 3) ความเป็นหนึ่งเดียวกัน (Coherence) แต่ละมิติต้องมีความเชื่อมโยง หากขาดความเชื่อมโยง จะทำให้เสียสมดุล (สุริย์ ธรรมิกบวร, 2554)

หลักการพยาบาลองค์รวม ได้แก่ 1) ตระหนักถึงความเป็นองค์รวมของบุคคล 2) สร้างสภาพแวดล้อมต่อการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ 3) ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ 4) สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดกับผู้รับบริการ 5) การให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้รับบริการ 6) การเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้รับบริการและครอบครัว 7) สนับสนุนกระบวนการฟื้นฟูของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการอย่างเอื้ออาทร 8) การส่งเสริมและสนับสนุนการใช้วิถีพื้นบ้านที่เป็นประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, 2556)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลแบบองค์รวม

อมรรัตน์ แสงใสแก้ว และพัชนี สมกำลัง (2560) ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว พบว่าการให้การพยาบาลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และจิตวิญญาณจะช่วยให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวสามารถปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัด รวมทั้งส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

สุณี เวชประสิทธิ์ และคณะ (2562) ได้ศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 พบว่า การให้ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมและการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยมีส่วนสำคัญในการวางแผนให้การพยาบาล รวมถึงการให้ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม การเสริมทักษะ และทัศนคติในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมจะช่วยให้พยาบาลสามารถประยุกต์ความรู้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บรูว์ (Brew, 2024) ได้ศึกษา การบูรณาการการดูแลแบบองค์รวมในการปฏิบัติการพยาบาล แนวทางและประโยชน์ พบว่า การบูรณาการการพยาบาลแบบองค์รวมเป็นที่ยอมรับอย่างยิ่ง ไม่เพียงแต่เพิ่มผลลัพธ์และความพึงพอใจของผู้ป่วย แต่ยังเพิ่มความสุข ความพึงพอใจในการทำงาน ในขณะที่การดูแลสุขภาพ ยังคงพัฒนาต่อไป การดูแลแบบองค์รวม จะมีบทบาทและความสำคัญในการพัฒนาการปฏิบัติของพยาบาลและบรรลุเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุด

วิลเลียม (Williams, 1998) ให้ความหมายการพยาบาลแบบองค์รวม คือ การปฏิบัติการพยาบาลที่ดูแลคนทั้งคน ให้ครอบคลุมทุกส่วนไม่แยกจากกัน ประกอบด้วย 4 มิติ คือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่เชื่อมโยงกันอย่างสมดุล

สรุปได้ว่า การให้การพยาบาลแบบองค์รวมนั้น เป็นการพยาบาลที่ให้ผู้ป่วยอย่างครอบคลุมเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยตระหนักในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย มีการวางแผน กับติดตาม และตั้งเป้าหมายจากทีมการพยาบาลร่วมกัน มีการรับฟัง ให้ข้อมูลตลอดจนร่วมอภิปรายปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการพยาบาล

3. แนวคิด ทฤษฎี การจัดการความปวด การจัดการความปวดหลังผ่าตัด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.1 องค์ประกอบในการจัดการความปวดของฟิชแมน

สมรรถนะหลักในการจัดการความปวดของฟิชแมน และคณะ (Fishman et al., 2013) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสมรรถนะหลักในการประเมินความปวด และการจัดการความปวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ทั่วไป โดยสรุปสมรรถนะหลักในการจัดการความปวดประกอบด้วย 21 สมรรถนะ ภายใต้อีก 4 กลุ่ม สมรรถนะที่สำคัญ ได้แก่ 1) แนวคิดพื้นฐานของความปวด 2) การประเมินความปวด 3) การจัดการความปวด และ 4) การติดตามความปวด ซึ่งได้อธิบายรายละเอียดไว้ดังต่อไปนี้

3.1.1 สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด (Fundamental concepts of pain)

สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด หมายถึง การมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดพื้นฐานของความปวด คือความสามารถเกี่ยวกับความรู้ของความปวดขั้นพื้นฐานที่พยาบาลออร์โธปิดิกส์ทุกคนต้องทราบ เพื่อให้พยาบาลสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดการความปวดในผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสม และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของความปวดหลังผ่าตัดได้ ซึ่งมี 2 ประเภท คือ ความปวดชนิดเฉียบพลัน (Acute pain) และความปวดชนิดเรื้อรัง (Chronic pain) (The International Association for the Study of Pain [IASP], 1994 as cited in Sluka, 2009)

3.1.2 สมรรถนะด้านการประเมินความปวด (Pain assessment and measurement)

สมรรถนะด้านการประเมินความปวด หมายถึง การมีความรู้ความเข้าใจ และทักษะพื้นฐานในการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งการประเมินความปวดจัดเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาลที่สำคัญที่จะนำไปสู่การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ (RNAO, 2013) การประเมินความรุนแรงของความปวด การใช้เครื่องมือประเมินความปวด และระบุปัจจัยส่งเสริมหรือขัดขวางการประเมินความปวด รวมถึงทัศนคติที่ดีต่อความปวด ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่ควรมีในพยาบาลวิชาชีพแผนกออร์โธปิดิกส์ทุกคน เพื่อให้สามารถประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด

เปลี่ยนข้อเข้าเทียมได้อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนในการดูแลจัดการความปวดได้ต่อไป

3.1.3 สมรรถนะด้านการจัดการความปวด (Management of pain)

สมรรถนะด้านการจัดการความปวด หมายถึง การมีความรู้ ทักษะ และทัศนคติ พื้นฐานในการจัดการความปวดชนิดเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียม ซึ่งได้แก่ การระบุวิธีการให้การพยาบาล การให้ข้อมูลและคำปรึกษา การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการความปวดได้ด้วยตนเอง การวางแผนและพัฒนาแบบแผนการจัดการความปวดได้ ทั้งนี้เพื่อให้พยาบาลออร์โธปิดิกส์สามารถจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.1.4 สมรรถนะการติดตามความปวด (Evaluation of pain)

สมรรถนะการติดตามความปวด หมายถึง การมีความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติ พื้นฐานในการติดตามประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงจากการได้รับยาแก้ปวด รวมถึงการรับรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่การจัดการความปวดทั้งของพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยที่ผ่าตัดและไม่ได้ผ่าตัดได้รับการติดตามประเมินความปวดอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงระยะเวลา 24-72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด รวมถึงผู้ป่วยที่ไม่ได้ผ่าตัด เพื่อจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพแผนกออร์โธปิดิกส์ในการจัดการความปวดในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ควรประกอบด้วย 4 สมรรถนะหลักที่สำคัญ ได้แก่ สมรรถนะด้านความรู้ พื้นฐานความปวด สมรรถนะด้านการประเมินความปวด สมรรถนะด้านการจัดการความปวด สมรรถนะการติดตามความปวด เพื่อสามารถยกระดับคุณภาพการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ทั้งผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดและไม่ได้ผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สมาคมนานาชาติเพื่อการศึกษาความปวด (The International Association for the Study of Pain [IASP], 1994 as cited in Sluka, 2009) นิยามความปวด (Pain) คือ ประสบการณ์เฉพาะบุคคลที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เกิดร่วมกับการบาดเจ็บ โดยมีองค์ประกอบด้านความรู้สึกรำคาญและสังคม ความปวดแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ความปวดเฉียบพลัน (Acute pain) คือ ความปวดเฉียบพลัน เป็นความปวดที่เพิ่งเกิดขึ้นมีระยะเวลาของความปวดที่จำกัด เป็นความปวดที่มีสาเหตุ เมื่อพยาธิสภาพหายไป อาการปวดก็จะหายไปด้วย ตัวอย่างเช่น ความปวดแผลหลังผ่าตัด (Postoperative pain) หรือหลังอุบัติเหตุ

2. ความปวดเรื้อรัง (Chronic pain) หมายถึง ความปวดที่ยาวนานกว่าระยะเวลาการสมานของเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บบ่อยครั้งที่ไม่สามารถบ่งชี้ถึงสาเหตุของความปวด มักมีอาการปวดอยู่เนืองนิตย์เกินกว่า 3 เดือน

3.2 ทฤษฎีความปวด

ความปวดสามารถอธิบายกลไกของการเกิดได้ด้วยทฤษฎีเช่นเดียวกับปรากฏการณ์อื่น ๆ ได้แก่ ทฤษฎีประตูควบคุมการปิดและเปิด (gate control theory) ของเมลแซคค์ และวอลล์ (Melzack & Wall, 1965 อ้างใน ขสพล เหลืองโสมนภา และศรีสุดา งามขำ, 2556) เป็นผู้พัฒนาทฤษฎีตั้งแต่นั้นปี พ.ศ. 2503 และตีพิมพ์ใน พ.ศ. 2508 ได้กล่าวว่า ร่างกายคนเรามีเส้นประสาทที่สามารถนำส่งสัญญาณความปวดและสามารถขัดขวางสัญญาณความปวดอยู่ 4 ชนิดคือ 1) เส้นประสาท เอ เบต้า (A beta fiber) เป็นเส้นใยประสาทที่มีขนาดใหญ่ มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 8 um 2) เส้นประสาทเอ แอลฟา (A alpha fiber) เป็นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่สุด มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 13 um เส้นประสาทชนิดนี้รับสัญญาณจากการกด นวด และระดับอุณหภูมิ 3) เส้นประสาทเอ เดลต้า (A delta fiber) เป็นเส้นประสาทขนาดเล็ก มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 1 um 4) เส้นประสาทซี (C fiber) เป็นเส้นประสาทขนาดเล็ก มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 1 um เช่นกัน เส้นใยประสาทสองชนิดนี้รับสัญญาณความปวดจากระบบประสาทส่วนปลาย ส่งผ่านตัวรับความรู้สึก (nociceptors) ไปที่บริเวณ dorsal horn ของไขสันหลัง (spinal cord) ซึ่งจะมีเซลล์ ชื่อ substantial gelatinosa: SG cell) เซลล์นี้มีหน้าที่ควบคุมการเปิดและปิดประตูของไขสันหลังว่าจะยอมให้สัญญาณความปวดเดินทางไปสู่สมองได้หรือไม่ หากสัญญาณความปวดสู่สมองแล้วร่างกายจะรับรู้ความปวดได้ การปิดประตูนี้ยังขึ้นอยู่กับการส่งสัญญาณจากเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ทั้งสองซึ่งได้แก่ เส้นใยประสาทเอ เบต้า และเส้นใยประสาทเอแอลฟาได้เช่นกัน การนวด หรือการประคบเย็น จะสามารถกระตุ้นให้ทีเซลล์ปิดประตูได้ (Melzack & Wall, 1965 อ้างใน ขสพล เหลืองโสมนภา และศรีสุดา งามขำ, 2556)

การปิด เปิดประตูที่ไขสันหลังนั้น ยังขึ้นอยู่กับระบบด้านการคิด (cognitive system) อีกด้วย เพราะกลไกการทำงานของกลไกการคิดส่วนกลาง (central cognitive mechanism) สามารถควบคุมกลไกการทำงานของประตูได้ โดยสามารถสั่งการให้ประตูปิดได้โดยผ่านการส่งสัญญาณไปทางเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ให้ยับยั้งการทำงานของทีเซลล์ ด้วยเหตุนี้จึงสามารถเข้าใจได้ว่า เหตุใดเมื่อมีการทำงานของความคิด (cognitive) เช่น มีความเครียด ความวิตกกังวล หรือมีความสนใจต่อความปวดมาก บุคคลนั้นจะรู้สึกปวดมากขึ้น เพราะในสภาวะนั้นกลไกการทำงานของกลไกการคิดส่วนกลางไม่สามารถสั่งการให้ประตูปิดได้

ปัจจัยที่มีผลต่อการปิดของประตู ได้แก่ ความสามารถของสมองในการหลั่งสารสื่อประสาทที่มีชื่อว่า endogenous morphine หรือ endorphine โดยปกติสารสื่อประสาทตัวนี้จะสร้างจากต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) และไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ในสมอง โดยสร้างเมื่อร่างกายกำลังเผชิญกับความปวด ระหว่างออกกำลังกายมีการผ่อนคลายอย่างเต็มที่ ร้องไห้ หรือหัวเราะ สารนี้จะทำปฏิกิริยากับเซลล์ประสาทชื่อ opiate receptors ซึ่งมีจำนวนมากภายในไขสันหลัง

ผลจากการจับกันได้นี้จะส่งผลให้ประตูที่ไขสันหลังปิด และหยุดการส่งสัญญาณความปวดมาที่สมองได้ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าสมองเป็นตัวจัดการความปวดได้ (pain killer) ด้วยตัวเอง เช่นกัน ความเข้าใจในเรื่องนี้ ทำให้สามารถเข้าใจได้ว่าความปวดจะทุเลาลงได้ หากแพทย์สั่งให้ยามอร์ฟิน ซึ่งถือเป็นสารบรรเทาอาการปวดจากภายนอกในร่างกาย (exogenous morphine) ด้วยกลไกเดียวกัน สารบรรเทาอาการปวดจากภายในร่างกาย นอกจากนี้ยังทำให้เข้าใจได้ว่าการลดความสนใจต่อความปวดด้วยการใช้กิจกรรมเบี่ยงเบนความสนใจที่สามารถดูใจคนได้จะช่วยลดความปวดได้อีกด้วย

กลไกการเกิดความปวดหลังผ่าตัด

ความปวดจัดเป็นว่าเป็นการเตือนภัยอย่างหนึ่งให้แก่บุคคลเพื่อทราบที่กำลังได้รับอันตรายหรือมีภัยต่อตนเอง ดังนั้น ความปวดจึงเป็นกลไกป้องกันร่างกายเพื่อไม่ให้เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บโดยการถอยหนีจากสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความปวด ความไม่สุขสบายและความตึงเครียดที่เกี่ยวข้องกับความปวด โดยความปวดจะคงอยู่ตราบเท่าที่มีการทำลายเนื้อเยื่อนั้น ซึ่งสามารถอธิบายกลไกต่าง ๆ ของการเกิดความปวดไว้ดังนี้

1. ตัวรับความปวดส่วนปลาย (peripheral nociceptor) ตัวรับความปวดส่วนปลายจะมีตัวรับความปวด (nociceptor) เป็นอวัยวะรับความรู้สึกส่วนปลาย เมื่อถูกกระตุ้นด้วยตัวกระตุ้นความปวด (noxious stimulus) เช่น การทำแผล การถอดศัลยกรรม เลือด การทำหัตถการ การทำกายภาพบำบัด จะส่งผ่านกระแสความปวดเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง โดยมีตัวรับความปวดนำเข้า (nociceptive afferent) ประกอบด้วยใยประสาท 2 คือ A-delta fiber จึงเป็นใยประสาทขนาดกลางที่มีเปลือกไมอีลิน (myelin) หุ้มบาง ๆ และ C fiber เป็นเส้นใยประสาทขนาดเล็กที่ไม่มีเปลือกไมอีลิน (myelin) หุ้ม จึงส่งสัญญาณประสาทไปได้อย่างช้า ๆ หลังจากเกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ เช่น การอักเสบ การติดเชื้อ การขาดเลือดไปเลี้ยงจะทำให้เกิดการสร้างสารเคมีหลายชนิด

2. การส่งสัญญาณความปวดในไขสันหลัง (pain transmission in the spinal cord) บริเวณปลายทางของตัวรับกระแสประสาทนำเข้ามีทั้ง excitatory amino acid เช่น glutamate และ peptide เช่น SP เป็นสารสื่อประสาท เมื่อเกิด depolarization มาถึงปลายทาง จะมีการปล่อย glutamate ไปกระตุ้นที่ postsynaptic ionotropic AMPA receptor การกระตุ้นซ้ำ ๆ ไปที่ C fiber ทำให้เกิด depolarization แบบก้าวหน้าของ postsynaptic membrane และเกิดการหลุดลอกของ magnesium plug ซึ่งเดิมอุดอยู่ที่ N-methyl-D-aspartate (NMDA) receptor การเพิ่มขึ้นแบบก้าวหน้าของ action potential ของเซลล์ใน dorsal horn แต่ละการกระตุ้น ทำให้มีการเพิ่มการตอบสนองอย่างรวดเร็ว ต่อการกระตุ้นถัด ๆ มา การกระตุ้นที่ต่อเนื่องและรุนแรงจะยิ่งเพิ่มความไวของเซลล์ประสาทใน dorsal horn จนเกิด central sensitization ได้ และการเพิ่มขึ้นของ calcium ในเซลล์เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงของ ion channel หรือ receptor แล้ว จะมีการเพิ่มประสิทธิภาพของการสื่อ

สัญญาณผ่านช่อง synapse ได้ผลลัพธ์ออกมาคือ ความไวของเซลล์ในระบบประสาทส่วนกลางเพิ่มขึ้น threshold ของการกระตุ้นลดลงเกิดความปวดได้จากการกระตุ้นด้วยความแรงต่ำ ซึ่งเดิมไม่สามารถทำให้ปวดได้ และมีขอบเขตของความปวดขยายเกินบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ

3. การส่งสัญญาณความปวดเข้าสู่สมอง (central projection of pain pathway) ร่างกายของคนเรามี ascending pathway สำหรับนำความปวดจากไขสันหลังส่งต่อไปยังสมองส่วนกลาง สมองส่วนหน้า และ cortex spinothalamic pathway ใน lamina I และ II แล้วเชื่อมผ่าน lamina V ไปยังสมองส่วน thalamus และต่อไปยัง somatosensory cortex ซึ่งส่งสัญญาณใน pathway นี้ จะทำให้ข้อมูลเกี่ยวกับ sensory discriminative aspect ของความปวด เช่น ตำแหน่งชนิด และความรุนแรงของสิ่งกระตุ้น spinoparabrachial pathway เริ่มจาก lamina I และไปสิ้นสุดที่ ventromedial hypothalamus ซึ่งเป็นที่รวมกันของข้อมูลการรับรู้ความรู้สึกและระบบประสาทอัตโนมัติและ central nucleus ของ amygdale ซึ่งเป็นสมองส่วนที่รับรู้อารมณ์ของความปวดและปลายทางอื่น ๆ ในสมอง ได้แก่ area ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอารมณ์และ motional component ของความปวด periaqueductal gray (PAG) ในสมองส่วนกลางและ rostroventromedial medulla (RVM) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการตอบสนองแบบ “สู้ หรือหนี” (fight or fright) และ stress induced analgesia และ reticular formation มีความสำคัญต่อการควบคุม descending pathway

4. การควบคุมความปวดจากสมองลงมาสู่ไขสันหลัง (descending modulatory pain pathway) การควบคุมความปวดจากสมองลงมาสู่ไขสันหลังมี descending pathway เป็นตัวควบคุมความปวดจากสมองลงสู่ไขสันหลัง โดยอาศัยกระบวนการส่งสัญญาณความปวดในไขสันหลังที่ presynaptic action ของ primary afferent fiber ที่ postsynaptic action ของ projection neuron หรือ intrinsic interneuron ใน dorsal horn โดยมีจุดตั้งต้นมาจากสมองส่วน cortex ,hypothalamus และบริเวณก้านสมอง ระบบที่ซับซ้อนนี้สามารถทำให้เกิดผลต่อการกระตุ้นเพิ่มขึ้น เพื่อเตือนว่ามีอันตรายต่อเนื้อเยื่อเกิดขึ้นแล้ว และเพื่อให้หลบหลีกเลี่ยงอันตรายนั้นได้ทันเวลาที่ ในขณะที่เดียวกันอาจให้ผลการยับยั้งที่มีผลระงับปวดเพื่อไม่ให้เกิดความปวดมากเกินไปจนรบกวนการดำรงชีวิตและการปฏิบัติงาน ถ้ามีความปวดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและยาวนาน descending inhibitor control มีความสำคัญเพราะจะทำให้เป็นที่ยึดเกาะของยาระงับปวด เช่น opioid, clonidine และยาต้านซึมเศร้า เป็นต้น

3.3 การจัดการความปวดหลังผ่าตัด

การจัดการความปวดหลังผ่าตัด เป็นการบรรเทาปวดหรือลดความปวดให้อยู่ในระดับความสบายที่สามารถยอมรับได้ และยึดถือเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด เพราะการจัดการความปวดที่ไม่เหมาะสมและไม่มีประสิทธิภาพย่อมส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพ

ด้านอื่น ๆ ตามมา เช่นอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ การจัดการความปวดหลังผ่าตัดเป็นกิจกรรมพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญสามารถกระทำได้ทั้งบทบาทอิสระและบทบาทที่ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ประกอบด้วยการประเมินความปวด วิธีการจัดการความปวดโดยใช้ยา และไม่ใช้ยา โดยการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพจะต้องมีการประเมินระดับความปวดเป็นระยะ ๆ และจะต้องจัดการความปวดก่อนที่ความปวดจะรุนแรงมากขึ้น การจัดการความปวดให้ได้ผลดีควรมีการติดตามประเมินความปวดเป็นระยะ ๆ และบันทึกเป็นสัญญาณชีพที่ 5 เนื่องจากทีมสุขภาพสามารถติดตามผลการรักษาและให้การช่วยเหลือบรรเทาปวดได้ใกล้ชิดมากยิ่งขึ้น (ภาณี พงษ์ชะโปะ และคณะ, 2549)

3.3.1 การประเมินความปวดหลังผ่าตัด

ความปวด เป็นปัญหาของความรู้สึกที่ซับซ้อนและยากที่จะประเมินได้จริง ทั้งในด้านความรุนแรง ระยะเวลา ลักษณะ ผลกระทบ และการตีความหมายของผู้ป่วย (วิชัย อิทธิกุลทล และคณะ, 2547) การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้องประเมินความปวดเสมอ เพราะความปวดถือว่าเป็นสัญญาณชีพที่ 5 (pain of the fifth vital sign) ที่ต้องประเมิน โดยผู้ที่ประเมินความปวดได้นั้น ต้องรู้ทั้งวิธีในการประเมินความปวดและเครื่องมือที่ใช้วัดความปวด อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

วิธีการประเมินความปวดอย่างครอบคลุมในทุกมิติ จะเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่จะนำไปสู่การจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า มีความปลอดภัยและมีผลข้างเคียงที่น้อยที่สุดที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ความปวดที่ประเมินได้นั้นเป็นข้อมูลที่ได้จากตัวผู้ป่วยเอง โดยแบ่งออกเป็น 3 แหล่งข้อมูลแหล่งที่มาของข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย ข้อมูลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา และข้อมูลจากพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก (วิชัย อิทธิกุลทล และคณะ, 2547) ดังต่อไปนี้

1) การประเมินความปวดจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย (subjective measurement) ความปวดเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลและความปวดจะยังคงอยู่ตลอดเวลาเท่าที่บุคคลนั้นบอกว่ามี ความปวดอยู่ ดังนั้นการประเมินความปวดตามคำบอกเล่าของบุคคลจะได้ข้อมูลที่เป็นจริงมากที่สุด เนื่องจากบุคคลเป็นผู้บอกโดยตรง (individual or subjective) แบ่งการวัดระดับความปวดจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ ได้แก่ การวัดแบบมิติเดียว (single dimension pain scale) ได้แก่ วิธี numeric rating scale (NRS), visual analog scale (VAS), pain relief scale และ face pain scale และการวัดแบบหลายมิติ (multidimensional pain scale) ได้แก่ McGill Pain Questionnaire (MPQ), memorial pain assessment card และ brief pain inventory (BPI) (McGill, 2010) ซึ่งปี 2562 สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย ได้กล่าวถึงเครื่องมือที่ใช้วัดระดับความปวดไว้ ดังนี้ (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมการศึกษาเรื่องปวดแห่งประเทศไทย, 2562)

1.1) มาตรวัดความปวดด้วยคำพูด (verbal rating scale) มาตรวัดนี้เป็นระดับความปวดเป็นระดับต่าง ๆ โดยจัดลำดับต่าง ๆ เป็นคำพูดสั้น เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย ๆ โดยมีการแบ่งระดับความปวดไว้เป็นระดับ ดังนี้ ไม่ปวดเลย ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก และปวดมากที่สุด มาตรวัดความปวดนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถประเมินความปวดออกมาเป็นตัวเลขได้ วิธีนี้นิยมใช้ร่วมกับมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข

1.2) มาตรวัดความปวดชนิดเป็นตัวเลข (numeric rating scale) เป็นมาตรวัดระดับความปวด ที่มีการกำหนดตัวเลขแสดงความปวดอย่างต่อเนื่อง จาก 0 ถึง 10 โดยเริ่มจาก 0 หมายถึงไม่ปวดเลย และ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด มาตรวัดนี้สามารถประเมินความปวดได้ง่าย และมีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีการกำหนดตัวเลขที่ทำให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับพื้นฐานทางด้านตัวเลขจึงจะสามารถใช้วิธีนี้ได้

1.3) มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (visual analog scale) เป็นมาตรวัดความปวดที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงในแนวนอนมีความยาวเท่ากับ 10 เซนติเมตร โดยเริ่มจากด้านซ้ายมือที่มีความหมายไม่ปวดไปสิ้นสุดที่ด้านขวามือที่มีความหมายปวดมากที่สุด แล้วให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายลงบนเส้นในตำแหน่งใดก็ได้ที่ตรงกับความรู้สึกปวดของตนเองในขณะนั้น จากนั้นนำไปเปรียบเทียบวัดเป็นตัวเลข มาตรวัดนี้ประเมินความปวดได้แม่นยำกว่าความปวดที่เป็นตัวเลข เนื่องจากมีความไวกว่าหากผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของความปวด

1.4) มาตรวัดความปวดอย่างง่าย (simple descriptive pain intensity scale) เป็นมาตรวัดระดับความปวด โดยแบ่งออกเป็น 6 ระดับ จากระดับไม่ปวดเลย จนถึงระดับปวดมาก

1.5) Wong-Baker face pain rating scale มาตรวัดนี้เหมาะสำหรับประเมินความปวดในเด็ก อายุตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป ที่ยังไม่สามารถใช้วิธีอื่นได้ เช่น numeric rating scale วิธีการใช้ โดยให้เด็กชี้เลือกรูปหน้าที่บอกถึงระดับความปวด ผู้ประเมินบันทึกตัวเลขที่ความหมายตรงกับรูปหน้านั้น (Wong et al., 2001)

1.6) face pain scale มาตรวัดนี้เหมาะสำหรับผู้ประเมินความปวดในวัยผู้ใหญ่ที่มีข้อจำกัดในการสื่อสาร วัดโดยใช้ผู้ป่วยชี้เลือกรูปใบหน้าที่ตรงกับความรู้สึกปวดขณะนั้น ผู้ประเมินบันทึกตัวเลขที่มีความหมายตรงกันกับรูปหน้านั้น

2) การประเมินความปวดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (physiology measurement) การประเมินความปวดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาใช้หลักการของผลจากความปวดทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่สามารถสังเกตได้ วัดได้ในเชิงปริมาณ โดยเฉพาะความปวดหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นความปวดแบบเฉียบพลันที่มีการแสดงออกทางด้านร่างกาย เช่น ความดันโลหิตสูงขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น เหงื่อออก รูม่านตาขยาย ขนลุก ปลายมือปลายเท้า

ซิด เอ็น สามารถวัดได้แน่นอนในเชิงปริมาณและรู้ผลได้ทันที แต่ก็มีจุดอ่อนตรงที่การเปลี่ยนแปลงทางด้านวิวัฒนาการสามารถเกิดได้จากการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่จากความปวด และมีการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่ ทั้งที่ความปวดนั้นยังคงอยู่ (มยุรี วสินานุกร และชัชชัย ปรีชาไว, 2550)

3) การประเมินความปวดโดยการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย (behavioral measurement) เมื่อบุคคลมีความปวดเกิดขึ้นจะมีพฤติกรรมแสดงออก โดยความปวดจะไปกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ พฤติกรรมที่แสดงถึงอาการปวด ได้แก่ พฤติกรรมเคลื่อนไหว (motor behavior) การแสดงออกทางสีหน้า เช่น หน้ามึนคิ้วขมวด กัดฟัน หลับตาแน่น เป็นต้น หรือสังเกตการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น นอนบิดตัวไปมา หรือนอนนิ่ง ๆ ไม่ไหวติง กำมือแน่น พฤติกรรมด้านน้ำเสียง (vocal behavior) เช่น การส่งเสียงร้องครวญคราง เสียงสุดปาก เสียงร้องไห้ สะอื้น หรือเสียงร้องกรี๊ด พฤติกรรมด้านอารมณ์ (affective behavior) เช่น อารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าว และกระสับกระส่าย เป็นต้น ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตจะช่วยในการบอกระดับความปวดของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบอกเล่าโดยตรง ผู้ป่วยที่มีอาการปวดอาจจะนิ่ง สงบ หรือนอนหลับก็ได้ โดยส่วนใหญ่แบบประเมินการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยจะใช้ในผู้ป่วยที่เป็นเด็ก หรือผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีระดับความรู้สึกที่ไม่รู้สึกตัว ซึ่งแบบวัดโดยการสังเกตพฤติกรรมมีมากมายที่ได้มีการพัฒนาขึ้น เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละลักษณะ เช่น แบบวัดความปวดรูปใบหน้า แบบวัด behavioral pain scale และ critical care pain observation (CPOT) (มยุรี วสินานุกร และชัชชัย ปรีชาไว, 2550)

3.4 การจัดการความปวดแบบใช้ยา และไม่ใช้ยา

การจัดการความปวด (Pain management) หมายถึง การบำบัดโดยใช้ยาและไม่ใช้ยาเพื่อบรรเทาหรือลดความปวดโดยวิธีที่เหมาะสมกับภาวะความปวดของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อควบคุมอาการที่ทำให้ผลดีจะต้องมีการผสมผสานวิธีการจัดการความปวดแบบที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา การจัดการความปวดด้วยการใช้ยาจะเป็นวิธีการอันดับแรกโดยเฉพาะในการจัดการอาการปวดแบบเฉียบพลัน ถึงแม้ว่าการใช้ยาจะเป็นหลักใหญ่ในการจัดการความปวด แต่เทคนิคการควบคุมอาการปวดแบบไม่ใช้ยาก็น่าสนใจในการนำมาจัดการกับอาการปวดเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ การใช้ยามีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีการผสมผสานด้วยวิธีการบรรเทาอาการปวดแบบอื่น ๆ เช่น การใช้ดนตรี การนวด การประคบเย็น การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เป็นต้น การจัดการความปวดแบ่งเป็น 2 วิธี ดังนี้

3.4.1 การจัดการความปวดโดยการให้ยา

ยาที่ใช้มี 2 กลุ่ม คือ

1.1 ยาชาเฉพาะที่ (Local anesthetic drugs) โดยเป็นการฉีดที่แผลผ่าตัด Local infiltration, Peripheral nerve block และ Epidural analgesia

1.2 ยาแก้ปวด (Analgesic drugs) สามารถบริหารได้หลายวิธี ได้แก่ การให้ยารับประทาน การฉีดเข้ากล้ามเนื้อ การฉีดเข้าใต้ผิวหนัง การเป่ายาบริเวณผิวหนัง การฉีดเข้าหลอดเลือดดำ การให้ยาต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำ และ Epidural/Spinal injection หรือ Infusion ซึ่งแบ่งได้ดังต่อไปนี้

1) Non-opioid analgesic drugs เช่นยาในกลุ่ม NSAIDs

2) Opioid analgesic drugs เป็นยาในกลุ่ม Weak opioid เช่น tramadol และ Strong opioid เช่น Morphine, Pethidine, Fentanyl เป็นต้น

3) Adjuvant analgesic drugs ยาแก้ปวดกลุ่มอื่นๆ ที่นำมาใช้ร่วมกับยาแก้ปวดแล้วทำให้สามารถแก้ปวดได้ดีขึ้น สามารถลดการใช้ยาแก้ปวดลงได้

3.4.2 การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา

การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การประคบเย็น/ร้อน การนวด การผ่อนคลาย การหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ การเปลี่ยนท่า/การจัดท่า การเบี่ยงเบนความสนใจ การทำสมาธิ การใช้ดนตรี การจัดสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอุณหภูมิห้อง เป็นต้น การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้

2.1 การใช้กระบวนการคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavioral approach) การใช้กระบวนการคิดและพฤติกรรมเพื่อช่วยในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด เป็นกระบวนการที่ช่วยในการควบคุมอาการปวดได้บางส่วนด้วยตนเอง

2.1.1 การให้ข้อมูล (information) การให้ข้อมูลที่ถูกต้องจะช่วยเพิ่มการรับรู้ของระบบควบคุมส่วนกลางในสมองของผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความรู้สึกและประสบการณ์ที่แตกต่าง ช่วยลดความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล

2.1.2 ดนตรีบำบัด (Music) การฟังดนตรีช่วยบรรเทาความปวดได้ ดนตรีสามารถเบี่ยงเบนความสนใจ และแยกส่วนการรับรู้ความรู้สึกออกจากความปวดได้ชัดเจน

2.1.3 การผ่อนคลายแบบก้าวหน้า (Progressive relaxation training) เทคนิคนี้ใช้ในการลดความปวดได้ ผู้ป่วยจะได้รับการสอนวิธีการผ่อนคลายแบบค่อยเป็นค่อยไปจนกระทั่งผ่อนคลายกล้ามเนื้อได้เต็มที่ การผ่อนคลายอย่างเต็มที่จะช่วยลดความวิตกกังวลและความเกร็งของกล้ามเนื้อ และส่งเสริมให้ผู้ปวยนอนหลับได้ดีขึ้น เทคนิคการผ่อนคลายมีหลายรูปแบบเช่น

รูปแบบเทคนิคฝึกการหายใจ การฝึกสมาธิ การผ่อนคลายโดยสร้างจินตนาการ ผลการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย พบว่า การใช้เทคนิคการผ่อนคลายส่วนใหญ่สามารถลดอาการปวดได้ แต่ไม่พบว่าเทคนิคการผ่อนคลายสามารถลดการใช้ยาบรรเทาปวดได้ (สิรินยา พวงจำปา และคณะ, 2551)

2.1.4 การจินตนาการตามคำบอกเล่า (Guided imagery) ช่วยให้ผู้ป่วยวาดภาพถึงประสบการณ์ ผู้ป่วยจะได้รับการบอกกล่าวให้นึกถึงภาพวิวทิวทัศน์ที่สวยงาม สบายใจ การจินตนาการช่วยบรรเทาอาการปวดผ่านกลไกหลายอย่าง เป็นการช่วยเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความปวด (มนธิดา แสงเรืองเอก และบำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2554)

2.2 วิธีการกระทำต่อร่างกายโดยตรง (Physical approach) วิธีการกระทำต่อร่างกายโดยตรง มีเป้าหมายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และเปลี่ยนแปลงการตอบสนองของร่างกายต่อความปวด ส่งเสริมความสุขสบาย ซึ่งการจัดการความปวดโดยตรงมีหลายวิธี ได้แก่

2.2.1 การนวด (Massage) การนวดส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการจัดการความปวด โดยการนวดเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ ทำให้มีการปิดกั้นหรือยับยั้งกระแสประสาทความเจ็บปวด จึงไม่มีกระแสประสาทผ่าน ส่งไปยังสมองเป็นผลทำให้ความเจ็บปวดลดลง การนวดช่วยลดความตึงเครียดของ

2.2.2 การกดจุด (Acupressure) เป็นอีกวิธีการหนึ่งในการบรรเทาปวด การกดจุดหรือการกระตุ้นผิวหนังด้วยความร้อนหรือความเย็น อยู่บนหลักการเดียวกันกับการกดจุด

2.2.3 การสัมผัสบำบัด (Therapeutic touch) เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยลดความปวด เช่น ปวดศีรษะเนื่องจากความเครียด อาจใช้เพียงฝ่ามือ เชื่อกันว่าร่างกายของคนเรามีสนามพลังที่แสดงออกมา เมื่อระบบในร่างกายกระทบกระเทือน การสัมผัสบำบัดเป็นการปรับเปลี่ยนสนามพลังงานในร่างกายช่วยลดปวดได้

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการความปวด

สมิท และคณะ (Smith et al., 2019) ได้ศึกษาเรื่อง การประเมินสมรรถนะของพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด การศึกษาแบบตัดขวางกลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรม จำนวน 150 คน ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 3 แห่งในสหรัฐอเมริกา เครื่องมือวิจัยแบบสอบถามประเมินความรู้และทักษะการจัดการความปวด และแบบสังเกตการปฏิบัติงานจริง ผลการวิจัยพบว่า พยาบาล 70% มีความรู้ดีเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวด แต่มีเพียง 40% ที่สามารถประเมินความปวดได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน และการศึกษานี้พบว่า พยาบาลมีความรู้พื้นฐานที่ดีเกี่ยวกับการจัดการความปวด แต่ยังต้องการการฝึกอบรมเพิ่มเติมในด้านการประเมินความปวดและการใช้เทคนิคบรรเทาปวดที่ไม่ใช้ยา

จอห์นสัน และคณะ (Johnson et al., 2020) ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการศึกษาต่อสมรรถนะของพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน ระยะเวลาการศึกษา 6 เดือนรูปแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) การอบรมเชิงปฏิบัติการ 3 วัน และการติดตามผล 1 ครั้งต่อเดือน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนสมรรถนะเพิ่มขึ้น 35% เทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า โปรแกรมการศึกษาที่เข้มข้นช่วยเพิ่มความมั่นใจและทักษะของพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ

ลี และคณะ (Lee et al., 2018) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การรับรู้ของผู้ป่วยต่อสมรรถนะของพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่าง: ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทั่วไป จำนวน 200 คน อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 45 ปี (ช่วง 18-75 ปี) วิธีการเก็บข้อมูล แบบสอบถามและการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผลการวิจัยพบว่า 80% ของผู้ป่วยรายงานว่าพยาบาลตอบสนองต่อการร้องขอยาแก้ปวดอย่างรวดเร็ว แต่มีเพียง 50% ที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่พึงพอใจกับการดูแลของพยาบาล แต่ระบุว่าต้องการการสื่อสารที่ดีขึ้นเกี่ยวกับทางเลือกในการจัดการความปวด

บราวน์ และแฮร์ริส (Brown & Harris, 2021) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การเปรียบเทียบสมรรถนะการจัดการความปวดหลังผ่าตัดระหว่างพยาบาลจบใหม่และพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงาน กลุ่มตัวอย่าง: พยาบาลมือใหม่ (ประสบการณ์น้อยกว่า 2 ปี) 50 คน และพยาบาลที่มีประสบการณ์ (มากกว่า 5 ปี) 50 คน สถานที่ศึกษาโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่งในสหราชอาณาจักรวิธีการประเมิน การทดสอบความรู้, การจำลองสถานการณ์, และการประเมินการปฏิบัติงานจริงผลการวิจัยเพิ่มเติมพยาบาลที่มีประสบการณ์มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าพยาบาลมือใหม่ 25% ในการประเมิน ความปวด และ 40% ในการเลือกวิธีการจัดการความปวดที่เหมาะสม พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์แสดงสมรรถนะที่สูงกว่าในการประเมินและจัดการความปวด แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเรียนรู้จากประสบการณ์

กิตติ์วี ประเสริฐจิตสรร และดวงกมล ภิมาลย์ (2566) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการจัดการทางการพยาบาลในการจัดการความปวด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกลุ่มงานศัลยกรรม พบว่า การจัดการทางการพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยไม่ใช้ยาเป็นอีกทางเลือกหนึ่งทางเลือกพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ และจากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า การบริหารการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยายังพบน้อยมาก ซึ่งพยาบาลอาจปฏิบัติแต่ไม่ได้บันทึกทางการพยาบาลหรือไม่ได้ปฏิบัติ

นิพาดา ลัทธินนธรรม และคณะ (2566) ได้ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด อยู่

ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.62$, $SD = 0.73$) ทักษะการสื่อสารของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.45$, $SD = 1.01$) ส่วนประสบการณ์การอบรมของพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการความปวด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในระดับต่ำ ($r = 0.257$, $p = .003$) ในขณะที่ทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะ ในระดับปานกลาง ($r = 0.576$, $p = .000$) พบว่า การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับพยาบาล และพยาบาลกับผู้ป่วย และพยาบาลกับสหวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกันในระดับปานกลางกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ

ทัศนา หมัดหลี และชุติ ฤทธิ์ชู (2558) ได้ศึกษาการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ ร้อยละ 70 จะให้การดูแลจัดการอาการปวด โดยการให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และยังพบว่า การควบคุมอาการปวดโดยไม่ใช้ยามีเพียงร้อยละ 41 เท่านั้น

ศรีสุดา งามขำ และคณะ (2561) ได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการประเมินและการจัดการความปวดของพยาบาลไทย พบว่า พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการความปวดอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพควรเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการความปวดเพื่อส่งเสริมให้เกิดทักษะและความสามารถในการประเมินและการจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพที่สุด

ณภัทร จันทสุข (2567) ได้ศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ซึ่งพบว่า แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดทำให้คุณภาพการทำงานดีขึ้น และแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดทำให้พยาบาลมีความมั่นใจในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดมากขึ้นรวมถึงมีประโยชน์ต่อหน่วยงานด้วย

สาวิกา ภิญโญ (2562) ได้ศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการดูแลระงับปวดในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า พบว่า การระงับปวดหลังโดยการให้ยาเพียงอย่างเดียวไม่สามารถระงับปวดได้ดี ซึ่งปัจจุบันการระงับปวดแบบผสมผสาน (multimodal analgesia) โดยการให้ยาระงับปวดหลาย ๆ ตัวเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการระงับในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสามารถควบคุมอาการปวดได้ดี และผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็ว

อินทิรา ปากันทะ และคณะ (2561) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลตติยภูมิ พบว่ารูปแบบที่ศึกษาและพัฒนาขึ้นช่วยช่วยแก้ปัญหาการขาดความตรงของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดได้ถึงแม้จะมีอุปสรรคบางประการ โดยเป็นการเพิ่มภาระงานและใช้เวลานาน แต่รูปแบบนี้แสดงให้เห็นถึงบทบาทพยาบาลในการจัดการความปวดที่ชัดเจน

วารุณี มิเจริญ (2565) ได้ศึกษาความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการประเมินและการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพไทยในโรงพยาบาลตัญญู พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่อายุระหว่าง 23-59 ปี ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลมาแล้ว 11 ปีขึ้นไป และเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวด (65.9%) มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการประเมินและจัดการความปวดหลังผ่าตัดไม่เพียงพอ ควรได้รับการส่งเสริมความรู้และพัฒนาสมรรถนะในระหว่างการทำงานอย่างสม่ำเสมอ

อังคณา จงเจริญ และสิริกร เทียนหล่อ (2558) ได้ทำการศึกษาผลของการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวด และความพึงพอใจในการจัดการความปวดของผู้ป่วย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อครบ 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมง ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ขณะที่คะแนนความปวดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อไป โดยการจัดการความปวดต้องคำนึงถึงกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติและบริบทของโรงพยาบาล และการจัดการความปวดจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุดได้นั้น ต้องเกิดจากความพึงพอใจของทั้งผู้ปฏิบัติและผู้ป่วย

สุทินา วงศ์ฉายา และจิณู แก้วกล้า (2566) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ ผลของการโค้ชต่อการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความเจ็บปวดและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยหลังรับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ พบว่า พยาบาลวิชาชีพหลังได้รับการโค้ชมีค่าคะแนนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดมากกว่าก่อนรับการโค้ช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดร่วมกับการโค้ชพยาบาล (กลุ่มทดลอง) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวด คะแนนเฉลี่ยความปวด และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการจัดการความปวดมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดการความปวดโดยใช้แนวปฏิบัติเพียงอย่างเดียว (กลุ่มควบคุม) อย่างมีนัยสำคัญ

จุฑารัตน์ สว่างชัย และคณะ (2562) ได้ศึกษาการจัดการความปวดแบบผสมผสาน: การตั้งเป้าหมายระดับความปวดหลังผ่าตัด พบว่า แนวทางการจัดการความปวดแบบผสมผสานสามารถเปิดโอกาสให้พยาบาลพัฒนาศักยภาพในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดแบบไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่อิสระที่แสดงให้เห็นถึงสมรรถนะด้านการจัดการความปวดของพยาบาล

สรุปได้ว่า การจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์มีหลายวิธีที่พยาบาลสามารถนำมาใช้ได้ โดยเน้นการจัดการความปวดแบบผสมผสาน ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินและจัดการกับความปวด พยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะความรู้เกี่ยวกับความปวดพื้นฐานที่จำเป็น ได้แก่ กลไกการเกิดความปวด การประเมินความปวด การใช้

เครื่องมือประเมินความปวดตามมาตรฐาน และเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย การจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา และการติดตามความปวด



Christian University of Thailand

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การออกแบบงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (Two groups-Pretest-Posttest Design) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยการใช้แอปพลิเคชันไลน์ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติตามปกติ การวิจัยครั้งนี้วัดผล 2 ครั้ง คือ วัดก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Pre-test) และ ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม (Post-test) เพื่อศึกษาผลของการจัดการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง มีรายละเอียดการดำเนินการวิจัย การออกแบบวิจัย ประชากรและตัวอย่าง การเก็บรวบรวมเครื่องมือ และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

กลุ่มทดลอง E O1 _E	X	O2 _E
กลุ่มควบคุม C O1 _C	-	O2 _C

แผนภาพที่ 3.1 รูปแบบการออกแบบงานวิจัย

ความหมายของสัญลักษณ์ต่าง ๆ ใช้ในแบบแผนการออกแบบงานวิจัย ดังนี้

E หมายถึง กลุ่มทดลอง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานปกติและเข้าร่วมโปรแกรม
จำนวน 27 คน

C หมายถึง กลุ่มควบคุม คือ พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานปกติ จำนวน 30 คน

X หมายถึง โปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยการใช้แอปพลิเคชันไลน์

O1_E, O1_C หมายถึง ค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วย
ออร์โธปิดิกส์ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลอง (O1_E) และกลุ่มควบคุม (O1_C)

O2_E, O2_C หมายถึง ค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วย
ออร์โธปิดิกส์หลังเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลอง (O2_E) และกลุ่มควบคุม (O2_C)

ลักษณะของสถานที่ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ซึ่งเป็น
โรงพยาบาล ในเขตสุขภาพที่ 5 สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขนาด 855 เตียง โดย
การศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยใน

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานออร์โธปิดิกส์
ผู้ป่วยใน จำนวน 70 คน (รวม 4 หอผู้ป่วย)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางอำนาจทดสอบ
(Power Analysis) (Cohen, 1988) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยที่
คล้ายคลึงกันของกิตติ์วี ประเสริฐจิตสรณ์ เรื่องประสิทธิผลของการจัดการทางการพยาบาลในการ
จัดการความปวด ผู้ป่วยหลังผ่าตัด กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิ
แห่งหนึ่ง พบว่า การประเมินและการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม
มีค่าเฉลี่ย 4.55 (SD = 0.53) และการประเมินและการจัดการความปวดในกลุ่มควบคุมหลังได้รับ
โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 3.96 (SD = 0.42) ได้คำนวณขนาดอิทธิพลขนาดมากกว่า 1 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาด
ใหญ่ จึงกำหนดคำนวณขนาดอิทธิพลเท่ากับ (Effect size) = 0.80 จากนั้นเปิดตาราง power analysis
ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ $\alpha = .05$ และอำนาจการทดสอบ (Power of test) = 0.80 ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่ม
ละ 27 คน เพื่อป้องกันการสูญหายหรือขอยุติการเข้าร่วมวิจัยโดยขนาดของตัวอย่างโดยใช้ (10%)
สูตรคำนวณ $N_1 = n/(1-d)$ (Gupta et al., 2016)

สูตรคำนวณ $N_1 = n/(1-d)$

N_1 = สัญลักษณ์ประชากร

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ (27 คน)

d = ร้อยละของการสูญหายของตัวอย่างที่คาดว่าจะได้ (ร้อยละ 10%)

ตัวอย่าง โดยคำนวณจากสูตร $N_1 = n/(1-d)$ แทนค่า $= 27/(1-0.1)$
 $= 30$ คน

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมคือ พยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ = 30 คน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างไว้ 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการจัดกลุ่มแบบ Purposive Sampling เพื่อจัดตัวอย่างเข้าในกลุ่มต่างๆ

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยใน มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยและเป็นหัวหน้าทีม
- 2) สนใจเข้าร่วมในการให้ข้อมูลเพื่อการวิจัย และสามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ครบกระบวนการของการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) พยาบาลวิชาชีพ ที่ลาป่วย ลาคลอด ลาศึกษาต่อ หรือไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบกระบวนการของการศึกษา

ระยะเวลา

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 2 ตัวแปร ที่ใช้ในการวิจัยดังต่อไปนี้

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการจัดการ POLC (Daft, 2018) บูรณาการร่วมกับหลักปฏิบัติในการพยาบาลแบบองค์รวมของนิวเบค (Newbeck, 1986) และ

ตัวแปรตาม คือ สมรรถนะของพยาบาลในการจัดการความปวดของพยาบาลในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โดยประยุกต์ตามแนวคิดของฟิชแมน และคณะ (Fishman et al., 2013)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการจัดการทีมพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์

1. คู่มือการบริหารจัดการทีมพยาบาลแบบองค์รวมด้วยการใช้แอปพลิเคชันไลน์
2. ชุดแผนการสอนการบริหารจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการประกอบวิชาชีพพยาบาล ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ประสบการณ์ในการศึกษาเฉพาะทางการพยาบาล และการเข้ารับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับความปวด/การจัดการความปวด

2. แบบประเมินสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นชนิดปลายปิด (Close-end response question) รวม 20 ข้อ ดังนี้ 1) สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด จำนวน 4 ข้อ 2) สมรรถนะด้านการประเมินความปวด จำนวน 5 ข้อ 3) สมรรถนะด้านการจัดการความปวด จำนวน 6 ข้อ 4) สมรรถนะด้านการติดตามความปวด จำนวน 5 ข้อ โดยแบบประเมินสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ได้ถูกกำหนดค่าระดับคะแนนเป็น 5 ระดับ

คะแนน 1 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ในระดับ น้อยที่สุด

คะแนน 2 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ในระดับ น้อย

คะแนน 3 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ในระดับ ปานกลาง

คะแนน 4 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ในระดับ มาก

คะแนน 5 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ในระดับ มากที่สุด

เกณฑ์การพิจารณาความหมายระดับสมรรถนะการจัดการความปวด พิจารณาจากความคิดเห็นในความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ตามเกณฑ์ของเบสท์ และคาห์น (Best & Kahn, 2006) ดังนี้

- ช่วงคะแนน 4.51 - 5.00 การแปลความ สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ในระดับ มากที่สุด
- ช่วงคะแนน 3.51- 4.50 การแปลความ สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ในระดับ มาก
- ช่วงคะแนน 2.51 - 3.50 การแปลความ สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ในระดับ ปานกลาง
- ช่วงคะแนน 1.51 - 2.50 การแปลความ สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ในระดับ น้อย
- ช่วงคะแนน 1.00 - 1.50 การแปลความ สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ในระดับ น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI)

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออโรปิติกส์ ชุดแผนการสอนการบริหารจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออโรปิติกส์ และคู่มือการบริหารจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยการใช้แอปพลิเคชัน ที่ได้รับการพิจารณาเนื้อหาเบื้องต้นจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความตรงตามเนื้อหาความถูกต้องครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษา และความสอดคล้องระหว่างสาระคำถาม และนิยามตัวแปร รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นนำผลการพิจารณามาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ขั้นตอนมีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 นำประเมินสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออโรปิติกส์ ต่อการใช้โปรแกรมพร้อมโครงร่างวิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คือ นายแพทย์ปฐมพร วีระเศรษฐศิริ ดร. ปราณี มีหาญพงษ์ และนางวงจันทร์ ด่วงเอียด

กำหนดความสอดคล้อง 4 ระดับ คือ 1, 2, 3 และ 4 โดยแต่ละระดับมีความหมาย ดังนี้

ระดับ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่มีความสอดคล้องกับนิยามตัวแปรตัดออก

ระดับ 2 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับนิยามตัวแปรน้อย ต้องปรับปรุงอย่างมาก

ระดับ 3 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับนิยามตัวแปรค่อนข้างมาก ปรับปรุงเล็กน้อยใช้ได้

ระดับ 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับนิยามตัวแปรมาก

ขั้นตอนที่ 2 รวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่านมาแจกแจงตามความสอดคล้อง 4 ระดับ คือ 1, 2, 3 และ 4

ขั้นตอนที่ 3 รวมจำนวนคำถาม ข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ความสอดคล้อง 3 และ 4

ขั้นตอนที่ 4 หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากสูตร

$$\text{ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาข้อ (I-CVI)} = \frac{\text{จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คะแนน 3 และ 4}}{\text{จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด}}$$

$$\text{ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI)} = \frac{\text{ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาข้อทั้งหมด}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}}$$

ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.97

จากการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ได้พิจารณาความเห็นจากจำนวนแบบสอบถามทั้งหมด 2 ส่วน คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามเกี่ยวกับสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออโรปิติกส์ รวมทั้งหมด 29 ข้อได้ให้ความเห็นระดับ 3 และ 4 มีความสอดคล้องกับเนื้อหาการวิจัย เท่ากับ 28.01 จึงแทนค่า CVI = 0.97

2. ตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในกลุ่มงานออโรปิติกส์ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ชุด วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ในแต่ละส่วนของแบบสอบถามเกี่ยวกับสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วย โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่ได้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Polit et al., 2007)

จากการทดสอบในการทดลองใช้เครื่องมือ เพื่อหาความเที่ยงของการตรวจสอบคะแนนสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลของผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของการตรวจสอบคะแนนสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลเท่ากับ 0.97 หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย อภิปรายร่วมกันถึงข้อแตกต่างและทำความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน เพื่อให้มีความเที่ยงในการบันทึกข้อมูลมากที่สุดในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ตารางที่ 3.1 สรุปความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ของแบบสอบถามสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะ การจัดการความปวดของพยาบาล	Cronbach alpha coefficient
สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด	0.97
สมรรถนะด้านการประเมินความปวด	0.97
สมรรถนะด้านการจัดการความปวด	0.97
สมรรถนะด้านการติดตามความปวด	0.97
รวมทั้งฉบับ	0.97

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติการทำวิจัยผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน หมายเลขที่ น.15/2567 ลงวันที่ 5 พฤศจิกายน 2567 จากนั้นนำหนังสือรับรองจริยธรรมเสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลดัดยภูมิที่ศึกษา พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์และผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย และการป้องกันการเข้าถึงข้อมูลวิจัย โดยใช้การแทนค่ารหัส ซึ่งผู้วิจัยเท่านั้นที่เข้าถึงได้ กรณีตีพิมพ์ผลการวิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมโดยใช้เหตุผลทางวิชาการเท่านั้น ผู้วิจัยจะทำลายเอกสารวิจัยภายใน 2 ปี หลังจากสิ้นสุดโครงการ เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยให้ลงชื่อในหนังสือยินยอม ตามหมายเลขที่ RBHEC 003/68 ลงวันที่ 13มกราคม 2568

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนก่อนทดลอง

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตทำการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน และจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลดัดยภูมิที่ศึกษา เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการขออนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงาน หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา เพื่อขออนุญาต ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงเรื่องที่จะทำวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลา ขั้นตอนดำเนินการวิจัย และการใช้สถานที่ในการดำเนินการวิจัย

3. เตรียมผู้วิจัย โดยวิจัยทบทวนเกี่ยวกับสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลใน หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

4. ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโครงการวิจัย สิทธิ ของผู้เข้าร่วมวิจัยที่จะได้รับการดูแลตลอดการวิจัย รวมทั้งผลประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วม การวิจัยพร้อมทั้งชี้แจงให้ประชากรกลุ่มตัวอย่างทราบสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วม โครงการวิจัยครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลแต่อย่างใด ผู้วิจัยให้สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ในการตัดสินใจได้ด้วยตนเอง โดยให้มีเวลาในการตัดสินใจได้อย่างอิสระ

5. ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยเซ็นยินยอมในแบบฟอร์มยินยอมให้ทำ การวิจัย (Informed consent form) โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะไม่มีการเปิดเผย ชื่อ-สกุล ข้อมูล นำมาใช้เฉพาะการศึกษาวิจัยครั้งนี้และผลการวิจัยจะนำเสนอเฉพาะภาพรวมเท่านั้น

6. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยให้กลุ่ม ตัวอย่างตอบแบบสอบถาม 1 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ และผู้ทำวิจัย ตรวจสอบให้คะแนนสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาล ทั้ง 2 กลุ่ม จำนวนกลุ่มละ 30 ราย

7. ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยใช้การจัดการแบบปกติร่วมกับการใช้โปรแกรมการจัดการ ทีมพยาบาลแบบองค์รวมด้วยการใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อสมรรถนะการจัดการความปวดของ พยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

8. เมื่อสิ้นสุดโครงการสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยตรวจสอบให้คะแนน

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการ ดังนี้

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง กล่าวทักทายแนะนำตัวเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงการเข้า ร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และ แบบประเมินสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ผู้วิจัยตรวจสอบ

ความครบถ้วนของแบบสอบถาม ถ้าพบข้อความใดยังไม่ครบสมบูรณ์ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างช่วยตอบเพิ่มเติมจนครบ และนัดหมายพบกันในสัปดาห์ที่ 6

สัปดาห์ที่ 2-5 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการปฏิบัติตามปกติ เช่น สมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โดยการให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์หรือตามบทบาทอิสระของพยาบาลเป็นต้น

สัปดาห์ที่ 6 ดำเนินการดังนี้

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามที่นัดหมายไว้ กล่าวทักทาย แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าถึงระยะสิ้นสุดการทดลองขอความร่วมมือให้ตอบแบบสอบถามสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ให้ครบ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

กลุ่มทดลอง มีรายละเอียดของกิจกรรมตามขั้นตอนการทดลองและได้สรุปดังแสดงในแผนภาพที่ 3.2 ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง กล่าวทักทายและแนะนำตนเอง พูดคุยซักถามเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างแนะนำตัวเองเพื่อสร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจ อธิบายการใช้โปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวม และกิจกรรมในโปรแกรมเปิดโอกาสให้ซักถาม หลังจากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์และกิจกรรมที่ทำในวันนี้ (ใช้เวลา 20 นาที)

2) ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ก่อนเข้าร่วมการทดลองโดยผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม ถ้าพบข้อความใดยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ขอให้กลุ่มตัวอย่างช่วยตอบเพิ่มเติมจนครบ (ใช้เวลา 30 นาที)

3) ให้กลุ่มตัวอย่างร่วมระดมสมองแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ และร่วมสรุปหัวข้อเกี่ยวกับสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์เพื่อให้ครอบคลุม

4) ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมที่ดำเนินการในครั้งนี้นี้ และกล่าวขอบคุณและนัดหมายครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 2

สัปดาห์ที่ 2

1) จัดอบรมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันและการใช้โปรแกรม

สัปดาห์ที่ 3-5

1) ติดตามผลการใช้โปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ของพยาบาลในกลุ่มตัวอย่าง

สัปดาห์ที่ 6

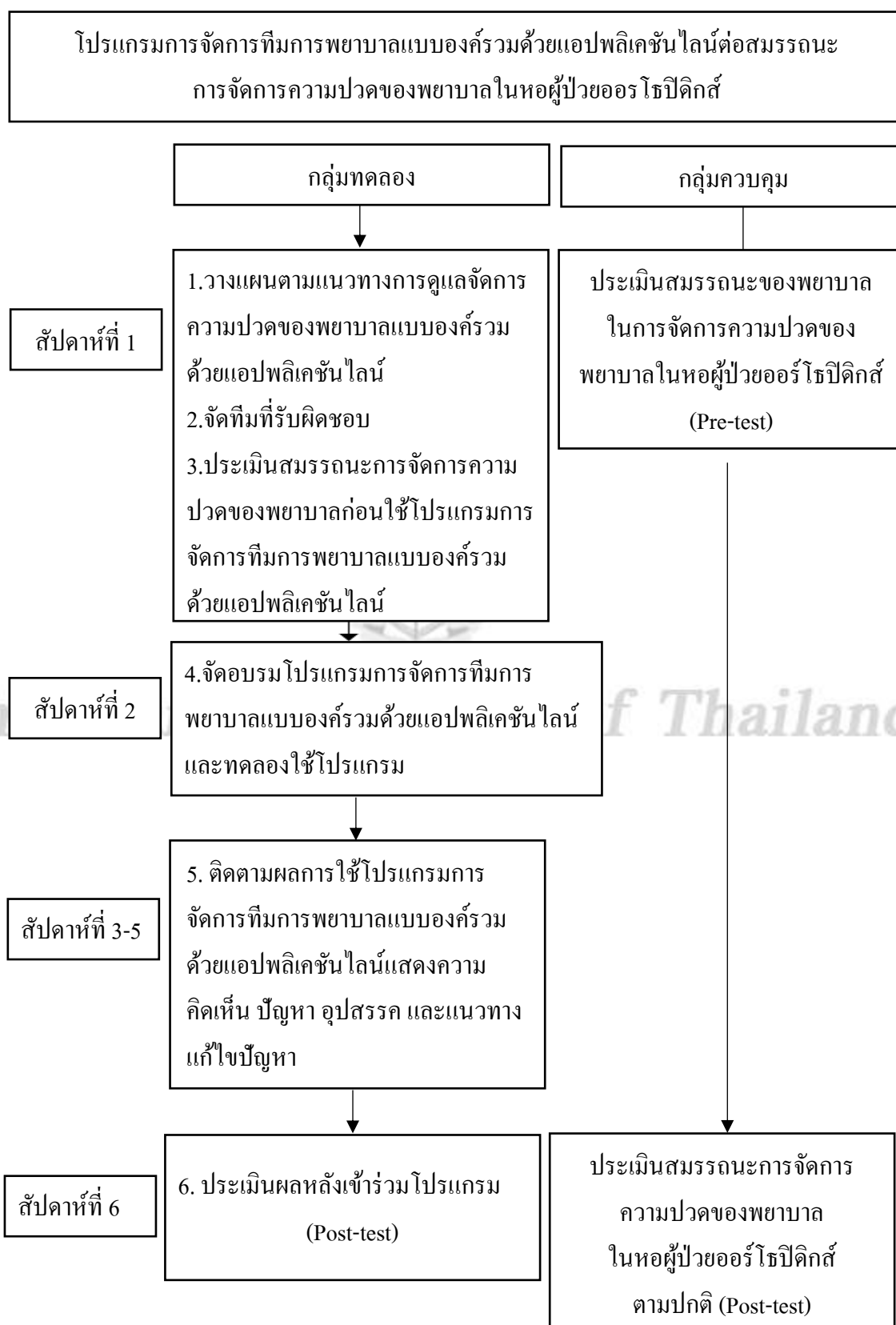
1) ประเมินผลหลังการใช้โปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ โดยผู้วิจัยจัดประชุมกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง เพื่อสรุปรายละเอียดและข้อมูลที่ได้จากการดำเนินการ พร้อมกล่าวขอบคุณผู้ร่วมวิจัยที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

2) ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามครั้งที่ 2 หลังทดลอง โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

3) หลังจากเก็บแบบสอบถามที่มีข้อมูลสมบูรณ์ครบถ้วน และเก็บรักษาข้อมูลที่ได้เป็นความลับ อยู่ในที่ปลอดภัย และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป



Christian University of Thailand



แผนภาพที่ 3.2 โปรแกรมการจัดการทีมพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลนั้น ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับเพศ อายุปัจจุบัน ระดับการศึกษา ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ประสบการณ์การทำงานในปัจจุบัน

2. ใช้สถิติอ้างอิง เพื่อเปรียบเทียบการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมโดยใช้สถิติที่ไม่อิสระ (Dependent t-test)

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest two group design) ของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ซึ่งได้กำหนดตามข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการทดสอบสมมติฐาน t-test ดังนี้ 1) กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยวิธีการสุ่มด้วยวิธีจับสลากแบบไม่ใส่คืน 2) การแจกแจงของประชากร (Test of Normality) พบว่าเป็นแบบโค้งปกติ (Normal distribution) 3) ข้อมูลอยู่ในมาตราส่วนอันตรภาค (Interval Scale) ขึ้นไป ทำการเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Independent-test ในการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ศึกษาผลของผลของโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยแบ่งการนำเสนอผลการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานะระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการประกอบวิชาชีพพยาบาล ประสบการณ์ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ประสบการณ์การศึกษาเฉพาะทางด้านการพยาบาล และการอบรมที่เกี่ยวข้องกับความปวด/การจัดการความปวด

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติตามปกติ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์

สำหรับการนำเสนอผลการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละส่วนมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละ ของพยาบาลกลุ่มทดลอง ($n_1 = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n_2 = 30$) จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2 (p-value)
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)					1.454(.693)
อายุ 20-30 ปี	13	10.8	16	13.3	
อายุ 31-40 ปี	10	8.30	9	7.50	
อายุ 41-50 ปี	6	5.00	5	4.2	
อายุ 51-60 ปี	1	0.80	-	-	
($\bar{X}_1 = 35$, $SD_1 = 10.00$, $Max_1 = 56$, $Min_1 = 22$) ($\bar{X}_2 = 34.5$, $SD_2 = 8.91$, $Max_2 = 24$, $Min_2 = 48$)					
สถานภาพ					1.026(.599)
โสด	19	66.3	20	66.7	
สมรส	10	33.3	10	33.3	
หม้าย/ หย่า/ แยก	1	.5	-	0.0	
ระดับการศึกษาสูงสุด					1.017(.313)
ปริญญาตรี	30	100.00	29	96.7	
ปริญญาโท	-	-	1	-	
ปริญญาเอก	-	-	-	-	
ประสบการณ์ในการประกอบวิชาชีพพยาบาล					4.125(.248)
1-10 ปี	17	56.7	15	50	
11-20 ปี	2	6.7	7	23.3	
21-30 ปี	10	33.3	8	26.7	
31-40 ปี	1	3.3	-	0.0	

ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละ ของพยาบาลกลุ่มทดลอง ($n_1 = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n_2 = 30$) จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2 (p-value)
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ประสบการณ์การในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์					2.293(.524)
6 เดือน-1 ปี	4	13.3	1	3.3	
1-2 ปี	7	23.3	7	23.3	
2-3 ปี	1	3.3	2	6.7	
3-5 ปี	-	-	-	-	
>5ปี	18	60.0	20	66.7	
ประสบการณ์การศึกษาเฉพาะทางด้านการพยาบาล					1.017(.313)
ไม่เคย	30	100.00	29	96.7	
เคย	-	-	1	3.3	
การอบรมที่เกี่ยวข้องกับความปวด/การจัดการความปวด					
ไม่เคย	29	96.7	29	96.7	
เคย	1	3.3	1	3.3	

จากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 25 ปี ร้อยละ 16.7 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 สถานภาพโสด ร้อยละ 63.3 สมรส ร้อยละ 33.3 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 มีประสบการณ์ทำงานในช่วง 1-10 ปี ร้อยละ 56.7 มีประสบการณ์ทำงานในสถานที่ปัจจุบัน ร้อยละ 60 และไม่เคยประสบการณ์การศึกษาเฉพาะทางด้านการพยาบาลหรือการอบรมที่เกี่ยวข้องกับความปวด/การจัดการความปวด

สำหรับกลุ่มควบคุม ทุกคนเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 ช่วงอายุ 25 ปี ร้อยละ 20 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 สถานภาพโสด ร้อยละ 66.7 สมรส ร้อยละ 33.3 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 96.7 มีประสบการณ์ทำงานในช่วง 1-10 ปี ร้อยละ 50.0 มีประสบการณ์ทำงานในสถานที่

ปัจจุบัน ร้อยละ 66.7 และไม่เคยประสบการณการศึกษาเฉพาะทางด้านการพยาบาล ร้อยละ 96.7 หรือการอบรมที่เกี่ยวข้องกับความปวด/การจัดการความปวด ร้อยละ 3.3

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติตามปกติ

ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลอง ($n_1 = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n_2 = 30$) ก่อนเข้าร่วม โปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์

กลุ่มตัวอย่าง	สมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาล				t	p-value
	$\bar{X}$	SD	แปลผล			
กลุ่มทดลอง	2.40	0.31	น้อย	2.66	2.897	.005
กลุ่มควบคุม	2.65	0.35	ปานกลาง	2.58		

P<.05

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลก่อนเข้าร่วม โปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใกล้เคียงกันเท่ากับ 2.40 (SD = 0.31) และ 2.65 (SD = 0.35) ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลทั้ง 2 กลุ่ม ด้วยสถิติ Independent t-test มีค่าแตกต่างกันเล็กน้อยเนื่องจากพยาบาลมีประสบการณ์การศึกษาเฉพาะทางด้านการพยาบาล และการอบรมที่เกี่ยวข้องกับความปวด/การจัดการความปวด

หลังเข้าร่วม โปรแกรมการจัดการความรู้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม เท่ากับ 4.42 (SD = 0.18) และ 2.58 (SD = 0.31) ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยของสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลอง ($n_1 = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n_2 = 30$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์

กลุ่มตัวอย่าง	สมรรถนะการจัดการความปวด หลังเข้าร่วมโปรแกรม			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	แปลผล		
กลุ่มทดลอง	4.36	0.76	มาก	-2.89	.000
กลุ่มควบคุม	2.58	0.31	ปานกลาง		

$P < .05$

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ระหว่างกลุ่มทดลอง ($n_1 = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n_2 = 30$) จำแนกตามรายด้าน

สมรรถนะการจัดการ ความปวด รายด้าน	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล		
ด้านความรู้พื้นฐานความปวด	2.30	0.45	น้อย	2.55	0.37	ปานกลาง	-2.30	0.25
ด้านการประเมินความปวด	2.42	0.38	น้อย	2.70	0.40	ปานกลาง	-2.81	0.77
ด้านการจัดการความปวด	2.38	0.44	น้อย	2.63	0.41	ปานกลาง	-2.32	0.24
ด้านการติดตามความปวด	2.53	0.38	ปานกลาง	2.73	0.37	ปานกลาง	-2.03	0.26
โดยรวมทุกด้าน	2.40	.310	น้อย	2.65	.35	ปานกลาง	-2.89	.005

$P < .05$

จากตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทีมพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของสมรรถนะการจัดการความปวดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < .05$ ทั้งโดยรวมทุกด้าน และรายด้าน

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทีมพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์

ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการทดสอบที่ พบว่า ประชากรทั้งสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน จึงใช้สถิติ Dependent t-test หลังจากนั้นเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาล ในระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 4.5, 4.6 และ 4.7 ดังนี้

ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทีมพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ระหว่างกลุ่มทดลอง ($n = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n = 30$)

สมรรถนะการจัดการความ ปวดรายด้าน	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล		
ด้านความรู้พื้นฐานความปวด	4.37	0.33	มาก	2.64	0.57	ปานกลาง	14.35	.000
ด้านการประเมินความปวด	4.43	0.57	มาก	2.26	0.33	ปานกลาง	19.76	.000
ด้านการจัดการความปวด	4.36	0.41	มาก	2.72	0.37	ปานกลาง	14.35	.000
ด้านการติดตามความปวด	4.43	0.50	มาก	2.66	0.44	ปานกลาง	19.76	.000
โดยรวมทุกด้าน	4.36	0.37	มาก	2.57	0.31	ปานกลาง	19.87	.000

$P < .05$

จากตารางที่ 4.5 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทีมพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ ด้วยสถิติ Dependent t-test พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่า

คะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะการจัดการความปวด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวม ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

ส่วนกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทีมพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ (n = 30)

กลุ่มตัวอย่าง	สมรรถนะการจัดการความปวด			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	แปลผล		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.40	0.31	น้อย	29.84	.000
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.42	0.37	มาก		

$P < .05$

จากตารางที่ 4.6 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทีมพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ พบว่า ค่าเฉลี่ยมากกว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$

ตารางที่ 4.7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำแนกตามรายด้าน (n = 30)

สมรรถนะการจัดการ	กลุ่มทดลอง						t	p-value
ความปวดรายด้าน	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม				
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล		
ด้านความรู้พื้นฐานความปวด	2.30	0.45	น้อย	4.37	0.33	มาก	23.78	.000*
ด้านการประเมินความปวด	2.42	0.38	น้อย	4.34	0.46	มาก	21.49	.000*
ด้านการจัดการความปวด	2.38	0.44	น้อย	4.36	0.41	มาก	22.36	.000*
ด้านการติดตามความปวด	2.53	0.38	น้อย	4.38	0.50	มาก	20.54	.000*
โดยรวม	2.40	0.31	น้อย	4.42	0.37	มาก	29.84	.000*

* $p < .05$

จากตารางที่ 4.7 พบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมโดยรวมอยู่ในระดับน้อยเท่ากับ 2.40 (SD = 0.31) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับ 4.42 (SD = 0.37) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมจำแนกตามรายด้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$



Christian University of Thailand

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการจัดการทีมพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการบริหารจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรมการจัดการทีมพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง สมมุติฐานการวิจัยคือ 1) ค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทีมพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติตามปกติ 2) ค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทีมพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทีมพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ โดยใช้เวลาในการดำเนินการตามโปรแกรมทั้งหมด 6 สัปดาห์ และประเมินสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หลังการทดลองทันที

กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการจัดการทีมพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ที่ประยุกต์จากแนวคิดของดาฟท์ (Daft, 2018) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แผนการสอนและคู่มือการจัดการความปวดแบบองค์รวม และแบบวัดสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลของฟิชแมน และคณะ (Fishman et al., 2013) ประกอบไปด้วย 4 ด้าน ด้านที่ 1) ด้านความรู้พื้นฐานความปวด 2) ด้านการประเมินความปวด 3) ด้านการจัดการความปวด และ 5) ด้านการติดตามความปวด ทั้งหมด 20 ข้อ โดยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.97 หาความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ในแต่ละส่วนของแบบสอบถามเครื่องมือเพื่อหาค่าความตรงของเนื้อหา (Content validity Index: CVI > 0.8 = จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นที่ระดับที่ 3 และ 4 (28.01) จากจำนวนข้อคำถามทั้งหมด (29 ข้อ)

จากการวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้สถิติแบบสองกลุ่มอิสระต่อกัน (Independent-t-test) เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการทดลอง

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้กลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย อยู่ในช่วงอายุ 20-30 ปี ร้อยละ 43.3 รองลงมา ช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 33.3 และช่วงอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 20 มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 มีประสบการณ์ปฏิบัติงานวิชาชีพพยาบาลช่วง 1-10 ปี ร้อยละ 26.7 รองลงมา ช่วง 21-30 ปี ร้อยละ 15 ประสบการณ์ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 60 ไม่เคยศึกษาเฉพาะทางการพยาบาล ร้อยละ 100 ไม่เคยอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัย/การจัดการความปลอดภัย ร้อยละ 96.7

กลุ่มควบคุม 30 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วงอายุ 20-30 ปี ร้อยละ 53.3 รองลงมา ช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 30.0 และช่วงอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 16.7 มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 96.7 ปริญญาโท ร้อยละ 3.3 มีประสบการณ์ปฏิบัติงานวิชาชีพพยาบาลช่วง 1-10 ปี ร้อยละ 50 รองลงมา ช่วง 21-30 ปี ร้อยละ 26.7 ประสบการณ์ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 66.7 ไม่เคยศึกษาเฉพาะทางการพยาบาล ร้อยละ 96.7 ไม่เคยอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัย/การจัดการความปลอดภัย ร้อยละ 96.7

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปลอดภัยของพยาบาล

2.1 ค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปลอดภัยของพยาบาลในหอผู้ป่วย

ออร์โธปิดิกส์ กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติตามปกติ ก่อนกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปลอดภัยของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.4$, $SD = .31$) และกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปลอดภัยของพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับ ($\bar{X} = 2.65$, $SD = 0.35$) เมื่อพิจารณารายด้านกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปลอดภัยมากที่สุด คือด้านการติดตามความปลอดภัย ($\bar{X} = 2.4$, $SD = .31$) รองลงมาคือ ด้านการประเมินความปลอดภัย ($\bar{X} = 2.42$, $SD = .38$) ด้านการจัดการความปลอดภัย ($\bar{X} = 2.38$, $SD = .44$) และด้านความรู้พื้นฐานความปลอดภัย ($\bar{X} = 2.30$, $SD = .45$) ตามลำดับ

ก่อนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ตามลำดับดังนี้ ด้านการติดตามความปวด ($\bar{X} = 2.73$, $SD = .37$) ด้านการประเมินความปวด ($\bar{X} = 2.70$, $SD = .40$) ด้านการจัดการความปวด ($\bar{X} = 2.63$, $SD = .41$) และด้านความรู้พื้นฐานความปวด ($\bar{X} = 2.55$, $SD = .37$)

เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติใช้ Independent t-test แล้ว พบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลของกลุ่มทดลองและควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์โดยรวมมีค่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาล หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

หลังจากกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับน้อยเป็นระดับมาก ($\bar{X} = 4.36$, $SD = .76$) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลหลังผ่านไป 6 สัปดาห์อยู่ในระดับปานกลางเหมือนก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 2.58$, $SD = .32$) หากพิจารณารายด้าน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลจากมากไปน้อยตามลำดับ ดังนี้ ด้านการติดตามความปวด ($\bar{X} = 4.39$, $SD = .51$) ด้านความรู้พื้นฐานความปวด ($\bar{X} = 4.37$, $SD = .33$) ด้านการจัดการความปวด ($\bar{X} = 4.36$, $SD = .42$) และด้านการประเมิน ความปวด ($\bar{X} = 4.35$, $SD = .46$) ในกลุ่มควบคุมพบว่ามีค่าคะแนนมากที่สุด คือด้านการจัดการ ความปวด ($\bar{X} = 2.72$, $SD = .37$) รองลงมาคือ ด้านการติดตามความปวด ($\bar{X} = 2.66$, $SD = .44$) ด้านความรู้พื้นฐานความปวด ($\bar{X} = 2.64$, $SD = .57$) และด้านการประเมินความปวด ($\bar{X} = 2.26$, $SD = .33$)

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วม โปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมและกลุ่มควบคุมภายหลังระยะเวลา 6 สัปดาห์ ที่ปฏิบัติงานตามปกติ พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$

2.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมของกลุ่มทดลอง

หลังจากกลุ่มทดลองเข้าร่วม โปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวม พบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาล โดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับน้อยเป็นระดับมาก ($\bar{X} = 4.42$, $SD = .37$) จากการทดสอบความแตกต่างด้วย dependent t-test ได้ค่า $t = 29.841$ หมายถึง กลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ และพบว่าแต่ละด้านมีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ย

สมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลจากระดับน้อย เป็นระดับมากทั้ง 4 ด้าน โดยค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการติดตามความปวดมากที่สุด ($\bar{X} = 4.38$, $SD = .50$) รองลงมาคือ ด้านความรู้พื้นฐานความปวด ($\bar{X} = 4.37$, $SD = .33$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการทีมพยาบาลแบบองค์รวม โดยใช้แนวคิดการจัดการ (Daft, 2018) มาบูรณาการร่วมกับหลักปฏิบัติในการพยาบาลแบบองค์รวมของนิวเบค (Newbeck, 1986) ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการทีมพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อสะดวกต่อการเข้าถึงและใช้งาน โดยมีหลักการบริหารจัดการ 4 ด้าน คือ 1) การวางแผนการจัดการแบบองค์รวม (Planning) 2) การจัดกลุ่มบุคคลากรที่รับผิดชอบ (Organizing) 3) การนำหรือการจูงใจด้วยการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการจัดการแบบองค์รวม (Leading) และ 4) การควบคุมและกำกับ ติดตามให้ปฏิบัติตามแผนที่วางร่วมกัน (Controlling) ร่วมกับการนำแอปพลิเคชันไลน์ มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการทีมพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อเพิ่มการสื่อสารของทีมให้ทันเวลา สะดวก รวดเร็ว ส่วนแนวคิดสมรรถนะใช้กรอบแนวคิดของ (Fishman et al., 2013) ประกอบด้วย สมรรถนะ 4 ด้าน 1.) ด้านความรู้พื้นฐานความปวด 2.) ด้านการประเมินความปวด 3.) ด้านการจัดการความปวด และ 4.) ด้านการติดตามความปวด

หลังนำโปรแกรมการจัดการทีมพยาบาลแบบองค์รวมไปใช้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทีมพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติตามปกติ

จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทีมพยาบาลแบบองค์รวมมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการ POLC (Daft, 2018) บูรณาการร่วมกับหลักปฏิบัติในการพยาบาลแบบองค์รวมของนิวเบค (Newbeck, 1986) สมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาล ตามแนวคิดของฟิชแมนและคณะ (Fishman et al., 2013) เป็นแนวคิดพื้นฐานในการศึกษาครั้งนี้ โดยประกอบ มีการจัดอบรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ กำกับ ติดตาม และให้คำปรึกษาดูแลเวลาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โดยมีการ

เผยแพร่ความรู้ในการบริหารจัดการความปวดทั้งแบบการใช้ยาและไม่ใช้ยา ช่วยให้กลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง ผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารที่มีความสะดวกมากยิ่งขึ้น ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ปฏิบัติงานตามปกติ

เมื่อพิจารณาารายด้านพบว่า ด้านความรู้พื้นฐานความปวด ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X} = 4.37$, $SD = .33$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ เนื่องจากกลุ่มทดลอง มีประสบการณ์ในการประกอบวิชาชีพพยาบาลอยู่ในช่วง 1-10 ปี ร้อยละ 56 และเกือบทั้งหมด ร้อยละ 99.00 ไม่เคยมีการอบรมเกี่ยวกับความปวด/การจัดการความปวด ซึ่งนับว่าเป็นอุปสรรคในการจัดการความปวดที่เกิดจากพยาบาล เกี่ยวข้องกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องการประเมินและการจัดการความปวด เช่น พยาบาลเชื่อว่า ผู้ป่วยมักให้คะแนนความปวดสูงกว่าความเป็นจริงและไม่มีวิธีการจัดการความปวดแบบอื่นร่วมด้วย เข้าใจว่าการใช้ยาโอปิออยด์มีโอกาสเกิดภาวะกดการหายใจได้สูง เป็นต้น (Dihle et al., 2006; Matthews & Malcom, 2007) สอดคล้องกับ บุญรา ดาวเรือง และคณะ (2555) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรคกระดูกและข้อต่อความรู้ ของพยาบาล การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติพยาบาล และต่อผลลัพธ์ของ การจัดการ ความปวด ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังพยาบาลเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความปวด คะแนนความรู้ของพยาบาล สูงกว่าก่อนพยาบาลเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความปวด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (34.18 ± 3.70 และ 29.24 ± 4.96) ดังจะเห็นได้ว่า โปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมที่เน้นในเรื่องความรู้โดยจัดทำคู่มือ การทำกลุ่มย่อย การใช้แอปพลิเคชันไลน์ซึ่งทำให้พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้น และยังสามารถเข้าถึงแหล่งความรู้ได้ตลอดอย่างต่อเนื่องสามารถเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลในด้านความรู้พื้นฐานความปวดได้

ด้านการประเมินความปวด หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X} = 4.35$, $SD = 0.46$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ทั้งหมด ซึ่งอาจมีผลต่อสมรรถนะการประเมินความปวด และมีการอบรมเกี่ยวกับความปวด/การจัดการความปวดเพียง ร้อยละ 1 สมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย (Thai Association For The Study of Pain: TASP) ถือว่าความปวดเป็นสัญญาณชีพ 5 (pain of the fifth vital sign) ที่ต้องการประเมิน โดยผู้ที่ประเมินความปวดได้นั้น ต้องรู้ทั้งวิธีในการประเมินความปวดและเครื่องมือที่ใช้วัดระดับความปวด อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน สมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย (Thai Association For The Study of Pain: TASP) สอดคล้องกับงานวิจัยของศรีสุดา งามขำ และคณะ (2561) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้เกี่ยวกับการประเมินและการจัดการกับความปวดของพยาบาลไทย การศึกษาพบว่า พยาบาลหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนด้านการประเมินความปวดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากที่ใช้โปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวม ด้วยแอปพลิเคชันไลน์ทำให้กลุ่มทดลอง มีสมรรถนะด้านการประเมินความปวดมากกว่ากลุ่มควบคุม

ด้านการจัดการความปวด หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X} = 4.36$, $SD = 0.41$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ สอดคล้องกับ ทศนา หมัดหลี่ และชุติ ฤทธิชู (2558) ได้ศึกษาการจัดการกับความปวดในผู้ป่วย หลังผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พยาบาล ส่วนใหญ่ ร้อยละ 70 จะให้การดูแลจัดการอาการปวดโดยการให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของ แพทย์เท่านั้นและจากการศึกษาของจุฑารัตน์ สว่างชัย และคณะ (2562) ได้ศึกษาการจัดการความ ปวดแบบผสมผสาน: การตั้งเป้าหมายระดับความปวดหลังผ่าตัด พบว่า แนวทางการจัดการความ ปวดแบบผสมผสานสามารถเปิดโอกาสให้พยาบาลพัฒนาศักยภาพในการจัดการความปวดหลัง ผ่าตัดแบบไม่ใช้ยา ซึ่งโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมนั้น ทำให้พยาบาลมี สมรรถนะการจัดการความปวดแบบผสมผสาน ทั้งแบบใช้ยาร่วมกับไม่ใช้ยาที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็น บทบาทหน้าที่อิสระที่แสดงให้เห็นถึงสมรรถนะด้านการจัดการความปวดของพยาบาลอีกด้วย เนื่องจากสามารถสอบถามข้อสงสัย และศึกษาได้ด้วยตนเองจากแอปพลิเคชันไลน์ และอีบุ๊ก

ด้านการติดตามความปวด หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X} = 4.38$, $SD = 0.50$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ สอดคล้องกับ อินทรา ปากันทะ และคณะ (2561) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดใน โรงพยาบาลตติยภูมิ พบว่ารูปแบบที่ศึกษาและพัฒนาขึ้นที่จัดให้มีการติดตามความปวด แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ช่วย แก้ปัญหาการขาดความตรงของการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด ซึ่งโปรแกรมการจัดการ ทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ช่วยให้พยาบาลมีการติดตามความปวดเพิ่มขึ้น หลังเข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานที่ 2 ค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์ โธปิดิกส์หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความรู้พื้นฐานความปวด ของกลุ่มทดลองมากกว่าก่อน เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X} = 4.37$, $SD = .33$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของบุษรา ดาวเรือง และคณะ (2564) ได้ศึกษาผลของโปรแกรม การจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรคกระดูกและข้อต่อความรู้ของพยาบาลต่อการปฏิบัติพยาบาล และ ต่อผลลัพธ์ของการจัดการความปวดคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลหลังเข้าร่วม โปรแกรมการ จัดการความปวดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม การจัดการความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อาจเนื่องมาจากพยาบาลศึกษาหา ความรู้เกี่ยวกับความปวดไม่สม่ำเสมอ ไม่มีเวลา ไม่

สะดวก ทำให้ พยาบาลไม่สามารถที่จะพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวดซึ่งโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ สามารถพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวดของพยาบาลได้เนื่องจากเข้าถึงง่าย สะดวกต่อการใช้ สามารถศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมได้ตลอดเวลาที่ต้องการ

ด้านการประเมินความปวด หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X} = 4.35$, $SD = 0.46$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ สอดคล้องกับผลการวิจัยของศรีสุตา งามขำ และคณะ (2561) ได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการประเมินและการจัดการกับความปวดของพยาบาลไทย จากผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการความปวดระดับต่ำ พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมด้านการจัดการความปวด มีความรู้ความเข้าใจในการจัดการความปวดได้ดีกว่า พยาบาลที่ไม่ได้รับการอบรมการจัดการความปวด พยาบาลวิชาชีพจึงควรเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับความปวดโดยการเข้ารับการอบรมระยะสั้น แต่ด้วยเหตุผล และความจำเป็นด้านต่าง ๆ อาจทำให้ไม่ได้รับโอกาสในการพัฒนา ซึ่งจะเห็นว่าโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์นั้น ทำให้พยาบาลที่ทำงานประจำ มีเวลาจำกัด สามารถเรียนรู้เรื่องการจัดการความปวดได้ด้วยตนเองโดยผ่านแอปพลิเคชันออนไลน์

ด้านการจัดการความปวด หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X} = 4.36$, $SD = 0.41$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ สอดคล้องกับผลการวิจัยของศรีสุตา งามขำ และคณะ (2561) ได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการประเมินและการจัดการกับความปวดของพยาบาลไทย จากผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการความปวดระดับต่ำ การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดให้แก่พยาบาลวิชาชีพสามารถทำได้หลายวิธี เช่น จากประสบการณ์ของการทำงาน จากการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับความปวด หรือการอบรมเชิงปฏิบัติการที่เพิ่มความรู้ ทักษะและทักษะในการจัดการความปวด ซึ่งโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์เป็นอีกวิธีหนึ่งที่น่าสนใจและเหมาะสมเนื่องจากหลังการทดลองพบว่ามีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง

ด้านการติดตามความปวด หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X} = 4.38$, $SD = 0.50$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ สอดคล้องกับงานวิจัยของ จุฬารัตน์ แซ่พัง (2560) ที่ศึกษาสมรรถนะในการ จัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพ ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่าการติดตามความปวดของผู้บาดเจ็บ อย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับสูง หลังการใช้โปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ได้นำผลการวิจัยเรื่อง ผลโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติตามปกติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมมีผลต่อสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โดยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ สรุปได้ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการบริหาร จากผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดโดยรวมทุกด้านของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลควรกำหนดให้บุคลากรทางการพยาบาลมีการประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ในหน่วยงานอื่นที่คล้ายคลึงกับบริบทงานออร์โธปิดิกส์ หรือสนับสนุนส่งเสริมในการทบทวนความรู้ กระบวนการบริหารเกี่ยวกับสมรรถนะทั้ง 4 ด้าน โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ หรือ แอปพลิเคชันไลน์มาประยุกต์ใช้ในการเผยแพร่ข้อมูลความรู้ รวมทั้งผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมให้มีการนำไปเผยแพร่ใช้ในหน่วยงานอื่นๆ ด้วย เพื่อเพิ่มสมรรถนะของพยาบาล ให้มีการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพที่ดีแก่ผู้รับบริการ ซึ่งสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดนานาชาติ (International Association for the Study of Pain: IASP, 2017) กล่าวว่า การจัดการความปวดที่ดีและมีประสิทธิภาพนั้นได้กำหนดให้ระดับความปวดหลังผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลางและสามารถจัดการได้เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดโดยเร็ว ฉะนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลต้องตระหนัก และให้ความสำคัญกับการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการจัดการความปวดอย่างเร่งด่วนและต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 เนื่องจากผลโปรแกรมการจัดการทีมการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ในกลุ่มทดลองและแตกต่างกับกลุ่มควบคุม ดังนั้น ผู้บริหารทางที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดการสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาล จึงอาจออกแบบการวิจัยขยายไปยังหน่วยงานอื่นในรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research & Development)

เอกสารอ้างอิง

กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. (2534). ก้าวใหม่ของการศึกษาพยาบาลสู่ความเป็นเลิศในการปฏิบัติ.
เอกสารประกอบการประชุมพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 9 สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย.
กรุงเทพฯ.

กิตติ์วี ประเสริฐจิตสรร และดวงกมล ภิมาลย์. (2566). ประสิทธิภาพของการจัดการทางการพยาบาล
ในการจัดการความปวด ผู้ป่วยหลังผ่าตัด กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม
โรงพยาบาลอุดรธานี (รายงานการวิจัย). กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม
โรงพยาบาลอุดรธานี.

จุฑารัตน์ สว่างชัย, ชุติพร ปิยสุทธิ, และศิริพร แก้วกุลพัฒน์. (2562). การจัดการความปวดแบบ
ผสมผสาน: การตั้งเป้าหมายระดับความปวดหลังผ่าตัด. วารสารวิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี อุดรดิตต์, 11(2), 161-171.

จุฑารัตน์ แซ่พัง. (2560). สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความ
ปวดผู้บาดเจ็บและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์).

<https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/11719/1/420118.pdf>

ณภัทร จันทสุข. (2567). ประสิทธิภาพของแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัด โรงพยาบาลพร
เจริญ จังหวัดบึงกาฬ (รายงานการวิจัย). สืบค้นจาก
<https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detail&sid=320>

ทัศนีย์ หมดเหลือ และชุติ ฤทธิสุข. (2558). การจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลพัทลุง. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 29(2), 256-275.

ชนชัย ยมจินดา, ชานินทร์ ศรีสุวรรณณา, คลชาติ ดันติวานิช และพรชัย หลายพสุ. (2552). ผล
สำรวจและการเปรียบเทียบความคิดเห็นของข้าราชการพลเรือน ต่อการบริหาร
ทรัพยากรบุคคลของส่วนราชการและจังหวัดประจำปี 2552. วารสารการจัดการ
สมัยใหม่, 8(2), 7-32.

บุรินทร์ รุจจนพันธุ์. (2548). โปรแกรมประยุกต์ (Application program). สืบค้นจาก
<https://www.thaiall.com/os/os02.htm>

บุษรา ดาวเรือง, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, และดรุณี ชุมพะวัด. (2555). ผลของโปรแกรมการจัดการ
ความปวดหลังผ่าตัดโรคกระดูกและข้อต่อความรู้ของพยาบาล การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการ

ปฏิบัติพยาบาล และต่อผลลัพธ์ของการจัดการความปวด. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 18(3), 358-371.

นิพาดา ลัทธินนธรรม, อำภาพร นามวงศ์พรหม และมนพร ชาติธานี. (2566). สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ในการจัดการความปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท.*, 5(3), 1-16.

ผ่องศรี มรกต. (2551). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เล่ม 1*. โอกรูปเพรส
พระมหาจรรยา สุทธิญาโณ. (2543). *พระพุทธศาสนากับการดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวม*.
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ภาณี พงษ์จะโปะ, กชกร พลาชีวะ, ศจีมาส แก้วโคตร, สุนันทา แผ่นจินดา, นงเยาว์ เรือสา และ
สมบุญ เทียนทอง. (2549). การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกความปวดหลังผ่าตัดเป็น
สัญญาณชีพที่ห้าในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 21, 182-187.

มนธิดา แสงเรืองเอก และบำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2554). ผลของการสร้างจินตภาพต่อความปวดและ
จำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม. *วารสาร
พยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(3), 1-10.

มยุรี วศินานุกร และชัชชัย ปรีชาไว. (2550). *Life of a medical teacher*. ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะ
แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ยศพล เหลืองโสมนภา และศรีสุดา งามขำ. (2556). ความสนใจต่อความปวด: Attention to pain.
วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 30(1), 83-93.

ยุทธชัย ไชยสิทธิ์. (2556). การประยุกต์ใช้แบบแผนสุขภาพในการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบ
องค์รวม ตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(2), 100-110.

ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมการศึกษาเรื่องปวดแห่งประเทศไทย. (2562). *แนว
ทางการพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด ฉบับที่ 2*.

https://www.tasp.or.th/news_files/แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด.pdf

โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. (2564). *นโยบายองค์กรพยาบาล*. โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง.

_____. (2566ก). *ข้อมูลเวชระเบียนโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง 2562-2566*. โรงพยาบาล
ตติยภูมิแห่งหนึ่ง.

_____. (2566ข). *โครงสร้างการบริหารงานกลุ่มงานออร์โธปิดิกส์*. โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง.

- วารุณี มีเจริญ. (2565). ความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการประเมินและการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพไทยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 17(1), 46-53.
- วิชัย อินทรชัยกุลทล, วราภรณ์ ไวกุล, และสมศรี เผ่าสวัสดิ์. (2547). การบำบัดความปวดหลังผ่าตัด. ใน พงศ์ภารดี เจาตะเกษตริน (บรรณาธิการ). *การบำบัดความปวด*. หน้า 139-152. ทิมส์ ประเทศไทย.
- ศรีสุดา งามขำ, นิสา ครุฑจันทร์, จุฑารัตน์ สว่างชัย และบุญเดือน วัฒนกุล. (2561). ความรู้เกี่ยวกับการประเมินและการจัดการกับความปวดของพยาบาลไทย. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(1), 81-89.
- ศิริพร สิงห์ทอง. (2564). การศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยระยะหลังการผ่าตัด. โรงพยาบาลศิริราช.
- สมคิด บางโม. (2555). *องค์การและการจัดการ*. วิทย์พัฒน์.
- สาวิกา ภิญโญ. (2562). แนวทางการดูแลและจับปวดในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 27(1), 51-61.
- สิรินยา พวงจำปา, พิกุล นันทชัยพันธ์ และฉวีวรรณ ชงชัย. (2551). การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการใช้เทคนิคผ่อนคลายเพื่อบรรเทาอาการปวดเฉียบพลัน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 23(3), 40-48.
- สุชาดา พลาชัยภิรมย์ศิลป์. (2554). แนวโน้มการใช้โมบายแอปพลิเคชัน. *วารสารนักรบริหาร*, 1(1), 110-115.
- สุณี เวชประสิทธิ์, ปุณรดา พวงสมัย และทัศนีย์ ทองประทีป. (2562). การปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4. *วารสารเกื้อการุณย์*, 26(1), 170-186.
- สุทินา วงศ์ฉายา และจิตู แก้วกล้า. (2566). ผลของการโค้ชต่อการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความเจ็บปวดและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยหลังรับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์. *Phrae Medical Journal and Clinical Sciences*, 31(2), 34-47.
- สุริย์ ธรรมิกบวร. (2554). *การบันทึกทางพยาบาล:คุณภาพของการพยาบาล*. สืบค้นจาก <http://www.nurse.ubu.ac.th/sub/knownledgedetail>
- อมรรัตน์ แสงใสแก้ว และพัชนี สมกำลัง. (2560). การประยุกต์ใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนมฉบับการประชุมวิชาการครบรอบ 25 ปี*, 203-208.

- อังคณา จงเจริญ และสิริกร เทียนหล่อ. (2558). ผลของการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวด และความพึงพอใจในการจัดการความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 23(2), 76-90.
- อินทิรา ปากันทะ, เอื้อมพร หลินเจริญ, และสิริลักษณ์ ทูลยอดพันธ์. (2561). การพัฒนารูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลตติยภูมิ. *วารสารการวิจัยเพื่อพัฒนาชุมชน (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 11(1), 129-140.
- อุไร หักกิจ และประภาพร ชูกำเนิด. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลที่ผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออก. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35, 1-14.
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (2006). *Research in Education* (10th ed.). Pearson Education.
- Brown, S. W., & Harris, K. J. (2021). *Management: Principles and practices* (3rd ed.). Oxford University Press.
- Brew, L. (2024). Integrating Holistic Care in Nursing Practice: Approaches and Benefit. *Journal of Advanced Practices in Nursing*, 9(4), 1-2.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Daft, R. L. (2018). *The Leadership Experience* (7th ed.). Cengage Learning.
- Daft, R. L., & Marcic, D. (2023). *Understanding management* (12th ed.). Cengage Learning.
- 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
- Dossey, B. M., & Dossey, L. (1998). Body-mind-spirit. Attending to holistic care. *The American journal of nursing*, 98(8), 35-38.
- Drucker, P. F. (1972). *Concept of the corporation* (Revised ed.). John Day.
- Fayol, H. (1949). *General and industrial management* (C. Storrs, Trans.). Sir Isaac Pitman & Sons. (Original work published 1916)
- Fishman, S. M., Young, H. M., Lucas Arwood, E., Chou, R., Herr, K., Murinson, B. B., Watt-Watson, J., Carr, D. B., Gordon, D. B., Stevens, B. J., Bakerjian, D., Ballantyne, J. C., Courtenay, M., Djukic, M., Koebner, I. J., Mongoven, J. M., Paice, J. A., Prasad, R.,

- Singh, N., Sluka, K. A., ... Strassels, S. A. (2013). Core competencies for pain management: results of an interprofessional consensus summit. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 14(7), 971-981. <https://doi.org/10.1111/pme.12107>
- French, D., & Saward, H. (1983). *Dictionary of management* (2nd ed.). Gower.
- Gupta, K. K., Attri, J. P., Singh, A., Kaur, H., & Kaur, G. (2016). Basic concepts for sample size calculation: Critical step for any clinical trials!. *Saudi journal of anaesthesia*, 10(3), 328-331. <https://doi.org/10.4103/1658-354X.174918>
- International Association for the Study of Pain. (2017).
- Johnson, R. E., Lin, S.-H. (J.), & Lee, H. W. (2020). Leadership as a focal point for understanding work motivation. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 7, 253–274. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-012119-044940>
- Koontz, H., & O'Donnell, C. (1972). *Principles of Management*. McHraw-Hill.
- Lee, Y., & Egold, N. W. (2018). The effect of employee proactive personality on organizational citizenship behavior: The mediating role of organizational identification. *Frontiers in Psychology*, 9, 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01357>
- Levine, M. (1971). Hypothesis theory and nonlearning despite ideal S-R-reinforcement contingencies. *Psychological Review*, 78(2), 130-140. <https://doi.org/10.1037/h0030647>
- Matthews, E., & Malcolm, C. (2007). nurses' knowledge and attitudes in pain management practice. *British Journal of Nursing*, 16(3), 174-179.
- McGill, S. M. (2010). Core Training: Evidence Translating to Better Performance and Injury Prevention. *Strength & Conditioning Journal*, 32, 33-46. <https://doi.org/10.1519/SSC.0b013e3181df4521>
- Neuman, B. (1995). *The Neuman systems model* (3rd ed.). Appleton & Lange.
- Newbeck, J. (1986). The whole works. *Nursing Times*, 23, 48-49.
- Nightingale, D. V. (1969). An approach to the study of organizational structure. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 1(3), 191–201. <https://doi.org/10.1037/h0082641>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts practice* (6th ed.). Mosby-year book.
- Parse, R. R. (1981). *Man-Living-Health: A Theory of Nursing*. Wiley.

- Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007) Is the CVI an Acceptable Indicator of Content Validity? Appraisal and Recommendations. *Research in Nursing & Health*, 30, 459-467. <http://dx.doi.org/10.1002/nur.20199>
- Roy, C., & Andrews, H. A. (1999). *The Roy Adaptation Model: The definitive statement*. Appleton & Lange
- Sluka, K. A. (2009). Is it possible to develop an animal model of fibromyalgia? *Pain* 146(1), 3-4, DOI: 10.1016/j.pain.2009.07.032
- Smith, W. K., Lewis, M. W., & Tuggle, C. S. (2019). Organizational paradoxes: Mirroring individual and institutional complexity. *Organizational Psychology Review*, 9(1), 3–24. <https://doi.org/10.1177/2041386619847174>
- Watson J. (1988). Nursing: human science and human care. A theory of nursing. *NLN publications*, 15(2236), 1–104.
- Winnipeg Regional Health Authority (WRHA). (2012). *PAIN ASSESSMENT and MANAGEMENT: Clinical Practice Guidelines*. Retrieved from <https://prapatsorn.co.th/visual-analogue-scale-vas/>
- Wong, D. L., Hockenberry-Eaton M., Wilson, D., Winkelstein, M. L. Schwartz, P. (2001). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing* (6th ed.). Mosby.
- World Health Organization. (2019). *WHO revision of pain management guidelines*. Retrieved from <https://www.who.int/news/item/27-08-2019-who-revision-of-pain-management-guidelines>



Christian University of Thailand



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

Christian University of Thailand

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. นายแพทย์ปฐมพร วีระเศรษฐ์ศิริ

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลราชบุรี

ความเชี่ยวชาญ แพทย์เฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี

2. ดร. ปราณี มีหาญพงษ์

ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี

ความเชี่ยวชาญ ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี

3. นางวงจันทร์ ดั่งเยี่ยม

ตำแหน่ง หัวหน้าทีมการพยาบาลวิสัญญี ห้องผ่าตัดชั้น 4 โรงพยาบาลราชบุรี

ความเชี่ยวชาญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี





มหาวิทยาลัยคริสเตียน
CHRISTIAN UNIVERSITY OF THAILAND

ที่ ม.คต.27 / 3532 /2567

วันที่ ๒ ธันวาคม พ.ศ. 2567

เรื่อง ขออนุญาตเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรี

ด้วยนางสาว พัทธสิดา ดวงรัตน์มาลีมน นักศึกษารหัส 664002 หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้รับความเห็นชอบให้ทำวิทยานิพนธ์ ชื่อเรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ ต่อการรับรู้สมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออโรโอบิติกส์ โรงพยาบาลศัลยกรรมแห่งหนึ่ง” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้โพธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ซึ่งในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ นักศึกษาได้รับความเห็นชอบให้พัฒนาแบบสอบถามเพื่อเป็นเครื่องมือวิจัยและเพื่อให้เครื่องมือนี้สามารถเก็บข้อมูลวิจัยได้ถูกต้องและตรงตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จึงขออนุญาตเชิญ ดร. ปราณี มีหาญพงษ์ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝ่ายการพยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ให้กับนางสาว พัทธสิดา ดวงรัตน์มาลีมน หากท่านพิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง มหาวิทยาลัยคริสเตียน จักได้มอบหมายให้ผู้วิจัยเป็นผู้ประสานงานในรายละเอียดกับผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เนตรชนก ศรีทุมมา)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

สำเนาเรียน ดร. ปราณี มีหาญพงษ์ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝ่ายการพยาบาล

ผู้วิจัย นางสาว พัทธสิดา ดวงรัตน์มาลีมน เบอร์โทรศัพท์ 08-5994-7715

สำนักบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ (นางสาว กุลวรินทร์ เอี่ยมทองคำ)

โทรศัพท์ 0-3438-8555 ต่อ 1401



จ.ม.กค.27 / 3531 /2567

วันที่ 13 ธันวาคม พ.ศ. 2567

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน นายแพทย์ ปฐมพร วีระเศรษฐศิริ

นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลราชบุรี แพทย์เฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี

ด้วยนางสาว พัชรสิดา ดวงรัตน์มาลิมน นักศึกษารหัส 664002 หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้รับความเห็นชอบให้ทำวิทยานิพนธ์ ชื่อเรื่อง "ผลของโปรแกรมการจัดการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ ต่อการรับรู้สมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสตัญญูแห่งหนึ่ง" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรรณิการ์ ฉัตรดอกไมไพร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย สิงห์ช้างชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ซึ่งในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ นักศึกษาได้รับความเห็นชอบให้พัฒนาแบบสอบถามเพื่อเป็นเครื่องมือวิจัยและเพื่อให้เครื่องมือนี้สามารถเก็บข้อมูลวิจัยได้ถูกต้องและตรงตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ให้กับนางสาว พัชรสิดา ดวงรัตน์มาลิมน หากท่านพิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง มหาวิทยาลัยคริสเตียนจักได้มอบหมายให้ผู้วิจัยเป็นผู้ประสานงานในรายละเอียดกับท่านต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณารับเชิญด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เนตรชนก ศรีทุมมา)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ผู้วิจัย นางสาว พัชรสิดา ดวงรัตน์มาลิมน เบอร์โทรศัพท์ 08-5994-7715

สำนักบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ (นางสาว กุลวรินทร์ เอี่ยมทองคำ)

โทรศัพท์ 0-3438-8555 ต่อ 1401



ปี พ.ศ. 27 / 3530 / 2567

วันที่ 13 ธันวาคม พ.ศ. 2567

เรื่อง ขออนุญาตเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี

ด้วยนางสาว พัทธิดา ดวงรัตน์มาสิน นักศึกษารหัส 664002 หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้รับความเห็นชอบให้ทำวิทยานิพนธ์ ชื่อเรื่อง "ผลของโปรแกรมการจัดการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ ต่อการรับรู้สมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้โพธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ซึ่งในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ นักศึกษาได้ขอความเห็นชอบให้พัฒนาแบบสอบถามเพื่อเป็นเครื่องมือวิจัยและเพื่อให้เครื่องมือนี้สามารถเก็บข้อมูลวิจัยได้ถูกต้องและตรงตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จึงขออนุญาตเชิญ นายแพทย์ ปฐมพร วีระเศรษฐศิริ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลราชบุรี แพทย์เฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี และ นาง วงจันทร์ ดวงเยี่ยม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าวิสัญญีพยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ให้กับนางสาว พัทธิดา ดวงรัตน์มาสิน หากท่านพิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง มหาวิทยาลัยคริสเตียน จักได้มอบหมายให้ผู้วิจัยเป็นผู้ประสานงานในรายละเอียดกับผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เกรียงศักดิ์ ศรีบุญมา)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

- สำเนาเรียน 1) นายแพทย์ ปฐมพร วีระเศรษฐศิริ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลราชบุรี
แพทย์เฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี
2) นาง วงจันทร์ ดวงเยี่ยม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าวิสัญญีพยาบาล

ผู้วิจัย นางสาว พัทธิดา ดวงรัตน์มาสิน เบอร์โทรศัพท์ 08-5994 7715

สำนักบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ (นางสาว กุลวรินทร์ เขื่อนทองคำ)

โทรศัพท์ 0-3438-8555 ต่อ 1401



ภาคผนวก ข
การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

Christian University of Thailand



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

เอกสารรับรองเลขที่ : น. 15/2567

ชื่อโครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมการจัดการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์
 ต่อการรับรู้สมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วย
 ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

ชื่อผู้วิจัย : นางสาวพัชรลีดา ดวงรัตน์มาลีมน

หน่วยงาน : หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล

ขอรับรองว่า โครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจาก
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

วันที่รับรอง : 5 พฤศจิกายน 2567

วันที่หมดอายุ : 4 พฤศจิกายน 2569

ลงชื่อ 

(ศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญน้อย สิงห์ขำชัย)

ประธานกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
 มหาวิทยาลัยคริสเตียน



มหาวิทยาลัยคริสเตียน มูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย

ขอมอบประกาศนียบัตรฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

นางสาวพัชรสิริตา ดวงรัตนมาลี

ได้ผ่านการเข้าร่วมโครงการ

การอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ปีการศึกษา 2566

วันจันทร์ที่ 18 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ณ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จังหวัดนครปฐม
ขอพระเจ้าทรงอวยพระพรให้ท่านจงประสบแต่ความสุขและความเจริญก้าวหน้าสืบไป
มอญไว้ ณ วันจันทร์ที่ 18 ธันวาคม พ.ศ. 2566

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุลักษณ์ กัทรธรรมนาศ)
อธิการบดี มหาวิทยาลัยคริสเตียน

(ศาสตราจารย์ ดร.เพนน้อย สิงห์ช่างชัย)
ผู้ช่วยอธิการบดี ด้านวิจัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.นิมิตร มรกต)
ที่ปรึกษา เขมรจริยธรรมการวิจัยในคนในประเทศไทย



Christian University of Thailand



RBHEC 003/68

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

หนังสือรับรอง

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกให้กับนักวิจัยเพื่อยืนยันว่า โครงการวิจัยได้รับความเห็นชอบด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี (Human Research Ethics Committee of Ratchaburi Hospital) และสามารถดำเนินการวิจัยที่โรงพยาบาลราชบุรีได้

ก. โครงการวิจัย

รหัสโครงการ	-
หมายเลขหนังสือรับรอง	น. 15/2567
วิธีการพิจารณา	Expedited Review
ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย	นางสาวพัชรลิตา ดวงรัตน์มาลีมน
ชื่อโครงการวิจัย	ผลของโปรแกรมการจัดการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ต่อการรับรู้สมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง Effects of a Holistic Nursing Management Program with Online Application on the Perceived Competencies of Pain Management of Nurses in Orthopaedic Wards at a Tertiary Hospital
ผู้สนับสนุนทุนวิจัย	ทุนส่วนตัว

ข. การรับรอง

วันรับรองมีผลตั้งแต่	13 มกราคม 2568
วันหมดอายุการรับรอง	4 พฤศจิกายน 2568

ค. เอกสารโครงการวิจัยและเอกสารอื่นที่ผ่านการพิจารณา

เป็นไปตามรายการที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ รับรอง

(นายนพวัชร สมนาคดิวิวัฒน์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลราชบุรี

หลังการรับรองแล้ว ผู้วิจัยต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดหรือเงื่อนไข และแนวปฏิบัติของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี

ที่ รบ 0033.102.6.1/013

วันที่ 13 มกราคม 2568

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลวิจัย ในโรงพยาบาลราชบุรี

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี

ด้วย นางสาวพัชรสิดา ดวงรัตน์มาลีมน นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้รับความเห็นชอบให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ต่อการรับรู้สมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง (Effects of a Holistic Nursing Management Program with Online Application on the Perceived Competencies of Pain Management of Nurses in Orthopaedic Wards at a Tertiary Hospital)” กลุ่มตัวอย่างได้แก่ พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยใน โดยอยู่ในการควบคุมดูแลการเก็บข้อมูลวิจัยของ นางสุรัตน์ แผงอุ้ม, น.ส.มาริษา นุชกำบัง, นางพจนีย์ อักษรอินทร์, และนางสาวสมพร ประพฤติกิจ โรงพยาบาลราชบุรี นั้น

บัดนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี ได้พิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เรียบร้อยแล้วและมีมติรับรอง ตามเอกสารรับรองที่แนบมาพร้อมกันนี้ จึงเรียนมาเพื่อขออนุมัติให้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยปฏิบัติตาม พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (Personal Data Protection Act หรือ PDPA) และประกาศคณะกรรมการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล เรื่องมาตรการที่เหมาะสมสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย หรือสถิติ ตามมาตรา 24 (1) และการศึกษาวิจัยทางวิทยาศาสตร์ ประวัติศาสตร์ หรือสถิติ หรือประโยชน์สาธารณะอื่น ตามมาตรา 26 (1) (ง) แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 พ.ศ. 2566 ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 8 มกราคม 2567 และข้อตกลงรักษาความลับและความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อการวิจัย อย่างเคร่งครัด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(นายณพัชร สมานคติวัฒน์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลราชบุรี

อนุมัติ

(นายอนุภูฏ ไทยถนันทน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี

คำชี้แจงพิทักษ์สิทธิการเข้าร่วมการวิจัย
การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์
ต่อการรับรู้สมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์
โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

เนื่องด้วยข้าพเจ้านางสาว พัทธ์ลิตา ดวงรัตน์มาลีมน นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล มหาวิทยาลัยคริสเตียน กำลังดำเนินการวิจัย เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่องผลของโปรแกรมการจัดการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ต่อการรับรู้สมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร และ ศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งในการทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าวจะสำเร็จลุล่วงไปได้ จำเป็นต้องได้รับข้อมูลจากท่าน เพื่อใช้ประกอบการศึกษา และนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้ไปเป็นข้อมูลในการพัฒนา และศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ต่อการรับรู้สมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในด้านการวางแผนการบริหารจัดการการใช้ทรัพยากรบุคคล วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ และงบประมาณได้

ท่านเป็นบุคคลสำคัญยิ่งที่จะทำให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จอย่างสมบูรณ์จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการเข้าร่วมการวิจัย และยินยอม เข้าร่วมฝึกอบรมการโค้ช การเก็บข้อมูล ทำแบบสอบถาม ความรู้เรื่องสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษาสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม และใช้เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น จึงไม่เกิดผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน ,การประเมินผลการปฏิบัติงาน และการดำรงชีวิตประจำวันของท่าน หากภายหลังท่านเปลี่ยนใจท่านมีสิทธิยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา

ในระหว่างเข้าร่วมการวิจัยหากท่านมีข้อข้องใจเกี่ยวกับการวิจัย สามารถติดต่อได้ 24 ชั่วโมง ที่เบอร์มือถือ 085-9477151 E-mail: Patsitapar@gmail.com หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้รับไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยท่านสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หรือผู้แทนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยคริสเตียนจังหวัดนครปฐม โทร034-3885559ต่อ1340

หากท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัยเพื่อให้ข้อมูล กรุณาลงลายมือชื่อด้านล่าง และข้าพเจ้า
ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(นางสาวพัชรลิตา ควงรัตน์มาลีมน)

ผู้วิจัย

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย

(.....) วันที่.....



Christian University of Thailand

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

Informed Consent Form

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่อาสาสมัครวิจัย

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อ โครงการวิจัยผลของโปรแกรมการจัดการพยาบาลแบบองค์รวมด้วยแอปพลิเคชันออนไลน์ต่อการรับรู้สมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งชื่อผู้วิจัย นางสาวพัชรลิตา ดวงรัตน์มาลีมน ที่อยู่ติดต่อผู้วิจัย 124/466 ซอยสายฝนร่วมใจ 9 ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมืองราชบุรี จังหวัดราชบุรี 70000 โทรศัพท์ 085-9477151

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยข้าพเจ้ายินยอมตลอดเวลา ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยตลอดกระบวนการ เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัย จะถูกทำลาย (เช่น แบบสอบถามแบบบันทึกเสียง เลือดย เป็นต้น) หากเก็บไว้ศึกษาต่อก็ต้องระบุให้ชัดเจน

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น (ระบุเป็นต้นว่า ไม่มีผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพ/ ผลต่อการศึกษา/ ผลต่อการเรียน)

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยและข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย
ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่:คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ 144
หมู่ 7 ตำบลดอนยายหอม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม โทรศัพท์ 0-3438-8555 ต่อ 1340, 1318
โทรสาร 0-3427-4500

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสาร
ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัคร
วิจัยไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....
(นางสาวพัชรลิตา ดวงรัตน์มาลีมน) (.....)
ผู้วิจัยหลัก อาสาสมัครวิจัย
วันที่...../...../..... วันที่...../...../.....

Christian University of Thailand

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....
(.....) (.....)
พยาน พยาน
วันที่...../...../..... วันที่...../...../.....



ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. คู่มือการจัดการพยาบาลแบบองค์รวม

2. แผนการสอน

3. แบบแบบประเมินสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

Christian University of Thailand

คู่มือการบริหารจัดการความปวดแบบองค์รวมผ่านแอปพลิเคชันออนไลน์



จัดทำโดย

นางสาว พัชรลีดา ดวงรัตน์มาลีมน

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยคริสเตียน

คำนำ

การจัดการความปวด (pain management) เป็นหัวใจสำคัญอย่างยิ่งของการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ถือว่าเป็นสัญญาณชีพที่ 5 โดยเฉพาะอย่างยิ่งความปวดหลังผ่าตัดที่เป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน และเป็นปัญหาสำคัญอันดับแรกของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ต้องเผชิญ ดังนั้นผู้บริหารทางการแพทย์ จะต้องให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการให้พยาบาลการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพพยาบาลผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วย จะต้องมีความรู้หรือความสามารถในการจัดการความปวดที่ดี ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่ได้ผลดีและมีประสิทธิภาพคือการจัดการความปวดแบบผสมผสานทั้งแบบใช้ยา และไม่ใช้ยาซึ่งสามารถจัดการความปวดได้ดีกว่าการใช้ยาเพียงอย่างเดียว หากพยาบาลไม่มีการบริหารจัดการความปวดที่เหมาะสมและไม่มีความรู้ประสิทธิภาพจะนำไปสู่ความปวดเรื้อรังได้

คู่มือการบริหารจัดการปวดแบบองค์รวมผ่านแอปพลิเคชันออนไลน์ของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการบริหารจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์เพื่อให้พยาบาลได้ใช้เป็นแนวทางในการจัดการความปวดแบบองค์รวมต่อการจัดการปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ได้อย่างครอบคลุม

ในการจัดทำคู่มือเล่มนี้ ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานออร์โธปิดิกส์ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องร่วมทบทวนความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือเล่มนี้จะสามารถเสริมให้พยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ได้รับความรู้ความเข้าใจในการจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ผู้จัดทำ

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ.....	83
ความเป็นมา.....	85
วัตถุประสงค์.....	85
กลุ่มเป้าหมาย.....	85
ความหมายความปวด.....	85
การประเมินความปวด.....	86
การจัดการความปวด.....	89
การติดตามความปวด.....	91
แนวทางการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์.....	94
เอกสารอ้างอิง.....	95



Christian University of Thailand

คู่มือการบริหารจัดการปวดแบบองค์รวมผ่านแอปพลิเคชันออนไลน์ ของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

ความเป็นมา

การจัดการความปวด (pain management) เป็นหัวใจสำคัญอย่างยิ่งของการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ถือว่าเป็นสัญญาณชีพที่ 5 โดยเฉพาะอย่างยิ่งความปวดหลังผ่าตัดที่เป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน และเป็นปัญหาสำคัญอันดับแรกของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ต้องเผชิญ ดังนั้น ผู้บริหารทางการแพทย์จะต้องให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการให้พยาบาลจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพพยาบาลผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ดูแลผู้ป่วย จะต้องมีความรู้หรือความสามารถในการจัดการความปวดที่ดี ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่ได้ผลดีและมีประสิทธิภาพคือการจัดการความปวดแบบผสมผสานทั้งแบบใช้ยา และไม่ใช้ยา ซึ่งสามารถจัดการความปวดได้ดีกว่าการใช้ยาเพียงอย่างเดียว หากพยาบาลไม่มีการบริหารจัดการความปวดที่เหมาะสมและไม่มีความรู้ประสิทธิภาพจะนำไปสู่ความปวดเรื้อรังได้

คู่มือการบริหารจัดการปวดแบบองค์รวมผ่านแอปพลิเคชันออนไลน์ของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการบริหารจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ เพื่อให้พยาบาลได้ใช้เป็นแนวทางในการจัดการความปวดแบบองค์รวมต่อการจัดการปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ได้อย่างครอบคลุม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการพยาบาลแบบองค์รวมต่อการจัดการปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์
2. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการบริหารให้พยาบาลมีการจัดการความปวดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

กลุ่มเป้าหมาย

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชบุรี

ความหมายความปวด

ความปวด (Pain) คือ ประสบการณ์เฉพาะบุคคลที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เกิดร่วมกับการบาดเจ็บ โดยมีองค์ประกอบด้านความรู้สึกรวมทั้งอารมณ์และสังคม

ความปวดแบบเฉียบพลัน (Acute pain) คือ ความปวดที่เพิ่งเกิดขึ้นมีระยะเวลาของความปวดที่จำกัด เป็นความปวดที่มีสาเหตุ เมื่อพยาธิสภาพหายไปความปวดก็หายไปด้วย เช่น ความปวดแผลหลังผ่าตัด หรือหลังอุบัติเหตุ

ความปวดแบบเรื้อรัง (Chronic pain) คือ ความปวดที่ยาวนานกว่าระยะเวลาการสมานของเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บบ่อยครั้งไม่สามารถบ่งชี้ถึงสาเหตุของความปวด และมีอาการปวดอยู่นานเกินกว่า 3 เดือน

การประเมินความปวด (Pain assessment) หมายถึง การรวบรวมข้อมูลความปวด เพื่อแสดงถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีอยู่ในแต่ละช่วงเวลา เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันทั้งผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง การประเมินความปวดมีหลายชนิด โดยทั่วไปมักประเมินความรุนแรงของความปวด (Pain severity assessment) ซึ่งระดับความรุนแรงของความปวดจะเป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญเร่งด่วน และมีผลต่อการเลือกใช้ยา ที่ทีมแพทย์ พยาบาล จะต้องบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ

การที่ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินความปวดของตนเอง และให้ระดับความรุนแรง (Self-report) นับเป็นมาตรฐานที่ดีที่สุดในการประเมินความรุนแรงของความปวด

วิธีการประเมินความปวดอย่างครอบคลุมในทุกมิติ จะเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่จะนำไปสู่การจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า มีความปลอดภัยและมีผลข้างเคียงที่น้อยที่สุดที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ความปวดที่ประเมินได้นั้นเป็นข้อมูลที่ได้จากตัวผู้ป่วยเอง โดยแบ่งออกเป็น 3 แหล่งข้อมูลแหล่งที่มาของข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย ข้อมูลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา และข้อมูลจากพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ดังต่อไปนี้

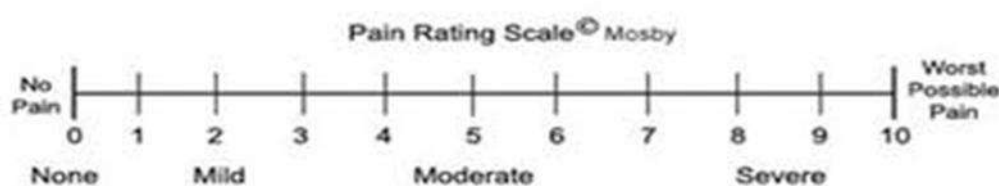
1. การประเมินความปวดจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย (subjective measurement) ความปวดเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลและความปวดจะยังคงอยู่ตลอดเวลาเท่าที่บุคคลนั้นบอกว่ามีความปวดอยู่ ดังนั้นการประเมินความปวดตามคำบอกเล่าของบุคคลจะได้ข้อมูลที่เป็นจริงมากที่สุด เนื่องจากบุคคลเป็นผู้บอกโดยตรง (individual or subjective) แบ่งการวัดระดับความปวดจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ ได้แก่ การวัดแบบมิติเดียว (single dimension pain scale) ได้แก่ วิธี numeric rating scale (NRS), visual analog scale (VAS), pain relief scale และ face pain scale และการวัดแบบหลายมิติ (multidimensional pain scale) ได้แก่ McGill Pain Questionnaire (MPQ), memorial pain assessment card และ brief pain inventory (BPI) (McGuile, 2010) ซึ่งปี 2562 สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมการศึกษาเรื่องปวดแห่งประเทศไทย, 2562) ได้กล่าวถึงเครื่องมือที่ใช้วัดระดับความปวดไว้ ดังนี้

1. การประเมินความปวดจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย (subjective measurement) ความปวดเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลและความปวดจะยังคงอยู่ตลอดเวลาเท่าที่บุคคลนั้นบอกว่ามีความปวดอยู่ ดังนั้น การประเมินความปวดตามคำบอกเล่าของบุคคลจะได้ข้อมูลที่เป็นจริงมากที่สุด เนื่องจากบุคคลเป็นผู้บอกโดยตรง (individual or subjective) แบ่งการวัดระดับความปวดจากคำบอก

เล่าของผู้ป่วยออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ ได้แก่ การวัดแบบมิติเดียว (single dimension pain scale) ได้แก่ วิธี numeric rating scale (NRS), visual analog scale (VAS), pain relief scale และ face pain scale และการวัดแบบหลายมิติ (multidimensional pain scale) ได้แก่ McGill Pain Questionnaire (MPQ), memorial pain assessment card และ brief pain inventory (BPI) (McGill, 2010) ซึ่งปี 2562 สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมการศึกษาเรื่องปวดแห่งประเทศไทย, 2562) ได้กล่าวถึงเครื่องมือที่ใช้วัดระดับความปวดไว้ดังนี้

1.1 มาตรวัดความปวดด้วยคำพูด (verbal rating scale) มาตรวัดนี้เป็นระดับความปวดเป็นระดับต่าง ๆ โดยจัดลำดับต่าง ๆ เป็นคำพูดสั้น เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย ๆ โดยมีการแบ่งระดับความปวดไว้เป็นระดับ ดังนี้ ไม่ปวดเลย ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก และปวดมากที่สุด มาตรวัดความปวดนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถประเมินความปวดออกมาเป็นตัวเลขได้ วิธีนี้นิยมใช้ร่วมกับมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข

1.2 มาตรวัดความปวดชนิดเป็นตัวเลข (numeric rating scale) เป็นมาตรวัดระดับความปวด ที่มีการกำหนดตัวเลขแสดงความปวดอย่างต่อเนื่อง จาก 0 ถึง 10 โดยเริ่มจาก 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย และ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด มาตรวัดนี้สามารถประเมินความปวดได้ง่าย และมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการกำหนดตัวเลขที่ทำให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับพื้นฐานทางด้านตัวเลขจึงจะสามารถใช้วิธีนี้ได้

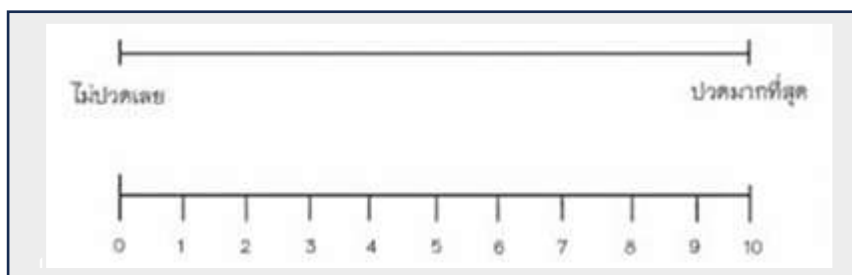


แผนภาพที่ 1.1 มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numerical rating scale: NRS)

(ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมการศึกษาเรื่องปวดแห่งประเทศไทย, 2562)

1.3 มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (visual analog scale) เป็นมาตรวัดความปวดที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงในแนวนอนมีความยาวเท่ากับ 10 เซนติเมตร โดยเริ่มจากด้านซ้ายมือที่มีความหมายไม่ปวดไปสิ้นสุดที่ด้านขวามือที่มีความหมายปวดมากที่สุด แล้วให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมาย

ลบนเส้นในตำแหน่งใดก็ได้ที่ตรงกับความรู้สึกปวดของตนเองในขณะนั้น จากนั้นนำไปเปรียบเทียบกับวัดเป็นตัวเลข มาตรวัดนี้ประเมินความปวดได้แม่นยำกว่าความปวดที่เป็นตัวเลข เนื่องจากมีความไวกว่าหากผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของความปวด



แผนภาพที่ 1.2 มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual Analog Scale: VAS) (Winnipeg Regional Health Authority: WRHA, 2012)

1.4 มาตรวัดความปวดอย่างง่าย (simple descriptive pain intensity scale) เป็นมาตรวัดระดับความปวด โดยแบ่งออกเป็น 6 ระดับ จากระดับไม่ปวดเลย จนถึงระดับปวดมาก

1.5 Wong-Baker face pain rating scale มาตรวัดนี้เหมาะสำหรับประเมินความปวดในเด็ก อายุตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป ที่ยังไม่สามารถใช้วิธีอื่นได้ เช่น numeric rating scale วิธีการใช้ โดยให้เด็กชี้เลือกรูปหน้าที่บอกถึงระดับความปวด ผู้ประเมินบันทึกตัวเลขที่ความหมายตรงกับรูปหน้านั้น



แผนภาพที่ 1.3 มาตรวัดความปวดของห่อง-เบเกอร์ (Wong-Baker face pain rating scale) (Wong et al., 2001)

1.6 face pain scale มาตรวัดนี้เหมาะสำหรับผู้ประเมินความปวดในวัยผู้ใหญ่ที่มีข้อจำกัดในการสื่อสาร วัดโดยใช้ผู้ป่วยชี้เลือกรูปใบหน้าที่ตรงกับความรู้สึกปวดขณะนั้น ผู้ประเมินบันทึกตัวเลขที่มีความหมายตรงกันกับรูปหน้านั้น

2. การประเมินความปวดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (physiology measurement) การประเมินความปวดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาใช้หลักการของผลจากความปวดทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่สามารถสังเกตได้ วัดได้ในเชิงปริมาณ โดยเฉพาะความปวดหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นความปวดแบบเฉียบพลันที่มีการแสดงออกทางด้านร่างกาย เช่น ความดันโลหิตสูงขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น เหงื่อออก รูม่านตาขยาย ขนลุก ปลายมือปลายเท้าซีด เย็น สามารถวัดได้แน่นอนในเชิงปริมาณและรู้ผลได้ทันที แต่ก็มีความอ่อนตรงที่การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยานั้นสามารถเกิดได้จากการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่จากความปวด และมีการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่ ทั้งที่ความปวดนั้นยังคงอยู่

3. การประเมินความปวดโดยการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย (behavioral measurement) เมื่อบุคคลมีความปวดเกิดขึ้นจะมีพฤติกรรมแสดงออก โดยความปวดจะไปกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ พฤติกรรมที่แสดงถึงอาการปวด ได้แก่ พฤติกรรมการเคลื่อนไหว (motor behavior) การแสดงออกทางสีหน้า เช่น หน้ามึนหน้าปวด กัดฟัน หลับตาแน่นเป็นต้น หรือสังเกตการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น นอนบิดตัวไปมาหรือนอนนิ่ง ๆ ไม่ไหวติง กำมือแน่น พฤติกรรมด้านน้ำเสียง (vocal behavior) เช่น การส่งเสียงร้องครวญคราง เสียงสอปาก เสียงร้องไห้ สะอื้น หรือเสียงร้องกรีด พฤติกรรมด้านอารมณ์ (affective behavior) เช่น อารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าว และกระสับกระส่าย เป็นต้น ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตจะช่วยให้การบอกระดับความปวดของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบอกเล่าโดยตรง ผู้ป่วยที่มีอาการปวดอาจจะนิ่ง สงบ หรือนอนหลับก็ได้ โดยส่วนใหญ่แบบประเมินการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยจะใช้ในผู้ป่วยที่เป็นเด็ก หรือผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีระดับความรู้สึกที่ไม่รู้สึกตัว ซึ่งแบบวัดโดยการสังเกตพฤติกรรมมีมากมายที่ได้มีการพัฒนาขึ้น เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละลักษณะ เช่น แบบวัดความปวดรูปรูปใบหน้า แบบวัด behavioral pain scale และ critical care pain observation (CPOT)

การจัดการความปวด

การจัดการความปวด (Pain management) หมายถึง การบำบัดโดยใช้ยาและไม่ใช้ยาเพื่อบรรเทาหรือลดความปวดโดยวิธีที่เหมาะสมกับภาวะความปวดของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อควบคุมอาการที่ทำให้ผลดีจะต้องมีการผสมผสานวิธีการจัดการความปวดแบบที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา การจัดการความปวดด้วยการใช้ยาจะเป็นวิธีการอันดับแรกโดยเฉพาะในการจัดการอาการปวดแบบเฉียบพลัน ถึงแม้ว่าการใช้ยาจะเป็นหลักใหญ่ในการจัดการความปวด แต่เทคนิคการควบคุมอาการ

ปวดแบบไม่ใช้ยา ก็ได้รับความสนใจในการนำมาจัดการกับอาการปวดเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ การให้ยาจะมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีการผสมผสานด้วยวิธีการบรรเทาอาการปวดแบบอื่น ๆ เช่น การใช้ดนตรี การนวด การประคบเย็น การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เป็นต้น การจัดการความปวดแบ่งเป็น 2 วิธี ดังนี้

1. การจัดการความปวดโดยใช้ยา

ยาที่ใช้มี 2 กลุ่ม คือ

1.1 ยาชาเฉพาะที่ (Local anesthetic drugs) โดยเป็นการฉีดที่แผลผ่าตัด Local infiltration, Peripheral nerve block และ Epidural analgesia

1.2 ยาแก้ปวด (Analgesic drugs) สามารถบริหารได้หลายวิธี ได้แก่ การให้ยารับประทาน การฉีดเข้ากล้ามเนื้อ การฉีดเข้าใต้ผิวหนัง การเป่ายาบริเวณผิวหนัง การฉีดเข้าหลอดเลือดดำ การให้ยาต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำ และ Epidural/Spinal injection หรือ Infusion ซึ่งแบ่งได้ดังต่อไปนี้

1) Non-opioid analgesic drugs เช่น ยาในกลุ่ม NSAIDs

2) Opioid analgesic drugs เป็นยาในกลุ่ม Weak opioid เช่น tramadol และ Strong opioid เช่น Morphine, Pethidine, Fentanyl เป็นต้น

3) Adjuvant analgesic drugs ยาแก้ปวดกลุ่มอื่นๆ ที่นำมาใช้ร่วมกับยาแก้ปวดแล้วทำให้สามารถแก้ปวดได้ดีขึ้น สามารถลดการใช้ยาแก้ปวดลงได้

2. การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา

การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การประคบเย็น/ร้อน การนวด การผ่อนคลาย การหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ การเปลี่ยนท่า/การจัดท่า การเบี่ยงเบนความสนใจ การทำสมาธิ การใช้ดนตรี การจัดสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอุณหภูมิห้อง เป็นต้น การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้

2.1 การใช้กระบวนการคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavioral approach) การใช้กระบวนการคิดและพฤติกรรมเพื่อช่วยในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด เป็นกระบวนการที่ช่วยในการควบคุมอาการปวดได้บางส่วนด้วยตนเอง

2.1.1 การให้ข้อมูล (information) การให้ข้อมูลที่ถูกต้องจะช่วยเพิ่มการรับรู้ของระบบควบคุมส่วนกลางในสมองของผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความรู้สึกและประสบการณ์ที่แตกต่าง ช่วยลดความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล

2.1.2 ดนตรีบำบัด (Music) การฟังดนตรีช่วยบรรเทาความปวดได้ ดนตรีสามารถเบี่ยงเบนความสนใจ และแยกส่วนการรับรู้ความรู้สึกออกจากความปวดได้ชัดเจน

2.1.3 การผ่อนคลายแบบก้าวหน้า (Progressive relaxation training) เทคนิคนี้ใช้ในการลดความปวดได้ ผู้ป่วยจะได้รับการสอนวิธีการผ่อนคลายแบบค่อยเป็นค่อยไปจนกระทั่งผ่อนคลายกล้ามเนื้อได้เต็มที่ การผ่อนคลายอย่างเต็มที่จะช่วยลดความวิตกกังวลและความเกร็งของกล้ามเนื้อ และส่งเสริมให้ผู้ปวยนอนหลับได้ดีขึ้น เทคนิคการผ่อนคลายมีหลายรูปแบบเช่น รูปแบบเทคนิคฝึกการหายใจ การฝึกสมาธิ การผ่อนคลายโดยสร้างจินตนาการ ผลการใช้เทคนิคการผ่อนคลายพบว่า การใช้เทคนิคการผ่อนคลายส่วนใหญ่สามารถลดอาการปวดได้

2.1.4 การจินตนาการตามคำบอกเล่า (Guided imagery) ช่วยให้ผู้ปวยวาดภาพถึงประสบการณ์ ผู้ป่วยจะได้รับการบอกกล่าวให้นึกถึงภาพวิวทิวทัศน์ที่สวยงาม สบายใจ การจินตนาการช่วยบรรเทาอาการปวดผ่านกลไกหลายอย่าง เป็นการช่วยเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความปวด

2.2 วิธีการกระทำต่อร่างกายโดยตรง (Physical approach) วิธีการกระทำต่อร่างกายโดยตรง มีเป้าหมายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และเปลี่ยนแปลงการตอบสนองของร่างกายต่อความปวด ส่งเสริมความสุขสบาย ซึ่งการจัดการความปวดโดยตรงมีหลายวิธี ได้แก่

2.2.1 การนวด (Massage) การนวดส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการจัดการความปวด โดยการนวดเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ ทำให้มีการปิดกั้นหรือยับยั้งกระแสประสาทความเจ็บปวด จึงไม่มีกระแสประสาทผ่าน ส่งไปยังสมองเป็นผลทำให้ความเจ็บปวดลดลง

2.2.2 การกดจุด (Acupressure) เป็นอีกวิธีการหนึ่งในการบรรเทาปวด การกดจุดหรือการกระตุ้นผิวหนังด้วยความร้อนหรือความเย็น อยู่บนหลักการเดียวกันกับการกดจุด

2.2.3 การสัมผัสบำบัด (Therapeutic touch) เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยลดความปวด เช่น ปวดศีรษะเนื่องจากความเครียด อาจใช้เพียงฝ่ามือ เชื่อกันว่าร่างกายของคนเรามีสนามพลังที่แสดงออกมา เมื่อระบบในร่างกายกระทบกระเทือน การสัมผัสบำบัดเป็นการปรับเปลี่ยนสนามพลังงานในร่างกายช่วยลดปวดได้

การติดตามความปวด

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของความปวด เป็นสัญญาณชีพที่ 5 (pain as the fifth vital sign) ภายหลังการจัดการความปวดแล้วพยาบาลต้องติดตามประเมินผลของการจัดการความปวดซ้ำและติดตามเฝ้าระวังผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการจัดการความปวด ดังต่อไปนี้

3.1 การจัดการความปวดโดยใช้ยา ประเมินความปวดตามระยะเวลาดังนี้

3.1.1 ประเมินหลังได้รับยาฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ 15 นาที

3.1.2 ประเมินหลังได้รับยาฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อ 30 นาที

3.1.3 ประเมินหลังได้รับยารับประทานประมาณ 1 ชั่วโมง

3.2 การสังเกตติดตามอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด

3.2.1 ยากลุ่ม opioids ให้เฝ้าระวัง อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ง่วงซึม หรือการกดการหายใจ เป็นต้น

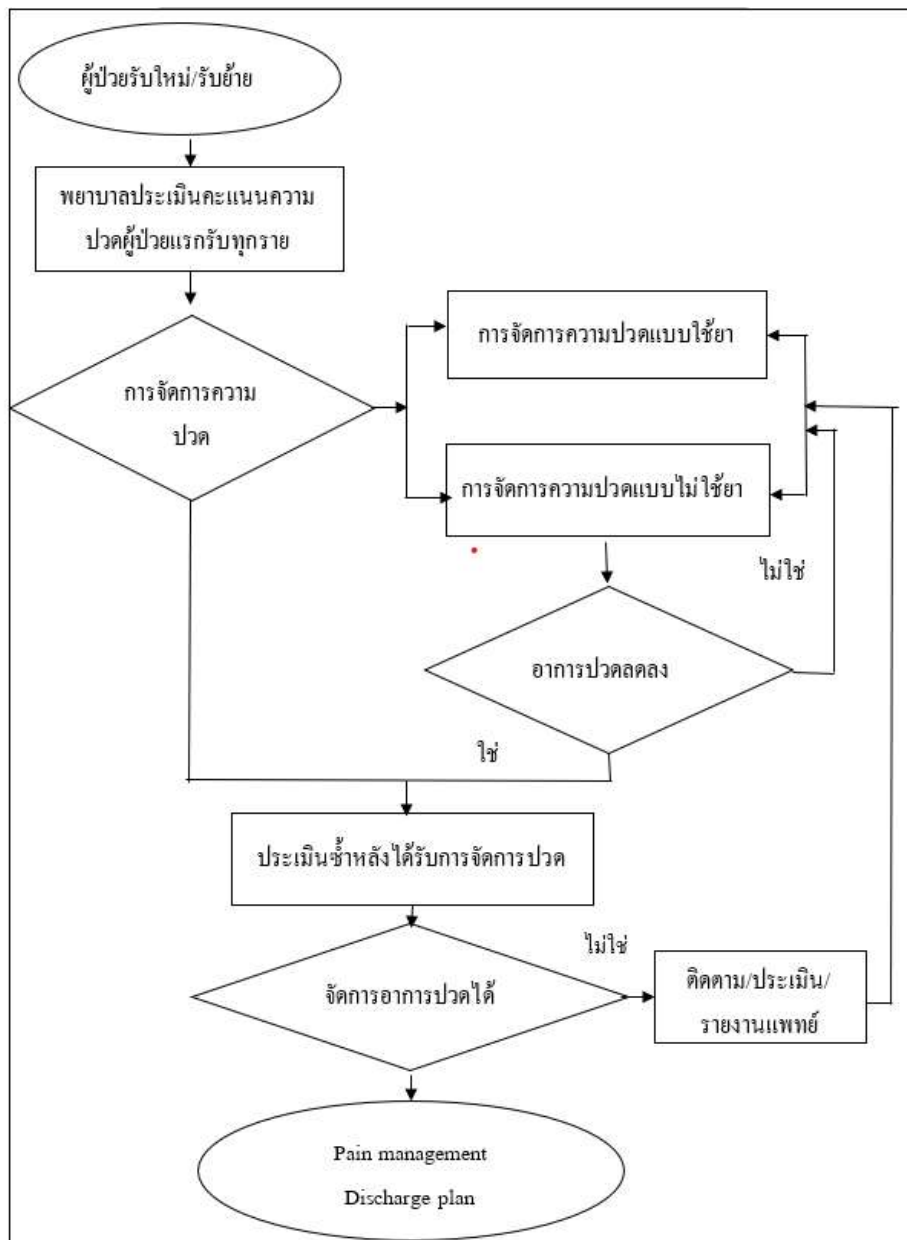
3.2.2 ยากลุ่มต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NASIDs) ให้เฝ้าระวังผลข้างเคียงต่อตับ ไต ทางเดินอาหาร หัวใจและหลอดเลือด การมีเลือดออกง่ายและการแพ้ยา

3.2 การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ประเมินระดับความปวดภายหลังการจัดการความปวดตามความเหมาะสมในแต่ละกิจกรรม



Christian University of Thailand

แนวทางการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์



เอกสารอ้างอิง

- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. (2534). ก้าวใหม่ของการศึกษาพยาบาลสู่ความเป็นเลิศในการปฏิบัติ. เอกสารประกอบการประชุมพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 9. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย.
- กิตติ์รวี ประเสริฐจิตสรร และดวงกมล ภิมาลย์. (2566). ประสิทธิภาพของการจัดการทางการพยาบาลในการจัดการความปวด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม (รายงานการวิจัย). โรงพยาบาลอุดรธานี.
- จุฑารัตน์ สว่างชัย, ชุติพร ปิยสุทธิ และศิริพร แก้วกุลพัฒน์. (2526). การจัดการความปวดแบบผสมผสานต่อการตั้งเป้าหมายระดับความปวดหลังผ่าตัด. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์, 11(2), 161-171.
- เจือกุล อโนธรมณ์. (2550). บทบาทของพยาบาลในการป้องกันอาการปวดจากการผ่าตัด. วารสารพยาบาลศาสตร์, 25(1), 14-23.
- ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมการศึกษาเรื่องปวดแห่งประเทศไทย. (2562).

Christian University of Thailand

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาวิชา	กิจกรรมการเรียนรู้ การสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์ และการประเมินผล
- เพื่อให้พยาบาลในหอผู้ป่วย ออร์โธปิดิกส์บอกถึง ความสำคัญของการความ ปวดในหอผู้ป่วย ออร์โธปิดิกส์ได้	<u>สร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงขั้นตอนการอบรม (ใช้เวลา 5 นาที)</u> สวัสดีค่ะ คิณนางสาวพัชรลิตา ดวงรัตน์มาลีมน เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารทางการ พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย คริสเตียน วันนี้ได้เรียนเชิญวิทยากรที่มีความ เชี่ยวชาญมาให้ความรู้ในเรื่องการบริหารจัดการ ความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ <u>บทนำ (ใช้เวลา 15 นาที)</u> การจัดการความปวด (pain management) เป็น หัวใจสำคัญอย่างยิ่งของการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ถือว่าเป็น สัญญาณชีพที่ 5 โดยเฉพาะอย่างยิ่งความปวดหลัง ผ่าตัดที่เป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน และเป็น ปัญหาสำคัญอันดับแรกของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ ต้องเผชิญ	- ผู้วิจัยแนะนำตนเองและ ชี้แจงวัตถุประสงค์การ วิจัย - แนะนำขั้นตอนและ วิธีการอบรมในรูปแบบ ต่าง ๆ - กล่าวบทนำ - บรรยาย - เข้าสู่บทเรียน โดยให้ ผู้เรียนแสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับการจัดการความ ปวดของพยาบาล	- คลิป VDO - Icon Chart Line - แอปพลิเคชัน ออนไลน์ - เอกสาร ประกอบการสอน	- ผู้รับการอบรมสนใจใน การบรรยาย/ซักถามและมี ส่วนร่วมในการแสดง ความคิดเห็น - ตั้งเกตุผู้เรียนมีความ สนใจและร่วมเสนอความ คิดเห็น - ผู้เรียนสามารถบอกถึง หัวใจสำคัญของการดูแล ผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้อย่าง น้อยร้อยละ 80

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาวิชา	กิจกรรมการเรียนรู้ การสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์ และการประเมินผล
	ดังนั้น ผู้บริหารทางการพยาบาล จะต้องให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการให้พยาบาลมีการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรหลักในทีมสุขภาพ เนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาเริ่มตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งผู้ป่วยผ่าตัด และจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการความปวด จึงจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะในการใช้เครื่องมือประเมินความปวด เข้าใจถึงวิธีการจัดการความปวด รวมถึงการเลือกใช้วิธีการจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสมกับระดับความรุนแรงของความปวด โรงพยาบาลราชบุรี มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามากขึ้นทั้งผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ และผู้ป่วยที่นัดมาทำผ่าตัด และจากการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี พบว่า มีผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่มารับบริการมากขึ้น (โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง, 2566) 1289, 2,057,	- เปิดโอกาสให้ผู้เรียนซักถามข้อสงสัย		

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาวิชา	กิจกรรมการเรียนรู้ การสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์ และการประเมินผล
	2,211, 2,534 และ 2,745 ราย จากการติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยใน 24-72 ชั่วโมงแรก หลังรับไว้รักษาใน โรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลและ บริหารจัดการความปวดหลังผ่าตัดส่วนใหญ่ โดย การให้ยาระงับปวดแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ให้ผู้ป่วยสบายซึ่งยังไม่พบว่ามีจัดการความ ปวดแบบอื่นร่วมด้วย			

Christian University of Thailand

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาวิชา	กิจกรรมการเรียนรู้ การสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์ และการประเมินผล
- เพื่อให้พยาบาลในหอผู้ป่วย ออร์โธปิดิกส์บอกถึง ความหมายของความปวดได้	ความปวด (Pain) คือ ประสบการณ์เฉพาะบุคคล ที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เกิดร่วมกับการ บาดเจ็บ โดยมีองค์ประกอบด้าน ความรู้สึก อารมณ์และสังคม ความปวดแบบเฉียบพลัน (Acute pain) คือ ความ ปวดที่เพิ่งเกิดขึ้นมีระยะเวลาของความปวดที่ จำกัด เป็นความปวดที่มีสาเหตุ เมื่อพยาธิสภาพ หายไปความปวดก็หายไปด้วย เช่น ความปวด แผลหลังผ่าตัด หรือหลังอุบัติเหตุ ความปวดแบบเรื้อรัง (Chronic pain) คือ ความ ปวดที่ยาวนานกว่าระยะเวลาการสมานของ เนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ และมีอาการปวดอยู่นาน เกินกว่า 3 เดือน การประเมินความปวด (Pain assessment) หมายถึง การรวบรวมข้อมูลความปวด เพื่อ	- เปิดโอกาสให้ผู้เรียน ซักถามข้อสงสัย	- โปรแกรม คอมพิวเตอร์ เพาเวอร์พอยท์ (Power Point) - เอกสาร ประกอบการสอน	- สังเกตผู้เรียนมีความ สนใจและร่วมเสนอความ คิดเห็น - ผู้เรียนสามารถบอกถึง ความหมายของความปวด แต่ละชนิดได้ถูกต้องอย่าง น้อยร้อยละ 80 - สังเกตจากความสนใจใน การร่วมอภิปราย

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาวิชา	กิจกรรมการเรียนรู้ การสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์ และการประเมินผล
	แสดงถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีอยู่ในแต่ละช่วงเวลา เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันทั้งผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง การประเมินความปวดมีหลายชนิด โดยทั่วไปมักประเมินความรุนแรงของความปวด (Pain severity assessment) ซึ่งระดับความรุนแรงของความปวดจะเป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญ เร่งด่วน และมีผลต่อการเลือกใช้ยา ที่ทีมแพทย์ พยาบาล จะต้องบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ การที่ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินความปวดของตนเอง และให้ระดับความรุนแรง (Self-report) นับเป็น มาตรฐานที่ดีที่สุดในการประเมินความรุนแรงของความปวด			
	<u>วิธีการประเมินความปวด</u>อย่างครอบคลุมในทุก มิติ จะเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่จะนำไปสู่การจัดการ ความปวดได้อย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพ			

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาวิชา	กิจกรรมการเรียนรู้ การสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์ และการประเมินผล
	คุ่มค่า มีความปลอดภัยและมีผลข้างเคียงที่น้อยที่สุด โดยแบ่งออกเป็น 3 แหล่งข้อมูล ได้แก่ 1. การประเมินความปวดจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย (subjective measurement) 2. การประเมินความปวดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (physiology measurement) 3. การประเมินความปวดโดยการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย (behavioral measurement) สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมการศึกษาเรื่องปวดแห่งประเทศไทย, 2562) ได้กล่าวถึงเครื่องมือที่ใช้วัดระดับความปวดไว้ ดังนี้ 1. มาตรวัดความปวดด้วยคำพูด (verbal rating scale) มาตรวัดนี้เป็นระดับความปวดเป็นระดับต่าง ๆ โดยจัดลำดับต่าง ๆ เป็นคำพูดสั้น เพื่อให้			

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาวิชา	กิจกรรมการเรียนรู้ การสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์ และการประเมินผล
	ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย ๆ โดยมีการแบ่งระดับความปวดไว้เป็นระดับ ดังนี้ ไม่ปวดเลย ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก และปวดมากที่สุด 2. มาตรวัดความปวดชนิดเป็นตัวเลข (numeric rating scale) เป็นมาตรวัดระดับความปวด ที่มีการกำหนดตัวเลขแสดงความปวดอย่างต่อเนื่อง จาก 0 ถึง 10 โดยเริ่มจาก 0 หมายถึงไม่ปวดเลย และ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด มาตรวัดนี้สามารถประเมินความปวดได้ง่าย และมีประสิทธิภาพ 3. มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (visual analog scale) เป็นมาตรวัดความปวดที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงในแนวนอนมีความยาวเท่ากับ 10 เซนติเมตร โดยเริ่มจากด้านซ้ายมือที่มีความหมาย ไม่ปวดไปสิ้นสุดที่ด้านขวามือที่มีความหมาย ปวดมากที่สุด			

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาวิชา	กิจกรรมการเรียนรู้ การสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์ และการประเมินผล
- เพื่อให้พยาบาลในหอผู้ป่วย ออร์โธปิดิกส์บอกถึง ความหมายของการจัดการ ความปวดได้	<u>การจัดการความปวด</u> การจัดการความปวด (Pain management) หมายถึง การบำบัดโดยใช้ยาและไม่ใช้ยาเพื่อ บรรเทาหรือลดความปวดโดยวิธีที่เหมาะสมกับ ภาวะความปวดของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อควบคุม อาการให้ได้ผลดีจะต้องมีการผสมผสาน วิธีการจัดการความปวดแบบที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา การจัดการความปวด แบ่งเป็น 2 วิธี ดังนี้ 1. การจัดการความปวดโดยการให้ยา 2. การจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา	ผู้สอนส้อมให้ผู้เรียน 1-2 คน บอกถึง ความหมายของการ จัดการความปวด/ วิธีการจัดการความปวด - ผู้สอนสรุปบรรยาย เพิ่มเติมและเปิดโอกาส ให้ผู้เรียนซักถาม ข้อสงสัย	โปรแกรม คอมพิวเตอร์เพาเวอร์ พอยท์ (Power Point) - เอกสารประกอบการ สอน	- สังเกตผู้เรียนมีความ สนใจและร่วมเสนอความ คิดเห็น - ผู้เรียนสามารถบอกถึง ความหมายของการจัดการ ความปวดได้ถูกต้อง อย่างน้อยร้อยละ 80

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาวิชา	กิจกรรมการเรียนรู้ การสอน	สื่อการสอน	เกณฑ์ และการประเมินผล
- เพื่อให้พยาบาลในหอผู้ป่วย ออร์โธปิดิกส์บอกถึง ความหมายของการติดตาม ประเมินความปวดได้อย่าง ถูกต้อง	<u>การติดตามประเมินความปวด</u> ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินระดับความ รุนแรงของความปวด เป็นสัญญาณชีพที่ 5 (pain as the fifth vital sign) ภายหลังการจัดการ ความปวดแล้วพยาบาลต้องติดตามประเมินผล ของการจัดการความปวดซ้ำและติดตามเฝ้าระวัง ผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการจัดการ ความปวด -การจัดการความปวดโดยใช้ยา -การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา	- ผู้สอนสุ่มให้ผู้เรียน 1-2 คน บอกถึง ความหมายของการ ติดตามประเมินความ ปวดทั้งแบบใช้ยา และ ไม่ใช้ยา - ผู้สอนสรุปบรรยาย เพิ่มเติมและเปิดโอกาส ให้ผู้เรียนซักถามข้อ สงสัย	- โปรแกรม คอมพิวเตอร์ เพาเวอร์ พอยท์ (Power Point) - เอกสารประกอบการ สอน	สังเกตผู้เรียนมีความ สนใจ และร่วมเสนอ ความ คิดเห็น - ผู้เรียนสามารถบอกถึง ความหมายของการ ติดตามประเมินความปวด ได้อย่างถูกต้องได้ ถูกต้อง อย่างน้อยร้อยละ 80

เอกสารวิทยากร



Christian University of Thailand

ความปวด (Pain)

- ประสบการณ์เฉพาะบุคคลที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เกิดร่วมกับการบาดเจ็บ โดยมีองค์ประกอบด้าน ความรู้สึก อารมณ์และสังคม
- ความรู้สึกไม่พึงปรารถนาและประสบการณ์ทางอารมณ์ที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการทำลายเนื้อเยื่อของร่างกาย

PAIN: IASP

An unpleasant sensory and emotion experience associated with actual or potential tissue damage

or described in terms of such damage

(Pain 1979; 6:249)

“ประสบการณ์ที่ไม่สบายทั้งทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ ซึ่งเกิดร่วมกับการทำลาย หรือมีศักยภาพที่จะทำลาย เนื้อเยื่อของร่างกาย หรือซึ่งถูกบรรยายประหนึ่งว่ามีการทำลายเนื้อเยื่อนั้น”

• ความปวดเฉียบพลัน (Acute pain)

- ความปวดที่เพิ่งเกิดขึ้น มีระยะเวลาของความปวดที่จำกัด เป็นความปวดที่มีสาเหตุ เมื่อพยาธิสภาพหายไปความปวดก็หายไปด้วย เช่น ปวดแผลหลังผ่าตัด หลังอุบัติเหตุ

• ความปวดเรื้อรัง (Chronic pain)

- ความปวดที่ยาวนานกว่าระยะเวลาการสมานของเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ และมีการปวดนานเกิน 3 เดือน

การประเมินความปวด



- หมายถึง การรวบรวมข้อมูลความปวดของผู้ป่วยแต่ละช่วงเวลา เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันทั้งผู้ป่วยและทีมผู้รักษา
- มักจะประเมินความรุนแรงของความปวด ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญมีผลต่อการเลือกใช้ยา

***การที่ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินความปวดของตนเอง และให้ระดับความรุนแรง (self report) ถือเป็นมาตรฐานที่ดีที่สุด (gold standard)

เครื่องมือประเมินความปวด

- คือภาษาที่สามารถสื่อสารเข้าใจได้ตรงกัน ระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษา และระหว่างทีมผู้รักษา



Pain Assessment Techniques

อายุ	Self-report	Behavior sign	Physiologic sign
แรกเกิด-3ปี	---	1 st choice	2 st choice
3-6 ปี	+/-	ใช้ร่วมกับ Self-report	2 st choice
มากกว่า 6 ปี	1 st choice	2 st choice	ใช้ประกอบ

NIPS (child 0- 1 year old)

การประเมิน	0 คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน
สีหน้า	เฉยๆ สบาย	แสบๆ ปากเบม จมูกย่น หัวกึ๋นย่น ปิดตาแน่น	-
ร้องไห้	ไม่ร้อง	ร้องกราง	กรีดร้อง
การหายใจ	สม่ำเสมอ	หายใจเร็วขึ้น/ช้าลง/กลั้นหายใจ	-
แขน	วางสบายๆ	งอ	-
ขา	วางสบายๆ	งอ / เขยียด	-
ระดับการตื่น	หลับ / ตื่น	กระสับกระส่าย วุ่นวาย	-

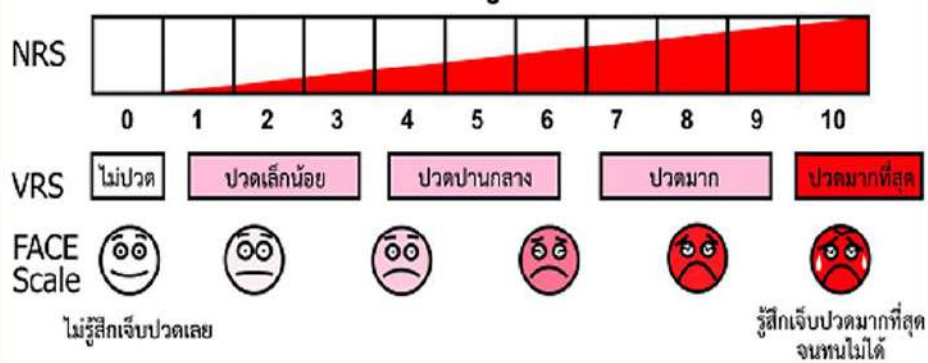
FLACC (1 – 6 years)

Face Legs Activity Cry Consolability Scale (FLACC) For Toddlers and preschool children

พฤติกรรมชีวิต	0	1	2
สีหน้า (Facial expression)	- เงย ไม่ยิ้ม	- หน้าตาเบะ หรือขมวดคิ้ว ถอยหนี	- คางตัน กัดฟันแน่น เป็นบ่อๆ หรือ ตลอดเวลา
ขา (Leg position)	- อยู่ในท่าปกติ หรือ ทำสบายๆ	- อยู่ในท่าไม่สบาย เกร็ง กระสับกระส่าย	- ตะเะ หรือขาขึ้น
การเคลื่อนไหว (Body movement)	- นอนเื่องๆ ท่าปกติ เคลื่อนไหวสบายๆ	- บิดตัวไปมา แอนหน้า แอนหลัง เกร็ง	- ตัวงอ เกร็งตัวจนแข็ง หรือสั่นกระตุก
ร้องไห้ (Cry)	- ไม่ร้อง (ตื่นหรือหลับก็ได้)	- ครางอือๆ หรือครางเบาๆ บ่นเป็นบางครั้ง	- ร้องให้ตลอด หัวร้อง สะอึกสะอื้น บ่นบ่อๆ
ปฏิกิริยาเมื่อได้รับการปลอบโยน (Consolability)	- เชื้อพึงดี สบายๆ	- สามารถปลอบโยนด้วยการสัมผัส โอบกอด พูดคุยด้วยเพื่อตึงเครียด ความสนใจเป็นระยะๆ	- อาจที่จะปลอบโยน หรือทำให้สบาย

Christian University of Thailand

มาตรวัดความรู้สึกเจ็บปวด



การจัดการความปวด

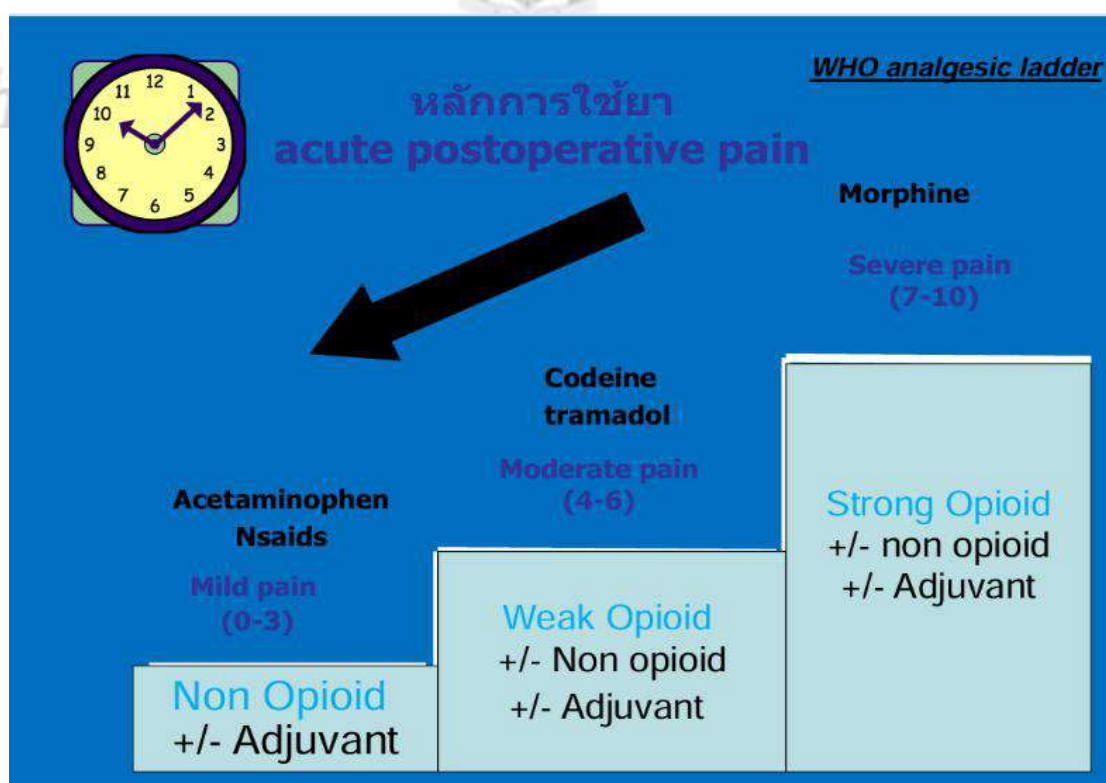
• การจัดการความปวดโดยใช้ยา

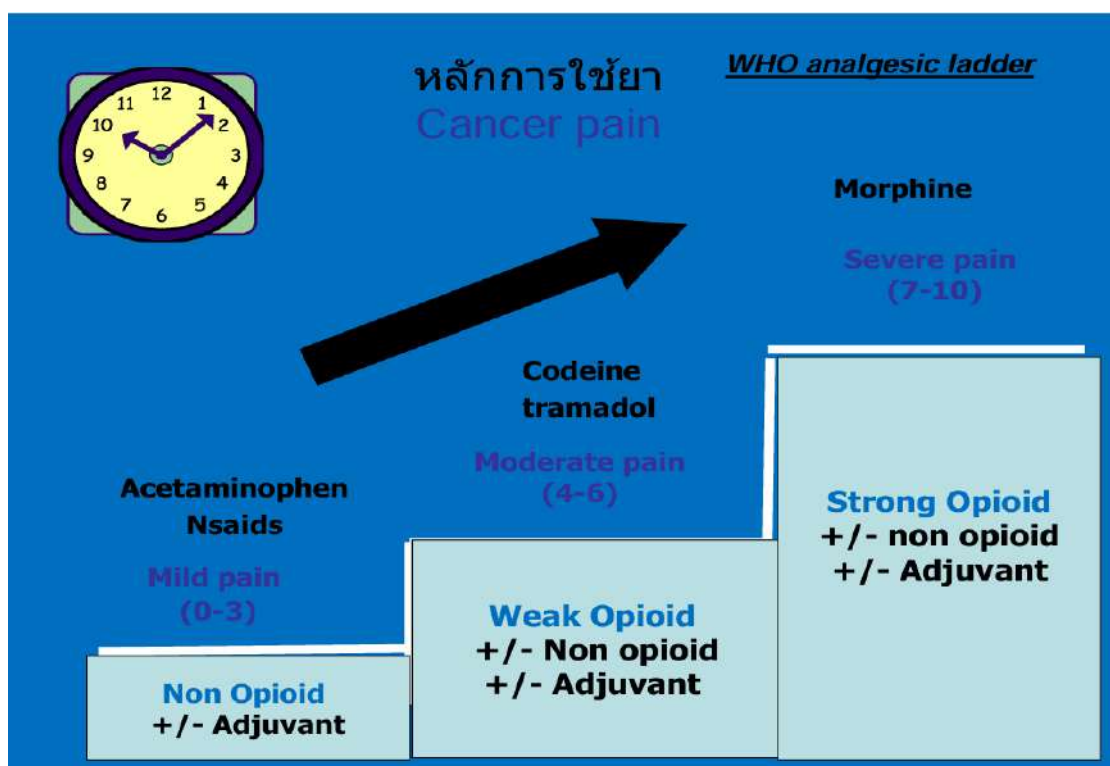
ยาที่ใช้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- ยาชาเฉพาะที่ (**local anesthetic drug**)
- ยาแก้ปวด (**analgesic drugs**)

• การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา

- เช่น การประคบร้อนเย็น การนวด การผ่อนคลาย การจัดทำ





Nonpharmacologic methods

- การห่อตัว อุ้ม กอด (swaddling, hugging, rocking)
- การจัดท่า (positioning)
- การนวด (massage)
- การสัมผัส (touch)
- Distraction
- การกดจุด (acupressure)
- การใช้ความร้อน ความเย็นประคบ (heat, cold therapy)
- การฝังเข็ม (acupuncture)
- TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation)

Massage

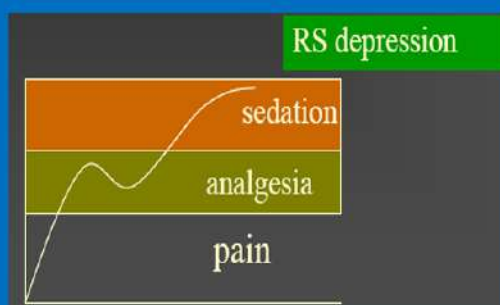
Distraction

Opioid Overdose

Signs & Symptoms

Sedation (SS ≥ 2)
 Hypoventilation (RR < 8 bpm)
 Apnea
 Coma
 Miosis

อายุ	อัตราการหายใจต่ำกว่า (ครั้ง/นาที)
0-1 ปี	30
1-3 ปี	25
3-6 ปี	20
6-13 ปี	15
>13 ปี	10



กลัวคนไข้หยุดหายใจ !!! จะมีวิธีการป้องกันอย่างไร?

- ประเมิน **pain score, sedation score**
- วัด RR และ O₂ saturation
- การให้ยาแก้ปวดให้เหมาะสมกับความปวดที่ประเมินได้
- Slow titration of opioid
- ประเมิน pain score และ sedation score ซ้ำ หลังให้ยา 5 นาที
- ถ้าผู้ป่วยหายใจช้า (RR < 10 BPM) ...
 ให้ 100 % O₂ mask c bag , ตามแพทย์ , เตรียมช่วย
 หายใจและยา Naloxone ... (1-4 mcg/kg IV.)

Sedation score, SS

- 0 = ไม่ง่วง รู้ตัว พูดคุยโต้ตอบได้อย่างรวดเร็ว
 1 = ง่วงเล็กน้อย ตอบคำถามได้อย่างรวดเร็ว **ปลุกตื่นง่าย**
 2 = ง่วงอยากหลับมากกว่าคุย หรือมีอาการสับสน **ปลุกตื่นง่าย**
 3 = ง่วงมาก **ปลุกตื่นยาก**หรือไม่ตื่น ไม่โต้ตอบ
 S = ผู้ป่วยกำลังหลับพักผ่อน (เช่น นอนหลับกลางคืน) สามารถ**ปลุกตื่นได้ไม่ยาก**

*****จะให้ยาแก้ปวดเมื่อ ss = 0 หรือ 1**



Sedation score, SS

- เมื่อผู้ป่วยบอกว่าปวด ss = 2 ท่านจะให้ยาแก้ปวดหรือไม่ ?
เหตุใด?
ตอบ ไม่ ถ้าให้ยาอาจทำให้ ss จาก 2 เป็น 3 ได้
- ถ้าผู้ป่วยนอนหลับตา จะรู้ได้อย่างไรว่า ss เป็นเท่าไร ?
ตอบ ลองเรียกเบาๆ หรือ สัมผัสตัว ถ้าผู้ป่วยตอบสนองทันที แสดงว่าปลุกตื่นง่าย ss = 1 หรือ 2
- เมื่อใดจะบันทึก ss = sleep (s) ?
ตอบ เมื่อผู้ป่วยกำลังพักผ่อน ไม่ต้องการยาแก้ปวด โดย ss เป็น 1 หรือ 2 ไม่ใช่ 3

Inadequate analgesia

- หาก NRS มากกว่า 3 ร่วมกับมีอาการแสดงที่บ่งถึงความปวด ควรพิจารณาปรับปรุงวิธีหรือขนาดยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยกำลังได้รับอยู่
- ต้อง exclude postop. surgical complications ก่อนเสมอ
- ถ้าระดับความปวดเพิ่มมากขึ้นทันที พร้อมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เช่น ความดันโลหิตตก ชีพจรเบาเร็ว หายใจเร็ว หรือเหนื่อยหอบ ควรรับรายงานแพทย์เพราะอาจมีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้น เช่น มีเลือดออกของอวัยวะภายใน

เป้าหมายการระงับปวด: ผู้ป่วยรู้สึกสบาย

โดย $ss < 2$ ($ss = 0,1$) $RR > 10$ ครั้ง/นาที



Thank you

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องลงในช่องระดับความคิดเห็นหรือการปฏิบัติกิจกรรมที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียว แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

- | | |
|----------------------------------|-------------|
| 2.1 สมรรถนะความรู้พื้นฐานความปวด | จำนวน 4 ข้อ |
| 2.2 สมรรถนะการประเมินความปวด | จำนวน 5 ข้อ |
| 2.3 สมรรถนะการจัดการความปวด | จำนวน 6 ข้อ |
| 2.4 สมรรถนะการติดตามความปวด | จำนวน 5 ข้อ |

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องลงในช่องระดับความคิดเห็นหรือการปฏิบัติกิจกรรมที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียว

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- ระดับ 1 หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เลย
 ระดับ 2 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ในระดับน้อย
 ระดับ 3 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ในระดับปานกลาง
 ระดับ 4 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ในระดับมาก
 ระดับ 5 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ในระดับมากที่สุด

สมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์	ระดับ				
	1	2	3	4	5
1 สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด					
1. ท่านเข้าใจกลไกการเกิดความปวดได้ครบทั้ง 4 กระบวนการ					
2. ท่านเข้าใจความแตกต่างระหว่างความปวดชนิดเฉียบพลัน และ ความปวดชนิดเรื้อรัง					
3. ท่านเข้าใจผลกระทบต่อความปวดเฉียบพลันที่มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด,และระบบหายใจ					
4. ท่านสามารถอธิบายกลไกการเกิดความปวดเชื่อมโยงกับความปวดของผู้ป่วยที่ท่านดูแลได้					
2. สมรรถนะด้านการประเมินความปวด					
2.1 ท่านสามารถประเมินความปวดเพื่อการจัดการในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์					

สมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์	ระดับ				
	1	2	3	4	5
2.2 ท่านสามารถประเมินความปวดตามแนวปฏิบัติการประเมินความปวดของหน่วยงานออร์โธปิดิกส์ได้					
2.3 ท่านทราบวิธีการประเมินความปวดของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โดยการให้ผู้ป่วยบอกระดับความปวดด้วยตนเอง					
2.4 ท่านสามารถใช้เครื่องมือประเมินความปวดแต่ละชนิดได้					
2.5 ท่านสามารถประเมินความปวดผู้ป่วยได้ครอบคลุม (ตำแหน่ง, ระดับความปวด, ลักษณะความปวด, และปัจจัยกระตุ้นความปวด)					
3. รับรู้สมรรถนะด้านการจัดการความปวด					
3.1 ท่านมีทักษะในการจัดการความปวดตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์					
3.2 ท่านมีทักษะเกี่ยวกับการบริหารยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์					
3.3 ท่านมีทักษะในการจัดการความปวดที่รุนแรงด้วยการบริหารยาฉีด					
3.4 ท่านมีทักษะบริหารจัดการความปวดเมื่อผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์มีการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพหลังได้รับยาบรรเทาปวดในกลุ่มโอปิออยด์					
3.5 ท่านมีทักษะการจัดการความปวดในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ทั้งแบบใช้ยาและแบบไม่ใช้ยา					
4. สมรรถนะด้านการติดตามความปวด					
4.1 ท่านสามารถบันทึกระดับคะแนนความปวดลงในฟอร์มปรอทได้					
4.2 ท่านสามารถบันทึกกิจกรรมการพยาบาลทุกครั้งหลังประเมินความปวด					
4.3 ท่านสามารถแจ้งแพทย์ทราบทันทีเมื่อจัดการความปวดอย่างเต็มความสามารถแล้วผู้ป่วยไม่ทุเลาความปวดลง					
4.4 ท่านสามารถติดตามความปวดก่อนให้ยาและหลังให้ยาได้					
4.5 ท่านสามารถติดตามให้คำปรึกษาการจัดการความปวดร่วมกับทีมสหวิชาชีพในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ได้ด้วยตนเอง					



ภาคผนวก ง

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย

Christian University of Thailand



Christian University of Thailand



ภาคผนวก จ

ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ (ค่าCVI)

Christian University of Thailand

ตารางที่ 1 ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity index)

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ

ข้อที่	จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ			จำนวนคนที่ลงความเห็น 3-4	ค่า CVI
	คนที่1	คนที่2	คนที่3		
1	4	4	3	3	1
2	3	4	4	3	1
3	3	4	4	3	1
4	3	4	4	3	1
5	3	4	4	3	1
6	4	4	4	3	1
7	4	4	4	3	1
8	4	4	3	3	1
9	4	4	4	3	1

2. แบบสอบถามคุณภาพบริการตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาล 20 ข้อ

ข้อที่	จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ			จำนวนคนที่ลงความเห็น 3-4	ค่า CVI
	คนที่1	คนที่2	คนที่3		
11	4	4	NA	2	0.67
12	3	4	4	3	1
13	4	4	NA	2	0.67
14	4	4	4	3	1
15	4	4	2	2	0.67
16	4	4	4	3	1
17	4	4	3	3	1
18	4	4	3	3	1
19	4	4	3	3	1
20	4	4	3	3	1
21	4	4	3	3	1
22	4	4	3	3	1
23	3	4	3	3	1
24	4	4	3	3	1
25	4	4	3	3	1
26	4	4	3	3	1
27	4	4	3	3	1
28	4	4	3	3	1
29	4	4	3	3	1
30	4	4	3	3	1
					28.01

ผลการตรวจสอบเครื่องมือ เพื่อหาค่าความตรงของเนื้อหา (Content validity Index: CVI
 >0.8 = จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นที่ระดับที่ 3 และ 4 (28.01)

จำนวนข้อคำถามทั้งหมด (29)

28.01

29

ค่า CVI = 0.97



Christian University of Thailand



ภาคผนวก ฉ

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการทดสอบที่

Christian University of Thailand

ทดสอบแจกแจงปกติของข้อมูล

1. คะแนนสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
G1prexep	.102	30	.200 [*]	.941	30	.128

a. Lilliefors Significance Correction

2. คะแนนสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุม

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
G2precon	.113	30	.200 [*]	.966	30	.512

3. คะแนนสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
G3postcon	.155	30	.064	.945	30	.127

a. Lilliefors Significance Correction

4. คะแนนสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลหลังการทดลอง กลุ่มควบคุม

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
G4postxep	.172	30	.024	.952	30	.193

a. Lilliefors Significance Correction



ภาคผนวก ข

รูปแบบตารางผลการวิจัยของระดับ

Christian University of Thailand

ตารางที่ ข 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาล
ระยะหลังเข้าร่วม โปรแกรมของกลุ่มทดลอง ($n_1 = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n_2 = 30$) ด้านความรู้พื้นฐาน
ความปวด จำแนกตามรายชื่อ

สมรรถนะการจัดการ ความปวดของพยาบาล	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p- value
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล		
ด้านความรู้พื้นฐาน								
ความปวด								
1. ท่านเข้าใจกลไกการเกิด ความปวดได้ครบทั้ง 4 กระบวนการ	4.22	.61	มาก	2.27	.65	น้อย	11.44	.000
2. ท่านเข้าใจความแตกต่าง ระหว่างความปวดชนิด เฉียบพลัน และ ความปวด ชนิดเรื้อรัง	4.87	.34	มากที่สุด	3.06	.70	ปานกลาง	12.75	.000
3. ท่านเข้าใจผลกระทบต่อ ความปวดเฉียบพลันที่มี ผลต่อระบบหัวใจและ หลอดเลือด และระบบหายใจ	4.22	.52	มาก	2.72	.59	ปานกลาง	10.10	.000
4. ท่านสามารถอธิบายกลไก การเกิดความปวดเชื่อมโยงกับ ความปวดของผู้ป่วยที่ท่าน ดูแลได้	4.16	.52	มาก	2.51	.68	ปานกลาง	10.46	.000
โดยรวม	4.37	.33	มาก	2.64	.57	น้อย	14.35	.000

ตารางที่ ข2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาล
ระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง ($n_1 = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n_2 = 30$) ด้านการประเมิน
ความปวด จำแนกตามรายชื่อ

สมรรถนะการจัดการ ความปวดของพยาบาล	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p- value
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล		
ด้านการประเมินความปวด								
1. ท่านสามารถประเมินความปวด เพื่อจัดการการในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์	4.51	.85	มากที่สุด	1.06	.25	น้อยที่สุด	20.91	.000
2. ท่านสามารถประเมินความปวดตามแนวปฏิบัติ การประเมินความปวดของหน่วยงานออร์โธปิดิกส์ได้	4.51	.76	มากที่สุด	2.34	.66	น้อย	11.63	.000
3. ท่านทราบวิธีการประเมินความปวดของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์โดยการให้ผู้ป่วยบอกระดับความปวดด้วยตนเอง	4.19	.67	มาก	2.86	.51	ปานกลาง	7.38	.000
4. ท่านสามารถใช้เครื่องมือประเมินความปวดแต่ละชนิดได้	4.51	.67	มากที่สุด	2.65	.55	ปานกลาง	11.61	.000
5. ท่านสามารถประเมินความปวด ผู้ปวดได้ครอบคลุม (ตำแหน่ง, ระดับความปวด, ลักษณะความปวด, และปัจจัยกระตุ้นความปวด)	4.00	.36	มาก	2.37	.72	น้อย	11.01	.000
โดยรวม	4.34	.46	มาก	2.26	.33	น้อย	19.76	.000

ตารางที่ ข3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาล
ระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง ($n_1 = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n_2 = 30$) ด้านการจัดการ
ความปวด จำแนกตามรายชื่อ

สมรรถนะการจัดการ ความปวดของพยาบาล	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p- value
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล		
ด้านการจัดการความปวด								
1. ท่านมีทักษะในการจัดการ ความปวดตามปัญหา และ ความต้องการของผู้ป่วยออร์ โธปีดิกส์	4.25	.68	มาก	2.96	.62	ปานกลาง	7.63	.000
2. ท่านมีทักษะเกี่ยวกับ การบริหารยาบรรเทาปวดตาม แผนการรักษาของแพทย์	4.61	.66	มากที่สุด	3.00	.46	ปานกลาง	10.80	.000
3. ท่านมีทักษะในการจัดการ ความปวดที่รุนแรงด้วยการ บริหารยาฉีด	4.64	.55	มากที่สุด	2.96	.73	ปานกลาง	10.09	.000
4. ท่านมีทักษะบริหารจัดการ ความปวดเมื่อผู้ป่วยออร์โธปี ดิกส์มีการเปลี่ยนแปลง สัญญาณชีพหลังได้รับยา บรรเทาปวดในกลุ่มโอปิออยด์	4.06	.57	มาก	2.58	.62	ปานกลาง	9.53	.000
5. ท่านมีทักษะการจัดการ ความปวดในผู้ป่วยออร์โธปี ดิกส์ทั้งแบบใช้ยาและแบบไม่ ใช้ยา	4.41	.71	มาก	2.13	.51	น้อย	14.02	.000

ตารางที่ ๓3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาล
ระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง ($n_1 = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n_1 = 30$) ด้านการจัดการ
ความปวด จำแนกตามรายชื่อ (ต่อ)

สมรรถนะการจัดการ ความปวดของพยาบาล	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p- value
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล		
ด้านการจัดการความปวด								
6. ท่านมีทักษะการให้คำปรึกษา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการความ ปวดได้ด้วยตนเอง	4.16	.68	มาก	2.72	.52	ปานกลาง	9.03	.00
โดยรวม	4.36	.41	มาก	2.72	.37	ปานกลาง	15.89	.000

ตารางที่ ๓4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาล
ระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง ($n_1 = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n_1 = 30$) ด้านการติดตาม
ความปวด จำแนกตามรายชื่อ

สมรรถนะการจัดการ ความปวดของพยาบาล	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p- value
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล		
ด้านการติดตามความปวด								
1. ท่านสามารถบันทึกที่ระดับ คะแนนความปวดลงในฟอร์ม ปรอทได้	4.83	.58	มากที่สุด	3.06	.52	ปานกลาง	12.27	.000
2. ท่านสามารถบันทึกกิจกรรม การพยาบาลทุกครั้งหลัง ประเมินความปวด	4.38	.55	มาก	2.96	.62	ปานกลาง	9.29	.000
3. ท่านสามารถแจ้งแพทย์ทราบ ทันทีเมื่อจัดการความปวดอย่าง เต็มความสามารถแล้วผู้ป่วยไม่ ทุเลาความปวดลง	4.48	.67	มาก	2.48	.87	น้อย	9.97	.000

ตารางที่ ๔4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาล
ระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง ($n_1 = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n_2 = 30$) ด้านการติดตาม
ความปวด จำแนกตามรายชื่อ (ต่อ)

สมรรถนะการจัดการ ความปวดของพยาบาล	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p- value
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล		
4. ท่านสามารถติดตามความ ปวดก่อนให้ยาและหลังให้ยาได้	4.38	.66	มาก	2.65	.76	ปานกลาง	9.33	.000
5. ท่านสามารถติดตาม ให้คำปรึกษาการจัดการความ ปวดร่วมกับทีม สหวิชาชีพในผู้ป่วย ออร์โธปิดิกส์ ได้ด้วยตนเอง	3.83	.82	มาก	2.17	.75	น้อย	8.14	.000
โดยรวม	4.38	.50	มาก	2.66	.44	ปานกลาง	13.84	.000

Christian University of Thailand

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล

นางสาวพัชรลีดา ดวงรัตน์มาลีมน

วัน เดือน ปี เกิด

1 สิงหาคม พ.ศ. 2521

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2542

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

พ.ศ. 2565

การพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลออร์โธปิดิกส์

ประวัติการทำงาน

ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน

โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี

ตำแหน่งงานปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

Christian University of Thailand