



ผลการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI MODEL ที่บูรณาการแนวคิดของ
แบบบูรณาการรับรู้ความสามารถของพยาบาลศัลยกรรมในการป้องกัน
ภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง



วาสนา ศรีสุขสมบัติ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาลัทธิศัลยกรรมพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์



**EFFECTS OF THE SECI MODEL OF KNOWLEDGE MANAGEMENT
INTEGRATED WITH BANDURA'S CONCEPT ON SURGICAL
NURSES' ABILITY TO PREVENT FLATULENCE
AFTER ABDOMINAL SURGERY**



WASANA SRISUKSOMBAT

**This Thesis Paper Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science (Nursing Administration)
Graduate Education, Saint Louis College, Thailand**

Academic Year 2013

Copyright Belongs to Saint Louis College

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลการจัดการความรู้ด้วย SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของเบนคูรา
ต่อการรับรู้ความสามารถของพยาบาลศัลยกรรมในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

วันที่ 14 ตุลาคม 2556

นางสาววาสนา ศรีสุขสมบัติ

ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข, Ph.D.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์เรือโทหญิง ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์, Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา อนุสันติ, ก.ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ ดร.สมศรี สุขเมธ, ส.ค.
รักษาการรองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

อาจารย์เรือโทหญิง ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์, Ph.D.
ประธานหลักสูตร

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของ เรือโทหญิง ดร. แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์ ร.น. อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำ และข้อคิดเห็นต่างๆ ของการวิจัยมาโดยตลอด ทุนการวิจัยได้รับจากทุนพระราชทานพัฒนาศิริราชของคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล จึงขอขอบพระคุณคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลที่ได้ให้ทุนอุดหนุนการวิจัย ครั้งนี้มา ณ ที่นี้ด้วย

ท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ร่วมงานตึกอุบัติเหตุ 3 พิเศษ ทุกคน ผู้ตรวจการงานการพยาบาล ศัลยศาสตร์ทุกท่าน และหัวหน้างานการพยาบาลศัลยศาสตร์ ที่ได้ให้กำลังใจและสนับสนุนส่งเสริมในด้านการศึกษาให้แก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา



วาสนา ศรีสุขสมบัติ

เลขประจำตัวผู้วิจัย	: 040301005; สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล; พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)
ชื่อนักศึกษา	: วาสนา ศรีสุขสมบัติ
ชื่อวิทยานิพนธ์ (ภาษาไทย)	: ผลการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI MODEL ที่บูรณาการแนวคิดของแบนดูราต่อการรับรู้ความสามารถของพยาบาลศัลยกรรมในการป้องกันภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง
ชื่อวิทยานิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ)	: EFFECTS OF THE SECI MODEL OF KNOWLEDGE MANAGEMENT INTEGRATED WITH BANDURA'S CONCEPT ON SURGICAL NURSES' ABILITY TO PREVENT FLATULENCE AFTER ABDOMINAL SURGERY
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	: เรือโทหญิง แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์, Ph.D.
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์	: รองศาสตราจารย์ ประภา ลิ้มประสูติ, Ph.D.
คำสำคัญ	: ภาวะท้องอืด กระบวนการพยาบาล การจัดการความรู้ตาม SECI Model การรับรู้ความสามารถในตนเอง
จำนวน	: 93 หน้า

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้ความสามารถของพยาบาลเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของแบนดูรา กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลศัลยกรรม จำนวน 12 คน แบ่งเป็นผู้ใช้รูปแบบ 2 คน และกลุ่มทดลอง 10 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คุณลักษณะที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) เครื่องมือดำเนินการทดลองคือ รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของแบนดูราเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง และ 2) เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง และแบบสอบถามความสามารถด้านความรู้ความเข้าใจของพยาบาลศัลยกรรมเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และทดสอบความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์ Alpha Cronbach ได้ค่าเท่ากับ 0.0873 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยใช้สูตร Wilcoxon Singed Rank test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า 1) พยาบาลศัลยกรรมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ 2) พยาบาลศัลยกรรมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดแสดงพฤติกรรมการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมากขึ้นเล็กน้อย แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ACADEMIC CODE : 040301005; NURSING ADMINISTRATION, M.N.S.;
(NURSING ADMINISTRATION)

STUDENT'S NAME : WASANA SRISUKSOMBAT

TITLE OF THEMATIC PAPER : EFFECTS OF THE SECI MODEL OF KNOWLEDGE MANAGEMENT
INTEGRATED WITH BANDURA'S CONCEPT ON SURGICAL
NURSES' ABILITY TO PREVENT FLATULENCE AFTER ABDOMINAL
SURGERY

THEMATIC PAPER ADVISOR : LTJG. KAEWWIBOON SANGPOLSIT, RN. Ph.D.

THEMATIC PAPER CO-ADVISOR : ASSOC. PROF. PRABHA LIMPRASUTR, Dr.P.H.

KEY WORD : FLATULENCE, NURSING PROCESS, THE SECI MODEL OF
KNOWLEDGE MANAGEMENT, SELF-EFFICACY

: 93 PAGES

ABSTRACT

This quasi-experimental research was to compare the level of nurses' efficacy on the prevention of flatulence of patients after abdominal surgery before and after applying a knowledge management model based on the SECI Model that integrated the concept of Bandura. The sample group consisted of 12 surgical nurses, divided into 2 model users and 10 experimental groups. The tools used in the research were: 1) The experimental instrument composed of the part of knowledge management model based on the SECI Model that integrated Bandura's concept of Prevention of flatulence of patients after abdominal surgery and 2) the instrument for data collection was the observation form of nursing practice to prevent flatulence of patients after abdominal surgery and a questionnaire on cognitive abilities of surgical nurses on the prevention of flatulence of patients after abdominal surgery that was examined for conformity with content by experts. The reliability was tested by using Alpha Cronbach coefficient, the value was 0.0873. The data were analyzed by using mean, standard deviation. The mean difference was tested by using the Wilcoxon Signed Rank test formula. The level of statistical significance was set at the 0.05 level.

The results showed that 1) the surgical nurses who were the sample group had a statistically significant increase in the prevention of flatulence at $p < 0.05$. 2) The surgical nurses who were the sample group had a better understanding of: prevention of flatulence showed a slightly greater anti-flatulence behavior of patients after abdominal surgery, but not statistically significant.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ข
สารบัญ.....	ค
สารบัญตาราง.....	จ
สารบัญภาพ.....	ช
บทที่.....	
1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	5
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
1.4 สมมุติฐานของการวิจัย.....	6
1.5 ขอบเขตการวิจัย.....	7
1.6 นิยามศัพท์.....	8
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
2 บรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
2.1 ภาวะท้องอืดหลังการผ่าตัดช่องท้อง.....	11
2.2 การใช้กระบวนกรพยาบาล.....	13
2.3 การจัดการความรู้.....	16
2.4 การรับรู้ความสามารถในตนเอง.....	19
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	22
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	22
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	23
3.3 จริยธรรมในการวิจัย.....	33
3.4 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	34
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	36

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ (ต่อ).....	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	37
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง.....	37
ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ความเข้าใจของพยาบาล ศัลยกรรมในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องก่อนและหลังการทดลอง....	40
ส่วนที่ 3 ข้อมูลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการ พยาบาลของพยาบาลศัลยกรรมในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง.....	45
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	52
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	53
5.2 อภิปรายผล.....	56
5.3 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย.....	61
5.4 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	61
บรรณานุกรม.....	63
ภาคผนวก.....	67
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	68
ข (ตัวอย่าง) คู่มือพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	70
ค (ตัวอย่าง) คู่มือ การใช้รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของ เบนคูราเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง.....	72
ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เรื่อง ผลการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่ บูรณาการแนวคิดของเบนคูราต่อความสามารถของพยาบาลศัลยกรรมในการป้องกันภาวะ ท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง.....	75
จ เอกสารเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	89
ประวัติผู้วิจัย.....	93

สารบัญตาราง

ตารางที่.....	หน้า
1 แสดงการบูรณาการการจัดการความรู้ตาม SECI Model กับแนวคิดของเบนคูรา เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง.....	24
2 จำนวนร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกตามอายุ เพศ และระดับการศึกษา.....	38
3 จำนวนของกลุ่มทดลองจำแนกตามระยะเวลาปฏิบัติงาน ตำแหน่ง การพัฒนาตนเอง.....	39
4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ ความเข้าใจของพยาบาลศัลยกรรมในการป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องก่อนและหลังการทดลอง.....	40
5 เปรียบเทียบความแตกต่างรายข้อของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ความเข้าใจก่อนและหลังการทดลองหมวดที่ 1 ภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง.....	41
6 เปรียบเทียบความแตกต่างรายข้อของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ความเข้าใจก่อนและหลังการทดลอง หมวดที่ 2 กระบวนการพยาบาลในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง.....	43
7 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลศัลยกรรมในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง.....	45
8 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการใช้กระบวนการพยาบาลทุกขั้นตอนของพยาบาลศัลยกรรมในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง.....	46
9 เปรียบเทียบความแตกต่างรายข้อของค่าเฉลี่ยของคะแนนการแสดงผลพฤติกรรมการปฏิบัติประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดช่องท้องระหว่างก่อนและหลังการทดลอง.....	47
10 เปรียบเทียบความแตกต่างรายข้อของค่าเฉลี่ยของคะแนนการแสดงผลพฤติกรรมการปฏิบัติกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการทดลอง.....	48
11 เปรียบเทียบความแตกต่างรายข้อของค่าเฉลี่ยของคะแนนการแสดงผลพฤติกรรมการวางแผนป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องระหว่างก่อนและหลังการทดลอง.....	49
12 เปรียบเทียบความแตกต่างรายข้อของค่าเฉลี่ยของคะแนนการแสดงผลพฤติกรรมการนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติระหว่างก่อนและหลังการทดลอง.....	50

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่.....	หน้า
13 เปรียบเทียบความแตกต่างรายชื่อของค่าเฉลี่ยของคะแนนการแสดงพฤติกรรมการปฏิบัติ การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการทดลอง.....	51



สารบัญภาพ

ภาพที่.....	หน้า
1 วงจรการจัดการความรู้ของ SECI Mode.....	16
2 กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	21



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง คือ ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวสู่สภาพปกติโดยเร็ว สามารถช่วยเหลือตนเองได้และไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด แม้ในปัจจุบันจะมีวิธีการและเครื่องมือผ่าตัดที่ทันสมัยและมีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล แต่ก็ยังพบว่าภาวะท้องอืดเป็นปัญหาสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งมักจะพบในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และอาจยาวนานถึง 3-4 วัน หลังผ่าตัด (Craven & Hirnle, 2003) โดยผู้ป่วยจะไม่มีอาการอาเจียนและไม่มีการเรอ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานและไม่สบายอย่างมาก เนื่องจากรู้สึกแน่นอึดอัดท้องจากการสะสมของแก๊สจำนวนมากในกระเพาะอาหารและลำไส้ ส่งผลให้มีการยืดขยายของกระเพาะอาหารและลำไส้ทำให้เกิดอาการปวดท้องจากแก๊สที่ไม่ได้ถูกขับออกไป และยังขัดขวางการเคลื่อนตัวของกระบังลมในขณะที่มีการหายใจเข้าทำให้หายใจไม่สะดวก ปอดขยายไม่ได้เต็มที่ (นนทา เล็กสวัสดิ์, 2540; Kozier & Erb, 1983; Way, 1985) ผู้ป่วยบางรายที่มีอาการท้องอืดมากจะมีอาการเครียด อารมณ์ขุ่นมัว หงุดหงิด และพักผ่อนไม่ได้ (Boxbaum, 1994; Smith, 1985; และอุดม บุญยทรัพย์, 2527) ซึ่งอาการเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์หลังผ่าตัดช่องท้อง และทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้โดยเร็ว

ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้โดยเร็ว ถ้าพยาบาลไม่สามารถป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องได้ จะส่งผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อนที่มีความรุนแรงต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้หลายประการ ซึ่ง ยุพิน ดิสมศักดิ์ (2546) ระบุว่าผู้ป่วยจะเกิดภาวะขาดน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เพราะการหยุดบีบรัดตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้ จะทำให้มีการขัดขวางการคัดหลั่งและการดูดซึมกลับตามปกติของอิเล็กโทรไลต์และของเหลว 7-8 ลิตรต่อวัน ทำให้อาการของเหลว แคลเซียม และแก๊สที่กลืนเข้าไปจำนวนมากค้างอยู่ในส่วนต้นของลำไส้ที่มีการอุดตัน น้ำและเกลือจากระบบไหลเวียนเลือดสูญเสียเข้าไปอยู่ในรูของลำไส้เป็นเหตุให้ลำไส้โป่งพองและยังขัดขวางการดูดซึมมากขึ้น ทำให้อาการของเหลวรวมทั้งแคลเซียมซึมผ่านหลอดเลือดฝอยเพิ่มขึ้น เกิดอาการกระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ (Gastroenteritis) ลำไส้เน่า (Gangrene of the Bowel) ทั้งลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงการเคลื่อนไหวของ

ลำไส้และการอัดของสิ่งที่มีอยู่ในลำไส้ทำให้ลำไส้มีการดูดซึมลดลง ซึ่งการขาดเลือดและความดันในรูของลำไส้ที่เพิ่มขึ้นจะนำไปสู่การทะลุของลำไส้และเกิดการติดเชื้อตามมา การติดเชื้อที่เกิดขึ้นได้แก่ เยื่อช่องท้องอักเสบ (Peritonitis) และฝีในช่องท้อง (Abdominal Abscess) นอกจากนี้ ยังเสี่ยงน้ำและอิเล็กโทรไลต์จากการอาเจียนอีกด้วย เป็นเหตุให้ปัสสาวะน้อยและมีไข้ ยิ่งกว่านั้นแก๊สในช่องท้องจะไปดันกระบังลมทำให้น้ำหนักการแลกเปลี่ยนแก๊สของปอดเสียไป เกิดอาการปอดแฟบและปอดอักเสบได้ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ล้วนเป็นอันตรายต่อชีวิต ขัดขวางการกลับคืนสู่ภาวะสุขภาพปกติและทำให้จำนวนวันนอนรวมทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น การป้องกันและการบรรเทาภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมีหลายสาเหตุ ได้แก่ เกิดจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย จากการที่กระเพาะอาหารและลำไส้ได้รับความกระทบกระเทือนจากการสัมผัสหรือการจับต้องอวัยวะภายในในระหว่างการผ่าตัด ทำให้มีการสูญเสียการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Brunner & Suddarth, 1988) จากการได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัด (อิงอร พงศ์พุททชาติ, 2546) จากการงดน้ำและอาหารเป็นเวลานานและความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ (Toto, 1987; อ้างใน วิยะดา รัตนสุวรรณ, 2535) นอกจากนี้ยังพบว่าช่วงเวลาผ่าตัดและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการเครียดและอ่อนเพลียเป็นเวลาหลายชั่วโมง ทำให้การทำงานของระบบขับถ่ายน้อยลงจึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะท้องอืดได้ ซึ่งความเครียดจากการผ่าตัดมีผลกระทบต่อการทำงานที่โดยปกติของร่างกาย ทั้งเรื่องการนอนหลับ การรับประทานอาหาร และการขับถ่าย โดยผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดจะมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางยา เนื่องจากการผ่าตัดเป็นสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งอาจจะเกิดจากสาเหตุความไม่คุ้นเคยกับสถานที่หรือสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล ความวิตกกังวลก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยส่งผลต่อเนื่องมาถึงหลังผ่าตัดทำให้ระบบการย่อยอาหารทำงานช้าลง (Luckmann & Sorensen, 1987) ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องรู้สาเหตุทั้งหมดที่ทำให้เกิดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง เพื่อจะได้สามารถป้องกันและบรรเทาอาการท้องอืดหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

การป้องกันและการบรรเทาภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดมีหลายวิธีในทางการแพทย์ ได้แก่ การใส่สายยางเข้าไปในกระเพาะอาหารเพื่อดูดเอาแก๊สและสารคัดหลั่งในกระเพาะอาหารออกมา การใส่สายยางเข้าไปทางทวารหนักเพื่อกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ใหญ่ทำให้ขับแก๊สออกทางทวารหนัก การให้ยากระตุ้นการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดของลำไส้ รวมทั้งการใช้ยาขับลมและยาระบาย ส่วนในทางการพยาบาลนั้น การป้องกันภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องสามารถกระทำได้โดยใช้กระบวนการพยาบาลอย่างองค์รวมและต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับ เตรียมผ่าตัด และหลังผ่าตัด

ทั้งนี้ให้ครอบคลุมขั้นตอนการประเมินปัญหาสุขภาพ การวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และการประเมินผลการพยาบาล โดยกำหนดให้การปราศจากภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องเป็นเป้าหมายทางการพยาบาล แผนการพยาบาลจึงต้องระบุทั้งการป้องกันและการบรรเทาภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด ซึ่งการเตรียมความพร้อมที่ดีในระยะก่อนผ่าตัดจะช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียด ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองและให้ความร่วมมือกับพยาบาลในระยะหลังผ่าตัดในการบรรเทาอาการท้องอืดและลดความรุนแรงของภาวะท้องอืดลง ไม่ว่าจะเป็นการเคลื่อนไหวร่างกาย การออกกำลังกายบนเตียง และการลุกเดินเพื่อช่วยให้อวัยวะของระบบต่างๆ ในร่างกายทำงานได้ตามปกติเร็วขึ้น (Nichols, 1986; Brunner & Suddarth, 1988; and Rowland, 1990) จะเห็นว่าพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการป้องกันและบรรเทาภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง เพราะต้องปฏิบัติทั้งกิจกรรมทางการแพทย์และกิจกรรมทางการพยาบาลตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในความดูแล

พยาบาลศัลยกรรมมีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยในการให้บริการพยาบาลศัลยกรรมจะต้องมีความสามารถในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้กระบวนการพยาบาลที่ถูกต้องแม่นยำ พยาบาลศัลยกรรมจึงต้องได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถอยู่เสมอ สำหรับหอผู้ป่วยที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ พยาบาลศัลยกรรมแต่ละคนมีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์การทำงานแตกต่างกัน บางคนได้รับการอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะให้สูงขึ้น บางคนอาจศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง และพยาบาลที่อาวุโสบางคนอาจมีประสบการณ์สูงในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและบรรเทาภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยที่ต่างคนต่างปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานความรู้ความสามารถและประสบการณ์ของตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและการบรรเทาภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง จึงอาจกระจัดกระจายและไม่ได้จัดระเบียบ ซึ่งเป็นการยากต่อบุคลากรพยาบาลในการนำความรู้ที่กระจัดกระจายไปใช้ให้เกิดประโยชน์เต็มที่ ซึ่ง พรธิดา วิเชียรปัญญา (2547) กล่าวว่าที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่ดำเนินการแบบไม่มีระบบ ไม่มีการสร้างสรรค์ ทำให้การจัดการความรู้ทำแบบไม่มีหลักเกณฑ์ ความรู้ที่มีอยู่ไม่ได้ถูกนำมาใช้ซ้ำ ไม่มีการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างสมาชิกขององค์กร ทำให้ต้องสร้างความรู้ใหม่ขึ้นใช้เองโดยไม่จำเป็น มีการปกปิดความรู้ระหว่างสมาชิกขององค์กรและไม่มีความสนใจในกลุ่มสมาชิกขององค์กรที่จะช่วยกันเพิ่มพูนความรู้ ขาดทักษะในการปรับเปลี่ยนให้ทันสมัย และขาดการใฝ่รู้ (Curiosity) ของสมาชิกในองค์กร ดังนั้นการจัดการความรู้ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลทุกคน ในการป้องกันและบรรเทาภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง

การจัดการความรู้เป็นกระบวนการจัดระบบความรู้ที่ทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพอันนำไปสู่ การพัฒนางานและพัฒนางานองค์กรตามลำดับ ซึ่งประเวศ วะสี (2548; อ้างใน เตือนใจ รักษาพงศ์, 2551) มีความเห็นว่า การจัดการความรู้เป็นการจัดการให้มีการค้นพบความรู้ความชำนาญที่แฝงเร้น ในตัวคน หาทางนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตกแต่งให้ง่ายต่อการใช้สอยและมีประโยชน์เพิ่มขึ้น ผล ของการจัดการความรู้ทำให้บรรลุเป้าหมายอย่างน้อย 4 ประการ คือ 1) บรรลุเป้าหมายของงาน 2) บรรลุเป้าหมายของการพัฒนาคน 3) บรรลุเป้าหมายการพัฒนาองค์กรไปเป็นองค์กรแห่งการ เรียนรู้ และ 4) บรรลุความเป็นชุมชน ความเป็นหมู่คณะ ความเอื้ออาทรระหว่างกันในที่ทำงาน (วิจารณ์ พานิช, 2548) ดังนั้น จึงเป็นการนำศักยภาพของแต่ละคนมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน และจัดระเบียบความรู้ที่กระจัดกระจายในพยาบาลแต่ละคน รวมทั้งบูรณาการความรู้ที่ได้จาก การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับความรู้ที่เกิดจากการค้นคว้าวิจัยอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นการถ่ายทอดบุคลากร พยาบาลในการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ หอผู้ป่วยศัลยกรรมจึง ควรมีการจัดการความรู้เรื่องการป้องกันและบรรเทาภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง

การจัดการความรู้มีหลายรูปแบบ ได้แก่ โมเดลปลาหัว ตัวแบบปลาตะเพียน การเล่าเรื่อง และ SECI Model (สคส., 2548; Ikujiro, 1991) ซึ่ง SECI Model มีความชัดเจนและเป็นวงจรต่อเนื่อง เพราะเป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ความรู้ และความคิดเห็นซึ่งกันและกันของ แต่ละบุคคล และจัดระบบความรู้ที่เป็นทั้งความรู้แบบซ่อนเร้นและความรู้แบบเปิดเผยที่มีทั้งหมด 4 ขั้นตอน คือ 1) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Socialization) 2) การเผยแพร่ความรู้ที่ได้จากตัวบุคคล (Externalization) 3) การบูรณาการความรู้ทั้งแบบซ่อนเร้นและความรู้แบบเปิดเผย (Combination) และ 4) การสร้างประสบการณ์การเรียนรู้จากองค์ความรู้ใหม่ (Internalization) (Ikujiro, 1991) ดังนั้น การจัดการความรู้ตาม SECI Model จึงเหมาะต่อการใช้พัฒนาความสามารถของพยาบาลศัลยกรรม ในการป้องกันภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

พยาบาลศัลยกรรมจะสามารถป้องกันภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องได้ จะต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ซึ่งแบนดูรา (Bandura, 1997) อธิบายว่า การแสดง พฤติกรรมของคนขึ้นอยู่กับความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcomes Expectation) ซึ่งหมายถึงความ ต้องการในผลลัพธ์ของการกระทำนั้นๆ และการรับรู้ความสามารถในตนเอง (Perceived Self-Efficacy) ซึ่งหมายถึงความมั่นใจในตนเองว่าจะสามารถแสดงพฤติกรรมที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ ต้องการได้ โดยปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมก็คือ การรับรู้ความสามารถในตนเอง เพราะการที่คนจะแสดงพฤติกรรมใดๆ ก็เพราะต้องการผลลัพธ์ที่เกิดจากการกระทำนั้นๆ และ เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำได้เท่านั้น แม้ว่าจะต้องการผลลัพธ์แต่ไม่เชื่อว่าตนเองสามารถทำได้ หรือ เชื่อว่าตนเองสามารถทำได้แต่ไม่ต้องการผลลัพธ์ หรือไม่ต้องการผลลัพธ์และไม่เชื่อใน

ความสามารถของตนเอง บุคคลนั้นก็จะไม่แสดงพฤติกรรมใดๆ ออกมา ดังนั้นการที่พยาบาลจะปฏิบัติการพยาบาลป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก็จะต้องมีความต้องการผลลัพธ์และรับรู้ในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องได้ ในการจัดการความรู้เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องจึงต้องกระตุ้นพยาบาลให้มีความคาดหวังในผลลัพธ์และสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของพยาบาลเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยเบนดูรา (Bandura, 1997) อธิบายว่าความสามารถในตนเองของบุคคลมาจากปัจจัยสำคัญ 4 ประการ คือ 1) ประสบการณ์ความเชี่ยวชาญของตนเอง (Enactive Mastery Experiences) 2) ประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้จากผู้อื่น (Vicarious Experiences) 3) ได้รับการโน้มน้าวชักจูง (Verbal Persuasion) และ 4) สภาพะของร่างกายและความรู้สึกของตนเอง (Physiological and Affective States) ดังนั้นการช่วยทำให้บุคคลรับรู้ความสามารถในตนเองจึงต้องทำให้เขามีประสบการณ์การเรียนรู้จนมีความเชี่ยวชาญ ได้เรียนรู้ประสบการณ์ของผู้ที่ประสบความสำเร็จ โน้มน้าวชักจูงให้มีความสนใจในเรื่องนั้นๆ และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ และดูแลให้บุคคลมีสภาพร่างกายและความรู้สึกที่ดี ไม่เครียด ไม่วิตกกังวล ดังนั้นการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของเบนดูรา จะทำให้พยาบาลศัลยกรรมมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง และสามารถแสดงพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องได้ รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของเบนดูรา จึงช่วยพัฒนาความสามารถของพยาบาลศัลยกรรมในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

1.2 คำถามการวิจัย

ระดับการรับรู้ความสามารถของพยาบาลศัลยกรรม เรื่อง การป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของเบนดูราสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ หรือไม่

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

1) ศึกษาระดับการรับรู้ความสามารถของพยาบาลศัลยกรรมในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของเบนดูรา

2) เปรียบเทียบระดับการรับรู้ความสามารถของพยาบาลศัลยกรรมในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของแบนคูรา

1.4 สมมุติฐานของการวิจัย (Hypotheses)

SECI Model เป็นรูปแบบการจัดการความรู้ที่มีความชัดเจนและเป็นวงจรต่อเนื่องเพราะเป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้ ประสบการณ์ และความคิดเห็นซึ่งกันและกันของแต่ละบุคคล และจัดระบบความรู้ที่เป็นทั้งความรู้แบบซ่อนเร้นและความรู้แบบเปิดเผยที่มีทั้งหมด 4 ขั้นตอน คือ 1) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Socialization) 2) การเผยแพร่ความรู้ที่ได้จากตัวบุคคล (Externalization) 3) การบูรณาการความรู้ทั้งแบบซ่อนเร้นและความรู้แบบเปิดเผย (Combination) และ 4) การสร้างประสบการณ์การเรียนรู้จากองค์ความรู้ใหม่ (Internalization) (Ikujiro, 1991) SECI Model จึงเหมาะต่อการใช้พัฒนาพฤติกรรมความสามารถของพยาบาลศัลยกรรม เรื่อง การป้องกันภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งแบนคูรา (Bandura, 1997) อธิบายว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการที่บุคคลนั้นมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมที่จะแสดงออก และรับรู้ในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถแสดงพฤติกรรมที่จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการได้ และผลงานวิจัยของมานอจโลวิช (Manojlovich, 2005) พบว่าการเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองนำไปสู่พฤติกรรมปฏิบัติงานที่ดีขึ้น ในการจัดการความรู้ตาม SECI Model จึงต้องทำให้พยาบาลมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องและสามารถรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องด้วย โดย Bandura (1997) อธิบายว่าความสามารถในตนเองของบุคคลมาจากปัจจัยสำคัญ 4 ประการคือ 1) ประสบการณ์ความเชี่ยวชาญของตนเอง (Enactive Mastery Experiences) 2) ประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้จากผู้อื่น (Vicarious Experiences) 3) ได้รับการโน้มน้าวชักจูง (Verbal Persuasion) และ 4) สภาวะของร่างกายและความรู้สึกของตนเอง (Physiological and Affective States) การช่วยให้บุคคลรับรู้ความสามารถในตนเองได้ จึงต้องทำให้เขามีประสบการณ์การเรียนรู้จนมีความเชี่ยวชาญ การได้เรียนรู้ประสบการณ์ของผู้ที่ประสบความสำเร็จ การโน้มน้าวชักจูงให้มีความสนใจในเรื่งนั้นๆ และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ และการช่วยให้บุคคลมีสภาพร่างกายและความรู้สึกที่ดี ไม่เครียด ไม่วิตกกังวล ความสามารถของบุคคลจึงหมายถึงความรู้ความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้และการแสดงพฤติกรรมตามการรับรู้ความสามารถตนเอง จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงกำหนดสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

ค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับการรับรู้ความสามารถของพยาบาลศัลยกรรมในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของเบนคูราสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพิจารณาจาก

1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความรู้ความเข้าใจในเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของเบนคูราสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ

2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องของพยาบาลศัลยกรรมภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของเบนคูราสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ

1.5 ขอบเขตของการวิจัย (Scope)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ทำการศึกษากับพยาบาลศัลยกรรม โรงพยาบาลศิริราช โดยผู้วิจัยกำหนดขอบเขตการวิจัย ดังนี้

1) ประชากรที่ศึกษา คือ พยาบาลศัลยกรรมหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ 3 พิเศษ โรงพยาบาลศิริราช ที่ปฏิบัติงานระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2553 - 31 มกราคม พ.ศ. 2554

2) การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างใช้ตามจำนวนจริงของพยาบาลศัลยกรรม โรงพยาบาลศิริราช ที่ปฏิบัติงานระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2553 - 31 มกราคม พ.ศ. 2554

3) การศึกษาครั้งนี้กำหนดให้พยาบาลศัลยกรรมปฏิบัติตามคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตลอดระยะเวลาของการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของเบนคูราในเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

4) ตัวแปรต้น (Independent Variable) คือ การดำเนินงานตามรูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของเบนคูราในเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยมีตัวแปรภายใน ได้แก่ การจัดการความรู้ตาม SECI Model แนวคิดของ เบนคูรา และการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

5) ตัวแปรตาม (Dependent Variable) คือ ระดับการรับรู้ความสามารถของพยาบาลศัลยกรรมในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

1.5.1 ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิจัย (Assumption)

การวิจัยครั้งนี้ถือว่าความแตกต่างในเรื่องเพศ อายุ เชื้อชาติ และประสบการณ์การทำงาน ไม่มีผลกระทบกระเทือนต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

1.5.2 ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitation)

1) การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง จึงไม่ได้ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนใดๆ และใช้กลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจงตามจำนวนจริงของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ 3 พิเศษ โรงพยาบาลศิริราช

2) การวิจัยครั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย และพยาบาลต้องมีการหมุนเวียนกันปฏิบัติหน้าที่ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าประชุมเพื่อจัดการความรู้พร้อมกันทุกคนในเวลาเดียวกัน

3) ช่วงเวลาของการทดลองมีผู้ป่วยมารับการผ่าตัดช่องท้องจำนวนน้อย ประกอบกับวิวัฒนาการการผ่าตัดก้าวหน้ามากขึ้นจึงทำให้ผู้ป่วยมารับวิธีการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องมีจำนวนน้อยลง

4) ใช้กลุ่มตัวอย่างตัวแปรต้น ซึ่งเป็นผู้รู้มือการจัดการความรู้ 2 คน คือ ผู้นำการประชุม 1 คน และผู้จัดสาระสำคัญ 1 คน และกลุ่มตัวอย่างตัวแปรตาม ซึ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 10 คน โดยทั้ง 10 คน ได้รับการวัดการรับรู้ด้านความรู้ความเข้าใจในเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง แต่ด้านการประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลฯ วัดจากกลุ่มทดลองจำนวน 2 คน เนื่องจากในช่วงทำการประเมินมีการปรับปรุงหอผู้ป่วย และมีผู้ป่วยมารับบริการการผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 2 คน

1.6 นิยามศัพท์ (Definition of Terms)

รูปแบบ หมายถึง แบบแผนการจัดการความรู้ที่มีการกำหนดเป็นขั้นตอนของกิจกรรมที่แสดงให้เห็นความเชื่อมโยงและต่อเนื่อง มีการกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการและผู้ปฏิบัติในกิจกรรมต่างๆ อย่างชัดเจน

พยาบาลศัลยกรรม หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตหรือเทียบเท่า หรือหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูงขึ้นไป ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ 3 พิเศษ โรงพยาบาลศิริราช

การป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หมายถึง กระบวนการพยาบาลที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องได้รับจากพยาบาลศัลยกรรมของหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ 3 พิเศษ โรงพยาบาลศิริราช ในการป้องกันภาวะท้องอืด ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดช่องท้อง การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง การนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ และการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของแบนดูราในเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หมายถึง แบบแผนการจัดการความรู้ที่มุ่งสร้างประสบการณ์การเรียนรู้องค์ความรู้ใหม่จนมีความเชี่ยวชาญ โดยใช้การจัดการความรู้ตาม SECI Model (Ikujiro, 1991) ที่บูรณาการกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถในตนเองของ แบนดูรา (Bandura, 1997) ในเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง และจัดทำเป็นคู่มือที่อธิบายขั้นตอนการจัดการความรู้ของพยาบาลศัลยกรรม ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือขั้นเตรียมการ และขั้นปฏิบัติการจัดการความรู้

ความสามารถของพยาบาลศัลยกรรมในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หมายถึง ความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สังเกตได้จากการแสดงออกของพยาบาลศัลยกรรมในขณะที่ทำให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องเพื่อให้เกิดผลลัพธ์คือผู้ป่วยไม่มีภาวะท้องอืดตามที่พยาบาลศัลยกรรมคาดหวังตามแนวคิดความสามารถในตนเอง (Self-Efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) โดยมีการวัดความสามารถของพยาบาลศัลยกรรม 2 เรื่อง คือ

1) ความรู้ความเข้าใจในเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หมายถึง การแสดงออกด้วยการตอบคำถามของพยาบาลศัลยกรรมในข้อความเกี่ยวกับการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยเนื้อหา 2 หมวด ได้แก่

- หมวดที่ 1 ภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หมายถึง ความรู้ความเข้าใจของพยาบาลศัลยกรรมในเรื่องอาการ อาการแสดง และอาการแทรกซ้อนของภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง
- หมวดที่ 2 กระบวนการพยาบาลในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หมายถึง ความรู้ความเข้าใจของพยาบาลศัลยกรรมในเรื่องขั้นตอนของการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดช่องท้อง การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง การนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ และการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

2) พฤติกรรมการปฏิบัติการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกด้วยการตัดสินใจและมีการปฏิบัติการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องของพยาบาลศัลยกรรมโดยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 5 ขั้นตอน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น คือ 1) การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

- 2) การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3) การวางแผนป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง
4) การนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ และ 5) การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Outcomes)

- 1) ได้แนวทางสำหรับพยาบาลศัลยกรรมในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง
- 2) ได้แนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดยการจัดระบบการจัดการความรู้ในหัวข้ออื่นๆ ที่สมาชิกต้องการได้รับความรู้เพิ่มเติม
- 3) ได้แนวทางในการพัฒนาบุคลากรพยาบาลโดยใช้การจัดการความรู้ตาม SECI Model และการพัฒนาการรับรู้ความสามารถในตนเองตามแนวคิดของเบนคูรา



บทที่ 2

วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องผลการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของแบบบูรณาการรับรู้ความสามารถของพยาบาลศัลยกรรมในการป้องกันภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องนี้ ผู้วิจัยมีจุดมุ่งหมายที่จะให้มีการพัฒนาความสามารถของพยาบาลศัลยกรรมโดยกระบวนการจัดการความรู้ ซึ่งจะเป็นผลดีต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลศัลยกรรม ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 2.1 ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง
- 2.2 การใช้กระบวนการพยาบาล
- 2.3 การจัดการความรู้
- 2.4 การรับรู้ความสามารถในตนเอง

2.1 ภาวะท้องอืดหลังการผ่าตัดช่องท้อง

2.1.1 การผ่าตัดช่องท้อง

การผ่าตัดช่องท้องเป็นการผ่าตัดที่มีการตัดผ่านกล้ามเนื้อหน้าท้องและเยื่อช่องท้องเข้าไปเพื่อการตรวจวินิจฉัยและรักษาพยาธิสภาพต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับอวัยวะในช่องท้อง (สุจินต์ วิจิตรกาญจน์ และประดับ ศรีกสิพันธุ์, 2525; Luckmann & Sorensen, 1987; อ้างในวิยะดา รัตนสุวรรณ, 2535) จัดเป็นการผ่าตัดใหญ่เพราะต้องใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดและระยะเวลาในการใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายนาน มีความยุ่งยาก มีความเสี่ยงสูง และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยหลังผ่าตัดช่องท้อง ได้แก่

- 1) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ภาวะตกเลือดซึ่งเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด สาเหตุอาจเนื่องมาจากความผิดพลาดทางเทคนิคในการห้ามเลือดของศัลยแพทย์ เช่น การผูกมัดหลอดเลือดขณะที่ทำผ่าตัดไม่แน่นพอ ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติโดยทั่วไปพบได้ประมาณ 60-70% ซึ่งส่วนใหญ่พบในช่วงระหว่างผ่าตัด และส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดที่เกี่ยวกับช่องอกหรือการทำผ่าตัดสมอง (วีรวัฒน์ เหลืองชนะ, 2544)

- 2) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ภาวะถุงลมโป่งพองเกิดจากการมีเสมหะอุดกั้นบริเวณ Bronchioles ทำให้อากาศไม่สามารถผ่านเข้าไปยังถุงลมได้ อากาศที่

เหลืออยู่ในถุงลมส่วนปลายจะถูกดูดซึมทำให้ถุงลมส่วนปลายแฟบ (Porth, 2005; อ้างใน พรรณทิพย์ เกียรติสิน, 2550) ภาวะปอดบวมพบในผู้ป่วยที่มีการไอไม่มีประสิทธิภาพ การนอนนิ่งๆ นานๆ ไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกายทำให้มีไข้ ซ้ำพรเบาเร็ว หายใจลำบาก หายใจมีเสียงดัง (Monahan, Drake, & Neighbor, 1994)

3) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับระบบทางเดินอาหารที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในระยะ 24 ชั่วโมงแรก จนถึง 2-3 วันแรกหลังผ่าตัด ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน และภาวะท้องอืด (Kozier, & Erb, 1983; Way, 1985)

2.1.2 ภาวะท้องอืด

1) ความหมาย

ภาวะท้องอืด หมายถึง ภาวะที่มีแก๊สจำนวนมากในกระเพาะอาหารและลำไส้ สาเหตุมาจากภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวภายหลังการผ่าตัดช่องท้อง ทำให้ไม่มีการบีบรัดเพื่อขับแก๊สออกมา (Torrance & Serginson, 1997) พบได้มากกว่าร้อยละ 90 (Mythen, 2005) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของกนกวรรณ บุญวิทยา (2548) ที่ศึกษาภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องจำนวน 120 ราย พบว่าร้อยละ 41.80 มีภาวะท้องอืดใน 32 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ร้อยละ 62.40 มีระยะเวลาที่มีภาวะท้องอืด 8-40 ชั่วโมง โดยรวมความรุนแรงของการเกิดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดพบได้ร้อยละ 81-60 ซึ่งภาวะท้องอืดที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด ไม่สบายในช่องท้อง มีอาการเจ็บปวดแผลมาก นอนตัวเกร็งไม่กล้าขยับเขยื้อนเพื่อหลีกเลี่ยงการเจ็บปวด ทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายลดลงจึงเป็นการส่งเสริมให้เกิดภาวะท้องอืดมากขึ้น

2) สาเหตุ

สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะท้องอืดนอกจากที่กล่าวมาแล้ว ยังมีสาเหตุอื่นๆ อีก เช่น การได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย การได้รับยาระงับความรู้สึกเป็นระยะเวลานาน ร่วมกับได้รับยา morphine ซึ่งเป็นยาแก้ปวดหลังผ่าตัด (Taylor, et al., 2001; อ้างใน พรรณทิพย์ เกียรติสิน, 2550) การงดน้ำงดอาหารเป็นระยะเวลานานทำให้เกิดภาวะไม่สมดุลของสารเหลวและอิเล็กโทรลัยท์ในร่างกาย โดยพบว่าภาวะที่มีโปแตสเซียมในพลาสมาต่ำจะทำให้การบีบตัวของลำไส้ลดลง และถ้ากล้ามเนื้อหน้าท้องเป็นตะคริวลำไส้จะไม่ทำงานอย่างถาวร (Toto, 1987; อ้างใน วิยะดา รัตนสุวรรณ, 2535) นอกจากนั้นความเครียดและความวิตกกังวลที่ต้องได้รับการผ่าตัด รวมทั้งความเจ็บปวดหลังผ่าตัดทำให้มีการกระตุ้นการหลั่งของแคทีโคลามีนในร่างกาย ส่งผลให้ระบบประสาทที่ไปเลี้ยงหลอดเลือดในทางเดินอาหารหดตัวทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงจากการขาดเลือดมาเลี้ยง (อุดม บุญยทรัพย์, 2527)

จะเห็นว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องนั้น นอกจากจะเกิดจากการรักษาทางยาและการผ่าตัด และจากภาวะความไม่สมดุลของอิเล็กโทรลัยท์ในร่างกายแล้ว ภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยก็เป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะท้องอืดได้ และโดยที่พยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่แรกรับจนถึงวันจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน พยาบาลจึงเป็นผู้ตัดสินใจให้การดูแลที่เหมาะสม เพราะถ้าหากพยาบาลไม่สามารถป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องได้จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีความรุนแรงต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้มากมาย อาทิเช่น ลำไส้อุดตัน ลำไส้โป่งพอง ลำไส้อักเสบ ลำไส้เน่า เยื่อช่องท้องอักเสบ และฝีในช่องท้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าในช่องท้องจะไปดันกระบังลมทำให้หน้าทึบ การแลกเปลี่ยนแก๊สของปอดเสียไป เกิดอาการปอดแฟบและปอดอักเสบได้ รวมทั้งการเสียน้ำและอิเล็กโทรลัยท์จากการอาเจียนก็เป็นเหตุให้ปัสสาวะน้อยและมีไข้ (ยุพิน คีตสมศักดิ์, 2546) พยาบาลจึงต้องพัฒนาตนเองให้มีสมรรถนะในการป้องกันและบรรเทาภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องได้อย่างเหมาะสม

2.2 การใช้กระบวนการพยาบาล

2.2.1 ความหมายและองค์ประกอบของกระบวนการพยาบาล

มาตรฐานการพยาบาลระบุว่าพยาบาลวิชาชีพทุกคนจะต้องใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ในการให้บริการการพยาบาลแก่ผู้รับบริการอย่างเป็นองค์รวมทั้งในระดับบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัว และชุมชน (สภาการพยาบาล, 2544) โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนในการส่งมอบการดูแลจากพยาบาลไปให้ผู้รับบริการ และใช้แนวคิดหรือทฤษฎีการพยาบาลเป็นกรอบการทำงาน (Kozier, et al., 2004) ซึ่งเน้นผู้รับบริการเป็นจุดศูนย์กลางและมุ่งให้เกิดผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาล และสุระพรรณ พนมฤทธิ์ (2543) สรุปว่ากระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือและวิธีการที่สำคัญของวิชาชีพพยาบาลในการรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล เพื่อช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปอย่างมีคุณภาพและบรรลุเป้าหมายในการดำรงรักษาภาวะสุขภาพของบุคคล กระบวนการพยาบาลมี 5 ขั้นตอนที่เกี่ยวข้องต่อเนื่อง และหมุนเวียนจนกว่าผู้รับบริการจะมีสุขภาพที่ดี ได้แก่

ขั้นที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล เป็นการเก็บรวบรวม จัดกลุ่มข้อมูล ตรวจสอบ และบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการอย่างมีระบบ โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยการพยาบาลต่อไป

ขั้นที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) เป็นขั้นตอนของการดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้ เพื่อนำมาตัดสินใจว่าปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการที่เกิดขึ้นในขณะนั้นคืออะไร หรือมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นคืออะไร พยาบาลนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ แปลความ จัดกลุ่ม ตัดสิน และกำหนดชื่อของภาวะสุขภาพนั้นเพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลต่อไป

ขั้นที่ 3 การวางแผนการพยาบาล (Nursing Care Planning) เป็นขั้นตอนที่พยาบาลนำเอาปัญหาหรือภาวะสุขภาพของผู้รับบริการที่ประเมินได้จากขั้นตอนการวินิจฉัยมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อให้ทราบว่าปัญหาใดต้องได้รับการแก้ไขก่อนหลัง จากนั้นกำหนดจุดมุ่งหมายของการพยาบาล กำหนดเกณฑ์การประเมินผล กำหนดกิจกรรมการพยาบาล และเขียนแผนการพยาบาลลงในแบบฟอร์มแผนการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน

ขั้นที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention) เป็นขั้นตอนในการนำแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ในขั้นที่ 3 ไปปฏิบัติจริงกับผู้รับบริการเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ในขั้นตอนนี้พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจถึงศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์สาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลผู้รับบริการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ภายหลังปฏิบัติการพยาบาลแล้วจะต้องทำการบันทึกกิจกรรมที่ได้ให้

ขั้นที่ 5 การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เป็นการประเมินว่าผู้รับบริการได้รับการดูแลและมีการพัฒนาไปสู่จุดมุ่งหมายที่วางไว้ตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ ในขั้นตอนนี้พยาบาลและผู้รับบริการต้องตัดสินใจร่วมกันว่าแผนการพยาบาลได้ผลหรือไม่ มีปัจจัยใดที่มีผลทำให้บรรลุผลหรือล้มเหลว ถ้าพบว่าการพยาบาลที่ปฏิบัติไม่บรรลุเป้าหมายจำเป็นต้องปรับแผนการพยาบาล โดยเริ่มดำเนินการใหม่ตั้งแต่ขั้นที่ 1-4 ใหม่จนบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

2.2.2 การใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อการป้องกันภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

ขั้นที่ 1 เก็บรวบรวม จัดกลุ่มข้อมูล ตรวจสอบ และบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยการพยาบาลเกี่ยวกับภาวะท้องอืด

ขั้นที่ 2 นำข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่เก็บรวบรวมมาได้มาวิเคราะห์ แปลความ จัดกลุ่ม และตัดสินใจว่ามีปัญหาท้องอืดเกิดขึ้นหรือไม่ หรือมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นเพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลต่อไป

ขั้นที่ 3 นำเอาปัญหาท้องอืดที่เกิดขึ้น หรือแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาท้องอืดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อให้ทราบว่าปัญหาใดต้องได้รับการแก้ไขก่อนหลัง จากนั้นกำหนดจุดมุ่งหมายของการพยาบาล กำหนดเกณฑ์การประเมินผล กำหนดกิจกรรมการพยาบาล และเขียนแผนการพยาบาลสำหรับภาวะท้องอืดเป็นลายลักษณ์อักษร

ขั้นที่ 4 นำแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ ภายหลังปฏิบัติการพยาบาลแล้วจะต้องทำ การบันทึกกิจกรรมที่ได้ให้ไป

ขั้นที่ 5 ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลว่าผู้ป่วยได้รับการแก้ไขและป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องหรือไม่ของผู้ป่วย ถ้าพบว่าการพยาบาลที่ปฏิบัติไม่บรรลุเป้าหมายจำเป็นต้องปรับแผนการพยาบาล โดยเริ่มดำเนินการใหม่ตั้งแต่ขั้นที่ 1-4 ใหม่จนบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

สายหยุด วัฒนธัญญกรรม (2529) ได้ศึกษาวิจัยผลการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องในผู้ป่วยที่มีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดไตและท่อไต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยชายที่มีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดไตและท่อไต จำนวน 40 ราย หอผู้ป่วยชายศัลยกรรม 4 โรงพยาบาลขอนแก่น โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองจะได้รับการสอน และปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องอย่างมีแบบแผนตามคู่มือจากผู้วิจัยทุก 2 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้ง และผู้ป่วยปฏิบัติด้วยตนเองต่อไปทุก 2-4 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลเพื่อบรรเทาภาวะท้องอืดตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องอย่างมีแบบแผนสามารถลดภาวะท้องอืดของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ตั้งแต่ชั่วโมงที่ 3 หลังพบภาวะท้องอืด

วิยะดา รัตนสุวรรณ (2535) ได้ศึกษาวิจัยผลการออกกำลังกายมีแบบแผนต่ออาการท้องอืดและอาการปวดท้องจากแก๊สในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจำนวน 20 คน ที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารและลำไส้ ซึ่งรับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลเชิงรายนุเคราะห์ และโรงพยาบาลพะเยา ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดและแบ่งกลุ่มตัวอย่างจำนวนเท่าๆ กัน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีสุ่มตัวอย่าง ใช้คู่มือการประเมินระดับความรุนแรงของอาการท้องอืดและอาการปวดท้องจากแก๊ส ผลการทดลองพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระดับความรุนแรงของการท้องอืด และอาการปวดท้องจากแก๊สน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.3 การจัดการความรู้

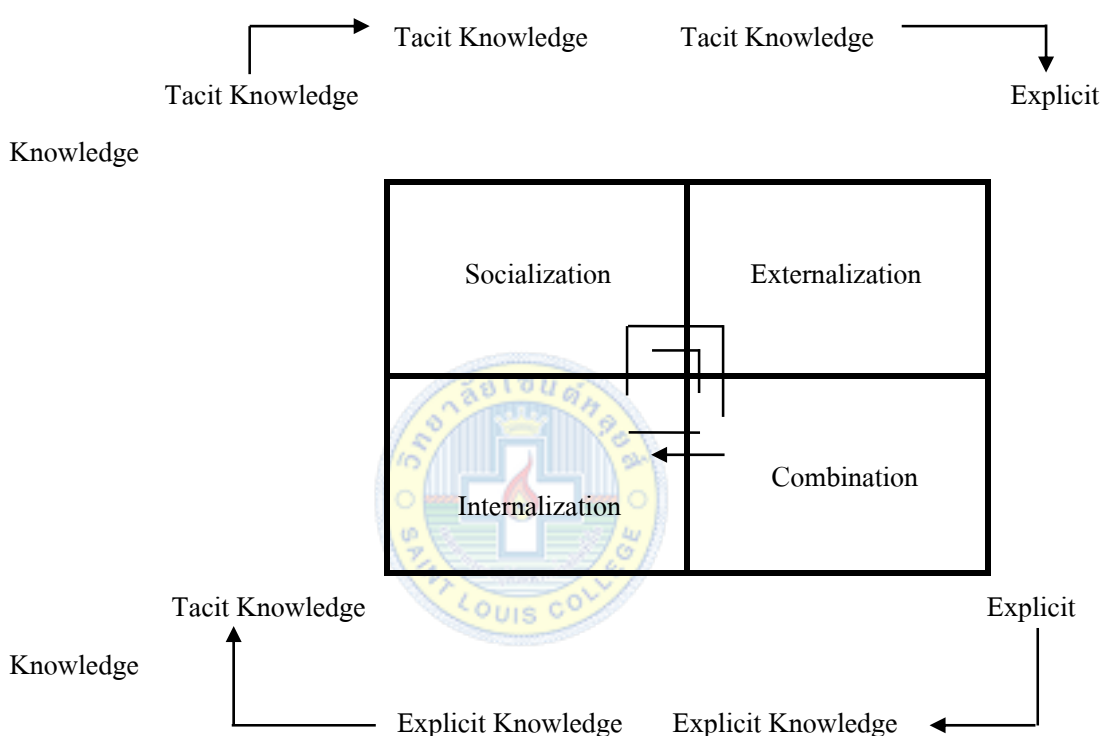
2.3.1 ความหมายการจัดการความรู้

การจัดการความรู้คือการรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในองค์กร ซึ่งกระจัดกระจายอยู่ในตัวบุคคลหรือเอกสารมาพัฒนาให้เป็นระบบ เพื่อให้ทุกคนในองค์กรสามารถเข้าถึงความรู้และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้รู้ รวมทั้งปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพอันจะส่งผลให้องค์กรมีความสามารถในการแข่งขันสูงสุด (สำนักงาน ก.พ.ร. และสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ, 2548) โดยจะเกี่ยวข้องกับการจัดกระบวนการของการสร้างความรู้ การจัดเก็บ และการแบ่งปันความรู้ (Kucza, 2001) การจัดการ

ความรู้มีหลายรูปแบบ ได้แก่ โมเดลปลาหัว ตัวแบบปลาตะเพียน การเล่าเรื่อง และ SECI Model (ศคส., 2548; Ikujiro, 1991)

2.3.2 การจัดการความรู้ของ SECI Model

SECI Model คือ กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ความรู้ และความคิดเห็นซึ่งกันและกันของแต่ละบุคคล และจัดระบบความรู้ที่เป็นทั้งความรู้แบบซ่อนเร้นและความรู้แบบเปิดเผย มี 4 ขั้นตอน ดังนี้



ภาพที่ 1 วงจรการจัดการความรู้ของ SECI Model (Ikujiro, 1991)

จากวงจรดังกล่าวอธิบายได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Socialization) เป็นการแบ่งปันและรวบรวมความรู้ที่ซ่อนเร้นอยู่ในตัวบุคคลแต่ละคนเกิดเป็นความรู้ใหม่ที่มาจากทักษะประสบการณ์ และความสัมพันธ์ระหว่างคนในองค์กร วิธีการได้แก่ การใช้กระบวนการกลุ่มในการเล่าเรื่องและประสบการณ์ที่เป็นความสำเร็จในเรื่องที่เป็นประเด็น การเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน การระดมความคิด และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างบุคคลในกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 การเผยแพร่ความรู้ที่ได้จากตัวบุคคล (Externalization) เป็นการจัดระบบความรู้ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์แล้วนำมาเผยแพร่เป็นลายลักษณ์อักษร ขั้นตอนนี้จะ

เกิดแนวคิด แนวทาง สมมติฐาน และโมเดลหรือรูปแบบของความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เป็นประเด็น โดยอาศัยการสนทนา การโต้ตอบ และการประชุมปรึกษาเพื่อสร้างความคิดหรือแนวคิด เป็นกระบวนการแปลง Implicit Knowledge เป็น Explicit Knowledge

ขั้นตอนที่ 3 การบูรณาการความรู้ทั้งแบบซ่อนเร้นและความรู้แบบเปิดเผย (Combination) เป็นการบูรณาการรูปแบบความรู้ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของบุคลากรแต่ละคนกับความรู้ที่มาจากทฤษฎีและผลการวิจัยต่างๆ ได้เป็นองค์ความรู้ใหม่

ขั้นตอนที่ 4 การสร้างประสบการณ์การเรียนรู้จากองค์ความรู้ใหม่ (Internalization) เป็นการเรียนรู้องค์ความรู้ใหม่ผ่านกระบวนการกลุ่มและจากคลังความรู้ ทำให้บุคลากรเกิดประสบการณ์การเรียนรู้จากองค์ความรู้ที่ผสมผสานระหว่างความรู้ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของบุคลากรแต่ละคนกับความรู้ที่มาจากทฤษฎีและผลการวิจัย จึงเป็นกระบวนการแปลง Explicit Knowledge เป็น Implicit Knowledge เพื่อรอการถูกนำไปใช้ในสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งบุคคลจะเกิดทักษะและความชำนาญมากขึ้น

เมื่อจัดให้บุคคลกลับเข้าสู่กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อีกครั้ง ก็จะเป็นการดึงความรู้ที่ซ่อนเร้นออกมาอีกครั้งและนำไปสู่การแปลง Implicit Knowledge เป็น Explicit Knowledge และหมุนเวียนไปเรื่อยๆ ไม่มีที่สิ้นสุด เป็นผลให้บุคคลมีการพัฒนาสมรรถนะที่สูงขึ้นเรื่อยๆ ตามทิศทางและเป้าหมายที่องค์กรต้องการ

เดือนใจ รักษาพงศ์ (2551) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดการความรู้เพื่อการบริหารงานวิชาการของสถานศึกษาขั้นพื้นฐานด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้แนวคิดของเคมมิส และแม็คแทรกการ์ท ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้บริหาร จำนวน 3 คน ครู จำนวน 8 คน กรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน จำนวน 3 คน ของโรงเรียนวัดท่าเรือ “อูตสาหะวิทยาการ” ซึ่งได้มาจากการสุ่มตามเกณฑ์ที่กำหนด การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการการวิเคราะห์เอกสาร การสังเกตและสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยา ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการจัดการความรู้เพื่อการบริหารงานวิชาการของสถานศึกษาขั้นพื้นฐานด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ด้านการบริหารงานวิชาการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ประกอบด้วยกิจกรรม การจัดทำแผนการจัดการความรู้ การจัดกระบวนการเรียนรู้ และการนิเทศการสอน 2) ด้านกระบวนการจัดการความรู้ ประกอบด้วย การระดมความรู้ การพัฒนาความรู้ การสร้างความรู้ การจัดความรู้ให้เป็นระบบ การเข้าถึงความรู้ การแบ่งปันความรู้ และการเรียนรู้ 3) ด้านปัจจัยที่สนับสนุนให้การจัดการความรู้ประสบผลสำเร็จ ประกอบด้วย ภาวะผู้นำ กลยุทธ์ วัฒนธรรมองค์กร เทคโนโลยี โครงสร้างและการวัดผลประสิทธิผลจากการนำ

รูปแบบการจัดการความรู้เพื่อการบริหารงานวิชาการสถานศึกษาขั้นพื้นฐานด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไปใช้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงบริหาร คือ การบริหารแบบมีส่วนร่วมของผู้บริหาร ทีมครูจัดการความรู้ งานวิชาการในทุกขั้นตอน ผู้บริหารสนับสนุนการแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ การใช้เทคโนโลยีในการจัดการเรียนการสอน ครุณาการจัดการความรู้ไปพัฒนากระบวนการการเรียนรู้ และนักเรียนเกิดทักษะการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์และการแลกเปลี่ยนความรู้ในการทำงาน

ชาลิต ศุภศักดิ์ธำรง (2550) ได้ศึกษาความสำเร็จในการนำแนวคิดการจัดการความรู้ไปปฏิบัติในองค์กรและผลของการจัดการความรู้ต่อบุคลากร กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลมีอายุ 41 ปีขึ้นไป มีอายุงานระหว่าง 11-20 ปี และมีประสบการณ์การทำงานทั้งหมด 21 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 อยู่ในกลุ่มงานการบริการทางการแพทย์ และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการการจัดการความรู้เป็นจำนวน 1 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างประเมินโอกาสในการนำไปปฏิบัติของความสำเร็จในด้านบุคคล และด้านองค์การว่าอยู่ในระดับทดลองใช้เป็นการส่วนตัวตามหน่วยงาน มีเพียงความสำเร็จในด้านสมรรถนะของผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับการจัดการความรู้ในระดับการดำเนินการในระดับองค์การ โดยองค์การเริ่มพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรเพื่อการจัดการความรู้ ส่วนผลของการจัดการความรู้ต่อบุคลากรพบว่า กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจมากกับลักษณะของโครงการการจัดการความรู้ที่องค์การดำเนินการ สภาพแวดล้อมการทำงานที่ดีขึ้น ความสำเร็จในการปฏิบัติงานมากขึ้น การยอมรับนับถือของบุคลากรภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจปานกลางกับโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน ความสัมพันธ์กับผู้อยู่ในตำแหน่งสูงกว่า และความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานมากขึ้น ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของตัวอย่งกับผลของการจัดการความรู้สรุปได้ว่า อายุ การศึกษา ประสบการณ์การทำงาน อายุงาน ตำแหน่งงาน และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการจัดการความรู้พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

จันทนา สุขชนารักษ์ (2550) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความรู้ทางการพยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาลหัวหน้าหน่วยงานโรงพยาบาล จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างพยาบาลหัวหน้าหน่วยงานโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 120 คน จากประชากรทั้งสิ้น 168 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายตามรายชื่อ ผลการวิจัยพบว่า 1) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง วัฒนธรรมองค์กร การเพิ่มอำนาจในงานกับการจัดการความรู้ทางการพยาบาลของพยาบาลหัวหน้าหน่วยงานโดยรวมและรายด้าน ตามการรับรู้ของพยาบาลหัวหน้าหน่วยงานโรงพยาบาล จังหวัดชลบุรีอยู่ในระดับสูง 2) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการเพิ่มอำนาจในงานมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการจัดการความรู้ทางการพยาบาลของพยาบาลหัวหน้าหน่วยงานโดยรวมและรายด้าน ตามการรับรู้ของพยาบาล

หัวหน้าหน่วยงาน โรงพยาบาลชลบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ยกเว้น วัฒนธรรมองค์การมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 3) ปัจจัยโดยรวมที่สามารถพยากรณ์การจัดการความรู้ทางการพยาบาลของพยาบาลหัวหน้าหน่วยตามการรับรู้ของพยาบาลหัวหน้าหน่วยงาน โรงพยาบาลชลบุรี ได้ดีที่สุดตามลำดับ คือ การเพิ่มอำนาจในงานได้ร้อยละ 53.90 ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพยากรณ์ได้ร้อยละ 10.10 และ 4) ตัวแปรรายด้านที่สามารถพยากรณ์ การจัดการความรู้ทางการพยาบาลหัวหน้าหน่วยตามการรับรู้ของพยาบาลหัวหน้าหน่วยงาน โรงพยาบาลชลบุรี ได้ดีที่สุดตามลำดับคือ การกระตุ้นปัญญา การให้รางวัลและให้การรับรองความสามารถของผู้ใต้บังคับบัญชาในการปฏิบัติงาน ความเสี่ยง การส่งเสริมให้มีการเพิ่มพูนความสามารถและทักษะ การสร้างแรงบันดาลใจ มาตรฐานการปฏิบัติงาน การมีวิสัยทัศน์ โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์การจัดการความรู้ทางการพยาบาลของพยาบาลหัวหน้าหน่วยตามการรับรู้ของพยาบาลหัวหน้าหน่วยงาน โรงพยาบาลชลบุรี โดยร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 73.30

2.4 การรับรู้ความสามารถในตนเอง

การรับรู้ความสามารถในตนเอง (Perceived Self-Efficacy) หมายถึง ความมั่นใจในตนเองว่า จะสามารถแสดงพฤติกรรมที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการได้ แบนดูรา (Bandura, 1997) อธิบายว่าการที่มนุษย์จะแสดงพฤติกรรมใดๆ ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcomes Expectation) ซึ่งหมายถึงการอยากได้ผลลัพธ์ของการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) ซึ่งหมายถึงการมั่นใจว่าตนเองสามารถแสดงพฤติกรรมที่จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการได้ ทั้งนี้ปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมก็คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง เพราะบุคคลจะกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดหรือแสดงพฤติกรรมใดๆ ก็ต่อเมื่ออยากได้ผลลัพธ์ของการกระทำนั้น และเชื่อว่าตนเองสามารถทำได้เท่านั้น แม้ว่าจะอยากได้ผลลัพธ์แต่ไม่เชื่อว่าตนเองจะทำได้ หรือเชื่อมั่นว่าตนเองทำได้แต่ไม่อยากได้ผลลัพธ์ หรือไม่อยากได้ผลลัพธ์และไม่เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง บุคคลก็จะไม่แสดงพฤติกรรมใดๆ ออกมา ดังนั้น การที่พยาบาลจะปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและบรรเทาภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องได้อย่างมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่ออยากได้ผลลัพธ์ของการป้องกันและบรรเทาภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องและมีการรับรู้ว่าคุณสามารถป้องกันและบรรเทาภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องได้

ความสามารถในตนเองของบุคคลมาจากปัจจัยสำคัญ 4 ประการคือ

- 1) ประสบการณ์ความเชี่ยวชาญของตนเอง (Enactive Mastery Experiences)
- 2) ประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้จากผู้อื่น (Vicarious Experiences)

3) การได้รับการโน้มน้าวชักจูง (Verbal persuasion)

4) สภาพะของร่างกายและความรู้สึกของตนเอง (Physiological and affective states)

การช่วยให้บุคคลรับรู้ความสามารถในตนเองได้จึงต้องกระทำใน 4 เรื่อง คือ

1) การจัดประสบการณ์การเรียนรู้เรื่องที่ต้องการให้บุคคลมีความเชี่ยวชาญ โดยให้มีทั้งความรู้ความเข้าใจ และสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์ต่างๆ ได้ เพื่อให้บุคคลได้ใช้ความพยายามในการที่ตนจะประสบความสำเร็จในเรื่องนั้นๆ

2) การจัดให้บุคคลได้เรียนรู้ประสบการณ์ของผู้ที่ประสบความสำเร็จ เพื่อที่จะได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และพัฒนาปรับปรุงความเชี่ยวชาญของตนให้ดียิ่งขึ้น

3) การใช้คำพูดโน้มน้าวชักจูงให้บุคคลมีความสนใจในเรื่องนั้นๆ และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ

4) บุคคลควรมีสภาพร่างกายและความรู้สึกที่พร้อม ไม่เครียด ไม่วิตกกังวลในขณะที่มีการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์

อังคณา อาญุทธณรงค์ (2551) ได้ศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่บูรณาการแนวคิดของแบนดูรา และแนวคิดการดูแลของโรคต่อความสามารถของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาคลอดทารกก่อนกำหนดจำนวน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 10 คน โดยใช้แบบสอบถามและแบบสังเกตความสามารถของมารดาในการดูแลทารก ผลการวิจัยพบว่าความสามารถของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดหลังการใช้รูปแบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่บูรณาการแนวคิดของแบนดูรา และแนวคิดการดูแลของโรค สูงกว่ามารดาที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบมุงงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความสามารถของมารดาในกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบดังกล่าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดของการวิจัย (Conceptual Framework)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของเบนคูราเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อความสามารถของพยาบาลศัลยกรรมในการป้องกันภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ณ หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ 3 พิเศษ โรงพยาบาลศิริราช

3.1 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพ

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

คือ พยาบาลศัลยกรรมหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ 3 พิเศษ โรงพยาบาลศิริราช ที่ปฏิบัติงานระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2553 - 31 มกราคม พ.ศ.2554 จำนวน 12 คน

3.1.3 ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1) เลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

1.1) เป็นพยาบาลวิชาชีพ สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ได้รับการขึ้นทะเบียนรับใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

1.2) ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ 3 พิเศษ โรงพยาบาลศิริราช ที่มีผู้ป่วยศัลยกรรมมารับการผ่าตัดช่องท้องระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2553 - 31 มกราคม พ.ศ. 2554 เป็นผู้ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

2) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling Technique) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาที่กำหนดไว้

2.1) เลือกพยาบาลวิชาชีพ 2 คน จากกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจ ทำหน้าที่เป็นผู้นำการประชุม 1 คนและผู้จัดสาระสำคัญ 1 คน

2.2) พยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน เป็นกลุ่มทดลองกลุ่มเดียว โดยแบ่งพยาบาลที่ไม่อยู่ระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ออกเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่มในการเข้าร่วมโครงการจัดการความรู้เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท คือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของแบนดูราเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามความสามารถด้านความรู้ความเข้าใจของพยาบาลศัลยกรรมเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

ชุดที่ 2 แบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

3.2.2 ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

การสร้างรูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของ แบนดูรา เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง มีขั้นตอนในการสร้าง ดังนี้

1.1) ศึกษาจากตำรา เอกสาร งานวิจัย และบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความรู้ตาม SECI Model ของ Ikujiro Nonaka และ Takeuchi (1991) ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง การใช้กระบวนการพยาบาล และการพัฒนาการรับรู้ความสามารถในตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) เพื่อนำมาดัดแปลงสร้างรูปแบบขึ้น โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาให้แนะนำ

1.2) ผู้วิจัยจัดทำคู่มือการจัดการความรู้สำหรับพยาบาลศัลยกรรม เรียกว่า คู่มือการใช้รูปแบบการจัดการความรู้เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ภายในคู่มือประกอบด้วย คำแนะนำให้พยาบาลปฏิบัติตามขั้นตอนการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของแบนดูรา เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง และแนวทางการจัดการความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้พยาบาลศัลยกรรมใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาความรู้ความสามารถ นำเสนอคู่มือการใช้รูปแบบการจัดการความรู้เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาตามรูปแบบ ปรับปรุงคู่มือการใช้รูปแบบการจัดการความรู้เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา และจัดทำคู่มือฉบับสมบูรณ์ ซึ่งการบูรณาการการจัดการความรู้ตาม SECI Model กับแนวคิดของ แบนดูรา แสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการบูรณาการการจัดการความรู้ตาม SECI Model กับแนวคิดของเบนคูรา เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

การจัดการความรู้ตาม SECI Model	แนวคิดการรับรู้ความสามารถในตนเอง ของเบนคูรา	การบูรณาการการจัดการความรู้ตาม SECI Model กับแนวคิดของเบนคูรา
ขั้นที่ 1 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Socialization) เป็นการแบ่งปันและรวบรวมความรู้ที่ ซ่อนเร้นอยู่ในตัวบุคคลแต่ละคนเกิด เป็นความรู้ใหม่ที่มาจากทักษะ ประสบการณ์ และความสัมพันธ์ ระหว่างคนในองค์กร วิธีการได้แก่ การ ใช้กระบวนการกลุ่มในการเล่าเรื่องและ ประสบการณ์ที่เป็นความสำเร็จในเรื่อง ที่เป็นประเด็นการเรียนรู้ประสบการณ์ ซึ่งกันและกัน การระดมความคิด และ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่าง บุคคลในกลุ่ม	1. บุคคลควรมีสภาพร่างกายและความรู้สึก ที่พร้อม ไม่เครียด ไม่วิตกกังวลในขณะที่มี การเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 2. การจัดประสบการณ์การเรียนรู้เรื่องที่ ต้องการให้บุคคลมีความเชี่ยวชาญ โดยให้มี ทั้งความรู้ความเข้าใจ และสามารถนำไป ใช้ ในสถานการณ์ต่างๆ ได้ เพื่อให้บุคคลได้ใช้ ความพยายามในการที่ตนจะประสบ ความสำเร็จในเรื่องนั้นๆ 3. การใช้คำพูดโน้มน้าวชักจูงให้บุคคลมี ความสนใจในเรื่องนั้นๆ และมีความคาดหวัง ในผลลัพธ์ของการกระทำ	1. เตรียมปัจจัยและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 1.1 สมาชิกทุกคนมีความพร้อมทั้งสภาพร่างกายและความรู้สึก ไม่เครียด และไม่วิตกกังวล 1.2 แบ่งหน้าที่สมาชิกโดยความสมัครใจเป็นผู้นำการประชุม ผู้จัดสาระ สำคัญ และสมาชิกกลุ่ม 2. การใช้กระบวนการกลุ่มที่มีบรรยากาศเป็นกันเองในการระดมสมอง 2.1 จัดประชุมครั้งที่ 1 เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน (ความรู้ที่เป็น แบบซ่อนเร้นอยู่ในตัวสมาชิกขององค์กร) เกี่ยวกับประสบการณ์ที่เป็นความ สำเร็จและความเชี่ยวชาญในเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ช่องท้อง แลกเปลี่ยน ความรู้ ทักษะ แสดงความคิดเห็นระหว่างสมาชิกใน องค์กรในเรื่องภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง และการใช้กระบวนการ พยายามในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง 2.2 ผู้นำการประชุมใช้คำพูดโน้มน้าวชักจูงให้สมาชิกกลุ่มมีความสนใจใน เรื่องที่เป็นประเด็น และกระตุ้นให้มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของสิ่งที่ต้องการ จะร่วมกัน

ตารางที่ 1 แสดงการบูรณาการการจัดการความรู้ตาม SECI Model กับแนวคิดของเบนคูรา เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง (ต่อ)

การจัดการความรู้ตาม SECI Model	แนวคิดการรับรู้ความสามารถในตนเอง ของเบนคูรา	การบูรณาการการจัดการความรู้ตาม SECI Model กับแนวคิดของเบนคูรา
ขั้นที่ 2 การเผยแพร่ความรู้ที่ได้จากตัวบุคคล (Externalization) เป็นการจักระบบความรู้ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์แล้วนำมาเผยแพร่เป็นลายลักษณ์อักษร ขั้นตอนนี้จะเกิดแนวคิด แนวทาง สมมติฐานและโมเดลหรือ รูปแบบของความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เป็นประเด็น โดยอาศัยการสนทนา การโต้ตอบ และการประชุมปรึกษา เพื่อสร้างความคิดหรือแนวคิด		2.3 จัดประชุมครั้งที่ 2 เพื่อนำ เสนอเนื้อหาสาระที่สรุปได้จากการประชุมครั้งที่ 1 โดยอาศัยการสนทนาและการโต้ตอบอย่างเป็นกันเองเกี่ยวกับความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาสาระดังกล่าว 2.4 ผู้นำการประชุมใช้คำพูด ชักจูงให้ช่วยกันหาแนวทาง สมมติฐานและโมเดลหรือรูปแบบของความรู้เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง 2.5 เมื่อเสร็จการประชุมผู้จัดสาระสำคัญสรุปสาระทั้งหมด
ขั้นที่ 3 การบูรณาการความรู้ทั้งแบบซ่อนเร้นและความรู้แบบเปิดเผย (Combination) เป็นการบูรณาการรูปแบบความรู้ที่ได้	4. การจัดให้บุคคลได้เรียนรู้ประสบการณ์ของผู้ที่ประสบความสำเร็จ เพื่อที่จะได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และพัฒนาปรับปรุงความเชี่ยวชาญของตนให้ดียิ่งขึ้น	3. การเชื่อมโยงความรู้ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันกับความรู้ที่มีการพัฒนาอย่างเป็นระบบและเผยแพร่เป็นลายลักษณ์อักษร 3.1 การศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมในเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องจากทฤษฎี และผลงานวิจัยต่างๆ 3.2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างความรู้เก่ากับความรู้ใหม่

ตารางที่ 1 แสดงการบูรณาการการจัดการความรู้ตาม SECI Model กับแนวคิดของเบนคูรา เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง (ต่อ)

การจัดการความรู้ตาม SECI Model	แนวคิดการรับรู้ความสามารถในตนเอง ของเบนคูรา	การบูรณาการการจัดการความรู้ตาม SECI Model กับแนวคิดของเบนคูรา
จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของ บุคลากรแต่ละคนกับความรู้ที่มาจาก ทฤษฎีและผลการวิจัยต่างๆ ได้เป็นองค์ ความรู้ใหม่		
ขั้นที่ 4 การสร้างประสบการณ์การ เรียนรู้จากองค์ความรู้ใหม่ (Internalization) เป็นการเรียนรู้องค์ ความรู้ใหม่ผ่านกระบวนการกลุ่มและ จากคลังความรู้ ทำให้บุคลากรเกิด ประสบการณ์ การเรียนรู้จากองค์ ความรู้ที่ผสมผสานระหว่างความรู้ที่ได้ จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของ บุคลากรแต่ละคนกับความรู้ที่มาจาก ทฤษฎีและผลการวิจัย จึงเป็นกระบวนการ แปลง Explicit Knowledge เป็น		4. การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่อง ท้อง 4.1 จัดประชุมครั้งที่ 3 เพื่อตรวจ สอบความถูกต้องของเนื้อหาสาระที่ สรุปได้จากการประชุมครั้งที่ 2 และปรับปรุงแก้ไขให้สอดคล้องกับความรู้ จากทฤษฎีและผลการวิจัยต่างๆ ที่ทุกคนได้ไปศึกษาค้นคว้า 4.2 เรียนรู้ประสบการณ์ของผู้ที่ประสบความสำเร็จในเรื่องการป้องกัน ภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับเชิญให้มาร่วมแบ่งปัน ความรู้ เพื่อที่จะได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาปรับปรุงความ เชี่ยวชาญของสมาชิกทุกคนให้ดียิ่งขึ้น 4.3 เมื่อเสร็จการประชุมผู้จัดสาระสำคัญสรุปเนื้อหาสาระทั้งหมด

ตารางที่ 1 แสดงการบูรณาการการจัดการความรู้ตาม SECI Model กับแนวคิดของเบนคูรา เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง (ต่อ)

การจัดการความรู้ตาม SECI Model	แนวคิดการรับรู้ความสามารถในตนเอง ของเบนคูรา	การบูรณาการการจัดการความรู้ตาม SECI Model กับแนวคิดของเบนคูรา
Implicit Knowledge เพื่อรอการถูกนำไปใช้ในสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งบุคคลจะเกิดทักษะและความชำนาญมากขึ้น		4.4 ผู้นำการประชุมร่วมกับผู้จัดสาระสำคัญเนื้อหาสาระที่ได้จากการประชุมครั้งที่ 3 มาจัดทำเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง 4.5 ผู้นำการประชุมแจกแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง 4.6 สมาชิกกลุ่มทุกคน รวมทั้งผู้นำการประชุมและผู้จัดสาระสำคัญปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางดังกล่าว

1.3) กำหนดเป็นขั้นตอนในการจัดการความรู้ตามรูปแบบ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

(1.1) การเตรียมแบ่งหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 12 คน โดยความสมัครใจเป็นผู้นำการประชุม 1 คน ผู้จัดสาระสำคัญ 1 คน สมาชิกกลุ่ม (กลุ่มทดลอง) 10 คน

(1.2) ผู้นำการประชุมและผู้จัดสาระสำคัญศึกษาข้อมูลรายละเอียดของรูปแบบการจัดการความรู้ตามคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จัดให้มีการอบรมการใช้คู่มือฯ โดยเรียนเชิญ ร.ท.หญิง ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์ ร.น. รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบริการสังคม คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เป็นวิทยากรในการอบรมในวันที่ 12 มีนาคม 2554 เริ่ม 12.30-16.15 น. รวมระยะเวลา 4 ชั่วโมง ณ ห้องประชุม 2 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพมหานคร

(1.3) กลุ่มทดลอง 10 คนได้รับการแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือในการทดลองใช้รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของ แบนคูรา เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการจัดการความรู้ ใช้เวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ ตามรายละเอียดดังนี้

(2.1) ผู้นำประชุมนัดเวลาเพื่อจัดการประชุมครั้งที่ 1 กลุ่มแรก จำนวนพยาบาล 6 คนในวันที่ 25 มีนาคม 2554 กลุ่มที่สอง จำนวนพยาบาล 4 คนในวันที่ 29 มีนาคม 2554 ณ.ห้องพักรพพยาบาลดึกออุบัติเหตุ 3 พิเศษ ใช้เวลาในการประชุม 2 ชั่วโมง เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ความรู้ ทักษะ และความคิดเห็นเรื่องภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง และการใช้กระบวนการพยาบาลในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องระหว่างสมาชิกในกลุ่มทดลอง โดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีบรรยากาศเป็นกันเองในการระดมสมอง เมื่อเสร็จการประชุมผู้จัดสาระสำคัญสรุปเนื้อหาสาระที่ได้จากการประชุม และผู้นำประชุมนัดเวลาเพื่อจัดการประชุมครั้งที่ 2 โดยห่างจากการประชุมครั้งที่ 1 เป็นเวลา 1 สัปดาห์

(2.2) ผู้นำการประชุมจัดการประชุมครั้งที่ 2 กลุ่มแรก จำนวนพยาบาล 5 คนในวันที่ 11 เมษายน 2554 กลุ่มที่สอง จำนวนพยาบาล 5 คนในวันที่ 18 เมษายน 2554 ณ ห้องพักรพพยาบาลดึกออุบัติเหตุ 3 พิเศษ ใช้เวลาในการประชุม 2 ชั่วโมง เพื่อนำเสนอเนื้อหาสาระที่สรุปได้จากการประชุมครั้งที่ 1 โดยอาศัยการสนทนาและการโต้ตอบอย่างเป็นกันเองเกี่ยวกับความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาสาระดังกล่าว เมื่อเสร็จการประชุมผู้จัดสาระสำคัญสรุปเนื้อหาสาระที่ได้จากการประชุม และผู้นำประชุมนัดเวลาเพื่อจัดการประชุมครั้งที่ 3 โดยห่างจากการประชุมครั้งที่ 2 เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ซึ่งในช่วงเวลานี้อบรมหมายให้สมาชิกทุกคนไปศึกษาค้นคว้าแนวคิดทฤษฎี

ผลการวิจัย และบทความเกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาลในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วย หลังผ่าตัดช่องท้อง และผู้จัดสาระสำคัญจัดทำแบบแผนการป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง ทั้งก่อนผ่าตัด วันผ่าตัด และหลังผ่าตัด จากเนื้อหาสาระที่สรุปได้จากการประชุมครั้งที่ 2

(2.3) ผู้นำการประชุมจัดการประชุมครั้งที่ 3 กลุ่มแรก จำนวนพยาบาล 6 คน ในวันที่ 25 เมษายน 2554 กลุ่มที่สอง จำนวนพยาบาล 4 คน ในวันที่ 28 เมษายน 2554 ณ ห้องพักพยาบาลตึกอุบัติเหตุ 3 พิเศษ ใช้เวลาในการประชุม 2 ชั่วโมง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา สาระที่สรุปได้จากการประชุมครั้งที่ 2 และแบบแผนการป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องทั้ง ก่อนผ่าตัด วันผ่าตัด และหลังผ่าตัด จากเนื้อหาสาระที่สรุปได้จากการประชุมครั้งที่ 2 โดยปรับปรุง แก้ไขให้สอดคล้องกับความรู้จากทฤษฎีและผลการวิจัยต่างๆ ที่ทุกคนได้ไปศึกษาค้นคว้ามา รวมทั้ง ให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ความรู้ และทักษะเรื่องภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง และการใช้กระบวนการพยาบาลในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องร่วมกับผู้ที่ ประสบความสำเร็จในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับเชิญมาร่วม ประชุม เมื่อเสร็จการประชุมผู้จัดสาระสำคัญสรุปเนื้อหาสาระที่ได้จากการประชุมและจัดทำเป็น แนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

(2.4) ผู้นำการประชุมจัดการประชุมครั้งที่ 4 กลุ่มแรก จำนวนพยาบาล 5 คน ในวันที่ 2 พฤษภาคม 2554 กลุ่มที่สอง จำนวนพยาบาล 5 คน ในวันที่ 3 พฤษภาคม 2554 ณ ห้องพัก พยาบาลตึกอุบัติเหตุ 3 พิเศษ แจกแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดของ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องภายหลังการประชุม 1 สัปดาห์ พร้อมแจ้งให้สมาชิกกลุ่มทุกคนปฏิบัติการ พยาบาลตามแนวทางดังกล่าวเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์

1.4) การอบรม ผู้วิจัยจัดให้มีการอบรมเรื่องแนวคิดและแนวทางในการปฏิบัติตาม กลุ่มมือการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของ แบนคูรา เรื่อง การป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องให้กับผู้นำการประชุมและผู้จัดสาระสำคัญ ซึ่งมีวิธีดำเนินการ ดังนี้

(1) ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดการจัดการความรู้ตาม SECI Model ภาวะท้องอืดหลัง ผ่าตัดช่องท้อง การป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง การใช้กระบวนการพยาบาล และการพัฒนาการรับรู้ความสามารถในตนเองของแบนคูรา จากตำรา เอกสาร งานวิจัยและบทความ วิชาการที่เกี่ยวข้อง

(2) เขียนโครงการอบรมการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่ บูรณาการแนวคิดของแบนคูรา เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

(3) เสนอโครงการฯ ต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุมของเนื้อหา และปรับปรุงโครงการฯ ตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

(4) เสนอโครงการฯ ต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ 3 พิเศษ โรงพยาบาลศิริราช เพื่อขอความเห็นชอบและอนุมัติโครงการ

(5) จัดอบรมตามกำหนดการในโครงการฯ

(6) ผู้วิจัยจัดให้ผู้ประกอบการประชุมและผู้จัดสาระสำคัญฝึกการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของ แบนคูรา เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องเป็นเวลา 1 สัปดาห์

(7) ผู้วิจัยให้คำปรึกษาแก่ผู้ประกอบการประชุมและผู้จัดสาระสำคัญในระหว่างการฝึกทดลองใช้รูปแบบการจัดการความรู้ฯ ตลอดระยะเวลา 1 สัปดาห์

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามความสามารถด้านความรู้ความเข้าใจของพยาบาลศัลยกรรม เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

ชุดที่ 2 แบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

ชุดที่ 1 แบบสอบถามความสามารถด้านความรู้ความเข้าใจของพยาบาลศัลยกรรม เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

ผู้วิจัยสร้างโดยศึกษาจากตำรา เอกสารงาน วิจัย และบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง การป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง การใช้กระบวนการพยาบาล และการพัฒนาการรับรู้ความสามารถในตนเองของ แบนคูรา ประกอบด้วย 2 หมวด คือ หมวดที่ 1 ภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง และหมวดที่ 2 กระบวนการพยาบาลในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

เกณฑ์การให้คะแนนความรู้ความเข้าใจของพยาบาลศัลยกรรมตามแบบสอบถาม ถ้าตอบว่าใช่ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบว่าไม่ใช่ไม่ได้คะแนน กรณีที่ตอบใช่ทั้งหมดถือว่าได้คะแนนเต็มเท่ากับร้อยละ 100

การแปลผลคะแนนความรู้ความเข้าใจของพยาบาลศัลยกรรมตามแบบสอบถาม แบ่งได้ 3 ระดับ และในการแปลผลคะแนนใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุด และหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการแบ่ง คือ 3 ระดับ เพื่อหาช่วงคะแนนเมื่อได้แล้วจึงมากำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนและแปลผลคะแนนต่อไป

ในการกำหนดช่วงชั้นคะแนน ผู้วิจัยได้กำหนดโดยใช้สูตรต่อไปนี้ (Best, 1977; อ้างใน หาญพล ศิริชัยประภา, 2543)

$$\text{สูตรช่วงชั้นคะแนน} = \frac{\text{ค่าคะแนนสูงสุด} - \text{ค่าคะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับที่ต้องการแบ่ง}}$$

การแปลผลคะแนนรายด้านและรายข้อ จะได้เกณฑ์ ดังนี้

พยาบาลศัลยกรรมมีความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

ค่าคะแนนสูงสุด หมายถึง พยาบาลศัลยกรรมมีความรู้ความเข้าใจระดับมาก
(ช่วงคะแนน 17-24)

ค่าคะแนนระดับกลาง หมายถึง พยาบาลศัลยกรรมมีความรู้ความเข้าใจระดับ
(ช่วงคะแนน 8-16) ปานกลาง

ค่าคะแนนต่ำสุด หมายถึง พยาบาลศัลยกรรมมีความรู้ความเข้าใจระดับ
(ช่วงคะแนน 0-7) น้อย

ชุดที่ 2 แบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วย หลังผ่าตัดช่องท้อง

(2.1) ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือนี้จากการศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยและบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการรับรู้ความสามารถในตนเองของเบนดูรา และการใช้กระบวนการพยาบาลในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ประกอบด้วยการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดช่องท้อง การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง การนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ และการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

(2.2) ผู้วิจัยร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินพยาบาลศัลยกรรมจากการสังเกตการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โดยมีการวัดระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องหรือเหมาะสม 5 กิจกรรม ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล แต่ละกิจกรรมจะมีข้อย่อย โดยทำเครื่องหมายในช่องที่มีตัวเลขตรงกับการปฏิบัติของพยาบาลศัลยกรรม โดยแต่ละข้อมีตัวเลขให้เลือก ดังนี้

ปฏิบัติได้ หมายถึง ข้อความนั้นพยาบาลศัลยกรรมสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลนั้นได้อย่างถูกต้อง

ปฏิบัติไม่ได้ หมายถึง ข้อความนั้นพยาบาลศัลยกรรมไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลนั้นได้อย่างถูกต้อง

ดังนั้น คะแนนรวมของแต่ละกิจกรรมจึงเป็นดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ถ้าพยาบาลศัลยกรรมสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมได้ครบทุกข้อย่อยได้คะแนนเต็ม

กิจกรรมที่ 2 การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ถ้าพยาบาลศัลยกรรมสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมได้ครบทุกข้อย่อยได้คะแนนเต็ม

กิจกรรมที่ 3 การวางแผนป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง ถ้าพยาบาลศัลยกรรมสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมได้ครบทุกข้อย่อยได้คะแนนเต็ม

กิจกรรมที่ 4 การนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ ถ้าพยาบาลศัลยกรรมสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมได้ครบทุกข้อย่อยได้คะแนนเต็ม

กิจกรรมที่ 5 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ถ้าพยาบาลศัลยกรรมสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมได้ครบทุกข้อย่อยได้คะแนนเต็ม

(2.3) เกณฑ์การตัดสินคะแนนความสามารถของพยาบาลศัลยกรรมในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง มีดังนี้

- พยาบาลศัลยกรรมสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นได้จะได้คะแนน เท่ากับ 1
- พยาบาลศัลยกรรมไม่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นได้จะได้คะแนน เท่ากับ 0
- กรณีที่ตอบว่าปฏิบัติได้ทั้งหมด ถือว่าได้คะแนนเต็ม เท่ากับได้ร้อยละ 100

(2.4) การแปลผลคะแนนความสามารถของพยาบาลศัลยกรรมในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องตามแบบสังเกตแบ่งได้ 3 ระดับ และในการแปลผลคะแนนใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุด และหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการแบ่ง คือ 3 ระดับ เพื่อหาช่วงคะแนน เมื่อได้แล้วจึงมากำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนและแปลผลคะแนนต่อไป

ในการกำหนดช่วงชั้นคะแนนผู้วิจัยได้กำหนดโดยใช้สูตรต่อไปนี้ (Best, 1977; อ้างใน หาญพล ศิริชัยประภา, 2543)

$$\text{สูตรช่วงชั้นคะแนน} = \frac{\text{ค่าคะแนนสูงสุด} - \text{ค่าคะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับที่ต้องการแบ่ง}}$$

การแปลผลคะแนนสำหรับการปฏิบัติตามกิจกรรมป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทั้งรายด้านและรายข้อ พยาบาลศัลยกรรมมีความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง จะได้เกณฑ์ดังนี้

ค่าคะแนนสูงสุด หมายถึง พยาบาลศัลยกรรมปฏิบัติตามกิจกรรมได้ระดับมาก
(ช่วงคะแนน 22-31)

ค่าคะแนนระดับกลาง	หมายถึง	พยาบาลศัลยกรรมปฏิบัติการกิจกรรมได้ระดับปานกลาง
(ช่วงคะแนน 11-21)		
ค่าคะแนนต่ำสุด	หมายถึง	พยาบาลศัลยกรรมปฏิบัติการกิจกรรมได้ระดับน้อย
(ช่วงคะแนน 0-10)		

3.2.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นทั้งหมดเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาและข้อรายการ ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำและนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิที่มีคุณสมบัติตรงตามเนื้อหาในสาขาเฉพาะจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการจัดการความรู้ การพยาบาลศัลยกรรม และการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหน้าท้อง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาตามขอบเขตสาระ โดยเลือกเกณฑ์ความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ใน 3 ท่าน ในทุกรายข้อเป็นเกณฑ์การตัดสิน รวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อพิจารณาแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

เครื่องมือที่ผู้วิจัยนำไปหาความเชื่อมั่น คือ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลที่เป็นแบบสอบถามความสามารถด้านความรู้ความเข้าใจของพยาบาลศัลยกรรม เรื่อง การป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง และแบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และแก้ไขปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว นำไปทดลองใช้กับพยาบาลศัลยกรรม โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 20 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยวิธีของอัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ 0.0873

3.3 จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้มีขั้นตอนในการขออนุมัติและวิธีการเตรียมดำเนินการวิจัย ดังนี้

- 1) นำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เพื่อขออนุมัติหัวข้อโครงการวิจัยและแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการวิจัย
- 2) นำหนังสือรับรองการอนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยระดับมหาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขออนุมัติดำเนินโครงการวิจัย ซึ่งเอกสารประกอบการขออนุมัติ ประกอบด้วย

- 2.1) ประวัติส่วนตัวของผู้วิจัย
- 2.2) แบบเสนอโครงร่างการวิจัย
- 2.3) โครงร่างการวิจัย
- 2.4) เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยฉบับร่างของผู้วิจัย
- 2.5) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3) ขออนุมัติดำเนินการวิจัยและขอใช้ข้อมูลจากบันทึกทางการแพทย์จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราชและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงเริ่มดำเนินการทดลอง

3.4 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ขั้นที่ 1 เตรียมการทดลอง

- 1.1) การเตรียมเอกสารและแบบฟอร์ม
 - (1) เสนอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เพื่อขออนุมัติดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช
 - (2) ขออนุญาตหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช เพื่อขอทำการทดลองและเก็บข้อมูล
 - (3) ขออนุญาตหัวหน้าหอผู้ป่วยเลือกพยาบาลวิชาชีพ 2 คน จากกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจ ทำหน้าที่เป็นผู้นำการประชุม 1 คน และผู้จัดสาระสำคัญ 1 คน และพยาบาลศัลยกรรมที่เหลือ 10 คน เป็นกลุ่มทดลอง โดยแบ่งพยาบาลที่ไม่อยู่ระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ออกเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม เพื่อนำกลุ่มที่ไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่มาเข้าร่วมโครงการจัดการความรู้เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง
 - (4) ขอให้ผู้นำการประชุมและผู้จัดสาระสำคัญลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- 1.2) จัดทำคู่มือการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของเบนคูรา เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง
 - (1) อบรมผู้นำการประชุมและผู้จัดสาระสำคัญ โดยมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้
 - (1.1) เสนอโครงการอบรม เรื่อง การใช้รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของเบนคูรา เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง
 - (1.2) ผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้ที่สมัครเป็นผู้นำการประชุมและผู้จัดสาระสำคัญ แจ้งวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือ พร้อมให้ทั้ง 2 คน ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแจ้งขั้นตอนการเตรียมการและการอบรม

(1.3) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่ผู้นำการประชุมและผู้จัดสาระสำคัญ โดยเชิญวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิบรรยาย เรื่อง “แนวคิดการรับรู้ความสามารถในตนเองของเบนคูรา” และผู้วิจัยบรรยาย เรื่อง “แนวคิดการจัดการความรู้ตาม SECI Model” ในระหว่างบรรยายให้มีการซักถามแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

(1.4) ภายหลังการอบรมผู้วิจัยทำความเข้าใจกับผู้นำการประชุมและผู้จัดสาระสำคัญในเรื่องขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและตอบคำถามจนกระทั่งผู้นำการประชุมและผู้จัดสาระสำคัญมีความพร้อม

(1.5) ผู้นำการประชุมและผู้จัดสาระสำคัญฝึกปฏิบัติตามรูปแบบฯ ตามรายละเอียดที่ปรากฏในคู่มือฯ กับพยาบาลศัลยกรรมของหอผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 5 คน ในระหว่างการฝึกปฏิบัติการใช้รูปแบบฯ ผู้วิจัยให้คำปรึกษาและตอบคำถามตลอดระยะเวลาการฝึก

ขั้นที่ 2 ปฏิบัติการ

ปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของเบนคูรา เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

2.1) ผู้นำการประชุมขออนุญาตหัวหน้าหอผู้ป่วยนัดวันประชุมตามขั้นตอน และรายละเอียดตามคู่มือฯ

2.2) ผู้นำการประชุมและผู้จัดสาระสำคัญปฏิบัติตามคู่มือฯ โดยผู้วิจัยในฐานะพยาบาลศัลยกรรมคนหนึ่งของผู้ป่วยจะเป็นเพียงผู้ประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วย

2.3) ผู้นำการประชุมและผู้จัดสาระสำคัญปฏิบัติตามคู่มือฯ อย่างมีอิสระ โดยผู้วิจัยจะไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวในการปฏิบัติตามขั้นตอนในคู่มือฯ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์

2.4) ผู้นำการประชุมและผู้จัดสาระสำคัญต้องอ่านวิธีการใช้คู่มือฯ ทุกขั้นตอนล่วงหน้า และขณะปฏิบัติการ ให้เปิดคู่มือฯ ได้ โดยผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมปัญหาตลอดระยะเวลาของการปฏิบัติการ

ขั้นที่ 3 การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยพบพยาบาลศัลยกรรมที่เป็นกลุ่มทดลอง โดยดำเนินการดังนี้

3.1) ผู้วิจัยแนะนำตัวกับพยาบาลศัลยกรรมที่เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 10 คน แจกวัสดุประสงค์เพื่อขอความร่วมมือ และให้ทุกคนลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้ทุกคนตอบ และใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลฯ กับกลุ่มทดลองเพื่อเป็นการประเมินครั้งที่ 1 (Pre-test) (ภาคผนวก)

3.2) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามของพยาบาลศัลยกรรมกลุ่มทดลอง

3.3) เริ่มให้ผู้ผ่านการประชุมและผู้จัดสาระสำคัญดำเนินการตามขั้นตอนในกลุ่มมือฯ จนเสร็จสิ้นทุกขั้นตอน

3.4) ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามซึ่งเป็นชุดเดียวกับที่ใช้ในการประเมินครั้งที่ 1 ให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 10 คน ตอบและใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลฯ กับกลุ่มทดลองเพื่อเป็นการประเมินครั้งที่ 2 (Post-test)

3.5) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามของพยาบาลศัลยกรรมกลุ่มทดลองจนครบ 10 คน

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 มีรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

1) ข้อมูลส่วนทั่วไปของพยาบาลศัลยกรรมที่เป็นกลุ่มทดลองนำมาแจกแจงความถี่ โดยนำเสนอในรูปตารางร้อยละ

2) แสดงระดับค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2.1) ความสามารถของพยาบาลศัลยกรรมในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ก่อนการทดลอง

2.2) ความสามารถของพยาบาลศัลยกรรมในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หลังการทดลอง

2.3) ความสามารถของพยาบาลศัลยกรรมในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ก่อนและหลังการทดลอง

2.4) วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) เปรียบเทียบระดับคะแนนความสามารถของพยาบาลศัลยกรรมในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่สัมพันธ์กันของ Wilcoxon Signed Ranks Test

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของเบนคูราต่อการรับรู้ระดับความสามารถของพยาบาลศัลยกรรมในการป้องกันภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ณ หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ 3 พิเศษ โรงพยาบาลศิริราช จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 12 คน แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างตัวแปรต้น ซึ่งเป็นผู้ใช้คู่มือการจัดการความรู้ 2 คน คือ ผู้นำการประชุม 1 คน และผู้จัดสาระสำคัญ 1 คน และกลุ่มตัวอย่างตัวแปรตาม ซึ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 10 คน ผลการศึกษาได้นำเสนอในรูปของตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ ความเข้าใจของพยาบาลศัลยกรรมในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลศัลยกรรมในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองจำนวน 10 คน จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ตำแหน่ง การพัฒนาตนเอง ซึ่งมีข้อมูลนำเสนอ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกตามอายุ เพศ และระดับการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=10)	จำนวนร้อยละ
	จำนวน	(100)
1. เพศ		
ชาย	0	0
หญิง	10	100
2. อายุ		
20-30 ปี	3	30
31-35 ปี	4	40
36-40 ปี	1	10
41-45 ปี	0	0
46-50 ปี	0	0
50 ปีขึ้นไป	2	20
3. ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรีทางการแพทย์	7	70
ปริญญาตรีสาขาอื่นๆ โปรระบุ	0	0
ปริญญาโททางการแพทย์	2	20
ปริญญาโทสาขาอื่นๆ โปรระบุ:		
- สาขาเภสัชวิทยาพยาบาล	1	10
วุฒิอื่นๆ โปรระบุ	0	0

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงทั้งหมด ส่วนใหญ่มีอายุในระหว่าง 31-35 ปี มีระดับการศึกษاپริญญาตรีทางการแพทย์ มากที่สุด

ตารางที่ 3 จำนวนของกลุ่มทดลองจำแนกตามระยะเวลาปฏิบัติงาน ตำแหน่ง การพัฒนาตนเอง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=10)	จำนวนร้อยละ
	จำนวน	(100)
1. ระยะเวลาปฏิบัติงาน		
1-5 ปี	3	30
6-10 ปี	0	0
11-15 ปี	4	40
16-20 ปี	1	10
21-25 ปี	0	0
26 ปีขึ้นไป	2	20
2. ตำแหน่ง		
พยาบาลประจำการ	10	100
อื่นๆ ไปรกระบุ	-	-
3. การพัฒนาตนเอง		
ไม่ได้รับการอบรมหลักสูตรระยะสั้น	5	50
อบรมการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลทาง หน้าท้องร้อยละ 50	5	50

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีตำแหน่งพยาบาลประจำการ ระยะเวลาปฏิบัติงานในช่วง 11-15 ปี มากที่สุด และได้รับการพัฒนาตนเองในด้านการอบรมการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลทางหน้าท้องร้อยละ 50

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ความเข้าใจของพยาบาล
ศัลยกรรมในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องก่อนและหลัง
การทดลอง**

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ ความเข้าใจของพยาบาลศัลยกรรมในการ
ป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ความแตกต่างของคะแนน ความรู้ความเข้าใจ	จำนวน (ราย)	Range	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	Asymp.Sig (2- tailed)
กลุ่มทดลอง	หลังการทดลองสูง กว่าก่อนการทดลอง	10 10	21-24 17-21	1.50	55.00	-2.820	1.005

$p < 0.05$

จากตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ
Wilcoxon Sign-Rank Test พบว่าคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วย
หลังผ่าตัดช่องท้องของพยาบาลศัลยกรรมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ 0.05

โดยคะแนนความรู้ความเข้าใจก่อนการทดลองมีคะแนนต่ำสุด 17 สูงสุดเท่ากับ 21 และคะแนน
หลังการทดลองซึ่งมีคะแนนต่ำสุด 21 คะแนนสูงสุด 24 (Mean Rank=1.50 / Sum of Ranks=55.00)

ค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง เท่ากับ 19 หมายถึง พยาบาลศัลยกรรมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมี
ความรู้ความเข้าใจระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง เท่ากับ 23.1 หมายถึง พยาบาลศัลยกรรมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมี
ความรู้ความเข้าใจระดับมาก

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างรายชื่อของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ความเข้าใจก่อนและหลังการทดลองหมวดที่ 1 ภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

ความรู้ ความเข้าใจ	ก่อนการทดลอง (n= 10)		หลังการทดลอง (n= 10)	
	Mean	Std. Deviation	Mean	Std. Deviation
1. การผ่าตัดช่องท้องจัดเป็นการผ่าตัดใหญ่ และมีความเสี่ยงสูง	0.90	0.316	1.00	0.000
2. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัดช่องท้องส่วนใหญ่คือการตกเลือด	0.70	0.483	1.00	0.000
3. อาการคลื่นไส้ อาเจียน และท้องอืด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกจนถึง 2-3 วันแรกหลังผ่าตัด	0.80	0.422	0.90	0.316
4. ภาวะท้องอืดเกิดจากการที่ลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวภายหลังการผ่าตัดช่องท้องทำให้ไม่มีการบีบรัดเพื่อขับแก๊สออกมา	1.00	0.000	1.00	0.000
5. อาการเจ็บปวดแผลเป็นการส่งเสริมให้เกิดภาวะท้องอืดมากขึ้น	0.90	0.316	1.00	0.000
6. การได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเป็นระยะเวลานานร่วมกับได้รับมอร์ฟินหลังผ่าตัดก็เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะท้องอืดได้	0.70	0.483	0.90	0.316
7. ภาวะที่มีโปแตสเซียมในพลาสมาต่ำอาจทำให้ลำไส้ไม่ทำงานอย่างถาวร	1.00	0.000	1.00	0.000
8. ความเครียดและความวิตกกังวลที่ต้องได้รับการผ่าตัดรวมทั้งความเจ็บปวดหลังผ่าตัดส่งผลให้หลอดเลือดในทางเดินอาหารขาดเลือดมาเลี้ยง	0.90	0.316	1.00	0.000
9. ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องสามารถทำให้เกิดอาการปอดแฟบและปอดอักเสบได้	0.70	0.483	1.00	0.000

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างรายข้อของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ความเข้าใจก่อนและหลังการทดลองหมวดที่ 1 ภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง (ต่อ)

ความรู้ ความเข้าใจ	ก่อนการทดลอง (n= 10)		หลังการทดลอง (n= 10)	
	Mean	Std. Deviation	Mean	Std. Deviation
10.การปล่อยให้เกิดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการท้องอืดมากขึ้น	1.00	0.000	1.00	0.000
11.ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องคือผู้ป่วยและญาติ	0.60	0.516	1.00	0.000
12.การงดน้ำและอาหารเป็นระยะเวลานานทำให้เกิดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง	0.80	0.422	0.90	0.316

จากตารางที่ 5 ในหมวดที่ 1 เพื่อพิจารณารายข้อภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ฯ พยาบาลศัลยกรรมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องสูงขึ้นมากที่สุดในเรื่อง “ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องคือผู้ป่วยและญาติ” รองลงมา คือ เรื่อง “ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องสามารถทำให้เกิดอาการปวดแสบและปวดอึกเสบได้”

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างรายข้อของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ความรู้ความเข้าใจก่อนและหลังการทดลอง หมวดที่ 2 กระบวนการพยาบาลในการป้องกันภาวะ ท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

ความรู้ ความเข้าใจ	ก่อนการทดลอง (n= 10)		หลังการทดลอง (n= 10)	
	Mean	Std. Deviation	Mean	Std. Deviation
1. ความเครียดและความวิตกกังวลเป็น ข้อมูลสำคัญอย่างหนึ่งที่พยาบาลต้องเก็บรวบรวมจากผู้ป่วยที่เตรียมการผ่าตัดช่องท้อง	0.90	0.316	1.00	0.000
2. แนวโน้มของผู้ป่วยที่จะมีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องคือ การได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย	0.80	0.422	0.90	0.316
3. อาการคลื่นไส้อาเจียนบ่งบอกถึงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลว่าผู้ป่วยที่เตรียมผ่าตัดช่องท้องมีแนวโน้มที่จะท้องอืดหลังผ่าตัด	0.70	0.483	1.00	0.000
4. ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวและวัฒนธรรมของผู้ป่วยบ่งชี้ถึงระดับความอดทนต่อการเจ็บปวดและความร่วมมือในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด	0.70	0.483	1.00	0.000
5. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมีโอกาสสำไส้ อุดตัน สำไส้โป่งพอง สำไส้อักเสบ สำไส้เน่า เยื่อช่องท้องอักเสบเฉียบพลันในช่องท้อง	0.80	0.422	0.80	0.422
6. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมีโอกาสท้องอืดหลังผ่าตัดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความสำคัญรองจากภาวะตกเลือดแต่สำคัญกว่าการติดเชื้อ	0.30	0.483	0.80	0.422
7. เป้าหมายทางการพยาบาลคือผู้ป่วยไม่มีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง	1.00	0.000	1.00	0.000
8. เกณฑ์ข้อหนึ่งของผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง คือต้องฟังได้ยินเสียงของลำไส้เคลื่อนไหว	0.90	0.316	1.00	0.000

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างรายข้อของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ความเข้าใจก่อนและหลังการทดลอง หมวดที่ 2 กระบวนการพยาบาลในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง (ต่อ)

ความรู้ ความเข้าใจ	ก่อนการทดลอง (n= 10)		หลังการทดลอง (n= 10)	
	Mean	Std. Deviation	Mean	Std. Deviation
9. การสอนให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจะช่วยลดความวิตกกังวล	0.20	0.422	1.00	0.000
10. การช่วยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องเคลื่อนไหวโดยเร็ว คือสิ่งสำคัญที่สุดในการป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด	1.00	0.000	1.00	0.000
11. การจัดทำ Fowler's ให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องจะช่วยลดอาการเจ็บปวดและเกร็งหน้าท้อง	0.80	0.422	0.90	0.316
12. บันทึกการพยาบาลจะต้องกระทำทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง คือ ตั้งแต่การเก็บประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัย การวางแผน การนำไปปฏิบัติ และการประเมินผลการพยาบาล	0.90	0.316	1.00	0.000

จากตารางที่ 6 ในหมวดที่ 2 เพื่อพิจารณารายข้อ ภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ฯ พยาบาลศัลยกรรมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้กระบวนการพยาบาลในการป้องกันภาวะท้องอืดสูงขึ้นมากที่สุดคือเรื่อง “การสอนให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจะช่วยลดความกังวล” รองลงมาคือเรื่อง “ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมีโอกาท้องอืดหลังผ่าตัดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความสำคัญรองจากภาวะตกเลือดแต่สำคัญกว่าการติดเชื้อ”

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลศัลยกรรมในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลศัลยกรรมในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ความแตกต่างของคะแนน	จำนวน	Range	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	Asymp.Sig (2- tailed)
	ความรู้ความเข้าใจ	(ราย)					
กลุ่มทดลอง	หลังการทดลองสูง	2	21-24	1.50	3.0	-1.342	0.180
	ต่ำกว่าก่อนการทดลอง	2	12-24				

NS=not significant $P>.05$

จากตารางที่ 7 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Wilcoxon Sign-Rank Test พบว่าคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลศัลยกรรมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องโดยรวมสูงขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลศัลยกรรมในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องก่อนการทดลองมีคะแนนต่ำสุด 16 สูงสุดเท่ากับ 18 และคะแนนหลังการทดลองซึ่งมีคะแนนต่ำสุด 17 คะแนนสูงสุด 19 (Mean Rank=1.5/Sum of Ranks =3.0)

ค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 17 หมายถึง พยาบาลศัลยกรรมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างแสดงพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลศัลยกรรมในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเท่ากับ 18 หมายถึง พยาบาลศัลยกรรมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างแสดงพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลศัลยกรรมในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องระดับปานกลาง

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการใช้กระบวนการพยาบาลทุกขั้นตอนของพยาบาลศัลยกรรมในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กิจกรรม	ก่อนการทดลอง (n= 2)		หลังการทดลอง (n =2)	
	Mean	Std. Deviation	Mean	Std. Deviation
กิจกรรมที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดช่องท้อง	1.50	-	3.50	-
กิจกรรมที่ 2 การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	2.00	-	1.5	-
กิจกรรมที่ 3 การวางแผนป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง	7.50	-	7.50	-
กิจกรรมที่ 4 การนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ	4.00	-	4.00	-
กิจกรรมที่ 5 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล	2.00	-	1.5	-

จากตารางที่ 8 เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยรวมทุกกิจกรรม การปฏิบัติกิจกรรมการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดช่องท้องของพยาบาลศัลยกรรมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นเพียงกิจกรรมเดียวภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ฯ โดยไม่มีความแตกต่างของการปฏิบัติกิจกรรมการวางแผนการพยาบาลและการนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ฯ และพยาบาลกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลปฏิบัติน้อยกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ฯ

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความแตกต่างรายข้อของค่าเฉลี่ยของคะแนนการแสดงผลการปฏิบัติการปฏิบัติ
การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดช่องท้องระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

การปฏิบัติการพยาบาล	ก่อนการทดลอง (n= 2)		หลังการทดลอง (n =2)	
	Mean	Std. Deviation	Mean	Std. Deviation
กิจกรรมที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดช่องท้อง				
1.1 ชักประวัติผู้ป่วยก่อนผ่าตัดช่องท้องเกี่ยวกับ อาการท้องอืด แน่นอึดอัดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ความเครียด ความวิตกกังวล สัมพันธภาพใน ครอบครัว และวัฒนธรรมของผู้ป่วย	0.50	-	0.50	-
1.1 ตรวจร่างกายผู้ป่วยก่อนผ่าตัดช่องท้องโดย การวัดสัญญาณชีพ การคลำ การวัดรอบท้อง และการฟังท้อง	0.00	-	0.50	-
1.2 สอบถามอาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่อง ท้องเกี่ยวกับการเจ็บปวด	0.00	-	0.50	-
1.3 ตรวจร่างกายผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องโดย การเคาะและการฟังท้อง การวัดสัญญาณชีพ วัดรอบท้อง และประเมินการเคลื่อนไหวของ ร่างกาย	0.00	-	0.50	-
1.4 ตรวจสอบความสมดุลของสารเหลวและ อิเล็กโตรลัยต์ในร่างกาย	1.00	-	1.00	-
1.6 บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ช่องท้องแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหา ท้องอืด	0.00	-	0.50	-

จากตารางที่ 9 เมื่อพิจารณารายข้อ ภายหลังจากใช้รูปแบบการจัดการความรู้ฯ พยาบาลศัลยกรรม
ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดช่องท้องเพิ่มมากขึ้นทุกเรื่อง
ยกเว้นการซักประวัติผู้ป่วยก่อนผ่าตัดช่องท้องเกี่ยวกับอาการท้องอืด แน่นอึดอัดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน
ความเครียด ความวิตกกังวล สัมพันธภาพในครอบครัว และวัฒนธรรมของผู้ป่วย และการตรวจสอบ
ความสมดุลของสารเหลวและอิเล็กโตรลัยต์ในร่างกาย และจะเห็นว่าพยาบาลกลุ่มตัวอย่างตรวจสอบ
ความสมดุลของสารเหลวและอิเล็กโตรลัยต์ในร่างกายมากกว่า

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบความแตกต่างรายชื่อของค่าเฉลี่ยของคะแนนการแสดงพฤติกรรมการปฏิบัติกรกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

การปฏิบัติการพยาบาล	ก่อนการทดลอง (n= 2)		หลังการทดลอง (n =2)	
	Mean	Std. Deviation	Mean	Std. Deviation
กิจกรรมที่ 2 การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล				
2.1 เขียนข้อวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด	0.50	-	0.00	-
2.2 เขียนข้อวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีความเครียดและความวิตกกังวล	1.00	-	1.00	-
2.3 เขียนข้อวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากแผลผ่าตัดหน้าท้อง	0.50	-	0.50	-
2.4 เขียนข้อวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเคลื่อนไหวน้อยลง	0.00	-	0.00	-
2.5 เขียนข้อวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะสูญเสียความสมดุลของสารเหลวและอิเล็กโทรลัยท์ในร่างกาย	0.00	-	0.00	-

จากตารางที่ 10 เมื่อพิจารณารายชื่อ ก่อนและภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ฯ พยาบาลศัลยกรรมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลไม่แตกต่างกัน ยกเว้นการเขียนข้อวินิจฉัยเรื่องผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด ที่กลุ่มตัวอย่างเขียนก่อนการใช้รูปแบบฯ แต่ไม่เขียนภายหลังการใช้รูปแบบฯ และไม่เขียนข้อวินิจฉัยเรื่องผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเคลื่อนไหวน้อยลงกับผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะสูญเสียความสมดุลของสารเหลวและอิเล็กโทรลัยท์ในร่างกาย ทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

พยาบาลศัลยกรรมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเขียนข้อวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีความเครียดและความวิตกกังวล และผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากแผลผ่าตัดหน้าท้องทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ โดยเขียนข้อวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีความเครียดและความวิตกกังวลมากกว่าข้อวินิจฉัยอื่นๆ

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบความแตกต่างรายข้อของค่าเฉลี่ยของคะแนนการแสดงผลพฤติกรรมการปฏิบัติการวางแผนป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

การปฏิบัติการพยาบาล	ก่อนการทดลอง (n= 2)		หลังการทดลอง (n =2)	
	Mean	Std. Deviation	Mean	Std. Deviation
กิจกรรมที่ 3 การวางแผนป้องกันภาวะ ท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง				
3.1 จัดอันดับความเสี่ยงต่อภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องเป็นอันดับ 2 รองจากความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือด	0.00	-	0.00	-
3.2 สอนให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองเพื่อบรรเทาความวิตกกังวล	1.00	-	1.00	-
3.3 สอนให้ญาติช่วยผ่อนคลายความเครียดของผู้ป่วย	1.00	-	1.00	-
3.4 จัดให้ผู้ป่วยนอนท่า Fowler's เพื่อลดความหดรัดของหน้าท้อง	1.00	-	1.00	-
3.5 จัดให้ผู้ป่วยลุกนั่งและลงจากเตียงหลังผ่าตัดอย่างน้อย 8 ชั่วโมง	0.50	-	0.50	-
3.6 สังเกตสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอาการหายใจไม่สะดวก หายใจถี่ และสั่นภายใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	1.00	-	1.00	-
3.7 สังเกตอาการแน่นอึดอัดท้อง และอาการคลื่นไส้ อาเจียนภายใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	1.00	-	1.00	-
3.8 ฟังท้อง และวัดรอบท้องหลังผ่าตัด	1.00	-	1.00	-
3.9 ดึงน้ำเข้าและออกจากร่างกายและบันทึกความสมดุลของสารเหลวและอิเล็กโทรลัยท์	1.00	-	1.00	-

จากตารางที่ 11 เมื่อพิจารณารายข้อ ก่อนและภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการความรู้พยาบาลศัลยกรรมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างวางแผนเหมือนกัน โดยวางแผนให้ผู้ป่วยลุกนั่งและลงจากเตียงหลังผ่าตัดอย่างน้อย 8 ชั่วโมงน้อยที่สุด และไม่จัดอันดับความเสี่ยงต่อภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องเป็นอันดับ 2 รองจากความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือด

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบความแตกต่างรายข้อของค่าเฉลี่ยของคะแนนการแสดงพฤติกรรมการปฏิบัติกรนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

การปฏิบัติการพยาบาล	ก่อนการทดลอง (n= 2)		หลังการทดลอง (n =2)	
	Mean	Std. Deviation	Mean	Std. Deviation
กิจกรรมที่ 4 การนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ				
4.1 ปฏิบัติตามแผนการพยาบาลอย่างครบถ้วน	0.00	-	0.00	-
4.2 แสดงความเอื้ออาทรขณะให้การพยาบาล	1.00	-	1.00	-
4.3 จัดทำผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม	1.00	-	1.00	-
4.4 ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด	1.00	-	0.50	-
4.5 ดูแลสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของผู้ป่วย	0.50	-	1.00	-
4.6 บันทึกการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติ และความก้าวหน้าทางการพยาบาล	0.50	-	0.50	-

จากตารางที่ 12 เมื่อพิจารณารายข้อ ภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ฯ พยาบาลคัดสรรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างดูแลสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของผู้ป่วยมากกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ แต่ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดน้อยกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ สำหรับการแสดงความเอื้ออาทรขณะให้การพยาบาล การจัดทำผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม และการบันทึกการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติและความก้าวหน้าทางการพยาบาลไม่แตกต่างกันทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ โดยแสดงความเอื้ออาทรขณะให้การพยาบาล และจัดทำผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสมมากกว่าการบันทึกการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติและความก้าวหน้าทางการพยาบาล ซึ่งการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลไม่ครบถ้วนพบว่ามีทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบความแตกต่างรายข้อของค่าเฉลี่ยของคะแนนการแสดงผลการปฏิบัติการปฏิบัติ
การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

การปฏิบัติการพยาบาล	ก่อนการทดลอง (n= 2)		หลังการทดลอง (n =2)	
	Mean	Std. Deviation	Mean	Std. Deviation
กิจกรรมที่ 5 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล				
5.1 ประเมินผลลัพธ์การพยาบาลตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้	0.50	-	0.50	-
5.2 เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการท้องอืดหลังผ่าตัดอีกครั้ง	0.00	-	0.00	-
5.3 กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามข้อมูลที่ประเมินได้ใหม่	0.50	-	0.50	-
5.4 ปรับแผนการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยใหม่	0.50	-	0.50	-
5.5 บันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างครบถ้วน	0.50	-	0.00	-

จากตารางที่ 13 เมื่อพิจารณารายข้อ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ฯ พยาบาล
ศัลยกรรมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเหมือนกัน ยกเว้นการ
บันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างครบถ้วนที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติน้อยกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ โดยไม่
เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการท้องอืดหลังผ่าตัดอีกครั้งทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของเบนคูรา ในเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องของพยาบาลศัลยกรรม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ได้แก่ พยาบาลศัลยกรรมที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ 3 พิเศษ ที่ปฏิบัติงานระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2553 ถึง 31 มกราคม 2554 จำนวน 12 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติของการศึกษาที่กำหนดไว้ โดยเลือกพยาบาลวิชาชีพ 2 คนจากกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจทำหน้าที่เป็นผู้นำการประชุม 1 คน และผู้จัดสาระสำคัญ 1 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน เป็นกลุ่มทดลองเพียงกลุ่มเดียว เนื่องจากกลุ่มทดลองต้องผลัดกันเข้าเวร ผู้วิจัยจึงแบ่งพยาบาลที่ไม่อยู่ระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ออกเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่มในการเข้าร่วมโครงการจัดการความรู้เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง เพื่อให้มีการสลับหมุนเวียนในการปฏิบัติหน้าที่ โดยนำกลุ่มที่ไม่ปฏิบัติหน้าที่เข้าร่วมกระบวนการจัดการความรู้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ชุด คือ 1) เครื่องมือทดลองซึ่งเป็นคู่มือการจัดการความรู้สำหรับพยาบาลศัลยกรรมเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง และ 2) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจของพยาบาลศัลยกรรมเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง และแบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการจัดการความรู้ การพยาบาลศัลยกรรม และการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหน้าท้อง ภายหลังการปรับปรุงแก้ไขได้นำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายกับ กลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 คน และนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยวิธี Cronbach Alpha Coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.873 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบระดับคะแนนความสามารถของพยาบาลศัลยกรรมในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่สัมพันธ์กันของ Wilcoxon Signed Ranks Test

ในการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือ โดยให้ทุกคนลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้ทุกคนตอบ และใช้แบบสังเกตพฤติกรรม การปฏิบัติการพยาบาลกับกลุ่มทดลองเพื่อเป็นการประเมินครั้งที่ 1 (Pretest) แล้วจึงเริ่มให้ผู้ผ่านการประชุมและผู้จัดสาระสำคัญดำเนินการตามขั้นตอนที่ระบุในคู่มือฯ จนเสร็จสิ้นทุกขั้นตอน โดยผู้วิจัยปล่อยให้ผู้นำการประชุมและผู้จัดสาระสำคัญปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างอิสระในการจัดการประชุมเพื่อจัดการความรู้กลุ่มละ 3 ครั้ง และให้กลุ่มทดลองปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นจากการจัดการความรู้เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามซึ่งเป็นชุดเดียวกับที่ใช้ในการประเมินครั้งที่ 1 ให้กลุ่มทดลองทั้ง 10 คน ตอบและใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลกับกลุ่มทดลองเพื่อเป็นการประเมินครั้งที่ 2 (Posttest) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามได้ครบ 10 คน แต่สังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลสัลยกรรมได้เพียง 2 คน

5.1 สรุปผลการวิจัย

1) พยาบาลสัลยกรรมกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของแบนคูราเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยก่อนการทดลองพยาบาลสัลยกรรมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจระดับปานกลาง และหลังการทดลองพยาบาลฯ มีความรู้ความเข้าใจระดับมาก

2) พยาบาลสัลยกรรมกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของแบนคูราเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง แสดงพฤติกรรมการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมากขึ้นเล็กน้อย แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพยาบาลสัลยกรรมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างแสดงพฤติกรรมการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องระดับปานกลาง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

จากผลการวิจัย สามารถสรุปได้ ดังนี้

5.1.1 ความรู้ความเข้าใจในการเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืด

ความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องของพยาบาลสัลยกรรมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยเฉพาะความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้กระบวนการพยาบาลในการป้องกันภาวะท้องอืด กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจสูงขึ้นมากที่สุด คือ เรื่อง “การสอนให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจะช่วยลดความกังวล” (ก่อนทดลอง $X=0.2$ / หลังทดลอง $X=1$) รองลงมา คือ เรื่อง “ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมี

โอกาสท้องอืดหลังผ่าตัดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความสำคัญรองจากภาวะดกเลือดแต่สำคัญกว่าการติดเชื้อ” (ก่อนทดลอง $X=0.3$ / หลังทดลอง $X=0.8$)

สำหรับความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องของพยาบาลศัลยกรรมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ฯ โดยรวมสูงขึ้นน้อยกว่าความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้กระบวนการพยาบาลในการป้องกันภาวะท้องอืด ซึ่งคะแนนเฉลี่ยของความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่สูงขึ้นมากที่สุด คือ เรื่อง “ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องคือผู้ป่วยและญาติ” (ก่อนทดลอง $X=0.6$ หลังทดลอง $X=1$) รองลงมา คือ เรื่อง “ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องสามารถทำให้เกิดอาการปวดแสบและปวดอักเสบได้” (ก่อนทดลอง $X=0.7$ หลังทดลอง $X=1$)

5.1.2 พฤติกรรมการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

พฤติกรรมการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องโดยรวมมากขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการปฏิบัติกิจกรรมการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดช่องท้องของพยาบาลศัลยกรรมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้นเพียงกิจกรรมเดียวภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ฯ (ก่อนทดลอง $X=1.5$ / หลังทดลอง $X=3.5$) โดยไม่มีความแตกต่างของการปฏิบัติกิจกรรมการวางแผนการพยาบาลและการนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ฯ (ก่อนทดลอง $X=7.5$ / หลังทดลอง $X=7.5$, ก่อนทดลอง $X=4$ หลังทดลอง $X=4$ ตามลำดับ) และพยาบาลกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลปฏิบัติไม่น้อยกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ฯ (ก่อนทดลอง $X=2$ / หลังทดลอง $X=1.5$)

เมื่อพิจารณารายกิจกรรมพบว่า

1) กิจกรรมการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

ภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ฯ พยาบาลศัลยกรรมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดช่องท้องเพิ่มมากขึ้นในเรื่องการตรวจร่างกายผู้ป่วยก่อนผ่าตัดช่องท้องโดยการวัดสัญญาณชีพ การคลำ การวัดรอบท้อง และการฟังท้อง การสอบถามอาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องเกี่ยวกับการเจ็บปวด การตรวจร่างกายผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องโดยการเคาะและการฟังท้อง การวัดสัญญาณชีพ วัดรอบท้อง และประเมินการเคลื่อนไหวของร่างกาย และการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาท้องอืด แต่การซักประวัติผู้ป่วยก่อนผ่าตัดช่องท้องเกี่ยวกับอาการท้องอืด แน่นอึดอัดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ความเครียด ความวิตกกังวล สัมพันธภาพในครอบครัว และวัฒนธรรมของผู้ป่วย การตรวจสอบความสมดุลของสารเหลวและอิเล็กโทรลัยท์ในร่างกายไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

โดยที่กลุ่มตัวอย่างจะตรวจสอบความสมดุลของสารเหลวและอิเล็กโตรลิตในร่างกายมากกว่า ($X=1$, $X=0.5$ ทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ตามลำดับ)

3) กิจกรรมการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

รูปแบบการจัดการความรู้ฯ ไม่มีผลต่อการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพราะทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ฯ กลุ่มตัวอย่างเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลไม่แตกต่างกัน ยกเว้นการเขียนข้อวินิจฉัยเรื่องผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด ที่กลุ่มตัวอย่างเขียนก่อนการใช้รูปแบบฯ แต่ไม่เขียนภายหลังการใช้รูปแบบฯ (ก่อนทดลอง $X=0.5$ หลังทดลอง $X=0$) สำหรับข้อวินิจฉัยเรื่องผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเคลื่อนไหวน้อยลง และผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะสูญเสียความสมดุลของสารเหลวและอิเล็กโตรลิตในร่างกาย กลุ่มตัวอย่างไม่เขียนทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ แต่เขียนข้อวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีความเครียดและความวิตกกังวล และผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากแผลผ่าตัดหน้าท้องทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ โดยเขียนข้อวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีความเครียดและความวิตกกังวลมากกว่าข้อวินิจฉัยอื่นๆ ($X=1$, $X=0.5$ ทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ)

3) กิจกรรมการวางแผนป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง

รูปแบบการจัดการความรู้ฯ ไม่มีผลต่อการวางแผนป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง เพราะกลุ่มตัวอย่างวางแผนเหมือนกันทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ โดยวางแผนให้ผู้ป่วยลุกนั่งและลงจากเตียงหลังผ่าตัดอย่างน้อย 8 ชั่วโมงน้อยที่สุด ทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ และไม่จัดอันดับความเสี่ยงต่อภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องเป็นอันดับ 2 รองจากความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือด ทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

4) กิจกรรมการนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ

ภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ฯ พยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างดูแลสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของผู้ป่วยมากกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ (ก่อนทดลอง $X=0.5$ หลังทดลอง $X=1$) แต่ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดน้อยกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ (ก่อนทดลอง $X=1$ หลังทดลอง $X=0.5$) สำหรับการแสดงความเอื้ออาทรขณะให้การพยาบาล การจัดทำผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม และการบันทึกการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติและความก้าวหน้าทางการพยาบาล ไม่แตกต่างกันทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ โดยแสดงความเอื้ออาทรขณะให้การพยาบาล และจัดทำผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสมมากกว่าการบันทึกการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติและความก้าวหน้าทางการพยาบาล (ก่อนทดลอง $X=1$ หลังทดลอง $X=1$) และปฏิบัติตามแผนการพยาบาลไม่ครบถ้วนทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ($X=1$, $X=0.5$) ทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

5) กิจกรรมการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

รูปแบบการจัดการความรู้ฯ ไม่มีผลต่อการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล เพราะกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเหมือนกันทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ยกเว้นการบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างครบถ้วนที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติน้อยกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ (ก่อนทดลอง $X = 0.5$ หลังทดลอง $X = 0$) และประเมินผลลัพธ์การพยาบาลตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ และไม่เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการท้องอืดหลังผ่าตัดอีกครั้งทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

5.2 การอภิปรายผล

5.2.1 ผลของการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของเบนคูรา เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของเบนคูรา เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง มีผลต่อความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของพยาบาลศัลยกรรมกลุ่มตัวอย่าง โดยคะแนนเฉลี่ยของความรู้ความเข้าใจสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แต่ไม่มีผลอย่างชัดเจนต่อแสดงพฤติกรรมการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง เพราะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แม้เบนคูรา (Bandura, 1997) จะเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการที่บุคคลนั้นมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมที่จะแสดงออก และรับรู้ในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถแสดงพฤติกรรมที่จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการได้ และผลงานวิจัยของ มาโนจโลวิช (Manojlovich, 2005) ที่พบว่า การเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองนำไปสู่พฤติกรรมปฏิบัติงานที่ดีขึ้น แต่ผลการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มอย่างหนึ่งที่ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลภายหลังการใช้รูปแบบฯ มีน้อยเกินไป (2 คน) และระยะเวลาในการสังเกตพฤติกรรมสั้นเกินไป เพราะในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลจากการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลภายหลังการใช้รูปแบบฯ มีการปรับปรุงหอผู้ป่วยและมีผู้ป่วยมารับบริการการผ่าตัดช่องท้องเพียง 2 คน จึงทำให้ประสิทธิภาพความเชี่ยวชาญของพยาบาลศัลยกรรมยังไม่มากพอที่จะแสดงพฤติกรรมการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องอย่างชัดเจน

อย่างไรก็ตาม การเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนของคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของพยาบาลศัลยกรรมกลุ่มตัวอย่างภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของเบนคูรา สามารถอธิบายได้ว่า SECI Model เป็นรูปแบบการจัดการความรู้ที่มีความชัดเจนและเป็นวงจรต่อเนื่อง เพราะเป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความรู้ ประสบการณ์ และความคิดเห็นซึ่งกันและกันของแต่ละบุคคล และจัดระบบความรู้ที่เป็นทั้งความรู้แบบซ่อนเร้น และความรู้แบบเปิดเผยที่มีทั้งหมด 4 ขั้นตอน คือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Socialization) การเผยแพร่

ความรู้ที่ได้จากตัวบุคคล (Externalization) การบูรณาการความรู้ทั้งแบบซ่อนเร้นและความรู้แบบเปิดเผย (Combination) และการสร้างประสบการณ์การเรียนรู้จากองค์ความรู้ใหม่ (Internalization) (Ikujiro, 1991) และแบนดูรา (Bandura, 1997) ระบุว่าความสามารถในตนเองของบุคคลมาจากปัจจัยสำคัญ 4 ประการ คือ ประสบการณ์ความเชี่ยวชาญของตนเอง (Enactive Mastery Experiences) ประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้จากผู้อื่น (Vicarious Experiences) การได้รับการโน้มน้าวชักจูง (Verbal Persuasion) และสภาวะของร่างกายและความรู้สึกของตนเอง (Physiological and Affective States) ความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของพยาบาลศัลยกรรมกลุ่มตัวอย่างจึงสูงขึ้น

1) ความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืด

พยาบาลศัลยกรรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องและการใช้กระบวนการพยาบาลในการป้องกันภาวะท้องอืดสูงขึ้นภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของแบนดูรา เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยมีความแตกต่างของความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้กระบวนการพยาบาลในการป้องกันภาวะท้องอืดมากกว่าความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง อธิบายได้ว่ารูปแบบการจัดการความรู้ฯ ช่วยทำให้พยาบาลศัลยกรรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้กระบวนการพยาบาลในการป้องกันภาวะท้องอืดดีขึ้น โดยเฉพาะเรื่องการสอนให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจะช่วยลดความกังวล เมื่อพยาบาลกลุ่มตัวอย่างรู้ว่าการผ่าตัดเป็นสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลซึ่งอาจจะเกิดจากสาเหตุความไม่คุ้นเคยกับสถานที่หรือสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล ความวิตกกังวลก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยส่งผลต่อเนื่องมาถึงหลังผ่าตัด ทำให้ระบบการย่อยอาหารทำงานช้าลง (Luckmann & Sorensen, 1987) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง และผู้ป่วยบางรายที่มีอาการท้องอืดมากจะมีอาการเกร็ง อารมณ์ขุ่นมัว หงุดหงิด และพักผ่อนไม่ได้ (Boxbaum, 1994; Smith, 1985; และอุดม บุญยทรัพย์, 2527) พยาบาลจึงต้องสอนให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองตั้งแต่ก่อนผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง ส่วนการที่พยาบาลศัลยกรรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจดีขึ้นว่าข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมีโอกาสท้องอืดหลังผ่าตัดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความสำคัญรองจากภาวะตกเลือดแต่สำคัญกว่าการติดเชื้อ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลหน้าท้อง การใช้กระบวนการพยาบาลจึงอาจมุ่งไปที่ภาวะตกเลือดและการติดเชื้อ ภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของแบนดูราเรื่อง การป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง จึงทำให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจว่า

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมีโอกาสมองอืดหลังผ่าตัดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความสำคัญรองจากภาวะตกเลือดแต่สำคัญกว่าการติดเชื้อ

การที่พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจดีขึ้นว่าผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง คือ ผู้ป่วยและญาติ และภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องสามารถทำให้เกิดอาการปอดแฟบและปอดอักเสบได้ อธิบายได้ว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ว่าการออกกำลังอย่างมีแบบแผน โดยเฉพาะการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องอย่างมีแบบแผนสามารถลดภาวะท้องอืดและความรุนแรงของอาการท้องอืด รวมทั้งอาการปวดท้องจากแก๊สของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องได้ (สายหยุด วัฒนธัญญกรรม, 2529 และวิยะดา รัตนสุวรรณ, 2535) พยาบาลกลุ่มตัวอย่างจึงเข้าใจว่าผู้ป่วยและญาติเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง เพราะผู้ป่วยจะต้องบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องของตนเอง โดยพยาบาลจะต้องช่วยสอนให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และสอนญาติให้ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องด้วยตนเอง นอกจากนี้ กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความรู้ ประสบการณ์ และความคิดเห็นซึ่งกันและกันของแต่ละบุคคล และการจัดระบบความรู้ที่เป็นทั้งความรู้แบบซ่อนเร้นและความรู้แบบเปิดเผยตาม SECI Model (Ikujiro, 1991) ยังช่วยให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจขึ้นว่าภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องสามารถทำให้เกิดอาการปอดแฟบและปอดอักเสบได้ เพราะก่อนใช้รูปแบบการจัดการความรู้ฯ พยาบาลบางคนอาจรับรู้ผลกระทบของภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องเฉพาะเฉพาะปัญหา ถ้าไอสุดดั้น ถ้าไออึกเสบ ถ้าไอแน่น เยื่อช่องท้องอึกเสบ และฝืนช่องท้อง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยซึ่งเป็นการเผยแพร่ความรู้ที่ได้จากตัวบุคคล (Externalization) ตาม SECI Model (Ikujiro, 1991) ที่พบว่าแก๊สในช่องท้องจะไปดันกระบังลมทำให้น้ำหนักการแลกเปลี่ยนแก๊สของปอดเสียไป เกิดอาการปอดแฟบและปอดอักเสบได้ (ยุพิน คีสมศักดิ์, 2546)

2) พฤติกรรมการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

พฤติกรรมการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องของพยาบาลศัลยกรรมกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้นภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ฯ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพิ่มมากขึ้นเฉพาะการปฏิบัติกิจกรรมการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องเพียงกิจกรรมเดียว (ก่อนทดลอง X= 1.5 / หลังทดลอง X = 3.5) รูปแบบการจัดการความรู้ฯ ไม่มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ และการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล เพราะไม่มีความแตกต่างของการปฏิบัติกิจกรรมการวางแผนการพยาบาลและการนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ฯ (ก่อนทดลอง X= 7.5 หลังทดลอง X = 7.5, ก่อนทดลอง X= 4 หลังทดลอง X = 4 ตามลำดับ) ส่วนกิจกรรมการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการประเมินผล

การปฏิบัติการพยาบาลภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ฯ มีการปฏิบัติน้อยกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ฯ (ก่อนทดลอง $X=2$ / หลังทดลอง $X=1.5$)

ความไม่ชัดเจนของการแสดงพฤติกรรมการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่เพิ่มมากขึ้นของพยาบาลศัลยกรรมกลุ่มตัวอย่างภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ฯ อาจเกิดจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยเกินไป และระยะเวลาอาจไม่มากพอ เนื่องจากในช่วงที่สังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลภายหลังการจัดการความรู้มีการปรับปรุงหอผู้ป่วยและมีผู้ป่วยมารับบริการการผ่าตัดช่องท้องจำนวน 2 คน มีได้ข้อมูลจากพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเพียง 2 คน จึงยังไม่อาจกล่าวได้ว่ารูปแบบการจัดการความรู้ฯ ไม่มีผลต่อพฤติกรรมของพยาบาลศัลยกรรมกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

การที่พยาบาลกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องเพิ่มขึ้นเพียงกิจกรรมเดียวภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ฯ อธิบายได้ว่าเมื่อได้รับการจัดการความรู้ตาม SECI Model (Ikujiro, 1991) พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจว่าสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดมีมากกว่าที่เคยรับรู้ จึงรวบรวมข้อมูลปัญหาเพื่อการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเรื่องการตรวจร่างกายผู้ป่วยก่อนผ่าตัดช่องท้องโดยการวัดสัญญาณชีพ การคลำ การวัดรอบท้อง และการฟังท้อง การสอบถามอาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องเกี่ยวกับการเจ็บปวด การตรวจร่างกายผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องโดยการเคาะและการฟังท้อง การวัดสัญญาณชีพ วัดรอบท้อง และประเมินการเคลื่อนไหวของร่างกาย และการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาท้องอืด และไม่ว่าจะใช้รูปแบบการจัดการความรู้หรือไม่ พยาบาลกลุ่มตัวอย่างก็ปฏิบัติกิจกรรมการซักประวัติผู้ป่วยก่อนผ่าตัดช่องท้องเกี่ยวกับอาการท้องอืด แน่นอึดอัดท้อง คลื่นไส้อาเจียน ความเครียด ความวิตกกังวล สัมพันธภาพในครอบครัว และวัฒนธรรมของผู้ป่วย และการตรวจสอบความสมดุลของสารเหลวและอิเล็กโทรลัยท์ในร่างกายไม่แตกต่างกัน โดยมุ่งตรวจสอบความสมดุลของสารเหลวและอิเล็กโทรลัยท์ในร่างกายมากกว่า ซึ่งอธิบายได้ว่าพยาบาลกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพจิตและความสมดุลของสารเหลวและอิเล็กโทรลัยท์ในร่างกายของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแม้จะไม่ใช้รูปแบบการจัดการความรู้ฯ เพราะผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องเป็นผู้ป่วยศัลยกรรมซึ่งเป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพทางกายและมีความเครียดความวิตกกังวลสูง (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540; รัศมี เวชประสิทธิ์, 2548; สุณีย์ จันทรมหเสถียร และนันทา เล็กสวัสดิ์; Badner, 1990; Pudner, 2000; Wells, et al., 1986)

ส่วนการที่รูปแบบการจัดการความรู้ฯ ไม่มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ และการประเมินผล

การปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องนั้น อธิบายได้ว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่างอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เน้นการรักษาของแพทย์ จากประสบการณ์ของผู้วิจัย พยาบาลศัลยกรรมในหน่วยงานที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ มักยุ่งอยู่กับการช่วยเหลือแพทย์ในการรักษา (Medical Oriented) จนเวลาไม่เหลือให้ใช้กระบวนการพยาบาลอย่างสมบูรณ์ นอกจากนี้ ครั้งหนึ่งของพยาบาลศัลยกรรมกลุ่มตัวอย่าง ยังได้รับการพัฒนาตนเองในด้านการอบรมการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลทางหน้าท้อง ซึ่งสะท้อนให้เห็นการมุ่งแก้ปัญหาเฉพาะหน้ามากกว่าการวางแผนป้องกัน แม้บทบาทของพยาบาลจะครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพก็ตาม พยาบาลศัลยกรรมกลุ่มตัวอย่างจึงเคยชินกับการรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้กลับสู่สภาพปกติ (Illness Oriented) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กิจกรรมการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลที่มีการปฏิบัติน้อยกว่าก่อนการใช้การใช้รูปแบบการจัดการความรู้ ฯ นอกจากนี้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเพียง 2 คน ซึ่งน้อยมาก จากเหตุผลที่กล่าวข้างต้น อาจมีข้อจำกัดเรื่องเวลาที่พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมุ่งทำงานแข่งกับเวลาเพื่อให้ทุกอย่างให้เสร็จก่อนส่งเวร และอาจขึ้นอยู่กับสมรรถนะการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่จะต้องนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาตีความและแปลความเพื่อเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล และเมื่อไม่ได้เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลจึงไม่มีการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลไปด้วย สำหรับการวางแผนการพยาบาลและการนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ แม้จะมีการปฏิบัติเท่ากันทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ ฯ แต่มีการปฏิบัติมากกว่ากิจกรรมอื่นๆ โดยเฉพาะการวางแผนการพยาบาลซึ่งมากกว่าการนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ พยาบาลศัลยกรรมกลุ่มตัวอย่างจะวางแผนให้ผู้ป่วยลุกนั่งและลงจากเตียงหลังผ่าตัดอย่างน้อย 8 ชั่วโมงน้อยที่สุด และไม่จัดอันดับความเสี่ยงต่อภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องเป็นอันดับ 2 รองจากความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ฯ จะเห็นว่าการอบรมการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลทางหน้าท้องของกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีถึงร้อยละ 50 อาจมีอิทธิพลต่อการไม่จัดอันดับความเสี่ยงต่อภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องเป็นอันดับ 2 รองจากความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือด หรือพยาบาลศัลยกรรมกลุ่มตัวอย่างอาจเห็นว่าการให้ผู้ป่วยลุกนั่งและลงจากเตียงหลังผ่าตัดอย่างน้อย 8 ชั่วโมง และการไม่จัดอันดับความเสี่ยงต่อภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องเป็นงานที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำอยู่แล้ว

สำหรับการนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติเป็นกิจกรรมที่ทำน้อยกว่าการวางแผนการพยาบาล แต่ทำมากกว่ากิจกรรมอื่นๆ ของกระบวนการพยาบาล โดยเฉพาะการดูแลสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ปฏิบัติมากกว่าก่อนใช้รูปแบบ ฯ แสดงว่าพยาบาลศัลยกรรมกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลวิชาชีพทุกคนผ่านหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่มีพื้นฐานทฤษฎีในดิงเกล เป็นกรอบการจัดการศึกษา แต่กลุ่ม

ตัวอย่างให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดน้อยกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อธิบายได้ว่า พยาบาลอาจรีบเร่งทำงานในแต่ละเวรและต้องการทำงานให้เสร็จโดยเร็วจึงไม่มีเวลาในการสอน รวมทั้งไม่ใส่ใจในการสอนญาติและผู้ป่วยให้ดูแลตนเอง และการที่พยาบาลศัลยกรรมกลุ่มตัวอย่างแสดงความเอื้ออาทรขณะให้การพยาบาลและจัดทำผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสมอาจเป็นธรรมชาติของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติได้โดยไม่ต้องมีตัวแปรใดมาเป็นตัวกำหนด ในขณะที่เวลาเป็นตัวแปรสำคัญของการบันทึกการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติและความก้าวหน้าทางการพยาบาล แม้จะทำการประจำแต่การบันทึกการพยาบาลปฏิบัติน้อยกว่าการแสดงความเอื้ออาทรและจัดทำผู้ป่วย

5.3 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย (Implications)

- 1) การจัดการความรู้ตาม SECI Model เหมาะต่อการใช้พัฒนาความรู้ความเข้าใจของพยาบาล แต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของพยาบาลตามแนวคิดของเบนคูรา อาจต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้น
- 2) ควรจัดการให้มีการปรับสิ่งแวดล้อมในการทำงานจากสิ่งแวดล้อมที่เน้นการรักษาของแพทย์ (Medical Oriente) เป็นสิ่งแวดล้อมที่เน้นการพยาบาล (Nursing Oriente) เพื่อให้พยาบาลสามารถปฏิบัติตามดูแลได้มากขึ้น
- 3) สิ่งแวดล้อมที่เน้นการพยาบาล (Nursing Oriented) ต้องเป็นการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างสมบูรณ์ทุกขั้นตอน จึงต้องอาศัยปัจจัยอื่นๆ ช่วยสนับสนุน ได้แก่ ระบบสารสนเทศทางการพยาบาล เพื่อลดการใช้เวลาในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล และทำให้ข้อวินิจฉัยการพยาบาลมีความแม่นยำมากขึ้น และมีการจัดการเวลาให้กับการพยาบาลมากขึ้น โดยเฉพาะการจัดการให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งต้องมีการสอนและแนะนำทั้งผู้ป่วยและญาติ
- 4) ควรจัดการเพิ่มบทบาทด้านการป้องกันการเจ็บป่วยเป็นโรคและการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลศัลยกรรมให้มากขึ้น เพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลกระทบ เช่น ผลกระทบจากภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด นอกเหนือจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงอย่างการตกเลือด แผลแยก หรือแผลติดเชื้อ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะสุขภาพปกติโดยเร็ว

5.4 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ (Suggestions)

- 1) นำรูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของเบนคูรา ไปใช้พัฒนาสมรรถนะของพยาบาลศัลยกรรมในเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง และเรื่องอื่นๆ และใช้พัฒนาสมรรถนะของพยาบาลพยาบาลอื่นๆ ในเรื่องอื่นๆ ซึ่งต้องเพิ่มระยะเวลาใน

การใช้รูปแบบให้มากขึ้นเพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลได้ดีขึ้น

- 2) ทำการวิจัยค้นหาสาเหตุที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้กระบวนการพยาบาลครบทุกขั้นตอน
- 3) พัฒนาระบบสารสนเทศทางการพยาบาลเพื่อลดการใช้เวลาในการใช้กระบวนการพยาบาล และเพิ่มความแม่นยำของการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล
- 4) พัฒนาสมรรถนะด้านการสอนของพยาบาลศัลยกรรม และการให้ความสำคัญกับญาติในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง
- 5) จัดการเวลาในการปฏิบัติงานของพยาบาลให้สามารถใช้กระบวนการพยาบาลได้อย่างสมบูรณ์
- 6) กำหนดนโยบายที่ส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมทางการพยาบาล (Nursing Oriented) และการเพิ่มบทบาทด้านการป้องกันการเจ็บป่วยเป็นโรคและการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลศัลยกรรม



บรรณานุกรม

- กนกวรรณ บุญวิทยา. (2548). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะท้องอืดภายหลังการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องแบบไม่ฉุกเฉินในโรงพยาบาลรามารับคี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทนา สุขชนารักษ์. (2550). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความรู้ทางพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลหัวหน้าหน่วยงาน โรงพยาบาล จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชวลิต ศุภศักดิ์ธารง. (2550). ความสำเร็จในการนำแนวคิดการจัดการความรู้ไปปฏิบัติในองค์กรและผลของการจัดการความรู้ต่อบุคลากร. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพัฒนาแรงงานและสวัสดิการ มหาบัณฑิต, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เดือนใจ รักษาพงศ์. (2551). การพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้เพื่อการบริหารงานวิชาการของสถานศึกษาขั้นพื้นฐานด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. คุุณิพนธ์การศึกษาคุณิพนิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นันทา เล็กสวัสดิ์. (2540). การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด. (พิมพ์ครั้งที่ 4). คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พรธิดา วิเชียรปัญญา. (2547). การจัดการความรู้: พื้นฐานและการประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ: เอ็กชเปอร์เนต.
- พรรณทิพย์ เกียรติสิน. (2550). การฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง: การวิเคราะห์วรรณกรรม. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพิน ดีสมศักดิ์. (2546). การบริหารความเสี่ยงการป้องกันและการจัดการ ileus. พยาบาลกับการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยศัลยกรรม. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: แอล.ที. เพรส.
- วิจารณ์ พานิช. (2548). การจัดการความรู้. เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่อง “การจัดการความรู้” ณ จังหวัดกาญจนบุรี.

วิยะดา รัตนสุวรรณ. (2535). ผลของการออกกำลังกายอย่างมีแบบแผนต่ออาการท้องอืดและอาการปวดท้องจากแก๊สในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วีรวัฒน์ เหลืองชนะ. (2554). ตำราพื้นฐานทางศัลยศาสตร์. กรุงเทพฯ: บัณฑิต.

สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส). (2548). เอกสารประกอบการอบรมปฏิบัติการการจัดการความรู้สู่การเรียนรู้การสอนสู่บุคลากรท้องถิ่น. 9-10 ตุลาคม 2548. โรงแรมรอยัลซิตี้ กรุงเทพฯ.

สภาการพยาบาล. (2544). ประกาศสภาการพยาบาลเรื่องมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2544. สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2553. จาก http://www.tnc.or.th/law/PDF_file/81.pdf.

สายหยุด วัฒนธัญญกรรม. (2529). ผลการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องในผู้ป่วยที่มีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดไตและท่อไต. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุระพรรณ พนมฤทธิ์. (บรรณาธิการ). (2543). กระบวนการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก.

สำนักงาน ก.พ.ร. และสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. (2548). คู่มือการจัดทำแผนการจัดการความรู้. กรุงเทพฯ: สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ.

อังคณา อายุทธณรงค์. (2551). ผลการใช้รูปแบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่บูรณาการแนวคิดของเบนคูราและแนวคิดการดูแลของโรคต่อความสามารถของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์.

อิงอร พงศ์พุททชาด. (2546). การเสริมแรงเพื่อการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อุดม บุญยทรัพย์. (2527). สรีรวิทยาระบบทางเดินอาหาร. (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: ภาควิชาสรีรวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Boxbaum, B. S., Mauro, E. & Norris, C. G. (1994). *Illustrated Manual of Nursing Practice*. (2nd ed.). Philadelphia: Springhouse Corporation.
- Brunner, L. S. & Suddarth, D. S. (1988). *Textbook of Medical Surgical Nursing*. (6th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Craven, R. F. & Hirnle, G. J. (2003). *Fundamentals of nursing : Human health and Function*. (4th ed.) Philadelphia: Lippincott.
- Kozier, B. & Erb, G. (1983). *Fundamentals of Nursing: Concepts and Procedures*. (2nd ed.). California: Addison-Wesley.
- Kozier, B. J., Berman, A., & Erb, G. L. (2004). *Fundamentals of nursing: concepts, process, and practice*. (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice Hall.
- Kucza, T. (2001). *Knowledge Management Process Model*. Retrieved October 25, 2003 From <http://www.inf.vtt.fi/pdf/publications/2001/p455.pdf>.
- Luckmann, J. & Sorensen, K.C. (1987). *Medical Surgical Nursing: A Psycho-physiological Approach*. (3rd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Monahan, F. D., Drake, T., & Neighbor, M. (1994). *Nursing Care of Adult*. Philadelphia: W.B. Saunder.
- Manojlovich, M. (2005). Promoting nurses' self-efficacy: A leadership strategy to improve practice. *The Journal of Nursing Administration*. 35(3). 271-278. doi: 10.1097/00005110-200505000-00011.
- Mythen, M. G. (2005). Postoperative gastrointestinal tract dysfunction. *Anesthesia and Analgesia*. 100(1), 196-204. doi: 10.1213/01.ANE.0000139376.45591.17.
- Nichols, R. R. (1986). Simple Remedies for Postoperative Gas Pain. *RN*, 49(2), 42- 44.

Ikujiro, N. (1991). The Knowledge Creating Company. *Harvard Business Review*. November-December, 1991. 91608. 22.

Rowland, M. A. (1990). Myths and facts about postop discomfort. *The American Journal of Nursing*, 90(5), 60-64.

Smith, C. E. (1985). Detecting acute abdominal distention. What to look for, what to do. *Nursing*, 15(9), 34-40.

Torrance, C. & Serginson, E. (1997). *Surgical Nursing*. (12th ed.). London: Baillire Tindall.

Way, L. W. (1985). *Current Surgical Diagnosis & Treatment*. (7th ed.). Los Altos: Lange Medical.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ดร.วรวรรณ วานิชย์เจริญชัย

การศึกษา

ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต

ตำแหน่ง / สถานที่ทำงาน

ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายสารสนเทศ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. นางสาวสุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์

การศึกษา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

มหาวิทยาลัยมหิดล

ตำแหน่ง / สถานที่ทำงาน

พยาบาลชำนาญการ 8

หัวหน้าตึก 72 ปี ชั้น 7 ชายเหนือ

งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์

3. นางสาวจุฬาร ประสงัด

การศึกษา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

มหาวิทยาลัยมหิดล

ตำแหน่ง / สถานที่ทำงาน

พยาบาลชำนาญการ 8

พยาบาลประจำการตึก 72 ปี ชั้น 7 หญิงเหนือ

ภาคผนวก ข

(ตัวอย่าง) คู่มือพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



คู่มือ

การพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

คู่มือ	คู่มือ การพิจารณาจริยธรรมการวิจัย		
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์	เอกสารเลขที่ : CS 0073	สำเนาที่ :	
แก้ไขครั้งที่ : 01		วันที่บังคับใช้ : 4 ก.พ. 53.	
ลงนามผู้รับผิดชอบ	ตำแหน่ง รองอธิการบดีฝ่ายวิจัยและพัฒนา	วันที่ 4 ก.พ. 53.	
ลงนามผู้อนุมัติ	ตำแหน่ง อธิการบดี	วันที่ 4 ก.พ. 53.	

ภาคผนวก ก

(ตัวอย่าง)

คู่มือ การใช้รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของเบนคูรา
เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง





คู่มือ

การใช้รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของ แบนดูรา
เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง



นางสาววาสนา ศรีสุขสมบัติ

คู่มือนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์

ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล พ.ศ. 2553

บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

สารบัญ

	หน้า
ส่วนที่ 1 บทนำ	1
วัตถุประสงค์	1
วิธีใช้คู่มือ	1
คุณลักษณะของผู้ใช้คู่มือ	2
คำจำกัดความ	2
ส่วนที่ 2 หน้าที่ความรับผิดชอบ	4
ผู้นำการประชุม	4
ผู้จัดสาระสำคัญ	5
สมาชิกกลุ่มการจัดการความรู้	6
ส่วนที่ 3 รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของ แบนคูรา	7
เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง	
การผ่าตัดช่องท้อง	7
ภาวะท้องอืด	8
การใช้กระบวนการพยาบาล	8
องค์ประกอบของกระบวนการพยาบาล	9
การใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อการป้องกันภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง	10
การจัดการความรู้ตาม SECI Model	10
แนวคิดของแบนคูรา	12
ตาราง 1 ขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการ	
แนวคิดของแบนคูราเรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง	
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	
ภาคผนวก	
แบบฟอร์มการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของ แบนคูรา	
แบบฟอร์มเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการ	
แนวคิดของ แบนคูรา	

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง

ผลการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของเบนดูรา

ต่อความสามารถของพยาบาลศัลยกรรมในการป้องกัน

ภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง

ผลการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของเบนดูราต่อ
ความสามารถของพยาบาลศัลยกรรมในการป้องกันภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถด้านความรู้ความเข้าใจของพยาบาลศัลยกรรมเรื่องการ
ป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

ส่วนที่ 3 แบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลัง
ผ่าตัดช่องท้อง



โดย

นางสาววาสนา ศรีสุขสมบัติ

ที่ปรึกษา

ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์

รศ.ดร.ประภา ลิ้มประสูตร

เครื่องมือนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์

ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล พ.ศ. 2553

บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ส่วนที่ 1

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ให้ขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง □ หรือเติมคำในช่องว่าง

1. อายุ ปี
2. ระดับการศึกษาสูงสุด.....
3. ระยะเวลาปฏิบัติงาน.....ปี
4. ตำแหน่งทำงานในปัจจุบัน.....
5. การพัฒนาตนเอง
 - ☐ ☐อบรมหลักสูตรระยะสั้นไปรตระบุ.....
 - ☐ ☐อื่นๆ ไปรตระบุ.....



ส่วนที่ 2

แบบสอบถามความสามารถด้านความรู้ความเข้าใจของพยาบาลศัลยกรรม

เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความทางซ้าย และพิจารณาว่าข้อความเหล่านี้ถูกต้องตรงกับความคิดเห็นของท่านหรือไม่

ถ้าท่านคิดว่าข้อความนั้น “ถูก”

โปรดขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “ใช่”

ถ้าท่านคิดว่าข้อความนั้น “ไม่ถูก”

โปรดขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “ไม่ใช่”

คำจำกัดความ

หมวดที่ 1 ภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หมายถึงความรู้ความเข้าใจของพยาบาลศัลยกรรมในเรื่องสาเหตุ อาการ อาการแสดง และอาการแทรกซ้อนของภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

หมวดที่ 2 กระบวนการพยาบาลในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจของพยาบาลศัลยกรรมในเรื่องขั้นตอนของการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งประกอบด้วยการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดช่องท้อง การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง การนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ และการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

เกณฑ์การให้คะแนน

ความรู้ความเข้าใจของพยาบาลศัลยกรรม

ถ้าตอบ “ใช่” ถือว่าได้ 1 คะแนน

ถ้าตอบ “ใช่” ทั้งหมด 24 ข้อ ถือว่าได้ 24 คะแนน เท่ากับได้คะแนนร้อยละ 100

ระดับความรู้ความเข้าใจของพยาบาลศัลยกรรม แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับมาก มีคะแนนเท่ากับ 17 – 24 คะแนน

ระดับปานกลาง มีคะแนนเท่ากับ 9 – 16 คะแนน

ระดับน้อย มีคะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่า 8 คะแนน

แบบสอบถามความสามารถด้านความรู้ความเข้าใจของพยาบาลศัลยกรรม

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1	หมวดที่ 1 ภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง		
	การผ่าตัดช่องท้องแบบเปิดช่องท้องจัดเป็นการผ่าตัดใหญ่และมีความเสี่ยงสูง		
2	ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดช่องท้อง ส่วนใหญ่คือการตกเลือด		
3	อาการคลื่นไส้ อาเจียน และท้องอืด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกจนถึง 2 - 3 วันแรกหลังผ่าตัด		
4	ภาวะท้องอืดเกิดจากการที่ลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวภายหลังการผ่าตัดช่องท้องทำให้ไม่มีการบีบรัดเพื่อขับแก๊สออกมา		
5	อาการปวดแผลหลังผ่าตัดเป็นการส่งเสริมให้เกิดภาวะท้องอืดมากขึ้น		

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
6	การได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย การได้รับยาระงับความรู้สึกเป็นระยะเวลานาน ร่วมกับได้รับยามอร์ฟินหลังผ่าตัดเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะท้องอืดได้		
7	ภาวะที่มีโปแตสเซียมในพลาสมาต่ำอาจทำให้ลำไส้ไม่ทำงานอย่างถาวร		
8	ความเครียดและความวิตกกังวลที่ได้รับการผ่าตัด รวมทั้งอาการปวดแผลหลังผ่าตัดส่งผลให้หลอดเลือดในทางเดินอาหารขาดเลือดมาเลี้ยง		
9	ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องสามารถทำให้เกิดภาวะปอดแฟบและปอดอักเสบได้		
10	ถ้าไม่ป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องจะทำให้ผู้ป่วย เกิดอาการท้องอืดมากขึ้น		
11	ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องคือผู้ป่วยและญาติ		
12	การงดน้ำงดอาหารเป็นระยะเวลานานทำให้เกิดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง		
13	หมวดที่ 2 กระบวนการพยาบาลในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง		
	ความเครียดและความวิตกกังวลเป็นข้อมูลสำคัญที่พยาบาลต้องเก็บรวบรวมจากผู้ป่วยที่เตรียมการผ่าตัดช่องท้อง		
14	ผู้ป่วยที่จะมีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องคือการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย		
15	อาการคลื่นไส้อาเจียนบ่งบอกถึงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลว่าผู้ป่วยที่เตรียมผ่าตัดช่องท้องมีแนวโน้มที่จะท้องอืดหลังผ่าตัด		

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
16	ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวและวัฒนธรรมของผู้ป่วยซึ่งถึงระดับความอดทนต่อการเจ็บปวดและความร่วมมือในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด		
17	ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมีโอกาส เกิดภาวะลำไส้อุดตัน ลำไส้โป่งพอง ลำไส้อักเสบ ลำไส้เน่า เยื่อช่องท้องอักเสบ และฝีในช่องท้อง		
18	“ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเปิดมีโอกาสเกิดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด” เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความสำคัญรองจากภาวะตกเลือด แต่สำคัญกว่าการติดเชื้อ		
19	เป้าหมายทางการพยาบาลคือผู้ป่วยไม่มีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง		
20	เกณฑ์ข้อหนึ่งของผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องคือต้องฟังได้ยินเสียงของลำไส้เคลื่อนไหว		
21	การสอนให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดจะช่วยลดความวิตกกังวล		
22	การช่วยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องเคลื่อนไหวโดยเร็วคือสิ่งสำคัญที่สุดในการป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด		
23	การจัดท่า Fowler's ให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องจะช่วยลดอาการปวดแผลและเกร็งหน้าท้อง		
24	บันทึกการพยาบาลจะต้องกระทำทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง คือตั้งแต่การ เก็บประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัย การวางแผน การนำแผนไปปฏิบัติ และการประเมินผลการพยาบาล		

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1	หมวดที่ 1 ภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง		
	การผ่าตัดช่องท้องจัดเป็นการผ่าตัดใหญ่และมีความเสี่ยงสูง		
2	ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดช่องท้อง ส่วนใหญ่คือการตกเลือด		
3	อาการคลื่นไส้ อาเจียน และท้องอืด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกจนถึง 2 - 3 วันแรกหลังผ่าตัด		
4	ภาวะท้องอืดเกิดจากการที่ลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวภายหลังการผ่าตัดช่องท้องทำให้ไม่มีการบีบรัดเพื่อขับแก๊สออกมา		
5	อาการเจ็บปวดแผลเป็นการส่งเสริมให้เกิดภาวะท้องอืดมากขึ้น		
6	การได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย การได้รับยาระงับความรู้สึกเป็นระยะเวลานาน ร่วมกับการได้รับยามอร์ฟีนหลังผ่าตัดก็เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะท้องอืดได้		
7	ภาวะที่มีโปแตสเซียมในพลาสมาต่ำอาจทำให้ลำไส้ไม่ทำงานอย่างถาวร		
8	ความเครียดและความวิตกกังวลที่ต้องได้รับการผ่าตัด รวมทั้งความเจ็บปวดหลังผ่าตัดส่งผลให้หลอดเลือดในทางเดินอาหารขาดเลือดมาเลี้ยง		
9	ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องสามารถทำให้เกิดอาการปอดแฟบและปอดอักเสบได้		
10	หากปล่อยให้เกิดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการท้องอืดมากขึ้น		
11	ผู้ที่มิบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องคือผู้ป่วยและญาติ		

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
12	การดื่มน้ำอาหารเป็นระยะเวลานานทำให้เกิดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง		
13	หมวดที่ 2 กระบวนการพยาบาลในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง		
	ความเครียดและความวิตกกังวลเป็นข้อมูลสำคัญอย่างหนึ่งที่พยาบาลต้องเก็บรวบรวมจากผู้ป่วยที่เตรียมการผ่าตัดช่องท้อง		
14	แนวโน้มของผู้ป่วยที่จะมีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องคือการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย		
15	อาการคลื่นไส้อาเจียนบ่งบอกถึงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลว่าผู้ป่วยที่เตรียมผ่าตัดช่องท้องมีแนวโน้มที่จะท้องอืดหลังผ่าตัด		
16	ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวและวัฒนธรรมของผู้ป่วยบ่งชี้ถึงระดับความอดทนต่อการเจ็บปวดและความร่วมมือในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด		
17	ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมีโอกาสสำไส้อุดตัน ลำไส้โป่งพอง ลำไส้อักเสบ ลำไส้เน่า เยื่อช่องท้องอักเสบ และฝีในช่องท้อง		
18	“ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมีโอกาสท้องอืดหลังผ่าตัด” เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความสำคัญรองจากภาวะตกเลือด แต่สำคัญกว่าการติดเชื้อ		
19	เป้าหมายทางการพยาบาลคือผู้ป่วยไม่มีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง		
20	เกณฑ์ข้อหนึ่งของผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องคือต้องฟังได้ยินเสียงของลำไส้เคลื่อนไหว		
21	การสอนให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจะช่วยลดความวิตกกังวล		

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
22	การช่วยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องเคลื่อนไหวโดยเร็วคือสิ่งสำคัญที่สุดในการป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด		
23	การจัดท่า Fowler's ให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องจะช่วยลดอาการเจ็บปวดและเกร็งหน้าท้อง		
24	บันทึกการพยาบาลจะต้องกระทำทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง คือตั้งแต่การ เก็บประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัย การวางแผน การนำแผนไปปฏิบัติ และการประเมินผลการพยาบาล		



ส่วนที่ 3

แบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

คำชี้แจง

วัตถุประสงค์ของแบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องนี้ ผู้วิจัยใช้เพื่อประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลภายหลังการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของ แบนคูรา เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

แบบสังเกตนี้ประกอบด้วยพฤติกรรมการใช้กระบวนการพยาบาล 5 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมจะมีข้อย่อย ซึ่งผู้วิจัยใช้ในการสังเกตพฤติกรรมของพยาบาลในการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของพยาบาล ซึ่งแต่ละข้อมีให้เลือก ดังนี้

“ปฏิบัติได้” หมายถึง ข้อความนั้นพยาบาลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องได้อย่างถูกต้อง

“ปฏิบัติไม่ได้” หมายถึง ข้อความนั้นพยาบาลไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องได้อย่างถูกต้อง

เกณฑ์การให้คะแนน

- พยาบาลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องได้อย่างถูกต้องจะได้คะแนนเท่ากับ 1
- พยาบาลไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องได้อย่างถูกต้องจะได้คะแนนเท่ากับ 0

ดังนั้น คะแนนรวมของแต่ละกิจกรรมจะเป็นดังนี้

- | | |
|--------------|--|
| กิจกรรมที่ 1 | การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดช่องท้อง
ถ้าพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ครบ 6 ข้อย่อย ได้ 6 คะแนน |
| กิจกรรมที่ 2 | การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
ถ้าพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ครบ 5 ข้อย่อย ได้ 5 คะแนน |
| กิจกรรมที่ 3 | การวางแผนป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง
ถ้าพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ครบ 8 ข้อย่อย ได้ 8 คะแนน |
| กิจกรรมที่ 4 | การนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ
ถ้าพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ครบ 6 ข้อย่อย ได้ 6 คะแนน |
| กิจกรรมที่ 5 | การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล
ถ้าพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ครบ 5 ข้อย่อย ได้ 5 คะแนน |

แบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

พยาบาลศัลยกรรม.คนที่.....

ระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....

การปฏิบัติการพยาบาล	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้
กิจกรรมที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดช่องท้อง		
1.1 ชักประวัติผู้ป่วยก่อนผ่าตัดช่องท้องเกี่ยวกับอาการท้องอืด แน่นอึดอัด คลื่นไส้ อาเจียน ความเครียด ความวิตกกังวล สัมพันธภาพในครอบครัว และวัฒนธรรมของผู้ป่วย		
1.2 ตรวจร่างกายผู้ป่วยก่อนผ่าตัดช่องท้อง โดยการวัดสัญญาณชีพ การวัดรอบท้อง และการฟังท้อง		
1.3 สอบถามอาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องเกี่ยวกับการเจ็บปวดแผล ผ่าตัด อาการแน่นอึดอัดท้อง หายใจไม่สะดวก และอาการคลื่นไส้ อาเจียน		
1.4 ตรวจร่างกายผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยการฟังท้อง การวัดสัญญาณชีพ วัดรอบท้อง และประเมินการเคลื่อนไหวของร่างกาย		
1.5 ตรวจสอบความสมดุลของสารเหลวและอิเล็กโทรลัยท์ในร่างกาย		
1.6 บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาท้องอืด		
คะแนนรวม		
กิจกรรมที่ 2 การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		
2.1 เขียนข้อวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง		
2.2 เขียนข้อวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีความเครียดและความวิตกกังวล		
2.3 เขียนข้อวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากแผลผ่าตัดหน้าท้อง		
2.4 เขียนข้อวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเคลื่อนไหวน้อยลง		
2.5 เขียนข้อวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะสูญเสียความสมดุลของสารเหลวและอิเล็กโทรลัยท์ในร่างกาย		
คะแนนรวม		
กิจกรรมที่ 3 การวางแผนป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง		
3.1 จัดอันดับความเสี่ยงต่อภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องเป็นลำดับที่ 2 รองจากความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือด		

การปฏิบัติการพยาบาล	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้
3.2 สอนให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อบรรเทาความวิตกกังวล		
3.3 สอนให้ผู้ญาติช่วยผ่อนคลายความเครียดของผู้ป่วย		
3.4 จัดให้ผู้ป่วยนอนท่า Fowler's เพื่อลดความหดรัดของหน้าท้อง		
3.5 ช่วยให้ผู้ป่วยลุกนั่งและลงจากเตียงหลังผ่าตัดอย่างน้อย 8 ชั่วโมง		
3.6 สังเกตสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอาการหายใจไม่สะดวก หายใจถี่และสั่นภายใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด		
3.7 สังเกตอาการแน่นอึดอัดท้อง และอาการคลื่นไส้ อาเจียนภายใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด		
3.8 ฟังท้อง และวัดรอบท้องหลังผ่าตัด		
3.9 ตรวจน้ำเข้าและออกจากร่างกาย และบันทึกความสมดุลของสารเหลวและอิเล็กโทรลัยต์ในร่างกาย		
คะแนนรวม		
กิจกรรมที่ 4 การนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ		
4.1 ปฏิบัติตามแผนการพยาบาลอย่างครบถ้วน		
4.2 แสดงความเอื้ออาทรขณะให้การพยาบาล		
4.3 จัดทำผู้ป่วยอย่างถูกต้อง เหมาะสม		
4.4 ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด		
4.5 ดูแลสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของผู้ป่วย		
4.6 บันทึกการพยาบาลและผลของการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติ		
คะแนนรวม		
กิจกรรมที่ 5 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลลัพธ์การพยาบาลตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้		
5.1 เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการท้องอืดหลังผ่าตัดอีกครั้ง		
5.2 กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามข้อมูลที่ได้ประเมินได้ใหม่		
5.3 ปรับแผนการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยใหม่		
5.4 บันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างครบถ้วน		
คะแนนรวม		

การปฏิบัติการพยาบาล	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้
กิจกรรมที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดช่องท้อง		
1.7 ชักประวัติผู้ป่วยก่อนผ่าตัดช่องท้องเกี่ยวกับอาการท้องอืด แน่นอึดอัด คลื่นไส้ อาเจียน ความเครียด ความวิตกกังวล สัมพันธภาพในครอบครัว และวัฒนธรรมของผู้ป่วย		
1.8 ตรวจร่างกายผู้ป่วยก่อนผ่าตัดช่องท้อง โดยการวัดสัญญาณชีพ และการฟังท้อง		
1.9 สอบถามอาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องเกี่ยวกับอาการปวดแผลหลังผ่าตัด อาการแน่นอึดอัด หายใจไม่สะดวก และอาการคลื่นไส้ อาเจียน		
1.10 ตรวจร่างกายผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยการฟังท้อง การวัดสัญญาณชีพ วัดรอบท้อง และประเมินการเคลื่อนไหวของร่างกาย		
1.11 ตรวจสอบความสมดุลของสารเหลวและอิเล็กโทรลัยท์ในร่างกาย		
1.12 บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาท้องอืด		
คะแนนรวม		
กิจกรรมที่ 2 การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		
2.1 เขียนข้อวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง		
2.2 เขียนข้อวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีความเครียดและความวิตกกังวล		
2.3 เขียนข้อวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากแผลผ่าตัดหน้าท้อง		
2.4 เขียนข้อวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเคลื่อนไหวน้อยลง		
2.5 เขียนข้อวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะสูญเสียความสมดุลของสารเหลวและอิเล็กโทรลัยท์ในร่างกาย		
คะแนนรวม		
กิจกรรมที่ 3 การวางแผนป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง		
3.1 จัดอันดับความเสี่ยงต่อภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องเป็นลำดับที่ 2 รองจากความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือด		
3.2 สอนให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองเพื่อบรรเทาความวิตกกังวล		
3.3 สอนให้ญาติช่วยผ่อนคลายความเครียดของผู้ป่วย		
3.4 จัดให้ผู้ป่วยนอนท่า Fowler's เพื่อลดความหดรัดของหน้าท้อง		
3.5 ช่วยให้ผู้ป่วยลุกนั่งและลงจากเตียงหลังผ่าตัดอย่างน้อย 8 ชั่วโมง		

การปฏิบัติการพยาบาล	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้
3.6 สังเกตสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอาการหายใจไม่สะดวก หายใจถี่และสั่นภายใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด		
3.7 สังเกตอาการแน่นอึดอัดท้อง และอาการคลื่นไส้ อาเจียนภายใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด		
3.8 ตรวจน้ำเข้าและออกจากร่างกาย และบันทึกความสมดุลของสารเหลวและอิเล็กโทรลัยท์ในร่างกาย		
คะแนนรวม		
กิจกรรมที่ 4 การนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ		
4.1 ปฏิบัติตามแผนการพยาบาลอย่างครบถ้วน		
4.2 แสดงความเอื้ออาทรขณะให้การพยาบาล		
4.3 จัดทำผู้ป่วยอย่างถูกต้อง เหมาะสม		
4.4 ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด		
4.5 ดูแลสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของผู้ป่วย		
4.6 บันทึกการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติ และความก้าวหน้าทางการพยาบาล		
คะแนนรวม		
กิจกรรมที่ 5 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล		
5.5 ประเมินผลลัพธ์การพยาบาลตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้		
5.6 เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการท้องอืดหลังผ่าตัดอีกครั้ง		
5.7 กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามข้อมูลที่ประเมินได้ใหม่		
5.8 ปรับแผนการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยใหม่		
5.9 บันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างครบถ้วน		
คะแนนรวม		

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

ภาคผนวก จ

เอกสารเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ





วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
SAINT LOUIS COLLEGE

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 02 675 5304(-12) โทรสาร 02 675 5313
19 South Sathorn Rd. Yannawa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304(-12) Fax. (662) 675 5313

ที่ ว.ชล.83000/

4 มกราคม 2554

เรื่อง เชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย จำนวน 1 ฉบับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน 1 ฉบับ

ด้วยนางสาววาสนา ศรีสุขสมบัติ นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของเบนคูรา เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง” โดยมีดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในการนี้บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ดร.วรวรรณ วานิชย์เจริญชัย ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายสารสนเทศ คณะพยาบาลศาสตร์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถาม เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้นางสาววาสนา ศรีสุขสมบัติ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวสิริ พิสุทธิสินธพ)

อธิการบดีวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

สำเนาถึง : ดร.วรวรรณ วานิชย์เจริญชัย

ผู้รับผิดชอบและประสานงาน : สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย

โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) ต่อ 63121

โทรสาร 0 2675 5313

/ธล

เมตตา กรุณา อยู่ที่ได้ พระเจ้าสถิตที่นั่น
Ubi Caritas, Ibi Deus Est



วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
SAINT LOUIS COLLEGE

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 02 675 5304(-12) โทรสาร 02 675 5313
19 South Sathorn Rd. Yannawa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304(-12) Fax. (662) 675 5313

ที่ ว.ชล.83000/

4 มกราคม 2554

เรื่อง เชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน หัวหน้างานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย จำนวน 1 ฉบับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน 1 ฉบับ

ด้วยนางสาววราสนา ศรีสุขสมบัติ นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง **“ผลการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของเบนดูรา เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง”** โดยมีดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นางสาวสุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์ หัวหน้าตึก 72 ปี งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาเป็นผู้เชี่ยวชาญให้นางสาววราสนา ศรีสุขสมบัติ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวสิริ พิสุทธิธรรพ)

อธิการบดีวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ผู้รับผิดชอบและประสานงาน : สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย

โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) ต่อ 63121

โทรสาร 0 2675 5313

/ธล

เมตตากรุณาอยู่ที่ใด พระเจ้าสถิตที่นั่น
Ubi Caritas, Ibi Deus Est



วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
SAINT LOUIS COLLEGE

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 02 675 5304(-12) โทรสาร 02 675 5313
19 South Sathorn Rd. Yannawa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304(-12) Fax. (662) 675 5313

ที่ ว.ชล.83000/

4 มกราคม 2554

เรื่อง เชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน หัวหน้างานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการวิจัย จำนวน 1 ฉบับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน 1 ฉบับ

ด้วยนางสาววาสนา ศรีสุขสมบัติ นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง **“ผลการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ตาม SECI Model ที่บูรณาการแนวคิดของเบนดูรา เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง”** โดยมีดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นางสาวจุฬาร ประสงค์ พยาบาลประจำตึก 72 ปี งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม เรื่องการป้องกันภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้นางสาววาสนา ศรีสุขสมบัติ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวสิริ พิสุทธ์สินธพ)

อธิการบดีวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

สำเนาถึง : นางสาวจุฬาร ประสงค์

ผู้รับผิดชอบและประสานงาน : สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย

โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) ต่อ 63121

โทรสาร 0 2675 5313

/ฉล

เมตตา กรุณา อยู่ที่ได้ พระเจ้าสถิตที่นั่น
Ubi Caritas, Ibi Deus Est

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาววาสนา ศรีสุขสมบัติ
วัน เดือน ปี	5 มิถุนายน 2508
สถานที่เกิด	จังหวัด กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2527-2531 วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1) มหาวิทยาลัยมหิดล
ทุนวิจัย	ทุนพระราชทานพัฒนาศิริราช เพื่อศึกษาต่อระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
ตำแหน่ง/สถานที่ทำงานปัจจุบัน	พ.ศ. 2531-ปัจจุบัน พยาบาลปฏิบัติการ ตึกอุบัติเหตุ 3 พิเศษ งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล