

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมครอบครัว ในการจัดการความปวดเด็ก 1-3 ปีที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ต่อพฤติกรรมการจัดการความปวดของครอบครัว ซึ่งในบทนี้ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิจัย และอภิปรายผลนำเสนอเรียงตามลำดับดังนี้

1. ผลการวิจัย

1.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

1.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว

1.1.2 ข้อมูลด้านผู้ป่วยเด็ก และการเจ็บป่วย

1.1.3 ข้อมูลด้านการผ่าตัด

1.2 ข้อมูลพฤติกรรมจัดการความปวดหลังผ่าตัด ประกอบด้วย

1.2.1 คะแนนพฤติกรรมจัดการความปวด ของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง จำแนกตามรูปแบบพฤติกรรมจัดการความปวด

1) ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมจัดการความปวด ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้านการประเมิน และรายงานความปวด

2) ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมจัดการความปวด ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้านการป้องกันสิ่งกระตุ้นความปวดเพิ่มขึ้น

3) ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมจัดการความปวด ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้านการช่วยลดหรือบรรเทาความปวด

1.2.2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมจัดการความปวด จำแนกตามรูปแบบพฤติกรรมจัดการความปวด ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

1.2.3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมจัดการความปวด ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

2. การอภิปรายผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เพื่อการศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมครอบครัว ในการจัดการความปวดเด็ก 1-3 ปีที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ต่อพฤติกรรมจัดการความปวดของครอบครัว กลุ่มตัวอย่าง เป็นครอบครัวผู้ป่วยเด็ก 1-3 ปี ที่เข้าพักรักษา ณ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และได้รับการผ่าตัดหัวใจ โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 ราย จากทะเบียนผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัด เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2551 ถึงเดือน เมษายน พ.ศ. 2552



1. ผลการวิจัย

1.1 ข้อมูลทั่วไป

1.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว

ข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว พบว่าครอบครัวส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีความเกี่ยวข้องเป็นมารดาของผู้ป่วยเด็กโดยกลุ่มควบคุมมีจำนวน 12 ราย (ร้อยละ 80) กลุ่มทดลองมีจำนวน 14 ราย (ร้อยละ 93.3) อายุอยู่ในช่วง 20-45 ปี โดยกลุ่มควบคุมมีจำนวน 13 ราย (ร้อยละ 86.7) กลุ่มทดลองมีจำนวน 15 ราย (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงโดยกลุ่มควบคุมมีจำนวน 15 ราย (ร้อยละ 100) กลุ่มทดลองมีจำนวน 14 ราย (ร้อยละ 93.3) สถานภาพสมรสคู่ โดยกลุ่มควบคุมมีจำนวน 15 ราย (ร้อยละ 100) กลุ่มทดลองมีจำนวน 14 ราย (ร้อยละ 93.3) ระดับการศึกษา ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 73.3) ส่วนกลุ่มทดลองจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 46.7) และมีอาชีพเกษตรกร โดยกลุ่มควบคุมมีจำนวน 11 ราย (ร้อยละ 73.3) กลุ่มทดลองมีจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 93.3) รายได้ของครอบครัวจะอยู่ในช่วง 4,000-6,000 บาท/เดือน โดยกลุ่มควบคุมมีจำนวน 13 ราย (ร้อยละ 86.7) กลุ่มทดลองมีจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 53.3) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย และมีจำนวนเท่ากันคือ 9 ราย (ร้อยละ 60) และส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การผ่าตัด ซึ่งมีจำนวนเท่ากันคือ จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 73.3) ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย โดยในกลุ่มควบคุมมีจำนวน 10 ราย (ร้อยละ 66.7) ในกลุ่มทดลอง มีจำนวน 13 ราย (ร้อยละ 86.7) รายละเอียดดัง (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเด็ก				
บิดา	0	0	1	6.7
มารดา	12	80	14	93.3
ปู่ ย่า ตา ยาย	3	20	0	0
อายุ (ปี)				
20-45	13	86.7	15	100
46-65	2	13.3	0	0
เพศ				
ชาย	0	0	1	6.7
หญิง	15	100	14	93.3
สถานภาพสมรส				
คู่	15	100	14	93.3
หย่าร้าง	0	0	1	6.7

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	11	73.3	4	26.7
มัธยมศึกษา	4	26.7	7	46.7
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	0	0	1	6.7
ปวช. / ปวส.	0	0	2	13.3
ปริญญาตรี	0	0	1	6.7
อาชีพ				
เกษตรกรรวม	11	73.4	8	53.3
รับจ้าง	2	13.3	4	26.7
ค้าขาย	2	13.3	3	20
รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)				
4,000-6,000	13	86.7	8	53.3
6,001-8,000	0	0	2	13.3
มากกว่า 8,001	2	13.3	5	33.3
ลักษณะครอบครัว				
ครอบครัวเดี่ยว	6	40	6	40
ครอบครัวขยาย	9	60	9	60
ประสบการณ์การผ่าตัด				
ไม่เคยได้รับการผ่าตัด	11	73.3	11	73.3
เคยได้รับการผ่าตัด	4	26.7	4	26.7
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด				
ไม่เคยดูแลผู้ป่วย	10	66.7	13	86.7
เคยดูแลผู้ป่วย	5	33.3	2	13.3

1.1.2 ข้อมูลด้านผู้ป่วยเด็ก และการเจ็บป่วย

ข้อมูลด้านผู้ป่วยเด็ก และการเจ็บป่วย พบว่าผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ในกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย มีจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 53.3) ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีจำนวน 11 ราย (ร้อยละ 73.3) ส่วนใหญ่ในกลุ่มควบคุม มีอายุ 3 ปี จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 40) ในกลุ่มทดลองมีอายุ 1 ปี จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 80) ทั้งในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ผู้ป่วยเด็กทุกคนเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ร้อยละ 100) ประวัติการได้รับ

การผ่าตัดในกลุ่มควบคุมมีจำนวน 14 ราย (ร้อยละ 93.3) และในกลุ่มทดลองมีจำนวน 15 ราย (ร้อยละ 100) รายละเอียดดัง (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละ จำแนกตามข้อมูลด้านผู้ป่วยเด็ก และการเจ็บป่วย

ข้อมูลด้านผู้ป่วยเด็ก และการเจ็บป่วย	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	8	53.3	4	26.7
หญิง	7	46.7	11	73.3
อายุ (ปี)				
1	5	33.3	12	80
2	4	26.7	0	0
3	6	40	3	20
ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในอดีต				
ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	0	0	0	0
เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	15	100	15	100
ประวัติการได้รับการผ่าตัด				
ไม่เคยได้รับการผ่าตัด	14	93.3	15	100
เคยได้รับการผ่าตัด	1	6.7	0	0

1.1.3 ข้อมูลด้านการผ่าตัด

ข้อมูลด้านการผ่าตัด ส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มควบคุม และในกลุ่มทดลอง เป็นการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยในกลุ่มควบคุม มีจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 60) กลุ่มทดลอง จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 53.3) ผู้ป่วยเด็กทุกคน ทั้งในกลุ่มควบคุม และในกลุ่มทดลองมีสาย และท่อระบาย รวมถึงได้รับยาบรรเทาปวดหลังผ่าตัด (ร้อยละ 100) ชนิดของยาบรรเทาปวดที่ได้รับ ส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มควบคุม และในกลุ่มทดลอง จะได้รับยาเฟนทานิล โดยในกลุ่มควบคุมมีจำนวน 13 ราย (86.7) กลุ่มทดลองจำนวน 12 ราย (ร้อยละ 80) ทางที่ได้รับยาบรรเทาปวดความปวด ส่วนใหญ่จะได้รับการให้ทางหลอดเลือดดำ ในกลุ่มควบคุมมีจำนวน 15 ราย (ร้อยละ 100) กลุ่มทดลองจำนวน 14 ราย (ร้อยละ 93.3) ลักษณะการได้รับยาบรรเทาปวดความปวดส่วนใหญ่จะได้เมื่อต้องการหรือเมื่อจำเป็น โดยกลุ่มควบคุม มีจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 60) กลุ่มทดลองมีจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 53.3) รายละเอียดดัง (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 จำนวน และร้อยละ จำแนกตามข้อมูลด้านการผ่าตัด

ข้อมูลด้านการผ่าตัด	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของการผ่าตัด				
การผ่าตัดหัวใจแบบปิด	6	40	7	46.7
การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด	9	60	8	53.3
การมีสาย/ท่อระบายต่างๆ				
ไม่มี	0	0	0	0
มี	15	100	15	100
การได้รับยาบรรเทาปวดหลังผ่าตัด				
ไม่ได้รับ	0	0	0	0
ได้รับ	15	100	15	100
ชนิดของยาบรรเทาปวดที่ได้รับ				
มอร์ฟีน	2	13.3	2	13.3
พาราเซตามอล	0	0	1	6.7
เฟนทานิล	13	86.7	12	80
ทางที่ได้รับยาบรรเทาปวด				
ทางหลอดเลือดดำ	15	100	14	93.3
ทางการรับประทาน	0	0	1	6.7
ลักษณะการได้รับยาบรรเทาปวด				
เมื่อต้องการ หรือเมื่อจำเป็น	9	60	8	53.4
ตามเวลา ทุก 2-4 ชั่วโมง	5	33.3	5	33.3
ได้รับอย่างต่อเนื่อง หรือตลอดเวลา	1	6.7	2	13.3

1.2 ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจำแนกตามรูปแบบพฤติกรรมกรรมการจัดการความปวด มีทั้งหมด 3 ด้าน คือด้านการประเมิน และรายงานความปวด ด้านการป้องกันสิ่งกระตุ้นความปวดเพิ่มขึ้น และด้านการช่วยลดหรือบรรเทาความปวด นำเสนอผลการศึกษาเป็นค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.2.1 คะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการความปวด ของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง จำแนกตามรูปแบบพฤติกรรมกรรมการจัดการความปวด

(1) ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการความปวด ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้านการประเมิน และรายงานความปวด

พฤติกรรมกรรมการจัดการความปวดของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง จำแนกตามรูปแบบพฤติกรรมกรรมการจัดการความปวด ด้านการประเมิน และรายงานความปวด โดยให้ครอบครัวประเมินพฤติกรรมกรรมการแสดงออกด้านความปวดของผู้ป่วยเด็กจากการประเมินด้วยสายตา และใช้เครื่องมือ FLACC: A behavioral scale for scoring post-operative pain in young children. (face, legs, activity, crying, consolability) (Merkel, Voepel-Lewis, Shayevitz, & Malviya, 1997 อ้างถึงใน Bowden & Greenberg, 2008; Ball & Bindler, 2008) เนื่องจากที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม มีเครื่องมือประเมินความปวดชนิดเดียวที่นำมาใช้คือ มาตรวัดความเจ็บปวดแบบเรียงลำดับสีหน้า (Face scales) ซึ่งเหมาะสำหรับเด็กวัย 3 – 12 ปี (Ramamurthy, Rogers, & Alanmanou, 2006) เท่านั้น และเมื่อผู้วิจัยจะนำเครื่องมือประเมินพฤติกรรมความปวด FLACC มาใช้ก็ได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมเป็นอย่างดี จากที่ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเด็ก ภายหลังจากผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยเด็กนั้นมีความปวดทุกคน โดยพฤติกรรมที่เด็กแสดงออกถึงความปวดที่พบบ่อย คือการร้องไห้ครางอื้อๆ นอนนิ่งๆ เกร็งแขน และขา สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าพฤติกรรมที่มีระดับคะแนนการปฏิบัติมากที่สุดในกลุ่มควบคุม คือการสอบถามเด็ก หรือประเมินด้วยสายตาว่าเด็กปวดแค่ไหนทุกๆ 4 ชั่วโมง และทุกครั้งที่ครอบครัวคิดว่าเด็กปวด (mean=3.87) รองลงมาคือ การประเมินด้วยสายตาว่าเด็กปวดแค่ไหน จากการแสดงออก ทางสีหน้า และการประเมินด้วยสายตาว่าเด็กปวดแค่ไหน จากการแสดงออก ทางการร้องไห้ของเด็ก ซึ่งมีค่าคะแนนเท่ากัน (mean=3.80) ส่วนในกลุ่มทดลอง พฤติกรรมที่มีระดับคะแนนการปฏิบัติมากที่สุดในกลุ่มทดลอง คือการประเมินด้วยสายตาว่าเด็กปวดแค่ไหน จากการแสดงออก ทางการร้องไห้ของเด็ก (mean=4.60) รองลงมาคือการประเมินด้วยสายตาว่าเด็กปวดแค่ไหน จากการแสดงออก ทางการเคลื่อนไหวแขน ขา การประเมินด้วยสายตาว่าเด็กปวดแค่ไหน จากการแสดงออก ทางการตอบสนองต่อการปล่อยโยน และในข้อความทางลบคือการบอกให้เด็กอดทน ในขณะที่เด็กปวด โดยไม่แจ้งให้พยาบาลทราบ และไม่ช่วยบรรเทาความปวด ซึ่งมีค่าคะแนนเท่ากัน (mean=4.53) รายละเอียดดัง (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการความปวด ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้านการประเมิน และรายงานความปวด

พฤติกรรมกรรมการจัดการความปวด ด้านการประเมิน และรายงานความปวด	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)		p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
1. การสอบถามเด็ก หรือประเมินด้วยสายตาว่าเด็กปวดแค่ไหนทุกๆ 4 ชั่วโมง และทุกครั้งที่คิดว่าเด็กปวด	3.87	0.91	4.40	0.50	0.58
2. การประเมินด้วยสายตาว่าเด็กปวดแค่ไหน จากการแสดงออก ทางสีหน้าของเด็ก	3.80	0.77	4.53	0.64	0.01*
3. การประเมินด้วยสายตาว่าเด็กปวดแค่ไหน จากการแสดงออก ทางการเคลื่อนไหวแขน ขาของเด็ก	3.47	0.91	4.40	0.50	0.00*
4. การประเมินด้วยสายตาว่าเด็กปวดแค่ไหน จาก	3.80	0.94	4.60	0.50	0.00*

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการจัดการความปวด ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้านการประเมิน และรายงานความปวด (ต่อ)

พฤติกรรมจัดการความปวด ด้านการประเมิน และรายงานความปวด	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)		p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
การแสดงออก ทางการร้องไห้ของเด็ก					
5. การประเมินด้วยสายตาว่าเด็กปวดแค่ไหน จาก การแสดงออก ทางการเคลื่อนไหวลำตัวของเด็ก	3.07	1.03	4.47	0.51	0.00*
6. การประเมินด้วยสายตาว่าเด็กปวดแค่ไหน จาก การแสดงออก ทางการตอบสนองต่อการปลอบโยน ของเด็ก	3.07	0.88	4.53	0.51	0.00*
7. การแจ้งพยาบาลทราบทันที หลังจากสอบถามเด็ก หรือประเมินด้วยสายตาแล้วพบว่าเด็กปวด	2.13	1.18	3.93	0.59	0.00*
8. การสังเกต หรือรอให้เด็กปวดมากๆก่อน จึงจะแจ้ง พยาบาลได้ทราบว่าเด็กปวด	3.53	0.99	4.27	0.70	0.02*
9. การบอกให้เด็กอดทน ในขณะที่เด็กปวด โดยไม่ แจ้งให้พยาบาลทราบ และไม่ช่วยบรรเทาความปวด	3.07	0.96	4.53	0.51	0.00*

* p < 0.05

(2) ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมจัดการความปวด ใน
กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้านการป้องกันสิ่งกระตุ้นความปวดเพิ่มขึ้น

พฤติกรรมจัดการความปวดของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง จำแนกตามรูปแบบ
พฤติกรรมจัดการความปวด ด้านการป้องกันสิ่งกระตุ้นความปวดเพิ่มขึ้น จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยพบว่า
ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ เมื่อมีความปวดจะนอนนิ่งๆ ไม่ยอมเคลื่อนไหวร่างกายเป็นเวลานานๆ ต้องให้พยาบาล หรือ
ครอบครัวช่วยจัดท่านอน และพลิกตะแคงตัวให้ แต่เมื่อพยาบาลเข้ามาใกล้ผู้ป่วยเด็กจะร้องไห้ และมีพฤติกรรม
ถอยหนี ส่วนครอบครัว ผู้ป่วยเด็กนั้นต้องการให้อยู่ด้วยใกล้ๆ และในขณะที่จัดท่านอนให้ ผู้ป่วยเด็กจะให้ความ
ร่วมมือเป็นอย่างดี และเนื่องจากครอบครัวเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา จึงเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่เป็น
ประจำ ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมที่มีระดับคะแนนการปฏิบัติมากที่สุด และรองลงมาเท่ากันทั้งในกลุ่ม
ควบคุม และในกลุ่มทดลอง คือการดูแลให้เด็กนอนในท่าที่ไม่กดทับแผลผ่าตัด ในกลุ่มควบคุม (mean=4.00) ใน
กลุ่มทดลอง (mean=4.93) รองลงมาคือการดูแลให้เด็กนอนในท่าที่สุขสบาย เช่นท่าศีรษะสูง หรือท่านอนตะแคง
ในกลุ่มควบคุม (mean=3.87) ในกลุ่มทดลอง (mean=4.47)รายละเอียดดัง (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการจัดการความปวด ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้านการป้องกันสิ่งกระตุ้นความปวดเพิ่มขึ้น

พฤติกรรมจัดการความปวด ด้านการป้องกันสิ่งกระตุ้นความปวดเพิ่มขึ้น	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)		p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
1. การดูแลให้เด็กนอนในท่าที่ไม่กดทับแผลผ่าตัด	4.00	0.92	4.93	0.25	0.00*
2. การดูแลให้เด็กนอนในท่าที่สุขสบาย เช่นท่าศีรษะสูง หรือท่านอนตะแคง	3.87	1.18	4.47	0.51	0.08
3. การใช้มือช่วยประคองแผล เวลาที่เด็กเคลื่อนไหวหรือไอ	3.07	1.62	3.93	0.96	0.08
4. การช่วยประคองเด็กให้ลุกนั่ง โดยท่านอนตะแคง	2.80	1.74	3.33	0.97	0.31
5. การช่วยดูแลพลาสติกปิดแผล หรือจัดสายระบายทรวงอกไม่ให้ดึง หรือดึงรั้ง	3.07	1.53	4.20	0.77	0.01*

* $p < 0.05$

(3) ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมจัดการความปวด ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้านการช่วยลดหรือบรรเทาความปวด

พฤติกรรมจัดการความปวดของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง จำแนกตามรูปแบบพฤติกรรมจัดการความปวด ด้านการช่วยลดหรือบรรเทาความปวด เมื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเด็ก พบว่าเมื่อผู้ป่วยเด็กมีความปวด ครอบครัวจะให้กำลังใจโดยการพูดปลอบโยน พร้อมกับลูบสัมผัสบริเวณหน้าผาก แขน ขา ที่นอกเหนือจากที่ให้คำแนะนำในโปรแกรม ครอบครัวเลือกใช้การเป่าที่แผลเพื่อช่วยบรรเทาความปวดให้แก่เด็ก รวมถึงการผูกผ้าสายสัญญาณที่ข้อมือ เพื่อให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ช่วยให้ผู้ป่วยหายจากความทุกข์ทรมานจากความปวด ขณะปฏิบัติครอบครัวจะอึดอ้อมไปด้วย ทุกครอบครัวจะเลือกใช้การเล่นที่ผู้ป่วยเด็กชอบ เช่น พ่อเล่นจ๊ะเอ๋กับลูก เด็กได้กอดตุ๊กตามีตัวโปรด ได้หนังสือภาพสวยๆ ได้ฟังเพลงจากวิทยุรูปนกเพนกวินที่เคยฟังเป็นประจำเป็นต้น ส่วนผู้ป่วยเด็กเมื่อครอบครัวลูบสัมผัส โอบกอดเด็กจะมีสีหน้าที่สดชื่นขึ้น เด็กบางคนจะอึดให้ครอบครัว ไม่อแงจากการศึกษานี้พบว่าพฤติกรรมที่มีระดับคะแนนการปฏิบัติมากที่สุด ในกลุ่มควบคุมคือ เมื่อเด็กมีความปวด ครอบครัวลูบ สัมผัสโอบกอดเด็ก (mean=4.60) รองลงมาคือ การพูดให้กำลังใจเด็ก ร่วมด้วยขณะลูบ สัมผัสโอบกอด (mean=4.53) ส่วนในกลุ่มทดลอง ระดับคะแนนการปฏิบัติมากที่สุด คือการพูดให้กำลังใจเด็ก ร่วมด้วยขณะลูบ สัมผัสโอบกอด (mean=4.93) รองลงมาคือ เมื่อเด็กมีความปวด ครอบครัวลูบ สัมผัสโอบกอดเด็ก (mean=4.80) รายละเอียดดัง (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการจัดการความปวด ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้านการช่วยลดหรือบรรเทาความปวด

พฤติกรรมการจัดการความปวด ด้านการช่วยลดหรือบรรเทาความปวด	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)		p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
1. การป้อนยาแก้ปวดให้เด็กทันที หลังได้รับจากพยาบาล	4.07	1.03	4.53	0.51	0.12
2. โดยปกติครอบครัวดู สัมผัสโอบกอดเด็ก	4.40	0.82	4.60	0.63	0.46
3. เมื่อเด็กมีความปวด ครอบครัวดู สัมผัสโอบกอดเด็ก	4.60	0.63	4.80	0.56	0.36
4. การพูดให้กำลังใจเด็กพร้อมด้วย ขณะดู สัมผัสโอบกอด	4.53	0.64	4.93	0.25	0.03*
5. การใช้การเล่น เพื่อช่วยเบี่ยงเบนความสนใจของเด็กจากความปวด	3.13	0.91	4.47	0.51	0.00*
6. การเลือกใช้การเล่น หรือของเล่นที่เด็กเคยชอบ มาใช้เบี่ยงเบนความสนใจของเด็ก จากความปวด	3.00	0.92	4.40	0.50	0.00*

* $p < 0.05$

1.2.2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการจัดการความปวด จำแนกตามรูปแบบพฤติกรรมการจัดการความปวด ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการจัดการความปวด จำแนกตามรูปแบบพฤติกรรมการจัดการความปวด ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบที (t-test) โดยวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการความปวด ด้านการประเมิน และรายงานความปวด ด้านการป้องกันสิ่งกระตุ้นความปวดเพิ่มขึ้น และด้านการช่วยลดหรือบรรเทาความปวด มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดัง (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการจัดการความปวด จำแนกตามรูปแบบพฤติกรรมการจัดการความปวด ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	SD	t	p-value
พฤติกรรมการจัดการความปวด ด้านการประเมิน และรายงานความปวด				
กลุ่มควบคุม	3.31	0.49	7.40	0.00*
กลุ่มทดลอง	4.40	0.29		
พฤติกรรมการจัดการความปวด ด้านการป้องกัน สิ่งกระตุ้นความปวดเพิ่มขึ้น				
กลุ่มควบคุม	3.36	1.14	2.60	0.01*
กลุ่มทดลอง	4.17	0.39		
พฤติกรรมการจัดการความปวด ด้านการช่วยเหลือ หรือบรรเทาความปวด				
กลุ่มควบคุม	3.95	0.58	3.06	0.00*
กลุ่มทดลอง	4.42	0.08		

* $p < 0.05$

1.2.3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการจัดการความปวด ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการจัดการความปวดระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบที (t-test) โดยวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการความปวด สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดัง (ตารางที่ 14)

ตารางที่ 14 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการจัดการความปวด ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

รายการทดสอบ	\bar{X}	SD	t	p-value
คะแนนพฤติกรรมการจัดการความปวด				
กลุ่มควบคุม	3.51	0.52	6.02	0.00*
กลุ่มทดลอง	4.41	0.22		

* p < 0.05

2. การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวดเด็กวัย 1-3 ปีที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ต่อพฤติกรรมการจัดการความปวดของครอบครัวครั้งนี้ สามารถอธิบายตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวด มีคะแนนพฤติกรรมการจัดการความปวดมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยเด็กได้รับการผ่าตัดหัวใจ ปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยเด็กจะต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นั่นก็คือความปวด ความปวดก่อให้เกิดความไม่สบาย และความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยเด็ก โดยเฉพาะการการผ่าตัดบริเวณช่องอกจะก่อให้เกิดความรุนแรง มากกว่าการผ่าตัดในบริเวณอื่น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ในระยะหลังการผ่าตัดผู้ป่วยเด็กต้องได้รับการดูแลด้านการจัดการความปวด อย่างถูกต้อง เพียงพอ และต่อเนื่อง การจัดการความปวดที่ไม่เพียงพอ นั้นอาจส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และต่อด้านพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยเด็ก และอาจพัฒนาเป็นความปวดเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็ก ในอนาคตได้ นอกจากนั้นหากเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวก็อาจส่งผลกระทบต่อครอบครัว และระบบบริการสุขภาพตามมา การจัดการความปวดจึงมีความสำคัญ และเป็นหัวใจของการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมในระยะหลังผ่าตัด ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 วิธีคือ โดยการใช้ยา และโดยการใช้ยา การจัดการความปวดด้วยยาเป็นวิธีที่ผู้ป่วยทุกคนจะได้รับเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด แต่จากการศึกษาของ สมถวิล โปตระนันท์ (2546) พบว่าถึงแม้ในปัจจุบันความรู้เรื่องความปวดมีความก้าวหน้าเป็นอย่างมาก แต่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังคงได้รับการดูแลรักษาความปวดโดยการใช้ยาได้ไม่เพียงพอ และยังไม่เป็นที่พึงพอใจ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีความปวดปานกลางถึงปวดมากในระยะหลังผ่าตัด สูงถึงร้อยละ 30-75 สอดคล้องกับการศึกษาของ พนารัตน์ รัตนสุวรรณ อัมรัมย์ และคณะ (2551) ศึกษาความรู้เรื่องความปวด และทัศนคติต่อการบริการระงับปวดของบุคลากรทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่าความรู้เรื่องความปวดหลังผ่าตัดในแพทย์ส่วนใหญ่มีอยู่ในระดับปานกลางถึงมีมาก และบุคลากรทางการแพทย์บางส่วน ยังต้องการความรู้เพิ่มเติมในด้านการระงับปวดหลังผ่าตัด อภิญา วงศ์พิริโยธา (2535) ศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่าถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับยาบรรเทาปวดแล้วประมาณ 1 - 2 ชั่วโมง แต่ก็ยังมีความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก และยังมีความต้องการยาบรรเทาปวดอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการจัดการความปวดอีกวิธีหนึ่ง คือการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา จึงนำมาใช้ร่วมกับการจัดการความปวดโดยการใช้ยา วัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการ

จัดการความปวด และเป็นกิจกรรมอิสระที่ครอบครัว สามารถปฏิบัติได้ นอกจากนั้นเด็กวัย 1-3 ปี เป็นวัยที่ยังต้องอาศัยพึ่งพิงครอบครัว เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านพัฒนาการ และการสื่อสาร เด็กจะกลัวการพาดจาก จะแยกจากผู้ดูแลได้เพียงชั่วคราว เด็กจะกลัวคนแปลกหน้า ปฏิเสธการรักษา บุคคลที่ผู้ป่วยเด็กไว้วางใจ และต้องการให้อยู่ดูแลอย่างใกล้ชิดคือครอบครัว คลอดคล้องกับการศึกษาของ คารุณี จงอุดมการณ์ และคณะ (2548) และการศึกษาของ จรัสศรี เย็นบุตร และคณะ (2547) ศึกษาเรื่องการประเมินและจัดการกับความปวดของผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาล พบว่าเมื่อผู้ป่วยเด็กมีความปวด บุคคลที่เด็กต้องการ ให้อยู่ด้วยมากที่สุด และเมื่ออยู่ด้วยแล้วจะรู้สึกอบอุ่นใจ คือครอบครัว นอกจากนั้นครอบครัวยังเป็นบุคคลหนึ่งที่เป็นตัวเชื่อมผู้ป่วยเด็กกับบุคลากรทางสุขภาพ ในการรายงานความปวด ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็ก

ดังนั้นการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวด จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะการจัดการความปวดเป็นหัวใจของการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมในระยะหลังผ่าตัด โปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวด เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยเน้นเนื้อหาของการเตรียมครอบครัว โดยการให้ข้อมูล ด้านการจัดการความปวดแก่ครอบครัวตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด ในวันที่ 2 และวันที่ 1 ก่อนการผ่าตัด ใน 3 ด้านคือคือด้านการประเมิน และรายงานความปวด ด้านการป้องกันสิ่งกระตุ้นความปวดเพิ่มขึ้น และด้านการช่วยลดหรือบรรเทาความปวด ในการประเมิน และรายงานความปวด ถือเป็นสิ่งสำคัญ เพราะเด็กวัย 1-3 ปี สามารถบอกว่าปวดได้ แต่ไม่สามารถบอกถึงระดับความปวดได้ ดังนั้นครอบครัวต้องประเมินความปวดของผู้ป่วยเด็กให้ได้ก่อน การประเมินความปวดเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวด เพื่อทราบถึงความต้องการการช่วยเหลือ และทราบถึงประสิทธิภาพของการช่วยเหลือครอบครัวจะได้รับข้อมูลและฝึกทักษะการประเมิน เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถประเมินความปวดในเด็ก ได้อย่างถูกต้องเที่ยงตรง และมั่นใจว่าขั้นตอน และกระบวนการ ในการให้การดูแลผู้ป่วยเด็กนั้น สามารถช่วยเหลือ ป้องกัน บรรเทาความปวด ที่เกิดขึ้นกับเด็กได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ ตรงกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยเด็ก มีหลายการศึกษาที่เห็นความสำคัญของการประเมินความปวดโดยครอบครัว เช่นการศึกษาเรื่องการพัฒนาเครื่องมือสำหรับครอบครัวใช้ประเมินความปวด ของเด็กวัยเรียนในสังคมวัฒนธรรมอิสาน (คารุณี จงอุดมการณ์ และคณะ, 2549) เมื่อรู้ว่าเด็กมีความปวดแล้ว การค้นหาสาเหตุ และการป้องกันสิ่งที่จะกระตุ้นให้ปวดมากขึ้น ก็เป็นสิ่งสำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรมในงานวิจัยอื่นๆ จะศึกษาเรื่องการช่วยบรรเทาความปวดเป็นส่วนใหญ่ การศึกษาเรื่องการป้องกันสิ่งกระตุ้นความปวดเพิ่มยังพบน้อย ซึ่งผู้วิจัยเห็นความสำคัญเรื่องการป้องกันสิ่งกระตุ้นให้ความปวดเพิ่มขึ้น เพราะเป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติอยู่เป็นประจำในชีวิตประจำวัน เช่นการเคลื่อนไหวร่างกายโดยพลิกตะแคงตัว การถูกนั้ง ไอเป็นต้น ดังนั้นการได้รับรู้และฝึกทักษะจะช่วยให้การกระตุ้นให้เกิดความปวด ครอบครัวก็รู้สึกมั่นใจ ในการให้การดูแลผู้ป่วย และด้านการช่วยลดและบรรเทาความปวด เป็นกิจกรรมง่ายๆ ที่ครอบครัวสามารถปฏิบัติได้ เช่นการลูบสัมผัส โอบกอด การพูดให้กำลังใจเด็ก หรือการใช้การเล่นที่เหมาะสมจะช่วยให้เด็กรู้สึกสุขสบายขึ้น ลดความทุกข์ทรมานจากความปวด หลังได้รับข้อมูลครอบครัวจะได้รับการฝึกทักษะด้านการจัดการความปวด หลังผ่าตัด เพื่อให้เกิดพฤติกรรมจัดการความปวด โดยพัฒนามาจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ร่วมกับการใช้ปรัชญาการพยาบาลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแล (Family-Centered Care) ตามเนื้อหาที่ได้กำหนดไว้ล่วงหน้าโดยการเรียงลำดับอย่างต่อเนื่อง ผ่านสื่อวีดิทัศน์ และหนังสือคู่มือซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการสอบถามข้อมูลก่อนการสร้างโปรแกรม ในพยาบาลประจำการ และจากการสอบถามครอบครัวผู้ป่วยเด็ก 1-3 ปีที่ได้รับบริการผ่าตัด และเมื่อสร้างโปรแกรมเสร็จแล้ว ผู้วิจัยได้นำมาให้ครอบครัวได้พิจารณาให้คำแนะนำอีกครั้ง แล้วนำกลับไปปรับปรุง และทดลองใช้ในครอบครัวที่มีคุณลักษณะคล้ายกันกับกลุ่มตัวอย่าง และสามารถปฏิบัติได้เป็นอย่างดี นอกจากนั้นเครื่องมือที่นำมาใช้ ผู้วิจัยได้พัฒนาจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบ และหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีความปวดหลังผ่าตัด จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ แล้วนำไปทดลองใช้ในครอบครัวที่มีคุณลักษณะคล้ายกันกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำมาคำนวณทางสถิติ หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ 0.80 มีผลให้พฤติกรรมกรรมการจัดการความปวดของครอบครัวที่ได้รับ โปรแกรม มากกว่าในครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ข้อค้นพบนี้สนับสนุนทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของบันดูรา (Bandura) เกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ซึ่งกัน และกันระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เริ่มจากการสร้างสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัย และครอบครัว โดยการแนะนำตนเอง ซึ่งเกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าครอบครัวจะได้รับ รวมถึงประโยชน์ต่อผู้ป่วยเด็ก ตลอดจนสิทธิของครอบครัวในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อครอบครัวได้รับข้อมูลจากผู้วิจัย ครอบครัวมีท่าทีที่เป็นกันเอง ยิ้มแย้ม บางครอบครัวซักถามถึงข้อสงสัย เมื่อผู้วิจัยได้อธิบายเพิ่มเติมครอบครัวก็เข้าใจ และยินดีให้ความร่วมมือ และเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ครอบครัวลงชื่อในแบบฟอร์มยินยอมของอาสาสมัครเพื่อเป็นหลักฐาน พร้อมทั้งสัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูลครอบครัว เมื่อครอบครัวเข้าใจ ไว้วางใจเกิดความรู้สึกเป็นกันเอง ประกอบกับเมื่อเห็นผู้ป่วยเด็กปวดครอบครัวก็รู้สึกเหมือนตัวเองนั้นปวดด้วย (คารุณี จงอุดมการณ์ และคณะ, 2549) เกิดเป็นแรงจูงใจ และมีความตั้งใจที่จะเรียนรู้ในข้อมูลด้านการจัดการความปวด ประกอบกับเป็นข้อมูลที่ครอบครัวต้องการรู้ เพื่อที่ตนเองจะสามารถมีส่วนร่วมในการดูแล และจัดการความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยเด็กได้ สอดคล้องกับผลการศึกษา เรื่องความต้องการของญาติขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัด ของสมพันธ์ หิญชีระนันท์ และ วรณวิมล คงสุวรรณ (2544) พบว่าความต้องการรายด้านที่ญาติต้องการมากที่สุด คือความต้องการข้อมูล รองลงมาคือความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย และการศึกษาของ นิชกานต์ ไชยชนะ (2547) ที่พบว่าผู้ปกครองมีความปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กอยู่ในระดับมาก ผู้วิจัยคำนึงถึงความสามารถ ในการเรียนรู้ของครอบครัว ทั้งในด้านอายุ การมองเห็นการ ได้ยิน ระดับการศึกษา จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การสังเกตขั้นตอนการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจริงๆ ในหอผู้ป่วย การสัมภาษณ์ครอบครัวก่อน และหลังการผ่าตัด รวมทั้งสอบถามถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ สอบถามพยาบาลประจำการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อพัฒนาเนื้อหาข้อมูล รวมถึงการฝึกทักษะด้านการจัดการความปวดที่เป็นขั้นตอน ไม่ซับซ้อน เข้าใจง่าย ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning) จากตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Model) ซึ่งผู้วิจัยใช้สื่อวีดิทัศน์ เพื่อเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวด เริ่มจาก ผู้วิจัยประเมินความพร้อมของครอบครัวก่อนการให้ข้อมูล แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอน เนื้อหา และระยะเวลาของการให้ข้อมูล รวมถึงบทบาทของครอบครัวขณะรับชมวีดิทัศน์ ซึ่งสื่อวีดิทัศน์เป็นสื่อที่มีทั้งภาพ และเสียงทำให้เกิดความน่าสนใจ แม่นยำ การลำดับภาพตามขั้นตอน ทำให้เกิดความชัดเจนในการให้ข้อมูล สอดคล้องกับการศึกษาของ อูราวดี เจริญชัย (2541) และวนิดา พิมพ์ทา (2546) พบว่า การใช้สื่อเทปโทรทัศน์ทำให้เข้าใจเนื้อหา มีความต่อเนื่องเป็นลำดับเหตุการณ์ ไม่สับสน มีความรู้และเข้าใจมากขึ้น และ โสภา กรณสุด และศรีนวล วิวัฒน์คุณูปการ (2543) ที่ศึกษาเรื่องการผลิตรายการ โทรทัศน์เพื่อการสอน

เรื่องการให้คำปรึกษา พบว่าสื่อโทรทัศน์ที่ผลิตขึ้นสามารถสื่อให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการเรียนรู้ และเข้าใจกระบวนการการให้คำปรึกษาได้เป็นอย่างดี และให้ข้อเสนอแนะว่าควรผลิตสื่อโทรทัศน์เพื่อการเรียนรู้ในเรื่องอื่นๆ อีก สอดคล้องกับข้อมูลที่ผู้วิจัยได้จากการสอบถามครอบครัว ถึงสื่อวีดิทัศน์ว่าเป็นสื่อที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ได้ง่าย และชัดเจน เมื่อไม่เข้าใจก็สามารถเปิดรับชมใหม่ได้ ขณะรับชมการบรรยายผ่านสื่อวีดิทัศน์ ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม และความสนใจในการรับชมของครอบครัว พบว่าทุกครอบครัวให้ความสนใจในการรับชมสื่อวีดิทัศน์เป็นอย่างดี สามารถปฏิบัติตามแบบฝึกประเมินพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยเด็กได้ เมื่อมีข้อสงสัยครอบครัวจะซักถามทันทีหลังจากรับชมจบ เมื่อผู้วิจัยตอบข้อซักถาม หรือในบางครั้งที่ผู้วิจัยจะเปิดวีดิทัศน์ให้รับชมอีกครั้งในส่วนที่ไม่เข้าใจ หรือรับชมไม่ทัน เพื่อความชัดเจนยิ่งขึ้น จากนั้นผู้วิจัยประเมินกลับ ครอบครัวก็สามารถตอบได้ ส่วนผู้ป่วยเด็กในขณะที่รับชมวีดิทัศน์ โดยเฉพาะเด็กวัย 2-3 ปีจะให้ความสนใจในการรับชมเช่นเดียวกับครอบครัว เนื่องจากสื่อวีดิทัศน์เป็นสื่อที่มีทั้งภาพ มีเสียงผู้บรรยาย และเสียงเพลงประกอบ การได้ข้อมูลจากการรับชมผ่านสื่อวีดิทัศน์ ส่งผลให้ครอบครัวเกิดความใส่ใจ (Attention) เมื่อได้สังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ ได้แก่มารดาผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กในวีดิทัศน์ จะบันทึกพฤติกรรมนั้นไว้ในความจำ ทำให้ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงข้อมูลจากตัวแบบ เป็นรูปแบบของสัญลักษณ์ และจัดโครงสร้างใหม่ทำให้เกิดความจดจำ (Retention) จากนั้นจะเกิดกระบวนการแปรสภาพภาพ หรือสิ่งที่จำได้ออกมาเป็นการกระทำ หรือพฤติกรรมที่เหมือนหรือใกล้เคียงกับตัวแบบ (Reproduction) เพื่อให้เกิดความจดจำในระยะยาว จึงมีการฝึกทักษะการจัดการความปวด โดยให้ครอบครัวได้ทดลองปฏิบัติตามที่ได้รับชมจากสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งบางขั้นตอนที่ผู้วิจัยเปิดวีดิทัศน์ให้ชมอีกครั้ง ครอบครัวก็สามารถปฏิบัติได้ จากการสอบถามครอบครัวสามารถฝึกทักษะบ่อยๆ ได้ โดยใช้หนังสือคู่มือการจัดการความปวดที่ให้ไว้ประกอบด้วย เนื่องจากเด็กวัย 0-3 ปีเป็นวัยที่กลัวการพาดจาก กลัวคนแปลกหน้า ถึงแม้ผู้วิจัยจะพูดคุยด้วยความเป็นกันเอง ผู้ป่วยเด็กก็ยังเกิดความกลัว และไม่ยอมให้ความร่วมมือเป็นแบบในการฝึกทักษะ ดังนั้นหากมีผู้ต้องการศึกษา และมีกิจกรรมการพยาบาลเช่นที่ผู้วิจัยศึกษานี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะว่าควรขอความร่วมมือจากผู้ป่วยคนอื่นๆ เช่นผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ให้มาเป็นแบบในการฝึกทักษะ หรืออาจใช้ตุ๊กตาเป็นแบบแทนได้ ที่สำคัญต้องติดตามเยี่ยม สอบถาม และให้ครอบครัวปฏิบัติให้ผู้วิจัยดูอีกครั้ง เพื่อให้แน่ใจว่าครอบครัวได้นำความรู้ที่ได้รับกลับไปฝึกปฏิบัติในผู้ป่วยเด็ก และสามารถปฏิบัติได้จริงๆ และหากครอบครัวได้รับหนังสือคู่มือไว้ประกอบการฝึกด้วยจะเป็นการดียิ่ง ที่สำคัญขอผู้ป่วยต้องมีความพร้อมของเครื่องมือที่ใช้ในการให้ข้อมูล ได้แก่ เครื่องเล่นวีดิทัศน์ โทรทัศน์สี หากให้ดียิ่งขึ้นควรมีห้องแยกในการให้ข้อมูล และฝึกทักษะการจัดการความปวด เพราะบรรยากาศที่เงียบสงบ ทำให้ครอบครัวเกิดสมาธิ เกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้การสร้างแรงจูงใจ (Motivation) ให้แก่ครอบครัวโดยการเสริมแรงทางตรง (direct reinforcement) โดยการกล่าวให้กำลังใจ และให้คำชมเชยเมื่อครอบครัวสามารถปฏิบัติ หรือแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ในขณะที่ฝึกทักษะด้านการจัดการความปวดหลังรับชมวีดิทัศน์ และการเสริมแรงด้วยตนเอง (self-reinforcement) จากการกำกับตัวเอง (Self-Regulation) โดยการที่ครอบครัวสามารถพิสูจน์ว่าตนเองมีความรู้ และสามารถปฏิบัติตามทักษะตามที่ตนได้ตั้งวัตถุประสงค์ไว้ได้อย่างถูกต้อง จะช่วยให้ครอบครัวเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) เกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเองด้านการจัดการความปวดของผู้ป่วยเด็ก และมีแนวโน้มในการนำความรู้ที่ได้รับ ไปสู่การปฏิบัติได้ด้วยความมั่นใจ และเกิดความต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์ สิงหเสนี (2548) พบว่าในระยะก่อนการผ่าตัด หาก

ผู้ป่วยได้รับการเตรียมตัว และฝึกปฏิบัติเพื่อจัดการความปวดของตนเอง รวมถึงการได้รับการเสริมแรงโดยการกล่าวให้กำลังใจ เมื่อถึงระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะสามารถเลือกวิธีปฏิบัติ เพื่อจัดการกับความปวดได้เหมาะสมกับตนเอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจากการศึกษา เมื่อครอบครัวเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองแล้ว ในระยะหลังการผ่าตัดเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยเด็ก ที่มีความปวดหลังผ่าตัดในสถานการณ์จริง ครอบครัวจึงมีพฤติกรรมจัดการความปวดมากกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งในด้านการประเมิน และรายงานความปวด ด้านการป้องกันสิ่งกระตุ้นความปวดเพิ่มขึ้น และด้านการช่วยลดหรือบรรเทาความปวด สอดคล้องกับการศึกษาของ ผกาทิพย์ สิงห์คำ (2545) พบว่าการให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมทารกโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ต่อความสามารถในการตอบสนองพฤติกรรมทารกของมารดาหลังคลอดครั้งแรก มารดาที่ได้รับคำแนะนำโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ มีความสามารถในการตอบสนองพฤติกรรมทารกสูงขึ้น โดยสูงกว่าก่อนได้รับคำแนะนำ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับคำแนะนำโดยใช้สื่อวีดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Wong, Lai et al. (2006) ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อการฟื้นฟูเด็กที่มีพัฒนาการที่ผิดปกติ พบว่าความสามารถของครอบครัว ในการมีส่วนร่วมในกระบวนการฟื้นฟูพัฒนาการเด็ก หลังการให้ความรู้ มีมากกว่าก่อนการให้ความรู้ ซึ่งข้อค้นพบนี้ยังสนับสนุนแนวคิดการพยาบาล โดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-Centered Care) ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญ ในการการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก เพราะในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กจะไม่สามารถปฏิบัติให้บรรลุความสำเร็จและดีที่สุดได้ หากปราศจากการร่วมกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วย โดยครอบครัว โดยเชื่อว่ครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตผู้ป่วยเด็ก คำสำคัญที่ปรากฏร่วม ในแนวคิดการพยาบาล โดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ได้แก่คำต่อไปนี้คือ เป็นความเกี่ยวข้องของครอบครัวในการดูแล (Involvement) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล (Participation) การดูแลร่วมกัน (Shared care) ความเป็นหุ้นส่วนในการดูแล (Partnership) (คารุณี จงอุดมการณ์ และคณะ, 2549) ในงานวิจัยนี้ใช้หลักแนวคิดนี้ ในการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการความปวด การดูแลโดยครอบครัวยังเป็นบทบาทอิสระ ที่สามารถปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษาครอบครัวสามารถประเมินระดับความปวดจากการสอบถามเด็ก หรือจากการประเมินด้วยสายตา ถึงพฤติกรรมตอบสนองต่อความปวดของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งไม่แตกต่างกันในทั้งสองกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากครอบครัวเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กอยู่ตลอดเวลาอยู่แล้ว ส่วนพฤติกรรมที่มีระดับคะแนนการปฏิบัติมากที่สุด คือการแสดงออกทางการร้องไห้ของเด็ก ร่วมกับการประเมินพฤติกรรมในด้านต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งทิวา อัครวิธานนท์ (2532) พบว่าระดับการรับรู้ต่อความปวดในเด็กวัย 2-4 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตอบสนองทางด้านน้ำเสียง เช่น ร้องไห้ แผลเสียงร้อง อาละวาด ทูบตีสิ่งกีดขวาง ทั้งตัวลงนอนเป็นต้น จากการสอบถามครอบครัวจะเกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยมีความปวด และมั่นใจในการรายงานความปวดแก่พยาบาลมากยิ่งขึ้นด้วยโดยไม่ลังเล หรือรอให้เด็กปวดมากๆ ก่อน จึงจะแจ้งพยาบาลได้ทราบว่เด็กปวด เมื่อประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีความปวดแล้ว ครอบครัวยังให้การดูแลในเบื้องต้นเพื่อป้องกันสิ่งกระตุ้นความปวดเพิ่มขึ้น จากการศึกษาคือการจัดท่านอนที่สุขสบาย และไม่กดทับแผล การดูแลสายระบายทรวงอก ไม่ให้ดึง หรือดึงรั้ง เป็นต้น รวมถึงการดูแลเพื่อช่วยลดหรือบรรเทาความปวด จากการศึกษาคือการพูดให้กำลังใจเด็ก ร่วมด้วยขณะลูบ สัมผัส โอบกอด สอดคล้องกับการศึกษาของ รุจา ภูไพบูลย์ และคารุณี จงอุดมการณ์ (2532) พบว่าการช่วยบรรเทาความปวดที่ครอบครัวชอบ คือ การแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบ (ร้อยละ 40) การให้ยาระงับปวด (ร้อยละ 32) การปลอบโยนเด็ก (ร้อยละ 26) และการสัมผัส (ร้อยละ 12) การศึกษานี้ครอบครัวใช้ของเล่นที่เด็กเคยชอบ มาใช้เบี่ยงเบนความสนใจของเด็ก เช่นการ

ให้กอดตุ๊กตาตัวโปรด การฟังเพลงที่ชอบจากเครื่องเล่นวิทยุ การดูรูปภาพจากหนังสือ การเล่นจ๊ะเอ๋ เป็นต้น ซึ่งทางหอผู้ป่วยก็ให้การดูแลผู้ป่วย โดยใช้แนวคิดการพยาบาลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-Centered Care) เช่นกัน ครอบครัวจึงได้รับการสนับสนุน และได้รับความร่วมมือจากพยาบาลเป็นอย่างดี จากผลการศึกษาการเปรียบเทียบระดับคะแนนพฤติกรรมการจัดการความปวด ในกลุ่มทดลองที่มากกว่าในกลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวดเด็กวัย 1-3 ปีที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ส่งผลให้ครอบครัวมีความพร้อม และสามารถจัดการกับความปวดในผู้ป่วยเด็กได้เป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิโรจน์ ฉิ่งเล็ก (2550) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก พบว่ามารดาในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กมากกว่าในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ เลิศมณี ศรีสุพรรณวงษ์ (2548) ที่ศึกษาผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยกระดูกหักหลังได้รับการผ่าตัด พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การเตรียมความพร้อม โดยการให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัด ยังช่วยลดความปวดหลังการผ่าตัดได้ เช่นการศึกษาของ Kristensson-Hallstrom et al. (1997) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการเตรียมความพร้อม โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังได้รับการผ่าตัด ในห้องพักฟื้น โดยครอบครัวในกลุ่มทดลองจะได้รับการเตรียมความพร้อม โดยการให้ข้อมูล และความรู้เรื่องการดูแลบุตรหลังผ่าตัด และครอบครัวในกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าครอบครัวในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการดูแลบุตรดีกว่าในกลุ่มควบคุม และผู้ป่วยเด็กมีระดับความปวด รวมถึงอาการอาเจียนน้อยกว่าในกลุ่มควบคุม จะเห็นได้ว่าการสร้างโปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในโรคที่แตกต่างกัน หรือในผู้ป่วยที่อายุแตกต่างกัน ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวหลังได้รับ โปรแกรม หรือกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มในกลุ่มที่ได้รับการ โปรแกรม มีความรู้ และมีพฤติกรรมปฏิบัติที่มากขึ้น ดังนั้นหากผู้สนใจจะสร้างโปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวด ดังเช่นที่ผู้วิจัยศึกษานี้ หากจะศึกษาในผู้ป่วยโรคอื่นๆ เช่น โรคเรื้อรัง หรือในการผ่าตัดอื่นๆ ควรศึกษาเรื่องการใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสมกับอายุผู้ป่วย การป้องกันสิ่งกระตุ้นความปวดเพิ่มในหัตถการที่ผู้ป่วยในกลุ่มที่เราจะศึกษาได้รับ และการช่วยบรรเทาความปวดในบริเวณที่สอดคล้องกับผู้ป่วยในกลุ่มที่จะศึกษามีความปวด รวมถึงการสร้างเครื่องมือประเมินพฤติกรรมดูแลให้ตรงกับที่จะศึกษา เพราะหากผู้วิจัยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วย และผู้ดูแล และสร้างโปรแกรมให้เหมาะสมกับการเรียนรู้ จะช่วยให้เกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ และการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง และเหมาะสมต่อไป ดังนั้นการส่งเสริมครอบครัวโดยการใช้โปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวดในการศึกษาของผู้วิจัยในครั้งนี้จึงมีความจำเป็นในการให้การดูแลผู้ป่วยเด็กวัย 1-3 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการดูแลเพื่อจัดการความปวดอย่างถูกต้องและเหมาะสม ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความปวด เกิดความสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมาน และเพื่อให้ผู้ป่วยเด็ก และครอบครัว มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นยิ่งขึ้น

