

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ ประสบการณ์และการรับรู้อุปสรรคในการจัดการกับ
ความปวดกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความปวด
ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาล



นางสาว ภัทรา แสงแก้ว

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2548

ISBN 974-14-2349-7

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONSHIPS BETWEEN KNOWLEDGE, BELIEF, EXPERIENCE, PERCEIVED
BARRIERS IN PAIN MANAGEMENT, AND NURSING PRACTICE REGARDING
PAIN MANAGEMENT IN POSTOPERATIVE PATIENTS
OF REGISTERED NURSES



Miss Pattra Sangkaew

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing
Chulalongkorn University

Academic Year 2005

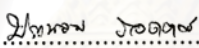
ISBN 974-14-2349-7


หัวข้อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ ประสพการณ์และการรับรู้อุปสรรค
ในการจัดการกับความปวดกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความ
ปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาล
โดย นางสาว ภัทรา แสงแก้ว
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

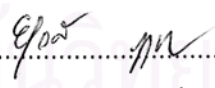
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)


..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ยูวดี ภาษา)

สภามหาวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภัทรา แสงแก้ว : ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ ประสบการณ์และการรับรู้อุปสรรคในการจัดการกับความปวดกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาล (RELATIONSHIPS BETWEEN KNOWLEDGE, BELIEF, EXPERIENCE, PERCEIVED BARRIERS IN PAIN MANAGEMENT, AND NURSING PRACTICE REGARDING PAIN MANAGEMENT IN POSTOPERATIVE PATIENTS OF REGISTERED NURSES)

อ.ที่ปรึกษา : ผศ.ดร.ชนกพร จิตปัญญา, 124 หน้า, ISBN 974-14-2349-7

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ ประสบการณ์ การรับรู้อุปสรรคกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลประจำการ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 100 คน ที่ได้มาจากการสุ่มอย่างมีขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด แบบวัดความรู้ แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อ และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด เครื่องมือทุกชุดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94, .45, .69 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. พยาบาลมีการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 110.40$, S.D. = 12.98)

2. พยาบาลมีความรู้ในการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดระดับดีมาก ($\bar{x} = 18.79$, S.D. = 2.38) ความเชื่อในระดับดี ($\bar{x} = 52.55$, S.D. = 4.63) ประสบการณ์โดยเฉลี่ย 7.29 ปี ($\bar{x} = 7.29$, S.D. = 5.49) และการรับรู้อุปสรรคระดับน้อย ($\bar{x} = 30.36$, S.D. = 8.025)

3. ความรู้ ความเชื่อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .203$ และ $.334$ ตามลำดับ) การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .226$) และพบว่าประสบการณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....

ปีการศึกษา.....2548.....

ลายมือชื่อนิสิต.....*ภัทรา*.....*แสงแก้ว*

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....*วิภา*.....*9*

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4577646836 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD : PAIN MANAGEMENT / NURSING PRACTICE / POSTOPERATIVE PATIENTS / BELIEF / KNOWLEDGE / BARRIERS

PATTRA SANGKAEW : RELATIONSHIPS BETWEEN KNOWLEDGE, BELIEF, EXPERIENCE, PERCEIVED BARRIERS IN PAIN MANAGEMENT, AND NURSING PRACTICE REGARDING PAIN MANAGEMENT IN POSTOPERATIVE PATIENTS OF REGISTERED NURSES. THESIS ADVISOR : ASST.PROF.CHANOKPORN JITPANYA. Ph.D., 124 pp. ISBN 974-14-2349-7

The purposes of this study was to examine the relationships between knowledge, belief, experience, perceived barriers, and nursing practice regarding pain management in postoperative patients of registered nurses. The subjects were 100 registered nurses, selected by a multi-stage sampling. The instrument was a set of questionnaires consisted of five parts: a demographic data form, a knowledge questionnaire, a belief questionnaire, a perceived barriers questionnaire and a nursing practice regarding pain management in postoperative patients questionnaire. All questionnaires were tested for their content validity by a panel of experts. The reliability of the instrument were .94, .45 .69 and .91, respectively. The data were analyzed using Pearson's Product moment Correlation.

The results of this study revealed that

1. Mean of nursing practice regarding pain management in postoperative patients score of nurses was at good level ($\bar{x} = 110.40$, S.D. = 12.98).

2. Mean of knowledge, belief and perceived barriers regarding pain management in postoperative patients score of nurses were at the very good, good and low ($\bar{x} = 18.79$, 52.55 and 30.36, respectively, S.D. = 2.38, 4.63 and 8.025, respectively). The experience mean score = 7.29 (S.D. = 5.49).

3. There were positively statistical correlations between knowledge, belief and pain management in postoperative patients at the level of .05 ($r = .203$ and $.334$, respectively). The perceived barriers negative related to pain management in postoperative patients at the level of .05 ($r = .226$). There was no significant correlation between nurses' experience and pain management in postoperative patients.

Field of study.....Nursing Science.....

Student's signature..... *Pattra Sangkaew*

Academic year.....2005.....

Advisor's signature..... *Ch. J.*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น เสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์เพื่อการแก้ไขข้อบกพร่อง รวมทั้งให้ความเมตตาและเป็นกำลังใจที่สำคัญตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี ภาฯฯ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้กรุณาให้คำแนะนำ

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีค่ายิ่งตลอดการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆ ทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลด้านวิชาการ คณะกรรมการวิจัย หัวหน้าหอผู้ป่วยพยาบาล โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลตรัง และโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตรังที่สนับสนุนด้านเวลาเพื่อการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัย ขอขอบคุณพี่ๆ น้องๆ เพื่อนๆ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลตรัง เพื่อนร่วมรุ่น และเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ สำหรับความช่วยเหลือและกำลังใจที่มีให้แก่ผู้วิจัยเสมอมา

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อคุณแม่ และสมาชิกครอบครัวทุกคน ที่คอยเป็นกำลังใจ และให้การสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยตลอดมาจนสำเร็จการศึกษา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
มโนทัศน์ความเจ็บปวด.....	11
ความหมายของความเจ็บปวด.....	12
ประเภทของความเจ็บปวด.....	12
พยาธิสรีรวิทยาของความเจ็บปวด.....	12
กลไกของความเจ็บปวด.....	14
ทฤษฎีเกี่ยวกับความเจ็บปวด.....	15
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวด.....	21
การพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัด.....	23
การประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัด.....	23
การจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัด.....	26
การติดตามประเมินผล.....	30
การปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวด.....	31
ความรู้ในการจัดการความเจ็บปวด.....	37
ความเชื่อในการจัดการความเจ็บปวด.....	40

	หน้า
ประสบการณ์ในการจัดการความเจ็บปวด.....	42
การรับรู้อุปสรรคในการจัดการความเจ็บปวด.....	43
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	44
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	47
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	48
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	49
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	56
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	56
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	58
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย.....	70
การอภิปรายผลการวิจัย.....	71
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	80
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	81
รายการอ้างอิง.....	82
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	90
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือในการ เก็บข้อมูลวิจัย.....	92
ภาคผนวก ค เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการ วิจัย.....	99
ภาคผนวก ง สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	120
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	124

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล จำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัด 59
2	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ ความเชื่อ การรับรู้อุปสรรค และการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวด หลังผ่าตัด ของพยาบาลโดยรวม (n = 100)..... 60
3	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติการพยาบาลในการ จัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลเป็นรายข้อ (n = 100)..... 61
4	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเชื่อในการจัดการ ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลเป็นรายข้อ (n = 100)..... 64
5	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้อุปสรรคในการ จัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลเป็นรายข้อ (n = 100)..... 66
6	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างความรู้ ความเชื่อ ประสบการณ์ การรับรู้ อุปสรรค กับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วย หลังผ่าตัด (n = 100)..... 67

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงส่วนประกอบของหน้าที่ต่างๆ ในทฤษฎีควบคุมประตุ.....	19
2	แสดงกลไกการออกฤทธิ์ของมอร์ฟิน และสารที่มีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟิน.....	20
3	มาตรวัดความเจ็บปวดอย่างง่าย.....	24
4	มาตรวัดความเจ็บปวดของจอห์นสัน.....	25
5	มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยการเปรียบเทียบกับสายตา.....	25
6	มาตรวัดความเจ็บปวดของ Stewart.....	25



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์และความรู้สึกไม่สุขสบายเกี่ยวข้องกับภาวะที่เนื้อเยื่อได้รับอันตราย และเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Smeltzer & Bare, 2000 cited in นवलสกุล แก้วลาย, 2545: 1) โดยเฉพาะความเจ็บปวดในระยะหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นภายหลังเนื้อเยื่อได้รับอันตราย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดถึงร้อยละ 80 มีความเจ็บปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง (Good, 1999: 108-109) โดยเฉพาะในระยะ 12-36 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ความเจ็บปวดจะมีความรุนแรงมาก ซึ่งจากการศึกษาความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยจำนวน 80 คน พบว่าประมาณร้อยละ 86 รายงานว่ามีระดับความเจ็บปวดค่อนข้างสูงหรือสูงมากจำนวนอย่างน้อยหนึ่งครั้งในวันแรกหลังผ่าตัด ร้อยละ 21 ของผู้ป่วยมีความเจ็บปวดมากและปวดจนทนไม่ได้ ประมาณร้อยละ 70 ของผู้ป่วยรายงานว่ามีความเจ็บปวดมากขึ้นถ้ามีการไอหรือการเคลื่อนไหว และเกือบร้อยละ 40 ของผู้ป่วยรายงานว่าความเจ็บปวดทำให้รู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียหรือไม่สบาย (Seer, 1987 cited in นवलสกุล แก้วลาย, 2545: 2)

ความเจ็บปวดส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ทางด้านร่างกายจะทำให้เพิ่มความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ รูม่านตาขยาย เหงื่อแตก เมื่อเกิดความเจ็บปวดรุนแรงมากๆ จะทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้บีบตัวมากขึ้น เพิ่มการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร ชีพจรช้าลง เหงื่อออก ตัวเย็น น้ำลายไหล ม่านตาหดเล็ก หลอดเลือดขยายตัว ทำให้ความดันเลือดลดลง และเกิดภาวะช็อกได้ ในด้านจิตใจ พบว่าปฏิกิริยาทางด้านจิตใจต่อความเจ็บปวดนั้นแตกต่างกัน ขึ้นกับลักษณะนิสัย ประสบการณ์ในอดีต บางคนอาจแสดงออกด้วยการร้องไห้ คร่ำครวญ ร้องคราง บางคนอาจมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ง่าย เช่น หงุดหงิด โกรธง่าย ท้อแท้ หมดหวัง แยกตนเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจญาติ บางคนอาจมีพฤติกรรมที่ตรงข้ามกับบุคลิกของตนเอง เช่นคนที่มีนิสัยเยียบเมื่อเจ็บปวดอาจกลายเป็นคนอะละไว้วาย (Mc. Lachlan, 1974 cited in รุ่งทิพย์ จามรราน, 2532: 16-17) และความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดยังทำให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ถุงลมปอดแฟบ ปอดอักเสบ เกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำส่วนลึกของขาทั้งสองข้าง ลำไส้ไม่เคลื่อนไหว ติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เสียดูลน้ำอิลคโตรลัยท์ (Cheever, 1999 cited in วชิราพร สุนทรสวัสดิ์, 2545: 2) ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรับการรักษาในโรงพยาบาลนานส่งผลทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องรับผิดชอบเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น

จะเห็นได้ว่าความเจ็บปวดหลังผ่าตัดก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และเป็นคนที่ผู้ป่วยคาดหวังว่าจะเข้าใจและให้การช่วยเหลือบรรเทาความเจ็บปวดได้ จึงจำเป็นต้องมีการจัดการกับความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพ โดยการปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับความเจ็บปวดต้องครอบคลุมในเรื่องการประเมินความเจ็บปวด ด้านการดูแลและการจัดการกับความเจ็บปวดทั้งการจัดการกับความเจ็บปวดโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา ตลอดจนการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

ในด้านการประเมินความเจ็บปวดซึ่งมีการสังเกตพฤติกรรมและการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ แต่พบว่าการประเมินความเจ็บปวดให้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ (วชิราพร สุนทรสวัสดิ์, 2545) และจากการศึกษาพบว่าอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดไม่เพียงพอ (Drayer et al., 1999) เนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่สามารถประเมินความเจ็บปวดได้ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วย (นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2535) โดยที่พยาบาลส่วนใหญ่ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยจากการสังเกตพฤติกรรมอย่างเดียว (Dalton, 1989; Manias et al., 2002) จากการศึกษาของนิโรบล กนกสุนทรรัตน์ (2535) พบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 37 ระบุว่าไม่ได้รับการไต่ถามเกี่ยวกับอาการเจ็บปวด และมีการประเมินความเจ็บปวดโดยการสอบถามความเจ็บปวดผู้ป่วยนานๆ ครั้ง ในด้านการใช้เครื่องมือเพื่อประเมินความเจ็บปวด แม้ว่าจะมีการพัฒนาเครื่องมือช่วยในการประเมินความเจ็บปวดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ แต่พยาบาลส่วนใหญ่ไม่นิยมใช้ (Fishman et al., 1987 cited in นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2535: 21) ทำให้พยาบาลไม่ได้ประเมินความเจ็บปวดอย่างเป็นระบบ (สุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ, 2540: 65)

ในด้านการดูแลและการจัดการกับความเจ็บปวดทั้งการจัดการกับความเจ็บปวดโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา พบเสมอว่าผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดที่ไม่เพียงพอ (นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2535: 2) พยาบาลส่วนใหญ่ให้ยาแก้ปวดเมื่อผู้ป่วยบอกว่าปวดและหรือเมื่อผู้ป่วยขอยาแก้ปวด และมักเป็นการให้ยาแก้ปวดเมื่อผู้ป่วยมีความเจ็บปวดมากแล้ว ซึ่งการให้ยาในขนาดปกติเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดมากมักมีประสิทธิภาพไม่สูงพอที่จะระงับความเจ็บปวดได้ (Mc Caffery, 1987 cited in นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2535: 74) จากการศึกษาของนิโรบล กนกสุนทรรัตน์ (2535) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาแก้ปวดต่อวันในปริมาณน้อยกว่าที่ควรได้รับ และมีผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งที่ไม่ได้รับยาแก้ปวด และการให้ยาแก้ปวดอย่างเดียวนั้นไม่สามารถบำบัดความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในผู้ป่วยทุกราย ทั้งนี้เพราะความเจ็บปวดมีผลมาจากการทำลายเนื้อเยื่อและผลจากการตอบสนองทางจิตใจด้วย (ดรุณี ชุณหะวัต, 2540) หากพยาบาลปฏิบัติบทบาทอิสระร่วมกับการดูแลให้ผู้ป่วยได้ยาแก้ปวด การควบคุมความเจ็บปวดจะมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (อรัญญา เชาวลิต, 2543)

ด้านการติดตามประเมินผล พบว่าเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลทุกฝ่ายทั้งแพทย์และพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ให้ความสำคัญของการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการประเมิน ติดตาม อาการและการบรรเทาความเจ็บปวด

ที่ให้กับผู้ป่วย (Camp, 1988; Donovan & Dillon, 1987 cited in นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2535: 21) ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดไม่เพียงพอ (เจ็อกุล อโนธรมณ์, 2545) โดยจากการศึกษาของนิโรบล กนกสุนทรรัตน์ (2535) เกี่ยวกับการประเมินผลการบรรเทาความเจ็บปวด พบว่ามีเพียงร้อยละ 46.5 โดยมีการสอบถามนานๆ ครั้ง ร้อยละ 20.2 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวด ซึ่งหากพยาบาลมีการติดตามประเมินผลที่ดีก็จะส่งผลให้การจัดการกับความเจ็บปวดมีประสิทธิภาพ

จากปัญหาดังกล่าวทำให้มองเห็นภาพว่าการปฏิบัติพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังคงเป็นปัญหา และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดมีหลายปัจจัย ดังต่อไปนี้

ความรู้ (Knowledge) ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาล คือ การที่พยาบาลรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยผู้ใหญ่หลังผ่าตัด ความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญในการจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมต่างๆ ความรู้เกี่ยวกับการบรรเทาความเจ็บปวดจึงถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการบรรเทาความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วย (Fothergill-Bourbonnaris, 1992 cited in วัชรีย์ แสงมณี และคณะ, 2545: 48) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่พยาบาลบางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจในการประเมินความเจ็บปวด การใช้ยาแก้ปวดและการใช้วิธีบรรเทาความเจ็บปวดอย่างอื่นที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการบรรเทาความเจ็บปวด (นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2535: 75) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจอนณะจิง เพ็งจาด และคณะ (2546) ที่พบว่าพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดและการควบคุมความเจ็บปวดในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางต่ำ โดยความรู้ที่ได้คะแนนต่ำสุดคือการจัดการความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา การจัดการความเจ็บปวดโดยใช้ยาและการประเมินความเจ็บปวดตามลำดับ ทำให้พยาบาลมีการจัดการความเจ็บปวดได้ไม่ดีเพียงพอ (วชิราพร สุนทรสวัสดิ์, 2545: 68)

ความเชื่อ (Belief) ความเชื่อเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาล คือ ความรู้สึกที่พยาบาลแสดงออกมามีทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งเป็นผลจากการประเมินเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของการนำเอาวิธีในการจัดการกับความเจ็บปวดมาใช้ ว่าเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติทางการพยาบาลหรือไม่อย่างไร ถือเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวด ความเชื่อของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดทางบวก คือ พยาบาลให้ความสำคัญของการจัดการกับความเจ็บปวด และเห็นด้วยว่าวิธีการจัดการกับความเจ็บปวดที่ดีที่สุดคือ การให้ผู้ป่วยบรรยายความเจ็บปวดด้วยตนเองร่วมกับการประเมินทางสรีระและการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งจากการศึกษาของ Brunier และคณะ (1995) พบว่าความเชื่อต่อการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาล โดยเชื่อว่าวิธีการจัดการกับความเจ็บปวดที่ดีที่สุดคือ การให้ผู้ป่วยบรรยายความเจ็บปวด

ด้วยตนเองร่วมกับการประเมินทางสรีระ และการสังเกตพฤติกรรมการแสดงออก (Clarke et al., 1966) ส่วนความเชื่อในทางลบคือ พยาบาลรู้สึกว่าการบอกเล่าของผู้ป่วยไม่น่าเชื่อถือ ผู้ป่วยมีการแสดงพฤติกรรมทางกายที่เกินจริง ซึ่งจากการศึกษาของจอนณะจิง เฟ็งจาด และคณะ (2546) พบว่าพยาบาลไม่เชื่อการรายงานความเจ็บปวดโดยผู้ป่วย ทำให้การจัดการกับความเจ็บปวดมีความถูกต้องน้อย และการศึกษาของ Drayer.R.A และคณะ (1999) คือ 1. พยาบาลกลัวผู้ป่วยติดยาแก้ปวด 2. เชื่อว่าผู้ป่วยมีความเจ็บปวดเกินจริง 3. มีความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของความเจ็บปวดและพฤติกรรมที่แสดงออกน้อย ทำให้ประเมินความเจ็บปวดได้ไม่ตรงกับความเป็นจริง

ประสบการณ์ (Experience) ประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาล คือ การปฏิบัติงานทางการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ซึ่งพบว่าเป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อพยาบาลในการมีพฤติกรรมจัดการกับความเจ็บปวด จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีประสบการณ์สูงกว่า มากกว่าจะเกิดความสามารภในการรับรู้ได้ดีกว่าและถูกต้องกว่าผู้ที่มีประสบการณ์น้อย (จิราภรณ์, 2532 cited in วัชรีย์ แสงมณี และคณะ, 2545: 57) และพยาบาลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากจะมีประสิทธิภาพการปฏิบัติทางคลินิกสูงกว่าพยาบาลที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานน้อย (Benner, 1984 cited in วัชรีย์ แสงมณี และคณะ, 2545: 57)

การรับรู้อุปสรรค (Percieved barriers) การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาล คือ การรับรู้ของพยาบาลถึงสถานการณ์ที่ทำให้การจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีประสิทธิภาพน้อย เมื่อพยาบาลผู้นั้นอยู่ในสถานการณ์ที่ดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความล้มเหลวในการจัดการกับความเจ็บปวด จากการศึกษาของ Wallace K.G. และคณะ (1995) พบว่าพยาบาลยังขาดทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติทางคลินิก และสอดคล้องกับการศึกษาของ Drayer R.A. และคณะ (1999) ที่พบว่า ยังขาดการประเมินความเจ็บปวดร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาล ทำให้การปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดนั้นเกิดน้อย

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาลในผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดค่อนข้างมีจำกัด และเป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดและการควบคุมความเจ็บปวด (นารี พุ่มนิคม, 2543) และเป็นการหาความสัมพันธ์เปรียบเทียบการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลของพยาบาล (วชิราพร สุนทรสวัสดิ์, 2545) และปรากฏว่ายังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรด้านประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ความเชื่อ และการรับรู้อุปสรรคเลย จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า ตัวแปรด้านประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ความเชื่อ และการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์กับการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวด ผู้วิจัย

จึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของ ตัวแปรด้านประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ความเชื่อ และการรับรู้อุปสรรค กับการปฏิบัติกรพยาบาลของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยเชิงทดลอง และเป็นแนวทางวางแผนการปรับปรุงทางด้านการบริหาร ด้านการศึกษา ให้มีการตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด และใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงที่นำสู่การปรับปรุงคุณภาพพฤติกรรมของพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ความเชื่อ ประสบการณ์ และการรับรู้อุปสรรค กับการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล

คำถามการวิจัย

1. การปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลเป็นอย่างไร
2. ความรู้ ความเชื่อ ประสบการณ์ และการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลหรือไม่อย่างไร

แนวเหตุผลสมมติฐานการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยผู้ใหญ่หลังผ่าตัด โดยผู้วิจัยคัดสรรปัจจัยมาจากการทบทวนวรรณกรรม ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. **ความรู้ (Knowledge)** ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาล คือ การที่พยาบาลรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยผู้ใหญ่หลังผ่าตัด ทั้งในด้านการประเมินความเจ็บปวด การจัดการกับความเจ็บปวด โดยใช้ยาและไม่ใช้ยา รวมถึงการติดตามประเมินผล ความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญในการจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมต่างๆ ความรู้เกี่ยวกับการบรรเทาความเจ็บปวดจึงถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการบรรเทาความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วย (Fothergill-Bourbonnaris, 1992 cited in วัชรีย์ แสงมณี และคณะ, 2545: 48) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่พยาบาลบางส่วน

ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการประเมินความเจ็บปวด การใช้ยาแก้ปวด และการใช้วิธีบรรเทาความเจ็บปวดอย่างอื่นที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการบรรเทาความเจ็บปวด (นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2535: 75) ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของจอห์นอะจ และคณะ (2546) ที่พบว่าพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดและการควบคุมความเจ็บปวดในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางต่ำ โดยความรู้ที่ได้คะแนนต่ำสุดคือ การจัดการกับความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา การจัดการกับความเจ็บปวดโดยใช้ยาและการประเมินความเจ็บปวด ตามลำดับ ทำให้พยาบาลมีการจัดการกับความเจ็บปวดได้ไม่เพียงพอ (วชิราพร สุนทรสวัสดิ์, 2545: 68) ซึ่งหากพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการบรรเทาความเจ็บปวดมาก จะมีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดถูกต้องมาก ในทางตรงกันข้ามพยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับการบรรเทาความเจ็บปวดน้อยจะมีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดถูกต้องน้อย

2. ความเชื่อ (Belief) ความเชื่อเกี่ยวกับการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาล คือ ความรู้สึกที่พยาบาลแสดงออกมามีทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งเป็นผลจากการการประเมินเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของการนำเอาวิธีในการจัดการกับความเจ็บปวดมาใช้ว่าเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติทางการพยาบาลหรือไม่อย่างไร ถือเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวด ความเชื่อของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดทางบวก คือ พยาบาลให้ความสำคัญของการจัดการกับความเจ็บปวด และเห็นด้วยว่าวิธีการจัดการกับความเจ็บปวดที่ดีที่สุดคือ การให้ผู้ป่วยบรรยายความเจ็บปวดด้วยตนเองร่วมกับการประเมินทางสรีระ และการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งจากการศึกษาของ Brunier และคณะ (1995) พบว่าความเชื่อต่อการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาล โดยเชื่อว่าวิธีการจัดการกับความเจ็บปวดที่ดีที่สุดคือ การให้ผู้ป่วยบรรยายความเจ็บปวดด้วยตนเองร่วมกับการประเมินทางสรีระ และการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Clarke et al., 1966) ส่วนความเชื่อในทางลบคือ พยาบาลรู้สึกว่าการบอกเล่าของผู้ป่วยไม่น่าเชื่อถือ ผู้ป่วยมีการแสดงพฤติกรรมทางกายที่เกินจริง ซึ่งจากการศึกษาของจอห์นอะจ และคณะ (2546) พบว่าพยาบาลไม่เชื่อการรายงานความเจ็บปวดโดยผู้ป่วย ทำให้การจัดการกับความเจ็บปวดมีความถูกต้องน้อย

3. ประสบการณ์ (Experience) ประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาล คือ การปฏิบัติงานทางการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรม การมีประสบการณ์เรื่องใดเรื่องหนึ่งจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และชักนำให้เกิดการปฏิบัติตามมา (สมิจินต์ เพชรพันธุ์ศรี, 2532 cited in พีรภาพ คำแพง, 2539) ถือเป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อพยาบาลในการมีพฤติกรรมจัดการกับ

ความเจ็บปวด จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีประสบการณ์สูงกว่า มากกว่าจะเกิดความสามารถในการรับรู้ ได้ดีกว่าและถูกต้องกว่าผู้ที่มีประสบการณ์น้อย (จิราภรณ์, 2532 cited in วัชรีย์ แสงมณี และคณะ, 2545: 57) และพยาบาลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากจะมีประสิทธิภาพการปฏิบัติทางคลินิกสูงกว่าพยาบาลที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานน้อย (Benner, 1984 cited in วัชรีย์ แสงมณี และคณะ, 2545: 57) ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ที่มีประสบการณ์เรื่องใดเรื่องหนึ่งมากจะมีทักษะความชำนาญในเรื่องนั้นๆ มากด้วย เพราะฉะนั้นประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของพยาบาลจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพล ต่อการปฏิบัติกิจกรรมการบรรเทาความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วย (Hamers et al, 1994 cited in พีรภาพ คำแพง, 2539: 49)

4. การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล ในการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาล คือ การรับรู้ของพยาบาลถึงสถานการณ์ที่ทำให้การจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีประสิทธิภาพน้อย เมื่อพยาบาลผู้นั้นอยู่ใน สถานการณ์ที่ดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ทั้งในด้านความรู้ ความเชื่อ ประสบการณ์ และการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ซึ่งจากการศึกษาของ Wallace K.G. และคณะ (1995) พบว่าพยาบาลยังขาดทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติทาง คลินิก และสอดคล้องกับการศึกษาของ Drayer R.A. และคณะ (1999) ที่พบว่า ยังขาดการ ประเมินความเจ็บปวดร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาล ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบรรเทา ความเจ็บปวดนั้นเกิดน้อย

จากแนวเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ความรู้ ความเชื่อ และประสบการณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาล ในการจัดการการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล
2. การรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับ ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล

ขอบเขตของงานวิจัย

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีการ ดูแลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่หลังผ่าตัด
2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย
 - ตัวแปรที่ศึกษา คือ ความรู้ ความเชื่อ ประสบการณ์ การรับรู้อุปสรรค และการปฏิบัติการ พยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **การปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวด** หมายถึง พฤติกรรมที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เมื่อพยาบาลวิชาชีพผู้นั้นอยู่ในสถานการณ์ที่ดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดซึ่งได้แก่

1.1 **การประเมินความเจ็บปวด (Pain Assessment)** หมายถึง พฤติกรรมที่พยาบาลมีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวดโดยการประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย ในด้านความรุนแรงของความเจ็บปวด ตำแหน่งขอบเขตของความเจ็บปวด และลักษณะที่ปวดร่วมกับการสังเกต พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยในด้านการแสดงออกทางใบหน้า การแสดงออกทางการเคลื่อนไหวของร่างกาย การแสดงออกทางน้ำเสียงและอารมณ์ และการประเมินด้านสรีระวิทยาจากสัญญาณชีพ คือ อัตราการเต้นของชีพจร ความดันโลหิต อัตราการหายใจ

1.2 **การจัดการกับความเจ็บปวด (Pain Management)** หมายถึง พฤติกรรมที่พยาบาลมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดความเจ็บปวดหรือเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดไม่ให้ความเจ็บปวดรุนแรงมากยิ่งขึ้น และลดระยะเวลาการเกิดความเจ็บปวด โดยการจัดการกับความเจ็บปวดโดยการใช้ยา และการจัดการกับความเจ็บปวดโดยวิธีที่ไม่ใช้ยา

1.3 **การติดตามประเมินผล (Evaluation)** หมายถึง พฤติกรรมที่พยาบาลมีการติดตามประเมินผลหลังการจัดการกับความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง พร้อมกับการประเมินผลข้างเคียงของยา

วัดโดยใช้แบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงมาจากเครื่องมือของ วชิราพร สุนทรสวัสดิ์

2. **ความรู้** หมายถึง การที่พยาบาลรู้ และเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยผู้ใหญ่หลังผ่าตัด เมื่อพยาบาลผู้นั้นอยู่ในสถานการณ์ที่ดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เป็นความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บปวด การประเมินความเจ็บปวด การจัดการกับความเจ็บปวด และการติดตามประเมินผลหลังการจัดการกับความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่อง

วัดจากแบบวัดความรู้ของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

3. **ความเชื่อ** หมายถึง ความรู้สึกที่พยาบาลแสดงออกมามีทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งเป็นผลจากการประเมินเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของการนำเอาวิธีในการจัดการกับความเจ็บปวด

มาใช้ว่าเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติทางการพยาบาลหรือไม่อย่างไร เมื่อพยาบาลผู้นั้นอยู่ในสถานการณ์ที่ดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวด การจัดการกับความเจ็บปวด และการติดตามประเมินผล

วัดจากแบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อของพยาบาลในการปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

4. ประสิทธิภาพ หมายถึง ระยะเวลาในการปฏิบัติงานทางการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรม นับถึงวันที่ศึกษา(ถ้าเกิน 6 เดือนขึ้นไปคิดเป็น 1 ปี)

วัดจากแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

5. การรับรู้อุปสรรค หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลถึงสถานการณ์ที่ทำให้การจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีประสิทธิภาพน้อย เมื่อพยาบาลผู้นั้นอยู่ในสถานการณ์ที่ดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางเกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อ ประสิทธิภาพ และการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวด

วัดจากแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพยาบาลในการปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการบริหารพยาบาลเป็นแนวทางให้ตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล และใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงที่นำสู่การปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ด้านการศึกษาเพื่อเป็นแนวทางวางแผนการปรับปรุงทางด้านการศึกษาโดยให้เห็นความสำคัญของปัจจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล

3. ด้านการวิจัยเพื่อนำข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยเป็นหลักฐานทางวิชาการ มาพัฒนาสู่การวิจัยเชิงทดลองทางการพยาบาลในจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาล แล้วนำมาเป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพบริการในหอผู้ป่วยศัลยกรรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ ประสิทธิภาพ และการรับรู้อุปสรรคกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล ผู้วิจัยขอเสนอผลการศึกษาค้นคว้าจากการทบทวนเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. มโนทัศน์ความเจ็บปวด
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 ชนิดของความเจ็บปวด
 - 1.3 พยาธิสรีรวิทยาเกี่ยวกับความเจ็บปวด
 - 1.4 กลไกของความเจ็บปวด
 - 1.5 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความเจ็บปวด
 - 1.6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวด
 - 1.7 การพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด
 - 1.7.1 การประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัด
 - 1.7.2 การจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด
 - 1.7.3 การติดตามประเมินผลความเจ็บปวดหลังผ่าตัด
2. การปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวด
3. ความรู้ในการจัดการกับความเจ็บปวด
4. ความเชื่อในการจัดการกับความเจ็บปวด
5. ประสิทธิภาพในการจัดการกับความเจ็บปวด
6. การรับรู้อุปสรรคในการจัดการกับความเจ็บปวด
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. มโนทัศน์ความเจ็บปวด

1.1 ความหมายของความเจ็บปวด

คำว่า ความเจ็บปวด (Pain) เป็นคำมาจากภาษากรีกและลาติน คือ poine และ poene มีความหมายถึงการลงโทษ (นครชัย เพื่อนปฐม, 2538: 1) เนื่องจากความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่มีความซับซ้อน จึงเป็นการยากในการให้ความหมายที่สมบูรณ์ อย่างไรก็ตามมีผู้ให้ความหมายของความเจ็บปวดไว้อย่างกว้างขวางดังนี้

ความเจ็บปวด เป็นความรู้สึกไม่สุขสบายหรือทุกข์ทรมานที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นทางร่างกาย ทำให้เนื้อเยื่อได้รับอันตราย หรือจากจิตใจได้รับการคุกคามและมีปฏิกิริยาตอบสนอง เพื่อป้องกันอันตรายของสิ่งมีชีวิต ความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกส่วนตัว จะมีแต่บุคคลที่กำลังประสบความเจ็บปวดอยู่เท่านั้นที่จะรู้ซึ่งถึงความรู้สึกเจ็บปวดของตนเอง บุคคลอื่นจะไม่อาจหยั่งรู้ถึงความเจ็บปวดของเขาได้นอกจากบุคคลนั้นได้บอกกล่าวถึง (สุพร พลยานันท์, 2528: 18)

ความเจ็บปวด เป็นประสบการณ์ของการรับรู้หรือปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายในแต่ละบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อเยื่อได้รับอันตราย ซึ่งบุคคลที่ประสบเท่านั้นสามารถบอกได้ (เสาวลักษณ์ อรรถนกุล และอรัญ ชยาภิวัดณ์, 2535: 133)

ความเจ็บปวด คือ ความรู้สึกไม่สุขสบาย เป็นความรู้สึกส่วนตัว ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางร่างกายหรือจิตใจ และส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด การกระทำและอื่นๆ (สุปราณี เสนาดิสัย, 25: 425)

ความเจ็บปวด เป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อน และเป็นประสบการณ์เฉพาะตัวของบุคคลที่มีความแตกต่างกันไป (Wild & Evans, 1995: 928)

ความเจ็บปวด เป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนซึ่งเกิดขึ้นจากประสบการณ์ความรู้สึก อารมณ์ การรับรู้และสิ่งกระตุ้น (Leo, Huether, 1998: 454)

ความเจ็บปวด คืออะไรก็ตามที่ผู้ป่วยบอกว่าปวดและคงอยู่ตลอดเวลาที่บอกว่าปวด (McCaffery, 1979 cited in รุ่งทิพย์ จามรมาน, 2532: 11)

ความเจ็บปวด เป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคล เป็นประสบการณ์ที่บุคคลไม่ต้องการให้เกิดขึ้น (รุ่งทิพย์ จามรมาน, 2532: 11)

ความเจ็บปวด เป็นประสบการณ์ของการรับรู้หรือปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายในแต่ละบุคคลเมื่อเนื้อเยื่อได้รับอันตราย ซึ่งบุคคลที่ประสบเท่านั้นสามารถจะบอกได้ (สมร ทินวงศ์, 2533: 12)

ความเจ็บปวด เป็นประสบการณ์รับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกไม่สุขสบายที่เกี่ยวข้องกับภาวะที่เนื้อเยื่อได้รับอันตราย โดยที่บุคคลที่กำลังประสบความเจ็บปวดเท่านั้นที่จะรู้ซึ่ง

ถึงความเจ็บปวดของตน และความเจ็บปวดจะคงอยู่ตราบเท่าที่บุคคลนั้นบอกว่ามี (นวลสกุล แก้วลาย , 2545: 9)

ความเจ็บปวด เป็นความรู้สึกไม่สุขสบายและเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ที่เกิด ร่วมกับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่กำลังมีการบาดเจ็บหรืออาจมีการบาดเจ็บ หรือเป็นความรู้สึกที่ ถูกบรรยายเสมือนประหนึ่งว่ามีการบาดเจ็บเช่นนั้นเกิดขึ้น ซึ่งเป็นการให้ความหมายของ International Association for the study of Pain (Merskey, 1979 cited in วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2546: 22)

กล่าวโดยสรุป ความเจ็บปวด หมายถึง ประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลในแต่ละบุคคล ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อมีเนื้อเยื่อได้รับอันตราย ก่อให้เกิดปฏิกิริยาที่ตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ที่แสดงออกเป็นพฤติกรรมความเจ็บปวดทั้งทางด้านความคิด การกระทำ รวมถึงความรู้สึกที่บุคคล นั้นบอกถึงความเจ็บปวด ซึ่งจะคงอยู่ตราบเท่าที่บุคคลนั้นบอกว่ามี

1.2 ประเภทของความเจ็บปวด

ความเจ็บปวดสามารถแบ่งประเภทได้แตกต่างกันและหลากหลายตามตัวชี้วัดที่ใช้เป็น เกณฑ์ แต่ในปัจจุบันนิยมใช้ระยะเวลาและความรุนแรงของความเจ็บปวดเป็นเกณฑ์ในการแบ่ง ซึ่ง สามารถแบ่งชนิดของความเจ็บปวดได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. **ความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลัน (Acute pain)** เป็นความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นภายหลัง เนื้อเยื่อได้รับอันตรายหรือมีการอักเสบของเนื้อเยื่อ ทำให้เกิดการกระตุ้นปลายประสาทรับความ เจ็บปวด และเกิดการตอบสนองต่อความเจ็บปวดทั้งระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาท อัดโนเมติ ซึ่งค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดได้ง่ายและหายได้เอง หรือความเจ็บปวดจะลดลง เมื่อมีกระบวนการหายของบาดแผลเกิดขึ้นหรือพยาธิสภาพของบาดแผลนั้นหมดไป เช่น ความเจ็บปวด หลังผ่าตัด แผลไหม้ แผลจากการได้รับอุบัติเหตุ รวมทั้งความเจ็บปวดที่เกิดจากวิธีการพยาบาล ต่างๆ

2. **ความเจ็บปวดชนิดเรื้อรัง (Chronic pain)** เป็นความเจ็บปวดที่มีระยะเวลานานเกิน ระยะเวลาของพยาธิสภาพโรคหรือระยะเวลาการหายของบาดแผล ความเจ็บปวดจะค่อยๆ เกิดขึ้น และเป็นไปอย่างซ้ำๆ และไม่สามารถคาดการณ์ได้แน่นอนว่าความเจ็บปวดจะสิ้นสุดเมื่อไร โดย ส่วนมากระยะเวลาเจ็บปวดจะนานมากกว่า 6 เดือน (Leo, Huether, 1998: 423) ซึ่งจะทำให้เกิด การเสียสมดุลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

1.3 พยาธิสรีรวิทยาของความเจ็บปวด

ความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกอย่างหนึ่งที่มีกลุ่มใยประสาททำหน้าที่ส่งทอดต่อกันเป็น กระแสประสาท ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ คือ สิ่งกระตุ้นความเจ็บปวด

(pain stimuli or noxious stimuli) ตัวรับความรู้สึกเจ็บปวด (pain receptors or nociceptors) และวิถีประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวด (pain impulse pathways)

1. สิ่งกระตุ้นความเจ็บปวด (pain stimuli or noxious stimuli) แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1.1 สิ่งกระตุ้นเชิงกล (mechanical stimuli) ได้แก่ การทำลายเนื้อเยื่อจากการผ่าตัด การบวมจากการอักเสบ การอุดตันของหลอดเลือด และการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เป็นต้น

1.2 สิ่งกระตุ้นอุณหภูมิ (thermal stimuli) ได้แก่ ความร้อน ความเย็น และกระแสไฟฟ้า เป็นต้น

1.3 สิ่งกระตุ้นที่เป็นสารเคมี (chemical stimuli) ซึ่งมีทั้งสารเคมีภายในและภายนอก ร่างกาย สารชีวเคมีภายในร่างกาย ได้แก่ ฮีสตามีน (histamine) โพรสตาแกลนดิน (prostaglandin) เบรดีไคนินและสารภายนอกในร่างกาย ได้แก่ กรด ต่าง เป็นต้น

สิ่งที่กระตุ้นความเจ็บปวดเหล่านี้จะไปกระตุ้นโดยตรงต่อตัวรับความรู้สึกเจ็บปวด (primary afferent nociceptor) หรือความเจ็บปวดนั้นอาจเกิดขึ้นได้จากสิ่งกระตุ้นนั้นไปทำลายเนื้อเยื่อ ทำให้มีการหลั่งสารเคมีบางอย่างออกไปกระตุ้นตัวรับความรู้สึกเจ็บปวด เมื่อปลายประสาทรับความเจ็บปวดถูกกระตุ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงศักย์ไฟฟ้า (depolarization) ทำให้มีการนำกระแสประสาทเกิดขึ้น

2. ตัวรับความรู้สึกเจ็บปวด (pain receptors or nociceptors) มีอยู่ที่บริเวณผิวหนัง กล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อ ระบบไหลเวียน รวมถึงอวัยวะภายในร่างกาย เช่น ช่องท้อง เจิงกราน ทรวงอก (Wild, Evans, 1995: 93) ซึ่งสามารถรับการกระตุ้นจากสิ่งกระตุ้นที่เป็นอันตราย เป็นปลายประสาทอิสระ (free nerve ending) ตัวรับความรู้สึกเจ็บปวดที่สำคัญมีอยู่ 3 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

2.1 ตัวรับความรู้สึกเจ็บปวดเชิงกลที่มีความอดทนต่อความเจ็บปวดในระดับสูง (high threshold) ซึ่งรับความรู้สึกปวดคล้ายเข็มแทง (pain prick) และตัวรับความรู้สึกเจ็บปวดจากความร้อน (heat nociceptor) ซึ่งกลุ่มนี้ส่วนใหญ่อยู่บนผิวหนังทั้งหมด

2.2 ตัวรับความรู้สึกเจ็บปวดที่มาจากหลายทาง (polymodal nociceptor) รับสิ่งกระตุ้นที่เป็นแรงกด แรงทับ ความร้อน และสารเคมีทั้งหมด ตัวรับความรู้สึกเจ็บปวดชนิดนี้จะอยู่ทั่วไปทุกเนื้อเยื่อในระดับตื้นและลึก โดยเฉพาะที่อวัยวะภายใน เมื่อมีสิ่งกระตุ้นเชิงกล อุณหภูมิ และสารเคมี ปลายประสาทอิสระจะถูกกระตุ้นจนถึงระดับความทนต่อความเจ็บปวด (pain threshold) เกิดเป็นกระแสประสาทความรู้สึกเจ็บปวด (pain impulse) ส่งไปตามเส้นประสาทสู่ไขสันหลังและสมอง

2.3 ตัวรับความรู้สึกเฉพาะ เรียกว่าตัวรับความรู้สึกเจ็บปวดเชิงกลที่มีความทนต่อความเจ็บปวดในระดับต่ำ (low threshold mechanoreceptor) จะรับความรู้สึกสัมผัส การสั่นสะเทือน ถ้าถูกการกระตุ้นด้วยการสั่นสะเทือนหรือการนวด จะสามารถยับยั้งสื่อกระตุ้นความเจ็บปวดได้ในระดับไขสันหลัง

3. **วิถีประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวด (pain impulse pathways)** เมื่อความรู้สึกเจ็บปวดถูกกระตุ้นจะเกิดกระแสประสาทความรู้สึกเจ็บปวดขึ้น แล้วส่งไปตามใยประสาทรับความรู้สึกเข้าแบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ

3.1 ใยประสาทชนิด เอ เบต้า (A-beta fiber) หรือใยประสาทใหญ่ที่มีเปลือกหุ้ม มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 5-15 ไมครอน นำความรู้สึกได้เร็วประมาณ 30-100 เมตร/วินาที ส่วนใหญ่รับกระแสประสาทจากตัวรับเฉพาะ เช่น ตัวรับความรู้สึกสัมผัสหรือความสั่นสะเทือน (Pacinian corpuscle)

3.2 ใยประสาท เอ เดลต้า (A-delta fiber) หรือใยประสาทเล็กที่มีเปลือกหุ้ม มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 1-5 ไมครอน นำความรู้สึกได้เร็วประมาณ 6-30 เมตร/วินาที รับกระแสความรู้สึกเจ็บปวดจากกลุ่มตัวรับแรงกลที่มีจุดสกัดกั้นความเจ็บปวดในระดับสูง ซึ่งรับความรู้สึกคล้ายเข็มแทง รับความร้อนที่สูงกว่า 40 องศาเซลเซียส (Schmitt, 1977 cited in สมร ทินวงศ์, 2533: 15)

3.3 ใยประสาท ซี (C-fiber) หรือใยประสาทเล็กที่ไม่มีเปลือกหุ้ม มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 0.25-1.5 ไมครอน นำความรู้สึกได้ช้ากว่าประมาณ 1.0-2.5 เมตร/วินาที รับความรู้สึกเจ็บปวดที่มาจากกลุ่มตัวรับความเจ็บปวดที่มาจากหลายๆ ทาง ซึ่งรับความรู้สึกปวดแบบตื้อๆ (dull pain) ปวดแสบปวดร้อน (burning) ปวดตลอเวลา (aching) (Schmitt, 1977 cited in สมร ทินวงศ์, 2533: 15) บอกตำแหน่งได้ไม่ชัดเจน ซึ่งความรู้สึกเจ็บปวดจะมีอยู่เป็นเวลานานประมาณร้อยละ 60-70 ของใยประสาทรับความรู้สึกนำเข้าเป็นใยประสาทซี

เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นใยประสาททั้ง 3 จะถูกกระตุ้นพร้อมกันทั้งหมด โดยใยประสาทเอ-เดลต้า และใยประสาทซี เป็นตัวนำสัญญาณความรู้สึกเจ็บปวด ในขณะที่ใยประสาทเอ-เบต้าจะนำประสาทเข้าเพื่อปรับเปลี่ยนความรู้สึกเจ็บปวด ทำให้ความรู้สึกนั้นน้อยลง

1.4 กลไกของความเจ็บปวด

ร่างกายรับรู้ความเจ็บปวด โดยเริ่มจากปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดถูกกระตุ้นและส่งกระแสประสาทความเจ็บปวด (pain impulse) โดยผ่านไปตามใยประสาทขนาดเล็ก 2 ชนิด คือ ใยประสาทเอ เดลต้า และใยประสาทซี ผ่านเซลล์ประสาท 3 ช่วง ช่วงแรกบริเวณดอร์ซัลรูท แกงเกลียน (dorsal root ganglion) ของไขสันหลัง (อาจมีการนำกระแสประสาทลงมาถ้ามีปฏิกิริยาโต้ตอบที่ไม่เจตนาต่อสิ่งกระตุ้น (reflex) เช่น กระตุกมือหนีทันทีที่ถูกเข็มแทง) จากนั้นกระแสประสาทจะไปประสานกับเซลล์ประสาทช่วงที่ 2 ที่ไขสันหลังบริเวณดอร์ซัล เกรย์คอลัมน์ (dorsal gray column) ซึ่งมีจุดประสานที่สำคัญในชั้นสับสแตนต์เยีย เจลาติโนซา (substantia gelatinosa) เรียกว่าเซลล์ และปล่อยสารสื่อประสาท (neurotransmitter) ที่เรียกว่าสับสแตนต์พี (substance P) ออกมากระตุ้นเซลล์ในเอสซี นำส่งกระแสประสาทข้ามไปยังไขสันหลังด้านตรงข้ามขึ้นไปตามแลทเทอร์ลัลสไปนธาลามิก แทรก (lateral spinothalamic tract) ผ่านก้านสมองเข้าไปยังสมองส่วนทาลามัส

(thalamus) และผ่านเซลล์ประสาทช่วงที่ 3 ไปยังเปลือกสมองบริเวณรับรู้ความรู้สึก (sensory area) สมองส่วนนี้จะแปลออกมาเป็นความรู้สึกปวดในตำแหน่งที่ร่างกายถูกกระตุ้น

การที่กระแสประสาทวิ่งข้ามไปยังด้านตรงข้ามของไขสันหลัง สมองซีกซ้ายและซีกขวา จึงรับรู้ความรู้สึกและควบคุมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของอวัยวะส่วนที่อยู่ด้านตรงข้ามกับสมองซีกนั้น และจากการศึกษาพบว่าใยประสาทเอ เดลต้า นำกระแสประสาทไปได้เร็วและส่วนใหญ่จะผ่านคอซัล ธาลามัส (dorsal thalamus) ไปยังเปลือกสมองบริเวณรับรู้ความรู้สึก จึงทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดแปลบคล้ายเข็มแทงหรือมีบาดแผลที่แต่หายไปได้เร็ว และสามารถบอกตำแหน่งได้ชัดเจน แต่ใยประสาทซี นำกระแสประสาทไปได้ช้ากว่าและส่วนใหญ่จะผ่านไปยังเรติคูลา ฟอรัมชัน (reticular formation) มีเดีย ธาลามัส (medial thalamus) ไฮโปธาลามัส (hypothalamus) ลิมบิก ซีสเต็ม (limbic system) และฟรอนทรีน คอर्टเท็กซ์ (frontal cortex) ซึ่งบริเวณเหล่านี้จะทำหน้าที่เร้าอารมณ์และความรู้สึก ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะเจ็บปวดแบบตื้อๆ ตูบๆ ปวดแสบปวดร้อน และเกิดตามหลังความรู้สึกเจ็บแต่คงอยู่ได้นานกว่า รวมทั้งส่งผลให้มีภาวะทางอารมณ์ด้วย ดังนั้นเมื่อร่างกายได้รับความเจ็บปวดจะมีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ และมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจร่วมด้วยเสมอ

นอกจากจะมีใยประสาทนำกระแสประสาทขึ้น (ascending fiber) แล้ว ยังมีการนำกระแสประสาทกลับลงมาตามใยประสาทนำลง (descending fiber) จากระบบประสาทส่วนกลางส่งลงมาควบคุมกระแสประสาทนำเข้าด้วย โดยเชื่อว่าเป็นใยประสาทจากเปลือกสมอง (cerebral cortex) และสมองส่วนกลาง (midbrain) มาควบคุมบริเวณคอซัล ฮอรัน ของไขสันหลัง

เนื่องจากกลไกการเกิดความเจ็บปวดมีความเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของระบบประสาทและอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายเป็นอย่างมาก จึงได้มีการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับกลไกความเจ็บปวดนับเป็นเวลานานกว่าร้อยปี ปัจจุบันมีทฤษฎีที่ได้จากการศึกษาหลายทฤษฎี ซึ่งจะกล่าวถึงต่อไป

1.5 ทฤษฎีเกี่ยวกับความเจ็บปวด

1. **ทฤษฎีจำเพาะ (Specificity theory)** ในปี ค.ศ.1891 Von Frey (สุพร พลยานันท์, 2528: 22) ได้เสนอทฤษฎีจำเพาะนำมาอธิบายเกี่ยวกับกลไกการเกิดความเจ็บปวด ทฤษฎีนี้เชื่อว่ามีการรับรู้ความรู้สึกปวดเฉพาะและส่งต่อทอดจนไปยังศูนย์ประสาทรับรู้ความรู้สึกปวดในสมอง กล่าวคือ ปลายประสาทที่ทำหน้าที่รับรู้ความรู้สึกปวดจะส่งพลังประสาทไปตามใยประสาทเอ-เดลต้า และใยประสาทซี แล้วจึงนำส่งขึ้นไปตาม lateral spinothalamic tract ในไขสันหลังขึ้นไปยังศูนย์ประสาทรับรู้ความรู้สึกปวดใน thalamus

ทฤษฎีนี้สามารถอธิบายเกี่ยวกับกลไกการเกิดความเจ็บปวดได้อย่างผิวเผินและตรงไปตรงมา คือเชื่อว่าการติดต่อโดยตรงจากเครื่องรับความรู้สึกไปยังศูนย์ประสาทในสมอง จึงทำให้รู้สึกปวดแต่ยังมีความเจ็บปวดอีกหลายกรณีที่ทฤษฎีนี้อธิบายไม่ได้ เช่น

1.1 ความรุนแรงของความเจ็บปวดไม่แปรไปตามความรุนแรงของสิ่งกระตุ้นเสมอไป เช่น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดอาจรู้สึกปวดแผลผ่าตัดเพียงเล็กน้อยในขณะที่มีญาติมาเยี่ยม แต่อาจรู้สึกปวดมากเมื่อญาติกลับบ้านไปแล้ว เป็นต้น

1.2 ในการรักษาผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดโดยการตัด spinothalamic tract สามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ในระยะหนึ่งเท่านั้น ความเจ็บปวดมักจะเกิดขึ้นอีกในภายหลัง

1.3 การกระตุ้นแรงๆ ที่เครื่องรับความรู้สึกอื่นๆ ที่ไม่ใช่รับความรู้สึกปวดก็ทำให้เกิดความรู้สึกปวดได้เช่นกัน เช่น เสียงดังมากๆ ทำให้รู้สึกปวดหู

1.4 ความเจ็บปวดที่ผิดปกติ เช่น neuralgia เป็นต้น

2. ทฤษฎีไม่จำเพาะ (Non specificity theory) ทฤษฎีนี้ตรงกันข้ามกับทฤษฎีจำเพาะและเชื่อว่าไม่มีเครื่องรับและใยประสาทสำหรับความรู้สึกปวดเฉพาะ เมื่อมีสิ่งกระตุ้นที่รุนแรงพอ (noxious stimuli) ก็ทำให้เกิดความรู้สึกปวดได้ เช่น ความร้อน ความเย็น ไฟฟ้า สารเคมี เสียงดังมากๆ ไปกระตุ้นเครื่องรับความรู้สึกชนิดเดียวหรือหลายชนิดก็ได้ แล้วนำส่งพลังประสาทไปตามทางเดินประสาทไปยังสมอง เช่น ถูกน้ำร้อนลวก ความร้อนจะไปกระตุ้นปลายประสาทที่ผิวหนังเป็นบริเวณกว้าง นำส่งพลังประสาทไปยังสมองรับรู้ความเจ็บปวดขึ้น

ทฤษฎีนี้สามารถอธิบายเกี่ยวกับการกระตุ้นเครื่องรับความรู้สึกอื่นๆ ที่ไม่ใช่รับความรู้สึกปวดก็เกิดความรู้สึกปวดได้ แต่ก็ไม่สามารถอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บปวดและเหตุผลต่างๆ ได้อย่างครอบคลุมเช่นกัน

3. ทฤษฎีรวมตัว (Summation theory) ทฤษฎีนี้เสนอโดย Goldscheider ซึ่งเน้นเกี่ยวกับความแรงของตัวกระตุ้นและการนำพลังประสาทไปรวมกันที่ส่วนกลางเป็นจุดเริ่มของความเจ็บปวด กล่าวคือ เมื่อมีการกระตุ้นที่รุนแรงพอจะส่งพลังประสาทเข้าไขสันหลังบริเวณ dorsal horn เพื่อทำปฏิกิริยาซึ่งกันและกัน เมื่อรวมกันแล้วจึงจะส่งไปยังสมองที่รับรู้ความรู้สึกปวด

การรวมตัวกันในระดับไขสันหลังเกิดจากการนำส่งพลังประสาทไปยังเซลล์ใน dorsal horn ได้ 2 ทาง คือ

1. Direct pathway มีใยประสาทหลายใยประสาทนำส่งพลังประสาทจากการกระตุ้นโดยตรงไปยังเซลล์ใน dorsal horn cell เซลล์เดียว (convergence)

2. Indirect pathway มีการรวมของพลังประสาท (reverberation) เนื่องจากมีวงจรเกิดขึ้น วงจรนี้เกิดจากใยประสาทของเซลล์ประสาทตัวหนึ่งแยกแขนงไปติดต่อกับเซลล์อื่นๆ ทำให้มี

พลังประสาทส่งต่อกันเป็นทอดๆ ไหลวนในวงจรก่อนแล้วค่อยส่งต่อไปที่ dorsal horn cell จึงเกิดมีพลังประสาทค้างอยู่ในวงจร

ฉะนั้นในบางกรณี ถึงแม้ว่าไม่มีการกระตุ้นหรือมีการกระตุ้นเพียงเล็กน้อยที่ปลายประสาทก็ทำให้เกิดความเจ็บปวดได้ เพราะยังมีพลังประสาทค้างอยู่ ซึ่งใช้อธิบายความเจ็บปวดใน neuralgia และ phantom pain ได้ เป็นต้น แต่ก็ยังมีอีกหลายๆ กรณีที่ไม่สามารถอธิบายได้เช่นกัน

4. ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) ในปี ค.ศ.1965 Melzeck and Wall (Leo, Huether, 1998: 427) ได้เสนอทฤษฎีที่ชื่อว่าทฤษฎีควบคุมประตู โดยอธิบายถึงพลังประสาทนำเข้ามาจากส่วนต่างๆ ของร่างกายจะถูกปรับสัญญาณในระดับไขสันหลังก่อนส่งขึ้นไปรับรู้ความเจ็บปวดในระดับสมอง ซึ่งประกอบด้วยส่วนประกอบสำคัญ 4 ส่วน คือ

1. กลไกควบคุมประตูระดับไขสันหลัง (spinal mechanism) มีระบบควบคุมทางผ่านของกระแสประสาทอยู่ในระดับไขสันหลังบริเวณสับสแตนเทีย จีลาติโนซาหรือเซลล์ เอส จี (Substantia gelatinosa: SG) โดยกระแสประสาทที่ได้รับการกระตุ้นจากส่วนต่างๆ ของร่างกายจะผ่านใยประสาทขนาดใหญ่และใยประสาทขนาดเล็ก แล้วไปประสานกับเซลล์ที่ทำหน้าที่ส่งต่อกระแสประสาทส่วนปลายที่เรียกว่า “เซลล์ ที” (Transmission cells: T) ซึ่งจะไปกระตุ้นการทำงานของเซลล์สมองให้รับรู้และเกิดความรู้สึกปวดขึ้น แต่ก่อนที่จะขึ้นไปยังเซลล์ที กระแสประสาทต้องผ่านเซลล์เอส จี ซึ่งเป็นเซลล์ประสาทที่มีอยู่ตามแนวยาวของไขสันหลัง ทำหน้าที่เสมือนประตูเปิด ปิด โดยส่งเสริมหรือยับยั้งการส่งกระแสประสาทไปยังเซลล์ที การส่งเสริมหรือยับยั้งขึ้นอยู่กับ การเพิ่มกระแสประสาทในใยประสาทขนาดใหญ่และขนาดเล็ก กล่าวคือ ถ้าใยประสาทขนาดใหญ่มีพลังกระแสประสาทมากกว่าจะไปกระตุ้นเซลล์เอส จี เป็นผลให้มีการยับยั้งกระแสประสาทที่จะมากระตุ้นเซลล์ที จึงไม่มีการนำกระแสประสาทความเจ็บปวดขึ้นสู่สมองเรียกว่า “ประตูปิด” (closed gate) ความรู้สึกปวดจะไม่เกิดขึ้น แต่ถ้าใยประสาทขนาดเล็กมีพลังกระแสประสาทมากกว่าจะไปยับยั้งการทำงานของเซลล์เอส จี เกิดการกระตุ้นสมองได้รับรู้ เป็นผลให้มีความเจ็บปวดเรียกว่า “ประตูเปิด” (open gate) ดังนั้นเมื่อมีสิ่งเร้าก่อให้เกิดความเจ็บปวดมากระตุ้น จะเกิดพลังประสาทจากใยประสาททั้ง 2 กลุ่มนี้เข้าสู่ระบบควบคุมประตู ถ้าพลังประสาทจากใยประสาทเล็กมากกว่าพลังประสาทใยประสาทใหญ่ สัญญาณความเจ็บปวดจะส่งออกจากระบบควบคุมประตูไปยังสมองส่วนทาลามัสและเปลือกสมอง จึงเกิดการรับรู้ความเจ็บปวดขึ้น แต่ถ้าพลังประสาทจากใยประสาทใหญ่มากกว่า ระบบควบคุมประตูจะปิดประตูไม่มีสัญญาณนำขึ้นไปยังสมอง จึงไม่เกิดการรับรู้ความเจ็บปวด

2. ระบบควบคุมส่วนกลาง (central control system) ถูกกระตุ้นโดยพลังประสาทนำเข้ามาจากใยประสาทใหญ่จากดอร์ซอล ฮอร์น (dorsal horn) สู่ทาลามัส จากนั้นจะถ่ายทอดไปสู่สมองส่วนคอร์ติคอล (cortical) และลิมบิก (limbic) โดยที่ใยประสาทใหญ่จะส่งพลังประสาทนำเข้ามาแยกไป 2 แขนง คือนำพลังประสาทเข้าระบบควบคุมประตูแขนงหนึ่ง และอีกแขนงหนึ่งไปยังระบบควบคุม

ส่วนกลางผ่านทางคอรีซอล คอลัมน์ พาดเวย์ (dorsal column pathway) และระบบควบคุมส่วนกลาง จะย้อนกลับมา มีอิทธิพลต่อการปิดหรือเปิดประตูในระบบควบคุมประตูได้อีก ซึ่งระบบควบคุมส่วนกลางทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับสิ่งต่อไปนี้ คือ

2.1 การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ (motivational affective component) ประกอบด้วย ฐาลามัส เปลือกสมองใหญ่ และระบบลิมบิก ซึ่งจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับความไม่สุขสบาย ความไม่พึงพอใจ ต่อความปวด

2.2 การรับรู้และจดจำ (cognitive component) เป็นหน้าที่ของเปลือกสมองใหญ่ ที่จะวิเคราะห์เกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บปวด ความรุนแรง หรือความสำคัญของสิ่งกระตุ้น โดยผสมผสานข้อมูลจากระบบประสาทส่วนปลายและส่วนกลาง ทำหน้าที่รับรู้ จดจำข้อมูล และ กลวิธีในการตอบสนองทั้งแบบที่รู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว

2.3 การแยกการรับประสาทสัมผัส (sensory discriminative component) เป็น หน้าที่ของเปลือกสมองใหญ่เช่นเดียวกัน ที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับเวลา สถานที่ ความรุนแรง และ ลักษณะอื่นๆ ของความเจ็บปวด

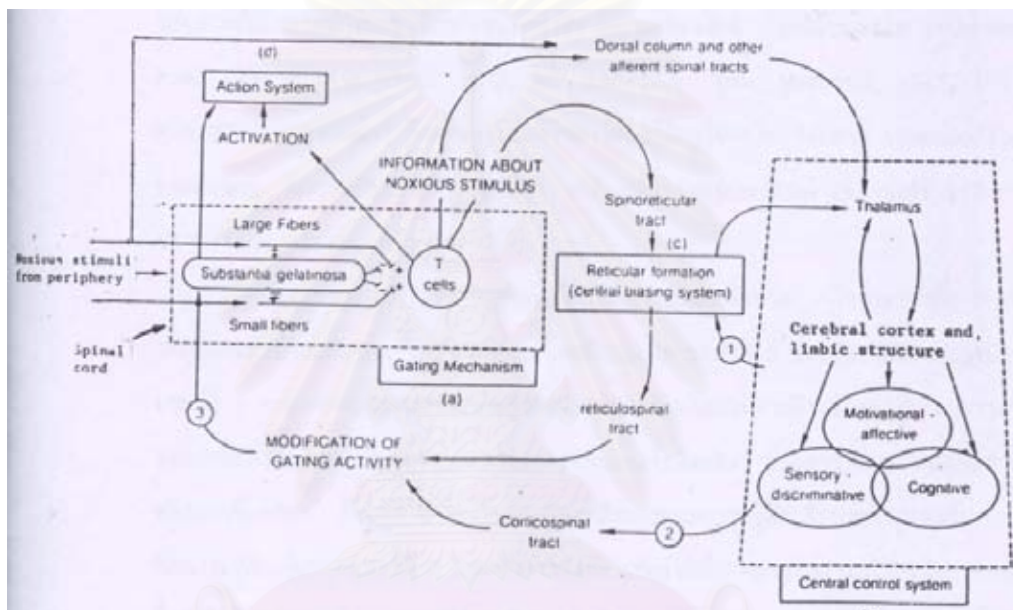
การทำหน้าที่ของระบบควบคุมส่วนกลางจึงเป็นการทำงานประสานกันของ หน่วยย่อยทั้ง 3 โดยเมื่อมีพลังประสาทนำเข้าสู่เซลล์ที่ ทำหน้าที่นำส่งพลังประสาทที่ได้ปรับสัญญาณ จากระบบควบคุมประตูไปยังระบบควบคุมส่วนกลาง ซึ่งระบบการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์จะ วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวดนั้นจากระบบการแยกการรับสัมผัส จะหาคำตอบจาก ตำแหน่งที่ได้รับอันตรายและความรุนแรง และรับการเรียนรู้นำข้อมูลทั้งหมดมาแปลความหมายของ ความเจ็บปวด เพื่อหาวิธีการปรับตัวหรือวิธีการแสดงออกที่เหมาะสมต่อสถานการณ์นั้นๆ ซึ่ง พลังประสาทนำออกจากระบบควบคุมส่วนกลางจะถ่ายทอดได้ 3 ทาง คือ คอริติโคสไปนอล แทรก (corticospinal tract) สู่ระบบควบคุมประตูเพื่อปรับสัญญาณความเจ็บปวดไปที่เรติคูลาร์ ฟอร์มเมชัน (reticular formation) และไปที่ระบบการเคลื่อนไหว ทำให้ปรับพฤติกรรมตอบสนองได้เหมาะสม

3. ระบบความโน้มเอียงส่วนกลาง (central biasing system) ส่วนนี้อยู่ที่บริเวณ เรติคูลาร์ ฟอร์มเมชันของก้านสมอง ซึ่งทำหน้าที่ยับยั้งพลังประสาทนำเข้าสู่จากส่วนต่างๆ ของร่างกาย ปรับสัดส่วนสัญญาณให้เหมาะสม การทำงานของระบบนี้ได้รับอิทธิพลจากข้อมูลที่ส่งมาจาก ระบบข้อมูลส่วนกลาง ในขณะที่พลังประสาทนำออกจากระบบควบคุมส่วนกลางไปทำการปรับ สัญญาณการทำงานของระบบควบคุมประตูที่ระดับไขสันหลัง

4. ระบบแสดงผลเป็นปรากฏการณ์ที่สลับซับซ้อนของการตอบสนองของความ เจ็บปวดทางด้านพฤติกรรม จะแสดงออกหลังจากรับรู้ความเจ็บปวดแล้ว ได้แก่ การแสดงออก ทางการเคลื่อนไหว การเผชิญปัญหา การแก้ปัญหา การแสดงออกทางพฤติกรรม เพื่อหลีกเลี่ยง

ความเจ็บปวด ซึ่งการตอบสนองต่อความเจ็บปวดต้องมีการผสมผสานระหว่างจิต สรีระ และสภาพแวดล้อม

ดังนั้น ทฤษฎีควบคุมประตูจึงสนับสนุนสมมติฐานที่ว่าพลังประสาทนำเข้ามาจากส่วนต่างๆ ของร่างกายจะถูกปรับสัญญาณในระดับไขสันหลังก่อนส่งขึ้นไปรับรู้ความเจ็บปวดในระดับสมอง และก่อนการตอบสนองต่อความเจ็บปวด ภาวะที่กระตุ้นความวิตกกังวล ความกลัว ความคาดหวังต่อความเจ็บปวด และปัจจัยทางจิตใจมีอิทธิพลต่อการตอบสนองและการรับรู้ความเจ็บปวด เนื่องจากการทำงานของระบบควบคุมประตู ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงส่วนประกอบของหน้าที่ต่างๆ ในทฤษฎีควบคุมประตู (สมร ทินวงศ์, 2533: 25)

5. **ทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายใน (endogenous pain control theory)** ในระยะ 20 ปีที่ผ่านมาได้มีการศึกษาพบว่าในร่างกายมี opiate receptor กระจายอยู่มากในสมอง ก้านสมอง ไขสันหลัง และส่วนน้อยในทางเดินอาหาร และพบว่าร่างกายมีสารที่มีคุณสมบัติระงับความเจ็บปวดได้คล้ายมอร์ฟีน (endogenous opiate) ที่สำคัญมี 3 ชนิด ได้แก่ เอ็นเคฟาลิน (enkephalin) ซึ่งแปลว่าภายในซีรัระ เอ็นดอร์ฟิน (endorphine) ซึ่งแปลว่ามีมอร์ฟีนอยู่ภายใน และ ไดโนรฟินส์ (dynorphine) กลไกการควบคุมความเจ็บปวดจะเกิดเมื่อสารดังกล่าวไปเชื่อมกับ opiate receptors และออกฤทธิ์ไประงับการหลั่งสารสื่อประสาทของความเจ็บปวด (pain neurotransmitter)

สารทั้ง 3 ชนิด มีคุณสมบัติควบคุมความเจ็บปวดในระดับต่างๆ กันดังต่อไปนี้

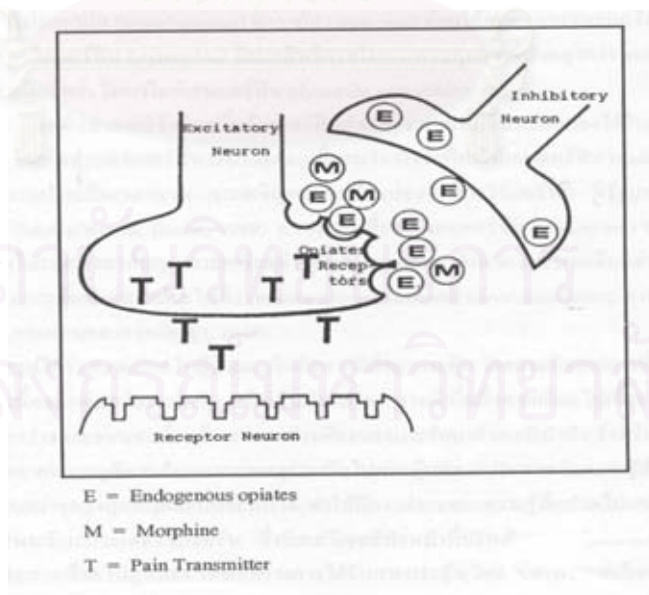
1. เอ็นเคฟาลิน พบในระบบประสาทส่วนกลาง มีมากในลิมบิก ซีสเต็ม เพอริอควีดักตัล เกรย์ (periaqueductal gray area) ของก้านสมอง ไตรเจมินัล สไปนัล นิวเคลียส (trigeminal spinal

nucleus) และไขสันหลังบริเวณเอส จี ออกฤทธิ์เพียง $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ เท่าของมอร์ฟีน ระยะเวลาในการระงับความเจ็บปวดนานเป็นนาทีเท่านั้น

2. เอ็นดอร์ฟิน ที่สำคัญคือ เบตา เอ็นดอร์ฟิน (B-endorphin) พบในสมองส่วนไฮโปทาลามัสและต่อมพิทูอิทารี ออกฤทธิ์มากกว่ามอร์ฟีนประมาณ 10 เท่า อยู่ได้นาน 2-3 ชั่วโมง

3. ไดโนอร์ฟิน พบน้อยในเนื้อเยื่อประสาท แต่สำคัญมากเพราะมีฤทธิ์มากกว่ามอร์ฟีนถึง 200 เท่า และมีฤทธิ์มากกว่าเอ็นดอร์ฟิน 50 เท่า

ทฤษฎีการควบคุมความเจ็บปวดภายในเกิดจากการศึกษาพบว่า สารที่มีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟีนในร่างกาย สามารถยับยั้งกลไกการเกิดความเจ็บปวดได้ เมื่อเจสเซลล์และไอเวอร์เซ็น (Jessell และ Iversen) ค้นพบว่าการทำงานระหว่างสารเอ็นเคฟาลินและสับสแตน พี จะมีผลต่อการทำงานในการปิดเปิดการนำกระแสประสาทไปยังสมองตามทฤษฎีการคุมประตุ กล่าวคือ เมื่อร่างกายได้รับการกระตุ้น โยประสาทขนาดเล็กจะปล่อยสารสับสแตน พี ที่บริเวณดอร์ซัล ฮอร์น ของไขสันหลังในเวลาเดียวกันโยประสาทนำลงจากสมองและโยประสาทขนาดใหญ่ จะปล่อยสารเคมีไปกระตุ้นเซลล์ของเอส จี ให้หลั่งสารเอ็นเคฟาลินซึ่งมีฤทธิ์ยับยั้งไม่ให้สับสแตน พี ทำงาน จะมีการปิดกั้นหรือยับยั้งกระแสประสาทที่ไปยังที่ เซลล์ ทำให้ไม่มีการส่งกระแสประสาทไปยังสมอง แต่ถ้าสารเอ็นเคฟาลินยับยั้งสับสแตน พี ได้ไม่หมด สับสแตน พี ก็ยังสามารถส่งกระแสประสาทไปกระตุ้นที่ เซลล์ ให้เปิดทางรับกระแสประสาทไปสู่สมองได้ ทำให้บุคคลมีความรู้สึกเจ็บปวดเกิดขึ้น ซึ่งกลไกการออกฤทธิ์แสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงกลไกการออกฤทธิ์ของมอร์ฟีน และสารที่มีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟีน (ดัดแปลงจาก สมร ทินวงศ์, 2533: 28)

สรุปได้ว่า กลไกความเจ็บปวดเกิดจากร่างกายถูกกระตุ้นจากภายนอก ภายใน หรือสภาพจิตใจ โดยมีการส่งผ่านกระแสประสาทไปยังสมอง ให้มีการรับรู้และมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะต่างๆ อย่างไรก็ตามปฏิกิริยาของร่างกายก็สามารถที่จะกระตุ้นให้ปล่อยสารเคมีที่มีผลบ่งชี้การเกิดความเจ็บปวดได้ไม่มากนักน้อย จึงเป็นสิ่งสนับสนุนให้มีการดูแลผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจควบคู่กันไปเสมอ

1.6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวด

มีปัจจัยหลายด้านที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวด อาจไปเพิ่มหรือลดการรับรู้หรือการแสดงออกก็ได้ จึงทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และการแสดงออกต่อความเจ็บปวดไม่เท่ากัน และไม่ขึ้นกับความรุนแรงของสิ่งกระตุ้นหรือพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นเท่านั้น ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มีปฏิสัมพันธ์กันและแบ่งได้เป็น 4 ปัจจัยใหญ่ (สุพร พลยานันท์, 2528: 50-54) ดังนี้

1. ปัจจัยด้านสรีระ

1.1 ความรุนแรงของสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เนื้อเยื่อได้รับอันตราย เมื่อสิ่งกระตุ้นยิ่งรุนแรงขึ้น น่าจะมีการรับรู้ความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น

1.2 บริเวณต่างๆ ของร่างกายมีความไวต่อความเจ็บปวดไม่เท่ากัน เช่น ผิวหนังมีความไวต่อการกระตุ้นมาก ส่วนเนื้อปอดไม่ไวต่อความเจ็บปวดเลย เป็นต้น

1.3 ระดับความรู้สึกตัว การรับรู้ความเจ็บปวดขึ้นอยู่กับระดับความรู้สึกตัวด้วย ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวจะไม่รับรู้ต่อความเจ็บปวด หรือผู้ป่วยที่ได้รับยากดประสาทส่วนกลางจะรู้สึกซึมเซา ง่วงนอน ระดับความรู้สึกตัวลดลงกว่าปกติ การรับรู้ความเจ็บปวดจะลดลงด้วย

1.4 ความเหนื่อยล้า (fatigue) ความเหนื่อยล้าอาจเกิดจากการตอบโต้ต่อสิ่งเร้ามากเกินไป หรือมีการพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ ทำให้ขาดพลังงานสำรองที่ใช้ในกลไกการปรับตัวเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด จึงทำให้ผู้ป่วยมีความอดทนต่อความเจ็บปวดลดลง นั่นคือมีการรับรู้ความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นนั่นเอง

1.5 การจำกัดประสาทสัมผัส (sensory restriction) บุคคลที่ขาดการกระตุ้นจากประสาทสัมผัสต่างๆ จะมีระดับความอดทนต่อความเจ็บปวดลดลง

2. ปัจจัยด้านจิตใจ

2.1 สภาพอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความเศร้า และความโกรธ มีผลต่อการรับรู้และการแสดงออกต่อความเจ็บปวดมาก อารมณ์เหล่านี้จะไปเร้าที่ประสาทส่วนกลาง ทำให้การรับรู้และการแสดงออกต่อความเจ็บปวดเพิ่มสูงขึ้น

2.2 การปรับตัว โดยที่แต่ละบุคคลมีการปรับตัวต่อความเจ็บปวดได้ไม่เท่ากัน จึงทำให้การรับรู้และการแสดงออกต่อความเจ็บปวดแตกต่างกันด้วย

2.3 บุคลิกภาพ ความเจ็บปวดขึ้นกับบุคลิกภาพส่วนบุคคล ค้นพบว่าบุคคลที่มีลักษณะเปิดเผย (extrovert) มักมีความอดทนต่อความเจ็บปวดได้มากกว่าบุคคลที่มีลักษณะเก็บตัว (introvert) และบุคคลที่มีความวิตกกังวลได้ง่ายมักทนต่อความเจ็บปวดได้น้อย

2.4 ภาพลักษณ์ (body image) ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพหรือความเจ็บปวดที่มีผลต่อภาพลักษณ์ เช่น ผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดเต้านมออก ผู้ป่วยยอมมีความวิตกกังวลสูงไปเรื่อยๆ ให้เกิดการรับรู้ความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นด้วย

2.5 ประสบการณ์ความเจ็บปวดในอดีต ผู้ป่วยที่เคยประสบความเจ็บปวดอย่างรุนแรงและไม่ได้รับการบรรเทาที่ดีพอ ผู้ป่วยยอมมีความคับข้องใจ (frustration) และความกลัวต่อความเจ็บปวดนั้น ฉะนั้นเมื่อประสบความเจ็บปวดครั้งใหม่ ผู้ป่วยจะมีความอดทนต่อความเจ็บปวดน้อยลง และรับรู้ต่อความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น (สังวาล แก้วประเสริฐ, 2532: 22)

2.6 การรับรู้ข้อมูล ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนยอมมีความวิตกกังวลลดลง ไม่คาดการณ์ล่วงหน้าอย่างผิดๆ ใดๆ จึงมีความอดทนต่อความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น

2.7 อายุ ในวัยเด็กจะมีความกลัวต่ออารมณ์มากจึงทำให้แสดงออกต่อความเจ็บปวดมากเกินไปกว่าความเป็นจริง เมื่ออายุมากขึ้นมีการเรียนรู้ต่อประสบการณ์และมีการปรับตัวอยู่เสมอ ความอดทนต่อความเจ็บปวดก็จะเพิ่มขึ้นด้วย แต่เมื่อเข้าสู่วัยชราซึ่งมีการเสื่อมของสภาพร่างกายลง ความสามารถในการปรับตัวลดลงจึงมีความอดทนต่อความเจ็บปวดลดลงด้วย

3. ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม

สังคมและวัฒนธรรมมีความสำคัญต่อการสร้างแบบแผนการตอบสนองต่อความเจ็บปวดของบุคคลในสังคมและวัฒนธรรมนั้นๆ เนื่องจากบุคคลในสังคมและวัฒนธรรมนั้นจะสร้างแบบแผนการตอบสนองตามทัศนคติ ค่านิยม กับความคาดหวังของสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งมักจะเกี่ยวกับสิ่งต่อไปนี้ (จุไรพร โสภณจารย์, 2536: 34-35)

- เพศ เกือบทุกสังคมและวัฒนธรรมมักจะคาดหวังไว้ว่า เพศชายมีความอดทนต่อความเจ็บปวดได้มากกว่าเพศหญิง (สังวาล แก้วประเสริฐ, 2532: 21)

- อายุ ผู้ใหญ่ต้องมีความอดทนต่อความเจ็บปวดได้มากกว่าเด็กและคนชรา
- อาชีพ ความรับผิดชอบในอาชีพต่างๆ แสดงออกต่อความเจ็บปวดต่างๆ กัน
- ระดับการศึกษา
- ศาสนา
- ความรุนแรงและระยะเวลาที่ควรจะทนได้
- ลักษณะการแสดงออกต่อชนิดของความเจ็บปวดนั้นๆ
- ชนิดของความเจ็บปวดที่ได้รับความสนใจ

สิ่งเหล่านี้จะมีอิทธิพลและสอนให้บุคคลสร้างแบบแผนการตอบสนองต่อความเจ็บปวดในแต่ละสังคมและวัฒนธรรมขึ้น สังคมหนึ่งยอมรับการแสดงออกต่อความเจ็บปวด ส่วนอีกสังคมหนึ่งไม่ยอมรับ หรือสังคมหนึ่งให้ความสำคัญในชนิดของความเจ็บปวดแบบหนึ่ง ส่วนอีกสังคมหนึ่งให้ความสำคัญในชนิดของความเจ็บปวดแบบอื่น เป็นต้น จึงทำให้การแสดงออกและการรับรู้ความเจ็บปวดของแต่ละสังคมแตกต่างกันไป ฉะนั้น ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะต้องนึกถึงอยู่เสมอ ทั้งในการประเมินความเจ็บปวดและการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย

4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมมีผลต่อความเจ็บปวดเป็นอย่างมาก การช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวได้ดีหรือมีความเครียดเพิ่มขึ้นก็ได้ สิ่งแวดล้อมที่ดีส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวและอดทนต่อสิ่งเร้าได้มากขึ้น ส่วนสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมก่อให้เกิดความเครียดทำให้บุคคลต้องใช้พลังงานมากขึ้น พลังงานสำรองจึงลดลง ความสามารถในการใช้กลไกการปรับตัวลดลงด้วย ฉะนั้น ความอดทนต่อความเจ็บปวดจะลดลง และรับรู้ต่อความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นด้วย

สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการปรับตัว และส่งเสริมให้บุคคลมีความอดทนต่อความเจ็บปวดดีขึ้น ได้แก่ (รุ่งทิพย์ จามรมาน, 2532: 22)

4.1 สภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ความสะอาด ความเงียบสงบ แสง และอุณหภูมิที่พอเหมาะ มีการระบายอากาศดีและอาหารที่นำรับประทาน เป็นต้น

4.2 สภาพแวดล้อมทางจิตและสังคม เช่น สิ่งแวดล้อมที่มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคลทำให้อารมณ์สงบ สิ่งแวดล้อมที่มีความรู้สึกปลอดภัย เป็นต้น

1.7 การพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัด พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดจึงมีบทบาทอย่างมากในการช่วยให้การจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ บทบาทของพยาบาลที่สำคัญประกอบไปด้วย การประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัด การจัดการกับความเจ็บปวดโดยการให้ยาและไม่ให้ยา รวมถึงการติดตามประเมินผลภายหลังการให้การพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.7.1 การประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

การประเมินความเจ็บปวดนับเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลที่ต้องเรียนรู้และเข้าใจ เพื่อนำไปสู่การบรรเทาความเจ็บปวดอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่มีความซับซ้อน บุคคลอื่นไม่สามารถหยั่งรู้จากบุคคลนั้น

บอกกล่าว จึงทำให้การประเมินความเจ็บปวดนั้นมีความยากที่จะได้ข้อมูลตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ดังนั้นการประเมินความเจ็บปวดจึงมีหลายแนวทางดังนี้

1. การประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย (สุพร พลยานันท์, 2528: 89-93) ข้อมูลจากผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการประเมินความเจ็บปวด และเป็นข้อมูลที่บ่งชี้ความรู้สึกเจ็บปวดได้ดีที่สุด จึงถือเป็นข้อมูลที่พยาบาลควรจะเชื่อถือได้ แต่ทั้งนี้ทั้งนั้น ผู้ป่วยก็อาจจะรายงานความเจ็บปวดมากหรือน้อยกว่าความเป็นจริงก็ได้ ขึ้นกับการตัดสินใจโดยใช้จิตสำนึกและจิตใต้สำนึกที่ได้รับอิทธิพลจากอารมณ์และกระบวนการรับรู้ในสมอง ฉะนั้นในการซักถามเพื่อให้ผู้ป่วยรายงานได้ถูกต้องจึงควรใช้จิตวิทยาและเป็นไปอย่างรอบคอบ ระวังระวังในการซักถาม และใช้คำพูดที่สื่อความหมายให้ผู้ป่วยเข้าใจ และพยาบาลก็ต้องมีความเข้าใจกับคำตอบของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง สิ่งพยาบาลซักถามผู้ป่วยในการประเมินความเจ็บปวด คือ

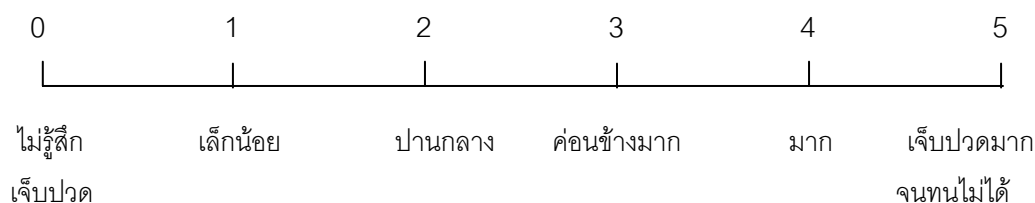
1.1 ความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บปวด เกี่ยวกับ

1.1.1 ความรุนแรง โดยให้ผู้ป่วยบอกหรือแสดงระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดตามเครื่องมือความรุนแรงของความเจ็บปวดที่พยาบาลได้เลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เครื่องมือที่นิยมใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลและการวิจัยทางการพยาบาล ได้แก่ (สุพร พลยานันท์, 2528: 49-93)

- มาตรฐานวัดความเจ็บปวดตามระดับความรู้สึกเจ็บปวดของผู้ป่วย (adjectival scale) ซึ่งให้ผู้ป่วยรายงานความเจ็บปวดตามระดับความรู้สึกเจ็บปวด เช่น ไม่เจ็บปวดหรือเจ็บปวด สำหรับผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดเล็กน้อย หรือรายงานเป็น 4 ระดับดังนี้ ไม่เจ็บปวด เจ็บปวดเล็กน้อย เจ็บปวดปานกลาง และเจ็บปวดมาก เป็นต้น

- มาตรฐานวัดความเจ็บปวดตามตัวเลขร่วมกับระดับความรู้สึกเจ็บปวด (combining numerical scale and adjectival scale) โดยให้ผู้ป่วยรายงานระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดตามตัวเลขที่กำหนดไว้แทนระดับความรู้สึกเจ็บปวด เช่น

- มาตรฐานวัดความเจ็บปวดอย่างง่าย (simple pain scale) แบ่งระดับความเจ็บปวดเป็น 6 ระดับ ตามตัวเลขตั้งแต่ 0-5 แทนระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด สมมติให้ 0 หมายถึง ไม่เจ็บปวด และ 5 หมายถึง เจ็บปวดมากจนทนไม่ได้



1.1.2 ตำแหน่งและขอบเขต ให้ผู้ป่วยชี้บอกตำแหน่งและขอบเขตที่ตัวผู้ป่วยเองหรือให้ผู้ป่วยระบายลงในแผนภาพ

1.1.3 ลักษณะ เช่น ปวดตื้อๆ ตุ่มๆ เสียวแปร็บ ปวดเมื่อย ปวดหน่วงๆ ปวดแสบปวดร้อน หรือปวดเหมือนเข็มแทง เป็นต้น

1.1.4 ระยะเริ่มปวดและระยะเวลาที่ปวด

2. การประเมินโดยสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย แม้ความเจ็บปวดจะเป็นประสบการณ์ที่คลุมเครือ รู้ได้เฉพาะบุคคลที่กำลังประสบเท่านั้น แต่ความเจ็บปวดสามารถกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่มีลักษณะเฉพาะตัว ซึ่งเปรียบเสมือนสัญญาณที่สื่อให้บุคคลอื่นทราบว่ามีอาการเจ็บปวดเกิดขึ้น พฤติกรรมเหล่านั้นได้แก่

2.1 พฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหวทั้งการแสดงออกทางสีหน้า เช่น หน้ามึน คิ้วขมวด เม้มริมฝีปากหรือกัดฟัน และการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น นอนบิดไปมาหรือนอนนิ่งในท่าเดียว เป็นต้น

2.2 พฤติกรรมด้านน้ำเสียง เช่น ร้องครวญคราง ร้องไห้

2.3 พฤติกรรมด้านอารมณ์ เช่น หงุดหงิด ซึมเศร้า

3. การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ผลของความเจ็บปวดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระที่สามารถสังเกตและวัดได้ในเชิงปริมาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลัน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ได้แก่ การสูดหายใจถี่ขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ชีพจรเต้นเร็ว หายใจเร็ว เหงื่อออก ขนลุก รูปร่างตาขยาย มีการหลั่งของกลัยโคเจน อะดีนาลีน ซีด มีการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงทางสรีระนี้ให้ข้อมูลที่ชัดเจนแน่นอนในเชิงปริมาณ และทราบผลได้ทันที เชื่อว่ายากที่บุคคลจะเสแสร้งหรือทำให้เกิดขึ้น แต่จุดอ่อนของการประเมินด้านนี้คือ ค่าของการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะลดลงหรือกลับเป็นปกติได้ในเวลาต่อมา ทั้งๆ ที่มีความเจ็บปวดอยู่ และเป็นการประเมินเพียงมิติเดียว คือ การทำงานของระบบประสาท ดังนั้นควรทำร่วมกับการประเมินความเจ็บปวดวิธีอื่นๆ

4. ประเมินดูจากปริมาณยาแก้ปวดที่ให้ ปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับจะเป็นสิ่งที่บ่งชี้ระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด และระยะเวลาของการเจ็บปวด

1.7.2 การจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

การจัดการกับความเจ็บปวด เป็นการบรรเทาหรือการลดลงของความเจ็บปวดเพื่อความสุขสบายของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยต้องยอมรับและเห็นด้วย ซึ่งการจัดการความเจ็บปวดสามารถแบ่งเป็น 2 วิธีใหญ่ๆ (นวลสกุล แก้วลาย, 2545: 34-41)คือ

1. การจัดการความเจ็บปวดด้วยการใช้แก้ปวด แม้ว่าบทบาทในการให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วยไม่ใช่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลก็ตาม แต่พยาบาลก็ควรมีความรู้และ

วิจารณ์ญาณเป็นการตัดสินใจให้ยาแก้ปวดเมื่อจำเป็นตามแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม(นวลสกุล แก้วลาย, 2545: 34) สามารถติดตามผลและสังเกตอาการข้างเคียงได้ ตลอดจนรู้จักใช้ยาให้เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับการออกฤทธิ์ของยา ระยะเวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์ ระยะเวลาที่ยาออกฤทธิ์สูงสุด ระยะเวลาที่ยาหมดฤทธิ์ ขนาดยาที่ใช้ ความถี่ในการให้ยาซ้ำ อาการข้างเคียงของการติดยาของยาแต่ละตัว ซึ่งในปัจจุบันยาระงับปวดมี 2 กลุ่ม คือ ประเภทไม่เสพติด (nonnarcotics) ซึ่งให้ผลควบคุมความเจ็บปวดโดยออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนปลาย เช่น แอสไพริน พาราเซตามอล และประเภทเสพติด (narcotics) ที่ควบคุมความเจ็บปวดด้วยการออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง และมีผลต่อการตอบสนองทางด้านอารมณ์ต่อความเจ็บปวด เช่น มอร์ฟีน เพริดีน การใช้ยาแก้ปวดนับเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ป่วยควรได้รับ เพื่อบรรเทาความรุนแรงของ ความเจ็บปวดและเพิ่มความสุขสบายให้กับผู้ป่วย และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด จึงควรมีการวางแผนการให้ยาโดยมีหลักดังนี้

1.1 ให้ยาแก่ผู้ป่วยในช่วงเวลาที่เหมาะสม เช่น ให้ยาแก่ผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดที่รุนแรงมากจนทนไม่ได้ หรือไม่กลัวผู้ป่วยติดยาหรือมีอาการข้างเคียงของยา จนเกินไป จนไม่กล้าตัดสินใจให้ยาแก้ปวด แล้วปล่อยให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานอยู่กับความเจ็บปวดอยู่นาน

1.2 สอดแทรกกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นแต่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดภายหลังที่ให้ยาแก้ปวดและเมื่อยาออกฤทธิ์ดีแล้ว เช่น กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอเอาเสมหะออก (effective cough) หรือลุกจากเตียง (ambulation) ภายหลังฉีดมอร์ฟีนไปแล้วประมาณครึ่งชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดจากการกระตุ้นและผู้ป่วยยังให้ความร่วมมือต่อพยาบาลเป็นอย่างดีด้วย

1.3 ควรให้กิจกรรมการพยาบาลอื่นๆ ร่วมด้วย เพื่อยืดระยะเวลาในการให้ยาซ้ำและลดปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับ จะช่วยลดอันตรายจากอาการข้างเคียงของยา และลดความเสี่ยงต่อการเสพติดอีกด้วย

1.4 ติดตามและประเมินผลการบรรเทาความเจ็บปวดของยา และสังเกตอาการข้างเคียงด้วย

2. การจัดการความปวดด้วยวิธีที่ไม่ใช้ยาแก้ปวด การจัดการอาการเจ็บปวดวิธีนี้นับเป็นบทบาทที่พยาบาลทำได้อย่างอิสระร่วมกับการใช้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และเป็นการจัดการความเจ็บปวดที่ไม่มีผลข้างเคียงที่อันตราย โดย McCaffery ให้แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวดด้วยวิธีที่ไม่ใช้ยาแก้ปวดไว้ว่า ควรเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับความชอบและความสามารถของผู้ป่วย โดยเริ่มใช้ก่อนที่ผู้ป่วยจะประสบความเจ็บปวดในทันทีที่ปวด และคงใช้

ต่อเนื่องไปตลอดระยะที่มีความเจ็บปวด เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการลดความเจ็บปวดสูงสุด การจัดการความเจ็บปวดมีหลายวิธีด้วยกัน (นวลสกุล แก้วลาย, 2545: 34-41)ดังนี้

1. ลดการเร้าทางอารมณ์

1.1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจและมีความเชื่อมั่นในการช่วยเหลือบรรเทาความเจ็บปวดของพยาบาล

1.2 อยู่กับผู้ป่วยและให้กำลังใจ โดยพูดปลอบโยนและแสดงท่าทีเชื่อว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน ยอมรับท่าทีการแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วย สัมผัสผู้ป่วย แสดงความเห็นอกเห็นใจ สิ่งเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจ อบอุ่นใจ อันจะมีผลไปเพิ่มระดับความอดทนต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วย

1.3 ดูแลเกี่ยวกับความสบายทั่วไปของผู้ป่วย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ มีอุณหภูมิพอเหมาะและมีการถ่ายเทอากาศดี สิ่งเหล่านี้จะช่วยลดความเครียดของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น สามารถใช้กลไกการปรับตัวได้ดีขึ้น

1.4 สอนบุคคลในครอบครัวให้แสดงท่าทีที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ท่าทีของบุคคลในครอบครัวก็มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยมาก ท่าทีที่ไม่เหมาะสม เช่น แสดงความห่วงใยและวิตกกังวลมากเกินไปหรือเฉยเมยไม่สนใจต่อผู้ป่วย จะไปเร้าอารมณ์ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น พยาบาลควรสอนบุคคลในครอบครัวให้ทราบว่าผู้ป่วยมีพยาธิสภาพอย่างไร ควรปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับแผนการรักษาและการพยาบาลอย่างไร แนะนำบุคคลในครอบครัวให้เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยและคอยส่งเสริมให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมด้วย

1.5 ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนและนอนหลับอย่างเพียงพอ พยาบาลควรศึกษาถึงอุปนิสัยการพักผ่อนและนอนหลับในภาวะปกติของผู้ป่วยเพื่อวางแผนและให้การพยาบาลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย ร่วมกับจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบและสบายเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยพักผ่อนและนอนหลับได้ดียิ่งขึ้น

1.6 เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยออกจากความเจ็บปวด โดยปกติแล้วการเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความเจ็บปวด เป็นสิ่งที่พยาบาลควรคำนึงถึงและกระทำได้ทั่วไปเกือบตลอดเวลาที่ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย เช่น การพูดคุย ชักถาม ชักประวัติ หรือให้คำแนะนำในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาต่างๆ นอกจากนี้พยาบาลก็ยังสามารถจัดกิจกรรมขึ้นเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยได้เช่นกัน เช่น ฟังวิทยุ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ให้พูดคุยกับญาติ หรือจัดให้เข้ากลุ่ม เป็นต้น แต่สิ่งที่สำคัญคือพยาบาลต้องรู้จักเลือกกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยพิจารณาถึงวัย ความสนใจ ระดับความรุนแรงและระยะเวลาของความเจ็บปวดร่วมกัน เพื่อให้กิจกรรมนั้นสามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดความเพลิดเพลินและเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความเจ็บปวดได้ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยในวัยเด็กเล็กอาจเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความเจ็บปวดโดย

ให้ดูคนมขวดหรือมองหน้าแม่ เด็กโตอาจให้นับเลขถอยหลังจาก 100-0 หรือเล่นเกมสนุกที่เขาชอบ ในผู้ใหญ่อาจให้อ่านหนังสือธรรมะ ประดิษฐ์ดอกไม้หรือเล่นหมากรุก ส่วนผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดรุนแรง กิจกรรมที่จะเบี่ยงเบนความสนใจควรเป็นกิจกรรมที่มีการรับรู้ต่อความรู้สึกหลายๆ ด้าน มีทั้งการสัมผัส การฟัง การดู และการคิด เป็นต้น เช่น ฟังดนตรี ร่วมกับหายใจลึกๆ ซ้ำๆ เป็นจังหวะ และในผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดระยะนานพยาบาลต้องเตรียมกิจกรรมไว้หลายๆ กิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยทำสลับกันจะได้ไม่เกิดความเบื่อหน่ายแล้วกลับมาหมกมุ่นอยู่กับความเจ็บปวดอีก

1.7 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการผ่อนคลาย การผ่อนคลายเป็นอีกวิธีหนึ่งที่พยาบาลนำมาบรรเทาความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยได้ผลดีโดยการฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย เทคนิคการผ่อนคลายที่ใช้ได้ทั่วไปในการปฏิบัติพยาบาลคือ การบริหารการหายใจเป็นจังหวะ การบริหารกล้ามเนื้อ และการบริหารหายใจร่วมกับการบริหารกล้ามเนื้อ และในการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายให้ได้ผลดีนั้น จะต้องเตรียมสภาพแวดล้อมและเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นหลักการที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยผ่อนคลายได้ดีขึ้น โดยมีแนวทางในการปฏิบัติดังนี้

- จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเงียบและสบาย
- อธิบายจุดประสงค์และวิธีการฝึกการผ่อนคลายให้ผู้ป่วย

เข้าใจและพร้อมที่จะปฏิบัติ

- จัดท่าของผู้ป่วยให้สบายมีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อมากที่สุด

จะเป็นทำนองหรือทำนองก็ได้แล้วแต่ความเหมาะสม

- พยาบาลผู้ฝึก ควรมีท่าที่สงบและเป็นกันเองกับผู้ป่วย พูดคุย ชักนำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกผ่อนคลายทางจิตใจ เช่น อาจให้ผู้ป่วยจินตนาการถึงสถานที่ที่เขาชอบ และผ่อนคลายทางจิตใจ

- เริ่มสอนผู้ป่วยให้ฝึกตามเทคนิคการผ่อนคลายที่ได้เลือกไว้ให้

เหมาะสมกับผู้ป่วย

การฝึกให้ผู้ป่วยมีการผ่อนคลายได้นั้น ควรสอนให้ผู้ป่วยฝึกทำตั้งแต่ระยะก่อนปวดจนเกิดการผ่อนคลายได้จริงๆ จึงจะได้ผลดี การผ่อนคลายที่ได้ผลนั้นพยาบาลสามารถประเมินได้จากการสังเกตผู้ป่วย ผู้ป่วยจะรู้สึกสบายและง่วงนอน มีการคลายตัวของกล้ามเนื้อ อัตราการเต้นของหัวใจและการหายใจจะลดลงด้วย

2. ลดการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็ก

2.1 ค้นหาสาเหตุและช่วยขจัดสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด เช่น มีแรงกดแผลผ่าตัดจากการเปลี่ยนท่านอนไม่ถูกต้อง พยาบาลควรช่วยเหลือและสอนให้ผู้ป่วยพลิกหรือเปลี่ยนท่าอย่างถูกต้อง

2.2 ให้การพยาบาลด้วยความนิ่มนวล ไม่เพิ่มการกระตุ้นโดยประสาทขนาดเล็ก

2.3 ประคบบริเวณที่มีความเจ็บปวดด้วยความร้อนหรือความเย็นตามแต่กรณีและสภาวะที่เหมาะสม

3. เพิ่มการกระตุ้นโดยประสาทขนาดใหญ่

การกระตุ้นโดยประสาทขนาดใหญ่ในบทบาทพยาบาลสามารถกระทำได้ โดยการกระตุ้นผิวหนังจากการพยาบาลลูบหรือคลึงเบาๆ ซึ่งเป็นการประยุกต์นำหลักการของทฤษฎีควบคุมประตู่และทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายในมาใช้ กล่าวคือ การนวด ลูบ หรือคลึงเบาๆ เป็นการกระตุ้นโดยประสาทขนาดใหญ่ไปปิดประตูในระดับไขสันหลังจึงลดความเจ็บปวดได้ นอกจากนี้ยังเชื่อว่าการกระตุ้นผิวหนังทำให้มีการหลั่งสารที่มีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟินภายในร่างกายเพิ่มขึ้น และยังเป็นกระตุ้นให้มีการไหลเวียนโลหิตดีขึ้นและลดความตึงตัวของกล้ามเนื้ออีกด้วย

การกระตุ้นผิวหนังเพื่อลดความเจ็บปวดนั้น นิยมกระตุ้นกันในบริเวณที่มีความเจ็บปวดหรือบริเวณใกล้เคียง แต่ในบางกรณีที่ไม่สามารถกระตุ้นผิวหนังในบริเวณที่เจ็บปวดได้ การกระตุ้นผิวหนังบริเวณด้านตรงกันข้ามกับด้านที่เจ็บปวด (contralateral stimulation) ก็อาจลดความเจ็บปวดได้เช่นกัน เช่น ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดจากเทนนิสเอลโบว์ (tennis elbow) ที่ข้อศอกข้างซ้าย การกระตุ้นผิวหนังบริเวณข้อศอกข้างขวาก็อาจบรรเทาความเจ็บปวดได้ หรือกรณีที่มีความเจ็บปวดในบริเวณเข้าเฝือกก็อาจกระตุ้นผิวหนังบริเวณด้านตรงข้ามก็ได้ การกระตุ้นผิวหนังนี้ปฏิบัติได้ง่าย พยาบาลจึงควรส่งเสริมการกระตุ้นนี้ให้มากขึ้น โดยการสอนให้ผู้ป่วยหรือญาตินำไปปฏิบัติเองด้วย

1.7.3 การติดตามประเมินผล

การติดตามประเมินผลเป็นขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล (วชิราพรสุนทรสวัสดิ์, 2545: 24-25) เป็นการพิจารณาว่าการปฏิบัติพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยนั้น บรรลุวัตถุประสงค์ตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ โดยพิจารณาจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นร่วมกับความถูกต้องของการปฏิบัติ ซึ่งในการประเมินผลโดยทั่วไปจะมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ของการปฏิบัติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นสำคัญ เมื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติ การให้ความช่วยเหลือก็ยุติ ในกรณีที่ไม่บรรลุวัตถุประสงค์พยาบาลจำเป็นต้องกลับมาประเมินขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลทุกขั้นตอนว่ามีข้อบกพร่องที่ใด เพื่อจะได้ปรับปรุงหาวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยจนกว่าจะบรรลุวัตถุประสงค์ หรือในบางครั้งอาจจะเปลี่ยนวัตถุประสงค์ให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น สำหรับการติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดจะต้องมีการประเมินผลในด้านหลังจากให้ยาแก้ปวด โดยพยาบาลจะต้องประเมินระดับความเจ็บปวดหลังจากได้รับยาและเมื่อยาแก้ปวดออกฤทธิ์ควบคุมความเจ็บปวดแล้วผู้ป่วยมีอาการทุเลาหรือหายปวดแล้วหรือยัง เพื่อ

เป็นการประเมินว่าปริมาณยามีความเพียงพอกับผู้ป่วย และต้องมีการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยพยาบาลต้องเฝ้าระวังฤทธิ์ข้างเคียงของยาแก้ปวดคือ ความดันโลหิตต่ำ อาจมีอาการกดศูนย์หายใจ สับสน กระวนกระวาย เกร็งกระตุก ชัก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก คือ ยา และอาจมีอาการติดยาได้หากใช้ติดต่อกันเป็นระยะเวลาสั้น และยังคงติดตามประเมินผลในเรื่องของการพยาบาลโดยไม่ใช้ยาว่าหลังจากการให้การพยาบาลทั้งในด้านการลดการเร้าทางอารมณ์ การลดการกระตุ้นไขประสาทขนาดเล็ก และการเพิ่มการกระตุ้นไขประสาทขนาดใหญ่ แล้วผลของการให้การพยาบาลช่วยลดความเจ็บปวดได้จริงหรือไม่

2. การปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวด

การพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ซึ่งครอบคลุมทั้งในด้านการประเมินความเจ็บปวด การจัดการกับความเจ็บปวด และการติดตามประเมินผล

2.1 ความหมาย

วิธีการที่พยาบาล ปฏิบัติและหรือแนะนำให้แก่ผู้ป่วย หรืออาจเป็นวิธีการของผู้ป่วยที่นำมาปฏิบัติเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด โดยการให้ยาหรือเทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดในรูปแบบต่างๆ (สุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ, 2540: 10)

การบรรเทาความรู้สึกเจ็บปวดและทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย การประเมินความเจ็บปวดและผลกระทบจากความเจ็บปวด การบรรเทาความเจ็บปวดด้วยการให้ยา และการบรรเทาความเจ็บปวดด้วยวิธีอื่นที่ไม่ใช่ยา (McCaffery & Wong, 1993 cited in พีรภาพ คำแพง, 2539: 33)

การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบายทางด้านร่างกาย ช่วยเหลือบรรเทาความเจ็บปวดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น (ระวิพรรณ มงคล, 2529: 41)

กิจกรรมหรือการกระทำที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยเด็กวัย 3-12 ปี ที่ได้รับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเพื่อบรรเทาและควบคุมความเจ็บปวดหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยเด็กให้เร็วที่สุด และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดได้ดี และหายจากความเจ็บปวดโดยเร็ว (จรัญ สุ่นสวัสดิ์, 2540: 10)

วิธีที่ผู้ป่วย แพทย์ และเจ้าหน้าที่พยาบาลกระทำเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด ตามการรับรู้ของผู้ป่วย (นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2535: 10)

การปฏิบัติการพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวด และการควบคุมความเจ็บปวดโดยพยาบาล (นารี พุ่มนิคม, 2543: 6)

การกระทำใดๆ ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยศัลยกรรมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาหรือลดความเจ็บปวดที่เกิดจากการผ่าตัดให้อยู่ในระดับความสบายที่ผู้ป่วยสามารถยอมรับ (นวลสกุล แก้วฉาย, 2545: 6)

พฤติกรรมที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ได้แก่ การประเมินความปวดซึ่งประกอบด้วย การสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระ และการถามจากผู้ป่วย และการจัดการกับความเจ็บปวดโดยการให้ยา การจัดการกับความเจ็บปวดโดยวิธีการที่ไม่ใช้ยา รวมทั้งการติดตามประเมินผลหลังให้การดูแล (วชิราพร สุนทรสวัสดิ์, 2545: 7)

การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบายโดยการประเมิน การปฏิบัติและการติดตามประเมินผล (Good M., 1999: 111)

กล่าวโดยสรุปการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวด หมายถึง พฤติกรรมที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เมื่อพยาบาลวิชาชีพผู้นั้นอยู่ในสถานการณที่ดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดซึ่งได้แก่ การประเมินความเจ็บปวด (Pain Assessment) การจัดการกับความเจ็บปวด (Pain Management) และการติดตามประเมินผล (Evaluation)

2.2 เครื่องมือประเมินการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เครื่องมือประเมินการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด มีดังนี้

แบบประเมินพฤติกรรมดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดตามการรับรู้ของพยาบาล ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นการประเมินความเจ็บปวดและการติดตามประเมินผล 18 ข้อ ส่วนที่สองเป็นการดูแลเพื่อบรรเทาความปวด 19 ข้อ เป็นแบบสัมภาษณ์การให้คะแนน ถ้าตอบว่าปฏิบัติ = 1, ไม่ปฏิบัติ = 0 และข้อที่ 19 เป็นคำถามปลายเปิด โดยคำนวณหาความเที่ยงของแบบประเมินทั้ง 2 ส่วน ส่วนแรกได้ค่า KR-20 อยู่ในช่วง .74-.85 และส่วนที่สองได้ค่า KR-20 อยู่ในช่วง .70-.76 (วชิราพร สุนทรสวัสดิ์, 2545)

แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดและการควบคุมความเจ็บปวด ประกอบด้วย ข้อคำถาม 20 ข้อ การให้คะแนน ถ้าตอบว่าปฏิบัติทุกครั้ง = 3, ปฏิบัติบางครั้ง = 2 และไม่เคยปฏิบัติ = 1 และต้องมีการกลับค่าคะแนนในข้อ 4, 8, 12, 16 และ 20 โดยข้อคำถามข้อ 1-6 เป็นการประเมินความเจ็บปวด ข้อ 1-20 เป็นการควบคุมความเจ็บปวด (นารีพูนนิคม, 2543)

แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดจากหัตถการในทารกจำนวน 30 ข้อ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.79 (รัตนาวดี ชอนตะวัน และปัทมา กาคำ, 2542)

แบบสอบถามกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ แบ่งเป็น กิจกรรมการประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัด 7 ข้อ และกิจกรรมการบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด 17 ข้อ ลักษณะคำตอบมีให้เลือก 4 คำตอบ การให้คะแนน ถ้าปฏิบัติเป็นประจำ = 4, ปฏิบัติบางครั้ง = 3, ปฏิบัติน้อยครั้ง = 2 และไม่เคยปฏิบัติ = 1 หาความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน และหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83 (จรีย์ สุนทรสวัสดิ์, 2540)

แบบสอบถามการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อประเมินและควบคุมความเจ็บปวดหลังผ่าตัดประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และหาความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71 การให้คะแนนการปฏิบัติของพยาบาล ปฏิบัติทุกครั้ง = 5, ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง = 4, ปฏิบัติบางครั้ง = 3, ปฏิบัติน้อยครั้งมาก = 2 และไม่ได้ปฏิบัติเลย = 1 (ปรีดาภรณ์ สีปากดี และคณะ, 2547)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือ เป็นแบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดโดยการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงมาจากเครื่องมือของ วชิราพร สุนทรสวัสดิ์ ลักษณะแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยในแต่ละข้อให้กลุ่มตัวอย่างตอบว่า มีการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาลมีความถี่เท่าไร ทั้งในด้านการประเมินความเจ็บปวด การจัดการกับความเจ็บปวด และการติดตามประเมินผล เพื่อประเมินการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล

2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

การที่พยาบาลจะสามารถปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดได้ดีและมีประสิทธิภาพนั้น มีปัจจัยหลายด้านที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการพยาบาลดังนี้

1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง ถ้าบุคคลรับรู้ว่ามีความสามารถก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้น แต่ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนไม่มีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ ก็จะไม่รู้สึกลัวและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติการพยาบาลนั้นๆ บุคคลใดมั่นใจว่าสามารถจะปฏิบัติการพยาบาลนั้นได้ ก็จะไม่รู้สึกลัวและยังทำให้เกิดความพยายามในการปฏิบัติการพยาบาลนั้นๆ อีกด้วย (Bandura, 1977 cited in ทิพย์ธาดพร เพชรประพันธ์, 2546: 42) สอดคล้องกับการศึกษาของ

วชิราพร สุนทรสวัสดิ์ (2545) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยและพยาบาลมีการรับรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกพฤติกรรม ($P < .01$) ซึ่งในความแตกต่างของการรับรู้ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย พบว่าจำนวนพยาบาลที่มีการรับรู้ว่าคุณเองมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยทุกพฤติกรรม

2. ความรู้ ความรู้เป็นแนวทางอย่างหนึ่งของบุคคลที่จะนำไปใช้สำหรับการปฏิบัติการพยาบาล ความรู้เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความคิด และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นตัวก่อให้เกิดแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรม จะต้องมีความรู้ในเรื่องนั้นๆ ก่อน เนื่องจากความรู้ที่ถูกต้องจะทำให้บุคคลทราบรายละเอียดที่เกี่ยวข้อง ช่วยในการตัดสินใจเลือกใช้พฤติกรรม จากการศึกษาของ นารี พุ่มนิคม (2543) ศึกษาความรู้ของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวด และการควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยศัลยกรรมหลังผ่าตัด พบว่าความรู้ของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดอยู่ในระดับพอใช้คิดเป็นร้อยละ 58.5 อยู่ในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 34 ซึ่งรู้ว่าการประเมินความเจ็บปวดภายหลังผ่าตัดต้องประเมินลักษณะความเจ็บปวดบริเวณที่ปวด และระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด ส่วนความรู้เกี่ยวกับการควบคุมความเจ็บปวด พบว่าพยาบาลร้อยละ 52.8 มีความรู้ในระดับพอใช้ และร้อยละ 34 มีความรู้ในระดับดีเกี่ยวกับการลดสิ่งเร้าทางอารมณ์และจิตใจลง รวมทั้งการเบี่ยงเบนความสนใจจะช่วยให้การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดภายหลังการผ่าตัดลดลง การศึกษาของ Clarke E.B. และคณะ (1996) เกี่ยวกับความรู้เจตคติ และการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในพยาบาลจำนวน 120 คน พบว่าพยาบาลขาดความรู้ร้อยละ 62 โดยขาดความรู้ในเรื่องการบรรเทาความเจ็บปวดโดยวิธีการที่ไม่ใช้ยา ความแตกต่างระหว่างความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง และพยาธิสรีรวิทยาของความเจ็บปวด รวมถึงการศึกษาของ พีรภาพ คำแพง (2539) เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดจากหัตถการในทารกแรกเกิด พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาล และการศึกษาของ ปรีดาภรณ์ สีปากดี และคณะ (2547) ศึกษาความรู้ในการประเมินและควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับดีเกี่ยวกับการประเมินระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องร้อยละ 98.4 ความวิตกกังวลและความเครียดมีผลต่อความปวดหลังผ่าตัดร้อยละ 90.5 และยาแก้ปวดที่มีสารเสพติดร้อยละ 87.5 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหากพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บปวดก็จะทำให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความปวดได้ดี

3. ความเชื่อ ความเชื่อเป็นตัวแปรสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล ถ้ามีความเชื่อที่ดีก็จะมีแนวโน้มแสดงการปฏิบัติการพยาบาลนั้นๆ แต่ถ้าตรงกันข้ามก็จะมีแนวโน้มถอยหนีหรือต่อต้านการปฏิบัติการพยาบาลนั้นๆ ซึ่งจากการศึกษาของ จอนณะจง เพ็งจาด และคณะ (2546) เกี่ยวกับ

ความเชื่อของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดจากพยาบาลวิชาชีพ 98 ราย พบว่าพยาบาลมีความเชื่อทางลบต่อการจัดการกับความเจ็บปวด โดยพยาบาลไม่เชื่อการรายงานความเจ็บปวดจากผู้ป่วย คิดว่าผู้ป่วยรายงานความเจ็บปวดเกินจริง ซึ่งส่งผลให้การปฏิบัติการพยาบาลมีแนวโน้มน้อยลง แตกต่างจาก Rond, M.D. และคณะ (1999) ศึกษาความเชื่อของพยาบาลต่อการประเมินความเจ็บปวดประจำวัน จากการสัมภาษณ์พยาบาลจำนวน 226 ราย พบว่าพยาบาลมีความเชื่อทางต่อการประเมินความเจ็บปวด ร้อยละ 73.9 พยาบาลมีความคิดเห็นว่าการประเมินความเจ็บปวดมีความสำคัญ สามารถให้การบรรเทาความเจ็บปวดได้ดีกว่า

4. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากประสบการณ์ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจ และทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามมา (จรัญย์ สุนสวัสดิ์, 2540: 51) ซึ่งเมื่อมีประสบการณ์ในการทำงานมากก็จะสามารถนำประสบการณ์ใหม่ๆ มาสังเคราะห์ให้เข้ากับประสบการณ์เดิม ก่อให้เกิดการเรียนรู้ มีความมั่นใจ และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น (ทิพย์ภาพร เพชรประพันธ์, 2546: 49)

5. อายุ แสดงถึงวุฒิภาวะของบุคคลที่จะจัดการกับเรื่องราวหรือสิ่งต่างๆ รับรู้ แปลความหมาย เข้าใจ และการตัดสินใจ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันตามพัฒนาการ (Orem, 1995 cited in ทิพย์ภาพร เพชรประพันธ์, 2546: 49)

6. สภาพอารมณ์ของพยาบาล มีผลต่อการตอบสนอง เมื่อบุคคลมีอารมณ์ดีก็จะมี ความสบายใจ ทำให้พิจารณารายละเอียดของสิ่งเร้ามากขึ้น มองเห็นข้อดีมากกว่าข้อเสีย แต่ถ้าอยู่ในสภาพอารมณ์ที่ไม่ดีมากๆ อาจทำให้การตอบสนองไม่ดีเท่าที่ควร (จรัญย์ สุนสวัสดิ์, 2540: 52)

7. การวินิจฉัยโรคของแพทย์ การวินิจฉัยชนิดการผ่าตัดและอาการหรือข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยในการรับไว้ในโรงพยาบาล จะมีอิทธิพลต่อพยาบาลในการรับรู้และตอบสนองต่อความเจ็บปวดหลังผ่าตัด (จรัญย์ สุนสวัสดิ์, 2540: 52)

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

การปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวด พยาบาลจำเป็นต้องมีวิธีการจัดการที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุม ทั้งด้านการประเมินความเจ็บปวด (Pain Assessment) การจัดการกับความเจ็บปวด (Pain Management) และการติดตามประเมินผล (Evaluation) ซึ่งม้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

สุวิทย์ สุนทรินคะ (2546) ศึกษาเรื่องการดูแลระดับปวดหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลราชบุรี พบว่าที่ห้องพักรฟื้น มีผู้ป่วย 19% ที่มีอาการปวดปานกลางถึงปวดมาก โดยผู้ป่วยที่ปวดปานกลางและปวดมากที่ไม่ได้รับการรักษามี 73% และ 25% ของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มตามลำดับ ที่หอผู้ป่วยส่วนใหญ่

ได้รับการระงับปวดโดยวิธีการฉีด opioid เข้ากล้ามเนื้อ หลังจากได้รับยา อาการปวดไม่บรรเทาหรือบรรเทาหลงเล็กน้อย 30% และจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการยาแก้ปวดเพิ่มขึ้นมี 40% ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด และจากการเก็บข้อมูลไม่พบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่เกิดขึ้นจากอาการปวดหลังผ่าตัด

Elizabeth, M. และคณะ (2002) ศึกษาเรื่องการประเมินและการจัดการกับความเจ็บปวดโดยการสังเกต พบว่าอุปสรรคสำคัญที่มีผลกระทบต่อในการจัดการกับความเจ็บปวด คือ พยาบาลมีการปฏิบัติที่ไม่ต่อเนื่องในการจัดการกับความเจ็บปวด พยาบาลให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยน้อย มีความแตกต่างของพยาบาลในการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บปวด และความต้องการของพยาบาล แพทย์และผู้ป่วยไม่ตรงกัน

นารี พุมนิคม (2543) ศึกษาการปฏิบัติของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวด และการควบคุมความเจ็บปวด ในผู้ป่วยศัลยกรรมหลังผ่าตัด ในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมจำนวน 53 คน พบว่าด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวด พยาบาลร้อยละ 54.8 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี โดยให้การสนใจซักถามและประเมินความเจ็บปวดทันทีที่ผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด ส่วนการปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมความเจ็บปวด พบว่าพยาบาลร้อยละ 59.2 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ อีกร้อยละ 40.8 อยู่ในระดับดีเกี่ยวกับการให้คำแนะนำและช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหว และสนใจตอบข้อซักถาม

Titler, M.G. และคณะ (2003) ศึกษาเกี่ยวกับการรักษาความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการสะโพกหัก พบว่า Acetaminophen เป็นยาที่มีการใช้บ่อยที่สุด แต่ฤทธิ์ในการระงับปวดน้อยและต้องใช้ในปริมาณยาที่สูงในแต่ละวัน มีเพียง 27% ของผู้ป่วยที่มีการให้ยาแบบ patient-controlled analgesia และเพียง 22.3% ที่มีการให้ยาอย่างต่อเนื่องใน 24 ชั่วโมงแรก

พีรภาพ คำแพง (2539) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับความเจ็บปวด ความรู้และกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในทารกแรกเกิดที่ได้รับหัตถการ ในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดจำนวน 240 คน พบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดถูกต้อง และความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดจากหัตถการในทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ (2540) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บปวดและวิธีการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่าผู้ป่วยอาจได้รับการจัดการที่ยังไม่เพียงพอ เนื่องจากส่วนใหญ่พยาบาลให้ยาแก้ปวดเมื่อผู้ป่วยขอ ไม่พบการประเมินความปวดอย่างเป็นระบบ

Clarke E.B. และคณะ (1996) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในพยาบาลจำนวน 120 คน พบว่าพยาบาลมีการจัดการไม่เหมาะสม

ร้อยละ 62 ไม่พบว่ามีการประเมินความปวดอย่างเป็นระบบร้อยละ 76 และไม่พบการบันทึกคำแนะนำวิธีการจัดการที่ไม่ใช้ยาร้อยละ 90

รัตนาวดี ชอนตะวัน และปัทมา กาดำ (2542) ศึกษาความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดจากหัตถการในทารก ในพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 71 คน พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 69 มีคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลอยู่ในระดับสูง และร้อยละ 31 มีคะแนนการปฏิบัติอยู่ในระดับกลาง

ปรีดาภรณ์ สีปากดี และคณะ (2547) ศึกษาการปฏิบัติของพยาบาลในการประเมินและควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ในพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 374 คน พบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับดี และดีมาก

วชิราพร สุนทรสวัสดิ์ (2545) ศึกษาพฤติกรรมและการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัด ในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดที่พักรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและนรีเวช ส่วนกลุ่มที่ 2 เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยดังกล่าวของโรงพยาบาลในภาคใต้ 2 แห่ง พบว่า การรับรู้ของพยาบาลและการรับรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของพฤติกรรมประเมินความปวด และการติดตามประเมินผล พบว่ามี 16 ใน 18 พฤติกรรมที่ผู้ป่วยและพยาบาลมีการรับรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) ส่วนพฤติกรรมของพยาบาลในการจัดการความปวด พบว่าผู้ป่วยและพยาบาลมีการรับรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกพฤติกรรม ($P < .01$) ซึ่งในความแตกต่างของการรับรู้ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย พบว่าจำนวนพยาบาลที่มีการรับรู้ว่าตนเองมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยทุกพฤติกรรม

3. ความรู้ในการจัดการกับความเจ็บปวด

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาล เพื่อลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด เป็นองค์ประกอบสำคัญในการช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมต่างๆ ความรู้เกี่ยวกับการบรรเทาความเจ็บปวดจึงถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการบรรเทาความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วย เนื่องจากความรู้จะทำให้บุคคลเกิดความคิด และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นตัวการก่อให้เกิดแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรม หรือปฏิบัติอะไร บุคคลจะต้องมีความรู้ในเรื่องนั้นๆ ก่อน (ทิพย์ธาดพร เพชรประพันธ์, 2546: 44)

3.1 ความหมาย

ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และโครงสร้างที่เกิดขึ้นจากการศึกษาค้นคว้า จากการสังเกต จากประสบการณ์ หรือการรายงาน (Webster Dictionary, 1973: 531 cited in พีรภาพ คำแพง, 2539: 47)

ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ที่รวบรวมโดยพยาบาล (นารี พุ่มนิคม, 2543: 5)

ข้อเท็จจริง ศาสตร์ต่างๆ ข้อมูล กฎเกณฑ์ หรือสภาวะต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการศึกษาค้นคว้า การเรียนรู้ การสังเกต การสืบสวน หรือประสบการณ์ของมนุษย์ (Merriam-Webster's Collegiate Dictionary, 1996 cited in ทิพย์ธาดิพร เพชรประพันธ์, 2546: 44)

กล่าวโดยสรุป ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาล คือ การที่พยาบาลรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยผู้ใหญ่หลังผ่าตัด

3.2 เครื่องมือประเมินความรู้ในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เครื่องมือที่ใช้ประเมินความรู้ในการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัด มีดังนี้

แบบมาตรวัดความเห็นด้วยการเปรียบเทียบด้วยสายตาเกี่ยวกับความรู้ของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวด ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ โดยแต่ละข้อมีระดับคะแนน 0-100 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยพยาบาล 9 ท่าน และแพทย์ศัลยกรรม 3 ท่าน ตรวจสอบความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.81 (Watson J.W. และคณะ, 2001)

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดจากเหตุการณ์ในทารก ประกอบด้วยข้อคำถาม 31 ข้อ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และหาความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.72 (รัตนาวดี ขอนตะวัน และปัทมา กาดำ, 2542)

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดจากเหตุการณ์ในทารก ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ ครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวด 3 ข้อ และการบรรเทาความเจ็บปวด 15 ข้อ โดยมีการให้คะแนนคือ ตอบว่าใช่ = 1 ไม่ใช่และไม่ทราบ = 0 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และหาความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.90 (พีรภาพ คำแพง, 2539)

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการประเมินและการควบคุมความเจ็บปวด ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน การให้คะแนนความรู้เห็นด้วย = 1 ไม่เห็นด้วยหรือไม่แน่ใจ = 0 เกณฑ์การตัดสิน ถ้าได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80

หมายถึง มีความรู้ระดับดี ร้อยละ 60-79 หมายถึง มีความรู้ระดับพอใจ และร้อยละ 0-59 หมายถึง มีความรู้ควรปรับปรุง (ปริดาภรณ์ สีปากติ และคณะ, 2547)

แบบสอบถามความรู้ในการประเมินและควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ การประเมินความเจ็บปวด 8 ข้อ และการควบคุมความเจ็บปวด 22 ข้อ โดยการให้คะแนน ถ้าตอบว่าใช่ = 1 ตอบว่าไม่ใช่หรือไม่รู้ = 0 และกลับค่าคะแนนในข้อ 1-3, 5-7, 15, 20, 25 และ 30 การประเมินผล ร้อยละ 80-100 ระดับดีมาก ร้อยละ 60-79 ระดับดี และน้อยกว่า ร้อยละ 60 ควรปรับปรุง (นารี พุ่มนิคม, 2543)

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับความปวดและการจัดการกับความเจ็บปวด มีข้อคำถาม จำนวน 30 ข้อ พบว่ามีความสอดคล้องภายในเท่ากับ 0.60 การให้คะแนน ถ้าตอบถูก = 1 ตอบผิด = 0 โดยมีเกณฑ์การตัดสินดังนี้ มากกว่าร้อยละ 85.01 มีความรู้ระดับดีมาก ร้อยละ 70.01-85.00 ระดับดี ร้อยละ 50.01-70.00 ระดับปานกลาง ร้อยละ 30.01-50.00 ระดับต่ำ และต่ำกว่าร้อยละ 30.00 ระดับต่ำมาก (จอนณะจง เพ็งจาด และคณะ, 2546)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดขึ้นเองเนื่องจาก จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าเครื่องมือในการวัดความรู้บางเครื่องมือ มีการใช้เครื่องมือชุดเดียวกันในการวัดความรู้ และความเชื่อ ในบางเครื่องมือมีการให้ค่าคะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า และบางเครื่องมือให้มีการตอบแบบสองตัวเลือก ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความปวดที่เป็นลักษณะแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก เพื่อวัดความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาลดังนี้

นารี พุ่มนิคม (2543) ศึกษาความรู้ของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวด และการควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยศัลยกรรมหลังผ่าตัด ในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมจำนวน 53 คน พบว่า ความรู้ของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดอยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 58.5 อยู่ในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 34 ซึ่งรู้ว่าการประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัดต้องประเมินลักษณะความเจ็บปวด บริเวณที่ปวด และระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด ส่วนความรู้เกี่ยวกับการควบคุมความเจ็บปวดพบว่าพยาบาลร้อยละ 52.8 มีความรู้ในระดับพอใช้

และร้อยละ 34 มีความรู้ในระดับดีเกี่ยวกับการลดสิ่งเร้าทางอารมณ์และจิตใจลง รวมทั้งการเบี่ยงเบนความสนใจจะช่วยให้การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดภายหลังการผ่าตัดลดลง

จอนณะจิง เฟ็งจาด และคณะ (2546) ศึกษาความรู้ของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดจากพยาบาลวิชาชีพ 98 ราย พบว่าพยาบาลมีความรู้ในการจัดการกับความเจ็บปวดในระดับปานกลาง คะแนนความรู้ที่อยู่ในระดับต่ำคือ การจัดการกับความเจ็บปวดโดยการให้ยา รองลงมาคือการไม่ใช้ยา และการประเมินความเจ็บปวดตามลำดับ

Clarke E.B. และคณะ (1996) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในพยาบาลจำนวน 120 คน พบว่าพยาบาลขาดความรู้ร้อยละ 62 โดยขาดความรู้ในเรื่องการบรรเทาความเจ็บปวดโดยวิธีการที่ไม่ใช้ยา ความแตกต่างระหว่างความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง และพยาธิสรีรวิทยาของความเจ็บปวด

รัตนาวดี ชอนตะวัน และปัทมา กาดำ (2542) ศึกษาความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดจากหัตถการในทารก ในพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 31 คน พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 81.70 มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูง และร้อยละ 18.30 อยู่ในระดับปานกลาง

พิรภาพ คำแพง (2539) ศึกษาความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดจากหัตถการในทารกแรกเกิด พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาล

ปริดาภรณ์ สีปากดี และคณะ (2547) ศึกษาความรู้ในการประเมินและควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้ที่อยู่ในระดับดีเกี่ยวกับการประเมินระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องร้อยละ 98.4 ความวิตกกังวลและความเครียดมีผลต่อความปวดหลังผ่าตัดร้อยละ 90.5 และยาระงับปวดที่มีสารเสพติดร้อยละ 87.5

Watson J.W. และคณะ (2001) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาลที่มีผลต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ พบว่าความรู้ของพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กันในระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยและการให้ยาแก้ปวด แสดงว่าพยาบาลยังขาดความรู้และมีความเชื่อในด้านลบเกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บปวด

4. ความเชื่อในการจัดการกับความเจ็บปวด

ความเชื่อเกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาล เป็นความรู้ลึกที่พยาบาลแสดงออกมามีทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งเป็นผลจากการประเมินเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของการนำเอาวิธีในการจัดการกับความเจ็บปวดมาใช้ว่าเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติทางการพยาบาลหรือไม่อย่างไร

4.1 ความหมาย

ความรู้สึกของบุคคลที่เป็นผลของความรู้อย่างลึกซึ้ง ความคิด ประสบการณ์ และอารมณ์ ต่อสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการกระทำของบุคคล สิ่งของหรือสถานการณ์ต่างๆ (นารี พุ่มนิคม, 2543:9)

ปฏิกิริยาตอบสนองต่อสถานการณ์หรือสิ่งต่างๆ ในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งนั้น (ทิพย์ธพร เพชรประพันธ์, 2546: 47)

กล่าวโดยสรุปความเชื่อเกี่ยวกับการปฏิบัติทางการแพทย์ในการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาล คือ ความรู้สึกที่พยาบาลแสดงออกมามีทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งเป็นผลจากการประเมินเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของการนำเอาวิธีในการจัดการกับความเจ็บปวดมาใช้ว่าเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติทางการแพทย์หรือไม่อย่างไร ความเชื่อของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดทางบวก คือ พยาบาลให้ความสำคัญของการจัดการกับความเจ็บปวด และเห็นด้วยว่าวิธีการจัดการกับความเจ็บปวดที่ดีที่สุดคือ การให้ผู้ป่วยบรรยายความเจ็บปวดด้วยตนเองร่วมกับการประเมินทางสรีระ และการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก ส่วนความเชื่อในทางลบคือ พยาบาลรู้สึกว่าคำบอกเล่าของผู้ป่วยไม่น่าเชื่อถือ ผู้ป่วยมีการแสดงพฤติกรรมทางกายที่เกินจริง

4.2 เครื่องมือประเมินความเชื่อในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เครื่องมือประเมินความเชื่อในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด มีดังนี้

แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการประเมินและการควบคุมความเจ็บปวด ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และหาความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.71 การให้คะแนนความเชื่อ เห็นด้วยมากที่สุด = 5, เห็นด้วยมาก = 4, เห็นด้วยปานกลาง = 3, เห็นด้วยน้อย = 2 และไม่เห็นด้วย = 1 เกณฑ์การตัดสินเจตคติ ถ้าได้คะแนน 4.51-5.00 หมายถึง ระดับดีมาก 3.51-4.50 หมายถึง ระดับดี 2.51-3.50 หมายถึง ระดับพอใช้ 1.51-2.50 หมายถึง ระดับน้อย และ 1.00-1.50 หมายถึง ระดับควรปรับปรุง (ปรีดาภรณ์ สีปากดี และคณะ, 2547)

แบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บปวดและการจัดการกับความเจ็บปวด มีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ พบว่ามีความสอดคล้องภายในเท่ากับ 0.60 การให้คะแนน ถ้าตอบถูก = 1 ตอบผิด = 0 และมีเกณฑ์การตัดสินดังนี้ มากกว่าร้อยละ 85.01 มีความเชื่อทางบวกดีมาก ร้อยละ 70.01-85.00 ความเชื่อทางบวกดี ร้อยละ 50.01-70.00 ความเชื่อปานกลาง ร้อยละ 30.01-50.00 ความเชื่อทางลบ และต่ำกว่าร้อยละ 30.00 ความเชื่อทางลบมาก (จอนพะจง เฟิงจาด และคณะ, 2546)

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัย สร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อในการปฏิบัติทางการแพทย์ในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ลักษณะแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเป็น

มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) เพื่อวัดความเชื่อในการจัดการกับความเจ็บปวดต่อผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดว่าพยาบาลมีความเชื่ออย่างไร

4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาลดังนี้

จอนณะจิง เฟ็งจาด และคณะ (2546) ศึกษาความเชื่อของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดจากพยาบาลวิชาชีพ 98 ราย พบว่าพยาบาลมีความเชื่อทางลบต่อการจัดการกับความเจ็บปวด โดยพยาบาลไม่เชื่อการรายงานความเจ็บปวดจากผู้ป่วย คิดว่าผู้ป่วยรายงานความเจ็บปวดเกินจริง

Rond, M.D. และคณะ (1999) ศึกษาความเชื่อของพยาบาลต่อการประเมินความเจ็บปวดประจำวัน จากการสัมภาษณ์พยาบาลจำนวน 226 ราย พบว่าพยาบาลมีความเชื่อต่อการประเมินความเจ็บปวด ร้อยละ 73.9 พยาบาลมีความคิดเห็นว่าการประเมินความเจ็บปวดมีความสำคัญ สามารถให้การบรรเทาความเจ็บปวดได้ดีกว่า

5. ประสบการณ์ในการจัดการกับความเจ็บปวด

ประสบการณ์ในการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาล เป็นการปฏิบัติงานทางการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด โดยการที่บุคคลมีประสบการณ์เรื่องใดเรื่องหนึ่ง จะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และชักนำให้เกิดการปฏิบัติตามมา (สมิจินต์ เพชรพันธุ์ศรี, 2532 cited in พีรภาพ คำแพง, 2539)

5.1 ความหมาย

การมีประสบการณ์ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจในเรื่องเหล่านั้น และชักนำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมตามมา (พีรภาพ คำแพง, 2539: 49)

จำนวนระยะเวลาที่พยาบาลปฏิบัติงานในหน่วยศัลยกรรม (จุรีย์ สุนสวัสดิ์, 2540: 10) กล่าวโดยสรุป ประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาล คือ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานทางการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม

5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาลดังนี้

พีรภาพ คำแพง (2539) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานบางประการของพยาบาลต่อการจัดการกับความเจ็บปวด พบว่าประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดไม่มีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด

วัชรีย์ แสงมณี และคณะ (2545) ศึกษาประสบการณ์การปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็ก พบว่าประสบการณ์การปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กไม่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดจากหัตถการในผู้ป่วยเด็ก

Hamers (1994) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ในการปฏิบัติงานกับการจัดการกับความเจ็บปวด พบว่าประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อประเมินและบรรเทาความเจ็บปวดให้ผู้ป่วย (วัชรีย์ แสงมณี และคณะ, 2545: 56)

Benner (1984) ได้ศึกษาระยะเวลาของการพัฒนาทักษะจากพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อย (Novice) ถึงพยาบาลที่มีประสบการณ์ทางคลินิกมาก (Expert) พบว่าพยาบาลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปีขึ้นไป จะมีประสิทธิภาพการปฏิบัติงานทางคลินิกสูงกว่าพยาบาลที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน 1-2 ปี และมากกว่า 2-5 ปี และพยาบาลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในกลุ่มผู้ป่วยเดียวกันมากกว่า 5 ปี จะมีทักษะสูงและมีความชำนาญทางคลินิก (Expert nurse) (พีรภาพ คำแพง, 2539: 49)

6. การรับรู้อุปสรรคในการจัดการกับความเจ็บปวด

การรับรู้อุปสรรคในการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาล เป็นการรับรู้ของพยาบาลถึงสถานการณ์ที่ทำให้การจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีประสิทธิภพน้อย เมื่อพยาบาลผู้นั้นอยู่ในสถานการณ์ที่ดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความล้มเหลวในการจัดการกับความเจ็บปวด

6.1 ความหมาย

การที่ผู้ป่วยไม่รายงานความเจ็บปวดหรือปฏิเสธยาแก้ปวด หรืออดทนกับความเจ็บปวดซึ่งสะท้อนถึงความล้มเหลวของการจัดการ (สูธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ, 2540: 33)

การรู้ถึงการจัดการความเจ็บปวดที่ไม่เพียงพอหรือเหมาะสมของพยาบาล (พรจันทร์ สัยละมัย, 2541: 38)

การรับรู้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง และการมีความรู้ที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาล (Wallace.K.G. et al., 1995: 204)

การที่ผู้ป่วยมีภาวะของความเจ็บปวดที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทำให้เป็นสิ่งขัดขวางต่อการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาล (Titer M.G. et al., 2003: 214)

กล่าวโดยสรุป การที่พยาบาลรู้ถึงสถานการณ์ที่ทำให้การจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีประสิทธิภาพน้อย เมื่อพยาบาลผู้นั้นอยู่ในสถานการณ์ที่ดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางเกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวด การจัดการกับความเจ็บปวด และการติดตามประเมินผล

6.2 เครื่องมือประเมินการรับรู้อุปสรรคในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เครื่องมือประเมินการรับรู้อุปสรรคในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด มีดังนี้

แบบสำรวจการรับรู้อุปสรรคของหัวหน้าพยาบาลที่ส่งผลกระทบต่อการจัดการกับความเจ็บปวด ประกอบด้วยข้อคำถาม 36 ข้อ การให้คะแนน ถ้าตอบว่าไม่มีความสำคัญ = 1, มีความสำคัญน้อย = 2, มีความสำคัญ = 3 และมีความสำคัญมาก = 4 หากความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้มากกว่า 0.7 (Wallace K.G. et al, 1995)

แบบสอบถามอุปสรรคในการจัดการกับความเจ็บปวด ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ การให้คะแนน ถ้าตอบว่าไม่มี = 1, มีน้อย = 2, มี = 3 และมีมาก = 4 หากความตรงของเนื้อหา โดยพยาบาลและแพทย์ที่มีความชำนาญในการจัดการกับความเจ็บปวด 3 ท่าน และหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.78 โดย 5 ใน 9 ข้อคำถามจะประเมินเกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บปวดและการรายงานผลของการจัดการกับความเจ็บปวด (Titter M.G. et al, 2003)

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ลักษณะแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) เพื่อสอบถามอุปสรรคต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดต่อผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

6.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการศึกษาการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาลดังนี้

Drayer.R.A และคณะ (1999) ศึกษาอุปสรรคในการควบคุมความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าอุปสรรคการควบคุมความเจ็บปวดคือ 1. พยาบาลกลัวผู้ป่วยติดยาแก้ปวด 2. เชื่อว่าผู้ป่วยมีความเจ็บปวดเกินจริง 3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรง

ของความเจ็บปวด และพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยน้อย ทำให้ประเมินความเจ็บปวดได้ไม่ตรงกับความเป็นจริง และ 4. ขาดการประเมินความเจ็บปวดร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาล

Elizabeth, M. และคณะ (2002) ศึกษาเรื่องการประเมินและการจัดการกับความเจ็บปวด โดยการสังเกต พบว่าอุปสรรคสำคัญที่มีผลกระทบต่อในการจัดการกับความเจ็บปวด คือ พยาบาลมีการปฏิบัติที่ไม่ต่อเนื่องในการจัดการกับความเจ็บปวด พยาบาลให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยน้อย มีความแตกต่างของพยาบาลในการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บปวด และความต้องการของพยาบาล แพทย์และผู้ป่วยไม่ตรงกัน

Wallace.K.G และคณะ (1995) ศึกษาการรับรู้อุปสรรคของหัวหน้าพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวด พบว่าพยาบาลและแพทย์ไม่ให้ความสำคัญในการให้ยาแก้ปวด รวมทั้งมีความคิดเห็นไม่ตรงกันในการประเมินความเจ็บปวด และพยาบาลยังขาดทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติทางคลินิก

Titer M.G. และคณะ (2003) ศึกษาการรักษาความปวดอย่างเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ในด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการรับรู้อุปสรรค พบว่าพยาบาลและแพทย์มีการประเมินและการสื่อสารกันน้อยเกี่ยวกับชนิดและขนาดของการให้ยาแก้ปวด

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเสนองานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลประจำการดังต่อไปนี้

นารี พุ่มนิคม, 2000 ศึกษาเรื่องความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดและการควบคุมความเจ็บปวด ในผู้ป่วยศัลยกรรมหลังผ่าตัด ในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมจำนวน 53 คน โดยใช้แบบสอบถาม สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้ 1. ความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวด และการควบคุมความเจ็บปวด พบว่าความรู้ของพยาบาลอยู่ในระดับพอใช้คิดเป็นร้อยละ 58.5 อยู่ในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 34 ซึ่งรู้ว่าการประเมินความเจ็บปวดภายหลังผ่าตัดต้องประเมินลักษณะความเจ็บปวด บริเวณที่ปวด และระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด ส่วนความรู้เกี่ยวกับการควบคุมความเจ็บปวดพบว่าพยาบาลร้อยละ 52.8 มีความรู้ในระดับพอใช้และร้อยละ 34 มีความรู้ในระดับดีเกี่ยวกับการลดสิ่งเร้าทางอารมณ์และจิตใจลง รวมทั้งการเบี่ยงเบนความสนใจจะช่วยให้การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดภายหลังการผ่าตัดลดลง 2. ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวด พบว่าพยาบาลร้อยละ 54.8 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี โดยให้การสนใจซักถามและประเมินความเจ็บปวดทันทีที่ผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด ส่วนการปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมความเจ็บปวด พบว่าพยาบาลร้อยละ 59.2 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ อีก

ร้อยละ 40.8 อยู่ในระดับดีเกี่ยวกับการให้คำแนะนำและช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหว และสนใจตอบข้อซักถาม

วชิราพร สุนทรสวัสดิ์, 2545 ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดที่พักรักษาอยู่ในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมและนรีเวช ส่วนกลุ่มที่ 2 เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยดังกล่าวของโรงพยาบาล ในภาคใต้ 2 แห่ง ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณ power analysis (power = .80) กลุ่มละ 63 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม สรุปผลได้ดังนี้

1. การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีระดับการรับรู้ในเรื่องการประเมินความเจ็บปวดและการติดตามประเมินผล รวมไปถึงการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาลอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับคือ 5.65

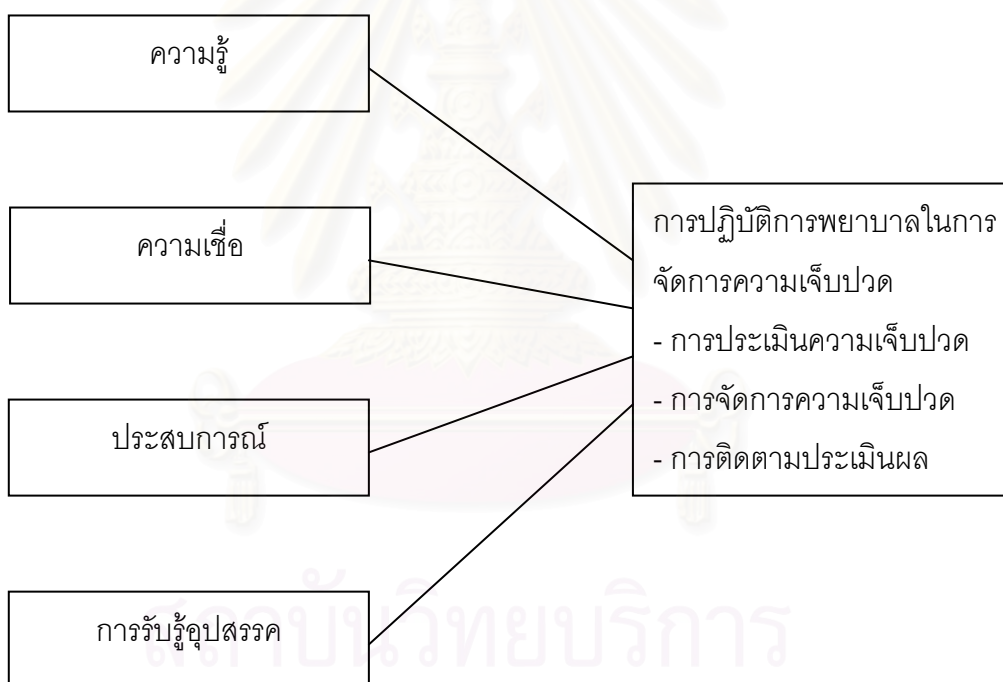
2. การรับรู้ของพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวด พบว่าพยาบาลมีระดับการรับรู้ในเรื่องการประเมินความเจ็บปวดและการติดตามประเมินผลอยู่ในระดับค่อนข้างมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 14.21 และระดับการรับรู้ในเรื่องการจัดการกับความเจ็บปวดอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 17.03

3. การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้ของพยาบาลและการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในภาพรวมทั้งหมด พบว่าการรับรู้ของพยาบาลและการรับรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของพฤติกรรมประเมินความเจ็บปวด และการติดตามประเมินผล พบว่ามี 16 ใน 18 พฤติกรรมที่ผู้ป่วยและพยาบาลมีการรับรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) ส่วนพฤติกรรมของพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวด พบว่าผู้ป่วยและพยาบาลมีการรับรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกพฤติกรรม ($P < .01$) ซึ่งในความแตกต่างของการรับรู้ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย พบว่าจำนวนพยาบาลที่มีการรับรู้ว่าตนเองมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยทุกพฤติกรรม

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์และความรู้สึกไม่สุขสบาย เป็นสาเหตุให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดจึงจำเป็นต้องมีการปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุม ทั้งในด้านการประเมินความเจ็บปวด การจัดการกับความเจ็บปวด และการติดตามประเมินผล เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวด

ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีประสิทธิภาพ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด คือ ความรู้ ความเชื่อ ประสพการณ์ และการรับรู้อุปสรรค ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล และความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ความเชื่อ ประสพการณ์ และการรับรู้อุปสรรคกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล เพื่อการส่งเสริมบทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ทั้งด้านการประเมินความเจ็บปวด การจัดการกับความเจ็บปวด และการติดตามประเมินผล และเป็นแนวทางให้การจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้มีความเหมาะสมและประสิทธิภาพต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ ประสิทธิภาพและการรับรู้อุปสรรคในการจัดการกับความเจ็บปวดกับการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาล

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมที่ให้การดูแลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่หลังทำการผ่าตัด

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคใต้ตอนบนและตอนล่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตร Thorndike (Thorndike, 1987 cited in ธีรวิชัย วรพงษ์ศร, 2535) โดยใช้สูตร $N = 10k + 50$ ($N =$ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง $K =$ จำนวนตัวแปรที่ศึกษา) จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้จำนวน 100 คน

2. สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลของรัฐในเขตภาคใต้ตอนบนและตอนล่างที่มีลักษณะเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ด้วยการใช่วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ดังนี้

2.1 สุ่มเลือกโรงพยาบาลของรัฐในเขตภาคใต้ตอนบนและตอนล่างที่มีลักษณะเป็นโรงพยาบาลศูนย์ จากทั้งหมด 5 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลยะลา และโรงพยาบาลตรัง ให้เหลือ 3 โรงพยาบาล โดยวิธีจับฉลากแบบไม่แทนที่ได้โรงพยาบาลคือ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลตรัง

2.2 ทำกรอบรายชื่อพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ในโรงพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคใต้ จากโรงพยาบาลที่ได้รับการสุ่มทั้ง 3 โรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี มีพยาบาลจำนวน 44 คน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีพยาบาลจำนวน 57 คน และโรงพยาบาลตรังมีพยาบาลจำนวน 38 คน

2.3 สุ่มพยาบาลตามสัดส่วนจากแต่ละโรงพยาบาล

3. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดคุณสมบัติ (Inclusion criteria) กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้
 - เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ในโรงพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคใต้ จากโรงพยาบาลที่ได้รับการสุ่มจำนวน 3 โรงพยาบาล
 - ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
4. คำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนที่สุ่มจากโรงพยาบาล โดยแบ่งตามสัดส่วนประชากรตามรายชื่อพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรม จากโรงพยาบาลที่ได้รับการสุ่มทั้ง 3 โรงพยาบาล ได้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 30 คน โรงพยาบาลมหาสารคาม นครศรีธรรมราช จำนวน 40 คน และโรงพยาบาลตรัง จำนวน 30 คน
5. การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีจับสลากแบบไม่แทนที่ จากพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จนครบจำนวนตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

ลักษณะแบบสอบถามมี 6 ข้อ แบบเติมคำจำนวน 2 ข้อ คือข้อที่ 2 และ 6 ส่วนในข้อที่ 1, 3, 4 และ 5 เป็นแบบให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงมาจากเครื่องมือของวชิราพร สุรินทร์สวัสดิ์ จำนวน 35 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบว่า ในแต่ละข้อเป็นการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลต่อผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

เกณฑ์ให้คะแนน คือ

- คะแนน 4 หมายถึง มีการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลทุกครั้ง
- คะแนน 3 หมายถึง มีการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลบ่อยครั้ง
- คะแนน 2 หมายถึง มีการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลนานๆ ครั้ง
- คะแนน 1 หมายถึง ไม่มีการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล

แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 นำค่าคะแนนในแต่ละข้อมารวมกันจะได้ค่าคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด กำหนดค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 35 และค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 140

การหาคุณภาพของเครื่องมือวัดการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

1. การหาความตรงของเนื้อหา (Validity)

1.1 นำแบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหาตามการทบทวนวรรณกรรม ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ดังนี้

1.1.1 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านความเจ็บปวด จำนวน 3 ท่าน

1.1.2 พยาบาลผู้ชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด จำนวน 1 ท่าน

1.2 นำแบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index, CVI) และใช้เกณฑ์ค่า Content validity index ≥ 0.80 (Polit and hungler, 1999: 419) โดยคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหาจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยาม ซึ่งกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 3 หมายถึง คำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 2 หมายถึง คำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 1 หมายถึง คำถามไม่มีความสอดคล้องกับคำนิยาม

สูตรในการคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา คือ

$$\text{ดัชนีความตรงของเนื้อหา} = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิให้พิจารณาปรับข้อคำถามบางข้อให้ชัดเจนและเหมาะสม จึงพิจารณาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ภายหลังจากปรับปรุงมีข้อคำถามลดลงจากจำนวน 36 ข้อ เหลือ 35 ข้อ และผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา ของแบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเท่ากับ .97

2. การหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว ไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้จริงกับพยาบาลที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .91 และหลังจากเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน 100 คน ผู้วิจัยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .94

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 25 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ กรณีที่ตอบถูกให้ 1 คะแนน และกรณีที่ตอบผิดให้ 0 คะแนน

นำค่าคะแนนในแต่ละข้อมารวมกันจะได้ค่าคะแนนความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัด กำหนดค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 และค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 25

การหาคุณภาพของเครื่องมือวัดความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

1. การหาความตรงของเนื้อหา (Validity)

1.1 นำแบบวัดความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหาตามการทบทวนวรรณกรรม ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ดังนี้

1.1.1 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านความเจ็บปวด จำนวน 3 ท่าน

1.1.2 พยาบาลผู้ชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด จำนวน 1 ท่าน

1.2 นำแบบวัดความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมา คำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index, CVI) และใช้เกณฑ์ค่า Content validity index ≥ 0.80 (Polit and hungler, 1999: 419) ปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิให้พิจารณาปรับข้อคำถามบางข้อให้ชัดเจนและเหมาะสม จึงพิจารณาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ภายหลังการปรับปรุงมีข้อคำถามจำนวน 25 ข้อโดยมีการเพิ่มข้อคำถามใหม่ อีก 4 ข้อ และผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของแบบวัดความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเท่ากับ .81

2. การหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว ไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้จริงกับพยาบาลที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .47 และหลังจากเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน 100 คน ผู้วิจัยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .45

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อในการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 18 ข้อ

ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 4, 5, 7, 10-18

ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ข้อ 2, 3, 6, 8, 9

ลักษณะแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบว่าในแต่ละข้อตรงกับความเชื่อในการจัดการกับความเจ็บปวดต่อผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยค่อนข้างมาก เห็นด้วยค่อนข้างน้อย และไม่เห็นด้วย

เกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ระดับความเห็น	คะแนนข้อความทางบวก	คะแนนข้อความทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1
เห็นด้วยค่อนข้างมาก	3	2
เห็นด้วยค่อนข้างน้อย	2	3
ไม่เห็นด้วย	1	4

แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 โดยข้อคำถามที่เป็นข้อความทางลบให้กลับค่าคะแนนก่อน จากนั้นนำค่าคะแนนในแต่ละข้อมารวมกันจะได้ค่าคะแนนความเชื่อในการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด กำหนดค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 18 และค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 72

การหาคุณภาพของเครื่องมือแบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อในการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

1. การหาความตรงของเนื้อหา (Validity)

1.1 นำแบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อในการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหาตามการทบทวนวรรณกรรม ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ดังนี้

1.1.1 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านความเจ็บปวด จำนวน 3 ท่าน

1.1.2 พยาบาลผู้ชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด จำนวน 1 ท่าน

1.2 นำแบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อในการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมา คำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index, CVI) และใช้เกณฑ์ค่า Content validity index ≥ 0.80 (Polit and hungler, 1999: 419) ปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิให้พิจารณาปรับ ข้อคำถามบางข้อให้ชัดเจนและเหมาะสม จึงพิจารณาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ภายหลังจากการปรับปรุงมีข้อคำถามลดลงจากจำนวน 20 ข้อ เหลือ 18 ข้อ และผลการคำนวณ ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อในการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เท่ากับ .95

2. การหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อในการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว ไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้จริงกับพยาบาลที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .68 และหลังจากเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน 100 คน ผู้วิจัยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .69

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพยาบาลในการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบว่าในแต่ละข้อเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดต่อผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ การรับรู้อุปสรรคมาก การรับรู้อุปสรรคค่อนข้างมาก การรับรู้อุปสรรคค่อนข้างน้อย และการรับรู้อุปสรรคน้อย

เกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

- | | | |
|---------|---------|--|
| คะแนน 4 | หมายถึง | เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมาก |
| คะแนน 3 | หมายถึง | เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดค่อนข้างมาก |
| คะแนน 2 | หมายถึง | เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดค่อนข้างน้อย |

คะแนน 1 หมายถึง เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดน้อย

แต่ละข้อมีคะแนน 1 ถึง 4 นำค่าคะแนนในแต่ละข้อมารวมกันจะได้ค่าคะแนนการรับรู้อุปสรรคของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด กำหนดค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 15 และค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 60

การหาคุณภาพของเครื่องมือแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

1. การหาความตรงของเนื้อหา (Validity)

1.1 นำแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหาตามกรอบทฤษฎีวรรณกรรม ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ดังนี้

1.1.1 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านความเจ็บปวด จำนวน 3 ท่าน

1.1.2 พยาบาลผู้ชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด จำนวน 1 ท่าน

1.2 นำแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index, CVI) และใช้เกณฑ์ค่า Content validity index ≥ 0.80 (Polit and hungler, 1999: 419) ปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 4 ท่าน มีความเห็นสอดคล้องกันว่าข้อคำถามทั้งหมดมีความสอดคล้องกับนิยามหรือกรอบแนวคิดทฤษฎี และให้ข้อเสนอแนะเพื่อพิจารณาปรับภาษาให้เหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้นในบางข้อ ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเท่ากับ 1.0

2. การหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว ไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้จริงกับพยาบาลที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .93 และหลังจากเก็บข้อมูลจาก

กลุ่มตัวอย่างครบถ้วน 100 คน ผู้วิจัยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .90

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2548 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2549 ได้รับข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบทั้ง 100 คน โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 3 โรงพยาบาลจากการสุ่มโดยการจับสลากแบบไม่แทนที่ได้แก่ โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช และ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยเข้าพบผู้ตรวจการ หัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยขอความร่วมมือและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยต่อกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ที่ได้มาด้วยการใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) อธิบายวิธีตอบแบบสอบถามจนเข้าใจ
4. แยกแบบสอบถามเป็น 2 ส่วน โดยแบบสอบถามส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัด จะให้เวลาในการทำแบบวัดความรู้คนละ 25 นาที จากนั้นจะทำการเก็บแบบวัดความรู้กลับทันที และในแบบสอบถามส่วนที่เหลือ จะให้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละ 2 วัน
5. เมื่อได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ ถ้าพบว่าข้อใดขาดหายไปจะชักถามจากกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม หากไม่สามารถชักถามได้จะถือว่าข้อมูลจากแบบสอบถามนั้นใช้ไม่ได้ในการวิจัยครั้งนี้
6. ผู้วิจัยดำเนินการดังเช่นข้อ 3-4 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน นำข้อมูลที่ได้มา ทำการวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเข้าไปสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างและแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมวิจัยจะมีเอกสารให้เซ็นยินยอมโดยไม่มี การบังคับใดๆ คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตาม

วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical package for the Social Science for Windows) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. คะแนนของความรู้ ความเชื่อ ประสิทธิภาพ การรับรู้อุปสรรค และการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลประจำการ นำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ ประสิทธิภาพ การรับรู้อุปสรรค และการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลประจำการ โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson' product moment correlation)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ ประสิทธิภาพ และการรับรู้อุปสรรคในการจัดการกับความเจ็บปวดกับการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาล ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมของโรงพยาบาลของรัฐในเขตภาคใต้ตอนบนและตอนล่าง ที่มีลักษณะเป็นโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 3 โรงพยาบาลจาก 5 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 100 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 3 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 1

ตอนที่ 2 การศึกษาความรู้ ความเชื่อ ประสิทธิภาพ การรับรู้อุปสรรค และการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลประจำการ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 2-5

ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ ประสิทธิภาพและการรับรู้อุปสรรคในการจัดการกับความเจ็บปวดกับการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาล แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 6

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เสนอผลการวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล จำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
21-30 ปี	60	60
31-40 ปี	26	26
41-50 ปี	14	14
$\bar{X} = 31.41$ ปี, SD. = 6.674		
สถานภาพสมรส	62	62
โสด	36	36
คู่	2	2
ม่าย		
ศาสนา	91	91
พุทธ	2	2
คริสต์	7	7
อิสลาม		
ระดับการศึกษา	96	96
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่าปริญญาตรี	4	4
ปริญญาโท		
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัด	48	48
1-5 ปี	30	30
6-10 ปี	11	11
11-15 ปี	9	9
16-20 ปี	1	1
21-25 ปี	1	1
26-30 ปี		
$\bar{X} = 7.29$ ปี, SD. = 5.49		

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างพยาบาลทั้งหมดเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาคืออายุระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 26 และอายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 14 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 31.41 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.674) มีสถานภาพสมรส โสด คิดเป็นร้อยละ 62 สถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 36 และสถานภาพสมรส หม้าย คิดเป็นร้อยละ 2 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 91 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่าปริญญาตรี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัด 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 48 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 11-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 11 16-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 9 21-25 ปี และ 26-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 1 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.29 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.49)

ตอนที่ 2 การศึกษาความรู้ ความเชื่อ ประสบการณ์ การรับรู้อุปสรรคและการปฏิบัติการพยาบาล ในการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลประจำการ

ความรู้ ความเชื่อ ประสบการณ์ การรับรู้อุปสรรคและการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล วิเคราะห์โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 2-5

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ ความเชื่อ การรับรู้อุปสรรค และการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลโดยรวม (n = 100)

ตัวแปร	\bar{X}	SD.
ความรู้	18.79	2.38
ความเชื่อ	52.55	4.63
การรับรู้อุปสรรค	30.36	8.025
การปฏิบัติการพยาบาล	110.40	12.98

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ ความเชื่อ การรับรู้อุปสรรค การปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.79, 52.55, 30.36 และ 110.40 ตามลำดับ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.38, 4.63, 8.025 และ 12.98 ตามลำดับ)

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลเป็นรายข้อ (n = 100)

ตัวแปร	\bar{X}	SD.
1. ท่านให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ทุก 4 ชั่วโมง ทุก 6 ชั่วโมง เป็นต้น	3.65	.5
2. ท่านประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด	3.64	.5
3. ท่านประเมินความเจ็บปวดโดยการสอบถามจากผู้ป่วย	3.52	.52
4. ท่านสอนให้ผู้ป่วยใช้มือประคองแผลเมื่อต้องการเคลื่อนไหวร่างกายหรือไอ	3.52	.56
5. ท่านให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ได้แก่ ตามความต้องการ (prn.) เมื่อผู้ป่วยบอกว่ามีอาการปวด	3.44	.72
6. ท่านสังเกตการแสดงออกทางใบหน้าของผู้ป่วยที่แสดงถึงความเจ็บปวด เช่น นิ่งหน้า คิ้วขมวด	3.43	.56
7. ท่านประเมินความเจ็บปวดภายหลังการให้ยาแก้ปวด	3.41	.55
8. ท่านสอบถามตำแหน่งและขอบเขตที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวด	3.41	.65
9. ท่านสังเกตการแสดงออกทางน้ำเสียงที่แสดงถึงความเจ็บปวด เช่น ร้องครวญคราง ร้องไห้	3.4	.57
10. ท่านสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย	3.37	.53
11. ท่านประเมินความปวดโดยการสังเกต	3.35	.59
12. ท่านอธิบายผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด	3.33	.57

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปร	\bar{X}	SD.
13. ท่านสังเกตอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด เช่น ความดันโลหิตต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน	3.32	.58
14. ท่านดูแลความสุขสบายทั่วๆ ไปของผู้ป่วย	3.31	.55
15. ท่านสังเกตการเคลื่อนไหวของร่างกายที่แสดงถึงความเจ็บปวด เช่น เคลื่อนไหวช้าลง นอนบิดไปมา	3.3	.5
16. ท่านสอบถามลักษณะของความปวด	3.28	.65
17. ท่านติดตามผลการพยาบาลภายหลังให้การพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วย	3.28	.67
18. ท่านช่วยเหลือผู้ป่วยเปลี่ยนท่าอย่างถูกต้อง	3.24	.57
19. ท่านสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด	3.15	.63
20. ท่านสอบถามเกี่ยวกับความถี่ของความเจ็บปวด	3.13	.69
21. ท่านดูแลให้ผู้ปวยนอนหลับเพียงพอ	3.12	.64
22. ท่านสอบถามระยะเวลาที่เริ่มมีความเจ็บปวด	3.08	.66
23. ท่านอธิบายเกี่ยวกับการออกฤทธิ์หรือปฏิกิริยาของยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับ	3.12	.66
24. ท่านอธิบายผลข้างเคียงของยาแก้ปวด	3.05	.64
25. ท่านให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่จำเป็นหลังจากยาออกฤทธิ์ดีแล้ว เช่น การกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ การลุกจากเตียง (ambulation)	3.03	.75
26. ท่านสอบถามระยะเวลาที่เจ็บปวด	3.02	.65

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปร	\bar{X}	SD.
27. ท่านสังเกตเห็นการแสดงออกทางอารมณ์ ที่แสดงออกถึงความเจ็บปวด เช่น หงุดหงิด ซึมเศร้า	3.01	.7
28. ท่านให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วยก่อนที่ ผู้ป่วยมีความปวดมากจนทนไม่ได้	2.99	.75
29. ท่านประเมินความเจ็บปวดจากอัตรา การหายใจที่เปลี่ยนแปลง	2.92	.68
30. ท่านส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการผ่อนคลาย เช่น การบริหารการหายใจเป็นจังหวะ	2.92	.69
31. ท่านประเมินความเจ็บปวดจากชีพจร ที่เปลี่ยนแปลง	2.89	.67
32. ท่านประเมินความเจ็บปวดจากความ ดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลง	2.76	.67
33. ท่านใช้วิธีลดความเจ็บปวดโดยการ เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย เช่น พูดคุยให้อ่านหนังสือ	2.57	.71
34. ท่านช่วยลดความเจ็บปวดโดยการลูบ หรือคลึงเบาๆ ในบริเวณที่ผู้ป่วยมีความ เจ็บปวดหรือบริเวณใกล้เคียง	2.24	.73
35. ท่านประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ เครื่องมือในการประเมินระดับความ รุนแรงของความเจ็บปวด	2.2	.97

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวด หลังผ่าตัดทุกครั้งในข้อ ท่านให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ทุก 4 ชั่วโมง ทุก 6 ชั่วโมง เป็นต้น ท่านประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ท่านประเมินความเจ็บปวดโดยการสอบถามจากผู้ป่วย และท่านสอนให้ผู้ป่วยใช้มือประคองแผลเมื่อต้องการเคลื่อนไหวร่างกายหรือ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.65, 3.64, 3.52, และ 3.52 ตามลำดับ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .5,

.5, .52 และ .56 ตามลำดับ) มีการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดนานๆ ครั้งในข้อ ท่านช่วยลดความเจ็บปวดโดยการลูบหรือคลึงเบาๆ ในบริเวณที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดหรือบริเวณใกล้เคียง ท่านประเมินความเจ็บปวดโดยใช้เครื่องมือในการประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.24 และ 2.2 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .73 และ .97) ส่วนในข้อที่เหลือ กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดบ่อยครั้ง

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเชื่อในการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลเป็นรายข้อ (n = 100)

ตัวแปร	\bar{X}	SD.
1. ท่านคิดว่าหลังให้การพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดควรมีการประเมินทุกครั้ง	3.57	.52
2. ท่านประเมินความเจ็บปวดโดยสอบถามจากผู้ป่วยเอง	3.48	.56
3. ท่านคิดว่าผู้ป่วยที่มีสาเหตุของความเจ็บปวดเหมือนกันจะมีระดับของความเจ็บปวดเท่ากัน	3.42	.84
4. ท่านคิดว่าผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดรุนแรงจะมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ	3.4	.53
5. ท่านคิดว่าการจัดการกับความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาสามารถใช้ร่วมกับยาแก้ปวดของแพทย์ได้	3.23	.68
6. ท่านคิดว่าการจัดการความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาควรกระทำอย่างต่อเนื่อง	3.17	.57
7. ท่านคิดว่าผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดรุนแรงจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม	3.13	.6
8. ท่านคิดว่ายาแก้ปวดเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ป่วยควรได้รับ	3.09	.74

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ตัวแปร	\bar{X}	SD.
9. ท่านคิดว่าเวลาที่เหมาะสมในการให้ยาแก้ปวดคือช่วงเวลาก่อนผู้ป่วยจะมีความเจ็บปวดมากจนทนไม่ได้	3.09	.81
10. ท่านคิดว่าการใช้ยาเป็นวิธีเดียวที่สามารถบรรเทาความเจ็บปวดได้	3.04	.89
11. ท่านคิดว่าผู้ป่วยบอกความเจ็บปวดได้ตรงกับความเป็นจริงที่สุด	3.01	.56
12. ท่านคิดว่าผู้ป่วยแสดงความเจ็บปวดเกินจริง	3.01	.67
13. ท่านคิดว่าวิธีจัดการความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาควรเลือกวิธีที่ผู้ป่วยชอบ	2.99	.77
14. ท่านคิดว่า การประคบร้อนหรือเย็นบริเวณที่ปวดสามารถลดความเจ็บปวดได้	2.98	.53
15. ท่านคิดว่า การถูหรือคลึงเบาๆสามารถลดความเจ็บปวดได้	2.97	.66
16. ท่านคิดว่า เครื่องมือประเมินความรุนแรงความเจ็บปวดสามารถบอกระดับความเจ็บปวดได้	2.81	.61
17. ท่านคิดว่า การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา เป็นข้อมูลที่ชัดเจนและแน่นอนในการประเมินความเจ็บปวด	2.68	.74
18. ท่านคิดว่า ปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับบอกความรุนแรงและระยะเวลาของความเจ็บปวดได้	2.47	.76

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด โดยมีความเห็นด้วยอย่างยิ่ง ว่าหลังให้การพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดควรมีการประเมินทุกครั้ง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .52) ส่วนความเชื่อที่ว่าปริมาณยา

แก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับบอกความรุนแรงและระยะเวลาของความเจ็บปวดได้ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นด้วยน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.47 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .76) ส่วนในข้อที่เหลือกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นด้วยค่อนข้างมาก

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้อุปสรรคของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเป็นรายข้อ (n = 100)

ตัวแปร	\bar{X}	SD.
1. แพทย์และพยาบาลขาดการประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัดร่วมกัน	2.66	.84
2. พยาบาลกลัวผู้ป่วยติดยาแก้ปวด	2.3	.8
3. ความต้องการของผู้ป่วย พยาบาลและแพทย์ไม่ตรงกัน	2.27	.85
4. พยาบาลไม่มีแบบแผนในการให้คำแนะนำที่ตรงกัน	2.2	.88
5. ความรุนแรงของความเจ็บปวดและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมักไม่สัมพันธ์กัน	2.18	.74
6. พยาบาลให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยน้อย	2.09	.87
7. พยาบาลขาดการปฏิบัติที่ต่อเนื่องในการจัดการความเจ็บปวด	2.08	.79
8. พยาบาลขาดความรู้ในการจัดการความเจ็บปวดด้วยวิธีไม่ใช้ยา	2.05	.88
9. พยาบาลไม่เชื่อว่าผู้ป่วยมีความเจ็บปวดจริง	1.9	.79
10. พยาบาลขาดความรู้ในการติดตามประเมินผลความเจ็บปวดหลังให้การพยาบาล	1.9	.8
11. พยาบาลมีประสบการณ์ในการจัดการความเจ็บปวดน้อย	1.85	.8
12. พยาบาลขาดความรู้ในการประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัด	1.79	.81

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ตัวแปร	\bar{X}	SD.
13. พยาบาลขาดทักษะในการจัดการ ความเจ็บปวด	1.72	.75
14. พยาบาลขาดความรู้ในการจัดการ ความเจ็บปวดด้วยการใช้ยา	1.69	.73
15. พยาบาลไม่เชื่อว่าการประเมินความ เจ็บปวดเป็นสิ่งสำคัญ	1.68	.84

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดค่อนข้างมากในข้อ แพทย์และพยาบาลขาดการประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัดร่วมกัน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.66 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .84) ส่วนในข้อที่เหลือกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดค่อนข้างน้อย

ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ ประสบการณ์ การรับรู้อุปสรรค กับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาล

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ ประสบการณ์ การรับรู้อุปสรรค กับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาล วิเคราะห์โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson' product moment correlation) ดังแสดงใน ตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างความรู้ ความเชื่อ ประสบการณ์ การรับรู้อุปสรรค กับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด (n = 100)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
ความรู้	0.203 *
ความเชื่อ	0.344 *
ประสบการณ์	0.178
การรับรู้อุปสรรค	-0.226 *

* p < .05

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเชื่อ สัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ที่ 0.203, 0.334 (p < .05) การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติการพยาบาลในการ

จัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ 0.226 ($p < .05$) และพบว่าประสบการณ์ในการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล และความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ความเชื่อ ประสิทธิภาพ และการรับรู้อุปสรรคในการจัดการกับความเจ็บปวดกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ คือ

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ความเชื่อ ประสิทธิภาพ และการรับรู้อุปสรรคในการจัดการกับความเจ็บปวดกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดคุณสมบัติ (Inclusion criteria) กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมในโรงพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคใต้เขตภาคใต้ตอนบนและตอนล่าง จากโรงพยาบาลที่ได้รับการสุ่มจำนวน 3 โรงพยาบาล

- ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) จากพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โดยผู้วิจัยสำรวจโรงพยาบาลของรัฐในเขตภาคใต้ตอนบนและตอนล่างที่มีลักษณะเป็นโรงพยาบาลศูนย์ มีทั้งหมด 5 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลยะลา และโรงพยาบาลตรัง สุ่มเลือกโรงพยาบาลของรัฐในเขตภาคใต้ตอนบนและตอนล่างที่มีลักษณะเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ด้วยการใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ให้เหลือ 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลตรัง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตร Thorndike (Thorndike, 1987 cited in ธวัชชัย วรพงศธร, 2535) เก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2548 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2549 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 5 ส่วนคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด แบบวัดความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อในการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพยาบาลในการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบบวัดทุกชุดผ่านการทดสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเที่ยงแล้ว โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด แบบวัดความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อในการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพยาบาลในการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เท่ากับ .94, .45, .69 และ .91 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical package for the Social Science for Windows) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. คะแนนของความรู้ ความเชื่อ ประสิทธิภาพ การรับรู้อุปสรรค และการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลประจำการ นำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ ประสิทธิภาพ การรับรู้อุปสรรค และการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล ด้วย Pearson product moment correlation

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 86 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 96 ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัด 1-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 78 และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งคือร้อยละ 62 มีสถานภาพสมรสโสด
2. พยาบาลมีความรู้ ความเชื่อ ประสิทธิภาพ การรับรู้อุปสรรค และการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.79, 52.55, 7.29, 30.36 และ 110.40 ตามลำดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.38, 4.63, 5.49, 8.025 และ 12.98 ตามลำดับ
3. ความรู้ ความเชื่อ สัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ที่ .203, .334 (p < .05) การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วย

หลังผ่าตัดที่ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ .226 ($p < .05$) และพบว่าประสบการณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย นำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลประจำการ

1.1 การปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 110.40 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12.98 ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าพยาบาลมีการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดที่ครอบคลุมทั้งด้านการประเมินความเจ็บปวด การจัดการกับความเจ็บปวด และการติดตามประเมินผล เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าการพยาบาลที่มีการปฏิบัติทุกครั้งที่ในการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด คือ ให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ทุก 4 ชั่วโมง ทุก 6 ชั่วโมง ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ประเมินความเจ็บปวดโดยการสอบถามจากผู้ป่วย และสอนให้ผู้ป่วยใช้มือประคองแผลเมื่อต้องการเคลื่อนไหวร่างกายหรือโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.65, 3.64, 3.52, และ 3.52 ตามลำดับ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .5, .5, .52 และ .56 ตามลำดับ) ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดนานๆ ครั้งคือการช่วยลดความเจ็บปวดโดยการลูบหรือคลึงเบาๆ ในบริเวณที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดหรือบริเวณใกล้เคียง และการประเมินความเจ็บปวดโดยใช้เครื่องมือในการประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.24 และ 2.2 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .73 และ .97) อาจเป็นเพราะว่าพยาบาลไม่มีเครื่องมือในการวัดระดับความเจ็บปวดที่ได้มาตรฐาน ทำให้พยาบาลใช้ดุลยพินิจของตน (วชิราพร สุนทรสวัสดิ์, 2545: 56) และจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเป็นมาตรฐานในการประเมินความเจ็บปวด สอดคล้องกับการศึกษาของ นารี พุ่มนิคม (2543) ที่ศึกษาการปฏิบัติของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดและการควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยศัลยกรรมหลังผ่าตัดในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมจำนวน 53 คน พบว่าด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวด พยาบาลร้อยละ 54.8 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับดี โดยให้การสนใจซักถามและประเมินความเจ็บปวดทันทีที่ผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด ส่วนการปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมความเจ็บปวด พบว่าพยาบาลร้อยละ 59.2 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้ อีกร้อยละ

40.8 อยู่ในระดับดีเกี่ยวกับการให้คำแนะนำและช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหว และสนใจตอบข้อซักถาม เหมือนกับการศึกษาของพีรภาพ คำแพง (2539) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับความเจ็บปวด ความรู้ และกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในทารกแรกเกิดที่ได้รับหัตถการ ในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดจำนวน 240 คน พบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดถูกต้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาของรัตนาวดี ขอนตะวัน และปัทมา กาดำ (2542) ศึกษาความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดจากหัตถการในทารก ในพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จำนวน 71 คน พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 69 มีคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลอยู่ในระดับสูง และร้อยละ 31 มีคะแนนการปฏิบัติอยู่ในระดับกลาง รวมถึงการศึกษาของ วชิราพร สุนทรสวัสดิ์ (2545) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัด พบว่า การรับรู้ของพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวด มีระดับการรับรู้ในเรื่องการประเมินความเจ็บปวดและการติดตามประเมินผลอยู่ในระดับค่อนข้างมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.21 และระดับการรับรู้ในเรื่องการจัดการกับความเจ็บปวดอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.03 และสอดคล้องกับการศึกษาของปรีดาภรณ์ สีปากดี และคณะ (2547) เกี่ยวกับการปฏิบัติของพยาบาลในการประเมินและควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ในพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 374 คน พบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติกรพยาบาลอยู่ในระดับดีมาก และดี กล่าวได้ว่าพยาบาลให้การพยาบาล เพื่อการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ในระดับดี

ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ต่างจาก การศึกษาของ Elizabeth, M. และคณะ (2002) ศึกษาเรื่องการประเมินและการจัดการกับความเจ็บปวดโดยการสังเกต พบว่าอุปสรรคสำคัญที่มีผลกระทบต่อในการจัดการกับความเจ็บปวด คือ พยาบาลมีการปฏิบัติที่ไม่ต่อเนื่องในการจัดการกับความเจ็บปวด พยาบาลให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยน้อย มีความแตกต่างของพยาบาลในการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บปวด และความต้องการของพยาบาล แพทย์ และผู้ป่วยไม่ตรงกัน อาจเนื่องมาจากการศึกษาของ Elizabeth, M. และคณะ เป็นการศึกษาแบบสังเกต กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวนน้อย และกลุ่มตัวอย่างมาจากหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพียงหอผู้ป่วยเดียว อาจทำให้การอ้างอิงในกลุ่มประชากรอื่นๆ ไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร จึงเกิดความแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้

1.2 ความรู้ในการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีความรู้ในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.79 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.38 ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าพยาบาล

มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาลโดยการที่พยาบาลรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยผู้ใหญ่หลังผ่าตัด ทั้งในด้านการประเมินความเจ็บปวด การจัดการกับความเจ็บปวดโดยใช้ยา และไม่ใช้ยา รวมถึงการติดตามประเมินผล ซึ่งความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญในการมุ่งใจให้บุคคลมีพฤติกรรมต่างๆ ความรู้เกี่ยวกับการบรรเทาความเจ็บปวดจึงถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการบรรเทาความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของนารีพูนนิคม ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวด และการควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยศัลยกรรมหลังผ่าตัด ในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมจำนวน 53 คน พบว่า ความรู้ของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดอยู่ในระดับพอใช้คิดเป็นร้อยละ 58.5 อยู่ในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 34 ซึ่งรู้ว่าการประเมินความเจ็บปวดภายหลังผ่าตัดต้องประเมินลักษณะความเจ็บปวด บริเวณที่ปวด และระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด ส่วนความรู้เกี่ยวกับการควบคุมความเจ็บปวดพบว่าพยาบาลร้อยละ 52.8 มีความรู้ในระดับพอใช้ และร้อยละ 34 มีความรู้ในระดับดีเกี่ยวกับการลดสิ่งรบกวนทางอารมณ์และจิตใจ รวมทั้งการเบี่ยงเบนความสนใจจะช่วยให้การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดภายหลังการผ่าตัดลดลง เหมือนกับการศึกษาของ รัตนาวดี ชอนตะวัน และปัทมา กาดำ ที่ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จำนวน 31 คน พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 81.70 มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูง และร้อยละ 18.30 อยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของปรีดาภรณ์ สีปากดี และคณะ เกี่ยวกับความรู้ในการประเมินและควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับดีเกี่ยวกับการประเมินระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องร้อยละ 98.4

ในงานวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ จอนณะจง เพ็งจาด และคณะ ที่ศึกษาความรู้ของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดจากพยาบาลวิชาชีพ 98 ราย พบว่าพยาบาลมีความรู้ในการจัดการกับความเจ็บปวดในระดับปานกลาง คะแนนความรู้ที่อยู่ในระดับต่ำคือ การจัดการกับความเจ็บปวดโดยการให้ยา รองลงมาคือการไม่ใช้ยา และการประเมินความเจ็บปวดตามลำดับ อาจเนื่องมาจากการศึกษาของ จอนณะจง เพ็งจาด และคณะ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มาจากหอผู้ป่วยต่างๆ และอาจารย์พยาบาล ไม่จำเป็นว่าเป็นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมีผลต่อความรู้ เนื่องจากประสบการณ์ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ และเข้าใจในการจัดการกับความเจ็บปวดมากขึ้น และจากความแตกต่างของประเภทของหอผู้ป่วย ซึ่งพบว่า พยาบาลทำงานในหน่วยโลหิตวิทยา/มะเร็ง หน่วยผู้ป่วยหนักและหน่วยฉุกเฉิน จะมีความรู้มากกว่าพยาบาลหน่วยอื่น (Manworren, 2000 cited in จอนณะจง เพ็งจาด และคณะ, 2546: 4)

1.3 ความเชื่อในการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีความเชื่อในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 52.55 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.63 ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าเป็นความเชื่อเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดทางบวก เป็นผลจากการประเมินเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของการนำเอาวิธีในการจัดการกับความเจ็บปวดมาใช้ โดยพยาบาลให้ความสำคัญของการจัดการกับความเจ็บปวด และเห็นด้วยว่าวิธีการจัดการกับความเจ็บปวดที่ดีที่สุดคือ การให้ผู้ป่วยบรรยายความเจ็บปวดด้วยตนเองร่วมกับการประเมินทางสรีระ และการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ทำให้มีความรู้ในการจัดการกับความเจ็บปวดที่ดี พบว่าความรู้ ความเข้าใจ จะทำให้เกิดความเชื่อที่แสดงออกในแนวคิดว่าจะไร้อะไรผิด โดยบุคคลจะมีความเชื่อต่อสิ่งใดได้นั้น บุคคลนั้นจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในสิ่งนั้นก่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ Rond, M.D. และคณะที่ศึกษาความเชื่อของพยาบาลต่อการประเมินความเจ็บปวดประจำวัน จากการสัมภาษณ์พยาบาลจำนวน 226 ราย พบว่าพยาบาลมีความเชื่อทางต่อการประเมินความเจ็บปวด ร้อยละ 73.9 พยาบาลมีความคิดเห็นว่าการประเมินความเจ็บปวดมีความสำคัญ สามารถให้การบรรเทาความเจ็บปวดได้ดีกว่า

แตกต่างจากการศึกษาของจอนณะจง เพ็งจาด และคณะ ที่ศึกษาความเชื่อของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดจากพยาบาลวิชาชีพ 98 ราย พบว่าพยาบาลมีความเชื่อทางลบต่อการจัดการกับความเจ็บปวด โดยพยาบาลไม่เชื่อการรายงานความเจ็บปวดจากผู้ป่วย คิดว่าผู้ป่วยรายงานความเจ็บปวดเกินจริง อาจเนื่องมาจากการศึกษาของจอนณะจง เพ็งจาด และคณะ มีความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่างที่มาจากหอผู้ป่วยต่างๆ และอาจารย์พยาบาล ไม่จำเพาะว่าเป็นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด ทำให้ความเชื่อของแต่ละกลุ่มตัวอย่างมีความหมายที่แตกต่างกัน เพราะมีการเรียนรู้และประสบการณ์ที่ต่างกัน ซึ่งพบว่าบุคคลจะมีความเชื่อต่อสิ่งใดได้นั้น บุคคลนั้นจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในสิ่งนั้นก่อนจึงจะทำให้เกิดความเชื่อ

1.4 การรับรู้อุปสรรคในการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีการรับรู้อุปสรรคในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 30.36 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.025 โดยพยาบาลรับรู้อุปสรรคว่า แพทย์และพยาบาลขาดการประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัดร่วมกันมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.66 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .84 ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการจัดการกับความเจ็บปวดน้อยที่สุดคือ พยาบาลไม่เชื่อว่าการประเมินความเจ็บปวดเป็นสิ่งสำคัญ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.68 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .84 ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า

พยาบาลรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดน้อย อาจเป็นผลมาจากพยาบาลมี ความรู้ ความเชื่อ และประสบการณ์ในการจัดการกับความเจ็บปวดที่ดี ซึ่งมีอิทธิพลต่อการจัดการกับความเจ็บปวด ในการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าพยาบาลมีคะแนนความรู้ และความเชื่อ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.79 , 52.55 ตามลำดับ จึงทำให้พยาบาลมีการรับรู้อุปสรรคในการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยรวมน้อย

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ความเชื่อ ประสบการณ์ และการรับรู้อุปสรรคในการจัดการกับความเจ็บปวดกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ กับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ที่ .203 ซึ่งจากการศึกษาพบว่าพยาบาลมีความรู้ในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยรวมดีมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.79 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.38 ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาล โดยพยาบาลรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยผู้ใหญ่หลังผ่าตัด ทั้งในด้านการประเมินความเจ็บปวด การจัดการกับความเจ็บปวดโดยใช้ยา และไม่ใช้ยา รวมถึงการติดตามประเมินผล ซึ่งความรู้จัดเป็นองค์ประกอบสำคัญในการจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมต่างๆ ความรู้เกี่ยวกับการบรรเทาความเจ็บปวดจึงถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการบรรเทาความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วย แสดงว่าพยาบาลมีความรู้มาก จะมีการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมาก ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของนารี พุ่มนิคม (2543) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวด และการควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยศัลยกรรมหลังผ่าตัด ในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมจำนวน 53 คน พบว่า ความรู้ของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดอยู่ในระดับพอใช้คิดเป็นร้อยละ 58.5 อยู่ในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 34 ซึ่งรู้ว่าการประเมินความเจ็บปวดภายหลังผ่าตัดต้องประเมินลักษณะความเจ็บปวด บริเวณที่ปวด และระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด ส่วนความรู้เกี่ยวกับการควบคุมความเจ็บปวดพบว่าพยาบาลร้อยละ 52.8 มีความรู้ในระดับพอใช้ และร้อยละ 34 มีความรู้ในระดับดีเกี่ยวกับการลดสิ่งเร้าทางอารมณ์และจิตใจลง รวมทั้ง

การเบี่ยงเบนความสนใจจะช่วยให้การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดภายหลังการผ่าตัดลดลง อาจแสดงให้เห็นว่าความรู้ อาจส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวด เหมือนกับการศึกษาของรัตนาวดี ชอนตะวัน และปัทมา กาดำ (2542) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ และการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดจากหัตถการในทารก ในพยาบาลวิชาชีพ ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครเชียงใหม่จำนวน 31 คน พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 81.70 มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูง และร้อยละ 18.30 อยู่ในระดับปานกลาง ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดจากการทำหัตถการมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .4304$) และการศึกษาของ ปรีดาภรณ์ สีปากดี และคณะ(2547) เกี่ยวกับความรู้ในการประเมินและควบคุมความเจ็บปวดใน ผู้ป่วยหลังผ่าตัด พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้ที่อยู่ในระดับดีเกี่ยวกับการประเมินระดับความ เจ็บปวดของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องร้อยละ 98.4 ซึ่งส่งผลให้การปฏิบัติการพยาบาลใน การประเมินและควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดอยู่ในระดับดีมาก

ในงานวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ จอนณะจง เพ็งจาด และคณะ (2546) ที่ ศึกษาความรู้ของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดจากพยาบาลวิชาชีพ 98 ราย พบว่า พยาบาลมีความรู้ในการจัดการกับความเจ็บปวดในระดับปานกลาง คะแนนความรู้ที่อยู่ในระดับ ต่ำคือ การจัดการกับความเจ็บปวดโดยการให้ยา รองลงมาคือการไม่ใช้ยา และการประเมินความ เจ็บปวดตามลำดับ อาจเนื่องมาจากการศึกษาของ จอนณะจง เพ็งจาด และคณะ กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มาจากหอผู้ป่วยต่างๆ และอาจารย์พยาบาล ไม่จำเป็นว่าเป็นพยาบาลที่ ให้ การดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมีผลต่อ ความรู้ เนื่องจากประสบการณ์ทำให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ และเข้าใจในการจัดการกับความเจ็บปวด มากขึ้น และจากความแตกต่างของประเภทของหอผู้ป่วย ซึ่งพบว่า พยาบาลทำงานในหน่วยโลหิตวิทยา/ มะเร็ง หน่วยผู้ป่วยหนักและหน่วยฉุกเฉิน จะมีความรู้มากกว่าพยาบาลหน่วยอื่น (Manworren, 2000 cited in จอนณะจง เพ็งจาด และคณะ, 2546: 4)

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อ กับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับ ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลในการ จัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ที่ .344 และจากการศึกษาพบว่าพยาบาลมีความเชื่อในการจัดการกับ ความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยรวมดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 52.55 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.63 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อในการจัดการความเจ็บปวดหลัง ผ่าตัด โดยมีความเห็นด้วยอย่างยิ่ง ว่าหลังให้การพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดควรมี

การประเมินทุกครั้ง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .52) ส่วนความเชื่อที่ว่าปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับบอกความรุนแรงและระยะเวลาของความเจ็บปวดได้ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นด้วยน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.47 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .76) ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าเป็นความเชื่อเกี่ยวกับการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดทางบวก เป็นผลจากการประเมินเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของการนำเอาวิธีในการจัดการกับความเจ็บปวดมาใช้ โดยพยาบาลให้ความสำคัญของการจัดการกับความเจ็บปวด และเห็นด้วยว่าวิธีการจัดการกับความเจ็บปวดที่ดีที่สุดคือ การให้ผู้ป่วยบรรยายความเจ็บปวดด้วยตนเองร่วมกับการประเมินทางสรีระ และการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ทำให้มีความรู้ในการจัดการกับความเจ็บปวดที่ดี พบว่าความรู้ ความเข้าใจ จะทำให้เกิดความเชื่อที่แสดงออกในแนวคิดว่าจะไรถูก อะไรผิด โดยบุคคลจะมีความเชื่อต่อสิ่งใดได้นั้น บุคคลนั้นจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในสิ่งนั้นก่อน แสดงว่าพยาบาลที่มีความเชื่อทางบวก จะมีการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมาก ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าความเชื่อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Rond, M.D. และคณะ (2001) ที่ศึกษาความเชื่อของพยาบาลต่อการประเมินความเจ็บปวดประจำวัน จากการสัมภาษณ์พยาบาลจำนวน 226 ราย พบว่าพยาบาลมีความเชื่อทางต่อการประเมินความเจ็บปวด ร้อยละ 73.9 พยาบาลมีความคิดเห็นว่าการประเมินความเจ็บปวดมีความสำคัญ สามารถให้การบรรเทาความเจ็บปวดได้ดีกว่า และการศึกษาของปริดาภรณ์ สีปากดี และคณะ (2547) เกี่ยวกับความเชื่อในการประเมินและควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีความเชื่ออยู่ในระดับดี เกี่ยวกับการแสดงท่าที่เห็นอกเห็นใจ การให้ยาแก้ปวดก่อนที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดมาก และการให้ข้อมูลที่มีผลต่อประสิทธิภาพต่อการบรรเทาความเจ็บปวด ซึ่งส่งผลให้การปฏิบัติกรพยาบาลในการประเมินและควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดอยู่ในระดับดีมาก

แตกต่างจากการศึกษาของจอนณะจง เพ็งจาด และคณะ (2546) ที่ศึกษาความเชื่อของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดจากพยาบาลวิชาชีพ 98 ราย พบว่าพยาบาลมีความเชื่อทางลบต่อการจัดการกับความเจ็บปวด โดยพยาบาลไม่เชื่อการรายงานความเจ็บปวดจากผู้ป่วยคิดว่าผู้ป่วยรายงานความเจ็บปวดเกินจริง ทำให้ส่งผลต่อคุณภาพในการจัดการกับความเจ็บปวด อาจเนื่องมาจากการศึกษาของจอนณะจง เพ็งจาด และคณะ มีความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่างที่มาจากหอผู้ป่วยต่างๆ และอาจารย์พยาบาล ไม่จำเพาะว่าเป็นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด ทำให้ความเชื่อของแต่ละกลุ่มตัวอย่างมีความหมายที่แตกต่างกัน เพราะมีการ

เรียนรู้และประสบการณ์ที่ต่างกัน ซึ่งพบว่าบุคคลจะมีความเชื่อต่อสิ่งใดได้นั้น บุคคลนั้นจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในสิ่งนั้นก่อนจึงจะทำให้เกิดความเชื่อ

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ กับการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ที่ .178 ซึ่งขัดแย้งสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าประสบการณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด อาจเนื่องมาจากมีปัจจัยอื่นๆที่มีอิทธิพลร่วมด้วย ได้แก่ความรู้ ความเชื่อ ที่มีผลต่อการปฏิบัติกรพยาบาลโดยตรง ส่งผลให้ปัจจัยในด้านประสบการณ์ในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ จุรีย์ สุนสวัสดิ์ (2540) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของพยาบาลกับกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเด็ก พบว่าประสบการณ์ในการปฏิบัติงานไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เหมือนกับการศึกษาของ พีรภาพ คำแพง (2539) ที่พบว่าประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในทารกแรกเกิด การศึกษาของ วชิรย์ แสงมณี และคณะ (2545) ที่ศึกษาประสบการณ์การปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็ก พบว่าประสบการณ์การปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กไม่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดจากหัตถการในผู้ป่วยเด็ก และการศึกษาของ จอนณะจิง เฟ็งจาด และคณะ (2546) ที่พบว่าประสบการณ์ในการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ และทัศนคติ ซึ่งความรู้และทัศนคติของพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวดเป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพการพยาบาล (จอนณะจิง เฟ็งจาด และคณะ, 2546: 5)

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรค กับการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ที่ .226 และพบว่าพยาบาลมีการรับรู้อุปสรรคในการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยรวมน้อย คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 30.36 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.025 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดค่อนข้างมากในข้อ แพทย์และพยาบาลขาดการประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

ร่วมกัน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.66 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .84) ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า พยาบาลรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดน้อย อาจเป็นผลมาจาก ความรู้ ความเชื่อ และประสบการณ์ในการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาลที่มีอิทธิพลต่อการจัดการกับความเจ็บปวด ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าพยาบาลมีความรู้ และความเชื่ออยู่ในระดับที่ดี จึงทำให้พยาบาลมีการรับรู้อุปสรรคในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยรวมน้อย แสดงว่า ถ้าพยาบาลมีการรับรู้อุปสรรคน้อย ก็จะส่งผลให้การปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดดี ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด อาจเนื่องจากการรับรู้อุปสรรค คือการที่พยาบาลรับรู้ถึงสถานการณ์ว่าเป็นการยากหรือง่ายในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยมีปัจจัยส่งเสริมหรือขัดขวาง คือ ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายใน คือการที่พยาบาลรับรู้ว่าตนเองมีข้อมูล มีความรู้ ความเข้าใจ หรือมีความรู้สึกว่าสามารถปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ และปัจจัยภายนอก คือการที่พยาบาลรับรู้ว่ามีเวลา และมีโอกาสในการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด หรือการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องขึ้นอยู่กับผู้อื่น ถ้าพยาบาลรับรู้ว่าเป็นการยากในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดมากเท่าไร ก็มีความเป็นไปได้ที่พยาบาลจะมีการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Drayer.R.A และคณะ (1999) ซึ่งศึกษาอุปสรรคในการควบคุมความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของความเจ็บปวดและพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยน้อย ทำให้ประเมินความเจ็บปวดได้ไม่ตรงกับความเป็นจริง และการศึกษาของ Titer M.G. และคณะ (2003) ที่ศึกษาการรักษาความปวดอย่างเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ในด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการรับรู้อุปสรรค พบว่าพยาบาลและแพทย์มีการประเมินและการสื่อสารกันน้อยเกี่ยวกับชนิดและขนาดของการให้ยาแก้ปวด ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพน้อย

สรุปการอภิปรายผลการวิจัย

ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดซึ่งเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์และความรู้สึกไม่สุขสบาย ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลในทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดจึงจำเป็นต้องมีการปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุม ทั้งในด้านการประเมินความเจ็บปวด การจัดการกับความเจ็บปวด และการติดตามประเมินผล เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีประสิทธิภาพ แต่อย่างไรก็ตามมี

ปัจจัยมากมายที่เกี่ยวข้องและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด คือ ความรู้ ความเชื่อและการรับรู้ อุปสรรค พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ที่ .203 ($p < .05$) ครอบคลุมทั้งในด้านการประเมินความเจ็บปวด การจัดการกับความเจ็บปวดโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา รวมถึงการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ความเชื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ที่ .334 ($p < .05$) โดยพยาบาลให้ความสำคัญของการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด และเห็นด้วยว่าวิธีการประเมินความเจ็บปวดที่ดีที่สุดคือ การให้ผู้ป่วยบรรยายความเจ็บปวดด้วยตนเองร่วมกับการประเมินทางสรีระและการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ที่ .226 ($p < .05$) โดยพบว่าหากพยาบาลมีการรับรู้อุปสรรคมาก ก็จะทำให้การปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดน้อยลง ส่วนปัจจัยด้านประสบการณ์การปฏิบัติงานในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด

จากผลการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมบทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ทั้งด้านการประเมินความเจ็บปวด การจัดการกับความเจ็บปวด และการติดตามประเมินผลเพื่อให้การจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเกิดความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อจำกัดในการทำวิจัยครั้งนี้

การศึกษานี้พบว่าเครื่องมือที่ใช้วัดความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวด พบว่าเมื่อคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .47 ซึ่งพบว่าเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพไม่ดีพอ หากจะนำเครื่องมือไปใช้ควรจะต้องมีการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้เป็นประโยชน์อย่างมากต่อการส่งเสริมบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ทั้งในด้านการประเมินความเจ็บปวด การจัดการกับความ

เจ็บปวด และการติดตามประเมินผล ดังนั้นเพื่อให้การจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเกิดความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยขอเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

ด้านงานบริการพยาบาล

1. อบรมความรู้เชิงวิชาการเกี่ยวกับมโนทัศน์ความเจ็บปวด การพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด และตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ
2. ส่งเสริมให้มีพยาบาลเฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในหน่วยงาน เพื่อเป็นที่ปรึกษาของพยาบาลที่มีประสบการณ์หรือความรู้น้อย
3. มีการอบรมและแนะนำพยาบาลจบใหม่ในการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัด โดยพยาบาลที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัด
4. จัดทำคู่มือเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเพื่อเป็นแนวทางเดียวกันในการดูแลผู้ป่วย
5. จัดความเจ็บปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 เพื่อให้มีการประเมินความเจ็บปวดและมีการติดตามอย่างสม่ำเสมอ
6. สื่อสาร พูดคุย ให้ความรู้แก่ผู้รับบริการและครอบครัว เกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวด การดูแลรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเห็นความสำคัญ และให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา
7. จัดทำแบบบันทึกการประเมินความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้มาตรฐานครอบคลุมการปฏิบัติ มีความสะดวกและง่ายในการใช้ เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ด้านการศึกษา

จัดโครงการอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจแก่พยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับมโนทัศน์ความเจ็บปวด การประเมินความเจ็บปวด การจัดการความเจ็บปวด และการติดตามประเมินผล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาขยายผลเพิ่มเติมในกลุ่มประชากรอื่นที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการกับความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพ

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

จอนณะจง เพ็งจาด, รัชนี อยู่ศิริ, และ วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. 2546 รายงานการวิจัย :

ความรู้ และทัศนคติของพยาบาลเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด.

วิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย.

จินตนา ฤทธารมย์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วรณี สัตยวิวัฒน์ และ สาริฉน์ ศรีสุภาพ.

2002. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อระดับความเจ็บปวดและการสูญเสียความสามารถในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง. วารสารพยาบาลศาสตร์. ปีที่ 20 / 2 : 13 – 22.

จूरีย์ สุ่นสวัสดิ์. 2540. **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของพยาบาลกับกิจกรรมการ**

พยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเด็ก. วิทยานิพนธ์ปริญญา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จूरีย์ สุ่นสวัสดิ์. 2544. **ความเจ็บปวดในเด็ก : การพยาบาล. ใน การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต.**

วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.

เจ็อกุล อนิธารมย์. 2545. **บทบาทของพยาบาลในการประเมินความปวด. วารสารพยาบาล**

ศาสตร์ ปีที่ 20 ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม) : 8 – 18.

ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541. **เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร:**

เทพเนรมิต

ดรุณี ชุณหะวัต. 2540. **การพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวด. ใน พงศ์ เจาเพาะเกษตริณ**

(บรรณาธิการ). การประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 8 ชมรมศึกษาเรื่องความปวดแห่ง

ประเทศไทย, 57-67 กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทองไพเราะ สถาวรินทุ. 2543. **การตัดสินใจยอมรับแนวคิดการจัดการศึกษาโดยครอบครัว**

ของพ่อแม่ผู้ปกครอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขานิเทศศาสตร์ บัณฑิต

วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ธวัชชัย วรพงศธร. 2540. **หลักการวิจัยทางสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ :**

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นครชัย เผื่อนปฐม. 2538. **ความเจ็บปวด. สงขลา : โรงพิมพ์ไชน่า.**

นวลสกุล แก้วลาย. 2545. **การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความ**

เจ็บปวดหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์

และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- นารี พุ่มนิคม. 2543. **ความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวดและการควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยศัลยกรรมหลังผ่าตัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิโรบล กนกสุนทรรัตน์. 2535. **การรับรู้ความเจ็บปวดและวิธีบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (พยาบาลและผดุงครรภ์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. 2528. **ผลของดนตรีต่อการลดความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พยาบาล) สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประดิษฐ์ เดชบุญ. 2533. **บทบาทของศึกษานิเทศสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดในฐานะตัวกลางการแพร่กระจายนวัตกรรมทางเทคโนโลยีการศึกษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาโสตทัศนศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรีดาภรณ์ สีปากดี และคณะ. 2547. **ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของพยาบาลในการประเมินและควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด.** วารสารสภาการพยาบาล ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มีนาคม): 15-26.
- พรจันทร์ สัยละมัย. 2541. **ประสบการณ์ความปวดและการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยโรคเมเร็งที่เป็นของผู้ป่วยในของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัชรภรณ์ ยางสระน้อย. 2540. **ตัวแปรที่สัมพันธ์กับการยอมรับเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ของครูโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ เขตการศึกษา 11.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาโสตทัศนศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พีรภาพ คำแพง. 2539. **การศึกษาการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับความเจ็บปวด ความรู้และกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในทารกแรกเกิดที่ได้รับหัตถการ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิดา คอยระงับ. 2543. **การแพร่ของนวัตกรรมระบบเงินตราชุมชน “เบี้ยกุดชุม” ในอำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขา นิเทศศาสตร์พัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- รัชดา ตูวินันท์. 2538. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับเทคโนโลยีใหม่ทางการเกษตรของชาวนา อำเภอท่าซ่าง จังหวัดสิงห์บุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตนาวดี ขอนตะวัน และ ปัทมา กาคำ. 2542. Knowledge and Nursing Practices regarding Pain Relief for Infants Receiving Invasive Procedures. **พยาบาลสาร** ปีที่ 26 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม – กันยายน) : 43 – 52.
- ระวีพรรณ มงคล. 2529. **ผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อความเจ็บปวดภายหลังการผ่าตัดและปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต (พยาบาล) สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุ่งทิพย์ จามรมาน. 2532. **ผลของการผ่อนคลายต่อการลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลักษมี ชาญเวชช์. 2546. Pain Management. ใน **เอกสารการประชุมวิชาการ การจัดการกับความเจ็บปวด และการดูแลแบบประคับประคอง**. ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเข็ญ. 2546. ความปวด : ประสพการณ์ที่ซับซ้อนและหลากหลายมิติ. ใน **เอกสารการประชุมวิชาการ การจัดการกับความเจ็บปวด และการดูแลแบบประคับประคอง**. ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วชิราพร สุนทรสวัสดิ์. 2545. **พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัชรีย์ แสงมณี , พงษ์ลดา รัตนวงศ์ และ สมพร บุรุษวิวัฒน์. 2545. การรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับความปวดและวิธีปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับหัตถการ. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์** ปีที่ 22 ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน) : 47 – 59.
- ศรัณย์ สิงห์ทน. 2539. **ความรู้ ทักษะ และความร่วมมือของผู้รับบริการในการเผยแพร่แนวความคิดเรื่องการท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาเนศศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริภรณ์ พึ่งวิทยา. 2540. **ยาระงับปวด**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ ฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สมร ทินวงศ์. 2534. **เปรียบเทียบความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ใช้และไม่ใช้การกระตุ้นปลายประสาทด้วยไฟฟ้าผ่านผิวหนัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สังวาลย์ แก้วประเสริฐ. 2532. **ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างของการรับรู้ความเจ็บปวดกับผลการควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาณี เสนาดีสัย. 2538. **การพยาบาลพื้นฐาน แนวคิดและการปฏิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ : แผนกการพยาบาลพื้นฐาน โรงเรียนพยาบาล รามาธิบดี.
- สุพร พลยานันท์. 2528. **การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับความเจ็บปวด**. กรุงเทพฯ : ฝ่ายการพิมพ์ บริษัทสำนักพิมพ์แม็ค จำกัด.
- สุรพงษ์ ไสยชนะเสถียร. 2533. **การสื่อสารกับสังคม**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิทย์ สุนทรินคะ. 4546. **การดูแลระงับปวดหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลราชบุรี. วารสารแพทย์เขต 4. ปีที่ 22 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มีนาคม): 5-15.**
- สุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ. 2540. **ประสบการณ์ความเจ็บปวดและวิธีจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลรามาธิบดี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสริมศิลป์ ปานนิล. 2536. **ความคิดเห็นของครูวิชาการกลุ่มโรงเรียนประถมศึกษา ในเขตการศึกษา 7 เกี่ยวกับบทบาทในการเป็นตัวกลางแพร่กระจายนวัตกรรมทางเทคโนโลยีการศึกษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาโสตทัศนศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- เสาวลักษณ์ อรรถจกุล และ อรทัย ชยาภิวัฒน์. 2535. **Pain and Management**. ใน **รายงานการอบรม เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต**. ฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรัญญา เชาวลิต. 2543. **หลักการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด**. ในพัชรียา ไชยลังกา, นวลจันทร์ รมณารักษ์, จารุวรรณ มานะสุกร และ อรัญญา เชาวลิต (บรรณาธิการ) **ตาราการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 (อายุรศาสตร์)**, 33-55 สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาษาอังกฤษ

- Allock , N. 1996. Factors affecting the assessment of postoperative pain : a literature review. **Journal of Advanced Nursing** 24 : 1144 – 1151.
- Barta, K.M. 1995. Information – Seeking , Research Utilization , and Barriers to Research Utilization of Pediatric Nurse Educators. **Journal of Professional Nursing**. 11(1)
- Benner. P. 1984. **From novice to expert**. California: Addison–Wesley Pulishing Company.
- Brunier. G. 1995. What Do Nurses Know and Believe About Patients With Pain ? Results of Hospital Survey. **Journal of Pain and Symptom Management**. 10(6) : 436 – 445.
- Carr BSc(Hons). E. C.J. 1990. Postoperative pain : patients' expectations and experiences. **Journal of Advanced Nursing** 15 : 89 – 100.
- Calvillo , E. R. , & Flaskerud , J. H. 1993. Evaluation of the pain response by Mexican American and Anglo American women and their nurses. **Journal of Advanced nursing** 18 : 451 – 459.
- Clarke , E.B. , et al., 1996. Pain Management knowledge , Attitudes and Clinical Practice : The Impact of Nurses Characteristics and Education. **Journal of Pain and Symptom Management**. 11(1) : 18 – 31.
- Clarke, E.B., et. al. 2002. Observation of pain assessment and management-the complexities of clinical practice. **Journal of Clinical Nursing**. 11(6): 724-734.
- Coyne, M. L., et al. 1999. Nurses' Knowledge of Pain Assessment , Pharmacologic and Nonpharmacologic Interventions. **Clinical Nursing Research** 8(2): 153-164
- Drayer, R. A., Henderson , J., & Reidenberg , M. 1999. Barrier to Better Pain Hospitalized Patients. **Journal of Pain and Symptom Management** 17(6): 434 – 440.
- Dalton, J. A. 1989. Nurse' perception of their pain assessment skills, pain management practices, and attitudes toward pain. **Oncology Nursing Forum** 16: 225-231
- Dietrick – Gallagher , M. , Polomano , R. , & Carrick , L. 1994. Pain as a quality management initiative. **Journal of Nursing Care Quality** 9(1) : 30 – 42.

- Elizabeth, M., Mari, B., & Tarcey, B. 2002. Observation of pain assessment – the complexities of clinical practice. **Journal of Clinical Nursing** 11(6): 724 – 734.
- Good , M. 1999. Acute Pain. **Annual Review of Nursing Research**. 17 : 107 – 132.
- Hamers, J.P.H., Huijjer Abu-Saad,H.,Halfens,R.I.G., & Schumacher,J.N.M. 1994. Factor influencing nurses] pain assessment and intervention in children. **Journal of Advanced Nursing** 20(5): 853 – 860.
- Harrison ,A. 1991. Assessing patients' pain : identifying reasons for error. **Journal of Advanced Nursing** 16 : 1018 – 1025.
- Jonathan Leo and Sue E. Huether. 1998. **Pathophysiology**. America. The United States of American.
- Lorie Rietman Wild and Leslie A. Clark Evans. 1995. **Perspectives on Pathophysiology**. American. The United States of American.
- Naree Poomnikom. 2000. **Nurse' knowledge and practice on pain assessment and pain control in posoperative patients**. The degree of Nursing Science (Adult Nursing) Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Nash, R. ,Edwards, H.,Nebaure, M.1993, Effect of attitudes, subjective norms and Perceived control on nurses' intention to assess patients' pain. **Journal of Advanced Nursing** 18:941-949.
- Rogers, E.M. 1995. **Diffusion of Innovations**. New York: The Free Press.
- Rond , M. , Wit , R. , and Dam , F. 2001. The implementation of Pain Monitoring Programme for nurses in daily clinical practice : results of a follow – up study in five hospitals. **Journal of Advanced Nursing** 35(4) : 590 – 598.
- Susan M. Hinchiff , Susan E. Montageu and Roger Watson. 1996. **Physiology of Nursing Practice**. London. Acid – free paper.
- Titler, M.G., Herr, Kog Margo L., Schilling, J., Marsh, L., Xian – JinXie, Arderg, G. Clarlee, W.R., and Everett, L.Q. 2003. Acute Pain Treatment for Older Adults Hospitalized With Hip Fracture : Current Nursing Practices and Perceived Barriers. **Applied Nursing Research**. 16(4): 211-227.
- Wallace , K. G. , Reed , B. A. 1995. Staff nurses' perception of barriers to effective pain management. **Journal of Pain and Symptom Management** 10(3) :204 – 213.

Watt – Watson , J. 2001. Relation between nurses' pain knowledge and pain management outcomes for their postoperative cardiac patients. *Journal of Advanced nursing* 36 : 535 – 545.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

รองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เฟ็งจาด

ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์

วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รัชณี อยู่ศิริ

ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์

วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเขียร

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

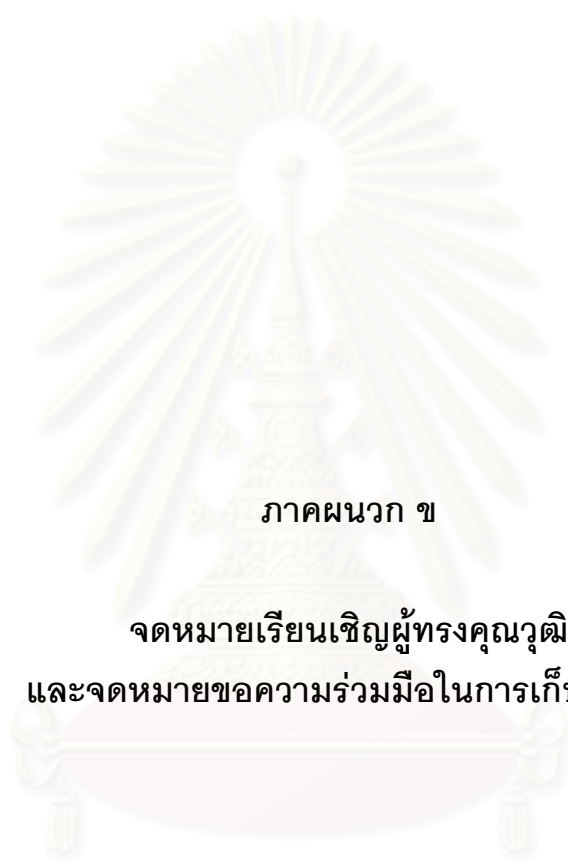
นางสาวกนิษฐ ศรีปานแก้ว

พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยจงดณี

วัฒนวงศ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

เนื่องด้วย นางสาวภัทรา แสงแก้ว นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ ประสพการณ์ การรับรู้อุปสรรคกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาลประจำการ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาต่อไป ดังนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เพ็งจาด ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รัชณี อยู่ศิริ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผศ.ดร.จอนณะจง เพ็งจาด และ ผศ.ดร.รัชณี อยู่ศิริ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผศ.ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817

ชื่อนิสิต

นางสาวภัทรา แสงแก้ว โทร. 0-1978-9822

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เนื่องด้วย นางสาวภัทรา แสงแก้ว นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ ประสพการณ์ การรับรู้อุปสรรคกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาลประจำการ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817

ชื่อนิสิต นางสาวภัทรา แสงแก้ว โทร. 0-1978-9822

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เนื่องด้วย นางสาวภัทรา แสงแก้ว นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ ประสพการณ์ การรับรู้อุปสรรคกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาลประจำการ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวณิชสุ ศรีปานแก้ว พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยจกกลนี้ วัฒนวงศ์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ของเครื่องมือวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะ ได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวณิชสุ ศรีปานแก้วงานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817ชื่อนิสิต นางสาวภัทรา แสงแก้ว โทร. 0-1978-9822

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2548

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง

เนื่องด้วย นางสาวภัทรา แสงแก้ว นิสิตปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ ประสพการณ์ การรับรู้อุปสรรคกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาลประจำการ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้กลุ่มประชากรตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด หอผู้ป่วยศัลยกรรม เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวภัทรา แสงแก้ว ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817

ชื่อนิสิต

นางสาวภัทรา แสงแก้ว โทร. 0-1978-9822

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2548

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช

เนื่องด้วย นางสาวภัทรา แสงแก้ว นิสิตปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ ประสิทธิภาพ การรับรู้อุปสรรคกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาลประจำการ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้กลุ่มประชากรตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด หอผู้ป่วยศัลยกรรม เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวภัทรา แสงแก้ว ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817

ชื่อนิสิต

นางสาวภัทรา แสงแก้ว โทร. 0-1978-9822

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2548

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางสาวภัทรา แสงแก้ว นิสิตปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ ประสิทธิภาพ การรับรู้อุปสรรคกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาลประจำการ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้กลุ่มประชากรตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด หอผู้ป่วยศัลยกรรม เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวภัทรา แสงแก้ว ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817

ชื่อนิสิต

นางสาวภัทรา แสงแก้ว โทร. 0-1978-9822



ภาคผนวก ค

เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและตัวอย่างเครื่องมือการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed consent form)

ชื่อโครงการ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ ประสบการณ์ การรับรู้อุปสรรคกับการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลประจำการ

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะและแนวทางในการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบถึงผลดีและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้นี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจและอาจปฏิเสธจากการเข้าร่วมศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานใดๆ ซึ่งข้าพเจ้าได้รับอยู่ และข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาโดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้

.....
 สถานที่/วันที่ (.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัยหรือผู้แทนโดยชอบธรรม

.....
 สถานที่/วันที่ (ภัทธา แสงแก้ว)
 ผู้วิจัยหลัก

.....
 สถานที่/วันที่ (.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย	ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ ประสพการณ์ การรับรู้อุปสรรคกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลประจำการ
ชื่อผู้วิจัย	นางสาวภัทรา แสงแก้ว นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ปฏิบัติงาน	หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลตรัง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง
โทรศัพท์ที่ทำงาน	0-7521-8018 ต่อ 7201-2
โทรศัพท์เคลื่อนที่	0-1978-9822

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้

1. การวิจัยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลประจำการ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ ประสพการณ์ และการรับรู้อุปสรรคกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลประจำการ รวมถึงศึกษาอำนาจในการทำนายของความรู้ ความเชื่อ ประสพการณ์ และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลประจำการ
2. การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับพยาบาลที่เข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลในงานวิจัยที่ระบุถึงพยาบาลที่เข้าร่วมการวิจัยจะถูกถอดออกเป็นรหัส ผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีชื่อของพยาบาลที่เข้าร่วมการวิจัย
3. รายละเอียดและขั้นตอนในการวิจัย โดยการเก็บข้อมูลจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสำรวจโรงพยาบาลของรัฐในภาคใต้ที่มีลักษณะเป็น Tertiary care ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ตอนบนและภาคใต้ตอนล่าง มีทั้งหมด 5 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลยะลา และโรงพยาบาลตรัง เนื่องจากโรงพยาบาลระดับ Tertiary care เป็นโรงพยาบาลที่มีสถิติของการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดมากกว่าโรงพยาบาลระดับอื่น หลังจากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย ได้โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลตรัง หลังจากนั้นทำการเก็บตัวอย่างจากผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยจนครบตามที่กำหนด
4. ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิเข้าร่วมหรือปฏิเสธในการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาการวิจัย โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลใดๆ ต่อการปฏิบัติงานที่ท่านปฏิบัติอยู่
5. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมในการวิจัย

6. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ส่วนชื่อและที่อยู่ของผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ ยกเว้นว่าจะได้รับคำยินยอมไว้โดยกฎระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เท่านั้นจึงจะเปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชนได้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตัวอย่างเครื่องมือการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยรายที่.....

หอผู้ป่วย.....

วันที่.....

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย “เรื่องความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ความเชื่อ ประสิทธิภาพ การรับรู้อุปสรรคกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความ เจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาลประจำการ” ผู้วิจัยจึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือและ กรุณาตอบแบบสอบถามฉบับนี้ โดยเริ่มจาก

ชุดที่ 1 ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวด หลังผ่าตัด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อในการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการ กับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล ในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

ชุดที่ 2 ประกอบด้วย

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้ของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

ซึ่งในส่วนของชุดที่ 2 จะกำหนดเวลาในการทำแบบสอบถามไม่เกิน 25 นาที จากนั้นขอความร่วมมือเก็บแบบสอบถามในส่วนของชุดที่ 2 คืนทันที

โดยข้อมูลที่ได้ไม่มีผลต่อการให้บริการและการรักษาของท่าน และคาดว่าผลการวิจัยจะสามารถนำไปพัฒนาและวางแผนเพื่อให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างยิ่ง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวภัทรา แสงแก้ว)

ผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

คำแนะนำ โปรดเติมคำในช่องว่างหรือเติมเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างของคำถามแต่ละข้อ
ที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

1. เพศ

<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> หญิง
------------------------------	-------------------------------
2. อายุ ปี
3. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> คู่
<input type="checkbox"/> หม้าย	<input type="checkbox"/> หย่า
4. ศาสนา

<input type="checkbox"/> พุทธ	<input type="checkbox"/> คริสต์
<input type="checkbox"/> อิสลาม	<input type="checkbox"/> อื่นๆ
5. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> อนุปริญญา
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรีหรือเทียบเท่าปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> ปริญญาโท
<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาโท
6. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ปี เดือน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ต้องการสอบถามท่านถึงกิจกรรมที่ท่านได้กระทำในการดูแลและจัดการกับความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ขอให้ตอบในภาพรวมของการดูแลผู้ป่วย 1 ราย โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับกรปฏิบัติของท่านมากที่สุด

โดยถ้าท่านตอบว่า

ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลทุกครั้ง

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลบ่อยครั้ง

ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลนานๆ ครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่มีการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล

ข้อความ	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ท่านประเมินความเจ็บปวดโดยการสังเกต					
2. ท่านประเมินความเจ็บปวดโดยการสอบถามจากผู้ป่วย					
3. ท่านประเมินความเจ็บปวดโดยใช้เครื่องมือในการประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด					
4. ท่านประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด					
5. ท่านสอบถามตำแหน่งและขอบเขตที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด					
6. ท่านสอบถามเกี่ยวกับความถี่ของความเจ็บปวด					
7. ท่านสอบถามลักษณะของความเจ็บปวด					

ข้อความ	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	สำหรับ ผู้วิจัย
8. ท่านสังเกตการแสดงออกทาง ใบหน้าของผู้ป่วยที่แสดงถึงความ เจ็บปวด เช่น นิ่งหน้า คิ้วขมวด					
9. ท่านสังเกตการเคลื่อนไหวของ ร่างกายที่แสดงถึงความเจ็บปวด เช่น เคลื่อนไหวช้าลง นอนบิดไปมา					
10. ท่านสังเกตการแสดงออกทาง น้ำเสียงที่แสดงถึงความเจ็บปวด เช่น ร้องครวญคราง ร้องไห้					
11. ท่านสังเกตการแสดงออกทาง อารมณ์ที่แสดงออกถึงความ เจ็บปวด เช่น หงุดหงิด ซึมเศร้า					
12. ท่านประเมินความเจ็บปวดจาก ชีพจรที่เปลี่ยนแปลง					
13. ท่านประเมินความเจ็บปวด จากความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลง					
14. ท่านประเมินความเจ็บปวดจาก อัตราการหายใจที่เปลี่ยนแปลง					
15. ท่านสอบถามระยะเวลาที่เริ่มมี ความเจ็บปวด					
16. ท่านสอบถามระยะเวลาที่เจ็บปวด					
17. ท่านให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วยตาม แผนการรักษาของแพทย์ เช่น ทุก 4 ชั่วโมง ทุก 6 ชั่วโมง เป็นต้น					
18. ท่านให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วยตาม แผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ ตามความต้องการ (prn.) เมื่อผู้ป่วย บอกว่ามีความเจ็บปวด					

ข้อความ	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	สำหรับ ผู้วิจัย
19. ท่านให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วย ก่อนที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด มากจนทนไม่ได้					
20. ท่านให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่จำเป็น หลังจากยาออกฤทธิ์ดีแล้ว เช่น การกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ การลุก จากเตียง (ambulation)					
21. ท่านใช้วิธีลดความเจ็บปวดโดย การเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย เช่น พูดคุย ให้อ่านหนังสือ					
22. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับ เพียงพอ					
23. ท่านสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับ ผู้ป่วย					
24. ท่านดูแลความสุขสบายต่างๆ ไป ของผู้ป่วย					
25. ท่านส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการ ผ่อนคลาย เช่น การบริหารการ หายใจเป็นจังหวะ					
26. ท่านช่วยเหลือผู้ป่วยเปลี่ยนท่า อย่างถูกต้อง					
27. ท่านอธิบายผู้ป่วยเกี่ยวกับความ เจ็บปวดที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด					
28. ท่านสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีบรรเทา ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด					
29. ท่านอธิบายเกี่ยวกับการออกฤทธิ์ หรือปฏิกิริยาของยาแก้ปวดที่ ผู้ป่วยได้รับ					

ข้อความ	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	สำหรับ ผู้วิจัย
30. ท่านอธิบายผลข้างเคียงของยา แก้ปวด					
31. ท่านช่วยลดความเจ็บปวดโดย การลูบหรือคลึงเบาๆ ในบริเวณ ที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดหรือ บริเวณใกล้เคียง					
32. ท่านสอนให้ผู้ป่วยใช้มือประคอง แผลเมื่อต้องการเคลื่อนไหว ร่างกาย หรือไอ					
33. ท่านประเมินความเจ็บปวด ภายหลังการให้ยาแก้ปวด					
34. ท่านสังเกตอาการข้างเคียงของ ยาแก้ปวด เช่น ความดันโลหิตต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน					
35. ท่านติดตามผลการพยาบาล ภายหลังให้การพยาบาลเพื่อลด ความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วย					

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้ของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ต้องการสอบถามท่านถึงความรู้ในการดูแลและจัดการกับความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยขอให้ท่านทำเครื่องหมาย X หน้าข้อที่ท่านคิดว่าถูกเพียงข้อเดียว

1. การประเมินความเจ็บปวดที่ดีที่สุดคือข้อใด
 - ก. การสอบถามจากผู้ป่วย
 - ข. การสังเกต
 - ค. การสอบถามจากแพทย์
 - ง. การสอบถามจากญาติของผู้ป่วย
2. ข้อใดคือการประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัด
 - ก. การสอบถาม
 - ข. การสังเกตพฤติกรรม
 - ค. การประเมินการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ
 - ง. ถูกทุกข้อ
3. ข้อใดไม่ใช่การแสดงออกของสัญญาณชีพเมื่อผู้ป่วยมีความเจ็บปวด
 - ก. ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น
 - ข. อัตราการเต้นของชีพจรเพิ่มขึ้น
 - ค. อุณหภูมิร่างกายเพิ่มขึ้น
 - ง. อัตราการหายใจเร็วขึ้น
4. การให้ยาแก้ปวดควรเริ่มต้นให้เมื่อใด
 - ก. เมื่อผู้ป่วยมีสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง
 - ข. ก่อนผู้ป่วยมีความเจ็บปวดรุนแรง
 - ค. เมื่อพยาบาลประเมินว่าผู้ป่วยมีความเจ็บปวด
 - ง. เมื่อญาติบอกรับ
5. ข้อใดคือวิธีออกฤทธิ์ของยาแก้ปวด
 - ก. การทำให้เกิดอาการสงบ
 - ข. การส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกสบายใจขึ้น
 - ค. ยับยั้งการกระตุ้นที่ปลายประสาทส่วนปลาย
 - ง. ถูกทุกข้อ

6. ข้อใดไม่ใช่ยาแก้ปวดประเภทเสพติด
- ก. codeine
 - ข. fentanyl
 - ค. aspirin
 - ง. pethidine
7. ข้อใดคือยาแก้ปวดประเภทเสพติด
- ก. paracetamol
 - ข. aspirin
 - ค. pethidine
 - ง. brufen
8. ช่วงเวลาการออกฤทธิ์ของยาเพทิดีน (pethidine) มีกี่ชั่วโมง
- ก. < 2 ชั่วโมง
 - ข. 2-3 ชั่วโมง
 - ค. 4 ชั่วโมง
 - ง. 4-6 ชั่วโมง
9. ยามอร์ฟีน (morphine) มีระยะเวลาที่ยาออกฤทธิ์สูงสุดเมื่อใด
- ก. 10 นาที
 - ข. 20 นาที
 - ค. 30 นาที
 - ง. 45 นาที
10. ข้อใดคือผลข้างเคียงของยาแก้ปวดประเภทเสพติด
- ก. เพิ่มความดันโลหิต
 - ข. ลดการทำงานของระบบทางเดินอาหาร
 - ค. กระตุ้นการไอ
 - ง. ท้องเสีย
11. ข้อใดไม่ใช่ผลข้างเคียงของยามอร์ฟีน (morphine)
- ก. กดการหายใจ
 - ข. ถ่ายเหลว
 - ค. คลื่นไส้ อาเจียน
 - ง. ง่วงนอน

12. PCA คือวิธีการบริหารยาแก้ปวดลักษณะใด
- การให้ยาทางช่องไขสันหลัง
 - การให้ผู้ป่วยควบคุมยาแก้ปวดด้วยตนเอง
 - การให้ยาทางหลอดเลือดดำ
 - การให้ยาเป็นครั้งคราว
13. ผลข้างเคียงของยาแอสไพริน (aspirin) ที่สำคัญคือข้อใด
- การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ
 - พิษต่อดับและไต
 - ร่างกายเกิดการบวมน้ำ
 - ทำลายเม็ดเลือดขาว
14. การได้รับยาพาราเซตามอล (paracetamol) เกินขนาดจะมีผลต่ออวัยวะใด
- ตับ
 - ปอด
 - ม้าม
 - หัวใจ
15. ข้อใดคือยาที่ใช้ในการแก้พิษอย่างเฉียบพลันของยามอร์ฟีน (morphine)
- naloxone
 - digoxin
 - adrenaline
 - xylocard
16. ข้อใดคือการจัดการกับความเจ็บปวด
- กายให้ยาแก้ปวด
 - การส่งเสริมให้เกิดความสบายใจ
 - การบริหารการหายใจ
 - ถูกทุกข้อ
17. การจัดการกับความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาคือข้อต่อไปนี้ ยกเว้น ข้อใด
- ลดการรื้อทางอารมณ์
 - เพิ่มการรื้อทางอารมณ์
 - ลดการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็ก
 - เพิ่มการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่

18. การเลือกวิธีในการจัดการกับความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาที่ถูกต้องคือข้อใด
- ก. เลือกตามความถนัดของพยาบาล
 - ข. เลือกตามความสามารถของผู้ป่วย
 - ค. เลือกตามความชอบของญาติ
 - ง. ถูกทุกข้อ
19. การจัดการกับความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดควรเริ่มเมื่อใด
- ก. ก่อนที่ผู้ป่วยจะมีความเจ็บปวด
 - ข. ขณะผู้ป่วยเริ่มมีความเจ็บปวด
 - ค. ขณะผู้ป่วยมีความเจ็บปวดปานกลาง
 - ง. ขณะผู้ป่วยมีความเจ็บปวดมาก
20. การดูแลเกี่ยวกับความสุขสบายของผู้ป่วยเป็นการจัดการกับความเจ็บปวดวิธีใด
- ก. ลดการร้าวทางอารมณ์
 - ข. เพิ่มการร้าวทางอารมณ์
 - ค. ลดการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็ก
 - ง. เพิ่มการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่
21. ข้อใดคือวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย
- ก. การบริหารการหายใจ
 - ข. การพูดคุย
 - ค. การประคบบริเวณที่ปวด
 - ง. การให้นอนพัก
22. ข้อใดคือการลูกนั้ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหน้าท้องที่ถูกต้อง
- ก. นอนหงายแล้วลุกขึ้นนั่งตรงๆ
 - ข. นอนคว่ำใช้แขนดันตัวขึ้นแล้วตะแคงตัวลูกนั้
 - ค. ตะแคงตัวปล่อยเท้าทั้งสองข้างลงข้างเตียงแล้วใช้แขนดันให้ลูกนั้
 - ง. ตะแคงตัวใช้แขนดันแล้วปล่อยเท้าลงข้างเตียง
23. ข้อใดคือประโยชน์ของการ early ambulate
- ก. ลดภาวะท้องอืด
 - ข. ลดการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน
 - ค. ลดการเกิด emboli
 - ง. ถูกทุกข้อ

24. การดูบ หรือการคลั่งเบาๆ เป็นการนำเอาหลักการของทฤษฎีอะไรมาใช้
- ก. ทฤษฎีการควบคุมประตู่
 - ข. ทฤษฎีจำเพาะ
 - ค. ทฤษฎีไม่จำเพาะ
 - ง. ทฤษฎีรวมตัว
25. ท่านประเมินผลหลังผู้ป่วยได้รับยาเพทิดีนเมื่อใด
- ก. หลังได้รับยา 10 นาที
 - ข. หลังได้รับยา 15 นาที
 - ค. หลังได้รับยา 20 นาที
 - ง. หลังได้รับยา 30 นาที



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อในการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นข้อความเกี่ยวกับความเชื่อในการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวด โปรดเลือกคำตอบที่ตรงกับความคิดของท่านเพียง 1 คำตอบ โดยแสดงเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด

โดยถ้าท่านตอบว่า

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของท่านทั้งหมด

เห็นด้วยค่อนข้างมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของท่านส่วนใหญ่

เห็นด้วยค่อนข้างน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของท่านส่วนน้อย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเชื่อของท่านทั้งหมด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย ค่อนข้าง มาก	เห็นด้วย ค่อนข้าง น้อย	ไม่เห็น ด้วย	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ท่านคิดว่าผู้ป่วยบอกความเจ็บปวดได้ตรงกับความเป็นจริงที่สุด					
2. ท่านคิดว่าการใช้ยาเป็นวิธีเดียวที่สามารถบรรเทาความเจ็บปวดได้					
3. ท่านคิดว่าผู้ป่วยแสดงความปวดเกินจริง					
4. ท่านคิดว่าเครื่องมือประเมินความรุนแรงความเจ็บปวดสามารถบอกระดับความเจ็บปวดได้					
5. ท่านคิดว่าผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดรุนแรงจะมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ					
6. ท่านคิดว่าผู้ป่วยที่มีสาเหตุของความเจ็บปวดเหมือนกันจะมีระดับของความเจ็บปวดเท่ากัน					
7. ท่านคิดว่าผู้ป่วยที่ปวดรุนแรงจะมีการเปลี่ยนด้านพฤติกรรม					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย ค่อนข้าง มาก	เห็นด้วย ค่อนข้าง น้อย	ไม่เห็น ด้วย	สำหรับ ผู้วิจัย
8. ท่านคิดว่าการเปลี่ยนแปลงด้าน สรีรวิทยา เป็นข้อมูลที่ชัดเจนและ แน่นอนในการประเมินความเจ็บปวด					
9. ท่านคิดว่าปริมาณยาแก้ปวดที่ ผู้ป่วยได้รับบอกความรุนแรงและ ระยะเวลาของความเจ็บปวดได้					
10. ท่านคิดว่าเวลาที่เหมาะสมในการ ให้ยาแก้ปวดคือช่วงเวลาก่อนผู้ป่วย จะมีความเจ็บปวดมากจนทนไม่ได้					
11. ท่านคิดว่ายาแก้ปวดเป็นสิ่งจำเป็น ที่ผู้ป่วยควรได้รับ					
12. ท่านคิดว่าการจัดการความเจ็บปวด โดยไม่ใช้ยาสามารถใช้ร่วมกับ ยาแก้ปวดของแพทย์ได้					
13. ท่านคิดว่าวิธีจัดการความเจ็บปวด โดยไม่ใช้ยาควรเลือกวิธีที่ผู้ป่วยชอบ					
14. ท่านคิดว่าการจัดการความเจ็บปวด โดยไม่ใช้ยาควรกระทำอย่างต่อเนื่อง					
15. ท่านคิดว่าการลูบหรือคลึงเบาๆ สามารถลดความเจ็บปวดได้					
16. ท่านคิดว่าการประคบร้อนหรือ เย็นบริเวณที่เจ็บปวดสามารถลด ความเจ็บปวดได้					
17. ท่านคิดว่าหลังให้การพยาบาล ในการจัดการกับความเจ็บปวด ควรมีการประเมินผลทุกครั้ง					
18. ท่านประเมินความเจ็บปวดโดย สอบถามจากผู้ป่วยเอง					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลประจำการ

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ต้องการทราบถึงการรับรู้อุปสรรคของพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

โดยถ้าท่านตอบว่า

มาก หมายถึง เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมาก

ค่อนข้างมาก หมายถึง เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดค่อนข้างมาก

ค่อนข้างน้อย หมายถึง เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดค่อนข้างน้อย

น้อย หมายถึง เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดน้อย

ข้อความ	การรับรู้อุปสรรค				
	มาก	ค่อนข้างมาก	ค่อนข้างน้อย	น้อย	สำหรับผู้วิจัย
1. แพทย์และพยาบาลขาดการประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัดร่วมกัน					
2. พยาบาลกลัวผู้ป่วยติดยาแก้ปวด					
3. พยาบาลไม่เชื่อว่าผู้ป่วยมีความเจ็บปวดจริง					
4. พยาบาลขาดความรู้ในการประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัด					
5. พยาบาลขาดความรู้ในการจัดการความเจ็บปวดด้วยการใช้ยา					
6. พยาบาลขาดความรู้ในการจัดการความเจ็บปวดด้วยวิธีไม่ใช้ยา					

ข้อความ	การรับรู้อุปสรรค				
	มาก	ค่อนข้าง มาก	ค่อนข้าง น้อย	น้อย	สำหรับ ผู้วิจัย
7. พยาบาลขาดความรู้ในการติดตามประเมินผลความเจ็บปวดหลังให้การพยาบาล					
8. พยาบาลขาดการปฏิบัติที่ต่อเนื่องในการจัดการความเจ็บปวด					
9. พยาบาลให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยน้อย					
10. พยาบาลไม่มีแบบแผนในการให้คำแนะนำที่ตรงกัน					
11. ความต้องการของผู้ป่วย พยาบาล และแพทย์ไม่ตรงกัน					
12. พยาบาลไม่เชื่อว่าการประเมินความเจ็บปวดเป็นสิ่งสำคัญ					
13. พยาบาลมีประสบการณ์ในการจัดการความเจ็บปวดน้อย					
14. พยาบาลขาดทักษะในการจัดการความเจ็บปวด					
15. ความรุนแรงของความเจ็บปวดและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมักไม่สัมพันธ์กัน					



ภาคผนวก ง

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การคำนวณหาค่าความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและทำการปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำผลที่ได้ไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือแต่ละชุดด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (Coefficient of Internal Consistency) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ที่มีสูตรดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2538)

$$\alpha = \left[\frac{n}{n-1} \right] \left[\frac{1 - \sum Si^2}{St^2} \right]$$

เมื่อ	α	=	สัมประสิทธิ์แห่งความเที่ยง
	n	=	จำนวนข้อความ
	Si^2	=	ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
	St^2	=	ความแปรปรวนของคะแนนรวมในแบบประเมินทั้งหมด

2. คำนวณหาค่าร้อยละ (Percentage) ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด โดยใช้สูตร

$$P = \frac{f \times 100}{n}$$

เมื่อ	P	=	ค่าร้อยละ
	f	=	ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
	n	=	จำนวนรวมทั้งหมด

3. การคำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความถี่ ความเชื่อ ประสิทธิภาพ การรับรู้อุปสรรค และการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวด (ประคอง กรรณสูตร, 2538) โดยใช้สูตร

สูตรคำนวณค่าเฉลี่ย (Mean)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ	\bar{X}	=	ค่าเฉลี่ยหรือมัธยฐานเลขคณิต
	$\sum X$	=	ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว
	N	=	จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

สูตรคำนวณส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

$$S.D. = \sqrt{\frac{N\sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ	S.D.	=	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	$\sum X$	=	ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว
	$\sum X^2$	=	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดแต่ละตัวยกกำลังสอง
	N	=	จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

4. หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ ประสิทธิภาพ และการรับรู้อุปสรรคกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลประจำการ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) ใช้สูตรดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2541: 314)

$$r_{xy} = \frac{N\sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[N\sum x^2 - (\sum x)^2][N\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ	r_{xy}	=	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x และตัวแปร y
	$\sum x$	=	ผลรวมของข้อมูลที่วัดได้จากตัวแปร x
	$\sum y$	=	ผลรวมของข้อมูลที่วัดได้จากตัวแปร y
	$\sum xy$	=	ผลรวมของผลคูณระหว่างค่าของตัวแปร x และ y
	$\sum x^2$	=	ผลรวมกำลังสองของข้อมูลจากตัวแปร x
	$\sum y^2$	=	ผลรวมกำลังสองของข้อมูลจากตัวแปร y
	N	=	จำนวนคนหรือจำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวภัทรา แสงแก้ว เกิดวันที่ 24 สิงหาคม 2519 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี
พยาบาลศาสตร์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง เมื่อปี พ.ศ.2541 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เมื่อปี พ.ศ.2545 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับ 6 หอผู้ป่วยศัลยกรรม
โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย