

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยต้องได้รับการรักษาพยาบาล ซึ่งมีอยู่หลายวิธี ทั้งนี้เพื่อให้เหมาะสมกับโรคที่เป็น และการผ่าตัดก็เป็นวิธีการรักษาโรคอีกวิธีหนึ่ง ที่มีการผ่าตัดบางส่วนของร่างกายซึ่งเป็นโรค หรือผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นออกไป เพื่อช่วยชีวิต หรือช่วยให้ผู้ป่วย สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข แต่ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะมีความเจ็บปวดเกิดขึ้น ถือว่าเป็นปัญหาหลังผ่าตัดที่สำคัญอีกปัญหาหนึ่ง เพราะความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เป็นความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลันและเป็นภาวะวิกฤตที่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดประสบอยู่ (Fogge & Baker, 2002) ซึ่งเป็นอาการที่ทำให้บุคคลเกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและด้านจิตใจ (Smeltzer & Bare, 2004)

ผลของความเจ็บปวดหลังผ่าตัดต่อร่างกายประการแรก จะทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็ว กล้ามเนื้อมีการหดเกร็งและเหนียวล้า ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้แรง ๆ และไม่สามารถไอได้เต็มที่ มีการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนในร่างกายผิดปกติ รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวันหลังผ่าตัดถูกรบกวน ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำรงชีวิต เช่น แบบแผนการนอนหลับถูกรบกวน (ดาร์สนี โปธารส, 2538; นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2535; นันทา เล็กสวัสดิ์, 2541; สุดกัญญา พัทวี, 2541) เป็นต้น ทำให้การฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัด เป็นไปอย่างล่าช้า (พงษ์ภารดี เจาทะเกษตริน, 2547; Coda & Bonica, 2001; Cousins & Power, 1999)

ประการที่สองเป็นผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม โดยความเจ็บปวดเป็นสาเหตุสำคัญของความทุกข์ทรมานหลังการผ่าตัด (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2542) ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นนี้จะทำให้เกิดการเร้าอารมณ์และการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ต่าง ๆ เช่น กลัว วิตกกังวล โกรธ ซึมเศร้า ซึ่งสิ่งที่เกิดขึ้นนี้ก็จะเป็นตัวกระตุ้นให้ความเจ็บปวดมีความรุนแรง มากขึ้น เป็นวงจรต่อเนื่องกันไป (พูลศรี พัฒนพงษ์, 2538; Curtis, Kolotlylo & Broom, 1998; Cousin & Power, 1999) และทำให้เกิดปัญหาในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง (Ferrell, 1995; Sofear, 1998) ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาอยู่ในโรงพยาบาลนาน (Good, 1999) รวมทั้งยังทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น ในทางตรงกันข้าม หากพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสามารถให้การดูแลจัดการความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยลดและ

ป้องกันผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดได้ นั่นคือ ผู้ป่วยจะรู้สึกสบายเพียงพอที่จะสามารถเคลื่อนไหวทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้รวดเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ลดระยะ เวลาการอยู่โรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ (Counsins & Power, 1999; Kitcatt, 2000)

ดังนั้นการจัดการความเจ็บปวดจึงถือเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมในระยะหลังผ่าตัด (Allocock, 1996) พยาบาลที่เป็นผู้ใกล้ชิด มีบทบาทรับผิดชอบต่อการบรรเทาอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายและมีความพึงพอใจการจัดการอาการเจ็บปวด และให้ถือว่าการจัดการความเจ็บปวดเป็นสิ่งสำคัญ เพราะความเจ็บปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 เป็นสิ่งที่พยาบาลต้องตระหนักถึง (Shuttleworth, 2005)

อย่างไรก็ตาม การจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังไม่มีประสิทธิภาพ เพราะผู้ป่วยยังไม่ได้การจัดการความเจ็บปวดตามที่ผู้ป่วยประสบอยู่ (Foge & Baker, 2002) ผลจากการที่พยาบาลให้การบรรเทาความเจ็บปวดที่ไม่เพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับคำตอบสนองในการจัดการความเจ็บปวดตามการคาดหวัง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บปวดที่รุนแรงมากขึ้น (สุดกัญญา พัทวี, 2541) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดไม่เพียงพอ เนื่องมาจากพยาบาลมีพฤติกรรมการประเมินความเจ็บปวดไม่ตรงกับสภาพผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด (Field, 1996; Mackintosh, 1994 อ้างถึงใน สังวาล แก้วประเสริฐ, 2532) จากการศึกษาของ เซียร์ (Scers, 1999) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 42 มีความคาดหวังว่าพยาบาลจะทราบว่าผู้ป่วยมีความเจ็บปวดและต้องการยาระงับปวด โดยที่ไม่ต้องให้ผู้ป่วยบอก แต่ร้อยละ 68 ของพยาบาลคาดหวังว่าผู้ป่วยจะเป็นฝ่ายบอกแก่พยาบาลเมื่อต้องการยาระงับปวด และผู้ป่วยยังคาดหวังว่าจะได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดอย่างดี โดยคาดหวังกิจกรรมการพยาบาลไว้สูง แต่ในทางปฏิบัติพบว่า ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดยังไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมยุลี สำราญญาติ (2536) ที่ศึกษาเปรียบเทียบ ความคาดหวังกับประสบการณ์จริง ของผู้ป่วยเกี่ยวกับระดับความเจ็บปวดและกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ที่พบว่า กิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับหลังผ่าตัดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดตามที่ผู้ป่วยคาดหวังแตกต่างจากประสบการณ์จริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกับ อี ไอดาวัล และฮีแฮมริน (E idavall & Hehamrin, 2000 อ้างถึงใน มยุลี สำราญญาติ, 2536) ที่พบว่า ผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการความเจ็บปวดจะทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ ความเจ็บปวดที่ไม่ดีกลายเป็นความเจ็บปวดเรื้อรังและมีผลต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยครั้งต่อไป ดังนั้นการจัดการความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดจึงยังคงเป็นปัญหาสำคัญ แม้ว่าปัจจุบันการศึกษาวิจัยต่าง ๆ ได้ให้ความสำคัญกับการจัดการกับความเจ็บปวดมากขึ้นก็ตาม แต่จากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาล ซึ่งเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยคาดหวัง

ว่าจะช่วยบรรเทาความเจ็บปวด และดูแลตนให้ได้รับความสุขสบาย เพราะพยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่าบุคคลอื่นในทีมสุขภาพ พยาบาลส่วนใหญ่ยังมีการจัดการกับความปวดผู้ป่วยหลังการผ่าตัดไม่เหมาะสมและไม่เพียงพอ และในสถานบริการหลายแห่งยังมีการจัดการกับความเจ็บปวดอยู่ในระดับต่ำ (Mackintosh & Bowel, 2000; Puls - McColl, Holden, Buschmann, 2001) แต่ในเวลาเดียวกันผู้ป่วยต้องการการจัดการความเจ็บปวดอย่างเพียงพอมากขึ้น (Agency for Health Care Policy and Research, 1992 cited in Coyne et al., 1999)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาการจัดการความเจ็บปวดพบว่าอุปสรรคที่มีผลต่อการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด มีหลายประการ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์การจัดการความเจ็บปวด

ความรู้การจัดการความเจ็บปวด ความรู้ของพยาบาลที่มีผลต่อการจัดการความเจ็บปวดมีความสำคัญ และมีผลกับการจัดการความเจ็บปวดให้กับผู้ป่วยอย่างมากคือ ความรู้ในเรื่องการประเมินความเจ็บปวดเพราะการประเมินความเจ็บปวดเป็นการประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดเป็นขั้นตอนที่สำคัญ เนื่องจากสามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย ในการประเมินความเจ็บปวด จะต้องครอบคลุมบุคคลในฐานะองค์กรวม (อรัญญา เชาวลิต, 2543) จากการศึกษาของจอस्टรอม ดาลเรน และ ฮาจาเม (Sjostrom, Dahlgren & Haljamae, 2000) ที่ศึกษารูปแบบที่พยาบาลและแพทย์ใช้ในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยของ ในพยาบาลจำนวน 30 ราย แพทย์จำนวน 30 ราย และสัมภาษณ์ผู้ป่วย 180 ราย พบว่า การประเมินความเจ็บปวดและการบรรเทาความเจ็บปวดของพยาบาลแก่ผู้ป่วยน้อยกว่าความเป็นจริง เพราะทั้งแพทย์และพยาบาลใช้การประเมินความเจ็บปวดโดยประเมินจากลักษณะโรคและลักษณะภายนอกที่ผู้ป่วยแสดงให้เห็น ไม่ได้นำความรู้เรื่องการประเมินความเจ็บปวดมาใช้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อิดาวอล และเอห์เรนเบิร์ก (Idavall & Ehrenberg, 2002) ที่พบว่าพยาบาลให้การบรรเทาความเจ็บปวดไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการบันทึกการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดผู้ป่วยหลังการผ่าตัด โดยการตรวจสอบบันทึกรายงานผู้ป่วยจำนวน 172 ราย พบว่าพยาบาลมีการบันทึกความเจ็บปวดอย่างเป็นระบบโดยใช้เครื่องมือประเมินความปวดมีน้อยกว่าร้อยละ 10 มีการบันทึกตำแหน่งที่ปวดร้อยละ 50 และมีการบันทึกลักษณะความเจ็บปวดเพียงร้อยละ 12 จากผลการศึกษาข้างต้น แสดงว่าพยาบาลยังขาดความรู้ในเรื่องการประเมินความเจ็บปวด ขาดความตระหนักในการประเมินความเจ็บปวดอย่างเป็นระบบ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีความสำคัญต่อการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด (Innis et al., 2004; Jastrzap et al., 2004; Lellan, 2004; McCaffery & Ferrell, 1994; Riley, 2005 อ้างถึงใน อรพรรณ ไชยชาติ, 2548) ดังนั้นในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดจะได้ผลมากขึ้นน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำไปสู่การบรรเทาความเจ็บปวดอย่างมีประสิทธิภาพ

ทัศนคติการจัดการความเจ็บปวด ทัศนคติของพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญและมีผลต่อการจัดการความเจ็บปวด จากการศึกษาพบว่า พยาบาลมีทัศนคติในเรื่องความเจ็บปวดและการจัดการความเจ็บปวดไม่ถูกต้อง คือ ความเชื่อในเรื่องการรายงานความเจ็บปวดของผู้ป่วย โดยพยาบาลเชื่อว่าผู้ป่วยมีการรายงานความเจ็บปวดเกินความเป็นจริง และพยาบาลก็ยังให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วยในระดับต่ำกว่าที่ควร (Clarke et al., 1996; Rees, 2000) พยาบาลมีการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยโดยการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยว่าผู้ป่วยมีความเจ็บปวดจริงก่อนตัดสินใจให้ยาแก้ปวดกับผู้ป่วยหลังผ่าตัด (Schafheutle, Cantrill & Noyce, 2001) นอกจากนั้นพยาบาลยังมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการให้ยาเพื่อบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วย นั่นคือ พยาบาลกลัวผู้ป่วยจะติดยาและกลัวผลข้างเคียงของยาที่เกี่ยวข้องกับการกดการหายใจของผู้ป่วย (Anneke et al., 1997)

ประสบการณ์การจัดการความเจ็บปวด ประสบการณ์มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่งของบุคคล เนื่องจากเป็นผลจากการเรียนรู้ หรือรับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งในแง่บวกและแง่ลบ มีการสั่งสมและเรียนรู้มาตั้งแต่วัยเด็กซึ่งบุคคลจะนำสิ่งที่ได้เรียนรู้มา มาใช้ในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ได้รับว่ามีอิทธิพลต่อจิตใจมากน้อยเพียงใด การตัดสินใจในสถานการณ์เดียวกัน อาจไม่เหมือนกัน (ประภาพรเพ็ญ สุวรรณ, 2534) และเบนเนอร์ (Benner, 1984) กล่าวว่าผู้ที่ใช้เวลาในการปฏิบัติงานหลายปีจะมีประสบการณ์การทำงานมากกว่าผู้ที่ใช้เวลาปฏิบัติงานน้อย เนื่องจากการที่ได้มีการฝึกฝนมากกว่าและเกิดความชำนาญในการปฏิบัติ และจากคำกล่าวของ (วัชรีย์ แสงมณี และคณะ, 2543) การมีประสบการณ์จะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจและทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามมา ซึ่งอาจจะทำนายได้ว่าบุคคลที่มีประสบการณ์ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง มาเป็นเวลานานจะมีทักษะความชำนาญในเรื่องนั้น ๆ จากการศึกษาของ ลีส์และลิลลี (Rees, 2000; Riley, 2005) พบว่า ประสบการณ์การทำงานที่มากขึ้น มีผลต่อการประเมินความเจ็บปวดลดลง เนื่องจากความเคยชินต่อการเผชิญกับความเจ็บปวด ประสบการณ์การจัดการความเจ็บปวดมีส่วนสำคัญต่อพยาบาลและมีผลต่อการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตามระดับความสามารถของแต่ละบุคคล

โรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือตอนล่าง 2 โรงพยาบาล เป็นโรงพยาบาลที่รองรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดของโรงพยาบาลประจำจังหวัดแต่ละจังหวัดในเขตรับผิดชอบ ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพิ่มขึ้นในแต่ละปีและโรงพยาบาลเหล่านี้ได้ริเริ่มนำนโยบายการจัดการความเจ็บปวดให้กับผู้ป่วยหลังการผ่าตัดในโรงพยาบาลของตัวเอง พร้อมกับได้มีการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวดให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดตลอดมา และได้มีการนำการจัดการความเจ็บปวดมาใช้ในการห่อผู้ป่วย (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2547) ถึงแม้จะมีการนำการจัดการความเจ็บปวดมาใช้แต่ก็ยังประสบปัญหาในการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวดใน

ผู้ป่วยหลังผ่าตัด และยังไม่มีการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมของพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดในโรงพยาบาลเหล่านี้ ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรสุขภาพและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด จึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ในโรงพยาบาลในเขตภาคเหนือตอนล่าง เพื่อเป็นข้อมูลให้พยาบาลเกิดการตระหนักถึงการจัดการความเจ็บปวดให้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัด

คำถามของการวิจัย

1. ความรู้ ทักษะ และ ประสิทธิภาพการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก หอผู้ป่วยนรีเวช และหอผู้ป่วยหลังคลอดของโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือตอนล่างเป็นอย่างไร
2. พฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก หอผู้ป่วยนรีเวชและหอผู้ป่วยหลังคลอดของโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือตอนล่างเป็นอย่างไร
3. ความรู้ ทักษะ และประสิทธิภาพการจัดการความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และประสิทธิภาพการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และประสิทธิภาพการจัดการความเจ็บปวดกับพฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้ ทักษะ และประสิทธิภาพการจัดการความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ด้านการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลและโรงพยาบาลสามารถนำเนื้อหาในส่วนของ การประเมินความเจ็บปวด การจัดการความเจ็บปวด และการประเมินผลลัพธ์การจัดการความเจ็บปวด ของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ไปใช้ในการประกอบการเรียน การสอน ในส่วนของเนื้อหาที่ เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดด้านการจัดการความเจ็บปวด

ด้านการวิจัย

พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยและข้อเสนอแนะมาเป็นพื้นฐาน ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด มาเป็นพื้นฐานในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยใน กลุ่มอื่น ๆ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

สามารถนำผลการวิจัย มาประยุกต์ใช้ในการทำกิจกรรมพยาบาลในหอผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ด้านการบริหารการพยาบาล

โรงพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลใน การจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยกำหนดเป็นแผนงานหรือนโยบายระดับ โรงพยาบาลหรือสถานบริการนั้น ๆ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการจัดการความเจ็บปวด ความรู้ ทักษะ ประสิทธิภาพ การจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และประสิทธิภาพการจัดการความเจ็บปวดกับพฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลดูแลผู้ป่วย หลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นพยาบาลปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมอุบัติเหตุ ศัลยกรรมกระดูก หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก หอผู้ป่วยทางนรีเวชและหอผู้ป่วยหลังคลอด จำนวน 160 ราย โรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือตอนล่าง จำนวน 2 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จ.นครสวรรค์และ โรงพยาบาลพุทธชินราช จ.พิษณุโลก เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2549 - เดือนธันวาคม พ.ศ. 2549

ตัวแปรในการศึกษา ประกอบด้วย

1. ตัวแปรอิสระ คือ ความรู้ ทักษะ และประสิทธิภาพการจัดการความเจ็บปวดของ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

2. ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย
หลังผ่าตัด

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวด หมายถึง ความเข้าใจที่เกิดจากสะสมมาจากการ
เล่าเรียน การค้นคว้า ในส่วนของความรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวด การประเมินความเจ็บปวด การ
จัดการความเจ็บปวดและ การประเมินผลลัพธ์การจัดการความเจ็บปวด ประเมินได้จากแบบวัด
ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดและการจัดการกับความเจ็บปวดที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามของ
ลดา ไชยแก้ว (2547)

ทัศนคติต่อการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาล หมายถึง ความรู้สึกและความเชื่อ
ความคิดเห็นของพยาบาลที่มีต่อการจัดการความเจ็บปวด ซึ่งได้จากการเรียนรู้ทำให้เกิดความพร้อม
ที่จะได้แสดงพฤติกรรมในทิศทางบวกหรือลบ ประเมินจากแบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการ
จัดการความเจ็บปวดของพยาบาลซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากแบบวัดทัศนคติต่อการจัดการความเจ็บปวด
ของพยาบาลของกนิษฐ ศรีปานแก้ว (2547)

ประสิทธิภาพการจัดการความเจ็บปวด หมายถึง ระยะเวลาที่พยาบาลได้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับ
การจัดการความเจ็บปวดให้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัด พฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวด หมายถึง การกระทำ
ของพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัด ในด้าน การประเมินความเจ็บปวด การจัดการความเจ็บปวด
และการประเมินผลลัพธ์การจัดการความเจ็บปวด ประเมินโดยแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการความ
เจ็บปวดของพยาบาล ที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถาม ของ วชิราพร
สุนทรสวัสดิ์ (2545)

การประเมินความเจ็บปวด หมายถึง การกระทำของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวด
จากคำบอกเล่าของผู้ป่วย การสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา

การจัดการความเจ็บปวด หมายถึง การกระทำของพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวด
ทั้งวิธีที่ไม่ใช่ยาและใช้ยา

การประเมินผลลัพธ์การจัดการความเจ็บปวด หมายถึง การกระทำของพยาบาลในการ
ประเมินผลลัพธ์การจัดการความเจ็บปวด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และประสบการณ์การจัดการความเจ็บปวดกับพฤติกรรมจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะและการปฏิบัติของชวาร์ท (Schwartz, 1975) เพื่อเป็นแนวทางในการทำวิจัย ในการศึกษาพฤติกรรมของพยาบาล โดยชวาร์ท กล่าวว่าพฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้ทั้ง 3 ด้านคือ ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ ซึ่งด้านความรู้ เป็นกระบวนการทางสมอง เป็นความสามารถด้านสติปัญญาที่เกี่ยวข้องกับ การรับรู้ การจำข้อเท็จจริงต่าง ๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติปัญญา การใช้ความคิด วิเคราะห์เพื่อประกอบกับการตัดสินใจ จำแนกได้ตามลำดับขั้นจากง่ายไปยาก และส่งผลถึงการปฏิบัติ ด้านทักษะ ซึ่งเป็นกระบวนการทางด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก ความสนใจ การให้คุณค่า การปรับปรุงค่านิยม การแสดงคุณลักษณะที่น่าเชื่อถือ รวมไปถึงความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ กันสามารถบอกแนวโน้มของบุคคลในการกระทำ ส่วนด้านการปฏิบัติเป็นตัวช่วยให้เกิดการแสดงออกของการกระทำที่เกิดจากความตั้งใจที่ถูกต้อง แต่กระบวนการในการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยระยะเวลาและการตัดสินใจในหลายขั้นตอน

ทัศนคติจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติ ทัศนคติจะเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดการปฏิบัติ จากรูปแบบความสัมพันธ์ ความรู้มีความสัมพันธ์กับทัศนคติเสมอและทัศนคติกับความรู้ต่าง ๆ ก็มีความสัมพันธ์กันและส่งผลกันและกัน เป็นที่เชื่อกันว่ามีผลต่อ การแสดงออกทางพฤติกรรม เพราะว่าพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ต้องมีความรู้เรื่องความเจ็บปวดและการจัดการความเจ็บปวด และการประเมินผลลัพธ์ ถ้าพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดมีความรู้ที่ดีต่อการจัดการความเจ็บปวดซึ่งแสดงถึงมีทัศนคติที่ดีต่อการจัดการความเจ็บปวด ประสบการณ์คือ กระบวนการของการได้มาซึ่งความรู้หรือทักษะในการปฏิบัติงาน ที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน และการได้รับการอบรมของพยาบาล แต่ละคนที่แตกต่างกันไปตามระยะเวลาของประสบการณ์ในการทำงาน ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานนับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการปฏิบัติงาน (Brim cited in Gaff, 1975) และจากผลงานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาว่า ประสบการณ์การจัดการความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการ ความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

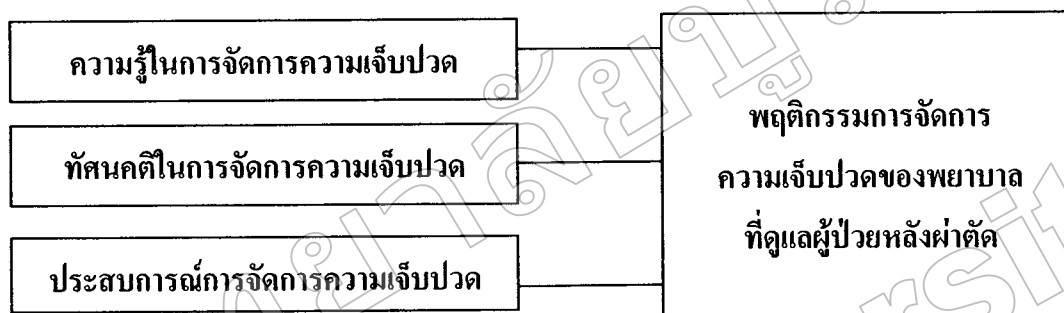
ซึ่งจะเห็นได้ว่าทัศนคติเป็นสิ่งสำคัญต่อการปฏิบัติ ที่มีผลสืบเนื่องมาจากการได้รับความรู้ และประสบการณ์การจัดการความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์ที่พยาบาลได้เคยปฏิบัติในการจัดการความเจ็บปวดให้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัด ระยะเวลาในการจัดการความเจ็บปวดและกระบวนการของการได้มาซึ่งความรู้หรือทักษะในการปฏิบัติงาน ผู้ที่มีประสบการณ์มากมักจะมีโอกาสเผชิญกับ

การจัดการความเจ็บปวดมาก ทำให้เป็นคนกล้าคิด กล้าตัดสินใจในการจัดการความเจ็บปวดให้กับผู้ป่วย

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาว่าความรู้ ทักษะ และ ประสิทธิภาพการจัดการความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย