



สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง



วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต

ปีการศึกษา 2566



**NURSES'S COMPETENCY IN PAIN MANAGEMENT AND
ASSOCIATED FACTORS**

BY

NIPADA LATTHITHANATHAM

**A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT
OF THE REQUIREMENTS FOR
THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE
IN ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING
SCHOOL OF NURSING**

GRADUATE SCHOOL, RANGSIT UNIVERSITY

ACADEMIC YEAR 2023

วิทยานิพนธ์เรื่อง

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

โดย

นิพาดา ลัทธินชธรรม

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

มหาวิทยาลัยรังสิต

ปีการศึกษา 2566

รศ. ดร.บัวหลวง สำแดงฤทธิ์
ประธานกรรมการสอบ

ผศ. ดร.น้ำอ้อย ภัคดีวงศ์
กรรมการ

ผศ. ดร.อำภาพร นามวงศ์พรหม
กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษา

ผศ. ดร.มนพร ชาติชำนิ
กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

บัณฑิตวิทยาลัยรับรองแล้ว

(ผศ. ร.ต. หญิง ดร. วรณี สุขสาตร)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

30 สิงหาคม 2566

Thesis entitled

**NURSES'S COMPETENCY IN PAIN MANAGEMENT
AND ASSOCIATED FACTORS**

by

NIPADA LATTHITHANATHAM

was submitted in partial fulfillment of the requirements
for the degree of Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing

Rangsit University

Academic Year 2023

Assoc. Prof. Bualuang Sumdaengrit, Ph.D.

Examination Committee Chairperson

Asst. Prof. Nam-oy Pakdevong, Dr.P.H.

Member

Asst. Prof. Ampaporn Namvongprom, Ph.D.

Member and Advisor

Asst. Prof. Manaporn Chatchumni, Ph.D.

Member and Co-Advisor

Approved by Graduate School

(Asst.Prof.Plt.Off. Vanee Sooksatra, D.Eng.)

Dean of Graduate School

August 30, 2023

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้เป็นอย่างดีเนื่องมาจากได้รับความอนุเคราะห์จาก ผศ. ดร. อำภาพร นามวงศ์พรหม อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผศ. ดร. มนพร ชาติขานี อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม และรองศาสตราจารย์ ดร. บัณฑิตวงศ์ ประชานุกรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความเอาใจใส่ช่วยเหลือ แก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์และคอยให้คำปรึกษา ชี้แนะ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ เป็นอย่างดีมาโดยตลอด จนกระทั่งวิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งในความกรุณาอย่างยิ่งและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สุทัศน์ โขชนะพันธ์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ (สาขาศัลยกรรมและด้านมะเร็งวิทยา) ดร. นิชาภา ยนจอหอ รองหัวหน้าพยาบาลฝ่ายวิชาการสถาบันบาราศนราคร และคุณบุญธิดา ลิมาพงษ์ภาส พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และตรวจแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ สถาบันบาราศนราครทุกท่านที่ให้ความร่วมมือช่วยเหลือ เพื่อให้การเก็บข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นไปอย่างราบรื่น

สุดท้ายนี้ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ตลอดจนญาติพี่น้องและเพื่อนๆ ที่คอยสนับสนุนให้กำลังใจเป็นอย่างดี และเจ้าของตำราที่ข้าพเจ้าได้ศึกษาค้นคว้า ให้ผู้วิจัยมีความเพียรพยายามในการศึกษาจนสำเร็จการศึกษา คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแก่ทุกท่านที่กล่าวมา ณ ที่นี้

นิพาดา ลัทธินธรรม

ผู้วิจัย

6204962 : นิพาดา ลัทธินชธรรม
 ชื่อวิทยานิพนธ์ : สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
 หลักสูตร : พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
 อาจารย์ที่ปรึกษา : ผศ.ดร. อัมภพร นามวงศ์พรหม
 อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม : ผศ.ดร. มนพร ชชาติธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาและหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด ได้แก่ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ประสิทธิภาพการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวด และทักษะการสื่อสารของพยาบาลในการจัดการความปวด โดยใช้กรอบแนวคิดของ Fishman และคณะ (2013) ประกอบด้วย 4 สมรรถนะหลักคือ 1) ด้านความรู้พื้นฐานความปวด 2) ด้านการประเมินความปวด 3) ด้านการจัดการความปวด และ 4) ด้านการจัดการความปวดให้สอดคล้องกับบริบท กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการในสถาบันบำราศนราดูร จำนวน 134 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด คือ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลในการจัดการความปวด และแบบสอบถามทักษะการสื่อสารของพยาบาล คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินสมรรถนะทั้งชุดโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเรียงอันดับของสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.62, SD = 0.73$) ทักษะการสื่อสารของพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.45, SD = 1.01$) เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านระยะเวลาการปฏิบัติงานกับสมรรถนะของพยาบาล พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ($r = .153, p = .078$) ส่วนประสิทธิภาพการอบรมของพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลในระดับต่ำ ($r = .257, p = .003$) ในขณะที่ด้านทักษะการสื่อสารของพยาบาลในการจัดการความปวด โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะในระดับปานกลาง ($r = .576, p = .000$) พบว่า การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับพยาบาล พยาบาลกับผู้ป่วย หรือบุคคลในครอบครัว และพยาบาลกับสหสาขาวิชาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถนะของพยาบาล ($r = .521, .520, .614, p = .000$ ตามลำดับ)

(วิทยานิพนธ์มีจำนวนทั้งสิ้น 97 หน้า)

คำสำคัญ: สมรรถนะของพยาบาล การจัดการความปวด ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ประสิทธิภาพการอบรม ความปวด ทักษะการสื่อสาร

ลายมือชื่อนักศึกษา ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา
 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

6204962 : Nipada Latthithanatham
 Thesis Title : Nurses’s Competency in Pain Management and Associated Factors
 Program : Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing
 Thesis Advisor : Asst. Prof. Ampaporn Namvongprom, Ph.D.
 Thesis Co-advisor : Asst. Prof. Manaporn Chatchumni, Ph.D.

Abstract

This descriptive correlational research aimed to investigate pain management competency of professional nurses and associated factors regarding work experience, training experience and communication skills. Four core competencies of Fishman et al., (2013) i.e., (1) fundamental concepts of pain, (2) pain assessment and measurement, (3) management of pain, and (4) context of pain management in accordance with the context were used as a conceptual framework. In this study, 134 professional nurses at the Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute were recruited using a purposive sampling method. Data were collected by using personal information sheets, pain management competency questionnaire, and communication skills of professional nurses’ questionnaire. The revised pain management competency questionnaire was assessed for internal consistency reliability with Cronbach's coefficients alpha at .95. Data were analyzed by using Spearman's Rank Correlation.

The findings indicated that professional nurses demonstrated a high level of competency in pain management, as evidenced by a mean score of 3.62 (SD = 0.73). The overall communication skills of professional nurses were at a good level (M = 3.45, SD = 1.01). There was no significant correlation (r = .153, p = .078) between work experiences and competency of professional nurses. Nevertheless, there was a low level of correlation between nurse’s competency and training experience, (r = .257, p = .003). Moreover, there was a moderate positive correlation between overall nurses’ communication skills and nurse’s competency in pain management (r = .576, p = .000). Considering each aspect of communication skills between nurses to nurses, nurses to patients/family members, and nurses to multidisciplinary teams, the associations were at moderate levels (r = .521, .520, .614, p = .000 respectively).

(Total 97 pages)

Keywords: Nurse's Competency, Pain Management, Work Experience, Training Experiences in Pain Management, Communication Skills

Student’s signature Thesis Advisor’s signature
 Thesis Co-Advisor’s signature

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญรูป	ช
บทที่ 1	
บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	4
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
สมมติฐานการวิจัย	4
กรอบแนวคิดการวิจัย	4
นิยามเชิงปฏิบัติการ	6
บทที่ 2	
ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง / ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	8
สมรรถนะของพยาบาลในการจัดการความปวด	8
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของพยาบาลในการจัดการความปวด	24
บทที่ 3	
ระเบียบวิธีการวิจัย	29
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	29
พื้นที่ศึกษา	30
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	31
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	36
การเก็บรวบรวมข้อมูล	36
การวิเคราะห์ข้อมูล	37

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	39
ส่วนที่ 1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	39
ส่วนที่ 2 สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ในการจัดการความปวด	42
ส่วนที่ 3 ทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ	47
ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ในการจัดการความปวดกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์	49
บทที่ 5 สรุปผลและข้อเสนอแนะ	51
สรุปผลการวิจัย	51
อภิปรายผลการวิจัย	52
ข้อเสนอแนะ	57
เอกสารอ้างอิง	58
ภาคผนวก	66
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	67
ภาคผนวก ข เอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	80
ภาคผนวก ค ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	84
ประวัติผู้วิจัย	97

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า	
4.1	ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	40
4.2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ในการจัดการความปวดทั้งโดยรวมและรายด้าน	43
4.3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของสมรรถนะด้านความรู้ พื้นฐานความปวด	43
4.4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของสมรรถนะด้านการประเมิน ความปวด	45
4.5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของสมรรถนะด้านการจัดการ ความปวด	46
4.6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของสมรรถนะด้านการจัดการ ความปวดให้สอดคล้องกับบริบท	47
4.7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมและรายด้าน	48
4.8	ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทักษะการสื่อสาร โดยรวมและรายด้าน	48
4.9	ทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ในสถาบัน บำราศนราดูร กับระยะเวลาการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ประสิทธิภาพ การอบรมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปวดและทักษะการสื่อสาร ของพยาบาลในการจัดการความปวด โดยใช้สถิติ สเปียร์แมน แรงค์	49

สารบัญรูป

รูปที่

หน้า

1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

6



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปวดเป็นประสบการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจของบุคคล ทั้งด้านการรับรู้สึกและอารมณ์ ซึ่งเกิดจากการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นหรือมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นกับเนื้อเยื่อ หรืออธิบายในรูปของการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ (International Association of the Study of Pain [IASP], 2022) ในสหรัฐอเมริกา มีรายงานว่า มีคนจำนวนมากกว่า 100 ล้านคน ต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการปวดเรื้อรัง (Simone, Vapiwala, Hampshire, & Metz, 2012) ซึ่งส่งผลกระทบต่อให้เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า รบกวนการนอนหลับ คุณภาพชีวิตลดลง และทำให้ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพสูงขึ้น (Leadley et al., 2014) ในขณะที่อาการปวดเฉียบพลัน หลังการผ่าตัดยังเป็นปัญหาทางคลินิกที่สำคัญ โดยร้อยละ 20 ถึง 40 ของผู้ป่วยมีอาการปวดรุนแรงหลังการผ่าตัด (Gerbershagen et al., 2013) ความปวดเฉียบพลันที่ไม่สามารถควบคุมได้ ก่อให้เกิดผลกระทบทางคลินิก ทางเศรษฐกิจและสังคม ระยะเวลาการพักรักษาตัว นานขึ้น การเข้ารับการรักษาซ้ำที่มากขึ้น และความเสียหายที่เพิ่มขึ้นสำหรับการพัฒนาความปวดหลังการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Hyland, Wetshtein, Grable, & Jackson, 2022) จากข้อมูลการผ่าตัดมากกว่า 73 ล้านครั้งต่อปีในสหรัฐอเมริกาต่อปี มีมากกว่าร้อยละ 75 ของผู้เข้ารับการผ่าตัด มีความปวดระดับปานกลางถึงมาก ในระยะหลังผ่าตัดทันที อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยังคงประสบกับความปวดภายหลังการจำหน่ายกลับบ้านถึงร้อยละ 74 (Gan, Habib, Miller, White, & Apfelbaum, 2014) ซึ่งอาการปวดทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง มีผลกระทบ โดยตรงต่อผู้ป่วย และมีความจำเป็นต้องได้รับการจัดการความปวด เพื่อลดผลกระทบของความปวดที่ไม่สามารถควบคุมได้

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการความปวดร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์ ผู้ให้การรักษา การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพนั้น พยาบาลต้องมีส่วนร่วมในการจัดการความปวดซึ่งรวมถึงความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับความปวด สาเหตุ กลไกและพยาธิสภาพของความปวด การประเมินความปวดโดยใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐานเหมาะสมกับสถานการณ์ของผู้ป่วย การจัดการความปวดโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา การจัดการความปวดที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยที่มีลักษณะเฉพาะ

รวมทั้งติดตามเป้าหมายอย่างเหมาะสม (Fishman et al., 2013) จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลในประเทศไทย พบว่า มีจำนวนน้อย งานวิจัยของจุฬารัตน์ แซ่พัง, ขนิษฐา นาคะ, และประณีต ส่งวัฒนา (2560) ที่ศึกษาสมรรถนะในการจัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพ ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 165 ราย พบว่า สมรรถนะในการประเมินความปวด การจัดการความปวดและการติดตามความปวดของผู้บาดเจ็บอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับสูง ขณะที่สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับความปวดอยู่ในระดับปานกลางหรือต่ำกว่าด้านอื่นๆ ซึ่งเป็นการปฏิบัติผลของงานวิจัยนี้สอดคล้องกับ การศึกษาของ ศรีสุดา งามขำ และคณะ (2561) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินและการจัดการความปวดของพยาบาลไทยที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลตติยภูมิ จำนวน 535 คน จากโรงพยาบาลศูนย์หรือ โรงพยาบาลระดับจังหวัด ทั้งในภาคเหนือ กลาง ตะวันออก และใต้ ของประเทศ โดยใช้แบบสอบถามความรู้ ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ อยู่ในระดับต่ำกว่า ร้อยละ 50 (48.43%) ซึ่งผู้วิจัยสรุปว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมานานยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความปวดในระดับต่ำ และพยาบาลส่วนใหญ่ (73.6%) ยังไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับความปวด ซึ่งผลของการวิจัยนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศเช่นกัน ที่พบว่า สมรรถนะของพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ติดยาเสพติด (Opioid addiction) ในประเทศนอร์เวย์ จำนวน 98 คน ที่พบว่า พยาบาลร้อยละ 88 มีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการรักษาความปวดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ (Krokmyrdal & Andenæs, 2015) และการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของ Bouya et al. (2019) ที่ศึกษาความรู้ และทัศนคติในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งของพยาบาลหน่วยมะเร็งวิทยา จากงานวิจัย 12 เรื่อง กลุ่มตัวอย่าง 3,574 คน ข้อสรุปจากงานวิจัย พบว่า มีงานวิจัย 4 เรื่อง ที่พยาบาลมีความรู้ในระดับต่ำ และ 4 เรื่อง มีความรู้ในระดับปานกลาง รวมทั้งมีทัศนคติในระดับปานกลาง (4 เรื่อง) ที่ทัศนคติในทางลบ (4 เรื่อง) อุปสรรคสำคัญที่เป็นปัญหาคือการขาดความรู้เกี่ยวกับความปวดของพยาบาล จะเห็นได้ว่าข้อสรุปเกี่ยวกับ สมรรถนะของพยาบาลในการจัดการความปวด มีแนวโน้มที่คล้ายคลึงกันคือ อยู่ในระดับที่จะต้องพัฒนาให้ดีขึ้น อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของพยาบาลที่จะต้องค้นหา ซึ่งอาจแตกต่างกันออกไป เพื่อนำมาพิจารณาหาหนทางในการปรับปรุงแก้ไข ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และบริบทต่อไป

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลในการจัดการความปวด พบว่า มี 2 ปัจจัยที่สำคัญ คือ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับความปวด (ศรีสุดา งามขำ และคณะ, 2561; Bouya et al., 2019; Fernández-Castro et al., 2021) และยังพบว่าสมรรถนะของพยาบาลยังมีความสัมพันธ์กับทักษะการสื่อสาร ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญ

ที่จะช่วยให้การจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมีทั้งการให้ข้อมูลที่ชัดเจน การใช้คำถามปลายเปิด การส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ขัดจังหวะการพูดของผู้ป่วย และมีส่วนร่วมในการฟังอย่างมีสมาธิ รวมถึงเลือกวิธีการสื่อสารแบบเปิดทำให้ผู้ป่วยสามารถแสดงความรู้สึก ความคิดเห็นออกมาได้อย่างเต็มที่ ทำความเข้าใจมุมมองของผู้ป่วย การแสดงออกถึงความสนใจฟังผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีและลดความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น (เปรมฤดี ศรีวิชัย และกันตยา ลิมประเสริฐ, 2562; Amoah et al., 2019)

สถาบันบำราศนราดูร เป็นสถานบริการในระดับตติยภูมิ สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ขนาด 650 เตียง ซึ่งตั้งขึ้นเพื่อเป็นสถาบันทางวิชาการ ที่ให้บริการทางด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดต่อและ โรคติดเชื้อในเบื้องต้น อย่างไรก็ตาม สถาบันบำราศนราดูรได้ขยายขอบข่ายของการบริการไปยังผู้ป่วยทั่วไป ทั้งอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติรีเวชและอื่น ๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา ข้อมูลจากเวชระเบียนสถาบันบำราศนราดูร (2564) พบว่าในปัจจุบัน สัดส่วนของผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มาใช้บริการที่สถาบันฯ มีประมาณ ร้อยละ 20.16 ในขณะที่เป็นผู้ป่วยโรคทั่วไปถึงร้อยละ 79.84 การขยายขอบข่ายการบริการของสถาบันนี้ แบ่งขยายโดยโครงสร้างและการทำหน้าที่ของสถาบันพร้อม ๆ กันไป การขยายงานนโยบายของแผนกต่าง ๆ เหล่านี้ ทำให้มีจำนวนพยาบาลเพิ่มขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 90 เป็นพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาปริญญาตรี กลุ่มการพยาบาลซึ่งเป็นองค์กรสำคัญของสถาบันบำราศนราดูร ได้มีแผนในการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีสมรรถนะทางด้านวิชาชีพให้ตอบสนองต่อวิสัยทัศน์ พันธกิจและนโยบายของสถาบัน ได้มีการจัดทำแนวปฏิบัติและอบรมเพื่อเพิ่มพูนสมรรถนะในด้านต่าง ๆ ของพยาบาลเป็นระยะมาโดยตลอดถึงแม้จะมีการนำแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการความปวดมาใช้ แต่ยังไม่มีการกำหนดสมรรถนะเกี่ยวกับการจัดการความปวดของพยาบาล รวมทั้งยังไม่มีการศึกษาสมรรถนะในการจัดการความปวดของพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสมรรถนะในการจัดการความปวดของพยาบาลในสถาบันบำราศนราดูร โดยใช้แนวคิดสมรรถนะหลักของ Fishman et al. (2013) ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาคาดว่าจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลและเป็นแนวทางพัฒนาระบบการจัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้นำไปสู่การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ สะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น

คำถามการวิจัย

1. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ในการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วย เป็นอย่างไร
2. ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ประสิทธิภาพการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวด และทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวดหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการปฏิบัติงาน ประสิทธิภาพการอบรมและทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวดกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด

สมมติฐานงานวิจัย

1. ระยะเวลาการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพและประสิทธิภาพการอบรมมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด
2. ทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปวดมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลในการจัดการความปวด โดยใช้กรอบแนวคิดของ Fishman et al. (2013) ซึ่งประกอบด้วย 4 สมรรถนะหลักคือ 1) สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด (Fundamental Concepts of Pain) สมรรถนะนี้มุ่งเน้นการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดพื้นฐานของความปวด 2) สมรรถนะด้านการประเมินความปวด (Pain Assessment and Measurement) สมรรถนะนี้เกี่ยวข้องกับทักษะพื้นฐานในการประเมินความปวดและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินความปวด 3) สมรรถนะด้านการจัดการความปวด (Management of Pain) สมรรถนะนี้มุ่งเน้นไปที่แนวทางการจัดการความปวด การให้ข้อมูลและคำปรึกษาเกี่ยวกับ

การจัดการความปวด และ 4) สมรรถนะด้านการจัดการความปวดให้สอดคล้องกับบริบท (Context of Pain Management) สมรรถนะนี้มุ่งเน้นไปที่บทบาทการจัดการความปวด รวมถึงการเข้าใจบทบาทหน้าที่ในการจัดการความปวดให้กับผู้ป่วย สำหรับพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้ง 4 สมรรถนะนี้ ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 21 สมรรถนะ ซึ่งสมรรถนะนี้ผู้วิจัยใช้เป็นกรอบและแนวทางในการปรับปรุงเครื่องมือวัดสมรรถนะความปวดของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของ จุฬารัตน์ แชนพิ้ง และคณะ (2560)

ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลในการจัดการความปวด จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพและประสบการณ์การอบรมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปวด เป็นปัจจัยส่งผลทำให้สมรรถนะของพยาบาลเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิดของ Benner (1984) ที่แบ่งระดับสมรรถนะของพยาบาลตามระยะเวลาหรือประสบการณ์การทำงาน ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1) ระดับเริ่มต้นใหม่ (Novice) หมายถึง ผู้มีประสบการณ์น้อยหรือผู้ขาดทักษะ มีประสบการณ์ไม่เกิน 1 ปี มีความสามารถปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน 2) ระดับผู้เริ่มต้นสู่ความก้าวหน้า (Advanced beginner) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาล 1-2 ปี มีความสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ไม่ซับซ้อน ภายใต้การนิเทศของพยาบาลที่มีประสบการณ์สูงกว่า 3) ระดับผู้มีความสามารถ (Competent) เป็นพยาบาลผู้มีความสามารถการปฏิบัติงานในหน่วยงานเดิม 2-3 ปี มีความชำนาญในงานที่รับผิดชอบ 4) ระดับผู้ชำนาญการ (Proficient) เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานเดิม 3-5 ปี สามารถวิเคราะห์ปัญหาที่ซับซ้อนและตัดสินใจแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ 5) ระดับผู้เชี่ยวชาญ (Expert) เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหน่วยงานเดิม 5 ปีขึ้นไป มีความเข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างลึกซึ้ง (Benner, 1984) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบระยะเวลาการแบ่งสมรรถนะของ Benner (1984) ในการแบ่งระยะเวลาหรือประสบการณ์ในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่เป็นตัวอย่างของงานวิจัย

นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Tetteh, Aziato, Mensah, Vehviläinen-Julkunen, and Kwegyir-Afful (2021) ที่พบว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยช่วยเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยในการจัดการความปวด และสามารถช่วยบรรเทาความปวดของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสื่อสาร โดยใช้คำพูดที่ลอบประโลมใจจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่ได้รับยาแก้ปวด ปัจจัยที่ได้จากการทบทวนเหล่านี้ ผู้วิจัยจึงได้เลือกตัวแปรและนำมาศึกษา 3 ตัวแปร คือ ระยะเวลาการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ประสบการณ์การอบรม ของ

พยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปวดและทักษะการสื่อสารของพยาบาลในการจัดการความปวด ซึ่งคาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะพยาบาลในการจัดการความปวด กรอบแนวคิดของการวิจัย ดังรูปที่ 1.1



รูปที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามเชิงปฏิบัติการ

สมรรถนะการจัดการความปวด หมายถึง ความรู้ ความสามารถและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวด การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงเครื่องมือแบบสอบถามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวดแบบเดิมของ จูพาร์ตัน แซ่พัง และคณะ (2560) ประกอบด้วย สมรรถนะ 4 ด้าน คือ 1) สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด (Fundamental Concepts of Pain) 2) สมรรถนะด้านการประเมินความปวด (Pain Assessment and Measurement) 3) สมรรถนะด้านการจัดการความปวด (Management of Pain) และ 4) สมรรถนะด้านการจัดการความปวดให้สอดคล้องกับบริบท (Context of Pain Management) มีข้อคำถามรวม 40 ข้อ จัดแบ่งภายใต้ 4 สมรรถนะหลัก ดังนี้ 1) สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด จำนวน 11 ข้อ 2) สมรรถนะด้านการประเมินความปวดผู้ป่วย จำนวน 12 ข้อ 3) สมรรถนะด้านการจัดการความปวดผู้ป่วย จำนวน 12 ข้อ 4) สมรรถนะด้านการจัดการความปวดให้สอดคล้องกับบริบท จำนวน 5 ข้อ คะแนนรวมมาก หมายถึง

มีสมรรถนะในการจัดการความปวดสูง คะแนนรวมน้อย หมายถึง สมรรถนะในการจัดการความปวดต่ำ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ดังนี้

ระยะเวลาปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ หมายถึง จำนวนระยะเวลาในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในสถาบันบำราศนราดูร นับเป็นปี โดยตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป นับเป็น 1 ปี รวบรวมโดยให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ประสบการณ์การอบรมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปวด หมายถึง การได้รับการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับความปวด หรือการจัดการความปวดในช่วงที่ทำงานในสถาบันบำราศนราดูร โดยนับเป็นจำนวนครั้ง ที่เคยเข้ารับการอบรมในระยะเวลา 5 ปี ที่ผ่านมา รวบรวมจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ทักษะการสื่อสารของพยาบาลในการจัดการความปวด หมายถึง ทักษะในการฟัง การให้ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน การรับข้อมูลข่าวสารที่ปราศจากอคติ และการสื่อสารแบบเปิด วัต โดยใช้แบบสอบถามทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ ของเปรมฤดี ศรีวิชัย และกันตยา ลี้มประเสริฐ (2562) แบ่งเป็น 3 ส่วน โดยแต่ละส่วนจะมีข้อคำถาม 22 ข้อ เท่ากัน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ทักษะสื่อสารระหว่างพยาบาลกับพยาบาล ส่วนที่ 2 ทักษะการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัว และส่วนที่ 3 ทักษะการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย 4 ทักษะ ดังนี้ (1) ทักษะในการฟังจำนวน 7 ข้อ (2) ทักษะการให้ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน จำนวน 5 ข้อ (3) ทักษะการรับข้อมูลข่าวสารที่ปราศจากอคติ จำนวน 5 ข้อ และ (4) ทักษะการสื่อสารแบบเปิด จำนวน 5 ข้อ คะแนนรวมที่มาก หมายถึง ทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับดี คะแนนรวมน้อย หมายถึง ทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับไม่ดี (เปรมฤดี ศรีวิชัย และกันตยา ลี้มประเสริฐ, 2562)

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด สถาบันบาราศนราดรุ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

สมรรถนะของพยาบาลในการจัดการความปวด

สมรรถนะหลักในการจัดการความปวดของ Fishman et al. (2013)

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับความปวด

การจัดการความปวด

การจัดการความปวดให้สอดคล้องกับบริบท

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของพยาบาลในการจัดการความปวด

ระยะเวลาการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

ประสบการณ์การอบรมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปวด

ทักษะการสื่อสารของพยาบาลในการจัดการความปวด

สมรรถนะของพยาบาลในการจัดการความปวด

สมรรถนะในการจัดการความปวดมีความจำเป็นอย่างมาก สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โดยมีส่วนช่วยในการพัฒนาสมรรถนะด้านการประเมิน การจัดการและการติดตามประเมินความปวด หลังจากให้การบรรเทาอาการปวด จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย ไม่พบว่ามีกำหนดสมรรถนะของพยาบาลในการจัดการความปวด ในทางปฏิบัติ การจัดการความปวดของพยาบาลเป็นไปตามแนวปฏิบัติของสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2552) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สมรรถนะในการจัดการความปวดของ Fishman et al. (2013) เป็นกรอบแนวคิดในการปรับปรุงแบบสอบถามที่สร้าง โดยของของจุฬารัตน์ แซ่พัง และคณะ (2560) เพื่อใช้ประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพสถาบันบาราศนราดรุ ในการจัดการความปวดของ Fishman et al. (2013)

สมรรถนะหลักในการจัดการความปวดของ Fishman et al. (2013)

สมรรถนะหลักในการจัดการความปวด สำหรับการจัดการศึกษาอบรมของวิชาชีพด้านสุขภาพในเมืองต้นได้รับการพัฒนาขึ้นผ่านการประชุมระหว่างวิชาชีพที่มีผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพเข้าร่วม เป้าหมายของการประชุมสุดยอดครั้งนี้คือ การกำหนดสมรรถนะหลักในการจัดการความปวด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะทางคลินิกที่สามารถใช้เป็นรากฐานสำหรับการพัฒนาหลักสูตรการจัดการความปวดที่ครอบคลุมสำหรับวิชาชีพด้านสุขภาพทั้งหมด กระบวนการด้วย 2 ขั้นตอน คือ 1) คณะกรรมการบริหารผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาความปวด 7 ท่าน ได้สังเคราะห์งานวิจัยที่มีอยู่ในปัจจุบันและสมรรถนะตามวิชาชีพที่มีอยู่ พัฒนาร่างชุดสมรรถนะขึ้น 2) สมาชิก 29 คนที่เป็นตัวแทนของ 10 วิชาชีพได้ตรวจสอบเอกสารฉบับร่างทั้งหมด การประชุมครั้งนี้จัดขึ้น 2 วัน ที่เมืองแซคราเมนโต รัฐแคลิฟอร์เนีย ในเดือนสิงหาคม 2555 สมรรถนะได้รับการทบทวนและมีการอภิปรายเป็นกลุ่มย่อย โดยใช้รูปแบบ WorldCafé ที่นำโดยคณะกรรมการบริหาร จากนั้นกลุ่มการประชุมจะจัดขึ้นอีกครั้งเพื่อทบทวนและหารือเกี่ยวกับรูปแบบและสรุปขอบเขตแต่ละสมรรถนะ ข้อเสนอสุดท้ายถูกส่งไปเพื่อตรวจสอบและปรับปรุงอีกครั้ง จากนั้นจึงประชุมกันเพื่อสรุปเนื้อหาและเสนอแนะสมรรถนะที่เป็นเอกลักษณ์ โดยพบว่า สมรรถนะที่ได้รับจากการประชุมถูกจัดเป็น 4 หมวด ประกอบด้วย ความรู้พื้นฐานความปวด

การประเมินความปวด การจัดการความปวด และการจัดการความปวดให้สอดคล้องกับบริบท ดังนี้

1) สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด (Fundamental Concepts of Pain) สมรรถนะนี้มุ่งเน้นการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดพื้นฐานของความปวด กลไกการเกิด และประสบการณ์เกี่ยวกับความปวด และผลกระทบของความปวดต่อบุคคลและสังคม ประกอบด้วย 5 สมรรถนะย่อย ดังนี้

- (1) อธิบายลักษณะความปวดที่ซับซ้อน หลายมิติ และเฉพาะบุคคล
- (2) นำเสนอทฤษฎีและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องเพื่อทำความเข้าใจความปวด
- (3) อธิบายคำศัพท์ ที่ใช้ในการนิยามความปวดและอาการที่เกี่ยวข้อง
- (4) อธิบายผลกระทบของความปวดต่อสังคม
- (5) อธิบายอิทธิพลทางวัฒนธรรม สถาบัน สังคมและกฎข้อบังคับที่มีผลต่อการประเมินและจัดการความปวด

2) สมรรถนะด้านการประเมินและการวัดความปวด (Pain Assessment and Measurement) สมรรถนะนี้เกี่ยวข้องกับการประเมินความปวด การใช้เครื่องมือวัดความปวด และการสื่อสารจากผลกระทบต่อบุคคล ระบบสุขภาพ และสังคม ประกอบด้วย 4 สมรรถนะย่อย ดังนี้

(1) สามารถใช้เครื่องมือที่มีความตรงและเชื่อถือได้ในการประเมินความปวด และอาการที่สัมพันธ์กัน โดยประเมินผลลัพธ์ซ้ำเพื่อให้สอดคล้องกับบริบท และประชากร

(2) อธิบายปัจจัยด้านบุคคล ผู้ให้บริการและระบบที่ส่งเสริมและขัดขวางการประเมินและการจัดการความปวด

(3) ประเมินความชื่นชอบและค่านิยมของผู้ป่วย เพื่อนำมาใช้กำหนดเป้าหมาย และจัดลำดับความสำคัญของการจัดการความปวด

(4) ใช้การสื่อสารที่แสดงถึงความเข้าใจและความเห็นอกเห็นใจในระหว่างการประเมินความปวด

3) สมรรถนะด้านการจัดการความปวด (Management of Pain) สมรรถนะนี้มุ่งเน้นไปที่ความร่วมมือกันในการตัดสินใจ ทางเลือกการรักษาที่หลากหลาย ความสำคัญของผู้ป่วย การจัดการความเสี่ยง ความยืดหยุ่นในการดูแลและการบำบัดรักษาความปวด บนพื้นฐานความเข้าใจสถานการณ์ทางคลินิกอย่างเหมาะสม ประกอบด้วย 7 สมรรถนะย่อย ดังนี้

(1) แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วย และผู้เกี่ยวข้อง ในการตัดสินใจร่วมกันในการดูแลความปวด

(2) ระบุแผนการรักษาความปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

3.3) อธิบายความสำคัญของการใช้กลยุทธ์ด้วยการจัดการตนเองและการส่งเสริมสุขภาพในการจัดการความปวด

(4) จัดทำแผนการรักษาความปวดโดยตระหนักถึงประโยชน์และความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

(5) ติดตามผลของแนวทางการจัดการความปวดและปรับแผนการรักษาตามความจำเป็น

(6) จำแนกปัจจัยด้านการพึ่งพาทางกาย ความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด การใช้ยาผิดวิธี การดื้อยา การเสพติด และการไม่ใช้ยาตามแผนการรักษา

3.7) จัดทำแผนการรักษาความปวดโดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างความปวดเฉียบพลัน ความปวดเรื้อรังและความปวดระยะท้ายของชีวิต

4) สมรรถนะด้านการจัดการความปวดให้สอดคล้องกับบริบท (Context of Pain Management) สมรรถนะนี้มุ่งเน้นไปที่บทบาทการจัดการความปวดที่พัฒนาในสมรรถนะที่ 1-3 รวมถึงการเข้าใจบทบาทหน้าที่การจัดการความปวดผู้ป่วยของพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย 4 สมรรถนะย่อย ดังนี้

(1) อธิบายวิธีการประเมินความปวดและความจำเป็นในการจัดการความปวดอย่างเฉพาะเจาะจง แก่ผู้ป่วยพิเศษกลุ่มต่าง ๆ ได้

(2) อธิบายถึงวิธีการประเมินและการจัดการความปวดที่ต้องเปลี่ยนไปตามแนวทางการรักษาและพื้นที่

(3) อธิบายถึงบทบาท ขอบเขตการปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพที่แตกต่างกัน ภายในทีมดูแลจัดการความปวด

(4) นำแผนการจัดการความปวดของผู้ป่วย แต่ละรายไปปฏิบัติ ซึ่งแผนดังกล่าวได้มีการบูรณาการ มุมมองและความคิดเห็นของผู้ป่วยและผู้ให้บริการรวมทั้งระบบการสนับสนุนตามทรัพยากรที่มีอยู่

(5) อธิบายบทบาทของผู้ให้การดูแลในฐานะที่เป็นผู้สนับสนุนให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายของการรักษา

จากการศึกษาสมรรถนะพยาบาลในการจัดการความปวดที่ผ่านมาในต่างประเทศพบว่า สมรรถนะหลักในการจัดการความปวดของ Fishman et al. (2013) ได้ถูกนำมาใช้ในเป็นกรอบพื้นฐานในการอบรมแก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพทางด้านสุขภาพ เพื่อให้บุคลากรในทีมสุขภาพ ทุกคนมีพื้นฐานเรื่องการจัดการความปวดที่มีความเข้าใจตรงกัน สามารถปรับปรุงการปฏิบัติงาน ภายในสาขาวิชาของตนได้ ทำให้มั่นใจว่าผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพทุกคนเข้าใจแนวคิดของการจัดการความปวดตรงกัน พบการศึกษาที่นำสมรรถนะหลักในการจัดการความปวดของ Fishman et al. (2013) มาใช้กับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ (Herr et al., 2015) และนักกายภาพบำบัด (Bement et al., 2014) เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นพื้นฐานสำหรับการปฏิบัติงานทางคลินิกที่สามารถฝึกฝนได้ในภายหลัง และยังพบการนำสมรรถนะในการจัดการความปวดของ Fishman et al. (2013) ไปใช้ในงานวิจัยของ Arwood et al. (2015) เพื่อเป็นรากฐานในการพัฒนาการจัดการความปวดของ ทีมสหสาขาวิชาชีพทางด้านสุขภาพให้มีมาตรฐานที่ดีขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนได้รับการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

การศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ของจุฬารัตน์ แซ่พัง และคณะ (2560) ที่ศึกษาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้สมรรถนะหลักในการจัดการความปวดของ Fishman et al. (2013) และสมรรถนะเฉพาะงานการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุของ กรองไค อุดมสุทธิ์ (2554) เป็นกรอบแนวคิดกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ จำนวน 165 คน แบบสอบถามที่ใช้ ประกอบด้วย 4 สมรรถนะ ได้แก่ สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด สมรรถนะด้านการประเมินความปวดผู้บาดเจ็บ สมรรถนะด้านการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ และสมรรถนะด้านการติดตามความปวดผู้บาดเจ็บต่อเนื่อง ทั้งหมด 15 สมรรถนะย่อย ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะด้านการประเมินความปวดผู้บาดเจ็บ ($M = 3.63, SD = 0.53$) สมรรถนะด้านการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ ($M = 3.81, SD = 0.61$) และสมรรถนะด้านการติดตามความปวดผู้บาดเจ็บต่อเนื่อง ($M = 3.72, SD = 0.52$) อยู่ในระดับสูง ส่วนสมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวดอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.26, SD = 0.52$) เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่าประสพการณ์ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับสมรรถนะด้านการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.24, p < .01$)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยปรับปรุงเครื่องมือวัดสมรรถนะของพยาบาลในการจัดการความปวดของ จุฬารัตน์ แซ่พัง และคณะ (2560) ที่สร้างขึ้นเพื่อวัดสมรรถนะในการจัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งใช้สมรรถนะหลักในการจัดการความปวดของ Fishman et al. (2013) เป็นกรอบแนวคิด โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของคำถามรายข้อเท่ากับ 0.76 ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ 0.80 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้เท่ากับ 0.96 ส่วนเนื้อหาสาระเกี่ยวกับความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับความปวด การประเมินความปวด การจัดการความปวดและการจัดการความปวดให้สอดคล้องกับบริบท ผู้วิจัยนำมาจากแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2552)

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับความปวด

1) ประเภทของความปวด

คณะกรรมการรับรองมาตรฐานขององค์กรด้านการดูแลสุขภาพ (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization: JCAHO, 2001) จัดให้ความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ห้า (The Fifth Vital Signs) ดังนั้น การประเมินผลความปวดจึงกลายเป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย และเป็นพื้นฐานในการประเมิน จัดการความปวดของผู้ป่วย ทำให้ความปวดไม่ถูกละเลย ผลที่ตามมาคือ การลดความทุกข์ทรมาน การกลับมารักษายาที่แผนกฉุกเฉิน ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Walid, Donahue, Darmohray, Hyer, & Robinson, 2008) ความปวดเมื่อแบ่งตามระยะเวลาจะแบ่งเป็น 3 ประเภท ประกอบด้วย ความปวดเฉียบพลัน (Acute Pain) ความปวดเรื้อรัง (Chronic Pain) และความปวดจากมะเร็ง (Cancer Pain)

(1) ความปวดเฉียบพลัน (Acute Pain) คือ การตอบสนองทางสรีรวิทยา ที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บหรือการอักเสบเป็นส่วนใหญ่ ตัวอย่างเช่น ความปวดจากการผ่าตัด อุบัติเหตุ ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และอื่น ๆ ความปวดเฉียบพลันอาจแตกต่างกันไประหว่างผู้ป่วยแต่ละราย อาการปวดเฉียบพลันอาจนำไปสู่อาการปวดเรื้อรังได้อีกด้วย (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552)

(2) ความปวดเรื้อรัง (Chronic Pain) คือ ความปวดในบริเวณอวัยวะ 1 แห่งขึ้นไป ยังคงมีอยู่หรือเกิดขึ้นเป็นเวลานานกว่า 3 เดือน แม้ว่าพยาธิสภาพได้หายไปแล้ว หรือพยาธิสภาพยังคงอยู่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และเกี่ยวข้องกับความทุกข์ทรมาน อารมณ์ อาการปวดเรื้อรังมีหลายรูปแบบ เช่น อาการปวดหลังที่ไม่ได้ระบุว่าเป็นอาการปวดกล้ามเนื้อและกระดูก หรือเส้นประสาท อาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรัง (Fibromyalgia) (International Association of The Study of Pain, 2022; Von Baeyer et al., 2017)

(3) ความปวดจากมะเร็ง (Cancer Pain) พบว่า ร้อยละ 10 เป็นความปวดแบบเฉียบพลัน และร้อยละ 90 เป็นความปวดเรื้อรัง ความปวดจากมะเร็งเกิดจากการกดทับ การแพร่กระจายของก้อนเนื้อออก มีหลายชนิดที่ก่อให้เกิดความปวดอย่างทรมานในระยะสุดท้ายของชีวิต เช่น มะเร็งตับ มะเร็งกระดูก มะเร็งปากมดลูก รวมถึงมะเร็งอีกหลายชนิดที่แพร่กระจายไปสู่กระดูกได้ อาการปวดกระดูก (Bone Pain) พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งและอาจพบได้สูงถึงร้อยละ 60-84 ในระยะที่มีการลุกลามของโรค และอาการปวดจากมะเร็งของอวัยวะภายใน (Visceral Cancer

Pain) พบได้ถึงร้อยละ 28 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งกรณีที่เกิดจากการแพร่กระจายมะเร็งภายในช่องท้อง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากมะเร็งและเป็นผลที่เกิดจากการรักษาโรคมะเร็ง ความปวดจากมะเร็งเดิมถูกจัดอยู่ในกลุ่มของความปวดเรื้อรัง แต่เนื่องจากมีกลไกของการเกิดความปวดที่ซับซ้อน และพยาธิสภาพของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป จะต่างจากความปวดเรื้อรังชนิดอื่น ๆ มากในปัจจุบันจึงแยกความปวดชนิดนี้ออกมา (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์, และสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2565)

ความปวดสามารถแบ่งประเภทของความปวดตามกลไกการเกิดตามพยาธิสรีรวิทยาออกเป็น 2 ชนิด คือ Nociceptive Pain และ Neuropathic Pain รายละเอียดดังนี้

(1) Nociceptive Pain คือ ความปวดที่เกิดขึ้นจากความเสียหายหรือถูกคุกคามต่อเนื้อเยื่อ ที่ไม่ใช่ระบบประสาทและเกิดจากการกระตุ้นตัวรับความปวด (Nociceptors) (Zaki, Wager, Singer, Keysers, & Gazzola, 2016) ที่อยู่บริเวณนั้น ส่วนใหญ่เป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน มักพบตัวรับดังกล่าวที่บริเวณผิวหนัง ข้อต่อและอวัยวะภายใน มีลักษณะเฉพาะ เช่น ปวดตื้อ ๆ ปวดบีบคล้ายมีอะไรแทงหรือกดทับ ตัวอย่างความเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดความปวดชนิดนี้ เช่น การบาดเจ็บ (Trauma) การได้รับบาดเจ็บจากความร้อน (Burn) การผ่าตัด (Surgical Procedure) การติดเชื้อ (Infection) และการเกิดมะเร็ง (Cancer) เป็นต้น ยาบรรเทาปวดที่ใช้รักษาอาการปวดในกลุ่มนี้มักใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ เช่น มอร์ฟีน เพทิดีน (Barakat, Hamdy, & Elbadr, 2018)

(2) Neuropathic Pain คือ ความปวดที่เกิดขึ้นเป็นผลโดยตรงจากพยาธิสภาพของโรคในระบบประสาท อาการปวดตามระบบประสาทมักมีอาการปวดแสบปวดร้อน (Burning) ปวดเสียวแปลบเหมือนไฟช็อต (Lancinating) ชา (Paresthesia) และมักเกี่ยวข้องกับตัวของสัญญาณทางประสาทสัมผัสที่ผิดปกติ เช่น ความปวดอันเป็นผลมาจากสิ่งกระตุ้น ปกติไม่กระตุ้นให้เกิดความปวด (Allodynia) หรือการตอบสนองที่เพิ่มขึ้น ต่อสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความปวดตามปกติ (Hyperalgesia) เส้นประสาทที่ได้รับการบาดเจ็บ หรืออาจเกิดขึ้นที่ปมประสาทไขสันหลัง (Dorsal Root Ganglion) ที่สัมพันธ์กับตำแหน่งที่บาดเจ็บนั้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในเมตาบอลิซึม ของเซลล์ประสาทรับความรู้สึก (Sensory Neuron) และมีตัวรับอยู่ที่เนื้อเยื่อเซลล์ (Membrane Receptor) ของเซลล์ประสาทนั้น เป็นผลให้เกิดขบวนการรับรู้ที่ผิดไป จึงกลายเป็นความปวดได้ สาเหตุที่พบ เนื่องจากมีการทำลาย ดึงรั้ง หรือกดทับกลุ่มประสาทเป็นเวลานาน การขาดวิตามินบี การใช้เคมีบำบัด และการผ่าตัดในรูปแบบต่าง ๆ อย่างการผ่าตัดกระดูกสันหลัง เป็นต้น การรักษาแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ การรักษาแบบใช้ยาและการรักษาโดยไม่ใช้ยา การรักษา

โดยไม่ใช้ยา (Nonpharmacological Treatment) เช่น การผ่าตัด การรักษาด้วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู การรักษาด้วยยา ส่วนใหญ่จะใช้ยาที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทและ Ion Channel เช่น ยาต้านเศร้า ยาต้านชัก เป็นต้น (ทวนธน บุญลือ, 2562; สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2566; Jensen et al., 2011)

2) การประเมินความปวดและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความปวด

การประเมินความปวด (Pain Assessment) แบ่งออกเป็น 2 ประเภท การประเมินความปวดด้วยตนเองของผู้ป่วย (Self-Report) และการประเมินความปวดด้วยการสังเกตพฤติกรรมความปวด (Behavioral Pain Assessment) อาการปวดเป็นปัญหาใหญ่ของผู้ป่วย การประเมินความปวดจึงเป็นสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐานในการประเมินผลลัพธ์ในการจัดการความปวด การประเมินความรุนแรงของความปวด ระยะเวลาของความปวด และผลกระทบของความปวด สำหรับการประเมินความปวดให้มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีเครื่องมือการประเมินความปวดที่ถูกต้องเหมาะสมและเชื่อถือได้ สำหรับเครื่องมือที่นิยมใช้บ่อยที่สุดสำหรับการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ เช่น มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual Analogue Scale, VAS) มาตรวัดความปวดด้วยตัวเลข (NRS) มาตรวัดความปวดจากใบหน้า (Face Pain Rating Scale, FPRS) เป็นต้น (Baamer et al., 2022)

จากการศึกษาของ Freund and Bolick (2019) เกี่ยวกับการประเมินความปวดของเด็ก พบว่า เครื่องมือสังเกตพฤติกรรมสามารถช่วยให้พยาบาลสามารถตรวจสอบพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความปวดของเด็กได้ การประเมินความปวดในเด็ก ควรประเมินในขณะที่เด็กนอนหลับ โดยนิยมใช้มาตรวัดจากการสังเกตพฤติกรรม ได้แก่ มาตรวัด Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS) เหมาะสำหรับเด็กอายุ 1 – 6 ปี ที่ไม่สามารถบอกระดับความปวดได้ เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมความปวดหลังผ่าตัดของเด็กเล็กหรือผู้ที่ไม่เข้าใจภาษา ประกอบด้วยพฤติกรรมเด็ก 6 ด้าน ได้แก่ ร้องไห้ สีหน้า การส่งเสียง ท่าทาง(ลำตัว) สัมผัสแผล และขา คะแนนความปวด 4-13 คะแนนโดยพิจารณาให้ยาแก้ปวดเมื่อคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน การแปลผล 4-6 คะแนน ไม่ปวด, 7 – 8 คะแนน ปวดน้อย, 9-10 คะแนน ปวดปานกลาง, 11-13 คะแนน ปวดมาก (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552) และมาตรวัด Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Scale (FLACC) Behavioral Scale เหมาะสำหรับเด็กอายุ 2 เดือนถึง 7 ปีหรือเด็กที่ไม่รู้สีกตัว เป็นเครื่องมือที่ประเมินพฤติกรรมในเด็กที่ยังไม่สามารถ

บอกระดับความรุนแรงของความปวดได้และผู้ป่วยที่ไม่เข้าใจภาษา ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ การประเมินการแสดงออกทางใบหน้า การขยับของขา การเคลื่อนไหว ร้องไห้ และการตอบสนองต่อการปลอบโยน สามารถใช้ ประเมินในเด็กอายุ 2 เดือน-7 ปี แต่ละส่วนมีคะแนน 0-2 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 10 คะแนน การประเมินถ้าเด็กตื่นหรือรู้สึกตัวให้ ใช้เวลาในการประเมิน 2-5 นาที ถ้าหลับให้ใช้เวลาสังเกตอย่างน้อย 5 นาที คะแนนที่มากหมายความว่า ปวดมาก (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552) และมาตรวัดความปวดจากใบหน้า (Face pain rating scale, FPRS) เป็นเครื่องมือวัดความปวด โดยการนำรูปของใบหน้าที่แสดงถึงอารมณ์ต่าง ๆ มาให้ผู้ป่วยดู โดยการให้คะแนนไม่ได้ดูลักษณะสีหน้าของเด็กเทียบกับรูป แต่ให้ผู้ป่วยชี้รูปหน้าที่แสดงระดับความปวดของตัวเอง ซึ่งรูปทางด้านซ้ายสุดแสดงถึงว่า ไม่มีความปวด รูปถัดมาแสดงระดับความปวดที่มากขึ้นตามลำดับ จนถึงรูปขวาสุดแสดงถึงว่า มีระดับความปวดมากที่สุด เครื่องมือการประเมินนี้เหมาะสำหรับเด็กอายุตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไปหรือผู้ที่ไม่สามารถบอกความปวดเป็นตัวเลข แต่สามารถชี้ที่ใบหน้าเพื่อบอกระดับความปวดของตนเอง ได้ (Johnson & Black, 2022)

มาตรวัดความปวดด้วยตัวเลข (Numerical rating scale, NRS) เป็นเครื่องมือการประเมินความปวด ที่นิยมใช้ในทางคลินิกเนื่องจากผู้ป่วยสามารถบอกคะแนนความเป็นตัวเลข เป็นเส้นตรงที่มีตัวเลข 0-10 โดยอธิบายคะแนนปวด 0 คะแนน หมายถึง ไม่ปวด คะแนนปวด 1-3 คะแนน หมายถึง มีความปวดเล็กน้อย คะแนนปวด 4-6 มีความปวดระดับปานกลาง คะแนนปวด 7-10 มีความปวดระดับมาก เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีความปวดแบบเฉียบพลันผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุบอบช้ำหรือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด มาตรวัดความปวดด้วยวาจา (Verbal rating scale, VRS) เป็นเครื่องมือวัดระดับความปวดในผู้ป่วยที่ไม่สามารถบอกระดับความปวดเป็นตัวเลขได้ ประเมินโดยให้ผู้ป่วย ใช้คำบอกเล่า ด้วยคำพูดง่าย ๆ อธิบายความปวด นิยมแบ่งเป็น ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก และปวดมากที่สุด เหมาะกับผู้สูงอายุ (นงลักษณ์ คำสาสดี, 2563; Baamer et al., 2022)

สำหรับผู้ป่วยวิกฤตไม่สามารถบอกระดับความปวดของตนเองได้ เนื่องจากต้องใช้เครื่องช่วยหายใจและยาระงับประสาท ดังนั้น การประเมินความปวดในประชากรกลุ่มนี้จึงเป็นสิ่งที่ยากลำบากสำหรับทีมดูแลผู้ป่วยหนัก (ICU) ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ เช่น ผู้ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและยาระงับประสาท เครื่องมือประเมินพฤติกรรม แบบสังเกตความปวดระยะวิกฤต (Critical-Care Pain Observation Tool: CPOT) ประกอบด้วยการประเมินพฤติกรรม 4 ด้าน ได้แก่ การแสดงออกทางใบหน้า การแสดงออกทางการเคลื่อนไหวของร่างกาย และความตึงตัวของ

กล้ามเนื้อ ประเมินจากการหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจในกรณีใส่ท่อช่วยหายใจหรือการ
เปล่งเสียงในกรณีไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจ แต่ละด้านให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 2 สำหรับคะแนนรวมที่
เป็นไปได้ตั้งแต่ 0 ถึง 8 คะแนน และคะแนนมากกว่า 2 บ่งชี้ว่ามีความปวด (นุศรา ประเสริฐศรี,
ยศพล เหลืองโสมนภา, และสังข์วีร เขตคำ, 2566; Marques et al., 2022)

การจัดการความปวด

การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการประเมินความปวดที่ถูกต้อง
เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย และหากความปวดที่เกิดขึ้น ไม่ได้ได้รับการจัดการที่มี
ประสิทธิภาพจะทำให้การฟื้นตัวของผู้ป่วยช้าลง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น สูญเสีย
ค่าใช้จ่ายมากขึ้นอีกด้วย (Leadley et al., 2014) การจัดการความปวด แบ่งออกเป็น 2 วิธี คือ การจัดการ
ความปวดแบบวิธีการใช้ยา (Pharmacological Pain - Relief Interventions) และการจัดการความปวดแบบ
วิธีการไม่ใช้ยา (Non - Pharmacological Pain Therapies) (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่ง
ประเทศไทย, 2552; IASP, 2022)

1) การจัดการความปวดแบบวิธีการใช้ยา

การจัดการความปวดโดยการใช้ยา ควรเริ่มใช้เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการปวดเพียง
เล็กน้อยเพื่อช่วยลดความรุนแรงของความปวด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย ไม่ทนทุกข์ทรมานจาก
ความปวด การจัดการความปวดด้วยยาในปี ค.ศ. 1986 World Health Organization (WHO)
ได้เผยแพร่คำแนะนำเรื่องการระงับปวดเป็นครั้งแรก ในชื่อ “Pain Ladder” เป็นคำแนะนำ
เกี่ยวกับการเลือกใช้ยาระงับปวดคู่ขนานกันไปกับระดับความปวดที่เพิ่มขึ้น โดยใช้การบรรเทา
ปวดแบบ 3 ขั้นบันได (3-Step Ladder) (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552,
2566; IASP, 2016) ดังนี้

(1) บันไดขั้นที่ 1 ความปวดระดับน้อย คะแนนความปวด 1-3 คะแนน
ใช้ยาในกลุ่ม Non-Opioids เช่น Paracetamol และ NSAIDs เป็นต้น โดยมีรายละเอียดการใช้ยา ดังนี้

(1.1) Paracetamol เป็นยาแก้ปวดและลดไข้อย่างง่าย

โดยทั่วไปจะใช้สำหรับอาการปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง พาราเซตามอลมีฤทธิ์เสริมฤทธิ์ร่วมกับยาแก้
ปวดอื่น ๆ หลายชนิด รวมทั้ง NSAIDs และ Opioids ผลข้างเคียงพาราเซตามอลมีน้อยที่สุด พิษหลัก

ของการใช้ยาเกินขนาดคือมีพิษต่อดับซึ่งอาจทำให้ตับวายเฉียบพลัน ได้ในกรณีที่ได้รับประทานยาเกินขนาด (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552)

(1.2) Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs)

การใช้ยา NSAIDs ในการระงับปวด ส่วนใหญ่ใช้ในอาการปวดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง อาจใช้เพียงขนานเดียวในกรณีที่มีความปวดไม่รุนแรงหรือใช้ร่วมกับยาแก้ปวดอื่น ๆ ถ้าความปวดรุนแรง ผลข้างเคียงของยา NSAIDs ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยที่ได้รับยาติดต่อกันนานเกิน 4 สัปดาห์ ร้อยละ 15-30 ขึ้นอยู่กับขนาดของยาด้วย อาจทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร ผลต่อดับ NSAIDs ทุกตัวมีฤทธิ์ทำลายเซลล์เนื้อเยื่อของดับ ส่วนใหญ่มักไม่มีอาการแต่จะมีค่าเอนไซม์ของดับสูงขึ้นและเมื่อลดหรือหยุดยาลง ค่าเอนไซม์ของดับจะกลับมาสู่ปกติ เป็นต้น (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552)

(2) บันไดขั้นที่ 2 ความปวดระดับปานกลาง คะแนนความปวด 4-6

คะแนน ใช้ยากลุ่ม Weak Opioids เช่น Tramadol, Codeine ร่วมกับ Paracetamol และ NSAIDs เป็นต้น มีรายละเอียด ดังนี้

(2.1) Tramadol เป็นยาในกลุ่มโอปิออยด์นำมาใช้เป็นยา

บรรเทาอาการปวดระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง มีประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดได้ดี เทียบเท่ากับมอร์ฟีนสำหรับอาการปวดระดับต่ำถึงปานกลาง ผลข้างเคียงที่อาจพบได้ของการรับประทานยาขนาดคือ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก เป็นต้น (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552)

(2.2) Codeine เป็นต้นแบบของโอปิออยด์ที่มีฤทธิ์อ่อน ดูด

ซึมได้ดีจากทางเดินอาหาร เมื่อรับประทานเข้าไปในร่างกายจะถูกเปลี่ยนโดยเอนไซม์ CYP2D6 ในดับเป็น Morphine (ประมาณร้อยละ 6-15) ซึ่งรูปแบบรับประทานมีขนาด 30-60 มิลลิกรัม จะมีฤทธิ์ระงับปวดอยู่ได้นาน 6 ชั่วโมง ใช้บำบัดอาการปวดซึ่งไม่รุนแรงมาก ผลข้างเคียง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก เป็นต้น (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552)

(3) บันไดขั้นที่ 3 ความปวดระดับมาก คะแนนความปวด 7-10

คะแนน ใช้ยากลุ่ม Strong Opioids เช่น Morphine Pethidine Fentanyl Methadone ร่วมกับ Paracetamol และ NSAIDs เป็นต้น มีรายละเอียด ดังนี้

(3.1) Morphine ยาระงับปวดกลุ่ม Opioids อนุพันธ์ของฝิ่น

เป็นยาระงับปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง ออกฤทธิ์โดยจับกับ mu (μ) receptors ที่บริเวณสมองและไขสันหลัง ทำให้เกิดอารมณ์เคลิ้มสุขสบาย ผ่อนคลาย ลดความรู้สึกเจ็บปวด ลดการทำงานของร่างกาย ทำให้รู้สึกง่วงและหลับ มักใช้ลดอาการปวดจากแผลผ่าตัด กระดูกหักและปวดเรื้อรัง เช่น ปวด

จากโรคมะเร็ง เป็นต้น รูปแบบของยาที่มีทั้งชนิดรับประทานและชนิดฉีด ชนิดรับประทานได้แก่ Morphine syrup ออกฤทธิ์ได้รวดเร็วในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ เช่น MST, Kapanol ตัวยาจะออกฤทธิ์แบบค่อยเป็นค่อยไป ชนิดฉีดสามารถให้ได้ทั้งทางหลอดเลือดดำ ทางกล้ามเนื้อและใต้ผิวหนัง ระยะเวลาเริ่มออกฤทธิ์คือจะออกฤทธิ์ทันทีสำหรับการฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำและจะออกฤทธิ์ภายใน 10-30 นาทีสำหรับการฉีดทางกล้ามเนื้อและใต้ผิวหนัง จะทำให้ยาออกฤทธิ์ยาวนานที่สุดคือประมาณ 4-6 ชั่วโมง ถ้าบริหารยาทางไขสันหลังอาจอยู่ถึง 48 ชั่วโมง (คณะอนุกรรมการพัฒนายาบัญชียาหลักแห่งชาติ และคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติด้านการคัดเลือกยา สาขาวิสัญญีวิทยา และการระงับการปวด, 2558)

(3.2) เพทิดีน (Pethidine) เป็นยาระงับปวดกลุ่ม Opioids อนุพันธ์ของฝิ่น โดยมี Onset time เมื่อบริหารด้วยการฉีดเข้าหลอดเลือดดำภายใน 5 นาทีและเมื่อบริหารด้วยการฉีดเข้าใต้ผิวหนัง เข้ากล้ามเนื้อประมาณ 10-15 นาทีและถึงจุดที่ยาออกฤทธิ์สูงสุดใน 1 ชั่วโมง ระยะเวลาการออกฤทธิ์ 2-4 ชั่วโมง อาการไม่พึงประสงค์ เช่น ความดันเลือดต่ำ ง่วงซึม คลื่นไส้ อาเจียน กดการหายใจ หายใจช้า รุ่มาตาหดเล็ก เป็นต้น (คณะอนุกรรมการพัฒนายาบัญชียาหลักแห่งชาติ และคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติด้านการคัดเลือกยา สาขาวิสัญญีวิทยา และการระงับการปวด, 2558)

(3.3) เฟนทานิล (Fentanyl) เป็นยาระงับปวดกลุ่ม Opioids อนุพันธ์ของฝิ่นซึ่งสังเคราะห์ขึ้นเป็นสารประกอบ Anilidopiperidine อยู่ในกลุ่ม Phenylpiperidine ใช้ระงับปวดเฉียบพลัน ปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง ยาออกฤทธิ์เกือบจะทันทีที่ฉีดยา ส่วนการบริหารด้วยวิธีฉีดเข้า กล้ามเนื้อจะเริ่มออกฤทธิ์ประมาณ 7-15 นาที แต่ถ้าบริหารผ่านเยื่อ (Transmucosal) ออกฤทธิ์ใน 5-15 นาทีและออกฤทธิ์สูงสุดใน 15-30 นาที ยาสามารถบริหารผ่านการปิดแผ่นยาที่ผิวหนัง (Transdermal) ด้วย ซึ่งจะออกฤทธิ์ช้ากว่าและยาวนานหลายชั่วโมง ไม่เหมาะสำหรับอาการปวดเฉียบพลัน ระยะเวลาการออกฤทธิ์ด้วยวิธีฉีดเข้ากล้ามเนื้อจะมีฤทธิ์ประมาณ 1-2 ชั่วโมง บริหารด้วยการฉีดเข้าหลอดเลือดดำมีฤทธิ์อยู่ประมาณ .5 – 1 ชั่วโมง ยาจะถูกทำลายโดยตับเป็นส่วนใหญ่ด้วยเอนไซม์ Cytochrome P450 ชนิด 3A4 และยาถูกขับออกทางปัสสาวะ (คณะอนุกรรมการพัฒนายาบัญชียาหลักแห่งชาติ และ คณะทำงานผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติด้านการคัดเลือกยา สาขาวิสัญญีวิทยา และการระงับการปวด, 2558)

2) การจัดการความปวดแบบวิธีการไม่ใช่ยา

การจัดการความปวดแบบไม่ใช่ยา ถึงแม้จะลดอาการปวดได้ไม่ดีเท่าการใช้ยา แต่เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยทำให้ผู้ป่วยลดอาการปวดได้ เนื่องจากบางครั้งการใช้ยาไม่สามารถที่จะบรรเทาความปวดได้เสมอไป จึงควรที่จะใช้ควบคู่กันไป วิธีนี้ช่วยเพิ่มประสิทธิผลของยา สามารถลดปริมาณการใช้ยาและผลข้างเคียงจากยาระงับปวดและไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย พยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยผู้ป่วย ลดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดได้ โดยใช้ความรู้ทางการพยาบาล ได้แก่ การให้ข้อมูล (Provision of Information) การประคบร้อน-เย็น (Applications of Heat and Cold) การนวด (Massage Therapy) ดนตรีบำบัด (Music Therapy) และการบำบัดด้วยการผ่อนคลาย ดังนี้

(1) การให้ข้อมูล (Provision of Information) เป็นการอธิบายและให้ข้อมูลในการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการทำหัตถการต่าง ๆ หรือการรักษาใดที่ก่อให้เกิดความปวด เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล ลดความกระตือรือร้นจิตใจและช่วยลดความปวดได้ วิธีนี้จึงเหมาะสมกับการเตรียมผู้ป่วยก่อนได้รับ การทำหัตถการที่ก่อให้เกิดความปวด เช่น หัตถการในการตรวจวินิจฉัย การเตรียมตัวก่อนเข้ารับการผ่าตัด การเตรียมตัวเพื่อการคลอดตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ เป็นต้น (นิตยา สุขแสน และเบญจวรรณ คล้ายทับทิม, 2565; สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552)

(2) การประคบร้อน-เย็น (Applications of Heat and Cold) เป็นวิธีการบรรเทาปวดเฉพาะที่ โดยจะช่วยลดความปวดเนื่องจากกล้ามเนื้อคลายตัว และลดอาการบวมบริเวณแผลผ่าตัด โดยจะใช้การประคบเย็นก่อนเป็นอันดับแรกเพื่อลดการตอบสนองของเนื้อเยื่อ โดยนำเจลเย็นมาใส่ถุงผ้าเพื่อป้องกันความเย็นสัมผัสกับผิวหนังโดยตรง ระยะเวลาที่ใช้ในการประคบเย็นหากนาน 2-7 นาที จะทำให้เกิดการบาดเจ็บของผิวหนังได้ ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะว่า ควรใช้เวลาประมาณ 1-2 นาทีในการประคบเย็น ส่วนการประคบร้อน จะนำมาใช้ในขั้นตอนหลังเพื่อช่วยลดอาการบวม (ณัฐพล ชวนิช, มนพร ชาติชานี, และนิพาดา ลัทธินชธรรม, 2564; วิไลลักษณ์ วงศ์เจริญ และนงลักษณ์ อินตา, 2566; สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552)

(3) การนวด (Massage Therapy) ช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว ลดอาการปวด เป็นวิธีการที่ไม่มีผลข้างเคียง และเป็นทางเลือกหนึ่งที่ปลอดภัยสามารถนำมาผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบันได้ จึงเป็นอีกทางเลือกในการจัดการกับความปวดด้วยตนเอง (กระทรวงสาธารณสุข สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2551) การนวดยังมีผลต่อระบบ

กล้ามเนื้อ จิตใจและระบบประสาท เนื่องจากการนำความรู้สึกลึกส่วนของกล้ามเนื้อจากการกด เข้าสู่ไขสันหลังทำให้ ระบบประสาททำงานลดลงเกิดความรู้สึกดี ทำให้เกิดการผ่อนคลายทั้งทางร่างกายและจิตใจ (ณัฐพล ยูนิช และคณะ, 2564; Kidanemariam, Elsholz, Simel, Tesfamariam, & Andemeskel, 2020; Nelson, 2013)

(4) ดนตรีบำบัด (Music Therapy) ดนตรีเพื่อการบำบัดจะใช้เพื่อการรักษาอาการป่วยและช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายพัฒนาด้านอารมณ์ และสติปัญญา ดนตรีมีผลต่อร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายเพิ่มขึ้น ลดความวิตกกังวล ลดความเครียด ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจ เกิดความสงบ สำหรับการใช้นดนตรีบำบัดเพื่อลดอาการปวด ดนตรีควรมีจังหวะที่ช้าประมาณ 60 ครั้งต่อนาที เสียงดนตรีนุ่มปลิวความดังของเสียงควรอยู่ในช่วง 40-60 เดซิเบล ควรสำรวจประเภทเพลงหรือแนวเพลงที่ผู้ป่วยชอบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ฟังดนตรีที่ฟังพอใจจะไปกระตุ้นการหลั่งโดปามีน โดยจะหลั่งโดปามีนมากระตุ้นนิวเคลียสแอคคัมเบนส์ (Nucleus Accumbens) เป็นหนึ่งในพื้นที่สมองที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการของสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดความพึงพอใจ เป็นประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความสุขสนทนและเพลิดเพลิน (ณัฐพล ยูนิช และคณะ, 2564; วนิตา สติประเสริฐ และชัชฎ์ทัย ยี่เขียน, 2565; อัญชลี ชุ่มบัวทอง และชยาพิมพ์ สัมมา, 2560)

(5) การบำบัดด้วยการผ่อนคลาย จะช่วยให้ความปวดชนิดเฉียบพลันลดลง ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจ ทำให้ความทุกข์ทรมานจากความปวดลดน้อยลง เพิ่มความทนต่อความปวด เป็นวิธีที่นิยมใช้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ในช่วง 24-48 ชั่วโมง แบ่งออกเป็น 4 วิธี ประกอบด้วย

(5.1) การผ่อนคลายกราม (Jaw Relaxation) ผู้ป่วยหย่อนขากรรไกรล่างเล็กน้อยราวกับว่าเริ่มหาว ลิ้นถูกเก็บไว้และอยู่ที่ด้านล่างของปาก ริมฝีปากถูกแยกออกเล็กน้อยและผู้ป่วยก็หายใจช้า ๆ และเป็นจังหวะด้วยรูปแบบ 3 จังหวะ (หายใจเข้า หายใจออกและพักผ่อน)

(5.2) การผ่อนคลายของเบ็นสัน (Benson's Relaxation) เน้นการหายใจและพูดช้า ๆ เน้นการพักผ่อนของแต่ละบุคคล

(5.3) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า (Progressive Muscle Relaxation: PMR) ด้วยวิธีการหายใจลึกพร้อมกับการดึงกล้ามเนื้อตามลำดับอย่างเป็นระบบ (5-7 วินาที) ตามด้วยการผ่อนคลาย (10-12 วินาที) เทคนิคนี้ทำซ้ำสำหรับกลุ่มกล้ามเนื้อต่าง ๆ ทั่วร่างกายจนผ่อนคลาย

(5.4) การผ่อนคลายอย่างเป็นระบบ วิธีนี้จะไม่มีการเกร็งของกล้ามเนื้อในเทคนิคนี้และมุ่งจุดสนใจไปที่การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแต่ละกลุ่มตามลำดับ

เท่านั้น กลไกการบรรเทาอาการปวดด้วยการบำบัดด้วยการผ่อนคลาย สัมพันธ์กับทฤษฎีการควบคุมความปวด คือ ทฤษฎีควบคุมประตู โดยมีกลไกการปรับสัญญาณอยู่ในระดับไขสันหลังบริเวณซัสแตนเซียล เจลาทีโนซา (Substantial Gelatinosa) โดยใยประสาทขนาดใหญ่ทำหน้าที่ส่งกระแสประสาทเพื่อปิดประตู ส่วนใยประสาทขนาดเล็กทำหน้าที่ส่งกระแสประสาทเพื่อเปิดประตู ปัจจัยทางอารมณ์มีอิทธิพลต่อการถ่ายทอดทางประสาทสัมผัส ความกลัว ความวิตกกังวล ความสนใจต่อความปวด ประสบการณ์ในอดีต ล้วนมีอิทธิพลต่อการตอบสนองต่อความปวดโดยทำหน้าที่ควบคุมประตู (ณัฐพล ยูนิช และคณะ, 2564; Ju, Ren, Chen, & Du, 2019)

สรุป การจัดการความปวด สามารถทำได้ 2 วิธี คือ การใช้ยาและการไม่ใช้ยา การจัดการความปวดโดยวิธีการใช้ยามีประสิทธิภาพสูงที่สุด สามารถควบคุมระดับความปวดได้ดี การให้ยาบรรเทาอาการปวดอย่างเพียงพอ แก่ผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมากสำหรับการจัดการความปวด เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน ลดความวิตกกังวลและลดความรู้สึกไม่สุขสบายจากอาการปวด บทบาทในการบริหารยาบรรเทาปวดเป็นบทบาทที่พยาบาลไม่สามารถกระทำได้โดยอิสระต้องอยู่ภายใต้แผนการรักษา พยาบาลควรทราบกลไกการออกฤทธิ์ของยาและการบริหารจัดการยาให้ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดความปวดได้อย่างทันเวลาและเหมาะสมกับชนิดของความปวด หลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถกระทำได้บนพื้นฐานการใช้ความรู้ทางการแพทย์ เพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดของผู้ป่วยและยังเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยที่มีความปวดแบบเรื้อรัง หรือสามารถใช้ร่วมกับการจัดการความปวดแบบใช้ยา เพื่อให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การจัดการความปวดให้สอดคล้องกับบริบท

สมรรถนะด้านการจัดการความปวดให้สอดคล้องกับบริบทจะมุ่งเน้นไปที่บทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ที่ประยุกต์ใช้ความสามารถที่พัฒนามาจากความรู้พื้นฐาน ทักษะพื้นฐาน ในการติดตามประเมินผลลัพธ์ หลังให้การพยาบาลในการจัดการความปวด ติดตามเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงจากยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับ หลังการจัดการความปวดเป็นบทบาทที่พยาบาล ทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (Fishman et al., 2013; IASP, 2022) ซึ่งในการจัดการความปวดส่วนใหญ่พยาบาลมีบทบาทสำคัญ เนื่องจากเป็นผู้ประเมินและรับรู้ความปวดของผู้ป่วยเป็นคนแรก จำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะในการใช้เครื่องมือประเมินความปวด สามารถจัดการความปวด รวมทั้งการเลือกใช้วิธีการจัดการความปวดให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของความ

ปวด และความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย แต่เนื่องจากพบผลข้างเคียงจากการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ค่อนข้างมาก จึงมีการผสมผสานการรักษาทางการใช้ยาและการรักษาแบบผสมผสานที่ไม่ใช่ยาไปด้วย โดยให้ทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการความปวดมากขึ้น (Wren et al., 2019) ในการดูแลจัดการความปวดให้กับผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ แต่ละสาขาวิชาชีพมีบทบาทหน้าที่ในการจัดการความปวดที่แตกต่างกันออกไปได้ สรุปได้ดังนี้

1) บทบาทของแพทย์ ได้แก่ วินิจฉัยความปวด ให้ความรู้ด้านความปวด สั่งจ่ายยาบรรเทาอาการปวด แนะนำเทคนิคในการจัดการความปวด ทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการจัดการความปวด และติดตามประเมินผลการรักษา (The Faculty of Pain Medicine of the Royal College of Anaesthetists, 2020)

2) บทบาทของพยาบาล มีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินและจัดการความปวดให้แก่ผู้ป่วย ควรมีความรู้เกี่ยวกับความปวดพื้นฐานเกี่ยวกับความปวด การประเมินความปวด การใช้เครื่องมือประเมินความปวดให้เหมาะสมกับผู้ป่วย และการจัดการความปวดทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาและปรับยาตามระดับความปวดโดยยึดหลักแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดที่เป็นมาตรฐานสากลของพยาบาล (ศรีสุดา งามขำ และคณะ, 2561; Fishman et al., 2013)

3) บทบาทเภสัชกร ได้แก่ การติดตาม ประเมินประสิทธิภาพของยาแก้ปวด การค้นหาปัญหาจากการใช้ยาและเป็นที่ปรึกษาในทีมเพื่อแนะนำขนาดยา การปรับยา และบริหารยาอย่างถูกต้อง ติดตามความร่วมมือในการใช้ยาแก้ปวด ตลอดจนให้ความรู้แก่ผู้ป่วย (ทิพย์สุคนธ์ เจริญพันธ์ และจันทรรัตน์ สิทธีรนนท์, 2565)

4) บทบาทของนักกายภาพบำบัด ได้แก่ ตรวจประเมินการวินิจฉัย และการบำบัดความปวดซึ่งเกิดจากความบกพร่องของร่างกายที่มีสาเหตุจาก ภาวะของโรคหรือ การเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ ป้องกัน แก้วไข และการฟื้นฟู รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจด้วยวิธีทางกายภาพบำบัดหรือการใช้เครื่องมืออุปกรณ์กายภาพบำบัด (วิจิตรภรณ์ ทวีศรี, 2562)

5) บทบาทและหน้าที่ในการจัดการความปวด เป็นสิ่งที่พยาบาลทุกคนควรให้ความสำคัญ เนื่องจากการจัดการความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพจะนำมาซึ่งผลกระทบอย่างมากมายต่อผู้ป่วย อาจนำไปสู่การรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นและค่ารักษาพยาบาลมากขึ้นอีกด้วย ซึ่งใน

การจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพ พยาบาลจำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีส่วนช่วยทำให้การจัดการความปวดของพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ดังนั้น สมรรถนะในการจัดการความปวดควรประกอบด้วย สมรรถนะหลัก 4 สมรรถนะ ได้แก่ 1) สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด (Fundamental Concepts of Pain) 2) สมรรถนะด้านการประเมินความปวด (Pain Assessment and Measurement) 3) สมรรถนะด้านการจัดการความปวด (Management of Pain) 4) สมรรถนะด้านการติดตามความปวดอย่างต่อเนื่อง (Context of Pain Management) ซึ่งสมรรถนะหลักนี้จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดการความปวดเพื่อให้การจัดการความปวดบรรลุวัตถุประสงค์ของการรักษาและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการทนทุกข์ทรมานจากความปวด และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบปัจจัยที่ทำให้การจัดการความปวดของพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้นมี 3 ปัจจัย คือ ระยะเวลาการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ประสบการณ์การอบรมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปวดและทักษะการสื่อสารของพยาบาลในการจัดการความปวด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของพยาบาลในการจัดการความปวด

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะในการจัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพ แต่สำหรับการศึกษาลครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเบื้องต้น 3 ปัจจัย ได้แก่ ระยะเวลาการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ประสบการณ์การอบรมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปวด ทักษะการสื่อสารของพยาบาลในการจัดการความปวด เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่สามารถพัฒนาและเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นได้

ระยะเวลาการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน มีผลต่อสมรรถนะของพยาบาล ซึ่งรวมถึงการจัดการความปวด Benner (1984) ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขาพยาบาล ระบุว่าทักษะความสามารถของพยาบาลนั้นสัมพันธ์กับประสบการณ์ พยาบาลที่มีประสบการณ์หรือระยะเวลาการทำงานมากกว่า

มีแนวโน้มที่จะมีระดับความสามารถในการให้การพยาบาลที่สูงขึ้น (Youngcharoen & Aree-Ue, 2022) การศึกษาของ Fernández-Castro et al. (2021) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดศิย ภูมิ กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามมี 134 คน มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 31.3 ได้รับวุฒิในระดับหลังปริญญา (Postgraduate Qualification) ร้อยละ 48.5 ทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ร้อยละ 20.9 พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 10 ปี จะมีความรู้ต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Youngcharoen, Vincent, and Park (2017) เกี่ยวกับ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความปวดของพยาบาลและการบริหารยาบรรเทาปวดกลุ่ม โอปิออยด์เมื่อมี อาการปวด ใน โรงพยาบาลดศิยภูมิ 3 แห่งคือ สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดกระทรวงมหาดไทย) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลไทย 140 คน ทำงานในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมผู้ใหญ่ อายุเฉลี่ย 32.83 (23-54) ปี ระยะเวลาเฉลี่ยของประสบการณ์การพยาบาล 9.86 ปี โดยร้อยละ 40 เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปี ผลการวิจัยพบว่า พยาบาล ที่มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปีมีคะแนนสูงสุด ด้านทัศนคติต่อการประเมินความปวด ($M = 19.77$, $SD = 1.50$) ($p = .004$) และด้านการรับรู้เพื่อควบคุมความปวดและการรับรู้ทักษะในการประเมิน ความปวด เกี่ยวกับการบริหารยาบรรเทาปวดกลุ่ม โอปิออยด์เมื่อต้องการ ($M = 181.91$, $SD = 37.77$) ($p = .009$) จะเห็นได้ว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงานของพยาบาล มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะใน การจัดการความปวดของพยาบาล ซึ่งจากงานวิจัยข้างต้น จะศึกษาบางส่วนของสมรรถนะของ พยาบาลในการจัดการความปวด ได้แก่ ความรู้ และทัศนคติ อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษา สมรรถนะในการจัดการความปวดของพยาบาลไทย

ประสบการณ์การอบรมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปวด

การฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวดเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยฟื้นฟูความรู้และเพิ่มทักษะ การจัดการความปวดของพยาบาล ซึ่งอาจนำไปสู่การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ขาดการอบรมความปวดอย่างต่อเนื่อง อาจเนื่องด้วย ภาระ งานที่มากขึ้น ขาดการสนับสนุนจากหน่วยงาน และยังขาดนโยบายที่ชัดเจนในด้านการจัดการ ความปวด (ศรีสุดา กามขำ และคณะ, 2561; Youngcharoen & Aree-Ue, 2022) จากการทบทวน งานวิจัยอย่างเป็นระบบ ที่ศึกษาโดย Bouya et al. (2019) เกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติและปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดที่เกี่ยวกับมะเร็ง คัดเลือกงานวิจัยที่เป็นตัวอย่างตามเกณฑ์ได้ 12 เรื่อง มีผู้เข้าร่วมการวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลจำนวน 3,574 คน พบว่า พยาบาลมีความรู้ต่ำเกี่ยวกับการ

จัดการความปวดในมะเร็ง (4 เรื่อง) และปานกลาง (4 เรื่อง) ความรู้ของพยาบาลอยู่ที่ระดับร้อยละ 28.5-75 นอกจากนี้ยังพบว่า ทักษะคิดต่อการจัดการความปวดโดยเฉลี่ยอยู่ที่ระดับต่ำ (4 เรื่อง) และมีทักษะคิดในทางลบ (3 เรื่อง) ปัจจัยที่สำคัญที่สัมพันธ์ต่อความรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวดมะเร็ง คือ การได้รับการอบรมเกี่ยวกับความปวดมาก่อน (7 เรื่อง) ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคที่ทำให้การจัดการความปวดไม่ดีคือ ความรู้เกี่ยวกับความปวด (2 เรื่อง) ข้อเสนอแนะจากทบทวนการวิจัยอย่างเป็นระบบ คือ หน่วยงานควรให้ความสำคัญต่อปัจจัยที่เป็นอุปสรรค และส่งเสริมปัจจัยที่มีผลทางบวก ใช้แนวปฏิบัติเป็นแนวทางในการจัดการความปวด รวมทั้งจัดให้มีการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะคิด และทักษะของพยาบาลหน่วยมะเร็งวิทยา

นอกจากนี้การสังเคราะห์รายงานการวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับ ความรู้ ทักษะคิดและความต้องการการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวดเฉียบพลันของพยาบาลที่จัดการความปวดของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในโรงพยาบาล (McCabe, Feeney, Basa, Eustace-Cook, & McCann, 2023) จากงานวิจัย 10 เรื่อง มี 5 เรื่อง ที่ศึกษาความรู้และทักษะคิด อีก 5 เรื่อง ศึกษาเฉพาะความรู้ พบว่า ในงานวิจัย 7 เรื่อง มีเพียงร้อยละ 45.59 (95% CI, 20.46-44-71.97) ของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง 1,090 คน มีความรู้อยู่ในระดับที่เพียงพอและมากกว่าซึ่งระดับความรู้นี้แตกต่างกันอย่างมากในแต่ละประเทศที่ศึกษา ส่วนด้านทักษะคิด จากการศึกษา 5 เรื่อง พบว่าพยาบาลมีทักษะคิดทางบวกต่อการจัดการความปวดเพียงร้อยละ 25.76 (95% CI, 11.01-44.12) ผลจากการทบทวนงานวิจัยนี้ พบว่า พยาบาลมากกว่าร้อยละ 50 มีทักษะคิดในทางลบ จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลในระดับที่ต่ำกว่ามาตรฐาน ผู้วิจัยเสนอแนะว่า ควรจัดให้พยาบาลมีการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวดเพิ่มเติมเพื่อให้พยาบาลสามารถประเมิน และจัดการความปวดในคลินิก ซึ่งควรเป็นการอบรมโดยสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ความรู้และทักษะคงอยู่ ผู้วิจัยได้เสนอให้มีการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องนี้ด้วย

งานวิจัยที่ทบทวนอย่างเป็นระบบทั้ง 2 เรื่องดังกล่าวข้างต้น (Bouya et al., 2019; McCabe et al., 2023) ได้สะท้อนให้เห็นภาพอย่างชัดเจนว่า ความรู้และทักษะคิดของพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการความปวด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่ปวดเฉียบพลันและมะเร็ง ยังอยู่ในระดับที่ต้องการพัฒนาให้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนงานวิจัยของ ศรีสุดา งามขำ และคณะ (2561) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินและการจัดการความปวดของพยาบาลไทย จำนวน 535 คน ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับความปวดร้อยละ 73.60 ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความ

เข้าใจการจัดการความปวดในระดับต่ำ รวมทั้งพบว่า พยาบาลที่มีระดับการศึกษา ระยะเวลา ประสบการณ์และประวัติการอบรมเกี่ยวกับความปวดที่ต่างกัน ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับการ ประเมินและการจัดการความปวดที่แตกต่างกัน และมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลวิชาชีพควรเพิ่มพูน ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดโดยการเข้ารับการอบรมหรือเรียนต่อในระดับที่สูง อาจช่วย ส่งเสริมให้เกิดความสามารถในการประเมินและจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการ ทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ ข้างต้นนี้ พบว่า ประสบการณ์การอบรมของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับการจัดการความปวด และการศึกษาเรื่องสมรรถนะในการจัดการความปวดของพยาบาล ซึ่งรวมถึงความรู้ ทักษะ และทัศนคติของพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่า การได้รับการ อบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวด จะมีส่วนช่วยในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้น

ทักษะการสื่อสารของพยาบาลในการจัดการความปวด

การสื่อสารถือเป็นปัจจัยสำคัญในการปฏิบัติงาน และยังเป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่ง สำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้เกิดความเข้าใจตรงกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ มีส่วนช่วยให้ระดับความปวดลดลง และสภาพทางจิตใจของ ผู้ป่วยดีขึ้น (อัญชลี ช. คูวอล และตติยา ทุมเสน, 2561; Tetteh et al., 2021) จากการทบทวนงานวิจัย เจริญบูรณาการของ Alotni, Guilhermino, Duff, and Sim (2022) ที่ศึกษาอุปสรรคในการจัดการความ ปวดของพยาบาลผู้ใหญ่ในหอผู้ป่วยหนัก คัดเลือกงานวิจัย 19 เรื่องที่เข้าเกณฑ์ มีผู้เข้าร่วมการวิจัยซึ่ง เป็นพยาบาลหอผู้ป่วยหนักจำนวน 3,727 คน โดยการศึกษา 17 เรื่อง ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการ ความปวดในมุมมองของพยาบาลและอีก 2 เรื่อง ในมุมมองของผู้ป่วยและพยาบาล โดยมีงานวิจัย 3 เรื่อง (Alasiry & Löfvenmark, 2013; Gelinas, Arbour, Michaud, Robar, & Côté, 2013; Puntillo, Stannard, Miaskowski, Kehrle, & Gleeson, 2002) ที่พบว่า อุปสรรคของการจัดการความปวดใน หอผู้ป่วยหนักคือการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย อุปสรรคในด้านการสื่อสารจะนำไปสู่การ ประเมินและการรักษาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งพยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสาร ได้ โดยการให้บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินความปวด โดยการ สังเกตพฤติกรรมที่แสดงถึงอาการปวดของผู้ป่วย วิธีนี้ถือเป็นการจัดการกับปัญหาในด้านการ สื่อสารรวมถึงให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการความปวดกับพยาบาล ซึ่งวิธีนี้จะช่วยให้ พยาบาลสามารถเข้าถึงการจัดการความปวดของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ข้อเสนอแนะ จากการ ทบทวนงานวิจัยเชิงบูรณาการ คือ หน่วยงานควรให้ความสำคัญในการจัดอบรมเพื่อเสริมสร้าง

ทักษะในการสื่อสารสำหรับพยาบาลและจัดทำเครื่องมือประเมินความปวดเพื่อใช้ในการประเมินความปวดสำหรับหอผู้ป่วยหนักให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

ในประเทศไทยการศึกษาของ เปรมฤดี ศรีวิชัย และกันติยา ลี้มประเสริฐ (2562) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 209 คน มีอายุเฉลี่ย 39.42 (36-42) ปี ระยะเวลาทำงานเฉลี่ย 12.42 (1-30) ปี ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมากทั้งพยาบาลกับพยาบาล พยาบาลกับผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัวและพยาบาลกับสหสาขาวิชาชีพ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมการสื่อสารด้านการให้ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเหมือนกันทั้ง 2 กลุ่มคือ พยาบาลกับพยาบาลและพยาบาลกับสหสาขาวิชาชีพ อาจเนื่องจากภาระงานของพยาบาลมีมากและพยาบาลทำหน้าที่ประสานงานเรื่องต่าง ๆ อาจเกิดการเร่งรีบขณะประสานงานทำให้ขาดรายละเอียดในเรื่องที่สื่อสารทำให้เกิดความไม่ชัดเจนในการให้ข้อมูลข่าวสาร ขณะที่พฤติกรรมการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัว มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การรับข้อมูลข่าวสารที่ปราศจากการลำเอียง อาจเนื่องจาก ขณะที่พยาบาลสื่อสารกับผู้ป่วยจะใช้การสื่อสารทางตรง มีการให้ข้อมูลย้อนกลับแต่บางครั้งผู้ป่วยอาจเข้าใจไม่ตรงกันทำให้การรับข้อมูลอาจเกิดการผิดพลาดขึ้นได้ และมีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารควรส่งเสริมทักษะการสื่อสารสำหรับพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะทักษะการให้ข้อมูลข่าวสารทางการพยาบาล เนื่องจากทักษะด้านนี้มีคะแนนต่ำที่สุด โดยควรจัดอบรมหลักสูตรทักษะการสื่อสาร เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ดังนั้น การศึกษาปัจจัยด้านทักษะการสื่อสาร ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าหากมีทักษะการสื่อสารที่ดี จะช่วยในการส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะในการจัดการความปวดของพยาบาลให้สูงขึ้นอีกด้วย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาสมรรถนะของพยาบาลในการจัดการความปวด และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะ 3 สมรรถนะ ได้แก่ ระยะเวลาการปฏิบัติงานของพยาบาล ประสบการณ์การอบรมของพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการความปวด และทักษะการสื่อสารของพยาบาลในการจัดการความปวด เนื่องจากสถานการณ์ทางด้านองค์ความรู้เกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลในการจัดการความปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยทั่วไปยังไม่ชัดเจน รวมทั้งในสถานการณ์ของสถาบันบาราศนราครุ ซึ่งขยายขอบข่ายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ มาเป็นการบริการแก่ผู้ป่วยทั่วไป ก็มีความต้องการข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลปฏิบัติงานในสถาบันเช่นกัน เพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการบริการต่อไป

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ในการจัดการความปวดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ในการจัดการความปวด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรเข้าถึง (Accessible Population) ในการศึกษาครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพ สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 164 คน ไม่นับรวมผู้บริหาร (ฝ่ายการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร มีนาคม 2564)

กลุ่มตัวอย่าง

เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากประชากรเข้าถึงที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่กำลังปฏิบัติงานในสถาบันบำราศนราดูร ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) มีประสบการณ์ทำงานในสถาบันบำราศนราดูรมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป 2) เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ และ 3) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวด 4) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.4 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test Family เลือก Exact Statistical Test เลือก Statistical test เป็น Correlation:

Bivariate normal model เลือก Type of power analysis ใช้ A prior: Compute Required Sample Size- Given α , Power, and Effect Size โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ .80 และคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size) ได้จากงานวิจัยของจิวาร์ตน์ แซ่พัง และคณะ (2560) เท่ากับ .24 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดต่ำ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 133 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ผู้วิจัยจึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 160 คน อย่างไรก็ตามเนื่องจากจำนวนประชากรมีจำกัดภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างออกไปเพื่อทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือจำนวน 30 คน ทำให้เหลือประชากรเข้าถึง 134 คน จึงเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เหลือจำนวน 134 คน

พื้นที่ศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาที่สถาบันบำราศนราดูร สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ขนาด 650 เตียง ซึ่งให้บริการในระดับตติยภูมิ โดยให้บริการผู้ป่วยโรคติดเชื้อและผู้ป่วยทั่วไป รวม 24 แผนก โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อ 2 แผนก ได้แก่ หอผู้ป่วยหนักแยกโรค 3/2 หอผู้ป่วยหนักแยกโรค 7/2 และผู้ป่วยทั่วไป 22 แผนก ได้แก่ ห้องตรวจโรคทั่วไป แผนกไต่เทียม หอผู้ป่วยนอกหู คอ จมูก หอผู้ป่วยนอกอายุรกรรม หอผู้ป่วยนอกตา หอผู้ป่วยนอกศัลยกรรม หอผู้ป่วยนอกเด็ก หอผู้ป่วยนอกนรีเวช ห้องพักรักษาหลังผ่าตัด ห้องฉุกเฉิน ห้องคลอด ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยหนัก (ICU) หอผู้ป่วยในอายุรกรรม 7/5 หอผู้ป่วยในอายุรกรรม 7/6 หอผู้ป่วยในอายุรกรรม 3/3 หอผู้ป่วยในอายุรกรรม 3/4 หอผู้ป่วยในศัลยกรรมกระดูก 3/5 หอผู้ป่วยในอายุรกรรม 5/5 หอผู้ป่วยในศัลยกรรม 5/4 หอผู้ป่วยในเด็ก 5/3 และหอผู้ป่วยวิกฤตเด็กเล็ก ลักษณะพื้นที่ศึกษาที่เกี่ยวข้อง กับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความปลอดภัย แบ่งตามลักษณะทางโครงสร้าง 4 แผนก คือ หอผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยหนักและห้องผ่าตัด โดยมีผู้ให้บริการทั้งหมดแบ่งเป็น แพทย์จำนวน 50 คน พยาบาลปฏิบัติงานจำนวน 164 คน ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยอายุรกรรมส่วนใหญ่จะให้การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการปวดจากโรคมะเร็ง และผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยศัลยกรรมส่วนใหญ่จะให้การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการปวดแบบเฉียบพลัน ปวดแบบเรื้อรัง และปวดจากมะเร็ง เช่น อาการปวดหลังผ่าตัด อาการปวดจากกระดูก และอาการปวดจากโรคมะเร็ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ดังนี้ คือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด และ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา แผนกหอผู้ป่วย ประสบการณ์ในการประกอบอาชีพพยาบาล ระยะเวลาในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ และประสบการณ์การได้รับการอบรมความปวด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด ประเมินโดยใช้แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวดที่ดัดแปลงจากของ จูฟาร์ตัน แซ่ฟ่ง และคณะ (2560) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดสมรรถนะหลักในการจัดการความปวดของ Fishman et al. (2013)

แบบสอบถามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ (จูฟาร์ตัน แซ่ฟ่ง และคณะ, 2560) ทั้งหมด 67 ข้อ ภายใต้อัน 4 สมรรถนะหลัก ดังนี้ 1) สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด (17 ข้อ) 2) สมรรถนะด้านการประเมินความปวดผู้บาดเจ็บ (18 ข้อ) 3) สมรรถนะด้านการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ (23 ข้อ) 4) สมรรถนะด้านการติดตามความปวดผู้บาดเจ็บต่อเนื่อง (9 ข้อ) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปรับ แบบสอบถามดังนี้ 1) ปรับข้อคำถาม ทั้งหมด 13 ข้อ เพื่อให้เกิดความชัดเจนและเข้าใจง่าย 2) ตัดข้อคำถามออก 31 ข้อ เพื่อให้เข้ากับบริบทของสถานที่เก็บข้อมูล และ 3) เพิ่มข้อคำถาม 4 ข้อ เพื่อให้ครอบคลุมกับสมรรถนะในแต่ละด้าน ภายหลังจากปรับปรุงได้แบบสอบถามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด จำนวน 40 ข้อ ภายใต้อัน 4 สมรรถนะหลัก ดังนี้ 1) สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด จำนวน 11 ข้อ 2) สมรรถนะด้านการประเมินความปวดผู้ป่วย จำนวน 12 ข้อ 3) สมรรถนะด้านการจัดการความปวดผู้ป่วย จำนวน 12 ข้อ และ 4) สมรรถนะด้านการจัดการความปวดให้สอดคล้องกับบริบทจำนวน 5 ข้อ คำถามแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย หรือ ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เลย
- 2 หมายถึง เห็นด้วยเล็กน้อย หรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ในระดับน้อย
- 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง หรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ระดับปานกลาง
- 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก หรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ระดับมาก
- 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด หรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ในระดับมากที่สุด

การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยระดับสมรรถนะ พยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด รายชื่อ รายด้าน และโดยรวม โดยการจัดระดับมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยตามหลักสถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้นคือ พิสัย (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2544) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{พิสัย} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนช่วง}} \\ &= \frac{5-1}{5} \\ &= .80 \end{aligned} \tag{3-1}$$

กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้
 ระดับคะแนนเฉลี่ย สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด
 ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีสมรรถนะอยู่ในระดับสูงมาก
 ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีสมรรถนะอยู่ในระดับสูง
 ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง มีสมรรถนะอยู่ในระดับปานกลาง
 ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีสมรรถนะอยู่ในระดับต่ำ
 ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีสมรรถนะอยู่ในระดับต่ำมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ แบบสอบถามนี้สร้างโดย เปรมฤดี ศรีวิชัย และกันตยา ลีประเสริฐ (2562) ใช้วัดทักษะการสื่อสารของพยาบาลในการจัดการความปวดโดยใช้แนวคิดการสื่อสารของ O' Shea (1988) แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ทักษะการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับพยาบาล ส่วนที่ 2 ทักษะการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัว และส่วนที่ 3 ทักษะการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับสาขาวิชาชีพ แบบสอบถามชุด

นี้สอดคล้องกับบริบทที่ทำการศึกษาคั้งนี้ แบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน มีข้อคำถามส่วนละ 22 ข้อ ประกอบด้วย 4 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะในการฟังจำนวน 7 ข้อ 2) ทักษะการให้ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน จำนวน 5 ข้อ 3) ทักษะการรับข้อมูลข่าวสารที่ปราศจากอคติ จำนวน 5 ข้อ และ 4) ทักษะการสื่อสารแบบเปิด จำนวน 5 ข้อ แบ่งคำถามแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย
- 2 หมายถึง เห็นด้วยเล็กน้อย
- 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง
- 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก
- 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ รายข้อในแต่ละทักษะ โดยรูปแบบการตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง ดี และดีมาก ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยตามหลักสถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น คือ พิสัย (เปรมฤดี ศรีวิชัย และกันตยา ลิ้มประเสริฐ, 2562) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{พิสัย} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนช่วง}} \\ &= \frac{5-1}{5} \\ &= .80 \end{aligned} \quad (3-2)$$

- ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง อยู่ในระดับดีมาก
 ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง อยู่ในระดับดี
 ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง
 ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง อยู่ในระดับน้อย
 ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง อยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) แบบสอบถามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด

แบบสอบถามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ (จุฬารัตน์ แซ่พัง และคณะ, 2560) ซึ่งจุฬารัตน์ แซ่พังฯ สร้างเครื่องมือโดยศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดขอบเขต โครงสร้างเนื้อหาที่จะสร้างแบบสอบถามและแบบประเมินรวมทั้งตัวแปรที่เกี่ยวข้อง โดยนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ในโรงพยาบาลสงขลา จำนวน 31 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของคำถามรายข้อ (I-CVI = 0.76) และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI/UA) = 0.80 และค่าความเชื่อมั่น 0.96

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ดัดแปลงมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ คือ (1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ (สาขาศัลยกรรมและด้านมะเร็งวิทยา) (2) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (Advanced Practice Nurse [APN]) และ (3) รองหัวหน้าพยาบาลฝ่ายวิชาการสถาบันบาราศนราคร ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับการจัดการความปวดได้ปรับปรุงแบบสอบถามดังนี้ (1) ปรับข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ เพื่อให้เกิดความชัดเจนและเข้าใจง่าย ตัดข้อคำถามออก 31 ข้อ (2) เพื่อให้เข้ากับบริบทของสถานที่เก็บข้อมูล และ (3) เพิ่มข้อคำถาม 4 ข้อ เพื่อให้ครอบคลุมกับสมรรถนะในแต่ละด้าน ภายหลังการปรับปรุงได้แบบสอบถามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด จำนวน 40 ข้อ นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาใหม่อีกครั้ง และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.96

การทดสอบความตรงเชิงภาษา (Face Validity) โดยภายหลังปรับเปลี่ยนภาษาให้กระชับและเข้าใจง่ายตามข้อแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วผู้วิจัยได้ นำไปทดสอบกับพยาบาลในสถาบันบาราศนราครที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการนำเครื่องมือไปใช้และความเข้าใจด้านภาษา พบว่ามีข้อเสนอแนะ ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับคำหรือข้อความเล็กน้อยให้ชัดเจนขึ้น

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในสถาบันบำราศนราดูรตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกับตัวอย่างที่ศึกษา และนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยใช้เกณฑ์ 0.80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) พบว่าแบบสอบถามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด เท่ากับ .95 และพบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งชุดภายหลังการวิจัยเท่ากับ .96 ตามลำดับ

2) แบบสอบถามทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ

ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพของ เปรมฤดี ศรีวิชัย และกันตยา ลิ้มประเสริฐ (2562) แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ทักษะสื่อสารระหว่างพยาบาลกับพยาบาล ส่วนที่ 2 ทักษะการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัว และส่วนที่ 3 ทักษะการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับสาขาวิชาชีพ ซึ่งสร้างเครื่องมือขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมใช้แนวคิดการสื่อสารของ O' Shea (1998) แบบสอบถามทั้ง 3 ตอน มีข้อคำถามเท่ากัน คือ ตอนละ 22 ข้อ ประกอบด้วย 4 ทักษะ ได้แก่ (1) ทักษะในการฟัง จำนวน 7 ข้อ (2) ทักษะการให้ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน จำนวน 5 ข้อ (3) ทักษะการรับข้อมูลข่าวสารที่ปราศจากอคติ จำนวน 5 ข้อ และ (4) ทักษะการสื่อสารแบบเปิด จำนวน 5 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงแก้ไขเครื่องมือแต่อย่างใด เนื่องจากพิจารณาแล้วสอดคล้องกับบริบทที่ศึกษา แต่มีการปรับชื่อแบบสอบถามจากพฤติกรรมสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ เป็นชื่อแบบสอบถามทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ จึงมิได้หาความตรงตามเนื้อหาใหม่ โดยแบบวัดมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ทั้ง 3 ส่วน เท่ากับ .90, .91 และ .92 ตามลำดับ และมีค่าความเชื่อมั่น (Internal Consistency Reliability) ของเครื่องมือทั้ง 3 ส่วน เท่ากับ .92, .97 และ .97 ตามลำดับ

ผู้วิจัยจะตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่ม จำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกับตัวอย่างที่ศึกษา และนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยใช้เกณฑ์ 0.80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) พบว่าแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน คือ ระหว่างพยาบาลกับพยาบาล พยาบาลกับผู้ป่วย และพยาบาลกับสาขาวิชาชีพ

เท่ากับ .97, .98, .96 ตามลำดับ และพบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งหมดภายหลังการวิจัย
เท่ากับ .97, .98, .98 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการจากคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยรังสิต รหัสโครงการ COA. No. RSUERB2021-097 (27-10-2021) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสถาบันบำราศนราดูร รหัสโครงการ N035q/64_ExpD (23-11-2021) เมื่อได้รับการพิจารณาและรับรองแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการอธิบาย ถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการทำวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยให้เซ็นยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัย ได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จะนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้นในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างไม่มีการปฏิเสธเข้าร่วมโครงการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยรังสิตและคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย สถาบันบำราศนราดูรเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขออนุญาตระเบียบเก็บข้อมูลในสถาบันบำราศนราดูร

2) ผู้วิจัยเข้าพบกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการเก็บข้อมูล และขออนุญาตระเบียบในการเก็บข้อมูล โดยทำหนังสือขอรายชื่อพยาบาลวิชาชีพจากผู้อำนวยการและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์จากรายชื่อ กลุ่มตัวอย่างที่เหลือทั้งหมด 134 คน

3) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนก แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นรายกลุ่มจนครบทุกแผนก และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยเป็นผู้แจกเอกสารทั้งหมด ให้กับพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่ต้องระบุชื่อลงในแบบสอบถาม และใส่ซองปิดผนึกให้เรียบร้อยด้วยตนเอง เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น ผู้วิจัยรวบรวมเอกสาร และแบบสอบถามทั้งหมด โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามภายใน 1 เดือน โดยเริ่มเก็บข้อมูลทันทีเมื่อได้รับการยินยอมจากอาสาสมัคร

4) ผู้วิจัย แจกแบบสอบถามทั้งสิ้นจำนวน 134 ฉบับ โดยใช้ระยะเวลาเก็บแบบสอบถามทั้งสิ้น 26 วัน ตั้งแต่ 4 มกราคม 2565 – 30 มกราคม 2565 ได้รับแบบสอบถาม กลับคืนมา 134 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมด มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมการวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป ดังต่อไปนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงานของพยาบาล แผนกหอผู้ป่วย และประสบการณ์การได้รับการอบรมเพิ่มเติม ใช้สถิติเชิงบรรยาย ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวดโดยรวมและรายด้านและข้อมูลทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ประสบการณ์การอบรมของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับการจัดการความปวด ทักษะการสื่อสารของพยาบาล กับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด และทดสอบการกระจายของคะแนน

ตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ด้วยสถิติคอลโมโกรอฟ-สมอร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov) พบว่า การกระจายไม่เป็นโค้งปกติ ดังนั้นจึงเลือกใช้สถิติสหสัมพันธ์ของ สหสัมพันธ์แบบเรียงอันดับของ สเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation Coefficient)



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ในการจัดการความปวด เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ระดับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ในการจัดการความปวด

ส่วนที่ 3 ระดับทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ในการจัดการความปวดโดยรวมและรายด้าน กับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ระยะเวลาการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ประสบการณ์การอบรมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปวดและทักษะการสื่อสารของพยาบาลในการจัดการความปวด

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 134 ราย มีอายุระหว่าง 24-64 ปี อายุเฉลี่ย 38.54 ปี ($SD = 10.56$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (94.03%) นับถือศาสนาพุทธ (99.25%) สถานภาพโสด (55.22%) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (91.04%) มีประสบการณ์ประกอบอาชีพพยาบาล มากกว่า 10 ปี (65.67%) มีประสบการณ์ศึกษาเฉพาะทางด้านพยาบาล (37.31%) โดยหลักสูตรที่ได้รับการศึกษาเฉพาะทางมากที่สุด ได้แก่ การพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วย HIV (22%) รองลงมา คือ การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ (20%) ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาเข้ารับการศึกษาระยะทางอยู่ที่ 1-4 เดือน (80%) และมีประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวด (21.64%) โดยส่วนใหญ่เข้าอบรมเพียงครั้งเดียว (68.97%) ระยะเวลาที่ใช้ในการอบรมอยู่ในช่วง 1-4 ชั่วโมง (34.48%) จำนวนชั่วโมงเฉลี่ย 4.56 เก็บข้อมูลจากพยาบาลที่ทำงานในแผนกหอผู้ป่วยใน (44.78%) รายละเอียดลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N = 134)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (24-35 ปี)	69	51.49
วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (36-59 ปี)	59	44.03
วัยสูงอายุ (≥ 60 ปี)	6	4.48
รวม	134	100.00
อายุต่ำสุด - อายุสูงสุด	24 - 64	
$\bar{X} \pm SD$	38.54 \pm 10.56	
เพศ		
หญิง	126	94.03
ชาย	8	5.97
รวม	134	100.00
ศาสนา		
พุทธ	133	99.25
อิสลาม	1	0.75
รวม	134	100.00
สถานภาพสมรส		
โสด	79	55.22
สมรส	55	41.04
หม้าย/หย่า/แยก	5	3.74
รวม	134	100.00
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	122	91.04
ปริญญาโท	12	8.96
รวม	134	100.00
ระยะเวลาในการประกอบอาชีพพยาบาล (ปี)		
1 - 5 ปี	26	19.40
6 - 10 ปี	20	14.93
>10 ปี	88	65.67
รวม	134	100.00
ระยะเวลาต่ำสุด-ระยะเวลาสูงสุด	1-40	
$\bar{X} \pm SD$	15.78 \pm 10.40	

ตารางที่ 4.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 134$) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ
ประสบการณ์การด้านการศึกษาเฉพาะทาง		
ไม่เคย	84	62.69
เคย	50	37.31
รวม	134	100.00
การศึกษาเฉพาะทางด้านการพยาบาล ($N = 50$)		
การพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วย HIV	11	22.00
การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ	10	20.00
การพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน	5	10.00
การฝึกอบรมวิชาชีพวิสัญญีพยาบาล	4	8.00
การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเด็ก	3	6.00
การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)	2	4.00
การพยาบาลผู้ป่วยบาดแผลออสโตมี	2	4.00
การพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต	1	2.00
การพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	1	2.00
การพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา	1	2.00
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด	1	2.00
การพยาบาลส่องกล้อง	1	2.00
การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต	1	2.00
ไม่ระบุ	5	10.00
ระยะเวลาการอบรมเฉพาะทางด้านการพยาบาล ($N = 50$)		
น้อยกว่า 1 เดือน	1	2.00
1 – 4 เดือน	40	80.00
5 – 8 เดือน	1	2.00
9 – 12 เดือน	4	8.00
ไม่ระบุ	4	8.00
ประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวด ($N=29$)		
ไม่มี	105	78.36
มี	29	21.64
รวม	134	100.00

ตารางที่ 4.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 134$) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ
จำนวนครั้งของการเข้าอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวด ($N = 29$)		
1 ครั้ง	20	14.92
2 ครั้ง	6	4.48
3 ครั้ง	1	0.75
ไม่ระบุ	107	79.85
รวม	134	100.00
จำนวนชั่วโมงเกี่ยวกับการจัดการความปวด ($N = 29$)		
1-4 ชั่วโมง	10	34.48
5-8 ชั่วโมง	1	3.45
9-12 ชั่วโมง	2	6.89
ไม่ระบุ	16	55.18
รวม	29	100.00
ระยะเวลาต่ำสุด - ระยะเวลาสูงสุด		1-12
$\bar{X} \pm SD$		4.56 \pm 3.40
แผนกหอผู้ป่วย		
หอผู้ป่วยนอก	39	29.10
หอผู้ป่วยใน	60	44.78
ห้องผ่าตัด	16	11.94
หอผู้ป่วยหนัก	19	14.18
รวม	134	100.00

ส่วนที่ 2 ระดับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ในการจัดการความปวด

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 134 คน มีค่าคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.62, SD = 0.73$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 3 ด้าน ได้แก่ สมรรถนะด้านการจัดการความปวด ($\bar{X} = 3.97, SD = 0.62$) สมรรถนะด้านการประเมินความปวด ($\bar{X} = 3.66, SD = 0.79$) และสมรรถนะด้านการจัดการความปวดให้สอดคล้องกับบริบท ($\bar{X} = 3.45, SD = 0.75$) ตามลำดับ ส่วนสมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด ($\bar{X} = 3.40, SD = 0.74$) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการ
ความปวดทั้งโดยรวมและรายด้าน ($N = 134$)

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านความรู้พื้นฐานความปวด	3.40	0.74	ปานกลาง
ด้านการประเมินความปวด	3.66	0.79	สูง
ด้านการจัดการความปวด	3.97	0.62	สูง
ด้านการจัดการความปวดให้สอดคล้องกับบริบท	3.45	0.75	สูง
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	3.62	0.73	สูง

สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด จำนวน 11 ข้อ และค่าเฉลี่ยมากที่สุดซึ่งอยู่ในระดับสูงมาก 1 ข้อ และระดับสูง 2 ข้อ ได้แก่ 1) พฤติกรรมการแสดงออกถึงความปวดของผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกัน ($\bar{X} = 4.40, SD = 0.73$) 2) ความปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคล ซึ่งรับรู้มากน้อยในระดับที่แตกต่างกัน ขึ้นกับการรับรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ($\bar{X} = 4.16, SD = 0.81$) และ 3) ทฤษฎีความปวดช่วยให้เข้าใจความรู้สึกปวดของผู้ป่วยและช่วยให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพมากขึ้น ($\bar{X} = 4.07, SD = 0.80$) ตามลำดับ

นอกจากนี้ พบว่า ค่าเฉลี่ยต่ำสุด มี 2 ข้อ ได้แก่ 1) อธิบายผลกระทบจากความปวดเรื้อรังและความปวดจากมะเร็งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ท่านดูแล ($\bar{X} = 3.52, SD = 0.82$) 2) อธิบายกลไกการเกิดความปวดเชื่อมโยงกับความปวดของผู้ป่วยที่ท่านดูแลได้ ($\bar{X} = 3.58, SD = 0.80$) ซึ่งทั้ง 2 ข้อนี้ ยังคงอยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของสมรรถนะด้านความรู้พื้นฐาน
ความปวด ($N = 134$)

สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด	\bar{X}	SD	ระดับ
ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับ			
1. พฤติกรรมการแสดงออกถึงความปวดของผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกัน	4.4	0.73	สูงมาก
2. ความปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคล ซึ่งรับรู้มากน้อยในระดับที่แตกต่างกัน ขึ้นกับการรับรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล	4.16	0.81	สูง
3. ทฤษฎีความปวดช่วยให้เข้าใจความรู้สึกปวดของผู้ป่วยและช่วยให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพมากขึ้น	4.07	0.80	สูง

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของสมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด ($N = 134$) (ต่อ)

สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด	\bar{X}	SD	ระดับ
ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 2 อันดับ			
1. อธิบายผลกระทบจากความปวดเรื้อรังและความปวดจากมะเร็งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ท่านดูแล	3.52	0.82	สูง
2. อธิบายกลไกการเกิดความปวดเชื่อมโยงกับความปวดของผู้ป่วยที่ท่านดูแลได้	3.58	0.80	สูง

สมรรถนะด้านการประเมินความปวด จำนวน 12 ข้อ และค่าเฉลี่ยมากที่สุดซึ่งอยู่ในระดับสูงมาก 2 ข้อ และระดับสูง 1 ข้อ ได้แก่ 1) แสดงกิริยาท่าทางอย่างสุภาพ เป็นมิตร และดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยขณะประเมินความปวด ($\bar{X} = 4.32, SD = 0.70$) 2) ท่านประเมินความปวด พบว่า ผู้ป่วยบอกปวดที่ 9 คะแนน (NRS = 9) แสดงว่าผู้ป่วยของท่านปวดระดับมากซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับยาบรรเทาปวดทันที ($\bar{X} = 4.28, SD = 0.85$) และ 3) การประเมินความปวดเสมือนเป็นสัญญาณชีพที่ 5 ที่ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการประเมิน ($\bar{X} = 4.20, SD = 0.77$) ตามลำดับ

นอกจากนี้ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยที่ต่ำที่สุดมี 2 ข้อ ได้แก่ 1) เข้าใจหลักการประเมินความปวด ($\bar{X} = 3.84, SD = 0.79$) 2) เปิดโอกาสให้ญาติหรือครอบครัวของผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการประเมินความปวดของผู้ป่วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการประเมินความปวดของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ($\bar{X} = 3.89, SD = 0.89$) อย่างไรก็ตามทั้ง 2 ข้อนี้ ยังอยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของสมรรถนะด้านการประเมินความปวด
($N = 134$)

สมรรถนะด้านการประเมินความปวด	\bar{X}	SD	ระดับ
ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับ			
1. แสดงกิริยาท่าทางอย่างสุภาพ เป็นมิตร และดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยขณะประเมินความปวด	4.32	0.70	สูงมาก
2. ท่านประเมินความปวด (Pain Assessment) พบว่า ผู้ป่วยบอกปวดที่ 9 คะแนน (NRS = 9) แสดงว่าผู้ป่วยของท่านปวดระดับมากซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับยาบรรเทาปวดทันที	4.28	0.85	สูงมาก
3. การประเมินความปวดเสมือนเป็นสัญญาณชีพที่ 5 ที่ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการประเมิน	4.20	0.77	สูง
ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 2 อันดับ			
1. เข้าใจหลักการประเมินความปวด (Pain Assessment)	3.84	0.79	สูง
2. เปิดโอกาสให้ผู้ญาติหรือครอบครัวของผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการประเมินความปวดของผู้ป่วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการประเมินความปวดของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น	3.89	0.89	สูง

สมรรถนะด้านการจัดการความปวด จำนวน 12 ข้อ และค่าเฉลี่ยมากที่สุด ซึ่งอยู่ในระดับสูงมาก 1 ข้อ และระดับสูง 2 ข้อ 1) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีความปวดสามารถจัดการความปวดด้วยตนเอง เช่น การจัดท่าให้สบาย การฝึกหายใจ เป็นต้น ($\bar{X} = 4.22, SD = 0.71$) 2) ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับยาบรรเทาปวดและเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยาทุกครั้ง ก่อนการบริหารยาแก่ผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.20, SD = 0.69$) และ 3) ประเมินสัญญาณชีพระดับความรู้สึกตัวในผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด หลังได้รับยาบรรเทาปวด กลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ($\bar{X} = 4.16, SD = 0.67$) ตามลำดับ

นอกจากนี้ พบว่า ค่าเฉลี่ยของสมรรถนะด้านนี้น้อยที่สุด มี 2 ข้อ คือ 1) ได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยและญาติในการขอคำปรึกษาหรือการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความปวดอยู่เสมอ ($\bar{X} = 3.90, SD = 0.76$) 2) สามารถอธิบายบทบาทหน้าที่ในการจัดการความปวดผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพได้ ($\bar{X} = 3.91, SD = 0.86$) ซึ่งทั้ง 2 ข้อนี้ ยังคงอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของสมรรถนะด้านการจัดการความปวด
($N = 134$)

สมรรถนะด้านการจัดการความปวด	\bar{X}	SD	ระดับ
ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับ			
1. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีความปวดสามารถจัดการความปวดด้วยตนเอง เช่น การจัดทำให้อุณหภูมิสบาย การฝึกหายใจ เป็นต้น	4.22	0.71	สูงมาก
2. ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับยาบรรเทาปวดและเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยาทุกครั้งก่อนการบริหารยาแก่ผู้ป่วย	4.20	0.69	สูง
3. ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว (Sedation Score) ในผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด หลังได้รับยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids)	4.16	0.67	สูง
ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 2 อันดับ			
1. ได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยและญาติในการขอคำปรึกษาหรือการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความปวดอยู่เสมอ	3.90	0.76	สูง
2. สามารถอธิบายบทบาทหน้าที่ในการจัดการความปวดผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพได้	3.91	0.86	สูง

สมรรถนะด้านการจัดการความปวดให้สอดคล้องกับบริบท จำนวน 5 ข้อ และค่าเฉลี่ยสูงมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) ประเมินความปวดซ้ำในผู้ป่วยที่มีความปวดอยู่ระดับรุนแรงภายหลังได้รับการจัดการความปวด 15-30 นาที ($\bar{X} = 4.29, SD = 0.76$) 2) บันทึกระดับความปวดลงในฟอร์มปรอทหรือบันทึกกิจกรรมการพยาบาลทุกครั้งหลังประเมินความปวดผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.26, SD = 0.77$) และ 3) รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบว่า ความปวดของผู้ป่วยไม่ทุเลาลงภายหลังจากได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาและการจัดการความปวดอย่างเต็มความสามารถจากท่านแล้ว ($\bar{X} = 4.25, SD = 0.78$) ตามลำดับ

นอกจากนี้ พบว่า ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด มี 2 ข้อ คือ ศึกษาหาความรู้หรือแนวปฏิบัติ การพยาบาลใหม่ ๆ ตลอดจนแสวงหางานวิจัยที่เกี่ยวกับความปวดอยู่เสมอ เพื่อพัฒนาความสามารถในการจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ($\bar{X} = 3.45, SD = 0.76$) รองลงมา คือ สามารถปฏิบัติกิจกรรมด้านการจัดการความปวดร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้เป็นอย่างดี ($\bar{X} = 4.10, SD = 0.69$) ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของสมรรถนะด้านการจัดการความปวดให้สอดคล้องกับบริบท ($N = 134$)

สมรรถนะด้านการจัดการความปวดให้สอดคล้องกับบริบท	\bar{X}	SD	ระดับ
ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับ			
1. ประเมินความปวดซ้ำในผู้ป่วยที่มีความปวดอยู่ระดับรุนแรงภายหลังได้รับการจัดการความปวด 15-30 นาที	4.29	0.76	สูงมาก
2. บันทึกระดับความปวด (Pain Score) ลงในฟอร์มปรอทหรือบันทึกกิจกรรมการพยาบาลทุกครั้งหลังประเมินความปวดผู้ป่วย	4.26	0.77	สูงมาก
3. รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบว่า ความปวดของผู้ป่วยไม่ทุเลาลงภายหลังจากได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาและการจัดการความปวดอย่างเต็มความสามารถจากท่านแล้ว	4.25	0.78	สูงมาก
ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 2 อันดับ			
1. ศึกษาหาความรู้หรือแนวปฏิบัติการพยาบาลใหม่ ๆ ตลอดจนแสวงหางานวิจัยที่เกี่ยวกับความปวดอยู่เสมอ เพื่อพัฒนาความสามารถในการจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น	3.45	0.76	สูง
2. สามารถปฏิบัติกิจกรรมด้านการจัดการความปวดร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้เป็นอย่างดี	4.10	0.69	สูง

ส่วนที่ 3 ทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 134 คน มีค่าคะแนนเฉลี่ยของทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.45, SD = 1.01$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี 2 ด้าน ได้แก่ ทักษะการฟัง ($\bar{X} = 3.60, SD = 1.04$) และทักษะในการให้ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน ($\bar{X} = 3.42, SD = 1.03$) ส่วนทักษะการสื่อสารแบบเปิด ($\bar{X} = 3.40, SD = 1.00$) และทักษะการรับข้อมูลข่าวสารที่ปราศจากการลำเอียง ($\bar{X} = 3.37, SD = 0.98$) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวม และรายด้าน ($N = 134$)

ทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ	\bar{X}	SD	ระดับ
ทักษะการฟัง	3.60	1.04	ดี
ทักษะในการให้ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน	3.42	1.03	ดี
ทักษะการรับข้อมูลข่าวสารที่ปราศจากการลำเอียง	3.37	0.98	ปานกลาง
ทักษะการสื่อสารแบบเปิด	3.40	1.00	ปานกลาง
รวม	3.45	1.01	ดี

เมื่อพิจารณาในแต่ละกลุ่มของการสื่อสาร โดยรวม พบว่า ทักษะการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับสหสาขาวิชาชีพ อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.39, SD = 0.60$) ในขณะที่ทักษะการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัว ($\bar{X} = 3.81, SD = 0.90$) และทักษะการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับพยาบาล ($\bar{X} = 3.70, SD = 0.86$) อยู่ในระดับดี

เมื่อพิจารณาในกลุ่มการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับสหสาขาวิชาชีพ พบว่า เมื่อพิจารณาทักษะแต่ละด้านของพยาบาลในการสื่อสารอยู่ในระดับดีมากเช่นกัน การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย หรือบุคคลในครอบครัว และการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับพยาบาล พบว่า พยาบาลมีทักษะการสื่อสารในระดับดี ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทักษะการสื่อสาร โดยรวมและรายด้าน ($N = 134$)

ทักษะการสื่อสาร	ทักษะการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับพยาบาล		ทักษะการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัว		ทักษะการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับสหสาขาวิชาชีพ	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
	ทักษะการฟัง	4.01	0.73	3.76	0.92	4.37
ทักษะในการให้ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน	3.53	0.90	3.66	0.93	4.40	0.60
ทักษะการรับข้อมูลข่าวสารที่ปราศจากการลำเอียง	3.61	0.89	3.68	0.95	4.43	0.59
ทักษะการสื่อสารแบบเปิด	3.63	0.93	4.14	0.79	4.36	0.61
รวมทุกด้าน	3.70	0.86	3.81	0.90	4.39	0.60

ส่วนที่ 4 สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ในการจัดการความปวด กับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการปฏิบัติงานกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวดโดยรวม โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ($r = .153, p = .078$) ส่วนประสมการณ์การอบรมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปวด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาล โดยในระดับปานกลาง ($r = .300, p = .000$) นอกจากนี้ พบว่า ทักษะการสื่อสารเป็นรายกลุ่ม ระหว่างพยาบาลกับพยาบาล พยาบาลกับผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัว และพยาบาลกับสหสาขาวิชาชีพ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถนะของพยาบาลโดยรวม ($r = .521, .520, .614, p = .000$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ในสถาบันบำราศนราดูร กับระยะเวลาการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ประสมการณ์การอบรมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปวดและทักษะการสื่อสารของพยาบาลในการจัดการความปวด โดยใช้สถิติ สหสัมพันธ์แบบเรียงอันดับของสเปียร์แมน ($N = 134$)

ปัจจัย	สมรรถนะ พยาบาล วิชาชีพ (โดยรวม)	สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด				
		ความรู้ พื้นฐาน ความปวด	การ ประเมิน ความปวด	การจัดการ ความปวด	การจัดการ ความปวดให้ สอดคล้อง กับบริบท	ระดับความ สัมพันธ์
1. ระยะเวลาการปฏิบัติงานของ พยาบาลวิชาชีพ	0.153 ($p = 0.078$)	0.144 ($p = 0.096$)	0.139 ($p = 0.108$)	0.199* ($p = 0.021$)	0.048 ($p = 0.583$)	ไม่มีความ สัมพันธ์กัน
2. ประสมการณ์การอบรมของ พยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการ ความปวด	0.257** ($p = .003$)	0.264** ($p = .002$)	0.268** ($p = .000$)	0.194* ($p = .025$)	0.104 ($p = .231$)	ระดับต่ำ
3. ทักษะการสื่อสารของพยาบาลใน การจัดการความปวด						
3.1 ทักษะการสื่อสารระหว่าง พยาบาลกับพยาบาล	0.521** ($p = .000$)	0.417** ($p = .000$)	0.458** ($p = .000$)	0.504** ($p = .000$)	0.418** ($p = .000$)	ระดับ ปานกลาง
3.2 ทักษะการสื่อสารระหว่าง พยาบาลกับผู้ป่วยหรือ บุคคลใน ครอบครัว	0.520** ($p = .000$)	0.416** ($p = .000$)	0.449** ($p = .000$)	0.484** ($p = .000$)	0.410** ($p = .000$)	ระดับ ปานกลาง

ตารางที่ 4.9 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ในสถาบันบำราศนราดูร กับระยะเวลาการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ประสิทธิภาพการอบรมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปวดและทักษะการสื่อสารของพยาบาลในการจัดการความปวด โดยใช้สถิติ สหสัมพันธ์แบบเรียงอันดับของสเปียร์แมน ($N = 134$) (ต่อ)

ปัจจัย	สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด					
	สมรรถนะ	การจัดการ				
	พยาบาลวิชาชีพ (โดยรวม)	ความรู้พื้นฐาน ความปวด	การประเมิน ความปวด	การจัดการ ความปวด	ความปวดให้ สอดคล้อง กับบริบท	ระดับความสัมพันธ์
3.3 ทักษะการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับสหสาขาวิชาชีพ	0.614** ($p = .000$)	0.486** ($p = .000$)	0.539** ($p = .000$)	0.588** ($p = .000$)	0.468** ($p = .000$)	ระดับปานกลาง
ทักษะการสื่อสารโดยรวม	0.576** ($p = .000$)	0.465** ($p = .000$)	0.491** ($p = .000$)	0.559** ($p = .000$)	0.453** ($p = .000$)	ระดับปานกลาง



บทที่ 5

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวดและ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด ได้แก่ ระยะเวลาการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ประสิทธิภาพการอบรมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปวดและทักษะการสื่อสารของพยาบาลในการจัดการความปวด กลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพทำงานในสถาบันบำราศนราดูรมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติงานและมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวด จำนวน 134 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวดและแบบสอบถามทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลสมรรถนะของพยาบาลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวดกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเรียงอันดับของสเปียร์แมน ผลการศึกษาสรุปได้ ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวดโดยรวมอยู่ในระดับสูง (3.62 ± 0.73) เมื่อพิจารณาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวดรายด้าน พบว่า สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด ด้านการจัดการความปวด (3.97 ± 0.62) ด้านการประเมินความปวด (3.66 ± 0.79) ด้านการจัดการความปวดให้สอดคล้องกับบริบท (3.45 ± 0.75) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ตามลำดับ ในขณะที่ด้านความรู้พื้นฐานความปวด (3.40 ± 0.74) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

นอกจากนี้ยัง พบว่า ทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปวดโดยรวมอยู่ในระดับดี (3.45 ± 1.01) ทักษะการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับพยาบาล (3.70 ± 0.86) และ

ทักษะการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัว (3.81 ± 0.90) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ตามลำดับ ส่วนทักษะการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับสาขาวิชาชีพ โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก (4.39 ± 0.60)

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านระยะเวลาการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ($r = .153, p = .078$) และพบว่า ประสบการณ์การอบรมของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับการจัดการความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลในระดับต่ำ ($r = .257, p = .003$) นอกจากนี้ พบว่า ทักษะการสื่อสารของพยาบาลในการจัดการความปวด โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = .576, p = .000$) ส่วนรายด้าน คือ ระหว่างพยาบาลกับพยาบาล พยาบาลกับผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัว และพยาบาลกับสาขาวิชาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถนะของพยาบาล ($r = .521, .520, .614, p = .000$) ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ในการจัดการความปวด

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะในการจัดการความปวดโดยรวมในระดับสูง (3.62 ± 0.73) อธิบายได้ว่า สถาบันบิราศนราครุ มีมาตรฐานในการพยาบาลประกอบกับสถานพยาบาลต้องได้รับการประกันคุณภาพทางการพยาบาล มีการประเมินเพื่อพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษา พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 80 มีประสบการณ์ทำงานในหน่วยงานเดิมมากกว่า 6 ปี ในกรณีนี้ พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ทำงานในแผนกหอผู้ป่วยใน ร้อยละ 44.78 และห้องผ่าตัด ร้อยละ 11.94 ซึ่งทำงานกับผู้ป่วยที่มีความปวดมาโดยตลอดนับว่าอยู่ในระดับผู้ชำนาญการ (Proficient) และผู้เชี่ยวชาญ (Expert) นอกจากนี้การจัดการความปวดในผู้ป่วย จะมีแผนการรักษาซึ่งเป็นไปตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดที่ชัดเจน รวมถึงการประเมิน ติดตามตรวจวัดระดับคะแนนความปวดและการจัดการความปวด ทำให้พยาบาลมีสมรรถนะที่สูงขึ้น ตามระยะเวลาการทำงาน เป็นไปตามแนวคิดของ Benner (1984)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการความปวด (3.97 ± 0.62) ด้านการประเมินความปวด (3.66 ± 0.79) และการจัดการความปวดให้สอดคล้องกับบริบท (3.45 ± 0.75) ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่า พยาบาลมีสมรรถนะทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับที่ดี ส่วนด้านความรู้พื้นฐานความปวด (3.40 ± 0.74) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากพยาบาลศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับความปวดไม่สม่ำเสมอ ทำให้พยาบาลไม่สามารถที่จะพัฒนาสมรรถนะในการดูแลที่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลได้ เนื่องจาก หน่วยงานยังไม่มีการใช้แนวปฏิบัติที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง เกี่ยวกับการจัดการความปวด รวมทั้งบันทึกการจัดการความปวดตามประสบการณ์ของตนเอง แทนการบันทึกข้อมูลที่วัดได้จากการใช้เครื่องมือทำให้การตัดสินใจทางคลินิก (Clinical Judgement) ในการจัดการความปวดไม่เป็นไปตามมาตรฐาน (Chatchumni, Namvongprom, Sandborgh, Mazaheri, & Eriksson, 2015; Chatchumni, Namvongprom, Eriksson, & Mazaheri, 2016a, 2016b, 2018, 2019) นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 78.36 ไม่เคยได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด สิ่งเหล่านี้อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ความรู้พื้นฐานยังไม่ดีเท่าที่ควร สอดคล้องกับการศึกษาของศรีสุดา งามขำ และคณะ (2561) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการความปวดระดับต่ำและมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลวิชาชีพควรเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับความปวดโดยการเข้ารับการอบรมระยะสั้นหรือเรียนต่อในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งส่งเสริมให้เกิดทักษะในการประเมินและการจัดการความปวดเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวดโดยรวมค่าเฉลี่ย (3.62 ± 0.73) อยู่ในระดับสูงแต่ยังไม่สูงมาก ส่วนรายด้าน 4 ด้าน ได้แก่ การจัดการความปวด (3.97 ± 0.62) การประเมินความปวด (3.66 ± 0.79) และการจัดการความปวดให้สอดคล้องกับบริบท (3.45 ± 0.75) อยู่ในระดับสูงเช่นกัน แต่ในขณะที่ด้านความรู้พื้นฐานความปวด (3.40 ± 0.74) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า เนื่องจากในสถานการณ์หอผู้ป่วย ถึงแม้ไม่มีแนวปฏิบัติการจัดการความปวด แต่มีแผนการรักษาของแพทย์ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่ชัดเจน รวมถึงการประเมิน ติดตามวัดระดับคะแนนความปวด ทำให้พยาบาลสามารถจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปี ตามทฤษฎีของ Benner (1984) ที่บอกว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานอยู่ในหน่วยงานเดิม 5 ปี ขึ้นไป นับว่าอยู่ในระดับผู้เชี่ยวชาญ สิ่งเหล่านี้ทำให้พยาบาล มีสมรรถนะที่สูงขึ้นตามระยะเวลาการทำงาน ในขณะที่ความรู้พื้นฐานอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากพยาบาลได้รับการอบรมการจัดการความปวดเพียง

ร้อยละ 21.64 และพยาบาลส่วนใหญ่ทำงานมานานมากกว่า 10 ปี ทำให้ความรู้พื้นฐานความปวดอยู่ในระดับที่ไม่สูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศรีสุดา งามขำ และคณะ (2561) ที่พบว่า พยาบาลมีความรู้ในการประเมินและการจัดการความปวดในระดับต่ำ

ทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ

ทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมมีค่าเฉลี่ย (3.45 ± 1.01) อยู่ในระดับดี ส่วนรายด้าน ได้แก่ ทักษะการฟัง (3.60 ± 1.04) และทักษะในการให้ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน (3.42 ± 1.03) อยู่ในระดับดี ในขณะที่ ทักษะการรับข้อมูลข่าวสารที่ปราศจากการลำเอียง (3.37 ± 0.98) และทักษะการสื่อสารแบบเปิด (3.40 ± 1.00) อยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า การสื่อสารโดยรวมอยู่ในระดับดี เนื่องจากในการทำงานของพยาบาลทั้งกับผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว และสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลใช้ทักษะการสื่อสารอยู่ตลอดเวลาทำให้ทักษะโดยรวมอยู่ระดับดี ส่วนทักษะรายด้านทักษะการฟังและทักษะในการให้ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจนอยู่ในระดับดี อาจเนื่องจาก พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยใช้ทักษะการฟังเป็นอย่างมาก ในการติดต่อข้อมูลกับผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัว มีการแก้ไข ประสานงาน ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและยังมีการให้ข้อมูลกับญาติผู้ป่วยหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยให้ดี ในขณะที่ทักษะการรับข้อมูลข่าวสารที่ปราศจากการลำเอียงและทักษะการสื่อสารแบบเปิดอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจาก พยาบาลมีเวลาที่จำกัด อาจทำให้ขณะสื่อสารขาดการทบทวนข้อมูลข่าวสารย้อนกลับ เพื่อยืนยันความเข้าใจที่ตรงกัน เมื่อมีการส่งผ่านข้อมูลไปสู่ผู้อื่น ทำให้เกิดการสื่อสารผิดพลาด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ Amoah et al. (2019) เกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ พบว่า สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ภาษาและความเข้าใจผิดเป็นอุปสรรคระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยในด้านการสื่อสาร

ทักษะการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับพยาบาล พบว่า ทักษะทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยโดยรวม (3.70 ± 0.86) และรายด้านอยู่ระหว่าง ($3.53-4.01$) ระหว่างพยาบาลกับ ผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัว พบว่า ทักษะทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยโดยรวม (3.81 ± 0.90) และรายด้านอยู่ระหว่าง ($3.66-4.14$) และระหว่างพยาบาลกับสหสาขาวิชาชีพ พบว่า ทักษะทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ยโดยรวม (4.39 ± 0.60) และรายด้านอยู่ระหว่าง ($4.36-4.40$) อธิบายได้ว่า ระหว่างพยาบาลกับสหสาขาวิชาชีพ เป็นเรื่องที่พยาบาลสื่อสารเกี่ยวกับแผนการรักษาซึ่งเป็นเรื่องที่มีแนวทางการรักษาที่ชัดเจน ทำให้มีความเข้าใจที่ตรงกัน สอดคล้องกับการศึกษาของเปรมฤดี ศรีวิชัย และ

กันดिया ลิมประเสริฐ (2562) พบว่า พยาบาลจะสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพโดยใช้การสื่อสารทางตรงมีการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อยืนยันความเข้าใจที่ตรงกัน แต่ต่างกับทักษะการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว และพยาบาลกับพยาบาล ซึ่งอาจมีความซับซ้อน ทั้งเรื่องที่พยาบาลต้องอธิบายแนวทางการรักษาของแพทย์ให้ผู้ป่วยฟัง รวมถึงพยาบาลมีเวลาจำกัด ด้วยภาระงานที่มากและความเหนื่อยล้า อาจส่งผลต่อความสามารถของพยาบาลในการรับข้อมูลความปวดที่ถูกต้อง มีเวลาไม่เพียงพอในการจัดการความปวด ทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา หรือการประเมินคะแนนความปวดอีกครั้งหลังจากให้การพยาบาล ภาระงานมากมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการพยาบาลที่ลดลง (Youngcharoen & Aree-Ue, 2022) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Amoah et al. (2019) ที่พบว่า อุปสรรคด้านการสื่อสารทำให้การรักษาไม่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ ภาระงานที่มากเกินไป ทำให้พยาบาลรู้สึกเหนื่อยและมีความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร ความเข้าใจผิด เป็นต้น

ความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวด และทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวดกับ สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพกับสมรรถนะในการจัดการความปวด พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ($r = 0.153, p = .078$) และพบว่า ประสบการณ์การอบรมความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับสมรรถนะของพยาบาลในการจัดการความปวด ($r = 0.257, p = .003$) นอกจากนี้ ยังพบว่า ทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ ในการจัดการความปวดโดยรวม มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = 0.576, p = .000$) ส่วนรายด้าน คือ พยาบาลกับพยาบาล พยาบาลกับผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว และพยาบาลกับสหสาขาวิชาชีพ มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับสมรรถนะของพยาบาล ($r = .521, .520, .614, p = .000$) ตามลำดับ อภิปรายผลได้ ดังนี้ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด เนื่องจาก พยาบาลส่วนใหญ่ ปฏิบัติงานในระยะเวลาสั้น พบเฉลี่ย 15.78 ปี ร่วมกับการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวดในระยะเวลาที่สั้นมาก (4.56 ± 3.40) ชั่วโมง ซึ่งพยาบาลที่ทำงานมานานแต่ไม่ได้รับการเพิ่มพูนความรู้ อาจทำให้มีความรู้ไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่มีมาก่อน (Alotaibi et al., 2018; Youngcharoen & Aree-Ue, 2022) ที่พบว่า ประสบการณ์การทำงานของพยาบาลที่มากขึ้น ไม่สัมพันธ์กับสมรรถนะในการจัดการความปวดของพยาบาล แต่ขัดแย้งกับผลการศึกษาอื่น ที่พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์

มากกว่า 10 ปีมีคะแนนสูงสุด ด้านทัศนคติต่อการประเมินความปวด Youngcharoen et al. (2017) และพบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 10 ปี จะมีความรู้ต่ำกว่าพยาบาลที่ทำงานมากกว่า 10 ปี (Fernández-Castro et al., 2021)

ประสบการณ์การอบรมของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ ($r = 0.257, p = .003$) กับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด เนื่องจาก พยาบาลส่วนใหญ่ในสถาบันบำราศนราดูรไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวดถึงร้อยละ 78.86 และที่ได้รับการอบรมร้อยละ 21.64 เป็นการอบรมที่ระยะเวลา 5 ปี ที่ผ่านมา ซึ่งจากการศึกษาของ Youngcharoen and Aree-Ue (2022) พบว่า พยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรม การจัดการความปวด ในช่วงไม่เกิน 6 เดือน สามารถใช้แนวทางปฏิบัติในการจัดการความปวดได้ดี เนื่องจากผ่านการอบรมมาได้ไม่นาน ทำให้ยังคงมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการจัดการความปวด และยังพบการศึกษาของศรีสุตา กามขำ และคณะ (2561) ที่ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการประเมินและการจัดการความปวดของพยาบาลไทย พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมด้านการจัดการความปวด มีความรู้ความเข้าใจในการจัดการความปวดได้ดีกว่า พยาบาลที่ไม่ได้รับการอบรมการจัดการความปวด

ทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวดมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง ($r = .521, .520, .614, p = .000$) ตามลำดับ กับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด เนื่องจาก การสื่อสารเป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้ในการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ทำให้พยาบาลสามารถประเมินความปวดของผู้ป่วยผ่านการบอกเล่า และนำมาวางแผนการจัดการความปวดให้กับผู้ป่วย เพื่อให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่มีมาก่อน (Amoah et al., 2019; Asman, Slutsker, & Melnikov, 2019; Tetteh et al., 2021) ที่พบว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพกับผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ส่งผลให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจาก การที่พยาบาลใช้คำพูดที่ปลอบประโลมจิตใจจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่ได้รับยาบรรเทาอาการปวด และยังพบอีกว่า อุปสรรคที่ทำให้การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร ภาระงานของพยาบาลที่มากเกินไป และความเข้าใจผิด ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดที่ไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติพยาบาล

- 1) ควรมีการจัดอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวดอย่างสม่ำเสมอเพื่อพัฒนาสมรรถนะในด้านการจัดการความปวด อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการความปวด พัฒนาความรู้และต่อยอดความรู้ใหม่ตลอดเวลาโดยเฉพาะในพื้นที่ที่ต้องจัดการความปวดอยู่เป็นประจำ
- 2) ควรนำแนวปฏิบัติด้านการจัดการความปวดเกี่ยวกับการใช้ยาและไม่ใช้ยาของผู้ป่วยมาใช้ในการจัดการความปวดเพื่อให้พยาบาลมีแนวทางในการจัดการความปวดของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
- 3) ควรจัดอบรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารสำหรับพยาบาลวิชาชีพ เพื่อพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานการพยาบาลในการสื่อสารให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมทักษะการสื่อสารในการจัดการความปวดต่อผลลัพธ์ของสมรรถนะพยาบาลในการจัดการความปวด เพื่อติดตามการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพอย่างต่อเนื่องทางด้านทักษะการสื่อสาร

เอกสารอ้างอิง

- กรองไฉ อุณหสูต. (2554). สมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ. *วารสารอุบัติเหตุ*, 30(2), 73-77.
- กระทรวงสาธารณสุข สถาบันการแพทย์แผนไทย. (2551). *หลักสูตรการแพทย์แผนไทยของกระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ และคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติด้านการคัดเลือกยาสาขาวิสัญญีวิทยา และการระงับการปวด. (2558). *คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาที่ใช้ทางวิสัญญีวิทยาและการระงับปวด*. สืบค้นจาก http://202.28.95.4/pharmacy/myfile/1_anesthetics_and_pain_medication_0.pdf
- จุฬารัตน์ แซ่พัง, ขนิษฐา นาคะ, และประณีต ส่วงวัฒนา. (2560). *สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง* (Master's thesis). สืบค้นจาก <https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/11719/1/420118.pdf>
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2544). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: เทพเนรมิตการพิมพ์.
- ณัฐพล ยุวนิช, มนพร ชาติชานี, และนิพาดา ลัทธินนธรรม. (2564). แนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมีผลต่อระดับความปวด: การทบทวนวรรณกรรม. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 4(3), 135-151.
- ทวนธน บุญถื่อ. (2562). *การใช้ยาในภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท (Drug used in neuropathic pain)*. สืบค้นจาก https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=738
- ทิพย์สุคนธ์ เจริญพันธ์, และจันทรัตน์ สิทธิวรนนท์. (2565). การพัฒนาบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามอย่างต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน โรงพยาบาลหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี. *Thai Bulletin of Pharmaceutical Sciences*, 17(2), 1-21.
- นงลักษณ์ คำสวัสดิ์. (2563). เครื่องมือประเมินความปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอด: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ*, 6(2), 21-31.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- นิตยา สุขแสน, และเบญจวรรณ คล้ายทับทิม. (2565). ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการความเจ็บปวดจากการคลอดต่อคะแนนความเจ็บปวดและการรับรู้ประสบการณ์คลอดของหญิงวัยรุ่นในระยะคลอด. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 16(3), 1044-1056.
- นุสรรา ประเสริฐศรี, ยศพล เหลืองโสมนภา, และสังข์วร เขตคำ. (2566). การประเมินความปวดผู้ป่วยสมองบาดเจ็บในหอผู้ป่วยหนัก. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 33(1), 14-22.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- เปรมฤดี ศรีวิชัย, และกัญติยา ลีประเสริฐ. (2562). พฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดพะเยา Communication Behavior among Professional Nurses at General Hospital in Phayao Province. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(1), 138-147.
- วิจิตรา ภรณ์ทวีศรี. (2562). บทบาทของนักกายภาพบำบัดในโครงการ “หนึ่งล้านห้าแสนก้าวศิริราช และพสกนิกรไทยร่วมวิ่งเฉลิมพระเกียรติเชียงใหม่-ศิริราช”. *Siriraj Medical Bulletin*, 12(3), 208-213.
- วนิดา สติประเสริฐ, และชัชฎาภรณ์ ชีเขียน. (2565). ผลของดนตรีบรรเลงต่อความปวดในผู้ป่วยที่มาส่งกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ที่ไม่รับยาทำให้สงบ. *วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักร*, 15(1), 50-63.
- วิไลลักษณ์ วงศ์เจริญ, และนงลักษณ์ อินตา. (2566). ผลของการประคบเย็นต่อความปวดและความพึงพอใจในผู้ป่วยนิวคลีอัสที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดยาสเตรอยด์. *พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 50(1), 68-80.
- ศรีสุดา งามขำ, นิสา ครุฑจันทร์, จุฑารัตน์ สว่างชัย, บุญเดือน วัฒนกุล, ศศิธร ชิดนาคี, และรุ่งนภา เจียวชะอ้า. (2561). ความรู้เกี่ยวกับการประเมินและการจัดการกับความปวดของพยาบาลไทย Knowledge about Pain Assessment and Management of Thai Nurses. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(1), 81-89.
- สถาบันบำราศนราดูร. (2564). *สถิติผู้เข้ารับบริการ ปีงบประมาณ 2564*. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/bidi/news.php?news=18413>
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์, และสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2565). *คำแนะนำการจัดการความปวดจากมะเร็ง*. สืบค้นจาก <http://www.tasp.or.th/cpg/cancer.php>

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2552). *แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลัน Clinical Guidance for Acute Pain Management พ.ศ. 2552*. สืบค้นจาก <https://www.hospital.tu.ac.th/doc/workshop/CPG%20Acute%20Pain.pdf>
- สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2566). *แนวทางเวชปฏิบัติความปวดจากมะเร็ง (Clinical Practice Guideline for Cancer Pain) พ.ศ. 2566*. สืบค้นจาก <https://www2.si.mahidol.ac.th/km/cop/clinical/rdu/rduguideline/10081/>
- อัญชลี ชุ่มบัวทอง, และชยาพิมพ์ สัมมา. (2560). คนตรีบำบัด. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*, 3(2), 77-87.
- อัญชลี ช. คูวอล, และตติยา ทูมเสน. (2561). ทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัดสำหรับพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19, 25-33.
- Alasiry, S., & Löfvenmark, C. (2013). Nurses' perceptions of pain assessment and pain management for patients with myocardial infarction in a coronary care unit. *Middle East J Nurs*, 7(5), 9-22.
- Alotaibi, K., Higgins, I., Day, J., & Chan, S. (2018). Paediatric pain management: knowledge, attitudes, barriers and facilitators among nurses—integrative review. *International Nursing Review*, 65(4), 524-533.
- Amoah, V. M. K., Anokye, R., Boakye, D. S., Acheampong, E., Budu-Ainoon, A., Okyere, E., . . . Afriyie, J. O. (2019). A qualitative assessment of perceived barriers to effective therapeutic communication among nurses and patients. *BMC nursing*, 18, 1-8.
- Arwood, E., Rowe, J. M., Singh, N. S., Carr, D. B., Herr, K. A., & Chou, R. (2015). Implementing a paradigm shift: incorporating pain management competencies into pre-licensure curricula. *Pain Medicine*, 16(2), 291-300.
- Asman, O., Slutsker, E., & Melnikov, S. (2019). Nurses' perceptions of pain management adequacy in mechanically ventilated patients. *Journal of clinical nursing*, 28(15-16), 2946-2952.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- Baamer, R. M., Iqbal, A., Lobo, D. N., Knaggs, R. D., Levy, N. A., & Toh, L. S. (2022). The utility of unidimensional and functional pain assessment tools in adult postoperative patients: a systematic review. *British journal of anaesthesia*, 128(5), 874-888.
- Barakat, A., Hamdy, M. M., & Elbadr, M. M. (2018). Uses of fluoxetine in nociceptive pain management: A literature over view. *European Journal of Pharmacology*, 829, 12-25.
- Benner, P. E. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. California: Addison-Wesley.
- Bouya, S., Balouchi, A., Maleknejad, A., Koochakzai, M., AlKhasawneh, E., & Abdollahimohammad, A. (2019). Cancer pain management among oncology nurses: knowledge, attitude, related factors, and clinical recommendations: a systematic review. *Journal of Cancer Education*, 34(5), 839-846.
- Chatchumni, M., Namvongprom, A., Sandborgh, M., Mazaheri, M., Eriksson, H. (2015). Nurses' Perceptions of Patients in Pain and pain management: A focus group in Thailand. Pacific Rim International. *Journal of Nursing Research*, 19(2), 165-178.
- Chatchumni, M., Namvongprom, A., Eriksson, H., Mazaheri, M. (2016a). Thai Nurses' experiences of post-operative pain assessment and its' influence on pain management decisions. *BMC Nursing*, 15(12), 1-8.
- Chatchumni, M., Namvongprom, A., Eriksson, H., & Mazaheri, M. (2016b). Treating without seeing: Pain management practice in a Thai context. *Pain Research & Management*, 2016, 1-9. doi:10.1155/9580626
- Chatchumni, M., Namvongprom, A., Eriksson, H., & Mazaheri, M. (2018). Engagement and availability in shaping nurses' management of postoperative pain: a qualitative study. *Electronic physician*, 10(8), 7235.
- Chatchumni, M., Namvongprom, A., Eriksson, H., & Mazaheri, M. (2019). Exploring the different management structures in nurses responses and treating of patients' postoperative pain: A qualitative triangulation study. *Electronic Physician*, 11(2), 7536-7543.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- Fernández-Castro, M., Martín-Gil, B., López, M., Jiménez, J. M., Liébana-Presa, C., & Fernández-Martínez, E. (2021). Factors Relating to Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain Management in Inpatients. *Pain Management Nursing, 22*(4), 478-484.
- Fishman, S. M., Young, H. M., Lucas Arwood, E., Chou, R., Herr, K., Murinson, B. B., . . . Strassels, S. (2013). Core competencies for pain management: results of an interprofessional consensus summit. *Pain Medicine, 14*(7), 971-981.
- Freund, D., & Bolick, B. N. (2019). Assessing a child's pain. *AJN The American Journal of Nursing, 119*(5), 34-41.
- Gan, T. J., Habib, A. S., Miller, T. E., White, W., & Apfelbaum, J. L. (2014). Incidence, patient satisfaction, and perceptions of post-surgical pain: results from a US national survey. *Current Medical Research and Opinion, 30*(1), 149-160.
- Gelinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Robar, L., & Côté, J. (2013). Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nursing in critical care, 18*(6), 307-318.
- Gerbershagen, H. J., Aduckathil, S., van Wijck, A. J., Peelen, L. M., Kalkman, C. J., & Meissner, W. (2013). Pain intensity on the first day after surgery: A prospective cohort study comparing 179 surgical procedures. *Anesthesiology, 118*(4), 934- 944.
- Herr, K., Marie, B. S., Gordon, D. B., Paice, J. A., Watt-Watson, J., Stevens, B. J., . . . Young, H. M. (2015). An interprofessional consensus of core competencies for prelicensure education in pain management: curriculum application for nursing. *Journal of Nursing Education, 54*(6), 317-327.
- Hoeger Bement, M. K., St. Marie, B. J., Nordstrom, T. M., Christensen, N., Mongoven, J. M., Koebner, I. J., . . . Sluka, K. A. (2014). An interprofessional consensus of core competencies for prelicensure education in pain management: curriculum application for physical therapy. *Physical therapy, 94*(4), 451-465.
- Hyland, S. J., Wetshtein, A. M., Grable, S. J., & Jackson, M. P. (2022). Acute Pain Management Pearls: A Focused Review for the Hospital Clinician. *Healthcare, 11*(1), 1-27.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- International Association for the Study of Pain (IASP). (2016). *Global Year Against Pain in The Joints*. Retrieved from https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/2016/FactSheets/Thai/18_Formatted_Thai.pdf
- International Association for the Study of Pain (IASP). (2022). *Global Year Against Pain in The Joints*. Retrieved from https://iaspfiles.s3.amazonaws.com/production/public/1_Thai%20Global%20Year%202020%20Prevention%20Introduction%20Fact%20Sheet.pdf
- Johnson, N. L., & Black, S. (2022). Measurement of clinical outcomes in pain medicine. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 23(7), 374-377.
- Jensen, T. S., Baron, R., Haanpää, M., Kalso, E., Loeser, J. D., Rice, A. S., & Treede, R. D. (2011). A new definition of neuropathic pain. *Pain*, 152(10), 2204-2205.
- Joint Commission on Accreditation of Health care Organization. (2001). *JCAHO Pain management standard*. Retrieved from <http://www.jcrinc.com/subscribers/perspectives.asp>
- Ju, W., Ren, L., Chen, J., & Du, Y. (2019). Efficacy of relaxation therapy as an effective nursing intervention for post-operative pain relief in patients undergoing abdominal surgery: A systematic review and meta-analysis. *Experimental & Therapeutic Medicine*, 18(4), 2909-2916.
- Kahsay, D. T., & Pitkääjärvi, M. (2019). Emergency nurses knowledge, attitude and perceived barriers regarding pain Management in Resource-Limited Settings: cross-sectional study. *BMC nursing*, 18(1), 1-13.
- Kidanemariam, B. Y., Elsholz, T., Simel, L. L., Tesfamariam, E. H., & Andemeskel, Y. M. (2020). Utilization of non-pharmacological methods and the perceived barriers for adult postoperative pain management by the nurses at selected National Hospitals in Asmara, Eritrea. *BMC nursing*, 19(1), 1-10.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- Leadley, R. M., Armstrong, N., Reid, K. J., Allen, A., Misso, K. V., & Kleijnen, J. (2014). Healthy aging in relation to chronic pain and quality of life in Europe. *Pain Practice, 14*(6), 547-558.
- Marques, R., Araújo, F., Fernandes, M., Freitas, J., Dixe, M. A., & Gélinas, C. (2022). Validation Testing of the European Portuguese Critical-Care Pain Observation Tool. *Healthcare, 10*(6), 1075-1085.
- McCabe, C., Feeney, A., Basa, M., Eustace-Cook, J., & McCann, M. (2023). Nurses knowledge, attitudes and education needs towards acute pain management in hospital settings: A meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing, 32*, 4325-4336. doi:10.1111/jocn.16612
- Nelson, N. (2013). Delayed onset muscle soreness: is massage effective. *Journal of bodywork and movement therapies, 17*(4), 475-482.
- Puntillo, K. A., Stannard, D., Miaskowski, C., Kehrle, K., & Gleeson, S. (2002). Use of a pain assessment and intervention notation (PAIN) tool in critical care nursing practice: nurses' evaluations. *Heart & lung, 31*(4), 303-314.
- Shea, O. (1998). *Relationship-building skills* (7th ed.). Boston: McGraw Hill.
- Simone, C. B., Vapiwala, N., Hampshire, M. K., & Metz, J. M. (2012). Cancer patient attitudes towards analgesic utilization and pain intervention. *The Clinical journal of pain, 28*(2), 157-162.
- Tetteh, L., Aziato, L., Mensah, G. P., Vehviläinen-Julkunen, K., & Kwegyir-Afful, E. (2021). Burns pain management: The role of nurse-patient communication. *Burns, 47*(6), 1416-1423.
- The Faculty of Pain Medicine of the Royal College of Anaesthetists. (2020). *The Role of the Pain Medicine Specialist*. Retrieved from <https://fpm.ac.uk/media/2456>
- Von Baeyer, C. L., Jaaniste, T., Vo, H. L., Brunson, G., Lao, H. C., & Champion, G. D. (2017). Systematic review of self-report measures of pain intensity in 3-and 4-year-old children: bridging a period of rapid cognitive development. *The Journal of Pain, 18*(9), 1017-1026.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- Walid, M. S., Donahue, S. N., Darmohray, D. M., Hyer Jr, L. A., & Robinson Jr, J. S. (2008). The fifth vital sign what does it mean?. *Pain Practice*, 8(6), 417-422.
- Wren, A. A., Ross, A. C., D'Souza, G., Almgren, C., Feinstein, A., Marshall, A., & Golianu, B. (2019). Multidisciplinary pain management for pediatric patients with acute and chronic pain: a foundational treatment approach when prescribing opioids. *Children*, 6(2), 33-55.
- Youngcharoen, P., & Aree-Ue, S. (2022). A cross-sectional study of factors associated with nurses' postoperative pain management practices for older patients. *Nursing Open*, 10(1), 90-98.
- Youngcharoen, P., Vincent, C., & Park, C. G. (2017). Theory of planned behavior constructs associated with nurses' pain assessment and pro re nata (PRN) opioid analgesic administration: A cross-sectional study. *Pain Management Nursing*, 18(3), 153-169.
- Zaki, J., Wager, T. D., Singer, T., Keysers, C., & Gazzola, V. (2016). The anatomy of suffering: understanding the relationship between nociceptive and empathic pain. *Trends in cognitive sciences*, 20(4), 249-259.







คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถามและแบบประเมิน

วิทยานิพนธ์เรื่อง สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

แบบสอบถามและแบบประเมิน ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

จำนวน 8 ข้อ

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน หรือเติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

ตอนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด

จำนวน 55 ข้อ

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องระดับความคิดเห็นหรือการปฏิบัติกิจกรรมที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียว แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

- | | |
|-----------------------------------------------------|--------------|
| 2.1. สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด | จำนวน 11 ข้อ |
| 2.2. สมรรถนะด้านการประเมินความปวด | จำนวน 12 ข้อ |
| 2.3. สมรรถนะด้านการจัดการความปวด | จำนวน 12 ข้อ |
| 2.4. สมรรถนะด้านการจัดการความปวดให้สอดคล้องกับบริบท | จำนวน 5 ข้อ |

ตอนที่ 3 แบบสอบถามทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องระดับความคิดเห็นหรือการปฏิบัติกิจกรรมที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียว แบบสอบถามทั้ง 3 ตอน มีข้อคำถามเท่ากัน คือ ตอนละ 22 ข้อ ประกอบด้วย 4 ทักษะ

- | | |
|--------------------------------------------|-------------|
| 3.1 ทักษะในการฟัง | จำนวน 7 ข้อ |
| 3.2 ทักษะการให้ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน | จำนวน 5 ข้อ |
| 3.3 ทักษะการรับข้อมูลข่าวสารที่ปราศจากอคติ | จำนวน 5 ข้อ |
| 3.4 ทักษะการสื่อสารแบบเปิด | จำนวน 5 ข้อ |

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน หน้าคำตอบ หรือเติมคำในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. ปัจจุบัน ท่านอายุ.....ปี..... เดือน
2. เพศ 1. หญิง 2. ชาย
3. ศาสนา 1. พุทธ 2. อิสลาม 3. คริสต์ 4. อื่น ๆ
4. สถานภาพสมรส 1. โสด 2. สมรส 3. หม้าย/ หย่า/ แยก
5. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน
 1. ปริญญาตรี 2. ปริญญาโท
 3. ปริญญาเอก 4. อื่น ๆ โปรดระบุ.....
6. ระยะเวลาในการประกอบอาชีพพยาบาล รวม.....ปี..... เดือน
 แผนกหอผู้ป่วย.....
7. ประสบการณ์การศึกษาเฉพาะทางด้านการพยาบาล (เพิ่มเติม)
 (โปรดระบุวุฒิการศึกษา, สาขา, สถานที่ศึกษา, ปีที่จบการศึกษา, และระยะเวลาในการศึกษา)
 1. ไม่เคยศึกษาเฉพาะทางด้านการพยาบาล
 2. เคย ได้แก่.....
8. ท่านเคยเข้ารับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับความปวด/ การจัดการความปวดหรือไม่
 1. ไม่เคย
 2. เคย จำนวน..... ครั้ง (โปรดระบุหัวข้อการอบรม, จำนวนชั่วโมง)
 ครั้งที่ 1 หัวข้อเรื่อง.....
 ปี พ.ศ. จำนวน ชั่วโมง
 ครั้งที่ 2 หัวข้อเรื่อง.....
 ปี พ.ศ. จำนวน ชั่วโมง
 (หากท่านมีข้อมูลเพิ่มเติมใด ๆ สามารถเขียนเพิ่มหลังกระดาษฉบับนี้ได้เลยคะ)

ตอนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องระดับความคิดเห็นหรือการปฏิบัติกิจกรรมที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับที่ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย หรือ ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เลย

ระดับที่ 2 หมายถึง เห็นด้วยเล็กน้อย หรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ในระดับน้อย

ระดับที่ 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง หรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ระดับปานกลาง

ระดับที่ 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก หรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ระดับมาก

ระดับที่ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด หรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ในระดับมากที่สุด

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด	ระดับ				
	1	2	3	4	5
สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด					
1. ความปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคล ซึ่งรับรู้มากน้อยในระดับที่แตกต่างกัน ขึ้นกับการรับรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล					
2. ท่านสามารถอธิบายกลไกการเกิดความปวดเชื่อมโยงกับความปวดของผู้ป่วยที่ท่านดูแลได้					
3. ทฤษฎีความปวดช่วยให้เข้าใจความรู้สึกปวดของผู้ป่วยและช่วยในการจัดการความปวดมีประสิทธิภาพมากขึ้น					
4. ท่านสามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างความปวดเฉียบพลัน (acute pain) เรื้อรัง (chronic pain) และความปวดจากมะเร็ง (Cancer Pain) ถูกต้อง					
5. ท่านเข้าใจความหมายของศัพท์พื้นฐานทางความปวดได้เป็นอย่างดี (ตัวอย่าง เช่น ปวดแสบร้อน ปวดร้าว ปวดเหมือนเข็มทิ่ม) ได้					
6. ท่านสามารถอธิบายผลกระทบจากความปวดเฉียบพลันต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายที่สำคัญได้ (เช่น ระบบหลอดเลือดและหัวใจ ระบบหายใจ ฯลฯ)					
7. ท่านสามารถอธิบายผลกระทบจากความปวดเรื้อรังและความปวดจากมะเร็งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ท่านดูแล					

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด	ระดับ				
	1	2	3	4	5
8. ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับความปวดของผู้ป่วยว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ					
9. ท่านจัดการความปวด โดยตระหนักถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมและความเชื่อของผู้ป่วย					
10. พฤติกรรมการแสดงออกถึงความปวดของผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกัน					
11. ท่านตระหนักถึงธรรมชาติของความปวดและความแตกต่างของผู้ป่วยในการประเมินความปวดอยู่เสมอ					
สมรรถนะด้านการประเมินความปวด					
12. ท่านเข้าใจหลักการประเมินความปวด (Pain assessment)					
13. การประเมินความปวดเสมือนเป็นสัญญาณชีพที่ 5 ที่ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการประเมิน					
14. ท่านประเมินความปวดของผู้ป่วยตามแนวทางการปฏิบัติ การประเมินความปวดของหน่วยงานได้อย่างถูกต้อง					
15. ท่านเลือกใช้เครื่องมือที่ประเมินความปวดตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม					
16. ท่านสามารถใช้เครื่องมือมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข และ/หรือมาตรวัดความปวดด้วยวาจา ในการประเมินความปวดได้					
17. ท่านสามารถซักประวัติความปวดในผู้ป่วยที่มีความปวดได้ครอบคลุม (ตำแหน่งปวด ระดับความปวด ลักษณะความปวด ปัจจัยกระตุ้นความปวด)					
18. ท่านประเมินความปวดของผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการปวด ทั้งแรกรับระหว่างและหลังทำหัตถการ หรือการให้ยาบรรเทาปวดทุกครั้ง					
19. ท่านเปิดโอกาสให้ญาติหรือครอบครัวของผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการประเมินความปวดของผู้ป่วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการประเมินความปวดของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น					
20. ท่านประเมินความปวด (Pain assessment) พบว่า ผู้ป่วยบอกปวดที่ 9 คะแนน (NRS = 9) แสดงว่าผู้ป่วยของท่านปวดระดับมากซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับยาบรรเทาปวดทันที					

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด	ระดับ				
	1	2	3	4	5
21. ท่านประเมินความปวดของผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ โดยไม่ตัดสินใจ ความปวดของผู้ป่วยจากความรู้สึกของท่านเอง					
22. ท่านแสดงกิริยาท่าทางอย่างสุภาพ เป็นมิตร และดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย ขณะประเมินความปวด					
23. เมื่อท่านประเมินความปวด พบว่า ผู้ป่วยมีความปวดระดับรุนแรง แต่ ขาดบรรเทาปวดที่ได้รับไม่พอเพียง ท่านจะรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาอีก ครั้ง					
สมรรถนะด้านการจัดการความปวด					
24. ท่านมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับยาบรรเทาปวดแต่ละชนิดในหน่วยงาน ของท่าน เช่น มอร์ฟีน (Morphine) เพทิดีน (Pethidine) ทรามาดอล (Tramadol) เฟนทานิล (Fentanyl) ฯลฯ					
25. ท่านประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว (Sedation score) ใน ผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด หลังได้รับยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids)					
26. ท่านสามารถระบุวิธีการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ท่านดูแล ภายใต้ ขอบเขตการปฏิบัติงานที่ท่านปฏิบัติได้					
27. การให้ข้อมูลเป็นวิธีการจัดการปวดที่จำเป็นต้องปฏิบัติในหน่วยงาน ของท่าน					
28. การจัดการความปวดแบบวิธีการไม่ใช่ยาบรรเทาปวดเป็นบทบาท อิสระที่ท่านสามารถปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเต็มความสามารถ					
29. ท่านให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับยาบรรเทาปวดและเฝ้าระวังผลข้างเคียง จากยาทุกครั้ง ก่อนการบริหารยาแก่ผู้ป่วย					
30. ท่านอธิบายขั้นตอนการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดให้แก่ผู้ป่วย ทราบก่อนลงมือปฏิบัติทุกครั้ง					
31. ท่านเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และแก้ไขปัญหาคความปวดร่วมกัน					
32. ท่านได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยและญาติในการขอคำปรึกษาหรือ การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความปวดอยู่เสมอ					
33. ท่านส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีความปวดสามารถจัดการความปวดด้วย ตนเอง เช่น การจัดทำให้รู้สึกสบาย การฝึกหายใจ เป็นต้น					

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด	ระดับ				
	1	2	3	4	5
34. ท่านตัดสินใจให้ยาบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเริ่มปวด ก่อนที่ผู้ป่วยจะปวดในระดับที่รุนแรงขึ้น					
35. ท่านสามารถอธิบายบทบาทหน้าที่ในการจัดการความปวดผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพได้					
สมรรถนะด้านการจัดการความปวดให้สอดคล้องกับบริบท					
36. ท่านบันทึกระดับความปวด (pain score) ลงในฟอร์มปรอทหรือบันทึกกิจกรรมการพยาบาลทุกครั้งหลังประเมินความปวดผู้ป่วย					
37. ท่านประเมินความปวดซ้ำในผู้ป่วยที่มีความปวดอยู่ระดับรุนแรง ภายหลังจากได้รับการจัดการความปวด 15-30 นาที					
38. ท่านรายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบว่า ความปวดของผู้ป่วยไม่ทุเลาลง ภายหลังจากได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาและการจัดการความปวดอย่างเต็มความสามารถจากท่านแล้ว					
39. ท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรมด้านการจัดการความปวดร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้เป็นอย่างดี					
40. ท่านศึกษาหาความรู้หรือแนวปฏิบัติการพยาบาลใหม่ๆ ตลอดจน แสวงหางานวิจัยที่เกี่ยวกับความปวดอยู่เสมอ เพื่อพัฒนาความสามารถในการจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น					

ตอนที่ 3 แบบสอบถามทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องระดับความคิดเห็นหรือการปฏิบัติกิจกรรมที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับที่ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

ระดับที่ 2 หมายถึง เห็นด้วยเล็กน้อย

ระดับที่ 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

ระดับที่ 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก

ระดับที่ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ทักษะการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับพยาบาล

ทักษะ	ระดับ	มาก	มาก	ปาน	น้อย	น้อย
		ที่สุด		กลาง		ที่สุด
ข้อ	1. ทักษะในการฟัง					
1	ท่านตั้งใจฟังทุกเรื่องเมื่อสมาชิกทีมการพยาบาลให้ข้อมูลข่าวสาร					
2	ท่านเข้าใจถึงแนวคิดและความรู้สึกของผู้พูด					
3	ท่านจับประเด็นความคิดที่สำคัญและสามารถสรุปความคิดรวบยอดได้					
4	ท่านรับฟังโดยใช้วิจารณ์ญาณและสังเกตภาษาท่าทางของผู้พูด					
5	ท่านมีความอดทนเมื่อฟังสิ่งที่ยากและซับซ้อนจากการสื่อสารกับสมาชิกทีมการพยาบาล					
6	ท่านไม่เร่งรีบตัดสินใจในขณะที่รับรู้ข้อมูลต่าง ๆ ยังไม่ครบถ้วน					
7	ท่านแสดงความสนใจที่จะรับฟังข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ผู้พูดมีกำลังใจที่จะถ่ายทอด					

ทักษะ	ระดับ	มาก	มาก	ปาน	น้อย	น้อย
		ที่สุด		กลาง		ที่สุด
ข้อ	2. ทักษะในการให้ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน					
8	ท่านกำหนดเป้าหมายก่อนจะให้ข้อมูลข่าวสาร					
9	ท่านจัดลำดับขั้นตอนของข้อมูลข่าวสารอย่างดีก่อนทำการสื่อสาร					
10	ท่านสามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจง่าย					
11	บรรยากาศในการสื่อสารของท่านมีความเป็นมิตร					
12	สมาชิกทีมการพยาบาลมีความไว้วางใจในการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ท่าน					
	3. ทักษะการรับข้อมูลข่าวสารที่ปราศจากการลำเอียง					
13	ท่านกลับกรองข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ					
14	ท่านทวนข้อมูลข่าวสารย้อนกลับแก่ผู้ให้ข้อมูลข่าวสารนั้น					
15	ท่านใช้คำถามยืนยันความเข้าใจของท่านต่อผู้ให้ข่าวสาร					
16	ท่านตระหนักถึงสิ่งที่ทำให้ข้อมูลข่าวสารที่ท่านได้รับบิดเบือนจากความจริง					
17	เมื่อยุติการสื่อสาร ท่านได้สรุปประเด็นให้ตรงกันกับผู้ที่ท่านสื่อสารด้วย					
	4. ทักษะการสื่อสารแบบเปิด					
18	คู่สื่อสารของท่านสามารถแสดงความคิดเห็นอย่างเปิดเผย					
19	ท่านสามารถกระตุ้นให้สมาชิกทีมการพยาบาลแสดงความรู้สึกรู้สึกหรือแสดงความคิดเห็นออกมาอย่างเต็มที่					
20	ท่านสร้างบรรยากาศที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันอย่างอิสระ					
21	การติดต่อสื่อสารของท่านเป็นไปได้อย่างราบรื่น					
22	ข้อมูลข่าวสารของท่านมีความเหมาะสมตามกาลเทศะ					

ส่วนที่ 2 ทักษะการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยหรือ บุคคลในครอบครัว

ทักษะ	ระดับ	มาก	มาก	ปาน	น้อย	น้อย
		ที่สุด		กลาง		ที่สุด
ข้อ	1. ทักษะในการฟัง					
1	ท่านตั้งใจฟังทุกเรื่องเมื่อผู้ป่วยหรือ บุคคลในครอบครัวให้ข้อมูลข่าวสาร					
2	ท่านเข้าใจถึงแนวคิดและความรู้สึกของผู้พูด					
3	ท่านจับประเด็นความคิดที่สำคัญและสามารถสรุปความคิดรวบยอดได้					
4	ท่านรับฟังโดยใช้วิจารณญาณและสังเกตภาษาท่าทางของผู้พูด					
5	ท่านมีความอดทนเมื่อฟังสิ่งที่ยากและซับซ้อนจากการสื่อสารกับผู้ป่วยหรือ บุคคลในครอบครัว					
6	ท่านไม่เร่งรีบตัดสินใจในขณะที่รับรู้ข้อมูลต่าง ๆ ยังไม่ครบถ้วน					
7	ท่านแสดงความสนใจที่จะรับฟังข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ผู้พูดมีกำลังใจที่จะถ่ายทอด					
	2. ทักษะในการให้ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน					
8	ท่านกำหนดเป้าหมายก่อนจะให้ข้อมูลข่าวสาร					
9	ท่านจัดลำดับขั้นตอนของข้อมูลข่าวสารอย่างดีก่อนทำการสื่อสาร					
10	ท่านสามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจง่าย					
11	บรรยากาศในการสื่อสารของท่านมีความเป็นมิตร					
12	ผู้ป่วยหรือ บุคคลในครอบครัวมีความไว้วางใจในการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ท่าน					
	3. ทักษะการรับข้อมูลข่าวสารที่ปราศจากการลำเอียง					
13	ท่านกลับกรองข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ					
14	ท่านทวนข้อมูลข่าวสารย้อนกลับแก่ผู้ที่ให้ข้อมูลข่าวสารนั้น					
15	ท่านใช้คำถามยืนยันความเข้าใจของท่านต่อผู้ให้ข่าวสาร					

ทักษะ	ระดับ	มาก	มาก	ปาน	น้อย	น้อย
		ที่สุด		กลาง		ที่สุด
ข้อ	3. ทักษะการรับข้อมูลข่าวสารที่ปราศจากการลำเอียง					
16	ท่านตระหนักถึงสิ่งที่ทำให้ข้อมูลข่าวสารที่ท่านได้รับบิดเบือนจากความจริง					
17	เมื่อยุติการสื่อสาร ท่านได้สรุปประเด็นให้ตรงกันกับผู้ที่ท่านสื่อสารด้วย					
	4. ทักษะการสื่อสารแบบเปิด					
18	คู่สื่อสารของท่านสามารถแสดงความคิดเห็นอย่างเปิดเผย					
19	ท่านสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยหรือ บุคคลในครอบครัวแสดงความรู้สึกรู้สึกหรือแสดงความคิดเห็นออกมาอย่างเต็มที่					
20	ท่านสร้างบรรยากาศที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันได้อย่างอิสระ					
21	การติดต่อสื่อสารของท่านเป็นไปได้อย่างราบรื่น					
22	ข้อมูลข่าวสารของท่านมีความเหมาะสมตามกาลเทศะ					

ส่วนที่ 3 ทักษะการสื่อสาร ระหว่างพยาบาลกับสหสาขาวิชาชีพ

ทักษะ	ระดับ	มาก	มาก	ปาน	น้อย	น้อย
		ที่สุด		กลาง		ที่สุด
ข้อ	1. ทักษะในการฟัง					
1	ท่านตั้งใจฟังทุกเรื่องเมื่อสมาชิกทีมสหสาขาวิชาชีพให้ข้อมูลข่าวสาร					
2	ท่านเข้าใจถึงแนวคิดและความรู้สึกของผู้พูด					
3	ท่านจับประเด็นความคิดที่สำคัญและสามารถสรุปความคิดรวบยอดได้					
4	ท่านรับฟังโดยใช้วิจารณ์ญาณและสังเกตภาษาท่าทางของผู้พูด					
5	ท่านมีความอดทนเมื่อฟังสิ่งที่ยากและซับซ้อนจากการสื่อสารกับสมาชิกทีมสหสาขาวิชาชีพ					
6	ท่านไม่เร่งรีบตัดสินใจในขณะที่รับรู้ข้อมูลต่าง ๆ ยังไม่ครบถ้วน					
7	ท่านแสดงความสนใจที่จะรับฟังข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ผู้พูดมีกำลังใจที่จะถ่ายทอด					
	2. ทักษะในการให้ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน					
8	ท่านกำหนดเป้าหมายก่อนจะให้ข้อมูลข่าวสาร					
9	ท่านจัดลำดับขั้นตอนของข้อมูลข่าวสารอย่างดีก่อนทำการสื่อสาร					
10	ท่านสามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจง่าย					
11	บรรยากาศในการสื่อสารของท่านมีความเป็นมิตร					
12	สมาชิกทีมสหสาขาวิชาชีพมีความไว้วางใจในการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ท่าน					
	3. ทักษะการรับข้อมูลข่าวสารที่ปราศจากการลำเอียง					
13	ท่านกลับกรองข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ					
14	ท่านทวนข้อมูลข่าวสารย้อนกลับแก่ผู้ให้ข้อมูลข่าวสารนั้น					
15	ท่านใช้คำถามยืนยันความเข้าใจของท่านต่อผู้ให้ข่าวสาร					

ทักษะ		ระดับ	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
ข้อ	3. ทักษะการรับข้อมูลข่าวสารที่ปราศจากการลำเอียง						
16	ท่านตระหนักถึงสิ่งที่ทำให้ข้อมูลข่าวสารที่ท่านได้รับบิดเบือนจากความจริง						
17	เมื่อยุติการสื่อสาร ท่านได้สรุปประเด็นให้ตรงกันกับผู้ที่ท่านสื่อสารด้วย						
	4. ทักษะการสื่อสารแบบเปิด						
18	คู่สื่อสารของท่านสามารถแสดงความคิดเห็นอย่างเปิดเผย						
19	ท่านสามารถกระตุ้นให้สมาชิกทีมสหสาขาวิชาชีพแสดงความรู้สึกรู้สึกหรือแสดงความคิดเห็นออกมาอย่างเต็มที่						
20	ท่านสร้างบรรยากาศที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันได้อย่างอิสระ						
21	การติดต่อสื่อสารของท่านเป็นไปได้อย่างราบรื่น						
22	ข้อมูลข่าวสารของท่านมีความเหมาะสมตามกาลเทศะ						



ภาคผนวก ข

เอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
วันที่ลงนาม.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วม โครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่
..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย โดยสมัครใจ

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้ง
ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้น
จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมใน โครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือชักจูง

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะไม่
มีผลต่อการปฏิบัติงานข้าพเจ้าจะพึงได้รับในปัจจุบันและในอนาคต

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของ
สรุปผลการวิจัยโดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อ
หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัย ข้าพเจ้าจะได้รับการดูแล ตามที่ระบุใน
เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย

ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย เก็บไว้ 1 ชุด

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้น มีความเข้าใจดี และลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย

(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อผู้วิจัย

(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....ชื่อ -นามสกุล ตัวบรรจง)



COA. No. RSUERB2021-097

เอกสารรับรองโครงการวิจัย (Certificate of Approval)
โดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต

เอกสารรับรองเลขที่ : COA. No. RSUERB2021-097

ชื่อโครงการวิจัย : สมรรถนะในการจัดการความปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในพยาบาลวิชาชีพ
PAIN MANAGEMENT COMPETENCY AND ASSOCIATED FACTORS
AMONG PROFESSIONAL NURSES

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวนิพาดา ลัทธินุธรรม

ชื่อนักวิจัยร่วม : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อัมภาพร นามวงศ์พรหม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มนพร ชาติขำนิ

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

วิธีทบทวน : ประเภทเร่งด่วน (Expedited Review)

เอกสารที่รับรอง : 1. แบบเสนอโครงการวิจัย
2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
4. แบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์

วันที่รับรอง : 27 / 10 / 2021

วันที่หมดอายุ : 27 / 10 / 2023

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต ได้พิจารณาและมีมติรับรองเอกสาร ดังที่ระบุไว้ข้างต้น โดยยึดหลักจริยธรรม Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ลงนาม  

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปารมพล ชาติคุณภูมิ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต

ที่ IRB/BIDI N035q/64_ExpD



คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย สถาบันบาราศนราดูร

38 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนครบุรี 11000

รหัสโครงการ: N035q/64_ExpD

ชื่อโครงการวิจัย : สมรรถนะในการจัดการความปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในพยาบาลวิชาชีพ
 ชื่อผู้วิจัยหลัก: นางสาวนิพาดา ลัทธินนธรรม
 สังกัดหน่วยงาน : ศัลยกรรมผู้ป่วยใน
 สถานที่ทำการวิจัย: สถาบันบาราศนราดูร

เอกสารรับรอง :

- (1) โครงร่างการวิจัย ภาษาไทย ฉบับที่ 2.0 วันที่ 18 พฤศจิกายน 2564
- (2) เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2.0 วันที่ 18 พฤศจิกายน 2564
- (3) หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2.0 วันที่ 18 พฤศจิกายน 2564
- (4) แบบสอบถามและแบบประเมิน
- (5) ประวัติผู้วิจัย

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยสถาบันบาราศนราดูร ว่าสอดคล้องกับปฏิญญาเฮลซิงกิ และแนวปฏิบัติ ICH GCP

วันที่รับรองด้านจริยธรรมของโครงร่างการวิจัย: 23 พฤศจิกายน 2564
 วันสิ้นสุดการรับรอง: 22 พฤศจิกายน 2565
 ระยะเวลาของการส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย: 12 เดือน

(น.ส.ปิยะวดี สุมาลัย)

เลขานุการคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยสถาบันบาราศนราดูร

(นพ.กฤตเดโช สิริภัสสร)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยสถาบันบาราศนราดูร



ตารางที่ ค.1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง และระดับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวดทั้งโดยรวมและ

รายข้อ (N = 134)

	ระดับ						x± SD
	ไม่เห็นด้วย		เห็นด้วย		เห็นด้วยมากที่สุด		
	ไม่เห็นด้วยเลย	ไม่เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยเล็กน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด	
สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด							
1. ความปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคล ซึ่งรับรู้มากน้อยในระดับที่แตกต่างกัน ขึ้นกับการรับรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล	1(0.75)	29(21.64)	0	51(38.06)	53(39.55)	4.16 ±0.81	
2. ท่านสามารถอธิบายกลไกการเกิดความปวดเชื่อมโยงกับความปวดของผู้ป่วยที่ท่านดูแลได้	2(1.49)	43(32.09)	9(6.72)	69(51.49)	11(8.21)	3.58 ±0.80	
3. ทฤษฎีความปวดช่วยให้เข้าใจความรู้สึกปวดของผู้ป่วยและช่วยในการจัดการความปวดมีประสิทธิภาพมากขึ้น	2(1.49)	26(19.40)	0	65(48.51)	41(30.60)	4.07 ±0.80	
4. ท่านสามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างความปวดเฉียบพลัน (acute pain) เรื้อรัง (chronic pain) และความปวดจากมะเร็ง (Cancer Pain) ถูกต้อง	1(0.75)	49(36.57)	7(5.22)	60(44.78)	17(12.69)	3.63 ±0.80	
5. ท่านเข้าใจความหมายของศัพท์พื้นฐานทางความปวดได้เป็นอย่างดี (ตัวอย่างเช่น ปวดแสบร้อน ปวดร้าว ปวดเหมือนเข็มทิ่ม) ได้	0	38(28.36)	2(1.49)	67(50.00)	27(20.15)	3.89 ±0.73	
6. ท่านสามารถอธิบายผลกระทบจากความปวดเฉียบพลันต่อระบบต่างๆ ของร่างกายที่สำคัญได้ (เช่น ระบบหลอดเลือดและหัวใจ ระบบหายใจ ฯลฯ)	0	53(39.55)	9(6.72)	51(38.06)	21(15.67)	3.63 ±0.83	
7. ท่านสามารถอธิบายผลกระทบจากความปวดเรื้อรังและความปวดจากมะเร็งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ท่านดูแล	1(0.75)	62(46.27)	8(5.97)	46(34.33)	17(12.69)	3.52 ±0.82	

ตารางที่ ค.1 (ต่อ)

	ระดับ					x±SD
	ไม่เห็นด้วยเลย	เห็นด้วยเล็กน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด	
สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด						
8. ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับความปวดของผู้ป่วยว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ	0	3(2.24)	31(23.13)	65(48.51)	35(26.12)	3.99±0.77
9. ท่านจัดการความปวด โดยตระหนักถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมและความเชื่อของผู้ป่วย	0	4(2.99)	43(32.09)	66(49.25)	21(15.67)	3.78±0.74
10. พฤติกรรมการแสดงออกถึงความปวดของผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกัน	0	0	19(14.18)	42(31.34)	73(54.48)	4.40±0.73
11. ท่านตระหนักถึงธรรมชาติของความปวดและความแตกต่างของผู้ป่วยในการประเมินความปวดอยู่เสมอ	0	4(2.99)	31(23.13)	74(55.22)	25(18.66)	3.90±0.73
สมรรถนะด้านการประเมินความปวด						
12. ท่านเข้าใจหลักการประเมินความปวด (Pain assessment)	1(0.75)	3(2.24)	39(29.10)	64(47.76)	27(20.15)	3.84±0.79
13. การประเมินความปวดเสมือนเป็นสัญญาณชีพที่ 5 ที่ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการประเมิน	0	1(0.75)	26(19.40)	52(38.81)	55(41.04)	4.20±0.77
14. ท่านประเมินความปวดของผู้ป่วยตามแนวทางการปฏิบัติ การประเมินความปวดของหน่วยงานได้อย่างถูกต้อง	0	1(0.75)	28(20.90)	62(46.27)	43(32.09)	4.10±0.74
15. ท่านเลือกใช้เครื่องมือที่ประเมินความปวดตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม	0	2(1.49)	34(25.37)	53(39.55)	45(33.58)	4.05±0.81
16. ท่านสามารถใช้เครื่องมือมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข และ/หรือมาตรวัดความปวดด้วยวาจา ในการประเมินความปวดได้	1(0.75)	4(2.99)	23(17.16)	56(41.79)	50(37.31)	4.12±0.85

ตารางที่ ค.1 (ต่อ)

	ระดับ					x± SD
	ไม่เห็นด้วยเลย	เห็นด้วยเล็กน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด	
สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด						
17. ท่านสามารถซักประวัติความปวดในผู้ป่วยที่มีความปวดได้ครอบคลุม (ตำแหน่งปวด ระดับความปวด ลักษณะความปวด บัญชีกระตุณความปวด)	0	4(3.00)	28(20.90)	60(44.78)	42(31.34)	4.04±0.80
18. ท่านประเมินความปวดของผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการปวด ทั้งแรกเริ่ม ระหว่างและหลัง ทำหัตถการ หรือการให้ยาบรรเทาปวดทุกครั้ง	0	1(0.75)	27(20.15)	58(43.28)	48(35.82)	4.14±0.76
19. ท่านเปิดโอกาสให้ญาติหรือครอบครัวของผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการประเมินความปวดของผู้ป่วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการประเมินความปวดของผู้ป่วย ได้ดียิ่งขึ้น	1(0.75)	8(5.97)	31(23.13)	59(44.03)	35(26.12)	3.89±0.89
20. ท่านประเมินความปวด (Pain assessment) พบว่า ผู้ป่วยบอกปวดที่ 9 คะแนน (NRS = 9) แสดงว่าผู้ป่วยของท่านปวดระดับมากที่สุดซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับยาบรรเทาปวดทันที	2(1.49)	1(0.75)	20(14.93)	45(33.58)	66(49.25)	4.28±0.85
21. ท่านประเมินความปวดของผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ โดยไม่ตัดสินใจความปวดของผู้ป่วยจากความรู้สึกของท่านเอง	2(1.49)	3(2.24)	17(12.69)	63(47.01)	49(36.57)	4.15±0.84
22. ท่านแสดงกริยาทำทางอย่างสุภาพ เป็นมิตร และดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยขณะประเมินความปวด	0	0	18(13.43)	55(41.04)	61(45.52)	4.32±0.70
23. เมื่อท่านประเมินความปวด พบว่า ผู้ป่วยมีความปวดระดับรุนแรง แต่ยาบรรเทาปวดที่ได้รับไม่พอเพียง ท่านจะรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาอีกครั้ง	4(2.99)	9(6.72)	28(20.90)	35(26.12)	58(43.28)	4.00±1.09

ตารางที่ ค.1 (ต่อ)

	ระดับ					x± SD
	ไม่เห็นด้วย เลย	เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย มากที่สุด	
สมรรถนะด้านการจัดการความปวด						
สมรรถนะด้านการจัดการความปวด						
24. ท่านมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับยาบรรเทาปวดแต่ละชนิดในหน่วยงานของท่าน เช่น มอร์ฟีน (Morphine) เพทิดีน (Pethidine) ทรามาดอล (Tramadol) เฟนทานิล (Fentanyl) ฯลฯ	1(0.75)	1(0.75)	30(22.39)	61(45.52)	41(30.60)	4.04±0.79
25. ท่านประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว (Sedation score) ในผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด หลังได้รับยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids)	0	1(0.75)	18(13.43)	74(55.22)	41(30.60)	4.16±0.67
26. ท่านสามารถระบุวิธีการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ท่านดูแล ภายใต้อบรมเขตการปฏิบัติงานที่ท่านปฏิบัติได้	0	1(0.75)	23(17.16)	79(58.96)	31(23.13)	4.04±0.66
27. การให้ข้อมูลเป็นวิธีการจัดการปวดที่จำเป็นต้องปฏิบัติในหน่วยงานของท่าน	0	3(2.24)	23(17.16)	72(53.73)	36(26.87)	4.05±0.73
28. การจัดการความปวดแบบวิธีการไม่ใช้ยาบรรเทาปวดเป็นบทบาทอิสระที่ท่านสามารถปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเต็มความสามารถ	0	3(2.24)	22(16.42)	61(45.52)	48(35.82)	4.15±0.77
29. ท่านให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับยาบรรเทาปวดและเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยาทุกครั้งก่อนการบริหารยาแก่ผู้ป่วย	0	1(0.75)	18(13.43)	68(50.75)	47(35.07)	4.20±0.69
30. ท่านอธิบายขั้นตอนการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดให้แก่ผู้ป่วยรบก่อนลงมือปฏิบัติทุกครั้ง	0	1(0.75)	22(16.42)	68(50.75)	43(32.09)	4.14±0.71
31. ท่านเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและแก้ไขปัญหาคาความปวดร่วมกัน	0	1(0.75)	34(25.37)	66(49.25)	33(24.63)	3.98±0.73

ตารางที่ ค.1 (ต่อ)

	ระดับ					x±SD
	ไม่เห็นด้วยเลย	เห็นด้วยเล็กน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด	
สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด						
32. ท่านได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยและญาติในการขอคำปรึกษาหรือการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย	0	4(2.99)	34(25.37)	68(50.75)	28(20.90)	3.90±0.76
33. ท่านส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีความปวดสามารถจัดการความปวดด้วยตนเอง เช่น การจัดท่าให้สุขสบาย การฝึกหายใจ เป็นต้น	0	1(0.75)	19(14.18)	63(47.01)	51(38.06)	4.22±0.71
34. ท่านตัดสินใจให้ยาบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเริ่มปวด ก่อนที่ผู้ป่วยจะปวดในระดับที่รุนแรงขึ้น	3(2.24)	7(5.22)	27(20.15)	56(41.79)	41(30.60)	3.93±0.96
35. ท่านสามารถอธิบายบทบาทหน้าที่ในการจัดการความปวดของผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพได้	3(2.24)	3(2.24)	29(21.64)	67(50.00)	32(23.88)	3.91±0.86
สมรรถนะด้านการจัดการความปวดให้สอดคล้องกับบริบท						
36. ท่านบันทึกระดับความปวด (pain score) ลงในฟอร์มโปรทหรือบันทึกกิจกรรมการพยาบาลทุกครั้งหลังประเมินความปวดผู้ป่วย	1(0.75)	1(0.75)	17(12.69)	58(43.28)	57(42.54)	4.26±0.77
37. ท่านประเมินความปวดซ้ำในผู้ป่วยที่มีความปวดอยู่ระดับรุนแรงภายหลังได้รับการจัดการความปวด 15-30 นาที	1(0.75)	1(0.75)	16(11.94)	56(41.79)	60(44.78)	4.29±0.76
38. ท่านรายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบว่า ความปวดของผู้ป่วยไม่ทุเลาภายหลังจากได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาและการจัดการความปวดอย่างเต็มความสามารถจากท่านแล้ว	1(0.75)	1(0.75)	19(14.18)	56(41.79)	57(42.54)	4.25±0.78

ตารางที่ ค.1 (ต่อ)

	ระดับ					x±SD
	ไม่เห็นด้วย เลย	เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มากที่สุด	
39. ท่านสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมด้านการจัดการความปลอดภัย เป็นอย่างดี	0	1(0.75)	22(16.42)	73(54.48)	38(28.36)	4.10±0.69
40. ท่านศึกษาค้นคว้าหรือแนวปฏิบัติการพยาบาลใหม่ ๆ ตลอดจนแสงสว่างทางวิชาชีพ เกี่ยวกับความปลอดภัยอยู่เสมอ เพื่อพัฒนาความสามารถในการจัดการความปลอดภัย ประสิทธิภาพมากขึ้น	0	10(7.46)	66(49.25)	46(34.33)	12(8.96)	3.45±0.76

ตารางที่ ค.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทักษะการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับ
พยาบาล รายชื่อ ($N = 134$)

ทักษะการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับ พยาบาล	ระดับ				$\bar{x} \pm SD$
	เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วย มากที่สุด	
ทักษะการฟัง					
1. ท่านตั้งใจฟังทุกเรื่องเมื่อสมาชิกทีม การพยาบาลให้ข้อมูลข่าวสาร	0	11(8.21)	67(50.00)	56(41.79)	4.34±0.62
2. ท่านเข้าใจถึงแนวคิดและความรู้สึก ของผู้พูด	0	16(11.94)	79(58.96)	39(29.10)	4.17±0.62
3. ท่านจับประเด็นความคิดที่สำคัญและ สามารถสรุปความคิดรวบยอดได้	1(0.75)	8(5.97)	87(64.93)	38(28.36)	4.21±0.58
4. ท่านรับฟังโดยใช้วิจารณญาณและ สังเกตภาษาท่าทางของผู้พูด	1(0.75)	8(5.97)	81(60.45)	44(32.84)	4.25±0.60
5. ท่านมีความอดทนเมื่อฟังสิ่งที่ยาก และซับซ้อนจากการสื่อสารกับสมาชิก ทีมการพยาบาล	1(0.75)	14(10.45)	75(55.97)	44(32.84)	4.21±0.65
6. ท่านไม่เร่งรีบตัดสินใจในขณะที่รับรู้ ข้อมูลต่าง ๆ ยังไม่ครบถ้วน	1(0.75)	9(6.72)	79(58.96)	45(33.58)	4.25±0.61
7. ท่านแสดงความสนใจที่จะรับฟัง ข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ผู้พูดมีกำลังใจที่ จะถ่ายทอด	1(0.75)	7(5.22)	78(58.21)	48(35.82)	4.29±0.60
ทักษะในการให้ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน					
8. ท่านกำหนดเป้าหมายก่อนจะให้ ข้อมูลข่าวสาร	1(0.75)	16(11.94)	80(59.70)	37(27.61)	4.14±0.64
9. ท่านจัดลำดับขั้นตอนของข้อมูล ข่าวสารอย่างดีก่อนทำการสื่อสาร	0	13(9.70)	81(60.45)	40(29.85)	4.20±0.60
10. ท่านสามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจ ง่าย	0	24(17.91)	75(55.97)	35(26.12)	4.08±0.66
11. บรรยากาศในการสื่อสารของท่านมี ความเป็นมิตร	1(0.75)	8(5.97)	86(64.18)	39(29.10)	4.22±0.58
12. สมาชิกทีมการพยาบาลมีความ ไว้วางใจในการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ท่าน	0	11(8.21)	88(65.67)	35(26.12)	4.18±0.56

ตารางที่ ค.2 (ต่อ)

ทักษะการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับ พยาบาล	ระดับ				$\bar{x} \pm SD$
	เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วย มากที่สุด	
ทักษะการรับข้อมูลข่าวสารที่ปราศจากการลำเอียง					
13. ท่านกลั่นกรองข้อมูลข่าวสารที่ ได้รับ	0	10(7.46)	77(57.46)	47(35.07)	4.28±0.59
14. ท่านทวนข้อมูลข่าวสารย้อนกลับ แก่ผู้ให้ข้อมูลข่าวสารนั้น	0	12(8.96)	81(60.45)	41(30.60)	4.22±0.59
15. ท่านใช้คำถามยืนยันความเข้าใจ ของท่านต่อผู้ให้ข่าวสาร	0	10(7.46)	85(63.43)	39(29.10)	4.22±0.57
16. ท่านตระหนักถึงสิ่งที่ทำให้ข้อมูล ข่าวสารที่ท่านได้รับบิดเบือนจากความ จริง	0	12(8.96)	85(63.43)	37(27.61)	4.19±0.58
17. เมื่อยุติการสื่อสาร ท่านได้สรุป ประเด็นให้ตรงกันกับผู้ให้ข่าวสาร ด้วย	1(0.75)	10(7.46)	87(64.93)	36(26.87)	4.18±0.59
ทักษะการสื่อสารแบบเปิด					
18. คู่สื่อสารของท่านสามารถแสดง ความคิดเห็นอย่างเปิดเผย	0	12(8.96)	77(57.46)	45(33.58)	4.25±0.61
19. ท่านสามารถกระตุ้นให้สมาชิกทีม การพยาบาลแสดงความรู้สึกหรือแสดง ความคิดเห็นออกมาอย่างเต็มที่	0	12(8.96)	83(61.94)	39(29.10)	4.20±0.59
20. ท่านสร้างบรรยากาศที่มีการ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันได้อย่าง อิสระ	0	9(6.72)	80(59.70)	45(33.58)	4.27±0.58
21. การติดต่อสื่อสารของท่านเป็นไป ได้อย่างราบรื่น	0	9(6.72)	82(61.19)	43(32.09)	4.25±0.57
22. ข้อมูลข่าวสารของท่านมีความ เหมาะสมตามกาลเทศะ	0	7(5.22)	84(62.69)	43(32.09)	4.27±0.55

ตารางที่ ค.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทักษะการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัว รายข้อ ($N = 134$)

ทักษะการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัว	ระดับ				$\bar{x} \pm SD$
	เห็นด้วยเล็กน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด	
ทักษะการฟัง					
1. ท่านตั้งใจฟังทุกเรื่องเมื่อผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัวให้ข้อมูลข่าวสาร	0	7(5.22)	73(54.48)	54(40.30)	4.35±0.58
2. ท่านเข้าใจถึงแนวคิดและความรู้สึกของผู้พูด	0	8(5.97)	83(61.94)	43(32.09)	4.26±0.56
3. ท่านจับประเด็นความคิดที่สำคัญและสามารถสรุปความคิดรวบยอดได้	0	12(8.96)	82(61.19)	40(29.85)	4.21±0.59
4. ท่านรับฟังโดยใช้วิจารณญาณและสังเกตภาษาท่าทางของผู้พูด	0	7(5.22)	79(58.96)	48(35.82)	4.31±0.56
5. ท่านมีความอดทนเมื่อฟังสิ่งที่ยากและซับซ้อนจากการสื่อสารกับผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัว	0	10(7.46)	79(58.96)	45(33.58)	4.26±0.59
6. ท่านไม่เร่งรีบตัดสินใจในขณะที่รับรู้ข้อมูลต่าง ๆ ยังไม่ครบถ้วน	0	10(7.46)	80(59.70)	44(32.84)	4.25±0.58
7. ท่านแสดงความสนใจที่จะรับฟังข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ผู้พูดมีกำลังใจที่จะถ่ายทอด	0	6(4.48)	77(57.46)	51(38.06)	4.34±0.56
ทักษะในการให้ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน					
8. ท่านกำหนดเป้าหมายก่อนจะให้ข้อมูลข่าวสาร	0	10(7.46)	83(61.94)	41(30.60)	4.23±0.57
9. ท่านจัดลำดับขั้นตอนของข้อมูลข่าวสารอย่างดีก่อนทำการสื่อสาร	0	10(7.46)	82(61.19)	42(31.34)	4.24±0.58
10. ท่านสามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจง่าย	0	9(6.72)	86(64.18)	39(29.10)	4.22±0.56
11. บรรยายภาสในการสื่อสารของท่านมีความเป็นมิตร	0	8(5.97)	81(60.45)	45(33.58)	4.28±0.57
12. ผู้ป่วยหรือ บุคคลในครอบครัวมีความไว้วางใจในการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ท่าน	0	7(5.20)	80(59.70)	47(35.07)	4.30±0.56

ตารางที่ ค.3 (ต่อ)

ทักษะการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับ กับผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัว	ระดับ				$\bar{x} \pm SD$
	เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วย มากที่สุด	
ทักษะการรับข้อมูลข่าวสารที่ปราศจากการลำเอียง					
13. ท่านกลั่นกรองข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ	0	7(5.20)	76(56.72)	51(38.06)	4.33±0.57
14. ท่านทวนข้อมูลข่าวสารย้อนกลับแก่ผู้ที่ให้ข้อมูลข่าวสารนั้น	0	6(4.48)	80(59.70)	48(35.82)	4.31±0.55
15. ท่านใช้คำถามยืนยันความเข้าใจของท่านต่อผู้ให้ข่าวสาร	0	7(5.22)	80(59.70)	47(35.07)	4.30±0.56
16. ท่านตระหนักถึงสิ่งที่ทำให้ข้อมูลข่าวสารที่ท่านได้รับบิดเบือนจากความจริง	2(1.49)	11(8.21)	75(55.97)	46(34.33)	4.23±0.66
17. เมื่อยุติการสื่อสาร ท่านได้สรุปประเด็นให้ตรงกันกับผู้ให้ข่าวสารด้วย	0	10(7.46)	82(61.19)	42(31.34)	4.24±0.58
ทักษะการสื่อสารแบบเปิด					
18. คู่สื่อสารของท่านสามารถแสดงความคิดเห็นอย่างเปิดเผย	1(0.75)	9(6.72)	74(55.22)	50(37.31)	4.29±0.62
19. ท่านสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัวแสดงความรู้สึกหรือแสดงความคิดเห็นออกมาอย่างเต็มที่	0	15(11.19)	77(57.46)	42(31.34)	4.20±0.62
20. ท่านสร้างบรรยากาศที่มีกรแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันได้อย่างอิสระ	0	12(8.96)	77(57.46)	45(33.58)	4.25±0.61
21. การติดต่อสื่อสารของท่านเป็นไปได้อย่างราบรื่น	0	9(6.72)	84(62.69)	41(30.60)	4.24±0.56
22. ข้อมูลข่าวสารของท่านมีความเหมาะสมตามกาลเทศะ	0	8(5.97)	85(63.43)	41(30.60)	4.25±0.55

ตารางที่ ค.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทักษะการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับ
สหสาขาวิชาชีพ รายข้อ ($N = 134$)

ทักษะการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับ สหสาขาวิชาชีพ	ระดับ			$\bar{x} \pm SD$
	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วย มากที่สุด	
ทักษะการฟัง				
1. ท่านตั้งใจฟังทุกเรื่องเมื่อสมาชิกทีม สหสาขาวิชาชีพให้ข้อมูลข่าวสาร	9(6.72)	68(50.75)	57(42.54)	4.36±0.61
2. ท่านเข้าใจถึงแนวคิดและความรู้สึกของ ผู้พูด	9(6.72)	69(51.49)	56(41.79)	4.35±0.60
3. ท่านจับประเด็นความคิดที่สำคัญและ สามารถสรุปความคิดรวบยอดได้	6(4.48)	81(60.45)	47(35.07)	4.31±0.55
4. ท่านรับฟังโดยใช้วิจารณญาณและสังเกต ภาษาท่าทางของผู้พูด	6(4.48)	78(58.21)	50(37.31)	4.33±0.56
5. ท่านมีความอดทนเมื่อฟังสิ่งที่ยากและ ซับซ้อนจากการสื่อสารกับสมาชิกทีมสห สาขาวิชาชีพ	9(6.72)	79(58.96)	46(34.33)	4.28±0.58
6. ท่านไม่เร่งรีบตัดสินใจในขณะที่รับรู้ ข้อมูลต่าง ๆ ยังไม่ครบถ้วน	9(6.72)	77(57.46)	48(35.82)	4.29±0.59
7. ท่านแสดงความสนใจที่จะรับฟังข้อมูล ข่าวสารเพื่อให้ผู้พูดมีกำลังใจที่จะถ่ายทอด	6(4.48)	78(58.21)	50(37.31)	4.33±0.56
ทักษะในการให้ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน				
8. ท่านกำหนดเป้าหมายก่อนจะให้ข้อมูล ข่าวสาร	12(8.96)	72(53.73)	50(37.31)	4.28±0.62
9. ท่านจัดลำดับขั้นตอนของข้อมูลข่าวสาร อย่างดีก่อนทำการสื่อสาร	13(9.70)	74(55.22)	47(35.07)	4.25±0.62
10. ท่านสามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจง่าย	10(7.46)	82(61.19)	42(31.34)	4.24±0.58
11. บรรยากาศในการสื่อสารของท่านมีความ เป็นมิตร	6(4.48)	76(56.72)	52(38.81)	4.34±0.56
12. สมาชิกทีมสหสาขาวิชาชีพมีความ ไว้วางใจในการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ท่าน	7(5.22)	76(56.72)	51(38.06)	4.33±0.57

ตารางที่ ค.4 (ต่อ)

ทักษะการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับ สหสาขาวิชาชีพ	ระดับ			$\bar{x} \pm SD$
	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วย มากที่สุด	
ทักษะการรับข้อมูลข่าวสารที่ปราศจากการลำเอียง				
13. ท่านกลับกรองข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ	13(9.70)	70(52.24)	51(38.06)	4.28±0.63
14. ท่านทวนข้อมูลข่าวสารย้อนกลับแก่ผู้ที่ ให้ข้อมูลข่าวสารนั้น	8(5.97)	81(60.45)	45(33.58)	4.28±0.57
15. ท่านใช้คำถามยืนยันความเข้าใจของท่าน ต่อผู้ให้ข่าวสาร	8(5.97)	77(57.46)	49(36.57)	4.31±0.58
16. ท่านตระหนักถึงสิ่งที่ทำให้ข้อมูลข่าวสาร ที่ท่านได้รับบิดเบือนจากความจริง	8(5.97)	78(58.21)	48(35.82)	4.30±0.58
17. เมื่อยุติการสื่อสาร ท่านได้สรุปประเด็น ให้ตรงกันกับผู้ที่ท่านสื่อสารด้วย	8(5.97)	81(60.45)	45(33.58)	4.28±0.57
ทักษะการสื่อสารแบบเปิด				
18. คู่สื่อสารของท่านสามารถแสดงความ คิดเห็นอย่างเปิดเผย	10(7.46)	69(51.49)	55(41.04)	4.34±0.61
19. ท่านสามารถกระตุ้นให้สมาชิกทีมสห สาขาวิชาชีพแสดงความรู้สึกหรือแสดงความ คิดเห็นออกมาอย่างเต็มที่	10(7.46)	79(58.96)	45(33.58)	4.26±0.59
20. ท่านสร้างบรรยากาศที่มีการแลกเปลี่ยน ข้อมูลข่าวสารกันได้อย่างอิสระ	8(5.97)	79(58.96)	47(35.07)	4.29±0.57
21. การติดต่อสื่อสารของท่านเป็นไปได้อย่าง ราบรื่น	6(4.48)	77(57.46)	51(38.06)	4.34±0.56
22. ข้อมูลข่าวสารของท่านมีความเหมาะสม ตามกาลเทศะ	6(4.48)	78(58.21)	50(37.31)	4.33±0.56

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นิพาดา ลัทธินชธรรม
วัน เดือน ปีเกิด	30 เมษายน 2536
สถานที่เกิด	จังหวัดนนทบุรี ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต, 2558 มหาวิทยาลัยรังสิต ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ, 2566
ที่อยู่ปัจจุบัน	ตึกศัลยกรรม 5 ชั้น 4 สถาบันบำราศนราดูร เลขที่ 38 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัด นนทบุรี 11000
สถานที่ทำงาน	สถาบันบำราศนราดูร
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ