



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ กับการจัดการความปวดของพยาบาลใน  
หอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้  
**Relationship Between Knowledge and Attitude and Pain Management of Nurses  
in Southern Pediatric Intensive Care Units**

ฮัมดี มาเย  
**Humdee Mayae**

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of  
Master of Nursing Science (Pediatric Nursing)  
Prince of Songkla University**

**2562**

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ กับการจัดการความปวดของพยาบาลใน  
หอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้

**Relationship Between Knowledge and Attitude and Pain Management of Nurses  
in Southern Pediatric Intensive Care Units**

ฮัมดี มาแย

**Humdee Mayae**

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of**

**Master of Nursing Science (Pediatric Nursing)**

**Prince of Songkla University**

**2562**

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ กับการจัดการความปวดของพยาบาลใน  
หอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้

ผู้เขียน นายอัมดี มาแย

สาขาวิชา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)

---

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันฉวี วิรุฬห์พานิช)

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. บุญกร พันธุ์เมธาฤทธิ์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันฉวี วิรุฬห์พานิช)

.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิสมย์ วัฒนสิทธิ์)

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิสมย์ วัฒนสิทธิ์)

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เกียรติกำจร กุศล)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้นำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้  
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)

.....  
(ศาสตราจารย์ ดร.ดำรงศักดิ์ ฟ้ารุ่งแสง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันฉนิ วิรุฬห์พานิช)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นายฮัมดี มาแย)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ  
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นายฮัมดี มาแย)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ กับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้
ผู้เขียน	นายอัมดี มาแย
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเด็ก)
ปีการศึกษา	2561

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlational study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ กับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาคใต้ จำนวน 117 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาล 2) แบบสอบถามความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด และ 3) แบบสอบถามการจัดการความปวด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และทดสอบค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวด โดยใช้วิธีคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้เท่ากับ .81 และแบบสอบถามการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .79 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

#### ผลการวิจัยมีดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้ อยู่ในระดับปานกลาง
2. คะแนนเฉลี่ยการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้ อยู่ในระดับสูง
3. ความรู้และทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้ ( $r = .051, p = .58$ )

จากผลการวิจัยเห็นควรวีให้มีการจัดอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ที่พยาบาลขาดไป ในเรื่องการประเมินความปวดด้านการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา การใช้แบบประเมินความปวดเด็ก ในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต การจัดการความปวดโดยวิธีการใช้ยา โดยเฉพาะการบริหารยาแก้ปวด และการจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา และเน้นย้ำในส่วนที่พยาบาลยังมีความเชื่อ และทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับความปวดในเด็ก รวมถึงการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการใช้เครื่องมือประเมินความปวด และการจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต เพื่อพัฒนาศักยภาพพยาบาลให้สามารถจัดการความปวดได้ถูกต้องตรงกับความปวดที่เด็กปวดจริง

<b>Thesis Title</b>	Relationship Between Knowledge and Attitude and Pain Management of Nurses in Southern Pediatric Intensive Care Units
<b>Author</b>	Humdee Mayae
<b>Major</b>	Nursing Science (Pediatric Nursing)
<b>Academic Year</b>	2018

### ABSTRACT

This research is a correlational research examined to study the relationship between knowledge and attitude regarding pain management of nurses in Pediatric Intensive Care Units (PICU) in the southern Thailand. A purposive sample of 117 nurses working in PICU's of hospitals under the Ministry of Public Health in the southern Thailand was assembled. Data were collected using 1) a general nursing questionnaires, 2) a knowledge and attitude questionnaire regarding pain and pain management, and 3) a pain management questionnaire. The questionnaires were tested for content validity and reliability. The knowledge and attitude questionnaire regarding pain management was tested for reliability using the Kuder' Richardson method (KR-20) yielding a value .81, and pain management questionnaire was tested using Cronbach's alpha yielding a coefficient 0.79. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation coefficient.

The results showed that:

1. The mean score of knowledge and attitude regarding pain management of nurses was at a moderate level.
2. The mean score of pain management of nurses in Southern Pediatric Intensive Care Units was at a high level.
3. Knowledge and attitudes did not correlate with pain management of nurses in Southern Pediatric Intensive Care Units ( $r = .051, p = .58$ )



Based on the results of the research, nurses should be provided with training in areas in which they do not have enough knowledge including assessing the physiological changes in pain, the use of pediatric pain scale in Pediatric Intensive Care Unit, pharmacological pain management such as analgesic pain administration, as well as non-pharmacological pain management. In addition, nurses' wrong beliefs and attitudes should be focused. Lastly, training workshops related to using pediatric pain scale and non-pharmacological pain management in Pediatric Intensive Care Unit should be provided to enhance nurses' ability in managing pain correctly.

## กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันฉวี วิรุพหัพพานิช และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิสมัย วัฒนสิทธิ์ ที่ปรึกษาโครงการวิจัยที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำให้ข้อคิดเห็น และช่วยตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ อันเป็นประโยชน์ในการทำวิจัย ตลอดจนให้กำลังใจ และเอาใจใส่แก่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ ซึ่งทำให้วิจัยครั้งนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ผู้อำนวยการกลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต และเจ้าหน้าที่พยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้จนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ท้ายสุดนี้ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ครอบครัว และเพื่อนๆ พี่ๆ ทุกคนที่เป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยมีพลังในการทำวิจัยในคุณความดีและประโยชน์อันเกิดจากงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตทุกท่าน สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณการวิจัยในครั้งนี้

ธัมดี มาแย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(13)
รายการภาพประกอบ.....	(14)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิด.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
แนวคิดเกี่ยวกับความปวด.....	9
ความรู้เกี่ยวกับความปวดในเด็ก.....	9
การรับรู้และการตอบสนองต่อความปวดในเด็ก.....	15
ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่อความปวด.....	18
ผลกระทบของความปวดในผู้ป่วยเด็ก.....	21
การจัดการความปวดในเด็ก.....	22
การประเมินความปวดในเด็ก.....	22

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การบรรเทาความปวดในเด็ก.....	27
ความรู้และทัศนคติของพยาบาลเกี่ยวกับความปวดในเด็ก.....	33
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ กับการจัดการความปวด ของพยาบาลในเด็ก.....	36
สรุปการทบทวนวรรณกรรม.....	37
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	39
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	39
ประชากร.....	39
กลุ่มตัวอย่าง.....	39
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	39
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	40
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	41
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	42
การพิทักษ์สิทธิ.....	43
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	44
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	45
ผลการวิจัย.....	45
การอภิปรายผล.....	49
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	55
สรุปผลการวิจัย.....	55
ข้อเสนอแนะ.....	56
เอกสารอ้างอิง.....	57
ภาคผนวก.....	69

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ก การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	70
ข เครื่องมือวิจัย.....	71
ค ไบพัททฤษฎีสิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	75
ง ผลการวิจัยเพิ่มเติม.....	76
จ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น.....	85
ฉ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	86
ประวัติผู้เขียน.....	87

## รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของพยาบาล จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	46
2	ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด และการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้ .....	48
3	ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการจัดการ ความปวดกับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้...	49
4	จำนวนและร้อยละของพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามความรู้และทัศนคติ เกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดได้ถูกต้อง.....	76
5	จำนวนและร้อยละของพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามการจัดการความปวด.....	80
6	จำนวนและร้อยละของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้ แบ่งตามระดับ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด และการจัดการ ความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้.....	84

## รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	แสดงความสัมพันธ์ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ.....	6
2	แสดงกรอบแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทักษะ กับการจัดการความปวด.....	6
3	แสดงแนวคิดความสัมพันธ์ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ.....	37

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปวดเป็นประสบการณ์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ไม่ว่าจะเกิดจากภาวะเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ การผ่าตัดหรือการทำหัตถการ (Treede, 2015) ตลอดช่วงเวลาหลายปีที่ผ่านมาได้มีการศึกษาอุบัติการณ์ การเกิดความปวดในผู้ป่วยวิกฤตเด็กอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดที่ต้องเผชิญกับความปวดอย่างเฉียบพลันในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยเด็กมากกว่า 5 ล้านคน ต้องเผชิญกับความปวดหลังการผ่าตัด (Gaskin & Richard, 2012) จากรายงานการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ร้อยละ 40-61 ผู้ป่วยเด็กจะมีความปวดหลังจากการทำหัตถการหรือหลังผ่าตัด (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2561) และพบว่าผู้ป่วยเด็กจะรู้สึกไม่สบายใจจากความปวดหลังผ่าตัดระดับปานกลางถึงรุนแรงใน 24-72 ชั่วโมง หลังจากนั้นความปวดจะค่อยๆลดลง (พนารัตน์ และคณะ, 2559) จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่มักต้องเผชิญกับความปวด และต้องได้รับการจัดการความปวดอย่างถูกต้องและเหมาะสม

ความปวดในผู้ป่วยเด็กวิกฤตมักเกิดจากสาเหตุหลายประการ ซึ่งผู้ป่วยเด็กวิกฤตมักมีความเสี่ยงต่อการได้รับการบรรเทาความปวดไม่ตรงกับที่เด็กปวดจริง สาเหตุประการหนึ่งจากการไม่สามารถสื่อสารได้จากคำพูด เนื่องจากต้องใส่ท่อช่วยหายใจทำให้ไปขัดขวางการเปล่งเสียงออกมาเป็นคำพูด นอกจากนี้การที่เด็กได้รับยาบรรเทาความปวดซึ่งจะมีฤทธิ์ทำให้เด็กเกิดอาการง่วงซึม ซึ่งจะมีผลต่อการสื่อสารความปวดที่ประสบอยู่ได้ (วันธณี, 2561; Chen, Chi, & Lai, 2011) นอกจากนี้กิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้เกิดความปวด เช่น การพลิกตัวหรือเปลี่ยนท่านอน การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ การทำความสะอาดแผล การถอดสายระบายสิ่งคัดหลั่งจากแผล การถอดสายน้ำเกลือ การเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจ (Fowler & Marmo, 2010) และความปวดยังเกิดจากความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัวของผู้ป่วยที่เกิดจากความไม่รู้เกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด ทำให้ความทนต่อความปวดลดลงได้ (วารงคณา, 2556) แต่ผู้ป่วยเด็กบางรายที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยเด็กวิกฤต อาจจะสามารถสื่อสารความปวดได้ด้วยการใช้ภาษากาย เช่น การก้มมือเรียก การเข่าข้างเดียว หรือแสดงความปวดด้วยการแสดงออกทางพฤติกรรม (วิไล, 2555; วันธณี, 2561) อย่างไรก็ตามถ้าพยาบาลไม่เข้าใจภาษากายที่เด็กแสดงออกมามีผลต่อการจัดการความปวดได้



ความปวดที่ไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ทำให้เกิดการเพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) ทำให้อัตราการเต้นหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะและระบบต่างๆ ของร่างกาย ทำให้การทำงานของระบบต่างๆบกพร่อง (James, Nelson, & Ashwill, 2013) และมีผลกระทบด้านจิตใจและสังคม โดยเฉพาะเมื่อเด็กถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเด็กจะแสดงอาการขัดขืน กระวนกระวาย และทำให้มีผลกระทบต่อการนอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น (Twycross, 2013) แต่หากเด็กได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสมจะช่วยให้สามารถพัฒนาความมั่นคงในอารมณ์ และส่งเสริมให้เกิดการตอบสนองต่อความปวดที่ดีต่อไปในอนาคตได้

ความปวดเป็นสิ่งที่พยาบาลสามารถประเมิน จัดการ และให้การช่วยเหลือได้ พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะคิด และการจัดการความปวดที่ถูกต้องและสอดคล้องกันมาประยุกต์ใช้เพื่อให้การจัดการความปวดเป็นไปอย่างเหมาะสม ความรู้ของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการจัดการความปวด การขาดความรู้ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ทำให้การจัดการความปวดไม่มีประสิทธิภาพ (Czarnecki et al., 2011; Twycross, 2010) มีรายงานการศึกษาระดับของความรู้ ทักษะคิดของพยาบาลในการจัดการความปวดในเด็กที่ได้รับการผ่าตัด พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 71.36, SD = 7.91$ ) และพบว่าพยาบาลยังขาดความรู้เรื่องวิธีการใช้เครื่องมือการประเมินความปวด และเลือกใช้แบบประเมินความปวดในเด็กยังไม่ถูกต้องเนื่องจากแบบประเมินมีความหลากหลาย ไม่เข้าใจวิธีการประเมิน และขาดแนวทางที่ชัดเจนเกี่ยวกับการประเมินความปวดในเด็ก คิดเป็นร้อยละ 13.82 (กตกร, อัจฉริยา, และเรณู, 2561) อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยเด็กยังได้รับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดไม่เพียงพอ เนื่องจากแพทย์และพยาบาลวิชาชีพขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเภสัชวิทยาของยาบรรเทาปวดต่อการกดการหายใจ และขาดความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา และมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุของความปวด (Lee & Jo, 2014) ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดไม่มีประสิทธิภาพได้

การจัดการความปวดที่ดีนั้นพยาบาลจะต้องมีทัศนคติที่ถูกต้องและต้องเข้าใจวัฒนธรรมของเด็กในแต่ละวัฒนธรรม เพื่อใช้เป็นแนวทางการตัดสินใจในการจัดการความปวด อย่างไรก็ตามพบว่าพยาบาลจำนวนหนึ่งจะใช้ประสบการณ์ส่วนตัวในการประเมินความปวดและการจัดการความปวด และยังพบอีกว่าไม่มีการประเมินความปวดก่อนที่จะจัดการกับความปวด (Vincent, 2010) รวมทั้งยังพบความเชื่อที่ผิดว่าผู้ป่วยเด็กจะไม่รู้สึกปวดเท่ากับผู้ใหญ่ เด็กจะบอกพยาบาลเมื่อเด็กรู้สึกปวด และเด็กที่สามารถทำกิจกรรมที่เบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดหรือสามารถนอนหลับได้แปลว่าเด็กไม่ปวด (Petovello, 2012) ซึ่งในความเป็นจริงแล้วเด็กไม่สามารถทนความปวดดีเท่ากับผู้ใหญ่ และเด็กยิ่งอายุน้อยจะไวต่อความปวดมาก เด็กอาจจะไม่กล้าแสดงหรือบอกว่าปวดกับผู้อื่นยกเว้นพ่อแม่หรือ อาจจะไม่นับบอกว่าปวดเพราะความกลัวที่จะได้รับการทำหัตถการเพื่อรักษา

ความปวด และเด็กกำลังเผชิญความปวดและพยายามเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดและรู้สึกเพื่อยามากจนนอนหลับ (Czarnecki et al., 2011) หากพยาบาลมีทัศนคติ ความเชื่อ และความเข้าใจที่ผิดเกี่ยวกับความปวดในเด็กจะส่งผลให้การจัดการความปวดได้ไม่ตรงกับที่เด็กต้องการ ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีความรู้ ทัศนคติ และความเข้าใจที่ถูกต้องในการจัดการความปวดภายใต้อิทธิพลของสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วยเด็กแต่ละราย จะนำไปสู่การตัดสินใจ และการทำให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสม (Narayan, 2010)

การจัดการความปวดของพยาบาลที่เหมาะสม ประกอบด้วย การประเมินความปวดและการบรรเทาความปวด โดยการประเมินความปวดในผู้ป่วยเด็กวิกฤตควรเลือกใช้เครื่องมือที่เหมาะสมกับอายุ พัฒนาการ สภาพร่างกายของผู้ป่วยเด็กวิกฤต และเครื่องมือต้องมีความเที่ยงตรง น่าเชื่อถือ และมีความไวสูง (Czarnecki et al., 2011) การประเมินความปวดทำได้หลายวิธี เช่น ประเมินจากคำบอกเล่า หรือ โดยการสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกถึงความปวด และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยามาเป็นองค์ประกอบในเครื่องมือประเมินความปวด โดยเครื่องมือประเมินความปวดในเด็กที่นิยมใช้ในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตและได้ทำการทดสอบความเที่ยงในการประเมินความปวดในเด็กทั้งที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจว่าสามารถประเมินความปวดในเด็กวิกฤตได้ และใกล้เคียงกับความปวดที่เด็กปวดจริง เช่น เครื่องมือวัดระดับความปวด CHEOPS เครื่องมือประเมิน FLACC scale เครื่องมือ COMFORT-B scale (Johansson & Eva, 2009) อย่างไรก็ตามถึงแม้จะมีการพัฒนาเครื่องมือประเมินความปวดในเด็กป่วยวิกฤตแล้วก็ตามแต่ก็ยังมีรายงานว่าพยาบาลที่ดูแลเด็กป่วยวิกฤตบางส่วนยังไม่ได้ใช้เครื่องมือประเมินความปวดในการประเมินเด็ก พยาบาลส่วนมากจะใช้พฤติกรรมแสดงออกของเด็กเป็นตัวชี้วัดในการประเมินความปวด เช่น การแสดงออกทางสีหน้า ร้อยละ 83.9 การแสดงท่าทาง ร้อยละ 82.1 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ร้อยละ 50 และการถามความปวดจากผู้ป่วยเด็ก ร้อยละ 33.9 หรือถามจากผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 10.7 (Mathew, 2011) ซึ่งการประเมินความปวดในเด็กวิกฤตโดยใช้ความรู้สึกหรือการสังเกตพฤติกรรมแสดงออกที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งมีผลทำให้ระดับความปวดที่ได้จากผู้ประเมินความปวดแต่ละคนไม่ตรงกันและมีผลต่อการบรรเทาความปวด

การบรรเทาความปวดในผู้ป่วยเด็กวิกฤตนั้น ทำได้โดยการให้ยาและไม่ให้ยา ซึ่งการจัดการความปวดโดยการให้ยาบรรเทาปวดในผู้ป่วยเด็กวิกฤตเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่สามารถลดความปวดได้ทันที (Vargas-Schaffer, 2010) แต่บทบาทอิสระของการจัดการความปวดโดยการไม่ให้ยานั้นถือเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถทำได้ แต่ยังคงพบว่าการจัดการความปวดโดยการไม่ให้ยาในผู้ป่วยเด็กวิกฤตยังไม่มีประสิทธิภาพและเกิดช่องว่างของความรู้กับการปฏิบัติ (Petovello, 2012) ซึ่งการบรรเทาความปวดโดยการให้ยา พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับเภสัชวิทยาของยาแต่ละชนิดที่ใช้ในผู้ป่วย เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการให้ยาดังกล่าว และสามารถให้

ยาแก้ปวดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (วิลโล, 2555) ยาที่นิยมใช้ในการบรรเทาความปวดในผู้ป่วยเด็กวิกฤตประกอบด้วย ยากลุ่มเสพติด เช่น มอร์ฟีน เฟ็รซิดิน เป็นต้น ยากลุ่มที่ไม่ใช่ยาเสพติด เช่น พาราเซตามอล เอนเซดส์ (NSAIDs) เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการใช้ยาสลบระงับ คือ ยาไมด้าโซเลม (midazolam) ร่วมด้วย (American Academy of Pediatrics and American Pain Society, 2012) มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดของพยาบาล พบว่าพยาบาลมีความรู้ที่จำกัดเกี่ยวกับยาแก้ปวดชนิดยาเสพติดที่ใช้ในเด็ก โดยพบว่าร้อยละ 54 ของพยาบาลไม่ทราบระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาแก้ปวด และร้อยละ 64 ของพยาบาลไม่ทราบว่ายาแก้ปวดชนิดรับประทานมีประสิทธิภาพไม่เท่ากับการฉีดเข้าเส้นเลือด (Hossain, 2010)

ปัจจุบันบุคคลในแวดวงวิทยาศาสตร์สุขภาพให้ความสนใจในการจัดการความปวด ทั้งการประเมินและการบรรเทาความปวดมากขึ้น อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าทั้งความรู้และทัศนคติในการจัดการความปวดมีอิทธิพลต่อการจัดการความปวดในเด็กของพยาบาล และมีความสัมพันธ์กัน (Vincent, 2010) อีกทั้งยังไม่พบการเผยแพร่วรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และการจัดการความปวดในพยาบาลที่ดูแลเด็กวิกฤตในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ความรู้ ทัศนคติ และการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบ/วิธีการในการส่งเสริมให้พยาบาลที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยเด็กวิกฤตมีการจัดการความปวดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต
2. เพื่อศึกษาระดับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด กับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

### คำถามการวิจัย

1. ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตอยู่ในระดับใด
2. การจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตอยู่ในระดับใด

3. ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดมีความสัมพันธ์กับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตหรือไม่อย่างไร

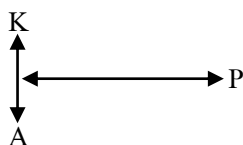
### กรอบแนวคิด

รูปแบบศึกษาความรู้ (Knowledge, K) ทัศนคติ (Attitude, A) และการปฏิบัติ (Practice, P) หรือ KAP ถูกใช้ครั้งแรกในอินเดีย ค.ศ. 1950 โดยทำการศึกษา KAP ในการวางแผนครอบครัว (Schwart, 1975 อ้างตามโอเล็ด, 2558) พบว่า ความรู้จะมีผลต่อทัศนคติและทำให้เกิดเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จากนั้นกรอบแนวคิด KAP ได้ถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในวงการสุขภาพ ซึ่งกรอบแนวคิด KAP เป็นกรอบแนวคิดที่เหมาะสมในการจัดการกับความคิดเห็นของคนในแงุ่มของความรู้และทัศนคติและการปฏิบัติของพยาบาล สามารถให้ข้อมูลเชิงปริมาณและสามารถหาช่องว่างในความรู้และทัศนคติและการปฏิบัติเพื่อที่จะได้คำตอบของคำถามการวิจัย (Launiala, 2009) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กรอบแนวคิด KAP ของชวาร์ท (Schwart, 1975 อ้างตามโอเล็ด, 2558) ซึ่งมีรูปแบบความสัมพันธ์ได้เป็น 4 รูปแบบ คือ

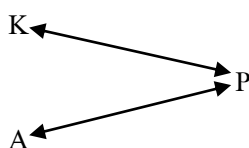
1. ทัศนคติเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ และการปฏิบัติ ดังนั้นความรู้มีความสัมพันธ์กับทัศนคติและมีผลต่อการปฏิบัติ



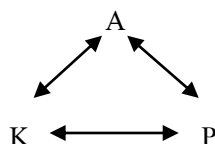
2. ความรู้และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กันทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา และการปฏิบัติก็ส่งผลให้เกิดความรู้และทัศนคติได้



3. ความรู้และทัศนคติต่างทำให้เกิดการปฏิบัติได้และการปฏิบัติก่อให้เกิดความรู้และทัศนคติ โดยที่ความรู้และทัศนคติไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กัน

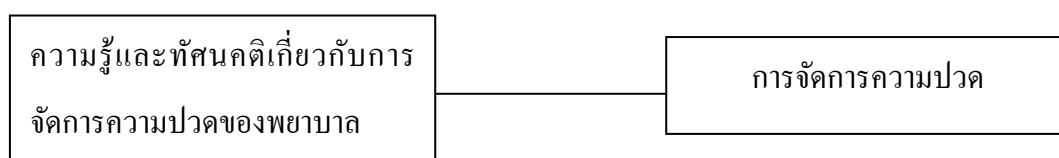


4. ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม และผลของการปฏิบัติก็มีผลต่อความรู้ทั้งทางตรงและทางอ้อม และมีทัศนคติเป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา



ภาพ 1 แสดงความสัมพันธ์ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบความสัมพันธ์ที่ 2 ได้แก่ ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กันทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา และการปฏิบัติก็ส่งผลให้เกิดความรู้และทัศนคติได้ และทัศนคติที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลมีผลจากการได้รับการเรียนรู้ ซึ่งเมื่อพยาบาลมีความรู้และทัศนคติเชิงบวกจะส่งผลให้เกิดการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งความรู้และทัศนคติไม่สามารถแยกออกจากกันได้ (Suprana, 2010) ซึ่งมีการศึกษาองค์ประกอบหลักของความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ได้แก่ แนวคิดทั่วไปของความปวด การประเมินความปวด และการจัดการความปวด พบว่าความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กัน (Ferrell & McCaffery, 2008) และให้ความหมายที่ใกล้เคียงกัน (Broom, Richtsmeier, Maiker, & Alexander, 1996; Vincent, 2005) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงรวมความรู้และทัศนคติไว้ด้วยกัน เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ กับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ดังภาพ 2



ภาพ 2 แสดงกรอบแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ กับการจัดการความปวด

### สมมติฐานการวิจัย

ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

## นิยามศัพท์

ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวดของพยาบาล หมายถึง ผลที่ได้จากการเรียนรู้ การค้นคว้า ทำให้มีการรับรู้ถึงความรู้ที่นึกคิด เกิดความเชื่อ ความเข้าใจและมีความสามารถในการจำที่ถูกต้องของพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการประเมินและการบรรเทาความปวด ประเมินได้จากแบบสอบถามความรู้และทัศนคติ กับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ที่คัดแปลงเครื่องมือจากแบบสำรวจความรู้ ทัศนคติ และการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กของฮอสเซน (Hossain, 2010)

การจัดการความปวด หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความปวดและการบรรเทาความปวด ที่ได้จากการรวบรวมข้อมูล สาเหตุของความปวด ระดับความปวด ความรุนแรงของความปวด ประเมินได้จากแบบสำรวจการจัดการความปวดที่คัดแปลงเครื่องมือจากแบบสำรวจความรู้ ทัศนคติ และการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กของฮอสเซน (Hossain, 2010)

## ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ กับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้ ศึกษาที่พยาบาลวิชาชีพ 9 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลสตูล โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โรงพยาบาลสงขลา และโรงพยาบาลปัตตานี เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ธันวาคม 2560 ถึง พฤษภาคม 2561

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบ/วิธีการในการส่งเสริมให้พยาบาลที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยเด็กวิกฤตมีการจัดการความปวดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
2. เพื่อเป็นแนวปฏิบัติกรพยาบาลในการประเมินและการจัดการความปวดในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตอย่างชัดเจน
3. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในการเพิ่มพูนความรู้ ในการจัดการความปวดในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตได้อย่างเหมาะสม

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ กับการจัดการความปวดของพยาบาล ในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้ ครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรมจากเอกสาร และ รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นพื้นฐานและแนวทางในการวิจัย ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความปวด
  - 1.1 ความรู้เกี่ยวกับความปวดในเด็ก
  - 1.2 การรับรู้และการตอบสนองต่อความปวดในเด็ก
  - 1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่อความปวด
  - 1.4 ผลกระทบของความปวดในผู้ป่วยเด็ก
2. การจัดการความปวดในเด็ก
  - 2.1 การประเมินความปวดในเด็ก
  - 2.2 การบรรเทาความปวดในเด็ก
3. ความรู้และทัศนคติของพยาบาลเกี่ยวกับความปวดในเด็ก
4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ กับการจัดการความปวดของพยาบาลในเด็ก
5. สรุปการทบทวนวรรณกรรม

## 1. แนวคิดเกี่ยวกับความปวด

### 1.1 ความรู้เกี่ยวกับความปวดในเด็ก

#### 1.1.1 ความหมายของความปวดในเด็ก

ในผู้ป่วยเด็กวิกฤตความปวดยากที่จะให้ความหมายอย่างชัดเจน แล้วแต่มุมมองของผู้ให้ความหมาย โดยสมาคมนานาชาติที่ศึกษาเกี่ยวกับความปวด (International Association for the Study of Pain หรือ IASP, 2019) ให้ความหมายของความปวดว่า

“ เป็นความรู้สึกที่ไม่สุขสบายที่ถูกร่วมกับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ เป็นได้ทั้งประสบการณ์ความปวดทั้งความปวดเฉียบพลันและเรื้อรัง”

การให้ความหมายความปวดในผู้ป่วยเด็กวิกฤต จะเป็นความรู้สึกที่ไม่สุขสบายร่วมกับประสบการณ์ทางอารมณ์ที่เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการผ่าตัด และถูกจำกัดการสื่อสารด้วยท่อช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยเด็กสื่อออกมาด้วยลักษณะท่าทาง การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (วันฉนิ, 2561) ผู้วิจัยจึงมีผู้ให้ความหมายของความปวดไว้ ดังนี้

ความปวดของเด็กในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต หมายถึง ความรู้สึกและการรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายที่เกิดจากการมีสิ่งกระตุ้นจากการทำลายของเนื้อเยื่อจากการผ่าตัด หรือจากหัตถการ และการปฏิบัติกิจกรรมที่ทำให้เด็กเกิดความปวด โดยเด็กจะมีปฏิกิริยาการตอบสนองโดยสื่อออกมาด้วยคำพูด ลักษณะท่าทาง อารมณ์ หรือการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เพื่อให้ผู้อื่นรับรู้ว่ามีความปวด

#### 1.1.2 ชนิดของความปวด

ความปวดสามารถแบ่งประเภทได้แตกต่างกันและหลากหลายตามตัวชี้วัดที่ใช้เป็นเกณฑ์ เช่น จำแนกตามระยะเวลาและความรุนแรงของความปวดที่ได้รับ สาเหตุที่ปวด ตามตำแหน่งที่ปวด และตามลักษณะของความปวด เป็นต้น (Helms & Barone, 2008) สำหรับในที่นี้จะกล่าวถึงชนิดของความปวดที่พบบ่อยในเด็ก และที่นิยมจำแนกในปัจจุบัน ได้แก่ การจำแนกตามระยะเวลาและความรุนแรงของความปวดที่ได้รับ และจำแนกตามพยาธิสรีรวิทยา เนื่องจากความปวดแต่ละชนิดจะก่อให้เกิดปัญหาทางการพยาบาลที่แตกต่างกัน ดังนี้



1. ชนิดความปวดจำแนกตามระยะเวลาและความรุนแรงของความปวดที่ได้รับ (วันธณี, 2561; Bowden & Greenbers, 2010; Helms & Barone, 2008; Luckett & Hay, 2013) แบ่งได้ 2 ชนิด ดังนี้

1.1 ความปวดเฉียบพลัน (acute pain) คือ ความปวดที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ระบุตำแหน่ง ระบุสาเหตุ ระยะเวลาเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดได้ ระยะเวลาที่มีความปวดน้อยกว่า 6 เดือน โดยเกิดขึ้นทันทีทันใดและเกิดขึ้นเฉพาะที่ซึ่งเป็นการตอบสนองทั่วไปของร่างกายต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อทำให้เกิดการกระตุ้นปลายประสาทรับความปวดและเกิดการตอบสนองต่อความปวด ระดับความปวดจะมีความปวดระดับปานกลางถึงระดับมากและระยะเวลาของความปวดมีระยะจำกัด ขึ้นกับพยาธิสภาพของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย ความปวดชนิดนี้จะหายไปเองได้ และจะควบคุมความปวดได้เมื่อได้รับยาหรือวิธีการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา สาเหตุของความปวดชนิดนี้ จากความเจ็บป่วย เช่น ไข้ดั่งอักเสบ ปวดท้อง เป็นต้น ส่วนความปวดเฉียบพลันที่พบได้ทั่วไปจากการทำหัตถการ เช่น การเจาะเลือด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการฉีดยา เป็นต้น

สำหรับความปวดที่เกิดจากผู้ป่วยเด็กมักเกิดจากการผ่าตัด ซึ่งเป็นความปวดแบบเฉียบพลัน ที่เกิดจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ ทำให้เส้นประสาทส่วนปลายรอบๆ ถูกกระตุ้นและส่งต่อไปยังระบบประสาทรับความรู้สึก ส่งผลให้มีความรู้สึกปวดและทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาการตอบสนองทางสรีรวิทยา และมีพฤติกรรมแสดงออกทางร่างกาย อารมณ์และจิตใจ (วันธณี, 2561)

1.2 ความปวดเรื้อรัง (chronic pain) คือ ความปวดที่เกิดขึ้นเป็นพักๆ และต่อเนื่อง ระยะเวลาของความปวดอยู่นานเกินกว่า 6 เดือน ลักษณะความปวดแบบเป็นๆ หายๆ หรือเป็นบ่อยๆ หรือกลับมาเป็นซ้ำๆ และรักษาไม่หาย เป็นความปวดที่ทุกข์ทรมานและซับซ้อน (วันธณี, 2561) ความปวดจะค่อยๆ เกิดขึ้นและไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะสิ้นสุดเมื่อใด ความปวดเรื้อรังจะเป็นความปวดที่เกี่ยวข้องกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น เช่น ความปวดจากเนื้องอกหรือมะเร็ง ปวดจากโรคข้ออักเสบ ปวดข้อจากโรคฮิวลิเยส เป็นต้น การประเมินความปวดชนิดเรื้อรังจะต้องพิจารณาเป็นองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยความปวดชนิดนี้มักไม่ค่อยพบการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพแต่ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมแทน

2. ชนิดของความปวดจำแนกตามพยาธิสรีรวิทยา เนื่องจากแต่ละอวัยวะมีความไวต่อความเจ็บปวดไม่เท่ากัน แบ่งความปวดของการเกิดได้ 2 ชนิด (วันธณี, 2561) ดังนี้

2.1 ความปวดจากการบาดเจ็บ (nociceptive pain) ความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บหรือการทำลายของเนื้อเยื่อ เช่น ความปวดจากแผลผ่าตัด ความปวดจากไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ความปวดจากข้อและกระดูกเสื่อม เป็นต้น ซึ่งความปวดชนิดนี้เกิดจากการทำงานของระบบประสาท

ตลอดเส้นทางรับรู้ความปวด เมื่อมีสิ่งกระตุ้นด้วยแรงกล ความร้อนหรือสารเคมี โดยจะถูกกระตุ้นให้เกิดสัญญาณบาดเจ็บและถูกส่งสัญญาณไปที่สมองจนเกิดการรับรู้ความปวด

2.2 ความปวดจากเส้นประสาท (neuropathic pain) ความปวดที่เกิดจากมีการทำลายระบบประสาทรับความรู้สึกตั้งแต่เส้นประสาทส่วนปลายจนถึงประสาทส่วนกลาง เช่น ประสาทรับความรู้สึกส่วนปลาย (peripheral sensory nerve) รากประสาทรับความรู้สึก (sensory nerve root) ประสาทรับความรู้สึกส่วนทาลามัส (thalamus) และประสาทรับความรู้สึกส่วนคอร์เท็กซ์ (sensory cortex) เป็นต้น ความเจ็บปวดจากอวัยวะเหล่านี้มักจะรุนแรงและขึ้นกับสถานะของอารมณ์ นอกจากนี้ความปวดจากเส้นประสาทส่วนใหญ่มักจะเรื้อรัง และมีอาการปวดเสียวแปลบเหมือนไฟช็อต แสบร้อน ปวดเย็นเหมือนถูกน้ำแข็ง ความปวดจากเส้นประสาทพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บหรือเป็นโรคของระบบประสาท ความปวดจากมะเร็ง ความปวดจากการปวดเรื้อรัง เป็นต้น

ความปวดในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตส่วนใหญ่จะเกิดแบบชนิดเฉียบพลัน โดยจะพบความปวดที่มาจากเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับบาดเจ็บจากหลังผ่าตัด การทำหัตถการ และกิจกรรมพยาบาลที่มีการทำลายของเนื้อเยื่อ เช่น การเจาะเลือด การให้สารน้ำ การใส่หรือถอดท่อทางเดินหายใจ การดูดเสมหะ การใส่ท่อระบายต่างๆ การเปลี่ยนท่านอน การทำความสะอาดแผล การทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น (Treede, 2015) ผู้ป่วยบางรายอาจมีผลต่อจิตใจจากการมีประสบการณ์ของความปวดที่มีอยู่แล้ว ทำให้เกิดการเสียสมดุลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ (วารางคณา, 2556)

### 1.1.3 สาเหตุของความปวดในเด็กในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

สาเหตุของความปวดในเด็กวิกฤตส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุหลายประการ โดยส่วนใหญ่จะเป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน มีสาเหตุดังนี้

1. โรคและการผ่าตัด เช่น ภาวะเจ็บป่วยหรือโรคที่เป็นอยู่เดิม (Simpson, 2008) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เช่น การผ่าตัดช่องท้อง การผ่าตัดหัวใจ เป็นต้น ดังการศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดพบว่า ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของความปวดสูงสุดในวันแรกหลังผ่าตัด หลังจากนั้นค่อยๆลดลง โดยวันแรกมีระดับความปวดเฉลี่ย 8.32 คะแนน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) หลังจากนั้นลดลงในวันที่ 3 และ 5 หลังผ่าตัด (Sasseron et al., 2009) ซึ่งจากความปวดของเนื้อเยื่อรอบๆบริเวณการบาดเจ็บทำให้เพิ่มความไวต่อการกระตุ้นเมื่อมีแรงดัน หรือการหดเกร็งของกล้ามเนื้อบริเวณใกล้เคียง ทำให้ระดับความปวดเพิ่มขึ้นได้

2. การทำหัตถการและกิจกรรมการพยาบาล ความปวดที่เกิดจากการทำหัตถการ เช่น การเจาะเลือด การใส่หรือถอดท่อทางเดินหายใจ การทำแผลหรือเย็บแผล การใส่หรือ

ถอดต่อระบายหรือสายสวนหลอดเลือด การใส่ท่อระบายจากทรวงอกหรือจากแผลผ่าตัด ส่วนความปวดที่เกิดจากกิจกรรมพยาบาล เช่น การดูดเสมหะในท่อหลอดลมคอและการพลิกตะแคงตัว เป็นต้น (วิลโล, 2555; วันธณี, 2561; Li, Pentillo, & Miaskowski, 2008) จากการศึกษาของ อาโรโย-โนโว และคณะ (Arroyo-Novoa et al., 2007) พบว่าผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ประเทศสหรัฐอเมริกาส่วนใหญ่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจต้องได้รับการดูดเสมหะ การดูดเสมหะแต่ละครั้งทำให้ผู้ป่วยวิกฤตต้องได้รับความปวด โดยพบร้อยละ 93 และระดับความปวดที่เกิดจากการดูดเสมหะอยู่ในระดับความปวดปานกลางจนถึงรุนแรง

3. การถูกจำกัดความเคลื่อนไหวและการรักษา เช่น การใส่อุปกรณ์ในช่วยชีวิต การผูกยึด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดข้อหรือกล้ามเนื้อ และการจัดท่านอนที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดแรงกดทับที่เป็นสาเหตุของความปวดได้ (Simpson, 2008)

4. การถูกกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม เช่น จากแรงกด ยึด ดึง ดัน ที่มากเกินไป ต่อเนื้อเยื่อและประสาท จากสารเคมีจำพวกกรด ด่าง สารคัดหลั่งของร่างกายจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ จากความร้อน ความเย็น แสง เสียง และความกดดันทางอารมณ์ เช่น การโกรธจัด วิตกกังวลมาก

### 1.1.4 กลไกและทฤษฎีการเกิดความปวด

#### กลไกการเกิดความปวด

กลไกการเกิดความปวดเฉียบพลันเกิดจากการทำหน้าที่ทั้งระบบประสาทส่วนปลาย และระบบประสาทส่วนกลาง โดยมีกระบวนการเกิดและวิถีประสาทนำกระแสความรู้สึกปวด (วันธณี, 2561; Bowden & Greenbers, 2010; Luckett & Hay, 2013; Reuter-Rice & Bolik, 2012) ดังนี้

1. กระบวนการแปลงสัญญาณความปวด (transduction) เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงสัญญาณจากสิ่งกระตุ้นทางกายภาพให้เป็นสัญญาณประสาท จะเป็นหน้าที่ของหน่วยรับความรู้สึก (receptor) อยู่ที่ปลายสุดของแขนงประสาทขาเข้า (primary afferent neuron) สำหรับความรู้สึกปวด เมื่อมีสิ่งเร้าจะหลั่งสารพอกนิวโรเปปไทด์ (neuropeptide) ออกมาหากสิ่งเร้ามีความแรงถึงขีดความทนของความปวด (pain threshold) จึงจะเกิดการแปลงสัญญาณเป็นพลังงานไฟฟ้า แล้วส่งต่อไปตามใยประสาทจนถึงเซลล์ประสาทรับรู้ตัวแรก (first order neuron) ที่อยู่นอกระบบประสาทไปทางด้านหลัง (dorsal root ganglion cell) พลังประสาทที่เกิดขึ้นจะถูกนำไปตามวิถีประสาทรับรู้เข้าไปในระบบประสาทส่วนกลางวิถีประสาทขาขึ้นไปสู่สมอง แบ่งใยประสาทรับความรู้สึกปวดออกเป็น 2 ชนิด คือ เส้นใยประสาท A-fibers และเส้นใยประสาท C-fibers

2. การส่งผ่านสัญญาณ (transmission) เป็นหน้าที่ของระบบประสาทการรับรู้ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1 จากเซลล์ประสาทส่วนปลายไปยังเซลล์ประสาทในไขสันหลังส่วนหลัง และจากเซลล์ประสาทไขสันหลังไปยังแกนสมอง

2.2 จากสมองส่วน Thalamus ไปยังสมองส่วนอื่นๆ

3. กระบวนการการรับรู้ความปวด (perception) เป็นการรับรู้ความปวดที่สมองส่วน cortex ที่รับผิดชอบเกี่ยวกับความรู้สึกที่รับเข้ามาเพื่อแปลผลว่า สิ่งกระตุ้นคืออะไร มีความรู้สึกชนิดใด และระบบลิมบิก จะทำหน้าที่เกี่ยวกับความรู้สึกทางอารมณ์ โดยสัญญาณประสาทที่ถูกปรับจากกระบวนการเชื่อมต่อต่อสัญญาณประสาทภายในบริเวณส่วนของไขสันหลัง จะถูกส่งไปให้สมองใหญ่ ส่วนนอกที่เป็นเนื้อสีเทาโดยตรง และพร้อมกับการถ่ายทอดสัญญาณประสาทไปที่กลุ่มเซลล์ประสาทของทาลามัส จึงทำให้ร่างกายรับรู้ความปวด

4. การปรับเปลี่ยนความคิด (modulation) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเพื่อทำให้ความปวดบรรเทาลง โดยนำกระแสประสาทที่ผ่านการแปลผลจากขั้นตอนการรับรู้ความปวดจากสมองส่วนคอร์เทกซ์ ไปกระตุ้นแอสจิสเซลล์ (s-g cell) บริเวณไขสันหลังส่วนหลัง (dorsal horn) ให้มีการหลั่งสารเอนเคฟาลินส์ (enkephalins) และเอนดอร์ฟิน (endorphins) มีผลไปยับยั้งการทำงานของสารพี (substance P) ทำให้ไม่เกิดความรู้สึกปวด แต่ถ้าสารเอนเคฟาลินส์ และเอนดอร์ฟินหลั่งออกมาไม่เพียงพอที่จะยับยั้งการทำงานของสารพีได้หมด สารพีที่เหลือจะไปกระตุ้นทำให้มีกระแสประสาทส่งต่อไปยังสมองและเกิดความรู้สึกเจ็บปวด

จากกลไกการเกิดความปวดที่มีความซับซ้อนและต่อเนื่องเป็นระยะตามลำดับของสิ่งกระตุ้นความปวด ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายและเกิดความปวดอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่ไม่สามารถรายงานความปวดได้ด้วยตนเอง

### **ทฤษฎีความปวด (Pain theories)**

จากกลไกวิถีประสาทการเกิดความปวดแล้วยังไม่อาจอธิบายการเกิดความปวดได้อย่างชัดเจน เพราะความปวดมีความซับซ้อนทางอารมณ์มาเกี่ยวข้อง ซึ่งความปวดอาจไม่รุนแรงตามสิ่งกระตุ้นเสมอไป และจากกลไกของความปวดมีผู้พัฒนาทฤษฎีความปวดออกมาหลายทฤษฎี เช่น ทฤษฎีอารมณ์ (affect theory) ทฤษฎีแบบแผน (pattern theory) ทฤษฎีเฉพาะ (specificity theory) ทฤษฎีควบคุมภายใน (endogenous pain control theory) เป็นต้น ในบทนี้จะกล่าวถึงทฤษฎีควบคุมประตู (gate control theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่รู้จักกันอย่างแพร่หลาย และสามารถนำมาอธิบายปรากฏการณ์และทดลองวิจัยในวิชาชีพพยาบาลมากที่สุด

### ทฤษฎีควบคุมประตู (gate control theory)

ทฤษฎีควบคุมประตู คิดค้นโดยเมลแซคและวอลล์ (Melzack & Wall, 1965) เป็นทฤษฎีที่ยอมรับกันมากในปัจจุบัน เพราะสามารถอธิบายความปวดได้ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่งได้อธิบายกลไกการเกิดความรู้สึกปวด โดยเน้นถึงการส่งสัญญาณประสาทนำเข้าจากส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยจะถูกปรับสัญญาณเข้าไปไขสันหลังก่อนส่งไปรับรู้ความปวดในสมอง ทฤษฎีนี้พบว่าความปวดและการรับรู้เกี่ยวกับความปวด ขึ้นอยู่กับการทำงานร่วมกันของ 3 ระบบ (Melzack & Wall, 1965) คือ เซลล์ในสับสแตนเชีย เจลาติโนซา (substantia gelatinosa : SG cell) ซึ่งเป็นเซลล์พิเศษอยู่ในคอร์ซอล ฮอร์น (dorsal horn) ใยประสาทที่เป็นแนวยาวในคอร์ซอลจะตรงไปสมอง และเซลล์ประสาทส่งต่อ (transmission cell: T cell) ในไขสันหลังจะเป็นสื่อกลางในการนำข้อมูลไปสู่สมอง โดยอธิบายกลไกความปวด คือ 1) ส่งกระแสประสาทความปวดจากปลายประสาทและใยประสาทจะถูกควบคุมโดยกลไกประตูในไขสันหลัง 2) ระบบกลไกประตูในไขสันหลังจะได้รับอิทธิพลจากความสัมพันธ์ของการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่และเส้นใยประสาทขนาดเล็ก โดยที่การกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ (large fiber: L) และจะไปยับยั้งการส่งกระแสประสาทนำขึ้น (ประตูปิด) ส่วนการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดเล็ก (small fiber: S) จะกระตุ้นการส่งกระแสประสาทนำขึ้น (ประตูเปิด) 3) กลไกประตูในไขสันหลังจะได้รับอิทธิพลมาจากกระแสประสาทนำลงจากสมอง 4) มีเส้นใยขนาดใหญ่ที่สามารถในการนำสัญญาณส่งไปยังสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรู้คิดจะเชื่อมโยงกับกระแสประสาทนำลง มาควบคุมกลไกประตูในไขสันหลัง และ 5) เมื่อกระแสประสาทที่ส่งถึงเซลล์ประสาทส่งต่อถึงจุดวิกฤตจะกระตุ้นการทำงานในระบบการตอบสนอง (action system) ซึ่งเป็นการกระตุ้นการทำงานของสมองส่วนอื่นๆที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและประสบการณ์ความปวดทั้งหมด (วงจันทร์, 2547; Bonica, & Loeser, 2001)

ตามกลไกการควบคุมความปวด ณ ไขสันหลังตามทฤษฎีนี้มีกลไกการปรับสัญญาณ ณ บริเวณไขสันหลังส่วนซับสแตนเชีย เจลาติโนซา (substantia gelatinosa-SG) โดยทำหน้าที่ปรับสัญญาณนำเข้าระหว่างกระแสประสาท 2 กลุ่ม คือกระแสประสาทจากใยประสาทขนาดเล็ก S และกระแสประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่ L โดย L ไปทำหน้าที่ปิดประตู ส่วน S ไปทำหน้าที่เปิดประตู ถ้าเส้นใยประสาทส่วนใดเด่นกว่าก็จะข่มอีกอันหนึ่ง เช่น S เด่นกว่า L จะทำให้กระแสประสาทความปวดถูกส่งไปสมอง จึงเกิดความรู้สึกปวด ความคิดนี้นำไปสู่การใช้ส่งกระตุ้น L ให้มีกระแสประสาทเด่นกว่าเพื่อยับยั้งความปวดได้

จากแนวความคิดของทฤษฎีควบคุมประตูนี้ช่วยให้เข้าใจว่าความปวดจะเพิ่มมากขึ้นและลดลงได้จากสาเหตุต่อไปนี้ คือ

1. การกระตุ้นสมองส่วนคอร์เทกซ์และซาลามัสมากเกินไป ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวลต่างๆ ทำให้ความปวดเพิ่มมากขึ้น ในทางกลับกันความปวดจะลดลงถ้าผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการจัดการกับความปวด ความวิตกกังวลลดลงได้ จะช่วยเพิ่มการยับยั้งสมองส่วนบนสามารถลดความปวดได้ (Laskin, 2002; Seer, 1994)
2. การกระตุ้นการทำงานของก้านสมองมากเกินไป ได้แก่ ผู้ป่วยที่ถูกกระตุ้นด้วยแสงเสียงติดต่อกันนานๆทำให้เกิดความปวดได้ ในขณะที่การฝึกสมาธิ การเบี่ยงเบนความสนใจ การจินตนาการ เป็นการยับยั้งการทำงานของก้านสมอง (brain stem) สามารถช่วยลดความปวดได้ (Seer, 1994)
3. การกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดเล็ก ได้แก่ การผ่าตัด การบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อทำให้เกิดความปวดในขณะที่การกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ เช่น การนวด การสัมผัสกับผิวหนังแรงๆ มีผลทำให้ความปวดลดลง (Seer, 1994)

## 1.2 การรับรู้และการตอบสนองต่อความปวดในเด็ก

เด็กในแต่ละวัยจะมีพัฒนาการการเรียนรู้ การแสดงออก และการสื่อภาษาที่แตกต่างกัน การรับรู้และการตอบสนองความปวดในเด็ก จึงมีความแตกต่างกันตามสภาพธรรมชาติและคุณลักษณะเฉพาะ ดังนั้นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความปวดแม้จะดูใกล้เคียงกันหรือเหมือนกัน ก็อาจมีการรับรู้และตอบสนองต่อความปวดนั้นต่างกันด้วย

### การรับรู้ต่อความปวดในเด็ก

เด็กจะมีการรับรู้ เรียนรู้ความปวดจนพัฒนาเป็นมโนทัศน์จากประสบการณ์ของเด็กเอง (Melzack, Wall, & Ty, 1982) เริ่มจากประสาทสัมผัสในทุกด้านแล้วสังเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ผ่านโครงสร้างทางด้านสติปัญญา แล้วสกัดออกมาเป็นมโนทัศน์ของความปวด เมื่อความสามารถทางสติปัญญาเปลี่ยนมโนทัศน์ด้านความปวดก็จะเปลี่ยนไปด้วย ในทารกสามารถรับรู้ความปวดได้ตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ การรับรู้จะสมบูรณ์เมื่ออายุครรภ์ 24 สัปดาห์ แต่เนื่องจากทารกไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาได้ เมื่อได้รับความปวดทารกจึงมีการตอบสนองต่อความปวดโดยก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระวิทยา และด้านพฤติกรรมแทน (Jacob, 2011) ในเด็กวัยก่อนเรียนจะมีความคิด การรับรู้ความปวดว่าเกิดจากอำนาจลึกลับ และเมื่อถูกทำให้เจ็บจะคิดว่านั่นคือการถูกลงโทษ และเมื่อเด็กย่างเข้าวัยเรียนการรับรู้ความปวด จะสามารถจำแนกตำแหน่งที่ปวดได้

โดยมีการแยกออกกระหว่างความปวดที่กาย หรือความปวดที่ใจ มีความกลัวต่อความปวด และกลัวร่างกายจะมีการพิการ ยังคิดว่าความปวดเกิดจากการถูกลงโทษ (Whaley & Wong, 1997 อ้างตาม คารุณี, 2546) ต่อมาเมื่อเด็กย่างเข้าสู่วัยรุ่น เด็กจะสามารถให้เหตุผลของความปวดได้ว่าเพราะอะไร มีกลไกการแก้ไขปัญหาเมื่อมีความปวดได้เหมือนผู้ใหญ่แล้ว ขณะเดียวกันจะมีความกลัวว่าตนเองจะเสียการควบคุมตนเองในขณะที่มีความปวด อีกทั้งมีการเสียหน้าถ้ามีเพื่อนร่วมกลุ่มรู้ว่าตนเองอ่อนแอ แต่ถ้าเด็กเคยมีประสบการณ์ความปวดมาแล้ว เด็กจะยิ่งแสดงอาการวิตกกังวลต่อความปวด กลัวปวดมากขึ้นและในเด็กเล็กจะแสดงความรุนแรงของความปวดเพิ่มขึ้นเมื่อพ่อแม่ไม่ได้อยู่ด้วย (Bowden & Greenberg, 2010) และยังมีกล่าวถึงอีกว่าเด็กวัยเรียนจะยังคงแสดงอาการต่อต้านความปวดเหมือนเด็กวัยก่อนเรียน ส่วนวัยรุ่นจะยอมรับความปวด ไม่ต่อต้าน และเข้าใจคำอธิบายถึงความจำเป็นต่างๆ เมื่อเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นปวดจะทนได้พอควร ยิ่งถ้าได้รับความชมเชยว่ากล้าหาญจะยิ่งทำให้ไม่กล้าแสดงออกความอ่อนแอเพราะกลัวขายหน้า แต่ถ้าเด็กไม่เคยมีประสบการณ์ปวดมาแล้ว ซึ่งเด็กมักใช้คำว่า “สยอง เสียว” มากกว่า “กลัว” และมีวิจัยที่พบว่าเด็กเล็กจะแสดงความรุนแรงของความปวดเพิ่มขึ้น เมื่อพ่อแม่ไม่อยู่ด้วย (Mcbride, 1997; Whaley & Wong, 1997 อ้างตาม คารุณี, 2546 )

### **การตอบสนองต่อความปวดในเด็ก**

การตอบสนองต่อความปวดของบุคคลเป็นปฏิกิริยาที่ต่อเนื่องกับการรับรู้ความปวด จึงทำให้มีการตอบสนองที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหรือปัจจัยที่มีผลต่อความปวดนั้น (คารุณี, 2546; วันธณี, 2561; Bowden & Greenberg, 2010) โดยแบ่งการตอบสนอง 2 ด้าน ดังนี้

#### **1. การตอบสนองด้านพฤติกรรมการแสดงออก**

การตอบสนองด้านนี้ พัฒนาจากความคิดของบุคคลต่อความปวด และเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของบุคคลต่อสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความปวด

1.1 พฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหวและสีหน้า ลักษณะพฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย จะให้ข้อสังเกตเกี่ยวกับความปวด ความรุนแรงที่ปวด ช่วงเวลาของความปวด ตำแหน่งที่ปวดและความหมายของความปวด ซึ่งมีการเคลื่อนไหวของร่างกายที่พบบ่อย 4 ลักษณะ เด็กและวัยรุ่นอาจ 1) จะนิ่งเฉย ไม่เคลื่อนไหวว้าวะใดๆเลย 2) อาจแสดงอาการกระสับกระส่าย คืบไปมาอย่างไร้จุดหมาย 3) อาจจะถูบริเวณที่ปวดไปมาเป็นจังหวะ หรืออาจจะใช้มือลูบคลำ และ 4) ปกป้องส่วนที่กำลังปวด นอกจากนี้ยังมีการแสดงสีหน้า หน้าเหยเก หน้านัว คิ้วขมวด กระพริบ

ตา ตาเบิกโพลง หลับตาแน่น หรืออ้าปากกว้าง สลับกับการหุบปาก ทำเสียงครางในคอ ขบกัดฟันแน่น เม้มริมฝีปากเป็นต้น

1.2 พฤติกรรมด้านน้ำเสียง ในเด็กเล็ก มีปฏิกิริยาต่อความปวดด้วยการร้องไห้ เสียงร้องจะดังขึ้นเมื่อเด็กมีความปวดมาก และเสียงร้องจะสงบลงเมื่อถึงกระตุ้นให้ปวดหายไป การร้องไห้แบบแผ่วเบาๆ ครวญคราง คร่ำคราญแผดเสียง กรีดร้อง สะอึกสะอื้น เสียงร้องของเด็กนี้เป็นข้อบ่งชี้ความปวดในเด็กเล็กเป็นสิ่งที่บ่งชี้ให้พยาบาลทราบว่า เด็กกำลังต้องการการช่วยเหลือ แต่เสียงร้องไห้และการแผดเสียงนี้อาจจะใช้ไม่ได้ในเด็กโตและวัยรุ่น เพราะวัฒนธรรมไทยถูกผู้ชายต้องมีความอดทน ดังนั้นการนอนนิ่งเฉยไม่คร่ำครวญก็ไม่ได้หมายความว่าเด็กไม่มีความปวด

1.3 พฤติกรรมด้านอารมณ์ เป็นสาเหตุให้เกิดการกระสับกระส่าย หงุดหงิด ฉุนเฉียว โกรธ อะอะ โวยวาย วิตกกังวล และเมื่อความปวดของร่างกายนั้นเรื้อรัง เด็กและวัยรุ่นก็จะพัฒนาความรู้สึกกลัว วิตกกังวลซึมเศร้า ซึ่งจะมีผลทำให้ระดับขีดเริ่มของความปวด และความอดทนต่อความปวดลดต่ำลง ความปวดยังทำให้เด็กและวัยรุ่นมีความสนใจในสิ่งแวดล้อมน้อยลง ก่อให้เกิดความเครียด เหนื่อยล้า ทำให้ความอดทนต่อความปวดลดต่ำลง กลายเป็นวงจรของความปวดไม่รู้จบ (Mcbride, 1997) งานวิจัยด้านพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่นต่อความปวดพบว่า มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วย (Hamers, 1994) ส่วนในเด็กโตอาจมีสมาธิสั้นลงไม่สามารถเรียนรู้ได้ และมีพฤติกรรมถดถอยไปยังวัยที่เด็กกว่า (Reid, 1995) แคมเบอร์, ไรด์, และแครก (Chamber, Reid, & Craig, 1986) รายงานผลการวิจัยพบว่า เด็กมีอาการปวดจะแสดงพฤติกรรม 15 พฤติกรรมดังนี้ คือ ร้องครวญครางหรือบ่นว่าปวด ร้องไห้เสียงดัง เล่นน้อยลง หน้าแดงกว่าปกติ ไม่ยอมรับประทานอาหาร กุมแผลไว้ตลอดเวลา ขอมกินยาแม้ปกติจะกินยาก ไม่ยอมให้ผู้ดูแลร่างกาย ไม่ยอมช่วยเหลือตัวเองทั้งที่เคยช่วยเหลือตัวเองได้ ทำท่าวิตกกังวล เจ็บกว่าปกติ อ่อนแรงกว่าที่เคย รับประทานอาหารได้น้อยลง ไม่ให้แตะต้องแผล งอแงเอาแต่ใจตัวเองมากขึ้น

## 2. การตอบสนองด้านสรีรวิทยา

ความปวดจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ คือ มีปฏิกิริยาการทำงาน of ระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic) และพาราซิมพาเทติก (parasympathetic) ซึ่งจะมีการกระตุ้นการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบหายใจ ระบบต่อมไร้ท่อ และการระบบเผาผลาญอาหาร (ครุณี, 2546) การประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยามีความสำคัญต่อการประเมินความปวดในทารกมากกว่าเด็กโตเพราะการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาไม่ได้มาจากสาเหตุความปวดเพียงประการเดียว หากเด็กโตมีความกลัว วิตกกังวล เครียด ก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาได้ จึงไม่เหมาะที่จะใช้ประเมินความปวดในเด็กโต แต่เหมาะที่จะใช้กับ



ทารกมากกว่า (McCaffery, 1979) ความปวดที่เกิดขึ้นส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา (Hatfield, 2008) ดังนี้

2.1 อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจจะเพิ่มขึ้นเมื่อร่างกายเผชิญกับความปวด จากการศึกษาของจอห์นสันและสตราดา (Johnston & Strada, 1986) ในทารกอายุ 2-4 เดือน ที่ได้รับวัคซีนพบว่าหลังฉีดวัคซีนทันที อัตราการเต้นของหัวใจสูงขึ้น และจะสูงอยู่นานหลายนาที

2.2 อัตราการหายใจ จำนวนครั้งของการหายใจในหนึ่งนาที การสังเกตและการใช้เครื่องมือวัด มีรายงานพบว่าขณะเมื่อปวดในเด็ก จะทำให้การหายใจเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันในภาวะเจ็บป่วยอาจพบอัตราการหายใจต่ำกว่าค่าปกติ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้การหายใจเพิ่มขึ้น จึงอาจสังเกตไม่พบ

2.3 ความดันโลหิต วัดจากแรงต้านของผนังหลอดเลือด สามารถวัดได้หลายวิธี เช่น วัดด้วยเครื่องฟิสิกโมมาโนมิเตอร์ความดันโลหิตสูงขึ้นและลดลง เมื่อผู้ป่วยมีความปวด

### 1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่อความปวด

การรับรู้และการตอบสนองของผู้ป่วยเด็กในแต่ละรายจะมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเพิ่มหรือลดการรับรู้และการตอบสนองต่อความปวด (Abdalahim, Majali, Stromberg, & Bergbom, 2010; Bowden & Greenberg, 2010) ดังนี้

1. สิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมมีผลต่อการรับรู้และตอบสนองของบุคคลต่อความปวด สิ่งแวดล้อมที่สะอาด สงบ แสง อุณหภูมิที่เหมาะสม จัดอาหารได้น่ารับประทาน ความรู้สึกอบอุ่นของคนรอบข้าง การอยู่ท่ามกลางคนคุ้นหน้าและใกล้ชิด ก่อให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย ความรู้สึกมั่นคง สามารถปรับตัวได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะวัยเด็กและวัยรุ่นที่ต้องการความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตสูง แต่การตอบสนองต่อความปวดจะเพิ่มขึ้น ถ้าหากมีสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม มีความเครียดร่างกายจึงใช้พลังงานมากในการปรับตัว เหนื่อยใจ เมื่อยล้า ทำให้ความอดทน การรับรู้ และการตอบสนองต่อความปวดเพิ่มมากขึ้น (Taylor, Lillis, & Lemone, 2011)

2. สังคมและวัฒนธรรม ความปวดที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ขึ้นกับความทนต่อความปวดในแต่ละบุคคล โดยมีหลักว่าบุคคลมีความทนต่อความปวดไม่เท่ากัน มีอิทธิพลจากปัจจัยด้านสังคม และวัฒนธรรมของบุคคลนั้น ทั้งนี้เพราะสังคมและวัฒนธรรมมีความสำคัญต่อการสร้างแบบแผนการตอบสนองในบุคคลในสังคมและวัฒนธรรมนั้นๆ (Jeans & Melzack, 1992) เช่น เพศเด็กผู้ชายจะมีพฤติกรรมและแสดงออกทางความรู้สึกน้อยกว่าเด็กผู้หญิง เนื่องจากเด็กผู้ชายได้รับการสั่งสอนตั้งแต่ยังเล็กกว่าให้อดทน และเผชิญกับความปวดอย่างกล้าหาญ และไม่ร้องเมื่อได้รับ

ความปวด เชื้อชาติ ความแตกต่างของเชื้อชาติมีผลต่อการแสดงออกถึงความปวดจากงานวิจัยของ วิลลาโรและมอนเทลลาโน (Villarruel & Montellano, 1992) พบว่า กลุ่มคนเชื้อชาติอเมริกัน พื้นบ้าน อิตาลี ยิว ไอริช มีการตอบสนองต่อความปวดแตกต่างกัน ศาสนา ขึ้นอยู่กับว่าหลัก คำสั่งสอนของแต่ละศาสนาในเรื่องความหมายของความปวดว่าอย่างไร และแต่ละศาสนาจะให้ความหมายต่างกันไป บางศาสนาถือว่าความปวดเป็นการลงโทษของพระเจ้า ผู้ป่วยอาจยอมรับและมีความทนต่อความปวดได้ เป็นต้น

### 3. ลักษณะเฉพาะทางกายวิภาค สรีรวิทยา และสิ่งกระตุ้น

3.1 ข้อจำกัดด้านประสาทสัมผัส การตอบสนองต่อความปวดของทารกแรกเกิด อาจมีปัจจัยมากมาย เกี่ยวข้อง อาทิ วุฒิภาวะ ระบบประสาทส่วนกลาง ความตื่นตัวของทารก ระยะเวลา และชนิดของสิ่งกระตุ้นทำให้ปวด รวมถึงสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของทารกด้วย สาเหตุที่ระบบประสาทส่วนกลางของทารกยังเจริญไม่เต็มที่ แม้จะมีอวัยวะทุกส่วนครบแล้ว การตอบสนองของทารกแรกเกิดจึงเกี่ยวข้องกับอวัยวะของระบบประสาท ได้แก่ ไขสันหลัง เมดัลลา พอนส์ และสมองส่วนกลาง ซึ่งคล้ายกับการทำงานในด้านปฏิกิริยารีเฟล็กซ์ และการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติในผู้ใหญ่ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็วขึ้นและหายใจเร็วขึ้น ส่วนการสื่อสารสิ่งกระตุ้นให้ความปวดผ่านไขสันหลังและส่วนรับรู้สีกของทารกแรกเกิด อาจล่าช้ากว่าเด็กที่โตกว่า นอกจากนี้การทำงานของเส้นประสาทมอเตอร์ ซึ่งก่อให้เกิดความเคลื่อนไหว ร่างกายในทารกแรกเกิดนั้นยังไม่พัฒนาอย่างสมบูรณ์ จึงทำให้ทารกแรกเกิดไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองที่เฉพาะต่อสิ่งกระตุ้น ทารกจึงตอบสนองต่อความปวดด้วยการเคลื่อนไหวร่างกายทั้งตัว ตั้งแต่แรกเกิด ทารกมีปลายเส้นใยประสาทรับรู้สีกความปวดกระจายไปทั่วผิวหนัง แม้การทำงานจะยังไม่สมบูรณ์เต็มที่ การรับรู้สีกปวดจากสิ่งกระตุ้นจะดีขึ้นเมื่อระบบประสาทส่วนกลางสมบูรณ์ขึ้น โดยทั่วไปหากทารกอยู่ในสภาวะตื่นตัวปกติ ทารกจะตอบสนองต่อความปวดได้ แต่ถ้าสภาพความเจ็บป่วยที่ทำให้มีอาการอ่อนปวกเปียก ทารกเหล่านี้จะไม่ค่อยตอบสนองต่อความปวดแต่ไม่ใช่เด็กไม่มีความปวด นอกจากนี้ในระหว่างความรู้สึกมันคง ปลอดภัย อารมณ์ ฟุ้งพอใจ เช่น กำลังดูนมทารกจะมีความไวต่อการกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกปวดน้อยกว่าขณะเด็ก หิว เนื่องจากเมื่อทารกอิ่มจะทำให้ระดับขีดเริ่มของความปวดสูงขึ้น นั่นคือทนปวดได้มากขึ้น และยังพบว่าการกอด การสัมผัส การกล่อม จะมีส่วนช่วยให้ทารกมีความสุข ลดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่ไม่พึงปรารถนาได้

3.2 ความรุนแรงของสิ่งกระตุ้น สิ่งกระตุ้นยิ่งรุนแรงมาก จะทำให้มีการรับรู้ความปวดมาก

3.3 ระดับความรู้สึกตัว เช่น ผู้ที่ได้ยากดประสาทส่วนกลาง จะรู้สึกซึมเซา ง่วงนอน ระดับความรู้สึกตัวลดลงกว่าปกติ การรับรู้และการตอบสนองต่อความปวดจะลดลงด้วย

3.4 สภาพร่างกาย ความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย การพักผ่อนไม่เพียงพอ จะทำให้การรับรู้ความปวดรุนแรงเพิ่มขึ้น

3.5 ตำแหน่งร่างกายที่รับความปวด อวัยวะในร่างกายแต่ละส่วนจะมีความไวต่อความปวดไม่เท่ากัน เช่น ที่ผิวหนังจะมีความไวต่อการกระตุ้นมาก เป็นต้น

3.6 ระยะเวลาของความปวด ถ้าจะได้รับการกระทำให้ปวดอยู่แบบเรื้อรัง จะมีผลกับร่างกาย 2 แบบ คือ สิ่งกระตุ้นที่ทำให้ปวดไปแล้วแต่ความรู้สึกปวดยังอยู่ หรือความปวดนั้นผลักดันให้ร่างกายมีการปรับตัว มีการเรียนรู้ที่จะทำให้ร่างกายได้มีการต่อสู้เพื่อป้องกันตนเอง ซึ่งถ้าเกิดในเด็กจะมีผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพของเด็กเมื่อเติบโตขึ้น

#### 4. ด้านอารมณ์และจิตใจ (Bell & Duffy, 2009)

4.1 ประสบการณ์ความปวดในอดีต บุคคลที่เคยประสบความปวดอย่างรุนแรงและไม่ได้รับการบรรเทาที่เพียงพอ จะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความคับข้องใจ ใส่ใจต่อความปวดอันนั้น มีความกลัวต่อความปวด ดังนั้นเมื่อประสบความปวดครั้งใหม่ จะเป็นเหตุให้มีความอดทนต่อความปวดได้น้อยลงหรือรับรู้ต่อความปวดมากขึ้น

4.2 สภาพอารมณ์ อารมณ์กลัว วิดกกังวล เศร้า โกรธ จะมีผลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่อความปวดเพิ่มขึ้น เพราะอารมณ์เหล่านี้จะมีส่วนไปร่วมรบกวนประสาทส่วนกลาง

4.3 การปรับตัว เด็กก็เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป แต่ละบุคคลจะมีการปรับตัวต่อความปวดไม่เท่ากัน จึงทำให้การรับรู้และการแสดงออกต่อความรู้สึกปวดแตกต่างกัน

4.4 บุคลิกภาพ ลักษณะนิสัย บุคลิกภาพของบุคคลมีความสำคัญต่อการปรับตัวกับความปวด บางคนมีความรู้สึกไวต่อการกระตุ้นทุกชนิด และอารมณ์ที่อ่อนไหวง่ายก็จะทนต่อความปวดได้น้อย

4.5 การรับรู้ข้อมูล บุคคลหากได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน ย่อมมีความวิตกกังวลลดลง ความอดทนต่อความปวดมากขึ้น ทั้งนี้เพราะไม่ต้องคาดเดาล้วงหน้าอย่างผิดๆ จะทำให้เด็กมีการทนต่อความปวดได้มากขึ้น

การตอบสนองต่อความเจ็บปวดขึ้นกับรับรู้ความปวดในแต่ละคน และต่างกันไปตามสภาพร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งที่มีมากระตุ้น จากรายงานการวิจัยพบว่าเด็กจะมีการแสดงของความปวดจากพฤติกรรมของเด็ก เช่น ร้องครวญคราง เล่นน้อยลง หน้าแดงกว่าปกติ ไม่ยอมรับประทานอาหาร กุมแผลไว้ตลอดเวลา ทำท่าวิตกกังวล งอแงเอาแต่ใจมากขึ้น เป็นต้น (Finley, Kristjánsdóttir, & Forgeron, 2009) ซึ่งการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพนั้นขึ้นอยู่กับประเมินความปวดที่ถูกต้อง และครบถ้วน

#### 1.4 ผลกระทบของความปวดในผู้ป่วยเด็ก

ผลกระทบของความปวดที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบในเด็กทั้งร่างกาย จิตใจ ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย ความปวดที่เกิดขึ้นส่งผลทำให้มีการกระตุ้นและหลั่งสารแคทีโคลามีน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่กระตุ้นทำให้เกิดความเครียดส่งผลให้ร่างกายตอบสนองโดยการทำงานของหัวใจที่มากขึ้น เกิดภาวะหัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น เพิ่มความต้องการการใช้ออกซิเจน หายใจเร็วขึ้น (Young, Siffleet, Nikoletti, & Shaw, 2006) ผลกระทบของความปวดในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต ส่งผลต่อแรงดันในช่องปอด ทำให้เกิดแรงดันในช่องปอดเพิ่มขึ้น เพราะความปวดจะทำให้ผู้ป่วยวิกฤตหายใจเร็วขึ้น ไม่อยากไอหรือหายใจแรง ทำให้มีการค้างค้ำของเสมหะ เกิดภาวะปอดแฟบ ภาวะปอดติดเชื้อ จนทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนจากการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลงได้ (Bowden & Greenberg, 2010) จากความปวดที่มีผลต่อระบบการหายใจของผู้ป่วยวิกฤตทำให้การหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นไปได้ช้า เพิ่มจำนวนวันของการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพิ่มจำนวนวันอยู่ในหอผู้ป่วยหนักและในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น ความปวดทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น มีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตามมา (Pun & Dunn, 2007) ความปวดยังมีผลกระทบต่อระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้เพิ่มการเต้นของหัวใจเพิ่มจำนวนของเลือดที่เข้าสู่หัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มการใช้ออกซิเจนในการทำงานมากขึ้น จนทำให้ความปวดเป็นสาเหตุของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยงและกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ นอกจากนี้ความปวดทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมขยับตัว ไม่เคลื่อนไหวร่างกายโดยเฉพาะในส่วนที่ปวด จึงทำให้มีต่อระบบทางเดินอาหารทำให้ลำไส้ไม่ทำงาน เกิดอาการท้องอืดได้ (วันธณี, 2561; James, Nelson, & Ashwill, 2013)

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจจากความปวดทำให้เกิดภาวะเครียด กระทบการนอนหลับผลจากความปวดทำให้เกิดอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลได้ ความปวดที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความวิตกกังวลจนทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในกิจกรรมการรักษายาบาล พักไม่ได้ ดึงอุปกรณ์ที่สอดใส่ไว้ในร่างกายออก โดยเฉพาะท่อช่วยหายใจทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน การหายใจล้มเหลว และทำให้ จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนักและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น (วรางคณา, 2556)

ผลกระทบทั้งร่างกายและจิตใจ มีผลทำให้ผู้ป่วยเด็กมีความปวดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดให้กลับคืนสู่สภาพปกติของผู้ป่วยทำให้ใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพมากขึ้น ระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลยาวนานขึ้น ครอบครัวต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยไม่จำเป็น และถ้าความปวดได้รับการจัดการที่ไม่เพียงพอจะทำให้ความปวดเฉียบพลันกลายเป็นความปวดเรื้อรังได้ มีการศึกษากิจกรรมการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดกับ

การฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องของอัจฉรา (2551) พบว่า ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 100 คน เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ อาการท้องอืด 19 ราย อาเจียน 2 ราย มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น 10 ราย แผลอักเสบติดเชื้อ 4 ราย และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 3 ถึง 30 วัน ดังนั้นความรู้ความเข้าใจถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วยจึงมีความสำคัญในการช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถประเมินความปวด และวางแผนจัดการความปวดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

## 2. การจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็ก

การจัดการความปวดในเด็กที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ลดความผลกระทบ และลดความเสี่ยงจากการให้ยาบรรเทาปวดที่ไม่เหมาะสม ซึ่งการจัดการที่มีประสิทธิภาพนั้นต้องครอบคลุมวิธีการจัดการความปวด ได้แก่ การประเมินความปวด การบรรเทาความปวดโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา (ลักษมี, 2546) ซึ่งการจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่มาจากการทำหัตถการ กิจกรรมทางการแพทย์ และการจัดการความปวดหลังผ่าตัด โดยจุดมุ่งหมายของการจัดการความปวด คือช่วยให้ผู้ป่วยหายจากอาการปวด ลดภาวะแทรกซ้อนของความปวด

### 2.1 การประเมินความปวดในเด็ก

การประเมินความปวดมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาสาเหตุของความปวด เพื่อให้เข้าใจความรู้สึก อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออก การประเมินความปวดให้ถูกต้องตรงกับความรู้ของเด็กจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก เพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลและสามารถให้การดูแลในการบรรเทาความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Wilkie et al., 2003) สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งในการประเมินความปวด คือ ผู้ประเมินจะต้องบันทึกข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน ครบถ้วน และต่อเนื่อง สามารถสื่อให้บุคลากรทางสุขภาพรับรู้ และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนในการบรรเทาความปวดอย่างเหมาะสม (Hockenberry, 2005) เครื่องมือในการประเมินความปวดในเด็กถูกพัฒนาขึ้นเป็นจำนวนมาก เพื่อใช้วัดความปวดในเด็กให้ได้ค่าที่ใกล้เคียงกับความปวดที่เด็กรู้สึกปวดมากที่สุด มีการทบทวนวรรณกรรมถึงวิธีการพัฒนา มีการทดสอบความถูกต้องและความเชื่อมั่น มีการมาใช้จริง และสะดวกต่อการใช้งาน โดยแยกเครื่องมือการประเมินความปวดออกเป็น 3 ประเภท คือ เครื่องมือการประเมินความปวดด้วยตนเอง (self report) เครื่องมือการประเมินความปวดด้านพฤติกรรม (behavioral assessment) และเครื่องมือประเมินความปวดด้านสรีรวิทยา

(physiological assessment) (วันธณี, 2561) สำหรับในหัวข้อการประเมินความปวดนี้จะขอกล่าวถึงเครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมินความปวดในเด็ก

### 1. การประเมินความปวดด้วยตนเอง (self report)

การประเมินความปวดด้วยตัวเอง เป็นการประเมินโดยให้ผู้ป่วยรายงานความปวดด้วยตนเอง และถือเป็นวิธีการที่เป็นมาตรฐานในการประเมินความปวดและเป็นข้อมูลที่สำคัญมาก เนื่องจากเป็นข้อมูลที่บ่งชี้ถึงความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุดและน่าเชื่อถือมากที่สุด นิยมใช้ในเด็กที่มีอายุ 5 ปีขึ้นไปที่ไม่มีข้อจำกัดทางด้านภาษา เครื่องมือประเมินความปวดด้วยตนเองมีหลายชนิดแต่การใช้ประเมินความปวดจะต้องคำนึงถึงวัยและพัฒนาการเรียนรู้ของเด็กด้วย (สหัทยา, 2549) ดังนี้

1) มาตรวัดความปวดแบบเส้นตรง (visual analogue scale) (Wong, 1999) มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร โดยจุดเริ่มต้นของเส้นตรงแสดงถึงไม่รู้สึกปวดเลยกระทั่งสุดปลายอีกด้านหนึ่งแสดงถึงปวดมากที่สุด เครื่องมือนี้ใช้โดยให้เด็กทำเครื่องหมายบนเส้นตรง จากนั้นจึงมาวัดเทียบวัดความยาวบนเส้นตรงเป็นมิลลิเมตร ความยาวเส้นตรงนี้แสดงถึงความปวดของเด็กออกมาเป็นคะแนน เครื่องมือนี้มีข้อดีคือ มีความไว เข้าใจง่าย สะดวกต่อการใช้เครื่องมือนี้ นิยมใช้ในเด็กวัยอายุ 6-7 ปี ขึ้นไป มีการศึกษาความเชื่อมั่นและความน่าเชื่อถือของเครื่องมือประเมินความปวดแบบมาตรวัดความปวดแบบเส้นตรง (Gillian, 2011) พบว่า เครื่องมือมีความเที่ยงตรงอยู่ในระดับดี ( $r = 0.71-0.94$ )

2) มาตรวัดความปวดแบบเส้นตรงเรียงลำดับคำ (word graphic rating scale) (Wong, 1999) มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร และมีคำบรรยายเป็นตัวอักษรระดับความรุนแรงของความปวด 5 ระดับ บนเส้นตรงความยาว 10 เซนติเมตร การประเมินความปวดโดยให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายบนเส้นตรง ความรู้สึกปวดจะถูกวัดเป็นตัวเลขจากด้านซ้าย ซึ่งเป็น 0 ไปถึงจุดที่ทำเครื่องหมายไว้ ความรู้สึกปวดจะถูกวัดค่าเป็นเซนติเมตร นอกจากนี้ Wong (1999) กล่าวว่ามาตรวัดความปวดแบบเส้นตรงเรียงลำดับคำ ถ้าใช้ในเด็กอายุ 5 ปี ต้องอธิบายความหมายของคำให้เข้าใจ เช่น ไม่ปวด ปวดน้อย ปวดปานกลางปวดมาก และปวดมากที่สุด แต่เครื่องมือนี้จะใช้ได้ดี ในเด็กที่ อายุ 8-17 ปี

3) มาตรวัดความปวดแบบเส้นตรงเรียงลำดับตัวเลข (numeric rating scale) มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร และมีตัวเลขระดับความรุนแรงของความปวด 10 ระดับ ตั้งแต่ 0 ซึ่งหมายถึง ไม่ปวด และ 1-9 หมายถึง ความปวดจะค่อยๆเพิ่มขึ้น จนกระทั่ง 10 หมายถึงปวดมากที่สุด (Wong, 1999) เครื่องมือชนิดนี้ใช้ได้ตั้งแต่เด็กวัยก่อนเรียนตอนปลาย อย่างไรก็ตามจะต้องคำนึงถึงพัฒนาการเรียนรู้ของเด็กด้วยควรรู้ใช้กับเด็กที่สามารถนับตัวเลขได้และมีความเข้าใจความมากขึ้นของตัวเลขที่เพิ่มขึ้น มีการศึกษาความเชื่อมั่นและความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ

ประเมินความปวดแบบมาตรวัดความปวดแบบเส้นตรงเรียงลำดับตัวเลข (Gillian, 2011) พบว่าพบว่า เครื่องมือมีความเที่ยงตรงอยู่ในระดับดีมาก ( $r = 0.95-0.96$ )

4) มาตรวัดความปวดแบบแถบสี (color analog scale) เครื่องมือนี้ใช้เป็นตัวแทนระดับความปวด สจิวต์ (Stewart, 1977) เป็นผู้สร้างเครื่องมือประเมิน ใช้ประเมินโดยให้ผู้ป่วยเลือกแถบสีที่แทนความรู้สึกปวดของตนเองมี 10 ช่อง ช่องซ้ายสุด เป็นสีเหลือง อมเขียว แทนความรู้สึกไม่ปวดเลย สีเปลี่ยนไปเรื่อยๆ เป็นสีเหลือง เหลืองอมส้ม ส้ม ส้มอมแดง แดง แดงอมน้ำตาล น้ำตาล ดำอมน้ำตาล จนกระทั่งปวดมากที่สุด แทนด้วยสีดำ เครื่องมือชนิดนี้เหมาะสมสำหรับเด็กวัยเรียนที่รู้จักสีทุกสีแล้ว อาจมีตั้งแต่อายุ 4 ปีขึ้นไป แต่ถ้าเด็กมีปัญหาเรื่องตาบอดสีก็จะใช้เครื่องมือชนิดนี้ไม่ได้ มีการศึกษาความเชื่อมั่นและความน่าเชื่อถือของ มาตรวัดความปวดแบบแถบสีในเด็กที่ได้รับบาดเจ็บ (Bulloch, Garcia, Notricia, Bryson, & McConahay, 2009) การประเมินความปวดด้วยวิธีนี้มีความเที่ยงตรงอยู่ในระดับดี คือมีค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.97 และมีความน่าเชื่อถือ 95%

5) มาตรวัดความปวดแบบเรียงลำดับหน้า (faces rating scale) (Whaley & Wong, 1997) มีลักษณะการเรียงลำดับภาพการ์ตูน 6 หน้า โดยภาพแรกจะเป็นภาพการ์ตูนยิ้ม หมายถึง ไม่มี ความปวดเลยจากนั้นภาพจะค่อยๆเปลี่ยนไปจนกระทั่งถึงภาพสุดท้ายเป็นภาพการ์ตูนที่แสดงสีหน้าทุกข์ ร้องไห้ หมายถึงปวดมากที่สุดจนอยากจะร้องไห้ถึงแม้จะไม่ร้องก็ตามให้เด็กเลือกหน้าที่คิดว่าใกล้เคียงกับความรู้สึกปวดมากที่สุดในขณะนั้น เครื่องมือนี้นิยมใช้ในเด็กวัยก่อนเรียน ความตรง และความน่าเชื่อถือของการใช้เครื่องมือจะเพิ่มมากขึ้นตามความสามารถในการเรียนรู้ของเด็ก มีการศึกษาความเชื่อมั่นและความน่าเชื่อถือของมาตรวัดความปวดแบบเรียงลำดับหน้า ในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับบาดเจ็บแบบเฉียบพลัน (Gregory, 2011) การประเมินความปวดด้วยวิธีนี้ พบความเที่ยงตรง อยู่ในระดับดีมาก มีค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.86-0.93 และมีความน่าเชื่อถือ 95%

## 2. เครื่องมือการประเมินความปวดด้านพฤติกรรม (behavioral assessment)

การประเมินด้านพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความปวดนิยมใช้วัดระดับความปวดในทารกและเด็กก่อนวัยเรียนที่มีอายุน้อยกว่า 3 ปี เนื่องจากเด็กวัยนี้ไม่สามารถสื่อระดับความปวดด้วยคำพูดได้ (สหัทยา, 2549) และในผู้ป่วยเด็กวิกฤตมีข้อจำกัดในการสื่อสารจากการใส่ท่อช่วยหายใจ และได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจมีระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง มีความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่จากการได้รับยาระงับความรู้สึก หรือยาระงับประสาททำให้ง่วงซึม จากการผูกมัดและจากการมีความเหนื่อยล้า (Sessler et al., 2008) นิยมใช้แบบประเมินด้านพฤติกรรมในการประเมินความปวด ตัวอย่างเครื่องมือที่นิยมใช้วัดพฤติกรรม ดังนี้

1) เครื่องมือประเมินความปวดในเด็กของโรงพยาบาลเด็กออนตาริโอตะวันออก (children's hospital of eastern ontario pain scale, CHEOPS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 5 ปี สร้างโดยแมคเกรทและคณะ (McGrath et al., 1985) เพื่อประเมินความปวดหลังผ่าตัด

ประกอบด้วยแบบสังเกตพฤติกรรมเด็ก 6 ด้าน คือ ร้องไห้ สีหน้า ส่งเสียง สัมผัส เคลื่อนไหวของลำตัวและแขนขา โดยกำหนดค่าคะแนนคือ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมปวดเลย มีความสุขสบายดี คะแนน 1 หมายถึง มีพฤติกรรมแต่ไม่มีพฤติกรรมความปวด คะแนน 2 หมายถึง มีพฤติกรรมที่แสดงความปวดเล็กน้อยหรือปานกลาง คะแนน 3 หมายถึง มีพฤติกรรมที่แสดงถึงความปวดที่รุนแรง

2) เครื่องมือแสดงออกพฤติกรรมในเด็ก FLACC (behavioral scale for scoring postoperative pain in young children) (Merkel et al., 1997) เครื่องมือนี้ใช้ได้ตั้งแต่แรกเกิด จนถึงอายุ 7 ปี ใช้วัดการแสดงออกทางพฤติกรรม 5 ด้าน คือ การแสดงออกทางใบหน้า ขา กิจกรรม/การเคลื่อนไหว การร้องไห้และการปลอบโยน มีคะแนน 0-2 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 12 คะแนน

3) เครื่องมือคอมฟอร์ทบี (COMFORT behavior scale) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นโดยแอมบuel แฮมเลท มาร์ค และบลูเมอร์ (Ambuel, Hamlett, Marx, & Blumer, 1992) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความปวดในเด็กที่รักษาอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้ประเมินความปวด ความวิตกกังวล และความกลัวของทารกแรกเกิดถึง 3 ปี ประกอบด้วย 8 หมวด ได้แก่ การตื่นตัว (alertness) ความสงบ/การกระวนกระวาย (calmness/agitation) การตอบสนองทางการหายใจ (respiratory behavior) การเคลื่อนไหวทางกาย (physical movement) ความดันโลหิต (blood pressure) อัตราการเต้นของหัวใจ (heart rate) ความตึงของกล้ามเนื้อ (muscle tone) และความเครียดทางใบหน้า (facial-tension) มีคะแนนรวมทั้งหมด 30 คะแนน

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของเครื่องมือวัดระดับความปวด CHEOPS เปรียบเทียบกับ COMFORT และ FLACC scales ในการประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยเด็กใส่เครื่องช่วยใจ และได้รับการทำหัตถการ (ขนิษฐา, 2550) พบว่า CHEOPS ผ่านการเห็นชอบว่าตัวแปรแต่ละชนิดสามารถใช้ได้โดยมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ประเมิน (inter-item correlation) เท่ากับ 0.6-0.9 และการประเมินความเจ็บปวดด้วยวิธีนี้ มีความเที่ยงตรงอยู่ในระดับดี คือ มีค่าความเชื่อมั่น (Inter-rater reliability) เท่ากับ 0.86-0.92 และ COMFORT scale ผ่านการเห็นชอบว่าตัวแปรแต่ละชนิดสามารถใช้ได้ โดยมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ประเมิน (inter-item correlation) เท่ากับ 0.6-0.8 และการประเมินความเจ็บปวดด้วยวิธีนี้มีความเที่ยงตรงอยู่ในระดับดี คือ มีค่าความเชื่อมั่น (Inter-rater reliability) เท่ากับ 0.95-0.98 และ FLACC scale ผ่านการเห็นชอบว่าตัวแปรแต่ละชนิดสามารถใช้ได้ โดยมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ประเมิน (inter-item correlation) เท่ากับ 0.6-0.9 และการประเมินความเจ็บปวดด้วยวิธีนี้มีความเที่ยงตรงอยู่ในระดับดี คือ มีค่าความเชื่อมั่น (Inter-rater reliability) เท่ากับ 0.95-0.98

4) แบบวัดความปวดในทารกแรกเกิด (neonatal infant pain scale, NIPS) (Witt, Coynor, Edwards, & Bradshaw 2016) ใช้สังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงของทารกทุก 5 นาที



โดยสังเกตและบันทึกพฤติกรรมทารก 6 ด้าน คือการแสดงสีหน้า การร้องไห้ รูปแบบการหายใจ แขน ขา และการหลับตื่น แล้วให้คะแนน 0, 1 หรือ 2 ตามพฤติกรรมที่พบในแต่ละด้าน แล้วคิดคะแนนรวม ถ้าคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 4 หมายถึง ทารกมีความปวดและต้องการการบรรเทาความปวด

3. การประเมินทางด้านสรีรวิทยา (physiological measure) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีระที่สามารถเห็นได้และวัดได้ในเชิงปริมาณ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ได้แก่ การเพิ่มของความดันโลหิต อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ รวมถึงรูปร่างตาขยาย เหงื่อออก ขนลุก ซีด อาจมีมือเท้าเย็นเนื่องหลอดเลือดหดตัว มีการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร เช่น ปากแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน มีการดึงตัวของกล้ามเนื้อลาย เป็นต้น จุดอ่อนของการประเมินทางสรีรวิทยาคือ ค่าการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ จะลดลงหรืออาจกลับเป็นปกติได้ในเวลาต่อมาต่างๆ ที่ยังมีความปวดอยู่ ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงช่วงสั้นๆ เมื่อมีอาการปวดมากขึ้นเพราะร่างกายจะมีการปรับตัว อย่างไรก็ตาม การประเมินด้านการตอบสนองความปวดด้านสรีรวิทยาควรมีการวัดควบคู่ไปกับการสังเกตด้านพฤติกรรมเพื่อให้การประเมินถูกต้องและน่าเชื่อถือ (McGrath, 1990) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยานี้เป็นข้อมูลที่ชัดเจนสามารถวัดได้ และทราบผลได้ทันที แต่การประเมินวิธีนี้จะมีจุดอ่อนตรงที่การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาเหล่านี้สามารถเกิดได้จากการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติด้วยสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ความปวดและการเปลี่ยนแปลงจะลดลงหรือกลับเป็นปกติได้ในเวลาต่อมา ทั้งที่ความปวดยังคงอยู่ (Smeltzer & Bare, 2004)

การประเมินความปวดทั้ง 3 วิธีดังกล่าวข้างต้น มีความเหมาะสมสำหรับเด็กแต่ละวัยแตกต่างกันออกไป ในประเทศไทยได้มีหน่วยงานวิสัญญีของโรงพยาบาลศิริราช นำมาตรวัดพฤติกรรมในเด็กแบบ FLACC scale มาใช้กับผู้ป่วยเด็กหลังการผ่าตัด 1-6 ปี พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นจากการสังเกตเท่ากับ 0.95 (Suraseranivongse et al., 2001) และได้มีการนำเครื่องมือประเมินแบบ FLACC scale มาใช้ในผู้ป่วยเด็กหลังการผ่าตัดที่ห้องพักรักษาตัวของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่าวิธีการประเมินที่พยาบาลผู้ดูแลใช้มากที่สุด คือการใช้ประเมินความปวด FLACC scale ร้อยละ 98 และร้อยละ 68 ได้รับการรักษาความปวดก่อนจำหน่ายออกจากห้องพักรักษา (พนารัตน์และคณะ, 2559)

การประเมินความปวดในเด็กสามารถประเมินได้จากการรายงานของตัวเด็กเอง ประเมินจากพฤติกรรมของเด็ก และประเมินจากสรีรวิทยา การประเมินความปวดได้อย่างถูกต้อง ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด ผู้ประเมินต้องคำนึงถึงลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละคน โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต เพื่อนำข้อมูลที่นำไปสู่การวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาล (คารุณี, 2546) สำหรับในประเทศไทยนั้นยังไม่มีเครื่องมือประเมินความปวดที่สร้างขึ้นมาจากความรู้พื้นฐานความปวดจาก

เด็กไทย ส่วนมากแล้วแบบประเมินความปวดที่นิยมใช้วัดความปวดในเด็กไทยนั้นนิยมนำแบบประเมินความปวดที่สร้างขึ้นจากประเทศตะวันตกและมาประยุกต์ใช้กับเด็กไทย (วันฉวี, 2561)

## 2.2 การบรรเทาความปวด

กิจกรรมการควบคุมความปวดและบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยเด็กแบ่งเป็น 2 วิธี คือการบรรเทาความเจ็บปวดโดยวิธี การใช้ยา (pharmacologic intervention) และการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา (non pharmacologic intervention) การตอบสนองต่อยาในเด็กจะแตกต่างจากผู้ใหญ่ ทำให้ต้องมีความระมัดระวังในการใช้ยาในกลุ่มนี้ (วรรณ, 2544) คือ ยาแก้ปวดส่วนใหญ่จะมีการละลายไตในตับ ซึ่งในเด็กการละลายยาเหล่านี้อาจทำได้ไม่สมบูรณ์การขับออกทางไต มีข้อจำกัดเนื่องจากอัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate) ยังไม่มีการเจริญเต็มที่ เด็กเล็กมีระดับอัลบูมิน (albumin) และอัลฟาเอซิดไกลโคโปรตีน (alpha acid glycoprotein) ต่ำ ยาส่วนใหญ่จะถูกดูดซึมเข้าสู่สมองได้มากกว่าผู้ใหญ่ เนื่องจากมีจำนวนกล้ามเนื้อ และไขมัน น้อย เด็กเล็กจะมีการสำรองทางด้านการหายใจและการตอบสนองต่อภาวะขาดออกซิเจน (hypoxia) และการกั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ (hypercarbia) ที่น้อยกว่าผู้ใหญ่

### 1. การบรรเทาความปวดโดยการใช้ยา

ยาที่ใช้ระงับความปวดแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1.1 ยาแก้ปวดชนิดไม่เสพติด (nonopioids or nonnarcotic analgesics/NSAIDs) เป็นยาระงับความปวดระดับน้อยถึงปานกลาง ออกฤทธิ์ยับยั้งการสร้างโพรสตาแกลนดินทำให้ความไวต่อความปวดลดลงมีฤทธิ์ลดการอักเสบโดยลดการสร้างโพรสตาแกลนดินที่จุดปวด (ยกเว้นพาราเซตามอล) มีฤทธิ์ลดไข้โดยออกฤทธิ์ควบคุมอุณหภูมิที่ต่อมใต้สมอง ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ แอสไพริน พาราเซตามอล และยาแก้ปวดชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) (ศศิการณ, 2554) ยาในกลุ่มนี้มีคุณสมบัติร่วมกันหลายอย่าง เช่น ระงับปวด ลดไข้ ลดการอักเสบ มีฤทธิ์ในการระงับปวดเล็กน้อยถึงปานกลางและมีประโยชน์ต่อการปวดกระดูก การเลือกใช้ยาในกลุ่มนี้ จะพิจารณาที่ผลข้างเคียงที่สำคัญคือระคายเคืองทางเดินอาหาร อาจทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร ทำให้การแข็งตัวของเลือดผิดปกติจึงไม่ควรใช้ในผู้ป่วยโรคตับหรือมีประวัติเป็นโรคเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด

1.2 ยาแก้ปวดชนิดเสพติด (opioids or narcotic analgesics) ใช้ระงับความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง ออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลางโดยกระตุ้น โอปิออยด์ รีเซพเตอร์ (opioid receptor) ที่ หายใจ การไอ คลื่นไส้ อาเจียน ที่ก้านสมอง ออกฤทธิ์ต่อการหลั่งของฮอร์โมนที่ไฮโปทาลามัสและลิมบิกทำให้อารมณ์ดี ยาแก้ปวดที่มีฤทธิ์เสพติดที่นิยมใช้ในเด็กวิกฤต ได้แก่

1.2.1 มอร์ฟีน (morphine) เป็นยาโอปิออยด์ที่ละลายในไขมันได้น้อยทำให้ผ่านเลือดกับสมอง (blood brain barrier) ได้ช้า ขนาดยาที่ใช้ 0.05-0.1 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ฉีดเข้าเส้นเลือด หรือหยดต่อเนื่องขนาด 10-40 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง เมื่อฉีดจะออกฤทธิ์เข้าหลอดเลือดดำ ภายใน 5-10 นาที และมีฤทธิ์ใน 30 นาที ระยะเวลาออกฤทธิ์ประมาณ 4 ชั่วโมง ยาจะถูกเมตาบอไลต์ที่ตับได้ มอร์ฟีน-6-กลูคูโรไนด์ (morphine-6-glucuronide, M-6-G) และ มอร์ฟีน-3-กลูคูโรไนด์ (morphine-3-glucuronide, M-3-G) จะขับออกมาทางไต โดย M-6-G มีคุณสมบัติเหมือนมอร์ฟีนแต่จะออกฤทธิ์นานกว่า ดังนั้นในผู้ป่วยไตวายอาจจะมีการสะสมทำให้มีการออกฤทธิ์ระงับประสาทอย่างรุนแรงและอาจจะกดการหายใจ และ M-3-G มีการออกฤทธิ์กับการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางจะทำให้กล้ามเนื้อกระตุกและชัก มอร์ฟีนมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้มีการขยายตัวของหลอดเลือดดำและกระตุ้นการหลั่งฮีสตามีน ทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็ว เป็นต้น (รัตนภรณ์, 2553)

1.2.2 เพ็ทิดีน (pethidine) เป็นยาสังเคราะห์ที่มีฤทธิ์ 1 ใน 8 ของมอร์ฟีน ออกฤทธิ์ระยะสั้น 3-4 ชั่วโมง ต้องให้ยาแก่ผู้ป่วยบ่อย เพราะมีผลกับการบรรเทาความปวดได้เพียง 2-4 ชั่วโมง แต่ในขนาดที่ออกฤทธิ์ระงับปวดได้เท่ากัน จะกดการหายใจได้เท่ากันด้วย ผลข้างเคียงอื่นๆเหมือนมอร์ฟีน เช่น ทำให้คลื่นไส้ อาเจียน ส่วนอาการเกร็งของกล้ามเนื้อซึ่งพบทางเดินอาหารและน้ำดีน้อยกว่า มอร์ฟีนและมักพบว่าทำให้ท้องผูกหรือเกิดปวดนิ่วในถุงน้ำดี เมื่อให้ในขนาดที่ใช้ในการรักษาประมาณ 50-100 mg. การเสพติดและการทนยาเกิดขึ้นช้าๆ และหลังหยุดยาจะปรากฏอาการของการขาดยา ในช่วงเวลาที่สั้นกว่าและรุนแรงน้อยกว่ามอร์ฟีน เพ็ทิดีนจะถูกสันดาปยาภายใต้ตับเป็นนอร์เพ็ทิดีน (norpethidine) ดังนั้นในขนาดที่มีพิษผู้ป่วยอาจมีประสาทหลอน เพ้อคลั่ง และชักเนื่องจากการออกฤทธิ์ของนอร์เพ็ทิดีนหรืออาจมีอาการสงบซึมและกดระบบประสาทส่วนกลางจนหมดสติเนื่องจากการออกฤทธิ์ของเพ็ทิดีน ใช้รักษาอาการปวดขั้นรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก วิธีให้ส่วนใหญ่ให้ยาแบบหยดหรือฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ หรือทางกล้ามเนื้อเพื่อลดความปวด ถึง 100 เท่า ระยะการออกฤทธิ์สั้น ไม่มีการหลั่งของฮีสตามีน (histamine) ขนาด 1-3 ไมโครกรัม เข้าหลอดเลือดดำ ทุก 1 ชั่วโมง หรือการควบคุมการไหลอย่างต่อเนื่อง 1-3 ไมโครกรัม/กก./ชม. (ศศิการ์ณ, 2554)

1.2.3 เฟนทานิล (fentanyl) มีการออกฤทธิ์แรงกว่ามอร์ฟีน 100 เท่า ออกฤทธิ์ต่อเนื่อง ละลายได้ดีในไขมัน ออกฤทธิ์ใน 3-5 นาที แต่การออกฤทธิ์จะสั้นประมาณ 0.5-1 ชั่วโมง เฟนทานิลจะมีผลกับการไหลเวียนของเลือด อาจทำให้อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง ไม่มีการหลั่งฮีสตามีน และไม่มีฤทธิ์ยาเมตาบอไลต์ (active metabolite) เฟนทานิลเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคตับและไต แต่หากให้ยาขนาดสูงขึ้นหรือฉีดเข้าหลอดเลือดเร็วๆ จะทำให้มีการเกร็งของผนังทรวงอก ขนาดของยาที่เหมาะสมสำหรับใช้ 50-100 ไมโครกรัม หรือเริ่มจาก 0.5-1 ไมโครกรัม

ต่อกิโกลกรัม และต่อเนื่อง 1-2 ไมโครกรัมต่อกิโกลกรัมต่อชั่วโมง ฉีดอย่างต่อเนื่องจนสามารถลดความปวดได้

ยาแก้ปวดที่ใช้บ่อยในหอผู้ป่วยหนักเด็ก ได้แก่ มอร์ฟีน, เฟ็ดริซิน, เฟนทานิล โดยคำสั่งการรักษาให้ใน 24 ชั่วโมงแรก ทุก 4 ชั่วโมง และวันต่อไปให้ฉีดเฉพาะเวลาปวดทุก 4-6 ชั่วโมง ซึ่งใช้ได้ดีสำหรับผู้ป่วยที่มีความปวดหลังฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำผู้ป่วยทำให้คะแนนความปวดลดลงอยู่ในค่าคงที่ (รัตนารักษ์, 2553; Erstad et al., 2009) การให้ยาบรรเทาปวดอย่างต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำ จะเป็นการใช้ยาในปริมาณน้อยแต่ให้อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีระดับยาในเลือดคงที่ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสุขสบายและลดความปวดได้ (Breivik et al., 2008) นอกจากนี้แล้วแพทย์ควรมีการให้ยาบรรเทาปวดเสริมเมื่อมีการทำหัตถการที่ทำให้เกิดความปวด เพื่อลดการเกิดความปวดในขณะที่ทำหัตถการ หากมีการให้ยาบรรเทาปวดก่อนทำหัตถการ สมควรรอให้ยามีการออกฤทธิ์ก่อน จากนั้นเริ่มต้นการทำหัตถการได้

บทบาทของพยาบาลในการบริหารยาผู้ป่วยควรปฏิบัติให้ถูกต้อง ครบถ้วนตามความเหมาะสม โดยพยาบาลต้องมีความรู้ มีประสบการณ์ มีความช่างสังเกต มีคุณธรรม และจริยธรรม ตลอดจนมีเจตคติที่ดีต่อการให้ยากลุ่มเสพติดนี้กับผู้ป่วยที่มีอาการปวดเพราะจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลบรรเทาปวดโดยการให้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีผลข้างเคียงน้อยที่สุดและหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลควรระมัดระวังและควรเตรียมพร้อมเมื่อมีการให้ยากลุ่มนี้รวมถึงการเบิกจ่าย การจัดเก็บต้องเก็บอย่างรัดกุมเนื่องจากป้องกันการนำไปใช้ผิดวัตถุประสงค์จากการรักษาอาการปวด ในการบริหารจัดการยาควรมีแนวปฏิบัติของหน่วยงานที่ชัดเจน มีการลงบันทึกเมื่อมีการนำไปใช้ทุกครั้ง (เจือกุล, 2551)

## 2. การบรรเทาความปวดโดยการไม่ใช้ยา

การบรรเทาความปวดโดยการไม่ใช้ยา วิธีนี้นับเป็นบทบาทที่พยาบาลทำได้เป็นอย่างดี อีสร่วมกับการใช้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และเป็นการจัดการความปวดที่ไม่มีผลข้างเคียงที่อันตราย โดยแมคคาฟเฟอร์ (McCaffery, 1990) ซึ่งการจัดการความปวดในเด็กโดยวิธีการไม่ใช้ยามีหลายวิธี ดังนี้

### 2.1 เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction technique)

การเบี่ยงเบนความสนใจ มีความหมายต่อความปวด (จูริย์, 2540; McCaffery, 1990) มีจุดเน้นคือให้ผู้ป่วยเด็กพุ่งความสนใจไปที่อื่นที่ไม่เกี่ยวข้องเนื่องจากการเบี่ยงเบนความสนใจนั้นจะทำให้ผู้ป่วยเด็กมีความทนต่อความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น จะพบได้บ่อยว่าผู้ป่วยเด็กที่มีความเจ็บปวดและต้องการยาแก้ปวดจากพยาบาลแต่ยังไม่ได้รับยาแก้ปวดกลับมีหน้าตาแจ่มใสขึ้น หัวเราะ ร่าเริงกับคนที่มาเยี่ยมแม้จะไม่ได้รับยาบรรเทาปวดเนื่องจากผู้ที่มาเยี่ยม สามารถทำให้เกิดการเบี่ยงเบนความสนใจนั่นเอง

การเบี่ยงเบนความสนใจในผู้ป่วยเด็กทำได้หลายวิธี รวมทั้งกิจกรรมการเล่นทั้งการเล่นแบบสนุกสนาน นอกจากการเล่นแล้ว การอ่านนิทานหรือเล่าเรื่องให้เด็กฟัง ก็เป็นวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหนังสือที่มีความโดดเด่นเฉพาะของรูปภาพ เช่น หนังสือป๊อปอัพ หรือหนังสือที่มีลักษณะนูนเด่นชัด หรือสามารถเคลื่อนไหวได้ จะเบี่ยงเบนความสนใจของเด็กได้เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะเด็กเล็กการร้องเพลง และการเคาะตามจังหวะของเพลง ประกอบนิทานที่จะเล่าจะทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความรู้สึกที่ดีสนุกสนานในการฟัง และเป็นการกระตุ้นการเบี่ยงเบนความสนใจที่ดี การดูรูปภาพ การดูทีวีที่เด็กชอบ เช่น การ์ตูน หรือวิดีโอสื่ออารมณ์ขัน เช่น การเล่าเรื่องตลก และการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเด็กมีส่วนร่วมด้วย เช่น การตอบคำถาม การร้องเพลงร่วม หรือการเคาะตามจังหวะเพลงเป็นต้นจะสามารถเบี่ยงเบนความสนใจและบรรเทาความเจ็บปวดได้ (McCaffery, 1990) สิ่งเร้าที่ใช้ในการเบี่ยงเบนความสนใจที่มี ประสิทธิภาพควรมีลักษณะดังนี้ (Whaley & Wong, 1991)

- 1) สิ่งเร้าที่นำมากระตุ้นนั้นสามารถทำให้ผู้ป่วยเด็กสนใจได้ไม่ขัดกับแนวทางการรักษาของแพทย์ และเป็นบทบาทหน้าที่อิสระของพยาบาล (independent function) และไม่ขัดกับกฎหมายอีกทั้งไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย
- 2) สิ่งเร้าที่นำมากระตุ้นนั้นสามารถทำให้ผู้ป่วยเด็กสงบมีความตั้งใจอย่างเสมอมีผลทำให้ผู้ป่วยเด็กใช้พลังงานลดลงและอยู่ในระดับคงที่
- 3) เป็นสิ่งเร้าที่ เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยเด็กแต่ละวัย ความชอบและความสามารถของผู้ป่วยเด็กด้วย
- 4) เป็นสิ่งเร้าที่ สามารถติดต่อสื่อสารที่ดี ระหว่างผู้ป่วยเด็กและพยาบาล โดยให้โอกาสผู้ป่วยเด็กแสดงความคิดเห็น และพยาบาลยอมรับฟังความเห็นนั้นๆด้วยการสัมผัสและการเคลื่อนไหว เป็นต้น
- 5) สามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งเร้าได้ตามความเหมาะสม เมื่อความรู้สึกเจ็บปวดเปลี่ยนแปลงไป

การเบี่ยงเบนความสนใจสามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเด็กเผชิญกับความปวด ในระยะสั้นๆ ได้ดี เช่น ในทารกการเบี่ยงเบนความสนใจเป็นการกระตุ้นไฮโปทาลามัสไปกระตุ้นต่อมใต้สมองให้หลังสารมอร์ฟินมาควบคุมความเจ็บปวดภายในร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้ทารกสนใจอย่างอื่นมากกว่าความปวด สามารถใช้ได้ผลดีในทารกคลอดก่อนกำหนดและทารกที่มีอายุมากขึ้น ซึ่งกระทำได้โดยการกระตุ้นการสัมผัสต่างๆของทารก ได้แก่ การกระตุ้นการไต่ยืน เช่น เปิดกล่องดนตรีให้ทารกฟังเบาๆ การกระตุ้นการมองเห็น เช่น การแขวน โมบายไว้ข้างๆเตียงทารก การกระตุ้นทางผิวหนัง เช่น การสัมผัส การลูบผิวกาย การกอดอุ้ม การกระตุ้นทางปาก เช่น การให้ทารกดูดหัวนมปลอม เป็นต้น และจากรายงานการวิจัยของศรีสุดา (2541) ได้ศึกษาการเจาะเลือด

ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มารับการเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติ การที่ห้องบำบัดรักษาพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอกเด็กโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 100 ราย โดยสุ่มแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เด็กกลุ่มทดลองได้รับการปฏิบัติ ตามปกติร่วมกับการเบี่ยงเบนความสนใจ ด้วยการส่องกล้องคาไลโดสโคป (kaleidoscope) ซึ่งเป็นอุปกรณ์ทางแสงทำให้เห็นภาพที่ สวยงาม และเปลี่ยนแปลงได้เมื่อหมุนไปมาในระหว่างเจาะเลือดกลุ่มทดลองมีความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

## 2.2 การใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (relaxation technique)

การใช้เทคนิคผ่อนคลายเป็นวิธีที่ง่าย และมีประสิทธิภาพ เทคนิคการผ่อนคลายสามารถลดความวิตกกังวลและความตึงตัวของกล้ามเนื้อได้ เช่น การหายใจลึกๆช้าๆ การหายใจเป็นจังหวะสม่ำเสมอ การจับมือแม่หรือบีบมือแม่ และการผ่อนคลายออกอย่างช้าๆ และการเป่าลูกโป่ง เป็นต้น (จิริย์, 2540; McCaffery & Beebe, 1989) การที่ร่างกายได้รับการผ่อนคลาย จะสามารถเผชิญต่อภาวะความเจ็บป่วยได้ดี โดยการผ่อนคลายทำให้ผู้ป่วยเด็กมีจุดโฟกัสของความคิดที่คงที่ เช่น โฟกัสไปที่การหายใจมากกว่าความปวดจากหัตถการที่ได้รับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยวิธี การหายใจเป็นจังหวะให้ประโยชน์ต่อร่างกาย คือทำให้การใช้ออกซิเจนลดน้อยลงอัตราการหายใจช้าลงและจังหวะการหายใจคงที่ ความตึงตัวของระบบกล้ามเนื้อลดลง (จิริย์, 2540; James, 1992)

## 2.3 การใช้เทคนิคการสร้างจินตภาพ (Imagery)

การใช้เทคนิคการสร้างจินตภาพเป็นการสอนให้บุคคลใช้การสร้างจินตภาพของตนทำให้มีอิทธิพลต่อร่างกายและจิตใจ ซึ่งทำให้เกิดการผ่อนคลาย ผลของการผ่อนคลายทำให้ร่างกายหลังเอนดอร์ฟิน ร่างกายมีอาการคล้ายสลบโดยธรรมชาติ เนื่องจากเอนดอร์ฟินเพิ่มการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Ackerman & Turkoski, 2000) การสร้างจินตภาพจึงเป็นการคิดให้เห็นภาพต่างๆ เหมือนรับรู้ได้ด้วยการมองเห็น การได้ยิน การดมกลิ่น การรับรส และการสัมผัสการเคลื่อนไหว ช่วยให้บุคคลหันเหความสนใจจากตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความปวดหรือวิตกกังวลไปสู่ การคิดถึงสิ่งที่ชื่นชอบ ส่งผลทำให้เกิดการผ่อนคลาย ลดการรับรู้ ความปวดทำให้รู้สึกถึงความสุข สงบและสบายใจเกิดขึ้นแทน ดังนั้นการสร้างจินตภาพจึงเปรียบเสมือนสะพานเชื่อมโยงระหว่างร่างกายและจิตใจ (สมบุญ, 2547) การสร้างจินตภาพเป็นวิธีเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การให้เด็กนึกถึงสิ่งที่เด็กชอบจากหนังสือ หรือโทรทัศน์หรือสถานที่ที่เคยไป ทะเล ภูเขา น้ำตก สิ่งแวดล้อมที่ เย็นสบาย หรือใช้วิธีการพูดสิ่งที่เกิดขึ้นต่อไปที่เด็กสนใจในเรื่องราวที่เด็กชอบเด็กจะรู้สึกถึงความสุข สงบและสบายใจเกิดขึ้นแทน

#### 2.4 การใช้เทคนิคการนวด (massage technique)

การนวดเป็นระบบของการกระตุ้นด้วยมือของเนื้อเยื่อของร่างกาย เพื่อจะนำไปสู่ภาวะการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ การนวดทำให้เกิดปฏิกิริยา ทำให้เส้นเลือดดำส่วนพื้นผิว (Superficial Vein) ลดความดันเลือดลง เลือดแดงไหลเวียนดีขึ้น ลดแรงดันภายในเส้นเลือดฝอย การซึมผ่านของเหลวออกมาภายนอกเซลล์ลดลง การคั่งของเลือดและน้ำเหลืองลดลง และลดความเจ็บปวดได้ การนวดทำให้เกิดปฏิกิริยาสะท้อนกลับ เมื่อมีการนวดการกดที่แรงและลึกผิวหนังจะมีรอยแดงทำให้เส้นเลือดฝอยขยายตัว และเพื่อการขยายตัวของหลอดเลือดแดงอีกด้วย การนวดทำให้การสะสมของกระบวนการเมตาโบลิซึมสมดุลเป็นประโยชน์ทั้งทางร่างกายและอารมณ์ (Nelson, 2013) การนวดมีผลต่อระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาทและระบบไหลเวียนและยังมีผลต่อจิตใจด้วย ทำให้เกิดการรับรู้ และมีการนำความรู้สึกที่อยู่ส่วนลึกของกล้ามเนื้อจากการกดเข้าสู่ไขสันหลัง และสมองทำให้การทำงานของระบบประสาทลดลงเกิดความพึงพอใจมีความรู้สึกที่ดีขึ้น ทำให้มีการผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ

#### 2.5 การใช้เทคนิคการสัมผัส (touch)

การสัมผัสเป็นการกระตุ้นการส่งความรู้สึก และการรับความรู้สึกในเวลาเดียวกัน ความต้องการการสัมผัสของมนุษย์มีมาตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน การสัมผัสเพื่อการรักษาสามารถลดความวิตกกังวล ส่งเสริมการผ่อนคลายและทำให้ผู้ป่วยหายปวดได้ภายใน 2-3 วินาทีที่เริ่มสัมผัส การสัมผัสทำให้เกิดความสมดุลของสนามพลังงานในตัวเด็กการสัมผัสเป็นการกระตุ้นอวัยวะความรู้สึก ซึ่งกระจายอยู่ตามผิวหนังทั่วร่างกายกระแสความรู้สึกสัมผัสจะถูกส่งไปตามทางเดินประสาท ผู้ระบบประสาทส่วนกลางส่งไปยังสมองแปลผลการรับรู้ และความหมายของการสัมผัส ซึ่งในแต่ละครั้งจะแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่เคยได้รับการสัมผัส และคุณภาพการสัมผัส (จูริย์, 2540)

#### 2.6 การใช้ความร้อนและความเย็น

การประคบด้วยความร้อนเป็นวิธีที่ลดการเจ็บปวดจากอาการชอกช้ำ กล้ามเนื้ออักเสบ และข้ออักเสบ โดยเชื่อว่าทำให้มีการไหลเวียนของโลหิตบริเวณที่ปวดมากขึ้น ซึ่งการไหลเวียนโลหิต จะนำอาหารมาเลี้ยงและเซลล์ที่ถูกทำลายออกไป การเกร็งของกล้ามเนื้อลดลงช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น ส่วนการใช้ความเย็นลดปวดนั้นเชื่อว่าความเย็นทำให้หลอดเลือดมีการหดตัวเฉพาะที่ จึงช่วยลดการคั่งของสารน้ำในเนื้อเยื่อบริเวณนั้น ทำให้ลดการบวมและการอักเสบลง (Wright & Sluka, 2001)

#### 2.7 การใช้น้ำมันหอมระเหยที่มีกลิ่นหอม (aromatherapy)

การใช้น้ำมันหอมระเหยมักใช้ร่วมกับการนวด การใช้กลิ่นหอมรักษามีผลต่อร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ การใช้น้ำมันหอมระเหยในการนวดและผสมน้ำอาบ การดม ช่วยลด

ความวิตกกังวลความกลัวและความเศร้า การใช้กลิ่นหอมร่วมกับการนวดใช้ลดความเจ็บปวดได้ โดยจะไปทำให้เกิดการปิดประตูในระดับไขสันหลังตามทฤษฎีระบบควบคุมประตูเนื่องจากเป็นการนำสัญญาณประสาทจากใยประสาทซี และเอ-เคลตาไม่ให้นำความรู้สึกเจ็บปวด (Wright & Sluka, 2001)

การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตยังปฏิบัติกันน้อย และพบการพยาบาลการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การจัดทำนอนให้สบาย ทำศีรษะสูง 30 องศา การประคบด้วยความร้อน โดยการใช้กระเป๋าน้ำร้อนไฟฟ้าเพื่อทำให้ร่างกายอุ่น การห่อตัวเด็ก การใช้ของเล่นเบี่ยงเบนความสนใจในเด็กเล็ก และการให้มารดาอยู่เป็นเพื่อนเด็กเพื่อปลอบโยนเด็ก ส่วนการพยาบาลอื่นๆ ไม่ได้ปฏิบัติ เพราะเด็กที่ป่วยในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตส่วนใหญ่ ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจร้อยละ 80 ทำให้การสื่อสารยากที่จะเข้าใจ และมีผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว อย่างไรก็ตาม การเลือกการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาควรเลือกการจัดการความปวดที่เหมาะสม และตรงกับความต้องการของเด็ก

### 3. ความรู้และทัศนคติของพยาบาลเกี่ยวกับความปวดในเด็ก

ความรู้ หมายถึง ผลที่ได้จากการเรียนรู้ในสิ่งใดสิ่งหนึ่งจนเกิดความเข้าใจในสิ่งนั้น และข้อมูลที่ต้องการ ที่บุคคลหนึ่งได้รับมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ ที่สั่งสมมาจนเกิดเป็นความเข้าใจ และนำไปสู่พื้นฐานของความคิด การวิเคราะห์ (สุชาติ, 2558)

ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งอาจแสดงออกให้เห็นได้จากคำพูดหรือ พฤติกรรมที่สะท้อนทัศนคตินั้นๆ คนแต่ละคนมีทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งมากน้อยแตกต่างกัน แม้ว่าทัศนคติจะเป็นสิ่งที่เป็นามธรรม แต่เมื่อเกิดแล้วจะเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากต่อบุคคลที่มีทัศนคตินั้น (สุชาติ, 2558)

ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการกับความปวดของพยาบาล คือ ความรู้สึกที่พยาบาลแสดงออกมามีทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งเป็นผลมาจากการการประเมินข้อดีและข้อเสียของการนำเอาวิธีในการจัดการกับความปวดมาใช้ว่าเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติทางการพยาบาลหรือไม่อย่างไร ทัศนคติของพยาบาลในการจัดการกับความปวดทางบวก คือ พยาบาลให้ความสำคัญของการจัดการกับความปวด และเห็นด้วยว่าวิธีการจัดการกับความปวดที่ดีที่สุดคือ การให้ผู้ป่วยบรรยายความปวดด้วยตนเองร่วมกับการประเมินทางสรีระ และการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก ส่วนทัศนคติในทางลบคือ พยาบาลรู้สึกว่าการบอกเล่าของผู้ป่วยไม่น่าเชื่อถือ ผู้ป่วยมีการแสดงพฤติกรรมทางกายที่เกินจริง (ภัทรา, 2548) จากการศึกษาของ จอนพะจง, รัชณี, และวงจันทร์ (2546) เกี่ยวกับทัศนคติของพยาบาลในการจัดการกับความปวดจากพยาบาลวิชาชีพ 98 ราย พบว่าพยาบาล



มีทัศนคติในทางลบต่อการจัดการความปวด โดยพยาบาลไม่เชื่อการรายงานความปวดจากผู้ป่วย คิดว่าผู้ป่วยรายงานความปวดเกินจริง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการความปวดหรือได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสม กล่าวโดยสรุป ความรู้และทัศนคติ ของพยาบาลมีส่วนสำคัญมาก ในการประเมินและจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็ก ถ้าพยาบาลให้การดูแลมี ความรู้หรือทัศนคติใน ด้านลบจะทำให้การจัดการความปวดในเด็กไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งพยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งที่มี บทบาทสำคัญมากในการให้ความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาปวดให้กับผู้ป่วยเด็ก และมีการศึกษาใน ประเทศไทยและต่างประเทศ เช่น การศึกษาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดในผู้ป่วย ของทะนาเบะและบุชแมน (Tanabe & Buschmann, 2000) พบว่า ร้อยละ 44 พยาบาลยังขาดความรู้ ในด้านความเข้าใจเกี่ยวกับ การติดยา การทนต่อยา การพึ่งยา และความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาบรรเทา ปวด และการศึกษาในประเทศไทยพบว่าพยาบาลยังขาดความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดโดย การใช้ยา ร้อยละ 70.59 และความรู้ความเข้าใจการจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา ร้อยละ 100 (จอณพะจงและคณะ, 2546) และมีรายงานการศึกษาการรับรู้ของพยาบาลกับการปฏิบัติกิจกรรมการ พยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเด็ก พบว่าการรับรู้ด้านการประเมินความปวดอยู่ ในระดับปานกลาง ( $M = 71.31, SD = 1.08$ ) และพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในด้านการ ประเมินความปวดและมักใช้ตนเองในการตัดสินใจเรื่องความปวดของผู้ป่วยเด็ก (กัลยาณีและน้ำ ทิพย์, 2550)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพยาบาลยังมีความรู้ที่ยังไม่เพียงพอ และทัศนคติที่ยังไม่ดี ต่อการจัดการความปวดในเด็ก เช่น เด็ก ไม่มีความรู้สึกปวดเพราะระบบประสาทยังพัฒนาไม่เต็มที่ แต่ข้อเท็จจริงการทำหน้าที่ของระบบประสาทในการรับรู้เรื่องความปวดในเด็กเริ่มพัฒนาตั้งแต่อายุ ครรภ์ 30 สัปดาห์ เด็กไม่มีความทรงจำเกี่ยวกับความปวด แต่ข้อเท็จจริงเด็กจะจดจำความปวด เช่น เด็กจะร้องไห้เมื่อทราบว่าต้องฉีดวัคซีน เด็กไม่สามารถแสดงความปวดได้ แต่ข้อเท็จจริงเด็ก สามารถแสดงอาการปวดได้ทั้งทางพฤติกรรมและทางสรีรวิทยา เด็กสามารถทนต่อความปวดได้ดี แต่ข้อเท็จจริงเด็กไม่สามารถทนความปวดเท่ากับผู้ใหญ่ เด็กยิ่งอายุน้อยจะไวต่อความปวด เด็กที่ สามารถนอนหลับได้แปลว่าเด็กไม่ปวด แต่ข้อเท็จจริงเด็กกำลังเผชิญความปวดและพยายาม เบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดและรู้สึกเปลียจนนอนหลับ เด็กจะบอกท่านเมื่อเขารู้สึกปวด แต่ ข้อเท็จจริงเด็กอาจจะไม่กล้าแสดงผู้อื่นยกเว้นพ่อแม่หรืออาจไม่บอกเพราะกลัวที่จะได้รับการทำ หัตถการ เด็กอาจมีความเสี่ยงในการติดยาแก้ปวดหรือภาวะแทรกซ้อนจากยาที่ใช้ในการจัดการ ความปวด แต่ข้อเท็จจริงการติดยาหรือภาวะแทรกซ้อนพบได้น้อยมาก (น้อยกว่า 1%) การประเมิน ความปวดในเด็กของบิดามารดาหรือผู้ดูแลไม่น่าเชื่อถือ เพราะมักจะประเมินความปวดรุนแรงมาก เกินความเป็นจริง แต่ข้อเท็จจริงบิดามารดาหรือผู้ดูแลรู้จักเด็กและสามารถรับรู้ได้ว่าเด็กกำลังเผชิญ ความปวด การที่ปล่อยให้บิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กอยู่ด้วยจะทำให้เด็กไม่ร่วมมือในการทำหัตถการ

แต่ข้อเท็จจริงการที่ได้อยู่กับบิดามารดาหรือผู้ดูแลที่คุ้นเคย เด็กจะลดความกลัวและวิตกกังวล ทำให้เด็กกล้าแสดงหรือบอกความปวดได้เป็นต้น (ยุพาภรณ์และนุสรา, 2558)

### การประเมินความรู้และทัศนคติ เกี่ยวกับการจัดการความปวดในเด็ก

ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวดในเด็กเป็นองค์ประกอบสำคัญในการจูงใจให้พยาบาลมีการจัดการความปวดได้เหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเครื่องมือในการประเมินความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวดในเด็กดังนี้

1. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดความปวดจากหัตถการในทารก ประกอบด้วยข้อคำถาม 31 ข้อ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่น ได้เท่ากับ 0.72 (รัตนาวดีและปัทมา, 2542)

2. แบบวัดความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับความปวดและการจัดการกับความปวด มีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ พบว่ามีความสอดคล้องภายในเท่ากับ 0.60 การให้คะแนน ถ้าตอบถูก = 1 ตอบผิด = 0 โดยมีเกณฑ์การตัดสินดังนี้ มากกว่าร้อยละ 85.01 มีความรู้อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 70.01- 85.00 ระดับดี ร้อยละ 50.01-70.00 ระดับปานกลาง ร้อยละ 30.01-50.00 ระดับต่ำ และต่ำกว่าร้อยละ 30.00 ระดับต่ำมาก (จอนพะจงและคณะ, 2546)

3. แบบมาตรวัดความเห็นด้วยการเปรียบเทียบด้วยสายตาเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติ ของพยาบาลในการจัดการกับความปวด ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ โดยแต่ละข้อมีระดับคะแนน 0-100 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยพยาบาล 9 ท่าน และแพทย์ศัลยกรรม 3 ท่าน ตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้เท่ากับ 0.81 (Watson, Stevens, Garfinkle, Streiner, & Gallop, 2001)

4. แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ และการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กของฮุสเซน (Hossain, 2010) โดยฮุสเซน ได้ดัดแปลงเครื่องมือมาจาก 3 งานวิจัย ได้แก่ แบบสำรวจความรู้ ทัศนคติและการจัดการความปวดของเฟอร์เรลและแมคเคฟเฟอร์รี่ (Ferrell & McCaffery, 1987) แบบสำรวจการจัดการความปวดของบรูมและคณะ (Broom et al., 1996) และแบบสำรวจความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดของพยาบาลของวินเซนต์ (Vincent, 2005) มีทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวด 2) การจัดการความปวด 3) อุปสรรคในการจัดการความปวด มีทั้งหมด 45 ข้อ ได้ค่าความเที่ยง .71

5. แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ และการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กของซูปราน่า (Suprana, 2010) ได้ดัดแปลงเครื่องมือมาจาก 3 งานวิจัย ได้แก่ แบบสำรวจความรู้ทัศนคติ และการจัดการความปวดของเฟอร์เรลและแมคเคฟเฟอร์รี่ (Ferrell & McCaffery, 1987) ได้ค่าความเที่ยง .70 มีทั้งหมด 40 ข้อ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงเครื่องมือแบบสอบถามความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าเครื่องมือความรู้และทัศนคติมีการใช้เครื่องมือชุดเดียวกัน บางเครื่องมือให้มีการตอบแบบสองตัวเลือก ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงรวมความรู้และทัศนคติไว้เป็นแบบสอบถามชุดเดียวกัน เพื่อวัดความรู้และทัศนคติของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

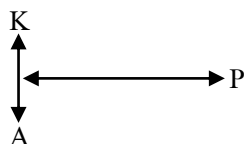
#### 4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ กับการจัดการความปวดของพยาบาลในเด็ก

ความรู้เป็นแนวทางอย่างหนึ่งที่จะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล ความรู้เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเข้าใจ ความคิด ในด้านข้อเท็จจริง และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมด้านการปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้นความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดของพยาบาล เพื่อลดความปวดในผู้ป่วยเด็กวิกฤต เป็นองค์ประกอบสำคัญในการจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมต่างๆ และเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการบรรเทาความปวด (ทิพย์ถาวร, 2546) ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรม หรือปฏิบัติอะไร บุคคลจะต้องมีความรู้ ในเรื่องนั้นๆ ก่อน มีการศึกษาของฮอสเซน (Hossain, 2010) ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเด็ก พบว่าความรู้และทัศนคติ ไม่มีความสัมพันธ์ ( $r = .01, p = .89$ ) และสอดคล้องกับจอห์นสันและคณะ (2546) ที่ศึกษา ความรู้ ทัศนคติ ของพยาบาลในการจัดการความปวด พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความปวด และมีการศึกษาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการกับความปวดของพยาบาลวิชาชีพที่เพิ่งสำเร็จการศึกษา และการศึกษาของ กตกรและคณะ (2561) ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัด พบว่า ความรู้ทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัด ( $r = .15, p = .049$ ) แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความรู้ (Knowledge) ทัศนคติ (Attitude) และการปฏิบัติ (Practice) หรือ (KAP) ของชวาร์ท (Schwart, 1975 อ้างตามโอเล็ด, 2558) ซึ่งมีรูปแบบความสัมพันธ์ ได้เป็น 4 รูปแบบ คือ

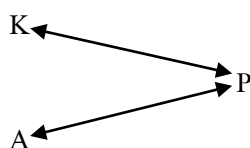
1. ทัศนคติเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ และการปฏิบัติ ดังนั้นความรู้มีความสัมพันธ์กับทัศนคติและมีผลต่อการปฏิบัติ



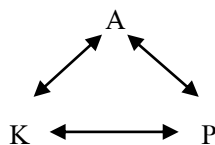
2. ความรู้และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กันทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา และการปฏิบัติก็ส่งผลให้เกิดความรู้และทัศนคติได้



3. ความรู้และทัศนคติต่างกัน ล้วนทำให้เกิดการปฏิบัติและการปฏิบัติจะทำให้เกิดความรู้และทัศนคติ โดยที่ความรู้และทัศนคติไม่จำเป็นต้องมีการสัมพันธ์กัน



4. ความรู้จะมีผลกับการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม และผลของการปฏิบัติจะมีผลต่อความรู้โดยตรงและทางอ้อม และจะมีทัศนคติเป็นตัวกลางที่จะทำให้มีการปฏิบัติ



ภาพ 3 แสดงแนวคิดความสัมพันธ์ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ

และการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยได้นำรูปแบบที่ 2 มาใช้เป็นกรอบแนวคิด คือทั้งความรู้และทัศนคติมีผลต่อการปฏิบัติ นั่นคือ ทั้งความรู้และทัศนคติในการจัดการความปวดมีอิทธิพลต่อการจัดการความปวดในเด็กของพยาบาล (Broom et al., 1996; Vincent, 2005) ดังนั้นในการศึกษารุ่นนี้จะรวมความรู้และทัศนคติไว้ด้วยกัน เพื่อหาว่าความรู้และทัศนคติมีผลกับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตหรือไม่อย่างไร

## 5. สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าความปวดมีองค์ประกอบที่สลับซับซ้อน โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กวิกฤต ความปวดเป็นสาเหตุให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดจึงจำเป็นต้องมีการปฏิบัติการ

พยาบาลที่ครอบคลุม ทั้งในด้านการประเมินความปวด การจัดการกับความปวด และการติดตามประเมินผล มีการศึกษาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการประเมินและการจัดการกับความปวดของพยาบาลวิชาชีพที่เพิ่งสำเร็จการศึกษา (ศรีสุดา, รุ่งนภา, และอรพรรณ, 2557) ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการประเมินและการจัดการกับความปวดน้อยมากทุกด้าน ทั้งการประเมินความปวดจากการรายงานของผู้ป่วยและการจัดการกับความปวด

เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยเด็กมีประสิทธิภาพ และถึงที่สำคัญที่มีผลต่อการจัดการความปวด คือ การมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดที่ถูกต้อง ซึ่งในผู้ป่วยเด็กวิกฤตอาจถูกจำกัดด้วยหลายอย่างที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการจัดการความปวดได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบมีการศึกษาของฮอสเซน (Hossain, 2010) ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเด็ก พบว่าความรู้และทัศนคติ ไม่มีความสัมพันธ์ ( $r = .01, p = .89$ ) จอนพะจงและคณะ (2546) ที่ศึกษา ความรู้ ทัศนคติ ของพยาบาลในการจัดการความปวด พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความปวด โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดในเด็ก คือ ความรู้ ทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาระดับความรู้และทัศนคติระดับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต เพื่อการส่งเสริมบทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยเด็ก ทั้งด้านการประเมินความปวด การจัดการกับความปวด และการติดตามประเมินผล และเป็นแนวทางให้การจัดการกับความเจ็บปวดของเด็กในหอผู้ป่วยหนักเด็กให้มีความเหมาะสมและประสิทธิภาพต่อไป

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlational study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ กับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาคใต้ จำนวน 9 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลสตูล โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โรงพยาบาลสงขลา และ โรงพยาบาลปัตตานี มีจำนวนพยาบาลทั้งหมด 117 คน (สำรวจ ณ วันที่ 26 ตุลาคม 2559)

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาคใต้ เนื่องจากมีบริบทการทำงานที่ใกล้เคียงกัน จำนวน 9 แห่ง โดยผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยเด็กวิกฤต
2. มีประสบการณ์ในการประเมินและจัดการความปวดในเด็ก

##### ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการเปิดตารางขนาดตัวอย่างประมาณจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ กำหนดขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาได้จากงานวิจัยที่ผ่านมาที่ใกล้เคียงที่สุด

ของวินเซนต์และเดนเยส์ (Vincent & Denyes, 2004) ที่ได้ศึกษาเรื่อง การจัดการความปวดในเด็ก และความสามารถของพยาบาลกับการจัดการความปวดโดยการใช้ยา ค่าขนาดอิทธิพลคำนวณจากสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากตัวแปร ความรู้ ทักษะคิด และการจัดการความปวดของพยาบาลอยู่ในระดับที่ดี  $r = 0.31$  เกณฑ์ที่ยอมรับได้อัลฟา ( $\alpha$ ) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 เมื่อเปิดตารางหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Polit & Beck, 2008) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 88 คน แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาคใต้ทั้ง 9 แห่ง มีจำนวนทั้งสิ้น 117 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะที่เหมือนกันและมีบริบทการทำงานที่ใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 117 คน (ภาคผนวก ก)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาล 2) แบบสอบถามความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวด และ 3) แบบสอบถามการจัดการความปวด (ภาคผนวก ข)

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ศาสนา ระยะเวลาการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงเครื่องมือจากแบบสำรวจความรู้ ทักษะคิด และการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กของฮอสเซน (Hossain, 2010) โดยขออนุญาตดัดแปลงแล้ว ซึ่งฮอสเซนได้ดัดแปลงมาจาก 3 เครื่องมือ ได้แก่ แบบสำรวจความรู้ทัศนคติและการจัดการความปวดของเฟอร์เรลและแมคเคฟเฟอร์รี (Ferrell & McCaffery, 1987) แบบสำรวจการจัดการความปวดของบรูมและคณะ (Broom et al., 1996) และแบบสำรวจความรู้ทัศนคติเกี่ยวกับความปวดของพยาบาลของวินเซนต์ (Vincent, 2005) สำหรับในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือของฮอสเซนมาดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับการศึกษาความรู้และทัศนคติ กกับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต จำนวน 50 ข้อคำถาม แบบสอบถามครอบคลุมความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวด และการจัดการความปวดโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ เป็นคำถามด้านบวก 32 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4-5, 7, 9-11, 13-15, 17-19, 24, 26-29, 31, 33-35, 39-41 และ 43-50 และคำถามด้านลบ 18 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-3, 6, 8, 12, 16, 20-23, 25, 30, 32, 36-38 และ 42

เกณฑ์การแปลผลคะแนนความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-50 คะแนน

การแปลผลระดับความรู้และทัศนคติโดยรวม โดยใช้ค่าเฉลี่ยจากคนที่ตอบข้อความถูกต้องและเทียบเป็นร้อยละ (McDonald, 2002) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ร้อยละของคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 80-100 หมายถึง มีความรู้และทัศนคติโดยรวม  
ระดับสูง

ร้อยละของคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 60-79.99 หมายถึง มีความรู้และทัศนคติโดยรวม  
ระดับปานกลาง

ร้อยละของคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ <60 หมายถึง มีความรู้และทัศนคติโดยรวม  
ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการจัดการความปวด ผู้วิจัยได้ดัดแปลงเครื่องมือจากแบบสำรวจความรู้ ทัศนคติ และการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กของฮอสเซน (Hossain, 2010) โดยขออนุญาตดัดแปลงแล้ว และนำส่วนของการจัดการความปวดมาดัดแปลง ในแบบสอบถามจะครอบคลุมการประเมินความปวด และการบรรเทาความปวดโดยการให้ยาและไม่ให้ยา จำนวน 22 ข้อคำถาม ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 1-5 ระดับ ได้แก่

ระดับ (คะแนน)	ความหมาย
1 ไม่เคย	หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย
2 นานๆครั้ง	หมายถึง ปฏิบัตินานๆครั้ง
3 บางครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้งหรือเป็นส่วนน้อย
4 บ่อยครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติส่วนใหญ่หรือเกือบทุกครั้ง
5 ประจำ	หมายถึง ปฏิบัติสม่ำเสมอทุกครั้ง

การแปลผลระดับของการจัดการความปวด ใช้ค่าที่กำหนดจากคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดและหารด้วยจำนวนระดับของการจัดการความปวด ซึ่งเท่ากับ  $(110-22)/3 = 29.33$  จึงสามารถแบ่งระดับของค่าคะแนนออกเป็น 3 ระดับ (บุญใจ, 2553) ดังนี้

ค่าคะแนน	80.67-110	คะแนน	หมายถึง ระดับสูง
ค่าคะแนน	51.34-80.66	คะแนน	หมายถึง ระดับปานกลาง
ค่าคะแนน	22.00-51.33	คะแนน	หมายถึง ระดับต่ำ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบเครื่องมือ ประกอบด้วย การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา และภาษาที่ใช้ (content validity) และการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability)



### การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ (content validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดการความปวดในเด็ก อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการจัดการความปวดในเด็ก และพยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์และมีความเชี่ยวชาญด้านการจัดการความปวดในเด็ก หลังจากผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับแก้แบบสอบถามส่วนที่ 2.1 ปรับคำให้เข้าใจง่ายขึ้น และส่วนที่ 2.2 เพิ่มเติมการใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่ใช้บ่อยในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ได้แก่ ข้อ 21 และ 22

### การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

แบบสอบถามความรู้และทัศนคติ กับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ถูกนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) โรงพยาบาลนครราชสีมา นครินทร์ จำนวน 20 คน และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าความเที่ยงแบบสอบถามความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวด โดยใช้วิธีคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้เท่ากับ .81 และแบบสอบถามการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .79

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โครงการวิจัยได้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขออนุมัติในการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลทั้ง 9 แห่ง
2. หลังอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตของโรงพยาบาลทั้ง 9 แห่ง แนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
3. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ช่วยวิจัยของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อชี้แจง แนวทางการตอบแบบสอบถาม และการตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบ

4. ผู้ช่วยวิจัยแจกแบบสอบถามให้กับพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด กรณีพบว่าแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ขอให้ผู้ช่วยวิจัยติดต่อผู้ตอบแบบสอบถามให้ตอบแบบสอบถามจนสมบูรณ์
5. นัดหมายให้ผู้ช่วยวิจัยส่งแบบสอบถามกลับภายใน 2 สัปดาห์
6. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และลงรหัสคำตอบในแบบสอบถามทุกชุดที่มีคำตอบสมบูรณ์
7. นำแบบสอบถามไปบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

วิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยผ่านการพิจารณาต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (PSU IRB 2017-NSI 015) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (80/2560) โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (08/2561) โรงพยาบาลตรัง (023/11-2560) โรงพยาบาลสตูล (ETA009/61) โรงพยาบาลหาดใหญ่ (89/2560) โรงพยาบาลยะลา (4/2560) โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต (VPH REC 027/2017) โรงพยาบาลสงขลา (12/2560) และโรงพยาบาลปัตตานี (013/2560) หลังจากผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้ช่วยนักวิจัยแต่ละโรงพยาบาลแจกแบบสอบถาม พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม และความเสี่ยงในการตอบแบบสอบถาม อาจทำให้ท่านปวดเมื่อยสายตา ซึ่งท่านสามารถพักและเมื่อหายปวดเมื่อยสายตาแล้วจึงมาตอบแบบสอบถามอีกครั้ง รวมทั้งชี้แจงให้รับทราบถึงสิทธิที่ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงานใดๆทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถูกปกปิดเป็นความลับ โดยใช้รหัสแทนชื่อสกุล และข้อมูลที่ได้ถูกนำเสนอโดยภาพรวม ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บในตู้ล็อกและ ผู้วิจัยเพียงคนเดียวเท่านั้นที่สามารถเปิดดูข้อมูลได้ ภายหลังจากวิจัยข้อมูลถูกเก็บไว้เป็นเวลา 5 ปี เพื่อไว้ดูย้อนหลังหากมีข้อสงสัย หลังจากนั้นนำออกมาย่อยทำลาย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วผู้วิจัยได้ ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม (ภาคผนวก ก) หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

## การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาดังต่อไปนี้

1. ลงรหัสข้อมูล (coding) โดยนำแบบสอบถามที่ถูกต้องเรียบร้อยแล้ว มาลงรหัสตามที่กำหนดไว้

2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ในระดับนามบัญญัติวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่และร้อยละ ส่วนข้อมูลระดับอัตราส่วนวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน

2.2 ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดของพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และมาจัดระดับตามเกณฑ์ที่กำหนด

2.3 การจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตวิเคราะห์โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และมาจัดระดับตามเกณฑ์ที่กำหนด

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ กับการจัดการความปวดของพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยการตรวจสอบการแจกแจงข้อมูล พบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ (normal distribution) และผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) และความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (homoscedasticity) ตรวจสอบความแปรปรวนระหว่างข้อมูลแต่ละชุด (Test of homogeneity of variance) และไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) ภาคผนวก จ

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

#### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlational study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ กับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาคใต้ 9 แห่ง จำนวน 117 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ธันวาคม 2560 ถึง พฤษภาคม 2561 โดยแจกแบบสอบถามจำนวน 117 ชุด และได้รับกลับคืนจำนวน 117 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล

ส่วนที่ 2 ระดับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด และการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ กับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 99.1) อายุส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 30-39 ปี (ร้อยละ 44.4) รองลงมาอยู่ในช่วง 20-29 ปี (ร้อยละ 31.6) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 59.0 และนับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 41.0 ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5-10 ปี (ร้อยละ 35.0) รองลงอยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 27.4) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 69.2) รองลงมาอยู่ในช่วง 5-10 ปี (ร้อยละ 23.9) วุฒิการศึกษาในสาขาการพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 94.9) ระดับปริญญาโทมีเพียง 6 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในระดับพยาบาลปฏิบัติการ (ร้อยละ 53.8) และระดับพยาบาลชำนาญการ (ร้อยละ 41.9) และมีเพียง 5 คน ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย

(ร้อยละ 4.3) กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 42.7) อ่านวารสารเกี่ยวกับการพยาบาล/วารสารความปวดในเด็กปีละ 1 ครั้ง รองลงมาอ่านวารสาร 3 เดือน/ครั้ง (ร้อยละ 26.5) ในขณะที่ร้อยละ 24.8 ไม่เคยอ่าน ส่วนใหญ่เคยเรียนการจัดการความปวดในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 76.1) และส่วนน้อยไม่แน่ใจเกี่ยวกับเนื้อหาการจัดการความปวดถูกบรรจุอยู่ในหลักสูตร (ร้อยละ 16.2) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเคยให้การพยาบาลแก่เด็กที่มีความปวดด้วยตัวเอง (ร้อยละ 100) กลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวดในเด็กมีจำนวนใกล้เคียงกับกลุ่มที่ไม่เคยได้รับการอบรม (ร้อยละ 52.1 และ 47.9 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92.3) ระบุว่ามีการจัดทำมาตรฐานหรือแนวทางการปฏิบัติ (guideline) เกี่ยวกับการจัดการความปวดในเด็กในโรงพยาบาล/หอผู้ป่วยของตน

#### ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของพยาบาล จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ( $N = 117$ )

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	1	0.9
หญิง	116	99.1
<b>อายุ (ปี) (<math>Md = 31, IQR = 10.50, \min = 22, \max = 57</math>)</b>		
20-29 ปี	37	31.6
30-39 ปี	52	44.4
40-49 ปี	21	18.0
50-59 ปี	7	6.0
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	69	59.0
อิสลาม	48	41.0
<b>ระยะเวลาการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ (ปี)</b> ( $Md = 7, IQR = 11, \min = 1, \max = 35$ )		
1-5 ปี	32	27.4
6-10 ปี	41	35.0
11-15 ปี	14	12.0

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
16-20 ปี	17	14.5
>20 ปี	13	11.1
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต		
<i>(Md = 2, IQR = 4, min = 1, max = 19)</i>		
1-5 ปี	81	69.2
6-10 ปี	28	24.0
>10 ปี	8	6.8
วุฒิการศึกษาสูงสุดในสาขาการพยาบาล		
ปริญญาตรี	111	94.9
ปริญญาโท	6	5.1
ตำแหน่งปัจจุบัน		
พยาบาลปฏิบัติการ	63	53.8
พยาบาลชำนาญการ	49	41.9
หัวหน้าหอผู้ป่วย	5	4.3
ความถี่ในการอ่านวารสารเกี่ยวกับการพยาบาล/วารสารความปวด		
ทุกๆเดือน	7	6.0
3 เดือนครั้ง	31	26.5
ปีละครั้ง	50	42.7
ไม่เคย	29	24.8
เนื้อหาการจัดการความปวดในเด็กถูกรรจในหลักสูตร		
มี	98	83.8
ไม่แน่ใจ	19	16.2
การเข้ารับการอบรมในหัวข้อ การจัดการความปวดในเด็ก		
เคย	61	52.1
ไม่เคย	56	47.9
มีการจัดทำมาตรฐานหรือแนวทางการปฏิบัติ (guideline) เกี่ยวกับการจัดการความปวดในเด็กในโรงพยาบาล/หอผู้ป่วย		
มี	108	92.3
ไม่แน่ใจ	9	7.7

## ส่วนที่ 2 ระดับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด และการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 36.91$ ,  $SD = 3.61$ ) และคะแนนเฉลี่ยการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $M = 89.54$ ,  $SD = 8.92$ ) (ตาราง 2)

### ตาราง 2

ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด และการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้ ( $N = 117$ )

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้		คะแนนของกลุ่มตัวอย่าง		$M$	$SD$	ระดับ
	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน			
	ต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด	สูงสุด			
ความรู้และทัศนคติ	0	50	25	46	36.91	3.61	ปานกลาง
การจัดการความปวดของพยาบาล	22	110	54	110	89.54	8.92	สูง

## ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ กับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้

ความรู้และทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .051$ ,  $p = .58$ ) (ตาราง 3)

## ตาราง 3

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด กับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้ (N = 117)

ตัวแปร	การจัดการความปวด (r)	P
ความรู้และทัศนคติ	.051	.58

## การอภิปรายผล

## ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 99.1) และมีเพียง 1 คนเท่านั้น เป็นเพศชาย (ร้อยละ 0.9) อายุส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 30-39 ปี (ร้อยละ 43.6) รองลงมาจะอยู่ในช่วง 20-29 ปี (ร้อยละ 31.6) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 59.0 ส่วนที่เหลือนับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 41.0) ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างถูกหล่อหลอมจากศาสนาและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันอาจมีผลต่อทัศนคติและการประเมินความปวดที่แตกต่างกันได้ (นุสราและยุพภรณ์, 2556) โดยความแตกต่างของแต่ละศาสนา ย่อมมีความเชื่อในคำสอนของศาสนาที่แตกต่างกัน และลักษณะของความเชื่อนั้นมีส่วนสำคัญต่อพฤติกรรมจัดการความปวด (ชลลดา, ภาณุวัฒน์, และชมนาด, 2559) อีกทั้งบริบทในภาคใต้ยังมีภาษาที่พูดกันหลากหลาย นับว่าเป็นอุปสรรคสำคัญของการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพซึ่งนำไปสู่ความไม่เข้าใจภาษา ส่งผลให้การแปลความที่แตกต่างกัน ซึ่งมีผลต่อการจัดการความปวดได้ (กรรณิการ์, ไพบูลย์, และสุชาติ, 2557) สำหรับประวัติการทำงานพบว่าระยะเวลาการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6-10 ปี (ร้อยละ 35.0) รองลงมาอยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 27.4) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 69.2) รองลงมาอยู่ในช่วง 5-10 ปี (ร้อยละ 23.9) ซึ่งระยะเวลาในการปฏิบัติงานอาจมีผลต่อการจัดการความปวดได้ โดยพยาบาลที่มีประสบการณ์สูงจะมีความรู้ในการจัดการความปวดได้ดีกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า (ศรีสุดา, นิสา, จุฑารัตน์, บุญเตือน, ศศิธร, และรุ่งนภา, 2561) ส่วนวุฒิการศึกษาในสาขาการพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 94.9) ระดับปริญญาโทมีเพียง 6 คน (ร้อยละ 5.1) ซึ่งวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีจะมีความรู้เกี่ยวกับความปวดน้อยกว่าปริญญาโท (ศรีสุดาและคณะ, 2561) มีผลต่อการจัดการความปวด ส่วนใหญ่อ่านวารสารเกี่ยวกับการพยาบาล/วารสารความปวดในเด็กปีละ 1 ครั้ง ร้อยละ 42.7 รองลงมาอ่านวารสาร 3 เดือน/ครั้ง (ร้อยละ 26.5) และเคยได้รับการอบรมในหัวข้อการจัดการความปวดในเด็ก ร้อยละ 52.1 และเกือบครึ่งหนึ่ง ไม่เคยได้รับ



การอบรมในหัวข้อการจัดการความปวดในเด็ก (ร้อยละ 47.9) การที่พยาบาลอ่านวารสารอย่างน้อยปีละครั้ง หรือเข้ารับการอบรมในหัวข้อการจัดการความปวด ทำให้พยาบาลได้เพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลทัศนคติของพยาบาลเปลี่ยนแปลงตามระดับความรู้ และทักษะในการจัดการความปวด (de Rond, Campen & Klievink, 2000)

### ระดับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

ความรู้และทัศนคติของพยาบาลในการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 2) และเมื่อนำคะแนนมาวิเคราะห์ระดับช่วงชั้น พบว่า ความรู้และทัศนคติของพยาบาลในการจัดการความปวดอยู่ในระดับสูงเพียงร้อยละ 25.6 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 72.7 และร้อยละ 1.7 อยู่ในระดับต่ำ (ตาราง 6 ภาคผนวก ง) การที่พยาบาลมีความรู้และทัศนคติโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางอาจเนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพในการศึกษาครั้งนี้ร้อยละ 47.9 ไม่ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดหลังจากจบปริญญาตรี ประกอบกับพยาบาลวิชาชีพเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 42.7) อ่านวารสารเกี่ยวกับการพยาบาล/วารสารความปวดในเด็กเพียงปีละ 1 ครั้ง ทำให้ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวดในเด็กได้รับเพิ่มพูนไม่มากพอ (ศรีสุตาและคณะ, 2561) นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพในการศึกษาครั้งนี้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 69.2) เนื่องจากหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตในภาคใต้ส่วนใหญ่เพิ่งเปิดทำการ (เช่น โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลยะลา) ทำให้ความรู้ที่ควรจะได้รับจากประสบการณ์การทำงานน้อย ซึ่งจะมีผลต่อความรู้และการจัดการความปวดในเด็กได้

เมื่อเทียบเคียงกับการศึกษาที่ผ่านพบว่าไม่มีการศึกษาความรู้และทัศนคติ กับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตโดยตรง แต่สามารถเทียบเคียงกับการศึกษาของ กตกรและคณะ (2561) ที่ศึกษา ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดในประเทศไทย พบว่า มีระดับความรู้ ทัศนคติของพยาบาลในการจัดการความปวดในเด็กที่ได้รับการผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 71.36$ ,  $SD = 7.91$ ) ส่วนของฮุสเซน (Hossain, 2010) พบว่า ระดับความรู้และทัศนคติของพยาบาลในการจัดการความปวดอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่าข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติของพยาบาลที่ตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) หลังผ่าตัด เด็กอาจจะร้องไห้จากหลายสาเหตุไม่ใช่จากแผลผ่าตัดเท่านั้น (ร้อยละ 98.9) 2) การประเมินความปวดในเด็กควรกระทำก่อน หลังให้ยาแก้ปวด (ร้อยละ 96.4) 3) ประสบการณ์ความปวด จะมีผลกระทบต่อจิตใจ ระบบประสาทและพัฒนาการส่วนบุคคล

ของเด็ก (ร้อยละ 95.7) สำหรับในการวิจัยครั้งนี้เมื่อพิจารณาคำตอบที่พยาบาลตอบถูกมากที่สุดเป็นรายชื่อ 3 อันดับแรก คือ 1) ผู้ป่วยเด็กแต่ละคนจะมีประสบการณ์ความปวดหลังผ่าตัดที่แตกต่างกัน (ร้อยละ 99.1) 2) หลังผ่าตัด เด็กอาจจะร้องไห้จากหลายสาเหตุไม่ใช่จากแผลผ่าตัดเท่านั้น ร้อยละ 98.3) (3) ผลข้างเคียงของยามอร์ฟินที่พบบ่อยที่สุด คือ การกดศูนย์หายใจ (ร้อยละ 98.3) (ตาราง 4 ภาคผนวก ง) จะเห็นได้ว่าพยาบาลตอบถูกในร้อยละที่ใกล้เคียงกันทั้ง 2 การศึกษา เป็นเรื่องของเด็กอาจจะร้องไห้ได้จากหลายสาเหตุ มิใช่จากแผลผ่าตัดเท่านั้น

เมื่อพิจารณาความรู้และทัศนคติเป็นรายชื่อของพยาบาลตอบถูกน้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) หลังผ่าตัดถ้าเด็กมีอาการปวดอย่างรุนแรง เด็กจะแสดงอาการผิดปกติออกทางสัญญาณชีพ (ร้อยละ 1.7) 2) เด็กที่ถูกเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการปวดมักจะไม่มีอาการปวดที่รุนแรง (ร้อยละ 22.2) และ 3) เด็กส่วนใหญ่ไม่บอกเมื่อมีความปวด (ร้อยละ 28.2) (ตาราง 4 ภาคผนวก ง) สามารถเทียบเคียงกับผลการศึกษาของฮอสเซน (Hossain, 2010) ที่พบ 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) เด็กที่ถูกเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการปวดมักจะไม่มีอาการปวดที่รุนแรง (ร้อยละ 23.7) 2) หลังผ่าตัด ถ้าเด็กมีอาการปวดอย่างรุนแรง เด็กอาจจะแสดงอาการผิดปกติออกทางสัญญาณชีพ (ร้อยละ 26.9) และ 3) หลังผ่าตัด ถ้าเด็กดูเหมือนพักผ่อนอยู่บนเตียงได้โดยไม่มีอาการเคลื่อนไหวร่างกาย แสดงว่าเด็กไม่มีความปวดหลังการผ่าตัด (ร้อยละ 28.0) จากข้อที่พยาบาลตอบถูกน้อยที่สุดอาจเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพในการศึกษานี้ทั้งหมดจบปริญญาตรี และมีความรู้ขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดเนื่องจากเนื้อหาการจัดการความปวดในเด็กถูกบรรจุในหลักสูตรระดับปริญญาตรีเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 83.8) อย่างไรก็ตามพยาบาลวิชาชีพยังมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดในบางประเด็นยังไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอาการแสดงออกทางสัญญาณชีพภายหลังผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องเข้ารับการอบรมระยะสั้นหรือเรียนต่อในระดับที่สูง และต้องอ่านวารสารเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดในเด็กอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีความรู้ที่ทันสมัย ซึ่งจะส่งผลต่อการจัดการความปวดในเด็กที่ถูกต้องเหมาะสม

#### *การจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต*

การประเมินและการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต รวมถึงการประเมินความปวด โดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับสูง (ตาราง 2) อาจเนื่องจากโรงพยาบาลแต่ละโรงพยาบาลที่ทำการศึกษานี้มีการจัดทำมาตรฐานและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการความปวดในเด็ก (ร้อยละ 92.30) เกือบทุกโรงพยาบาล ดังนั้นพยาบาลจะต้องปฏิบัติตามที่ได้มาตรฐานและแนวปฏิบัติที่กำหนดขึ้น เมื่อเทียบเคียงกับการศึกษาที่ใกล้เคียงกันเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดในประเทศไทยของกตกรและคณะ

(2561) พบว่าการปฏิบัติกรพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปวดอยู่ในระดับสูง โดยพบการปฏิบัติกรพยาบาลที่พยาบาลปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดเป็นเรื่องเกี่ยวกับการประเมินความปวดภายหลังการได้รับยา (ร้อยละ 67.48) การปฏิบัติกรพยาบาลที่พยาบาลปฏิบัติบ่อยเป็นเรื่องการให้การพยาบาลแบบไม่ใช้ยา เช่น การพุดลอบโยนเด็ก (ร้อยละ 60.16) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ พบพยาบาลมีการจัดการความปวด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) ท่านสังเกตอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด (เช่น ยามอร์ฟิน) หลังให้ยากับเด็ก (ร้อยละ 83.8) 2) หลังจากเด็กได้รับยาเสพติด (opioids) (เช่น มอร์ฟิน) อาการข้างเคียง มีดังนี้ หายใจลำบาก ผื่นแพ้ คลื่นไส้ เป็นต้น (ร้อยละ 79.5) และ 3) ท่านประเมินความปวดของเด็กซ้ำหลังจากให้ยาแก้ปวด เพื่อประเมินประสิทธิผลของยาแก้ปวด (ร้อยละ 70.9) (ตาราง 5 ภาคผนวก ง) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าพยาบาลวิชาชีพให้ความสำคัญต่ออาการข้างเคียงของยาบรรเทาปวด อาจเกิดจากความเชื่อและความกลัวผลข้างเคียงของยาบรรเทาปวดชนิดเสพติดที่จะส่งผลต่อการกดศูนย์หายใจ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากรให้ยาบรรเทาความปวดชนิดเสพติดในเด็กในปริมาณที่เหมาะสมจะทำให้เกิดอาการข้างเคียงคือ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืดเท่านั้น (Monitto & Kost-Byerly, 2011)

การจัดการความปวดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยทั่วไปแพทย์จะเป็นผู้ตัดสินใจให้ยาบรรเทาปวดตามการรายงานของพยาบาล พยาบาลวิชาชีพจึงไม่ได้เป็นผู้ตัดสินใจให้ยาบรรเทาปวด แต่เป็นผู้นำแผนการรักษาไปปฏิบัติ ส่วนการปฏิบัติกรพยาบาลที่พยาบาลปฏิบัติไม่บ่อยมากที่สุดคือเรื่องกรนำแบบประเมินความปวดมาใช้ในการประเมินความปวดหลังผ่าตัด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า พยาบาลมีความรู้ในเรื่องกรใช้แบบประเมินความปวดไม่เพียงพอ จากการกรศึกษาที่ผ่านมาของกตกรและคณะ (2561) พบว่าพยาบาลไม่เคยปฏิบัติมากที่สุดคือกรนำแบบประเมินความปวดมาใช้ (ร้อยละ 13) และไม่สามารถที่จะเลือกใช้แบบประเมินความปวดได้อย่างเหมาะสม (ร้อยละ 54.47) ส่วนกรศึกษาของฮอสเซน (Hossain, 2010) พบว่า พยาบาลไม่เคยใช้กรประเมินความปวดของเด็กโดยใช้เครื่องมือประเมินความปวดด้วยตัวเอง (เช่น VAS, FACE scale) (ร้อยละ 56.6) และกรประเมินความปวดของเด็กโดยใช้เครื่องมือประเมินพฤติกรรมความปวด (เช่น FLACC) (ร้อยละ 61.3) สอดคล้องกับกรศึกษาครั้งนี้พบว่าพยาบาลไม่เคยปฏิบัติกรพยาบาลมากที่สุดคือ กรนำแบบประเมินความปวดมาใช้ประเมินความปวดในเด็ก ได้แก่ การใช้เครื่องมือประเมินความปวดด้วยตนเอง (VAS, FACE scale, Numeric Rating Scale, color analog scale) (ร้อยละ 19.7) และกรใช้เครื่องมือประเมินพฤติกรรม (Modified FLACC, COMFORT-B, NIPS, CHEOPS) (ร้อยละ 22.2) (ตาราง 5 ภาคผนวก ง) เป็นต้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าพยาบาลไม่มีความรู้และไม่เข้าใจในวิธีการใช้เครื่องมือ จะเห็นได้ว่าพยาบาลวิชาชีพปัจจุบันให้ความสำคัญกับการจัดการความปวดด้วยยาเสพติดและกรประเมินความปวดภายหลังได้รับยาเสพติดมากขึ้น อาจเนื่องมาจากภายหลังผ่าตัด

แพทย์มักจะมีคำสั่งการรักษาความปวดในเด็กด้วยยาเสพติดและพยาบาลเป็นผู้บริหารยาและต้องเฝ้าระวังผลข้างเคียงยาเสพติด ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติเป็นประจำ

เมื่อพิจารณาเครื่องมือที่ใช้ประเมินความปวด จะเห็นได้ว่าพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตมีการใช้เครื่องมือประเมินความปวดน้อยมาก อาจเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 47.9) ไม่ได้เข้ารับการอบรมการจัดการความปวดในเด็ก ทำให้ไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือประเมินความปวด สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าพยาบาลที่ดูแลเด็กป่วยวิกฤตบางส่วนยังไม่ได้ใช้เครื่องมือประเมินความปวดในการประเมินเด็ก พยาบาลส่วนมากจะใช้พฤติกรรมการแสดงออกของเด็กเป็นตัวชี้วัดการประเมินความปวด เช่น การแสดงออกทางสีหน้า การแสดงท่าทาง การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา หรือถามความปวดจากผู้ป่วยเด็กหรือผู้ดูแลเด็ก ซึ่งการประเมินความปวดในเด็กวิกฤตโดยใช้ความรู้สึกหรือการสังเกตพฤติกรรมแสดงออกที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน มีผลทำให้ระดับความปวดที่ได้จากผู้ประเมินความปวดแต่ละคนไม่ตรงกันและมีผลต่อการบรรเทาความปวด (Mathew, 2011) ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะว่าพยาบาลวิชาชีพจะต้องเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติในการใช้เครื่องมือประเมินความปวดในเด็กที่ได้รับความปวดในหอผู้ป่วยวิกฤต และควรทำการหาความเท่าเทียมกันของการสังเกต (Inter-rater reliability) กับผู้ทรงคุณวุฒิจนได้ค่าความเท่าเทียมกันที่ยอมรับได้จะเป็นการช่วยให้พยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจในการใช้เครื่องมือประเมินความปวดและสามารถทำได้ถูกต้อง

#### ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ กับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

ผลการวิจัย พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ กับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ไม่มีความสัมพันธ์กัน ( $r = .051, p = .58$ ) อาจเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพในการศึกษานี้ไม่ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดหลังจากจบปริญญาตรี ประกอบกับพยาบาลวิชาชีพเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 42.7) อ่านวารสารเกี่ยวกับการพยาบาล/วารสารความปวดในเด็กเพียงปีละ 1 ครั้ง ทำให้ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวดในเด็กไม่เพียงพอ (ศรีสุดาและคณะ, 2561) นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพในการศึกษานี้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี เนื่องจากหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตในภาคใต้ส่วนใหญ่เพิ่งเปิดทำการ (เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลยะลา) ทำให้ความรู้ที่ควรจะได้รับจากประสบการณ์การทำงานน้อย ซึ่งจะมีผลต่อความรู้และการจัดการความปวดในเด็กได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฮอสเซน (Hossain, 2010) ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการจัดการความ

ปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเด็ก พบว่าความรู้และทัศนคติ ไม่มีความสัมพันธ์ ( $r = .01, p = .89$ ) และ สอดคล้องกับจอนพะจงและคณะ (2546) ที่ศึกษา ความรู้ ทัศนคติ ของพยาบาลในการจัดการความ ปวด พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความปวด และมีการศึกษาความรู้และ ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการกับความปวดของพยาบาลวิชาชีพที่เพิ่งสำเร็จการศึกษา (ศรีสุดา, รุ่งนภา, และอรพรรณ, 2557) ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการประเมินและการ จัดการกับความปวดน้อยมากทุกด้าน ทั้งการประเมินความปวดจากการรายงานของผู้ป่วยและการ จัดการกับความปวด

อย่างไรก็ตามผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกตกรและคณะ (2561) ที่ศึกษา ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็กที่ ได้รับการผ่าตัด พบว่า ความรู้ทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการ ปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัด ( $r = .15, p = .049$ ) และ การศึกษาของวินเซนต์ (Vincent, 2005) ที่พบว่า ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการ ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวด นั่นคือความรู้ ทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการ ความปวดในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดนั้นเกิดจากประสบการณ์ การเรียนรู้ และการฝึกปฏิบัติจน ชำนาญ จนสามารถสรุปสาระความรู้ และนำไปใช้ประโยชน์ได้

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlational study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ กับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาคใต้จำนวน 9 แห่ง จำนวน 117 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ธันวาคม 2560 ถึง พฤษภาคม 2561 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้พยาบาลวิชาชีพตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงเครื่องมือจากแบบสำรวจความรู้ ทัศนคติ และการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กของฮอสเซน (Hossain, 2010) โดยเครื่องมือที่เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาล 2) แบบสอบถามความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด และ 3) แบบสอบถามการจัดการความปวด ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการหาความตรงตามเนื้อหาและการใช้ภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดการความปวดในเด็ก อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการจัดการความปวดในเด็ก และพยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์และมีความเชี่ยวชาญด้านการจัดการความปวดในเด็ก ตรวจสอบความเที่ยงโดยทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จำนวน 20 คน แบบสอบถามความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด โดยใช้วิธีคูเคอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้เท่ากับ .81 และแบบสอบถามการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .79 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามให้แก่แต่ละโรงพยาบาล ประมวลผลข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ( $r$ ) ผลการวิจัยมีดังนี้

1. ระดับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวดของพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง
2. ระดับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้ อยู่ในระดับสูง

3. ความรู้และทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้ ( $r = .051, p = .58$ )

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยเน้นความรู้ในเรื่องการเปลี่ยนแปลงความปวดด้าน สรีรวิทยา การประเมินความปวด การจัดการความปวดโดยวิธีการใช้ยา โดยเฉพาะการบริหารยาแก้ปวด และการจัดการความปวดโดยวิธีการไม่ใช้ยา และเน้นย้ำในส่วนที่พยาบาลยังมีความเชื่อ และปฏิบัติไม่ถูกต้อง เพื่อให้บุคลากรในทีมสุขภาพมีความรู้ และได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ก่อให้เกิดทัศนคติที่ดี อันจะนำไปสู่การปฏิบัติในการจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

#### 2. ด้านการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อทำวิจัยในเรื่องการพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็กวิกฤต

## เอกสารอ้างอิง

- กตกร ประสารวรรณ, อัจฉริยา ปทุมวัน, และเรณู พุกบุญมี. (2561). ความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัด. *วารสารรามาชิปดีพยาบาลสาร*, 24(1), 37-50.
- กรรณิกา เรืองเดช, ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, และสุชาติ สังแก้ว. (2557). ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพื่อแก้ไขในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารกระทรวงสาธารณสุข*, 24(1), 15-20.
- กัลยาณี ท่าจีน, และน้ำทิพย์ แก้ววิชิต. (2550). การรับรู้ ของพยาบาลกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเด็ก. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(5), 371-378.
- ขนิษฐา เข้มไต้, ถัพนภา กิจรุ่งโรจน์, และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2556). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในหอผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *บทความวิจัยเสนอในการประชุมมหาดใหญ่วิชาการ ครั้งที่ 4 วันที่ 10 พฤษภาคม 2556*.
- จอนพะจง เฟื่องจาด, รัชนิ อยู่ศิริ, และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2546). รายงานการวิจัยความรู้และทัศนคติของพยาบาลเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด. สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย, กรุงเทพมหานคร.
- จุริย์ สุนสวัสดิ์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของพยาบาลกับกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเด็ก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- เจือกุล อโนธรมณ์. (2551). พยาบาลกับการบริหารจัดการยาแก้ปวดชนิดเสพติด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 26(2-3), 17-31.
- ชลลดา ดิยะวิสุทธิ์ศรี, ภาณุวัฒน์ ภัคดีวงศ์, และชมนาด วรรณพรศิริ. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยพัฒนาการ: สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลไทยในอนาคต. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 10(1), 8-15.



- คารุณี จงอุดมการณ์. (2546). *ปวดในเด็ก การพยาบาลแบบองค์รวม โดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง*.  
 ขอนแก่น: ศิริภัณฑ์ออฟเซ็ท.
- ทิพย์ถาวร เพชรประพันธ์. (2546). *การรับรู้ความสามารถและการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการ  
 บรรเทาความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
 สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นุสรุ ประเสริฐศรี, และยุพากรณ์ ทิรไพรวงศ์. (2556). การจัดการความปวด: ความหลากหลาย  
 วัฒนธรรม. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 6(2), 2-10.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 5)*.  
 กรุงเทพมหานคร: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- พนารัตน์ รัตนสุวรรณ, วิมลรัตน์ ศรีราช, มาลินี วงศ์สวัสดิวัฒน์, ฟ้างาม เจริญผล, สุชนัน ลิมะจาริก,  
 ศศิวิมล พงศ์จรรยากุล, และสมบุญ เทียนทอง. (2559). การประเมินคุณภาพการระงับปวด  
 ผู้ป่วยปวดเรื้อรังในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 31(2), 151-158.
- ภัทรา แสงแก้ว. (2548). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ ประสิทธิภาพ และการรับรู้  
 อุปสรรคในการจัดการความปวดกับการปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการกับความปวด ใน  
 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาล  
 ศาสตรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ยุพากรณ์ ทิรไพรวงศ์, และนุสรุ ประเสริฐศรี. (2558). การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการ  
 ประเมินและจัดการความปวดของผู้ป่วยเด็กเล็ก. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 8(3),  
 1-13.
- รัตนวดี ขอนตะวัน, และปัทมา กาคำ. (2542). *ความรู้ และการปฏิบัติในกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลด  
 ความปวดจากหัตถการในทารก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาล  
 ศาสตรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- รัตนภรณ์ มากะนัดด์. (2550). *ผลการประคบสมุนไพรแห้งต่ออาการปวดข้อเข้าในผู้สูงอายุโรคข้อ  
 เข้าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัย  
 นครสวรรค์, พิษณุโลก.

- ลักษมี ชาญเวชช์. (2546). *หลักการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พรีนติ้งเฮาส์.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (พฤษภาคม 2547). *ความปวด: ประสบการณ์ที่ซับซ้อนและหลากหลายมิติ*. เอกสารประกอบการอบรมวิชาการเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน: การประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ, สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วรรณภา ศรีโรจนกุล. (2544). *การให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยอุบัติเหตุ*. ใน จิตติมา ชินะโชติ, สุวรรณีย์ สุรเศรษฐ์วงศ์, วรรณวิมล แสงโชติ และรื่นเริง ลีลานุกรม (บรรณาธิการ), *ฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา* (หน้า 40-42). กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.ลิฟวิ่ง.
- วารางคณา อ่ำศรีเวียง. (2556). *ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง, เชียงราย.
- วิไล ตั้งสถิตพร. (2555). *คู่มือปฏิบัติงาน การประเมิน และการจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็กวิกฤต*. ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. อัดสำเนา.
- วันธณี วิรุฬห์พานิช. (2561). *การพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในเด็กที่ได้รับการผ่าตัดและถูกจำกัดการสื่อสารด้วยท่อช่วยหายใจ*. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.
- สมบุญชัย ชัยชนะ. (2547). *การพัฒนาเครื่องมือสร้างจินตภาพ สำหรับผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับความปวดจากหัตถการ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพเด็ก มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2561). *แนวทางพัฒนาการจัดการความปวดเฉียบพลันในเด็ก*. กรุงเทพมหานคร: นพชัยการพิมพ์.
- สหทัย ไพบุลย์วรชาติ. (2549). *ความปวดและความปวดและการระงับปวด Pain & Pain Management*. ใน ศศิกานต์ นิมมานรัชต์ และชัชชัย ปรีชาไว (บรรณาธิการ), *บทบาทของพยาบาลในการประเมินความปวด* (หน้า 29-55). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2558). *การสร้างมาตรวัดสำหรับการวิจัยที่ถูกต้องและได้มาตรฐานสากล*. กรุงเทพมหานคร: สามลดา.

- ศศิกันต์ นิมมานรัตน์. (2554). *ตารางความปวดและการระงับความปวดในเวชปฏิบัติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศรีสุดา เอกถันรัตน์. (2541). *ผลของการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการส่องกล้องคาไลโดสโคปต่อระดับความเจ็บปวดจากการเจาะเลือดในเด็กวัยเรียน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีสุดา งามขำ, นิสา ครุฑจันทร์, จุฑารัตน์ สว่างชัย, บุญเตือน วัฒนกุล, ศศิธร ชิดนาย, และรุ่งนภา เขียวชะอำ. (2561). *ความรู้เกี่ยวกับการประเมินและการจัดการกับความปวดของพยาบาลไทย*. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(1), 81-89.
- ศรีสุดา งามขำ, รุ่งนภา เขียวชะอำ, และอรพรรณ บุญลือ. (2557). *ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการประเมินและการจัดการกับความปวดของพยาบาลวิชาชีพที่เพิ่งสำเร็จการศึกษา*. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 25(2), 65-72.
- อัจฉรา สุจาจริง. (2551). *ผลการศึกษากิจกรรมการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดกับการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- โอเล็ด ศรีมุกดา. (2558). *ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลโรงพยาบาลแขวงคำม่วน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- Abdalrahim, M. S., Majali, S. A., Stromberg, M. W., & Bergbom, I. (2010). The effect of postoperative pain management program on improving nurses knowledge and attitudes toward pain. *Nurse Education in Practice*, 11(4), 250-255.
- Ackerman, C. J., & Turkoski, B. (2000). Using guided imagery to reduce pain and anxiety. *Home Healthcare Nurse*, 18(8), 524-531.
- Ambuel, B., Hamlett, K. W., Marx, C. M., & Blumer, J. L. (1992). Assessing distress in pediatric intensive care environments: The COMFORT scale. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 95-109.

- American Academy of Pediatrics and American Pain Society. (2012). The assessment and management of acute pain in infants, children, and adolescents. *Pediatrics*, *108*(3), 793 - 797.
- Arroyo-Novoa, C. M., Figuegroa, R. M. I., Puntillo, K. A., Stanik-Hutt, J., Thompson, C. L., White, C., & Wild, L. R. (2008). Pain related to tracheal suctioning in awake acutely and critically ill adult: A descriptive study. *Intensive and Critical Care Nursing*, *24*(1), 20-27.
- Bell, L., & Duffy, A. (2009 ). Pain assessment and management in surgical nursing: A literature review. *British Journal of Nursing*, *18*(3), 153-156.
- Bulloch, B., Garcia, P., Notricia, D., Bryson, M., & McConahay, T. (2009). Reliability of the color analog scale: repeatability of scores in traumatic and nontraumatic injuries. *Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, *16*(5), 465-469.
- Bonica, J. J., & Loeser, J. D. (2001). History of pain concepts and therapies. In J. D. Loeser (Ed.), *Bonica's management of pain* (3rd ed., pp. 3-16). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bowden, V. R., & Greenberg, C. S. (2010). *Children and their families: The continuum of care*. (2nd ed., pp. 324-376). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Breivik, H., Borchgrevink, P. C., Allen, S. M., Rosseland, L. A., Romundstad, L., Hals, E. K., Kvarstein, G., Stubhaug, A. (2008). Assessment of pain. *British Journal of Anaesthesia*, *101*(1), 17-24.
- Broom, M. E., Richtsmeier, A., Maiker, V., & Alexander, M. (1996). Pediatric pain practices: A national survey of health professionals. *Journal of Pain and Symptom Management*, *11*(5), 312-320.
- Chambers, C. T., Reid, G. J., & Craig, K. D. (1986). Agreement between child and parent reports of pain. *Clinical Journal of Pain*, *14*(4), 336-342.
- Chen, Y. Y., Chi, N. H., & Lai, Y. H. (2011). The Chinese behavior pain scale for critically ill patients: Translation and psychometric testing. *International Journal of Nursing Studies*, *48*, 438-448.

- Czarnecki, M. L., Simon, K., Thompson, J. J., Armus, C. L., Hanson, T. C., Berg, K. A.,...Malin, S. (2011). Barriers to pediatric pain management: A nursing perspective. *Pain Management Nurses, 12*(3), 54-62. doi:10.1016/j.pmn.2010.07.001
- de Rond, M. E. J., van Campen, B. M., & Klievink, R. M. A. (2000). A pain monitoring program for nurses: Effects on nurses, pain knowledge and attitude. *Journal of Pain and Symptom Management, 19*(6), 457-465.
- Erstad, B. L., Puntillo, K., Gilbert, H. C., Grap, M. J., Li, D., Medina, J., Mularski, R. A.,... Sessler, C. N. (2009). Pain management principles in the critically ill. *Chest, 135*(4), 1075-1086.
- Ferrell, B. R., & McCaffery, M. (1987). Nurses' knowledge of pain assessment and management. How much progress have we made?. *Journal of Pain and Symptom Management, 14*, 175-188.
- Ferrell, B. R., & McCaffery, M. (2008). Nurses' knowledge of pain assessment and management. How much progress have we made?. *Journal of Pain and Symptom Management, 14*, 175-188.
- Finley, G. A., Kristjánsdóttir, Ó., & Forgeron, P. A. (2009 ). Cultural influences on the assessment of children's pain. *Pain Research & Management, 14*(1), 33 - 37.
- Fowler, L., & Marmo, S. (2010). Pain assessment tool in the critically ill post open heart surgery patient population. *Pain Management Nurses, 11*(3), 134-140. doi:10.1016/j.pmn.2009.05.007
- Gaskin, D. J., & Richard, P. (2012). The economic costs of pain in the United States. *The Journal of Pain, 13*(8), 15-24. doi:10.1016/j.jpain.2012.03.009
- Gillian, A. H. (2011). Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care & Research, 63*(11), 240-250.

- Gregory, J. (2011). *An exploration of factors impacting on changing pain assessment practice on a medical unit*. (Unpublished PhD thesis). Manchester Metropolitan University, Manchester, England.
- Hamers, J. H. P. (1994). The influence of children's vocal expression, age, medical diagnosis and information obtained from parents on nurses' pain assessments and decisions regarding interventions. *Pain*, 65(1), 53-61.
- Hatfield, L. A. (2008). Sucrose decreases infant biobehavioral pain response to immunizations: A randomized controlled trial. *Journal of Nursing Scholarship*, 40, 219-225.
- Helms, E., & Baron, P. (2008). Physiology and treatment of pain. *Critical Care Nurse*, 28(6), 38-49.
- Hockenberry, M. J. (2005). *Wong's essentials of pediatric nursing* (7th ed., pp. 81-89). St. Louis, MO: ELSEVIER.
- Hozzain, S. (2010). *Nurses' knowledge and attitudes, and pain management practice of post-operative children in Bangladesh*. Master of Nursing Science, Prince of Songkla University, Songkhla.
- International Association for the Study of Pain. (2019). *IASP pain terminology*. Retrieved from <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm#Pain>.
- Jacob, E. (2011). Pain assessment and management in children. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (eds.), *Wong's nursing care of infant and children* (9th ed., pp.179-223). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.
- James, L. D. (1992). Goal specification in cognitive behavioral therapy for chronic headache pain. *Behavior Therapy*, 24, 305-320.
- James, S. R., Nelson, K. A., & Ashwill, J. W. (2013). Nursing care of children: Principles and practice. *American Journal of Nursing*, 231(4), 605.

- Jeans, M. E., & Melzack, R. (1992). Conceptual basic of nursing practice: Theoretical foundation of pain. In J. H. Watt-Watson & M. I. Donovan (eds.), *Pain management: Nursing perspective* (pp. 9-29). London: Mosby-Year Book.
- Johansson, M., & Eva, K. (2009). The COMFORT behavioral scale and the modified FLACC scale in paediatric intensive care. *Nursing in Critical Care*, *14*(3), 122–130. doi: 10.1111/j.1478-5153.2009.00323.x
- Johnston, C. C., & Strada, M. E. (1986). Acute pain response in infants: A multidimensional description. *Pain*, *24*(3), 373-382.
- Kain, Z., Mayes, L., Caldwell-Andrews, A. A., Karas, D., & McClain, B. (2006). Preoperative anxiety, postoperative pain and behavioral recovery in young children undergoing surgery. *Pediatrics*, *118*(2), 651-658.
- Laskin, M. E. A. (2002). Pain management. In L. White & G. Duncan (Eds.), *Medical-surgical nursing: An integrated approach* (2nd ed., pp. 281-305). Australia: Delmar.
- Launiala, A. (2009). How much can a KAP survey tell us about people's knowledge, attitudes and practices? Some observations from medical anthropology research on malaria in pregnancy in Malawi. *Anthropology Matters Journal*, *11*(1), 1-13.
- Lee, J. Y., & Jo, Y. Y. (2014). Attention of post operative pain control in children. *Korean Journal Anesthesiol*, *66*, 3-8. doi:10.4097/kjae.2014.66.3.183.
- Li, D., Pentillo, K., & Miaskowski, C. (2008). A review of objective pain measures for use with critical care adult patients unable to self-report. *The Journal of Pain*, *9*, 2-10.
- Luckett, T. R., & Hay, S. R. (2013). Analgesia, sedative, and neuromuscular blockade. In M. F. Hasinski (Ed.), *Nursing care of the critically ill child* (3rd ed., pp. 77-99). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Mathew, P. J. (2011). Knowledge attitude and practice of pediatric critical care nurses towards pain: Survey in a developing country setting. *Journal of Postgraduate Medicine*, *57*(3), 196-200.

- McBride, M. (1977). Can you tell me where it hurts? Assessing children with pain. *Pediatric Nursing*, 3, 4-7.
- McCaffery, M. (1979). *Nursing management of the patient with pain*. Philadelphia: J. P. Lippincott.
- McCaffery, M. (1990). Nursing approaches to nonpharmacological pain control. *International Journal of Nursing Studies*, 27(1), 1-5.
- McCaffery, M., & Beebe, A. (1989). *Pain: Clinical manual for nursing practice*. St. Louis: Mosby.
- McGrath, P. J., Johnson, G., Goodman, J. T., Dunn, J., & Chapman, J. (1985). CHEOPS: A behavioral scale for rating postoperative pain in children. In: H. L. Fields, R. Dubner, & F. Cervero (Eds). *Advances in pain research and therapy* (pp. 395–402). New York: Raven.
- McGrath, P. A. (1990). *Pain in children: Nature, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press.
- McDonald, M. E. (2002). *Systematic assessment of learning outcome: Developing multiple choice exams*. Sudbury, M A: Jones and Bartlett.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *American Association for the Advancement of Science*, 150, 971-979. doi:10.1126/science.150.3699.971
- Melzack, R., Wall, P. D., & Ty, T. C. (1982). Acute Pain in an emergency clinic: Latency of onset and descriptor patterns related to different injuries. *Pain*, 14(1), 33-43.
- Merkel, S. I., Voepel, L. T., Shayevitz, J. R., & Malviya, S. (1997). The FLACC: A behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatric Nursing*, 23(3), 293-297.
- Monitto, C. L., & Kost-Byerly, S. (2011). The optimal dose of prophylactic intravenous naloxone in ameliorating opioid induced side effects in children receiving intravenous patient-controlled analgesia morphine for moderate to severe pain: A dose finding study. *Anesthesia and Analgesia*, 113(4), 34-42.



- Narayan, M. C. (2010). Culture's effects on pain assessment and management. *The American Journal of Nursing*, 110(4), 38-47. doi:10.1097/01.NAJ.0000370157.33223.6d
- Nelson. (2013). Delayed onset muscle soreness massage effective. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 17(4), 475-482.
- Petovello, K. (2012). Pediatric procedural pain management a review. *International Journal of Child*, 3(4), 10-29.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pun, B. T., & Dun, J. (2007). The sedation of critically ill adults: Part 1 assessment. *The American Journal of Nursing*, 107(7), 40-48.
- Reid, G. (1995). Cues parents use to assess postoperative pain in their children. *The Clinical Journal of Pain*, 11(3), 229-235.
- Reuter, R. K., & Bolick, B. (2012). *Pediatric acute care: A guide for interprofessional practice*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Sasseron, A. B., Figueiredo, C., Trova, K., Cardoso, A. L., Lima, N. M., Olmos, S. C., & Petrucci, O. (2009). Does the pain disturb the respiration function after heart surgeries? *The Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, 24(4), 490-496.
- Seer, K. (1994). Pain. In M. F. Alexander, J. N. Fawcett, & P. J. Runciman (Eds.), *Nursing practice: Hospital and home – the adult* (pp. 615-635). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Sessler, C. N., & Varney, K. (2008) Patient-focused sedation and analgesia in the ICU. *Chest*, 33(2), 552-650.
- Simpson, R. S. (2008). Acute pain management in the intensive care unit. In P. E. Macintyre, S. M. Walker, & D. J. Rowbotham (Eds.), *Clinical pain management: Acute pain* (pp. 343-359). London: Hodder Arnold.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Smeltzer and Bare's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. New York: Lippincott Williams & Wilkins.

- Stewart, M. L. (1977). Measurement of clinical pain. In A. K. Jacox (Ed.), *Pain: A source book for nurse and another health professional* (pp. 107-137). Boston: Little, Brown.
- Suprana, B. (2010). *Knowledge and attitudes of nurse and their practices regarding post-operative children in Bangladesh*. Master of Nursing Science, Prince of Songkla University, Songkhla.
- Suraseranivongse, S., Santawat, U., Kraiprasit, K., Petcharatana, S., Prakkamodom, S., & Muntraporn, N. (2001). Cross-validation of a composite pain scale for preschool children within 24 hours of surgery. *British Journal of Anaesthesia*, 87(3), 400-405.
- Tanabe, P., & Buschmann, M. B. (2000). Emergency nurses' knowledge of pain management principles. *Journal of Emergency Nursing*, 26, 299-305.
- Taylor, C., Lillis, C., & Lemone, P. (2011). *Fundamentals of nursing: The art and science of nursing care* (7th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott.
- Treede, R. D. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, 156(6), 10-23.
- Twycross, A. (2010). Managing pain in children: Where to from here? *Journal of Clinical Nursing*, 19, 15-16.
- Twycross, A. (2013). Nurses' views about the barriers and facilitators to effective management of pediatric pain. *Pain Management Nurses*, 164(14), 69-72.
- Vargas-Schaffer, G. (2010). Is the WHO analgesic ladder still valid? *Canadian Family Physician*, 56, 514 -517.
- Vilarruel, A. M., & Montellano D. E. (1992). Culture and pain: A Mesoamerican perspective. *Advanced in Nursing Science*, 15, 21-32.
- Vincent, C. V. H. (2005). Nurses' knowledge, attitudes, and practices: Regarding children's pain. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 30, 177-183.
- Vincent, K. (2010). Sex hormones and pain: The evidence from functional imaging. *Current Pain and Headache Reports*, 14(5), 396-403.
- Vincent, C. V. H., & Denyes, M. J. (2004). Relieving children's pain: Nurses' abilities and analgesic administration practices. *Journal of Pediatric Nursing*, 19(1), 40-50.

- Watt-Watson, J., Stevens, B., Garfinkle, P., Streiner, D., & Gallop, R. (2001). Relationship between nurses pain knowledge and pain management outcomes for their postoperative cardiac patients. *Journal of Advanced Nursing*, 36(4), 535-545.
- Whaley, L. F., & Wong, D. L. (1997). *Nursing care of infants and children*. London: C. V. Mosby.
- Wilkie, D. J., Judge, M. K., Berry, D. L., Dell, J., Zong, S., & Gillespie, R. (2003). Usability of a computerized pain report in the general public with pain and people with cancer pain. *Journal of Pain & Symptom Management*, 25(3), 213–224.
- Witt, N., Coynor, S., Edwards, C., & Bradshaw, H. (2016). A Guide to Pain Assessment and Management in the Neonate. *Current Emergency and Hospital Medicine Reports*, 4, 1-10.
- Wong, D. L. (1999). *Nursing care of infants and children* (6th ed). St. Louis, MO: Mosby.
- Wright, A., & Sluka, K. A. (2001). Nonpharmacological treatments for musculoskeletal pain. *The Clinical Journal of Pain*, 17(1), 33-46.
- Young, J., Siffleet, J., Nikoletti, S., & Shaw, T. (2006). Use of a behavioral pain scale to assess pain in ventilated, unconscious and/ or sedated patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22(1), 32-39.
- .

**ภาคผนวก**

**ภาคผนวก ก**  
**การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง**

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของพยาบาล โดยใช้การประมาณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างประมาณ 88 คน กำหนดค่าดังนี้

1. level of Power ( $\beta$ ) = .80
2. Alpha ( $\alpha$ ) = .05
3. Effect size .31

Estimated population correlation coefficient ( $r$ )										
Power	.10	.15	.20	.25	.30	.40	.50	.60	.70	.80
.60	489	218	123	79	55	32	21	15	11	9
.70	616	274	155	99	39	69	26	18	14	11
.80	785	349	197	126	88	50	32	23	17	13
.90	1050	468	263	169	118	67	43	30	22	17
.95	1297	577	325	208	145	82	53	37	27	21

กลุ่มตัวอย่างได้จากการเปิดตารางขนาดตัวอย่างประมาณจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ กำหนดขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาได้จากงานวิจัยที่ผ่านมาที่ใกล้เคียงที่สุด  $r = 0.31$  เกณฑ์ที่ยอมรับได้อัลฟา ( $\alpha$ ) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 เปิดตารางหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Polit & Beck, 2008) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 88 คน

ภาคผนวก ข  
เครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามงานวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ กับการจัดการความ  
ปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาล 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความ  
ปวด 50 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการจัดการความปวด 22 ข้อ

### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาล

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ใน  ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. อายุ.....ปี
2. เพศ  
 ชาย       หญิง
3. ศาสนา  
 พุทธ       อิสลาม       คริสต์       อื่นๆ ระบุ.....
4. ระยะเวลาการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ.....ปี
5. ปัจจุบันท่านทำงานในหอผู้ป่วยเด็กกvikฤต  
 ใช่       ไม่ใช่
6. ท่านปฏิบัติงานให้หอผู้ป่วยเด็กกvikฤตมาเป็นระยะเวลา.....ปี
7. วุฒิการศึกษาสูงสุดในสาขาการพยาบาลของท่านคืออะไร  
 1.ปริญญาตรี  
 2.ปริญญาโท ระบุสาขา.....  
 3.ปริญญาเอก ระบุสาขา.....  
 4. อื่นๆ ระบุ.....
8. ปัจจุบันท่านทำหน้าที่ในตำแหน่งอะไร  
 พยาบาลปฏิบัติการ       พยาบาลชำนาญการ       หัวหน้าหอผู้ป่วย
9. ท่านอ่านวารสารเกี่ยวกับการพยาบาล/วารสารความปวดในเด็กบ่อยแค่ไหน  
 ทุกๆเดือน       3 เดือนครั้ง       ปีละครั้ง       ไม่เคย  
 อื่นๆ ระบุ.....
10. เมื่อท่านศึกษาระดับปริญญาตรี เนื้อหาการจัดการความปวดในเด็กถูกบรรจุในหลักสูตรหรือไม่  
 ใช่       ไม่ใช่       ไม่แน่ใจ
11. ท่านเคยให้การพยาบาลแก่เด็กที่มีความปวดด้วยตัวท่านเองหรือไม่  
 ใช่       ไม่ใช่       ไม่แน่ใจ
12. ท่านเคยได้รับการอบรมในหัวข้อ การจัดการความปวดในเด็กหรือไม่  
 เคย       ไม่เคย
13. ในโรงพยาบาล/หอผู้ป่วยของท่านมีการจัดทำมาตรฐานหรือแนวทางการปฏิบัติ (guideline) เกี่ยวกับการจัดการความปวดในเด็กหรือไม่  
 มี       ไม่มี       ไม่แน่ใจ





### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการจัดการความปวด

คำชี้แจง: โปรดวงกลมคำตอบที่แสดงในสิ่งที่ท่านปฏิบัติจริงในการปฏิบัติกรพยาบาล

ระดับ (คะแนน)	ความหมาย
1 ไม่เคย	หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย
2 นานๆครั้ง	หมายถึง ปฏิบัตินานๆครั้ง
3 บางครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้งหรือเป็นส่วนน้อย
4 บ่อยครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติส่วนใหญ่หรือเกือบทุกครั้ง
5 ทุกครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติสม่ำเสมอทุกครั้ง

ตัวอย่าง ถ้าเด็กมีอุณหภูมิร่างกายสูง ท่านจะเช็ดตัวลดไข้ทันที ถ้าท่านทำเช่นนี้บ่อยครั้ง

ท่านสามารถวงกลมเลข 4

5	4	3	2	1
ทุกครั้งที่	บ่อยครั้งที่	บางครั้ง	นานๆครั้งที่	ไม่เคย

1. การประเมินความปวดหลังผ่าตัดของเด็ก ท่านสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็ก (เช่น การตื่นตัว ร้องไห้ การจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกาย การถอยหนี การร้องรอน หรือการไม่ยอมพูด)

5	4	3	2	1
ทุกครั้งที่	บ่อยครั้งที่	บางครั้ง	นานๆครั้งที่	ไม่เคย

2. การประเมินความปวดหลังผ่าตัดของเด็ก ท่านสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของเด็ก (เช่น ความดันโลหิต อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ อุณหภูมิกาย หรือความอิ่มตัวของ O<sub>2</sub>)

5	4	3	2	1
ทุกครั้งที่	บ่อยครั้งที่	บางครั้ง	นานๆครั้งที่	ไม่เคย

3. ....

4. ....

## ภาคผนวก ก

## ใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ข้าพเจ้า นายฮัมดี มาแย นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ศศ.ดร. วันธณี วิรุพท์พานิช และ ศศ.ดร.พิสมัย วัฒนสิทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ กับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวดของพยาบาล ศึกษาการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบ/วิธีการในการส่งเสริมให้พยาบาลที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยเด็กวิกฤต มีการจัดการความปวดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ ความปวดในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามงานวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ กับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ซึ่งในการตอบแบบสอบถามอาจมีความเสี่ยงทำให้ท่านปวดเมื่อยสาหัส ซึ่งท่านสามารถพักและเมื่อหายปวดเมื่อยสาหัสแล้วท่านมาตอบแบบสอบถามอีกครั้งได้ ข้อมูลที่ได้จากท่านจะถูกปิดเป็นความลับ โดยข้อมูลจะถูกนำเสนอในภาพรวม การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ท่านมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อท่าน หากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับวิจัยในครั้ง นี้ ท่านสามารถติดต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ศศ.ดร. วันธณี วิรุพท์พานิช โทร 081-2759116 และ ผู้วิจัยโดยตรงที่ นายฮัมดี มาแย เบอร์โทรศัพท์ 085-4726412

สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

หากท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ท่านสามารถแสดงความร่วมมือ โดยการลงนามด้านล่างข้อความนี้

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมวิจัย)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**ภาคผนวก ง**  
**ผลวิจัยเพิ่มเติม**

ตาราง 4

จำนวนและร้อยละของพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดได้ถูกต้อง

คำถาม	n	%
10. ผู้ป่วยเด็กแต่ละคนจะมีประสบการณ์ความปวดหลังผ่าตัดที่แตกต่างกัน	116	99.1
15. หลังผ่าตัด เด็กอาจจะร้องไห้จากหลายสาเหตุไม่ใช่จากแผลผ่าตัดเท่านั้น	115	98.3
33. ผลข้างเคียงของยามอร์ฟินที่พบบ่อยที่สุด คือ การกดศูนย์หายใจ	115	98.3
19. การประเมินความปวดควรกระทำก่อนและหลังให้ยาแก้ปวด	114	97.4
43. ในช่วงระหว่างการดูแลผู้ป่วยเด็ก การดูแลให้เกิดความสุขสบายและการจัดท่าที่เหมาะสมจะช่วยให้อลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ซึ่งจะส่งผลให้สามารถลดอาการปวดได้	114	97.4
9. ประสบการณ์ความปวด จะมีผลกระทบต่อจิตใจ ระบบประสาทและพัฒนาการส่วนบุคคลของเด็ก	113	96.6
11. สาเหตุของอาการปวดหลังผ่าตัดเกิดจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ	113	96.6
13. ความเหนื่อยล้าและอาการไม่สุขสบายหลังผ่าตัดจะส่งผลทำให้ความปวดเพิ่มขึ้น	113	96.6
29. การประเมินความปวดให้ได้เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกในการจัดการความปวดหลังการผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพ	111	94.9
2. เมื่อเด็กได้รับความปวด ความปวดจะลดลงหรือหายไปเองทันทีทันใดโดยอัตโนมัติ	111	94.9
14. ความกลัวและความวิตกกังวลจากการถูกแยกจากพ่อแม่ จะส่งผลทำให้ความปวดเพิ่มขึ้น	107	91.5
31. การควบคุมความปวดในเด็ก ด้วยยามอร์ฟิน ควรให้เด็กได้รับยาตามคำสั่งของแพทย์ ทุก 4-6 ชั่วโมงหรือเมื่อจำเป็น (PRN)	107	91.5
49. การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เช่น การผูกยึดเนื่องจากต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ทำให้เกิดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และเกิดความปวดได้	106	90.6
47. การดูแลเหมาะสมจากท่อช่วยหายใจแต่ละครั้งทำให้เด็กเกิดความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรงได้	104	88.9

ตาราง 4 (ต่อ)

คำถาม	n	%
39. การจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา (เช่น การประคบร้อน การฝังดนตรี การจินตนาการ การสัมผัส) เป็นวิธีการที่ควบคุมความปวดระดับปานกลางได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่แทบจะไม่ช่วยลดความปวดระดับรุนแรง	102	87.2
40. การอนุญาตให้บิดามารดาอยู่ด้วยและมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กในระหว่างการทำหัตถการที่ทำให้เกิดความปวดหรือหลังผ่าตัด จะช่วยลดอาการปวดของเด็ก	102	87.2
4. พยาบาลที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดจะสามารถจัดการกับความปวดได้ดีกว่า	102	87.2
6. ถ้าเด็กมีประสบการณ์ความปวดบ่อยครั้งและเป็นระยะเวลายาวนาน จะไม่มีผลกระทบต่อพัฒนาการเด็ก	99	84.6
27. เด็กที่มีอายุมากกว่า 6 ปี ส่วนใหญ่สามารถแสดงความรู้สึกของอาการปวดได้อย่างชัดเจน	98	83.8
1. โดยทั่วไปเด็กมีการรับรู้ความปวดน้อยกว่าผู้ใหญ่	97	82.9
35. การสังเกตผลข้างเคียงของยาแก้ปวดชนิดยาเสพติด (opioids) ควรสังเกตอาการหลังได้รับยาอย่างน้อย 20 นาที	97	82.9
21. หลังผ่าตัด ถ้าเด็กดูเหมือนพักผ่อนอยู่คนเดียวได้โดยไม่มีอาการเคลื่อนไหวร่างกาย แสดงว่าเด็กไม่มีความปวดหลังการผ่าตัด	96	82.1
38. พยาบาลไม่ควรให้ยาแก้ปวดอย่างต่อเนื่องในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรก เพราะเด็กอาจติดยาแก้ปวดได้	96	82.1
25. บทบาทของพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดคือการทำตามคำสั่งการรักษาของแพทย์เท่านั้น	95	81.2
44. เด็กควรได้รับคำแนะนำให้ใช้เทคนิคการบรรเทาปวดโดยการไม่ใช้ยาร่วมกับการได้รับยาแก้ปวด	94	80.3
45. ถ้าไม่ทราบแหล่งที่มาของความปวด ยาแก้ปวดไม่ควรถูกนำมาใช้ในช่วงเวลาการประเมินความปวด เพราะการให้ยาจะไปบดบังการค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของความปวดได้	94	80.3
48. การถอดท่อทางเดินหายใจทำให้เด็กเกิดความปวด	93	79.5
34. ยาแก้ปวดหลังผ่าตัดควรให้ตรงตามเวลาที่กำหนดใน 24 ชั่วโมง	92	78.6
26. การเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพที่สังเกตเห็นได้จะต้องสอดคล้องกับคำพูดของเด็กที่บอกว่ามีความปวดรุนแรง	90	76.9

ตาราง 4 (ต่อ)

คำถาม	n	%
17. เด็กที่พูดได้สามารถรายงานระดับความปวดได้ด้วยตนเอง	88	75.2
41. การเบี่ยงเบนความสนใจ โดยการใช้เพลงหรือการเล่าเรื่องระหว่างการทำหัตถการที่รุนแรงจะช่วยลดอาการปวดของเด็ก	87	74.4
7. ผลกระทบจากความปวดหลังผ่าตัดที่ไม่ทุเลาลง มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา รวมถึงกล้ามเนื้อมีความตึงตัว และความยืดหยุ่นของผนังทรวงอก	86	73.5
8. ประสบการณ์ความปวดที่ผ่านมา ไม่มีผลต่อการเพิ่มความปวดหลังการผ่าตัดที่มีอยู่ในปัจจุบัน	86	73.5
16. การประเมินความปวดโดยการสังเกตพฤติกรรมไม่เหมาะสมสำหรับเด็กเล็ก	85	72.6
3. พยาบาลเป็นบุคคลที่ดีที่สุด ที่สามารถบอกความรู้สึกปวดของเด็ก	82	70.1
5. จากความเชื่อด้านวัฒนธรรม และจิตวิญญาณ เด็กหรือพ่อแม่อาจคิดว่าความปวดและความทุกข์ทรมานเป็นสิ่งที่จำเป็น	80	68.4
23. การประเมินความปวดด้านสรีรวิทยาเป็นวิธีที่เหมาะสมมากกว่าการประเมินด้านพฤติกรรมและการรายงานความปวดด้วยตนเองในเด็ก	79	67.5
24. การประเมินความปวดในเด็กวัยเรียน โดยการให้รายงานด้วยตนเองจะมีความน่าเชื่อถือมากกว่าการประเมินด้านสรีรวิทยา	75	64.1
42. นอกเหนือจากปริมาณยาเสพติด (opioids) ชนิดรุนแรง (เช่น มอร์ฟีน) ที่กำหนดให้แล้ว การเพิ่มปริมาณยาหรือเพิ่มความถี่จากที่กำหนดให้ไม่ช่วยลดอาการปวด	74	63.2
30. ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยามอร์ฟีน โดยทั่วไปจะอยู่ในช่วง 6-8 ชั่วโมง	71	60.7
50. การประเมินความปวดในเด็กที่ใส่ท่อช่วยหายใจ จะต้องถามให้เด็กประเมินตนเองก่อนเสมอ ถ้าเด็กตอบไม่ได้จึงจะใช้เครื่องมือในการประเมินความปวด	70	59.8
32. พาราเซตามอล และยาลดการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ เป็นยาแก้ปวดที่ใช้ได้ผลในเด็กที่มีความปวดหลังผ่าตัด	66	56.4
18. เด็กอาจนอนหลับทั้งๆที่มีความปวดอย่างรุนแรง	55	47.0
46. เด็กที่ใส่ท่อช่วยหายใจไม่สามารถประเมินระดับความปวดได้ด้วยตนเอง	49	41.9
37. ยาเพทิดีน (Pethidine) ไม่ถูกแนะนำให้ใช้รักษาอาการปวดหลังผ่าตัดในเด็ก	43	36.8
22. สัญญาณชีพเป็นตัวชี้วัดที่มีความน่าเชื่อถือเสมอในการประเมินความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัด	39	33.3

ตาราง 4 (ต่อ)

คำถาม	<i>n</i>	%
36. หลังจากเริ่มให้ยาแก้ปวดชนิดยาเสพติด (opioids) ในมือแรกแล้ว มียาต่อมา ควรถูกปรับเปลี่ยนตามการตอบสนองของผู้ป่วยแต่ละคน	36	30.8
28. เด็กส่วนใหญ่ไม่บอกเมื่อมีความปวด	33	28.2
20. เด็กที่ถูกเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการปวดมักจะไม่มีอาการปวดที่รุนแรง	26	22.2
12. หลังผ่าตัด ถ้าเด็กมีอาการปวดอย่างรุนแรง เด็กอาจจะแสดงอาการผิดปกติออก ทางสัญญาณชีพ	2	1.7

ตาราง 5

จำนวนและร้อยละของพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามการจัดการความปวด

ข้อ	การจัดการความปวดของพยาบาลในเด็ก	ระดับ (คะแนน)									
		5		4		3		2		1	
		n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
7.	ท่านสังเกตอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด (เช่น ยามอร์ฟีน) หลังให้ยากับเด็ก	98	83.8	17	14.4	0	0	1	0.9	1	0.9
8.	หลังจากเด็กได้รับยาเสพติด (opioids) (เช่น มอร์ฟีน) ท่านสังเกตอาการข้างเคียงต่อไปนี้ หายใจลำบาก ผื่นแพ้ คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น	93	79.5	19	16.2	2	1.7	1	0.9	2	1.7
11.	ท่านประเมินความปวดของเด็กซ้ำหลังจากให้ยาแก้ปวด เพื่อประเมินประสิทธิผลของยาแก้ปวด	83	70.9	26	22.2	5	4.3	3	2.6	0	0
6.	ท่านบริหารยาแก้ปวดแก่เด็กตามเวลาที่กำหนดไว้ใน 24 ชั่วโมง ตามคำสั่งการรักษาของแพทย์	74	63.2	36	30.8	7	6.0	0	0	0	0
2.	การประเมินความปวดหลังผ่าตัดของเด็ก ท่านสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของเด็ก (เช่น ความดันโลหิต อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ อุณหภูมิกาย หรือความอิ่มตัวของ O2)	70	59.8	41	35.0	4	3.4	1	0.9	1	0.9
3.	หลังผ่าตัด ท่านประเมินความปวดของเด็กทุกคนอย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อแวน	70	59.7	40	34.2	3	2.6	1	0.9	3	2.6
17.	หลังผ่าตัด ท่านจัดทำให้เด็กอยู่ในท่าที่สุขสบาย เพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดของเด็ก	61	52.1	53	45.3	2	1.7	0	0	1	0.9

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อ	การจัดการความปวดของพยาบาลในเด็ก	ระดับ (คะแนน)									
		5		4		3		2		1	
		<i>n</i>	ร้อยละ	<i>n</i>	ร้อยละ	<i>n</i>	ร้อยละ	<i>n</i>	ร้อยละ	<i>n</i>	ร้อยละ
1.	การประเมินความปวดหลังผ่าตัดของเด็ก ท่านสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็ก (เช่น การตื่นตัว ร้องไห้ การจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกาย การถอยหนี การร้องร่น หรือการไม่ยอมพูด)	55	47.0	54	46.1	7	6.0	0	0	1	0.9
13.	หลังผ่าตัด ท่านพูดคุยกับเด็กด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล เพื่อให้เด็กเกิดความสุขสบาย เมื่อเด็กมีอาการปวด	49	41.9	58	49.6	10	8.5	0	0	0	0
14.	หลังผ่าตัด ท่านจัดสภาพแวดล้อมให้เงียบและสงบเพื่อช่วยให้เด็กนอนหลับได้ง่ายขึ้น	46	39.3	59	50.4	11	9.4	0	0	1	0.9
18.	หลังผ่าตัด ท่านบอกเด็กให้บอกพยาบาล เมื่อเด็กมีอาการปวด	36	30.7	59	50.4	12	10.3	7	6.0	3	2.6
19.	ท่านถามและช่วยเด็กในการประทับประคองส่วนที่มีความปวด เมื่อเด็กมีการเคลื่อนไหวหรือไอหลังผ่าตัด	35	29.9	74	63.2	7	6.0	1	0.9	0	0
4.	ในการประเมินความปวดของเด็ก ท่านใช้เครื่องมือประเมินความปวดด้วยตัวเอง (เช่น VAS, FACE scale)	34	29.1	51	43.6	24	20.5	6	5.1	2	1.7
5.	ในการประเมินความปวดของเด็ก ท่านใช้เครื่องมือประเมินพฤติกรรมความปวด (เช่น FLACC)	31	26.5	44	37.6	29	24.8	4	3.4	9	7.7



ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อ	การจัดการความปวดของพยาบาลในเด็ก	ระดับ (คะแนน)									
		5		4		3		2		1	
		<i>n</i>	ร้อยละ	<i>n</i>	ร้อยละ	<i>n</i>	ร้อยละ	<i>n</i>	ร้อยละ	<i>n</i>	ร้อยละ
15.	หลังผ่าตัด ท่านให้คำแนะนำและเปิดโอกาสให้พ่อแม่ช่วยบรรเทาความปวดแก่เด็ก	31	26.5	57	48.7	24	20.5	4	3.4	1	0.9
16.	หลังผ่าตัด ท่านให้พ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินความปวดของเด็ก (เช่น ถามเด็กว่าเขา/เธอมีอาการปวด โดยใช้คำและภาษาที่คุ้นเคย)	30	25.6	59	50.4	18	15.4	9	7.7	1	0.9
22.	ท่านประเมินความปวดหลังผ่าตัดหรือจากการได้รับหัตถการในเด็กที่ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยใช้เครื่องมือประเมินพฤติกรรม เช่น Modified FLACC, COMFORT-B, NIPS, CHEOPS เป็นต้น	26	22.2	56	47.9	16	13.7	8	6.8	11	9.4
10.	ท่านให้ยาแก้ปวดเพิ่มเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อมีความจำเป็น (PRN หรือ SOS)	25	21.4	40	34.2	30	25.6	7	6.0	15	12.8
20.	ท่านประเมินความปวดหลังผ่าตัดหรือจากการได้รับหัตถการในเด็กที่ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยใช้ลักษณะท่าทาง ภาษากาย ทุกครั้งก่อนเสมอ	25	21.4	64	54.7	20	17.1	6	5.1	2	1.7
21.	ท่านประเมินความปวดหลังผ่าตัดหรือจากการได้รับหัตถการในเด็กที่ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยใช้เครื่องมือประเมินความปวดด้วยตนเอง เช่น VAS, FACE scale, Numeric Rating Scale, color analog scale เป็นต้น	23	19.7	55	47.0	20	17.1	10	8.5	9	7.7

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อ	การจัดการความปวดของพยาบาลในเด็ก	ระดับ (คะแนน)									
		5		4		3		2		1	
		<i>n</i>	ร้อยละ	<i>n</i>	ร้อยละ	<i>n</i>	ร้อยละ	<i>n</i>	ร้อยละ	<i>n</i>	ร้อยละ
12.	หลังผ่าตัด ท่านเบี่ยงเบนความสนใจของเด็กจากความปวดโดยใช้เทคนิค หลากหลาย (เช่น การให้ตุ๊กตาของเล่น การฟังเพลง การเล่าเรื่อง การสัมผัส)	17	14.4	48	41.0	39	33.3	10	8.5	3	2.6
9.	ท่านให้ยาแก้ปวดแก่เด็ก โดยท่านตัดสินใจเอง	8	6.8	23	19.7	26	22.2	11	9.4	49	41.9

## ตาราง 6

จำนวนและร้อยละของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้ แบ่งตามระดับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด และการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้ (N = 117)

ระดับคะแนน	จำนวน (n)	ร้อยละ
ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด		
ระดับสูง	30	25.6
ระดับปานกลาง	85	72.7
ระดับต่ำ	2	1.7
การจัดการความปวดของพยาบาล		
ระดับสูง	69	59.0
ระดับปานกลาง	47	40.2
ระดับต่ำ	1	0.8

ภาคผนวก จ  
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ

ตาราง 9

แสดงการแจกแจงข้อมูลความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปลอดภัยและการจัดการความปลอดภัย และการจัดการความปลอดภัย

ตัวแปร	Skewness	Z-Value	Kurtosis	Z-Value
ความรู้และทัศนคติ	-0.125	-0.558	0.260	0.585
การจัดการความปลอดภัย	-0.389	-1.736	0.880	1.981

SE ของ Skewness = 0.224

SE ของ Kurtosis = 0.444

จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยตรวจสอบการแจกแจงข้อมูล พบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ (normal distribution) โดยดูจากค่า Z-value ของความเบ้ (Skewness) และความโด่ง (Kurtosis) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการทดสอบ

## ภาคผนวก ฉ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงด้านเนื้อหาของแบบสอบถามความรู้และทัศนคติ  
กับการจัดการความปลอดภัยของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

- |   |   |
|---|---|
| 1. อาจารย์ นายแพทย์ ปณณวิชญ์ เบญจวิทย์มาศ | หัวหน้าภาควิชาวิสัญญีวิทยา<br>คณะแพทยศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข ศิริพูล       | ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพเด็ก<br>คณะพยาบาลศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยขอนแก่น     |
| 3. นางกัลยาณี ท่าเงิน                     | หัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก (PICU)<br>โรงพยาบาลสงขลานครินทร์             |

**ประวัติผู้เขียน**

ชื่อ สกุล	นายอัมดี มาแย	
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5710420032	
วุฒิการศึกษา		
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยบรมราชชนนี ตรัง	2554

**ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน**

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ตึกกุมารเวชกรรม 1 โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์