

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย และการอภิปรายผล

#### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ความรู้ ทักษะ และการจัดการกับความปวดของพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระดับความรู้ ทักษะ ของพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ระดับการปฏิบัติในการจัดการความปวดของพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ศัลยกรรมหญิง ในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเดือน มิถุนายน 2548 ผลการวิเคราะห์ ข้อมูล นำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตารางนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 3 ทักษะของพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามจำนวน 200 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 98.5 พบว่ามีช่วงอายุระหว่าง 26-30 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 44.5 น้อยที่สุดคือช่วงอายุระหว่าง 46-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 1.5 จำนวน 3 คน อายุเฉลี่ย 31.83 ปี (SD=6.39) มีสถานภาพสมรสโสดมากกว่าครึ่งหนึ่งคือร้อยละ 55 นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 87 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 93.5 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมากที่สุดในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.0 ระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 7.42 ปี (SD=.409) พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่เคยมี

ประสบการณ์เข้ารับการฝึกอบรมเรื่องความปลอดภัย/การจัดการความปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 53.5 และไม่เคยมีประสบการณ์เข้ารับการฝึกอบรมเรื่องผู้สูงอายุ/การดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 73.5 (ตาราง 2)

## ตาราง 2

แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การเข้ารับการฝึกอบรม ( $N = 200$ )

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	197	98.5
ชาย	3	1.5
<b>อายุ (ปี) (<math>\bar{X}=31.83, SD=6.39</math>)</b>		
21-25	27	13.5
26-30	89	44.5
31-35	25	12.5
36-40	34	17.0
41-45	22	11.0
46-50	3	1.5
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	100	55.0
คู่	86	43.0
หม้าย/หย่า/แยก	4	2.0
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	174	87.0
คริสต์	3	1.5

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อิสลาม	23	11.5
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	187	93.5
ปริญญาโท	13	6.5
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ( $\bar{X}$ =7.42, SD=.409)		
1-5	102	51.0
6-10	52	26.0
11-15	19	9.5
16-20	20	10.0
21-25	7	3.5
ประสบการณ์การเข้ารับการฝึกอบรม		
ความปวด/การจัดการความปวด		
เคย	93	46.5
ไม่เคย	107	53.5
ผู้สูงอายุ/การดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัด		
เคย	53	26.5
ไม่เคย	147	73.5

### ส่วนที่ 2 ความรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด

จากการศึกษา พบว่า ความรู้ของพยาบาลในด้านการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุที่เกี่ยวกับความปวดคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 39.5 (SD=.16) อยู่ในระดับพอใช้ ด้านผลกระทบของความปวดต่อผู้สูงอายุ คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 64.4 (SD=.17) อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการจัดการความปวดแก่ผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้คือ การประเมินความปวดคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 39.7 (SD=.14) อยู่ในระดับพอใช้ การจัดการความปวดโดยวิธีการใช้ยาความรู้ของพยาบาลคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 49.2

(SD=.13) อยู่ในระดับปานกลาง และการจัดการความปวดโดยวิธีการไม่ใช้ยาของพยาบาลคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 55.6 (SD=55.6) อยู่ในระดับปานกลาง และความรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดโดยรวมทุกด้านคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 49.6 (SD=.09) อยู่ในระดับพอใช้ (ตาราง 3)

### ตาราง 3

ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความรู้ของของพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด (N=200)

ความรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
1. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุที่เกี่ยวกับความปวด	39.5	.16	พอใช้
2. ผลกระทบของความปวดต่อผู้สูงอายุ	64.4	.17	ปานกลาง
3. การจัดการความปวดแก่ผู้สูงอายุ			
3.1 การประเมินความปวด	39.7	.14	พอใช้
3.2 การจัดการความปวดโดยวิธีการใช้ยา	49.2	.13	พอใช้
3.3 การจัดการความปวดโดยวิธีการไม่ใช้ยา	55.6	.11	ปานกลาง
ความรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด (โดยรวม)	49.6	.09	พอใช้

เมื่อพิจารณาความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเป็นรายข้อ พบว่าเมื่อจัดอันดับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามความรู้ได้ถูกต้องสูงเป็น 5 อันดับแรก ได้แก่ความรู้ในเรื่อง 1) ความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 96.5) 2) การประเมินความปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุควรซักประวัติเกี่ยวกับลักษณะความรุนแรงและตำแหน่งที่ปวด (ร้อยละ 95.5) 3) การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ในผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็น (ร้อยละ 94.5) 4) การใช้เทคนิคการผ่อนคลายในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดทำให้กล้ามเนื้อบริเวณที่ปวดคลายตัว (ร้อยละ 94) 5) การสอนวิธีการจัดการหรือควบคุมความปวดหลังผ่าตัดให้แก่ผู้สูงอายุตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดจะช่วยให้อาการความปวดได้ดี (ร้อยละ 93.5) (ตาราง 4)

นอกจากนี้เมื่อพิจารณา ข้อคำถามความรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุ หลังผ่าตัด ที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามความรู้ได้ถูกต้องเป็น 5 อันดับสุดท้ายได้แก่ 1) การใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลขต้องมีเครื่องมือมาแสดงประกอบ จึงจะสามารถประเมินความปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุได้แม่นยำ (ร้อยละ 6.5) 2) การเบี่ยงเบนความสนใจในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดได้ผลดีเมื่อใช้เวลาสั้นๆ (ร้อยละ 8.5) 3) การบริหารยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์โดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อเป็นวิธีที่เหมาะสม (ร้อยละ 9.5) 4) ยามีการดูดซึมได้ดีในผู้สูงอายุเมื่อให้โดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (ร้อยละ 9.5) 5) มาตรวัดความปวดด้วยสายตาในผู้สูงอายุเพื่อวัดความปวดหลังผ่าตัด สามารถจัดพิมพ์โดยใช้ตัวหนังสือขนาดปกติ (ร้อยละ 14.0) (ตาราง 5)

#### ตาราง 4

ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนผู้ตอบถูกมากที่สุด 5 อันดับแรก ของข้อคำถามความรู้ของพยาบาล ในการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด จำแนกตามรายชื่อ (N=200)

ความรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวด	ตอบถูก ร้อยละ
คำถาม 5 อันดับแรกที่มีจำนวนผู้ตอบถูกมากที่สุด	
1. ความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น และความดันโลหิตเพิ่มขึ้น	96.5
2. การประเมินความปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุควร ชั่งประวัติเกี่ยวกับลักษณะความรุนแรงและตำแหน่งที่ปวด	95.5
3. การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการ ความปวดหลังผ่าตัด ในผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็น	94.5
4. การใช้เทคนิคการผ่อนคลายในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ทำให้กล้ามเนื้อบริเวณที่ปวดคลายตัว	94.0
5. การสอนวิธีการจัดการหรือควบคุมความปวดหลังผ่าตัดให้แก่ผู้สูงอายุตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดจะช่วยให้จัดการความปวดได้ดี	93.5

## ตาราง 5

ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนผู้ตอบถูกน้อยที่สุด 5 อันดับ ของข้อคำถามความรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด จำแนกตามรายชื่อ (N=200)

ความรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด	ตอบถูก ร้อยละ
คำถาม 5 อันดับแรกที่มีจำนวนผู้ตอบถูกน้อยที่สุด	
1. การใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลขไม่ต้องมีเครื่องมือมาแสดงประกอบก็สามารถประเมินความปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุได้ *	6.5
2. การเบี่ยงเบนความสนใจในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดได้ผลดีเมื่อใช้เวลานาน *	8.5
3. การบริหารยาระงับปวดกลุ่ม โอปิออยด์โดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อเป็นวิธีที่ไม่เหมาะสม *	9.5
4. ยามีการดูดซึมได้น้อยในผู้สูงอายุเมื่อให้โดยการฉีด เข้ากล้ามเนื้อ *	9.5
5. มาตรวัดความปวดด้วยสายตาในผู้สูงอายุเพื่อวัด ความปวดหลังผ่าตัด สามารถจัดพิมพ์โดยใช้ตัว หนังสือขนาดใหญ่ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาการมองเห็น *	14.0

ส่วนที่ 3 ทักษะของพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด

จากการศึกษาทัศนคติของพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในด้านความรู้สึก ความเชื่อ ความคิดเห็นเกี่ยวกับความปวดในผู้สูงอายุ ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=3.11$ ,  $SD=.32$ ) ทักษะคิดในด้านจัดการความปวดในผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน 1) การประเมินความปวด มีทัศนคติระดับสูง (ทางบวก) ( $\bar{X}=3.53$ ,  $SD=.39$ ) 2) การจัดการความปวดโดยวิธีการใช้ยา มีทัศนคติระดับสูง (ทางบวก) ( $\bar{X}=3.34$ ,  $SD=.40$ ) 3) การจัดการความปวดโดยวิธีการไม่ใช้ยา มีทัศนคติระดับสูง (ทางบวก) ( $\bar{X}=3.41$ ,  $SD=.37$ ) ทักษะคิดโดยรวมทุกด้าน ( $\bar{X}=3.35$ ,  $SD=.25$ ) อยู่ในระดับสูง (ทางบวก) เช่นกัน (ตาราง 6)

ตาราง 6

ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับทัศนคติของพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดแยกตามรายด้าน (N=200)

ทัศนคติของพยาบาลในการจัดการความปวด สำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ความรู้สึก ความเชื่อ ความคิดเห็น เกี่ยวกับ ความปวดในผู้สูงอายุ	3.11	.32	ปานกลาง
2. การจัดการความปวดในผู้สูงอายุ			
2.1 การประเมินความปวด	3.53	.39	สูง (ทางบวก)
2.2 การจัดการความปวดโดยวิธีการใช้ยา	3.34	.40	สูง (ทางบวก)
2.3 การจัดการความปวดโดยวิธีการไม่ใช้ยา	3.41	.37	สูง (ทางบวก)
ทัศนคติโดยรวม	3.35	.25	สูง (ทางบวก)

เมื่อพิจารณาทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด โดยแยกเป็นรายชื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติสูง (ทางบวก) โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงเป็น 5 อันดับแรกในเรื่องต่อไปนี้ คือ 1) การให้ความรู้เรื่องการประเมินความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเป็นสิ่งที่ควรและสามารถปฏิบัติได้ทุกราย ( $\bar{X}=3.97, SD=.99$ ) 2) การจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุโดยวิธีการไม่ใช้ยาควรเลือกรวิที่มีความเหมาะสมตามความต้องการของผู้ ( $\bar{X}=3.95, SD=.83$ ) 3) การประเมินสูงอายุ ความสนใจ เช่น การพูดคุยช่วยให้ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดลืมความปวดได้ ( $\bar{X}=3.85, SD=.73$ ) 4) ญาติผู้ป่วยสามารถช่วยประเมินความปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุได้ ( $\bar{X}=3.79, SD=.95$ ) 5) พยาบาลสามารถบอกความรุนแรงความปวดของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดได้โดยการสังเกตพฤติกรรม ( $\bar{X}=3.71, SD=.83$ ) (ตาราง 7)

## ตาราง 7

ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติทางบวกเกี่ยวกับการจัดการความปวด สำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด 5 อันดับแรก (N=200)

ทัศนคติของพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด	$\bar{X}$	SD
คำถาม 5 อันดับแรกที่มีทัศนคติสูง (ทางบวก)		
1. การให้ความรู้เรื่องการประเมินความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเป็นสิ่งที่ควรและสามารถปฏิบัติได้ทุกราย	3.97	.99
2. การจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุโดยวิธีการไม่ใช่ยาควรเลือกวิธีที่มีความเหมาะสมตามความต้องการของผู้สูงอายุ	3.95	.83
3. การเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การพูดคุยช่วยให้ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดลืมความปวดได้	3.85	.73
4. ญาติผู้ป่วยสามารถช่วยประเมินความปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุได้	3.79	.95
5. พยาบาลสามารถบอกความรุนแรงความปวดของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดได้โดยการสังเกตพฤติกรรม	3.71	.83

ส่วนข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่ำ (ทางลบ) 5 อันดับสุดท้าย คือ 1) การรายงานความปวดหลังผ่าตัดจากผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่เชื่อไม่ได้ ( $\bar{X}=2.05$ ,  $SD=.79$ ) 2) ผู้สูงอายุที่ได้รับยาระงับปวดโอปิออยด์ไม่ต้องประเมินความปวดหลังผ่าตัด ( $\bar{X}=2.09$ ,  $SD=.92$ ) 3) ความปวดในผู้สูงอายุมีความรุนแรงน้อยกว่าวัยอื่น ( $\bar{X}=2.26$ ,  $SD=.93$ ) 4) ผู้สูงอายุที่สมองเสื่อมและความจำลดลง ไม่ต้องประเมินความปวด ( $\bar{X}=2.15$ ,  $SD=.99$ ) 5) การประเมินความปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุครั้งแรกควรเป็นบทบาทของแพทย์ ( $\bar{X}=2.46$ ,  $SD=1.17$ ) (ตาราง 8)



## ตาราง 8

ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติทางลบเกี่ยวกับการจัดการความปวดสำหรับ ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใน 5 อันดับสุดท้าย (N=200)

ทัศนคติของพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด	$\bar{X}$	SD
คำถาม 5 อันดับแรกที่มีทัศนคติต่ำ (ทางลบ)		
1. การรายงานความปวดหลังผ่าตัดจากผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่เชื่อไม่ได้	2.05	.79
2. ผู้สูงอายุที่ได้รับยาระงับปวดโอปิออยด์ ไม่ต้องประเมินความปวดหลังผ่าตัด	2.09	.92
3. ความปวดในผู้สูงอายุมีความรุนแรงน้อยกว่าวัยอื่น	2.26	.93
4. ผู้สูงอายุที่สมองเสื่อมและความจำลดลงไม่ต้องประเมินความปวด	2.15	.99
5. การประเมินความปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ ครั้งแรก ควรเป็นบทบาทของแพทย์	2.46	1.17

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีการปฏิบัติในการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด (คะแนน 0-2) ในแต่ละด้านมีคะแนนเฉลี่ยดังนี้ ด้านการประเมินความปวดมีค่าเฉลี่ยคะแนนปฏิบัติ ( $\bar{X}$ =.91, SD =.27) การจัดการความปวดโดยวิธีการใช้ยามีค่าเฉลี่ยคะแนนปฏิบัติ ( $\bar{X}$ =.99, SD=.23) และการจัดการความปวดโดยวิธีการไม่ใช้ยามีค่าเฉลี่ยคะแนนปฏิบัติ ( $\bar{X}$ =.67, SD=.31) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการจัดการความปวดโดยรวมทุกด้าน อยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ยคะแนนปฏิบัติ ( $\bar{X}$ =.91, SD=.17) (ตาราง 9)

ตาราง 9

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุ หลังผ่าตัดแยกตามรายด้าน (N=200)

การปฏิบัติการจัดการความปวด	$\bar{X}$	SD	ระดับ
การประเมินความปวด	.91	.27	ปานกลาง
การจัดการความปวดโดยวิธีการใช้ยา	.99	.23	ปานกลาง
การจัดการความปวดโดยวิธีการไม่ใช้ยา	.67	.31	ปานกลาง
รวมทุกด้าน	.91	.17	ปานกลาง

เมื่อพิจารณารายข้อเกี่ยวกับการปฏิบัติการจัดการความปวดของพยาบาลในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด พบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติมาก 5 อันดับแรกได้แก่ 1) มีการเฝ้าระวัง สังเกตอาการข้างเคียง หลังจากให้ยาระงับปวด เช่น การสังเกตการหายใจมีการปฏิบัติสม่ำเสมอร้อยละ 89.5 2) มีการแจ้งพยาบาลก่อนฉีดทางหลอดเลือดดำ และฉีดยาช้าๆ มีการปฏิบัติสม่ำเสมอร้อยละ 88.5 3) การอธิบายให้ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเข้าใจกรณีที่ยังไม่ถึงเวลาให้ยาระงับปวดว่าการใช้ยาระงับปวดจำนวนมาก ทำให้เกิดอันตรายได้มีการปฏิบัติสม่ำเสมอร้อยละ 75.5 4) ในกรณีที่ให้ยาระงับปวดครบถ้วนตามเวลาแล้ว ผู้ป่วยยังคงปวดอยู่รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาระงับปวดมีการปฏิบัติสม่ำเสมอร้อยละ 73.0 5). ในการประเมินความปวด มีการซักถามลักษณะความปวด ความรุนแรง และตำแหน่งที่ปวดมีการปฏิบัติสม่ำเสมอร้อยละ 65.0 (ตาราง 10)

ตาราง 10

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวด สำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ที่มีการปฏิบัติมาก 5 อันดับ (N=200)

การปฏิบัติของพยาบาล	ปฏิบัติสม่ำเสมอ (ร้อยละ)	ปฏิบัติบางครั้ง (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ (ร้อยละ)
การปฏิบัติ 5 อันดับที่มีการปฏิบัติมาก			
1. มีการเฝ้าระวังสังเกตอาการข้างเคียงหลังจากให้ยาระงับปวดเช่น การสังเกตการหายใจ	89.5	10.5	0
2. การให้ยาระงับปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุทางหลอดเลือดดำก่อนมีเจ็จจาและฉีดยาชาๆ	88.5	10.0	1.5
3. อธิบายให้ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเข้าใจกรณีที่ยังไม่ถึงเวลาให้ยาระงับปวดว่าการใช้ยาระงับปวดจำนวนมากทำให้เกิดอันตรายได้ *	75.5	23.5	1.0
4. ในกรณีที่ให้ยาระงับปวดครบถ้วนตามเวลาแล้วผู้ป่วยยังคงปวดอยู่รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาระงับปวด	73.0	26.0	1.0
5. ในการประเมินความปวด มีการซักถามลักษณะความปวดความรุนแรง และตำแหน่งที่ปวด	65.0	33.5	1.5

\* เป็นข้อความทางลบกล่าวคือปฏิบัติเสมอเป็นจำนวนมากเป็นพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง

ส่วนข้อคำถามการจัดการความปวด ที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติน้อย 5 อันดับได้แก่  
 1) ให้ยาระงับปวดแก่ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดโดยให้ผู้ป่วยควบคุมเองในรายที่มีการรับรู้ดีไม่มีการปฏิบัติ (ร้อยละ 88.5) 2) มีการประเมินความปวดเมื่อถึงเวลาแม้ว่าผู้ป่วยกำลังนอนหลับไม่มีการปฏิบัติ (ร้อยละ 83.5) 3). ใช้การสร้างจินตนาการเพื่อลดปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุไม่มีการปฏิบัติ (ร้อยละ 75.5) 4). แนะนำวิธีการบรรเทาปวดโดยใช้สมาธิเพื่อลดปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุไม่มีการปฏิบัติ

(ร้อยละ 74.0) 5.) แนะนำวิธีการใช้คนตรีเพื่อลดปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุไม่มีการปฏิบัติ ร้อยละ 73.5 ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวด สำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ที่มีการปฏิบัติน้อย 5 อันดับ

การปฏิบัติของพยาบาล	ปฏิบัติสม่ำเสมอ (ร้อยละ)	ปฏิบัติบางครั้ง (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ (ร้อยละ)
การปฏิบัติที่มีการปฏิบัติน้อย 5 อันดับ			
1. ให้ยาระงับปวดแก่ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดโดยผู้ ป่วยควบคุมเองในรายที่มีการรับรู้ดี	1.5	10.0	88.5
2. มีการประเมินความปวดเมื่อถึงเวลา แม้ว่าผู้ ป่วยกำลังนอนหลับ	0	16.5	83.5
3. ใช้การสร้างจินตนาการเพื่อลดปวดหลังผ่า ตัด ในผู้สูงอายุ	0	24.5	75.5
4. แนะนำวิธีการบรรเทาปวดโดยใช้สมาธิเพื่อ ลดปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ	0	26.0	74.0
5. แนะนำวิธีการใช้คนตรีเพื่อลดปวดหลังผ่า ตัดในผู้สูงอายุ	0	26.5	73.5

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะ และการจัดการความปวดของพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ หลังผ่าตัด

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะ และการจัดการความปวดของพยาบาล สำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด โดยการหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันพบว่า พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

แบบเพียร์สันเท่ากับ .250 ส่วนความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ และทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ ดังแสดงในตาราง 12

ตาราง 12

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการจัดการความปวด โดยใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ( $N = 200$ )

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)		
	ความรู้	ทัศนคติ	การปฏิบัติ
ความรู้	1.00		
ทัศนคติ	.250**	1.00	
การปฏิบัติ	.077	.031	1.00

\*\*  $p < .01$

#### การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมจำนวน 200 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 98.5 มีอายุเฉลี่ย 31.83 ปี มีสถานภาพสมรสโสดเป็นส่วนใหญ่

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการศึกษาดำเนินการตามวัตถุประสงค์และคำถามการวิจัยโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ระดับความรู้ ของพยาบาลในการจัดการความปวดแก่ผู้สูงอายุหลังผ่าตัด
2. ระดับทัศนคติของพยาบาลในการจัดการความปวดแก่ผู้สูงอายุหลังผ่าตัด
3. ระดับการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดแก่ผู้สูงอายุหลังผ่าตัด
4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดแก่

ผู้สูงอายุหลังผ่าตัด

### 1. ระดับความรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวดแก่ผู้สูงอายุหลังผ่าตัด

ความรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวดแก่ผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ (ก่อนไปทางปานกลาง) มีค่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 49.6 (ตาราง 2) อาจเนื่องจากว่า การเตรียมความรู้ทางด้านการพยาบาลยังขาดการเตรียมความรู้ในเรื่องการจัดการความปวดในผู้สูงอายุในการศึกษาระดับปริญญาตรี แม้แต่ในต่างประเทศพยาบาลส่วนใหญ่ก็ไม่ได้รับการเตรียมในเรื่องการจัดการความปวดในผู้สูงอายุ จากผลการศึกษาของของคลาร์กและคณะ (Clarke et al., 1996) ศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการจัดการความปวด ลักษณะส่วนบุคคล และการศึกษา ผลการศึกษาพบว่าลักษณะส่วนบุคคล และการศึกษามีผลต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการจัดการความปวด นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษาในระดับปริญญาตรีของพยาบาล การเรียนเกี่ยวกับการจัดการความปวด ยังจัดแบ่งเวลาไม่เพียงพอ หลักสูตรล้าสมัย เนื้อหาไม่ละเอียด จากการสำรวจพบว่าหนังสือทางการพยาบาล เนื้อหาเกี่ยวกับความปวดมีเพียง 2-3 หน้าเท่านั้น ผลการศึกษาของคลาร์กและคณะ (Clarke et al., 1996) ดังกล่าวข้างต้นมีความคล้ายคลึงกับการวิเคราะห์หลักสูตรพยาบาลในประเทศไทย เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่จบการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ความรู้ที่ได้รับมาจากการเรียนการสอนตามหลักสูตรการศึกษาของสถาบัน เมื่อพิจารณาประมวลรายวิชา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2545 ยังไม่มีการสอนเนื้อหาการพยาบาลผู้สูงอายุโดยตรง แต่จัดรวมอยู่ในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2 (สถาบันพระบรมราชชนก, 2545) สำหรับหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเทียบเท่าปริญญาตรี (ต่อเนื่อง 2 ปี) พบว่าไม่มีการสอนการพยาบาลผู้สูงอายุโดยตรงเช่นกัน แต่รวมอยู่ในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 และไม่มีการจัดการเรียนการสอนเรื่องการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด (สถาบันพระบรมราชชนก, 2542) พยาบาลจึงอาจไม่ได้รับการเตรียมความรู้ในเรื่องนี้โดยตรงมาก่อนขณะศึกษาการพยาบาลในระดับปริญญาตรี

เมื่อพิจารณาความรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเป็นรายข้อ 5 อันดับ ที่มีจำนวนผู้ตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ ความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น การประเมินความปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุควรซักประวัติเกี่ยวกับลักษณะความรุนแรงและตำแหน่งที่ปวด การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็น การใช้เทคนิคการผ่อนคลายในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดทำให้กล้ามเนื้อบริเวณ

ที่ปวดคลายตัว การสอนวิธีการจัดการหรือควบคุมความปวดหลังผ่าตัดให้แก่ผู้สูงอายุตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดจะช่วยให้อาการปวดได้ดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งกลุ่มตัวอย่างเคยมีประสบการณ์ได้รับการฝึกอบรมในเรื่องความปวด/การจัดการความปวด (ร้อยละ 46.5) มาก่อน คำถามดังกล่าวข้างต้นประกอบกับเป็นความรู้ ที่เหมือนกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยทั่วไป ไม่ต้องอาศัยความรู้เฉพาะเรื่องการจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างจึงมีแนวโน้มที่จะตอบข้อคำถามถูก

แต่เมื่อพิจารณาความรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด 5 อันดับ ที่มีจำนวนผู้ตอบถูกน้อยที่สุด ได้แก่ การใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลขต้องมีเครื่องมือมาแสดงประกอบจึงจะสามารถประเมินความปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุได้แม่นยำ การเบี่ยงเบนความสนใจในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดได้ผลดีเมื่อใช้เวลาสั้นๆ การบริหารยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์โดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อเป็นวิธีที่เหมาะสม ยามีการดูดซึมได้ดีในผู้สูงอายุเมื่อให้โดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ มาตรวัดความปวดด้วยสายตาในผู้สูงอายุเพื่อวัดความปวดหลังผ่าตัด สามารถจัดพิมพ์โดยใช้ตัวหนังสือขนาดปกติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 26.5) เท่านั้นที่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการฝึกอบรมผู้สูงอายุ / การดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัด และจะเห็นได้ว่าข้อคำถามดังกล่าวทุกข้อ เป็นคำถามเฉพาะในเรื่องการจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในเรื่องการจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด น้อย เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่ออธิบายได้ดังนี้

1) การใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลขต้องมีเครื่องมือมาแสดงประกอบ จึงจะสามารถประเมินความปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุได้แม่นยำ กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อย ร้อยละ 6.5 ทั้งนี้เนื่องจากในปัจจุบันการประเมินความปวดหลังผ่าตัดพยาบาลใช้วิธีการถามจากผู้ป่วย หรือผู้ดูแลว่าปวด ไม่ปวด ปวดมากน้อย และไม่มีการใช้เครื่องมือในการประเมินความปวด จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการประเมินความปวดโดยให้คะแนนแบบเป็นตัวเลข ต้องมีเครื่องมือมาแสดงประกอบจึงจะสามารถประเมินความปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุได้แม่นยำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคาร์ (Carr, 1997) ศึกษาการใช้เครื่องมือประเมินความปวด และแผนการดูแล การศึกษานำร่อง ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลรับรู้ว่าการประเมินความปวดเป็นตัวกลางสื่อสารในเรื่องความปวดระหว่าง ผู้ป่วย และพยาบาลที่มีประสิทธิภาพช่วยพัฒนาการจัดการความปวด ช่วยสะท้อนในเรื่องความปวดได้หลายมิติ

2) การบริหารยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์โดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อเป็นวิธีที่เหมาะสม ยามีการดูดซึมได้ดีในผู้สูงอายุเมื่อให้โดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทั้งนี้ในทางปฏิบัติปัจจุบันพบว่าการบริหารยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ แพทย์มีการบริหารยาโดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทำให้พยาบาลคุ้นเคยกับการบริหารยาโดยวิธีฉีดเข้ากล้ามเนื้อ โดยเชื่อว่าเหมาะสมแล้ว แต่ตามหลักการการบริหารยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์โดยวิธีฉีดเข้ากล้ามเนื้อ เป็นวิธีการที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากในผู้สูงอายุมีชั้นกล้ามเนื้อน้อย มีไขมันมากการบริหารยาโดยวิธีฉีดเข้ากล้ามเนื้อจะทำให้มีความปวดมากขึ้นบริเวณที่ฉีดยา และยาดูดซึมไม่ดี ควรบริหารยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ทางเส้นเลือดดำ แต่แพทย์ก็ไม่นิยมให้ทางเส้นเลือดดำ ที่เป็นเช่นนี้อาจจะเนื่องจากแม้แพทย์จะมีความรู้ด้านการบริหารยาระงับปวดดี แต่ในทางปฏิบัติดูเหมือนว่าเหมือนว่ามีความสนใจที่จะลดปวด และให้ความสำคัญในการบรรเทาความปวดน้อยที่สุด (Furstenberg et al., 1998)

จะเห็นได้ว่าข้อคำถามความรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด 5 อันดับ ที่มีจำนวนผู้ตอบถูกน้อยที่สุดดังกล่าวข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงการขาดความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดในเรื่องการประเมินความปวด การจัดการความปวดโดยวิธีการใช้ยา การจัดการความปวดโดยวิธีการไม่ใช้ยา การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาต่อการตอบสนองต่อยาในผู้สูงอายุ ซึ่งความรู้ดังกล่าวข้างต้นเป็นความรู้เฉพาะในผู้สูงอายุ ที่ต่างจากความรู้เรื่องการจัดการความปวดทั่วไป

## 2. ระดับทัศนคติของพยาบาลในการจัดการความปวดแก่ผู้สูงอายุหลังผ่าตัด

ทัศนคติของพยาบาลในการจัดการความปวดแก่ผู้สูงอายุหลังผ่าตัด โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูงคือมีทัศนคติทางบวก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยรวมทุกด้านเท่ากับ 3.35 (SD= .25) และพบว่าทัศนคตินด้านความรู้สึก ความเชื่อเกี่ยวกับความปวดในผู้สูงอายุพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.11 (SD=.32) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างขาดความรู้ในเรื่องการจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างมีเพียงส่วนน้อย (26.5) ที่เคยมีประสบการณ์เข้ารับการฝึกอบรมผู้สูงอายุ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างยังมีความรู้สึกไม่แน่ใจเกี่ยวกับความเชื่อ ความคิดเห็น เกี่ยวกับความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด การตอบคำถามจึงตอบคำถามในลักษณะเป็นกลาง



ถ้าหากพิจารณารายชื่อ ของทัศนคติของพยาบาลในการจัดการความปวดแก่ผู้สูงอายุหลังผ่าตัด พบว่าข้อคำถามที่มีทัศนคติสูง (ทางบวก) 5 อันดับ คือ การให้ความรู้เรื่องการประเมินความปวด ในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเป็นสิ่งที่ควรและสามารถปฏิบัติได้ทุกราย การจัดการความปวดหลังผ่าตัด ในผู้สูงอายุโดยวิธีการไม่ใช่ยาควรเลือกวิธีที่มีความเหมาะสมตามความต้องการของผู้สูงอายุ การเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การพูดคุยช่วยให้ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดลืมความปวดได้ ญาติผู้ป่วยสามารถ ช่วยประเมินความปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุได้ พยาบาลสามารถบอกความรุนแรงความปวด ของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดได้โดยการสังเกตพฤติกรรม แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีต่อการจัดการ ความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด และมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้อง กับการศึกษาของมโรเซ็กและเวเนอร์ (Mrozek & Werner, 2001) ทำการศึกษาทัศนคติของพยาบาล เกี่ยวกับความปวด การประเมินความปวด และการจัดการความปวดของพยาบาลที่ให้การพยาบาลดูแลผู้ ป่วยสูงอายุระยะยาว ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมากกว่าครึ่งหนึ่งมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับความปวด และ ประเมินความปวดในผู้สูงอายุ พยาบาลมีการปฏิบัติในระดับดีในการประเมินความปวด มีการสังเกต พฤติกรรมแสดงออกทางใบหน้า มีการซักถามลักษณะ ความรุนแรง และตำแหน่งที่ปวด มีการจัดการ ความปวดโดยวิธีการไม่ใช่ยา เช่น การนวด การเบี่ยงเบนความสนใจ การประคบร้อนเย็น การสร้าง จินตนาการ ร่วมกับการจัดการความปวดโดยวิธีการใช้ยาร้อยละ 38

แต่เมื่อพิจารณารายชื่อของทัศนคติของพยาบาลในการจัดการความปวดแก่ผู้สูงอายุหลังผ่าตัด พบว่าข้อคำถามที่มีทัศนคติต่ำ (ทางลบ) คือ การรายงานความปวดหลังผ่าตัดจากผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่เชื่อไม่ ได้ ผู้สูงอายุที่ได้รับยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ไม่ต้องประเมินความปวดหลังผ่าตัด ความปวด ในผู้สูงอายุมีความรุนแรงน้อยกว่าวัยอื่น ผู้สูงอายุที่สมองเสื่อมและความจำลดลงไม่ต้องประเมิน ความปวด การประเมินความปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุครั้งแรกควรเป็นบทบาทของแพทย์ แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ไม่ดี (ทางลบ) ซึ่งเป็นอุปสรรคในการจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด และกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติเช่นกัน เมื่อพิจารณารายชื่อสามารถอธิบายได้ดังนี้

1) การรายงานความปวดหลังผ่าตัดจากผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่เชื่อไม่ได้ ผู้สูงอายุที่ได้รับยา ระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ไม่ต้องประเมินความปวดหลังผ่าตัด ความปวดในผู้สูงอายุมีความรุนแรงน้อย กว่าวัยอื่น การมีทัศนคติต่ำ (ทางลบ) ของพยาบาลในเรื่องดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับการทบทวน วรรณกรรม (Luggen, 2001; Marie & Loeb, 2002; McCaffery & Pasero, 1999; Watson & Donna, 1992) เกี่ยวกับความเชื่อ ทัศนคติ ที่ไม่ถูกต้องของพยาบาล เกี่ยวกับความปวดในผู้สูงอายุ ดังนี้คือ ความ รู้สึกปวด และการรับรู้ความปวดลดลงในผู้สูงอายุ จากความเชื่อ ทัศนคติที่ไม่ถูกต้องดังกล่าว จึง

ทำให้ พยาบาลมีความรู้สึก ความเชื่อ ความคิดเห็นว่าการรายงานความปวดหลังผ่าตัดจากผู้สูงอายุเป็น สิ่งที่เชื่อไม่ได้ ความปวดในผู้สูงอายุมีความรุนแรงน้อยกว่าวัยอื่น และโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อ ผู้สูงอายุได้รับยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ จึงทำให้พยาบาลมีความเชื่อมั่นในฤทธิ์ของยากลุ่มนี้ ว่าสามารถระงับปวดได้เพียงพอ ดังนั้นพยาบาลจึงไม่ต้องประเมินความปวดหลังผ่าตัด

2) ผู้สูงอายุที่สมองเสื่อมและความจำลดลงไม่ต้องประเมินความปวด การมีทัศนคติต่ำ (ทางลบ) ของพยาบาลในเรื่องดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม (Luggen, 2001; Marie & Loeb, 2002; McCaffery & Pasero, 1999; Watson & Donna, 1992) เกี่ยวกับความเชื่อ ทัศนคติ ที่ไม่ถูกต้องของพยาบาล เกี่ยวกับความปวดในผู้สูงอายุ ดังนี้คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ลดลง การรายงานความปวดจากผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง และเชื่อถือไม่ได้ จาก ความเชื่อดังกล่าวทำให้พยาบาลไม่มีการประเมินความปวดในผู้สูงอายุที่สมองเสื่อม และความจำลดลง

3) การประเมินความปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุครั้งแรกควรเป็นบทบาทของแพทย์ อาจเนื่องจากพยาบาลมีการรับรู้ว่าการประเมินความปวดในผู้สูงอายุมีความยาก และซับซ้อนมากกว่า ในวัยหนุ่มสาว เนื่องจากผู้สูงอายุความจำลดลง ความรู้สึกลดลง มีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท จึงทำให้การประเมินความปวดหลังผ่าตัดทำได้ยาก (Bell, Halvey & Paice, 2004) อาจเป็นไปได้ ว่าพยาบาลขาดความรู้ ขาดประสบการณ์ในเรื่องการประเมินความปวด และเมื่อพิจารณาข้อมูล ส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าระยะเวลาการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดในช่วง 1-5 ปี ครั้งหนึ่งคือคิดเป็นร้อยละ 51 ระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 7.42 ปี

แต่อย่างไรก็ตามทัศนคติเป็นสถานะภายในจิตใจที่เกิดจากความพร้อม การเรียนรู้ การจัดระบบ ผ่านประสบการณ์ ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการตอบสนองของบุคคล วัตถุ และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง โดยทัศนคติบางประการจะมีความคงทน และเป็นเรื่องเฉพาะของแต่ละบุคคล แล้วแต่พัฒนาการ และความเจริญเติบโตของคนๆ นั้น แต่ทัศนคติอาจจะเปลี่ยนแปลงได้ถ้าบุคคลมีความรู้ หรือข้อมูลเพิ่มขึ้น (มัลลิกา, 2544) ทัศนคติเป็นตัวชี้วัดถึงพฤติกรรมของบุคคลได้เป็นอย่างดี เพราะเป็นสิ่งที่สามารถ บ่งบอกถึงการแสดงออกในพฤติกรรมต่างๆ ได้กล่าวคือทัศนคติในทางลบเกี่ยวกับความปวด และการประเมินความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ก็จะช่วยให้เห็นพฤติกรรมในทางลบในการจัดการ ความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดด้วยเช่นกัน

### 3. ระดับการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดแก่ผู้สูงอายุหลังผ่าตัด

การปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดแก่ผู้สูงอายุหลังผ่าตัด โดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ .91 (SD=.17) อาจเนื่องจากการปฏิบัติการจัดการความปวด ได้ปฏิบัติตามองค์ความรู้ที่ได้รับการเตรียมมาเป็นความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทั่วไป ไม่ได้เป็นความรู้เฉพาะการจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด และในภาพรวมสถานที่ปฏิบัติงานโดยเฉพาะหอผู้ป่วยศัลยกรรมที่เป็นหอผู้ป่วยสามัญมีผู้ป่วยจำนวนมาก ทำให้พยาบาลมีงานที่ต้องปฏิบัติ และดูแลผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก อัตรากำลังของพยาบาลไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย จึงเป็นสาเหตุให้การปฏิบัติการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นทำให้พยาบาลมีการรับรู้ว่าการจัดการความปวดโดยวิธีการใช้ยาเป็นวิธีการที่ได้ผลและช่วยประหยัดเวลา จึงทำให้การจัดการความปวดโดยวิธีการใช้ยามีการปฏิบัติมากในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อของการปฏิบัติพบว่า การปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดแก่ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดที่มีการปฏิบัติมาก 5 อันดับ ได้แก่ มีการเฝ้าระวัง สังเกตอาการข้างเคียงหลังจากให้ยาระงับปวด เช่น การสังเกตการหายใจ การให้ยาระงับปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุทางหลอดเลือดดำก่อนฉีดมีการเจือจางยา และฉีดยาช้าๆ อธิบายให้ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเข้าใจ กรณีที่ยังไม่ถึงเวลาให้ยาระงับปวดว่าการใช้ยาระงับปวดจำนวนมากทำให้เกิดอันตรายได้ ในกรณีที่ให้ยาระงับปวดครบถ้วนตามเวลาแล้ว ผู้ป่วยยังคงปวดอยู่รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาระงับปวดในการประเมินความปวด มีการซักถามลักษณะความปวด ความรุนแรง และตำแหน่งที่ปวด เมื่อพิจารณารายชื่ออธิบายได้ดังนี้

1) มีการเฝ้าระวังสังเกตอาการ ข้างเคียงหลังจากให้ยาระงับปวด เช่น การสังเกตการหายใจอยู่ในระดับสูงสุด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ พยาบาลมีความกลัวเรื่องการหยุดหายใจหลังให้ยาระงับปวดโดยเฉพาะ มอร์ฟีน เพื่อระงับปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของแมคคาฟเฟอร์ และเฟอเรล (1991) ทำการศึกษาการควบคุมความปวดในผู้สูงอายุผลการศึกษาพบว่า พยาบาลรับรู้ว่าการบริหารยาระงับปวด โดยเฉพาะมอร์ฟีนทำให้เกิดการหายใจในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด และด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้พยาบาลมีการปฏิบัติในการบริหารยาระงับปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุทางหลอดเลือดดำก่อนฉีดมีการเจือจางยา และฉีดยาช้าๆ

2) อธิบายให้ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเข้าใจกรณีที่ยังไม่ถึงเวลาให้ยาระงับปวด ว่าการใช้ยาระงับปวดจำนวนมากทำให้เกิดอันตรายได้ อาจเนื่องจากความเชื่อ ทศนคติที่ไม่ถูกต้องของพยาบาลเกี่ยวกับความปวดในผู้สูงอายุ ที่เชื่อว่าการให้ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ในผู้สูงอายุถี่มากขึ้นในสูงอายุ ทำให้ติดยา (Luggen, 2001; Marie & Loeb, 2002; McCaffery & Pasero, 1999) และส่งผลให้ในกรณีที่ให้ยาระงับปวดครบถ้วนตามเวลาแล้ว ผู้ป่วยยังคงปวดอยู่จึงมีการรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาระงับปวด ในทางปฏิบัติพยาบาลมีการปฏิบัติมาก ผลที่ตามมาคือทำให้ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดได้ยาระงับปวดน้อยกว่าที่ควรได้รับ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด

3) ในการประเมินความปวด มีการซักถามลักษณะความปวด ความรุนแรง และตำแหน่งที่ปวด กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดเหมือนการปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดทั่วไปซึ่งพยาบาลมีการรับรู้ และปฏิบัติอยู่แล้ว

ส่วนการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดแก่ผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติน้อย 5 อันดับ ได้แก่ ให้ยาระงับปวดแก่ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดโดยให้ผู้ป่วยควบคุมเอง ในรายที่มีการรับรู้ดี มีการประเมินความปวดเมื่อถึงเวลาแม้ว่าผู้ป่วยกำลังนอนหลับ ใช้การสร้างจินตนาการเพื่อลดปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ แนะนำวิธีการใช้ดนตรีเพื่อลดปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ แนะนำวิธีการบรรเทาปวดโดยใช้สมาธิเพื่อลดปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากจากการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดแก่ผู้สูงอายุหลังผ่าตัด มีอุปสรรคในการปฏิบัติการจัดการความปวด สาเหตุมาจากการขาดการเตรียมความรู้ในเรื่องการจัดการความปวด ขาดทักษะการปฏิบัติทางคลินิก ปัญหาจริยธรรม กฎหมาย ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อการปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดด้วยเช่นกัน (Wallace, Reed, Pasero & Olsson, 1995) และเมื่อพิจารณาข้อคำถามเป็นรายข้อดังนี้

1) ให้ยาระงับปวดแก่ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดโดยให้ผู้ป่วยควบคุมเองในรายที่มีการรับรู้ดี จากผลการศึกษาพบว่า พยาบาลไม่ได้ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการควบคุมความปวดด้วยตนเอง แม้ว่าผู้สูงอายุจะรู้สึกตัวดีก็ตาม ที่เป็นเช่นนี้เพราะในทางปฏิบัติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดโดยทั่วไป การปฏิบัติของแพทย์นิยมสั่งการรักษาโดยบริหารยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ทางกล้ามเนื้อ และทางหลอดเลือดดำ สูงถึงร้อยละ 50 และร้อยละ 47 ตามลำดับ (อรพรรณ, 2548) ไม่นิยมให้ (PCA) ส่งผลให้ในทางปฏิบัติพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยไม่ได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการควบคุมความปวดด้วยตนเอง

ทั้งนี้ในปัจจุบันพบว่ามียุทธวิธีการบริหารยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์โดยให้ผู้ป่วยควบคุมเอง (Patient-Controlled Analgesia: PCA) การใช้วิธี PCA เพื่อระงับปวด ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ช่วยลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ช่วยลดเวลาในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาล ทำให้พยาบาลมีเวลาให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยมีคุณภาพมากขึ้น (Snell, Bourbonnais & Hendrik, 1997) อย่างไรก็ตามวิธีดังกล่าวต้องอาศัยอุปกรณ์ที่เป็นวัสดุการแพทย์ซึ่งมีราคาแพงจึงยังไม่เป็นที่แพร่หลายในโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และอาจเป็นไปได้ที่พยาบาลมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับความปวดในผู้สูงอายุ เช่น ความเชื่อว่าการให้ยาระงับปวดโดยเฉพาะยาระงับปวดกลุ่ม โอปิออยด์มากเกินไป อาจทำให้ผู้สูงอายุติดยาได้ง่าย (Luggen, 2001; Marie & Loeb, 2002; McCaffery & Pasero, 1999; Wattson & Donna, 1992) จึงทำให้พยาบาลอาจรู้สึกไม่เห็นด้วย และไม่ลงมือปฏิบัติเมื่อให้ผู้ป่วยจัดการความปวดด้วยตนเอง

2) มีการประเมินความปวดเมื่อถึงเวลาแม้ว่าผู้ป่วยกำลังนอนหลับ สาเหตุที่พยาบาลไม่มีการประเมินความปวดเนื่องจากพยาบาลมีความเชื่อว่าถ้าผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดสามารถนอนหลับได้ แสดงว่าไม่มีความปวด เป็นความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง ความจริงคือผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับความปวดจะมีวิธีการเรียนรู้หลายวิธีในการเผชิญความปวด การนอนหลับอาจเป็นกลยุทธ์อย่างหนึ่งในการเผชิญความปวด (Luggen, 2001; Marie & Loeb, 2002; McCaffery & Pasero, 1999) ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีการสังเกตการหายใจร่วมด้วยว่าผู้ป่วยนอนหลับ หรือนอนหลับตา เพื่อจะได้จัดการความปวดได้อย่างเหมาะสม

3) การสร้างจินตนาการ เป็นการจัดการความปวดโดยวิธีการไม่ใช้ยาหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ การสร้างจินตนาการสามารถทำได้โดยการฟังดนตรี การพูด โนม์น้ำว ให้เกิดความรู้สึก และมองเห็นภาพ แอนทอล และเครสวิก (Antall & Kresevic, 2004) ได้ทำการศึกษาเชิงทดลอง การใช้จินตนาการในการจัดการความปวดในกลุ่มผู้สูงอายุศัลยกรรมกระดูก ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และข้อตะโพก กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองได้รับการดูแลหลังผ่าตัดตามปกติ และได้รับการสร้างจินตนาการโดยการฟังเทปเมื่อรู้สึกปวดหรือเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดนาน 20 นาที ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความปวดและระดับความวิตกกังวลลดลง มากกว่ากลุ่มควบคุม

4) การใช้ดนตรี ช่วยลดปวดหลังผ่าตัดโดยตัดวงจรความปวดหลังผ่าตัดโดยช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และลดการกระตุ้นประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก (sympathetic) กู๊ด (Good, 1996) ได้ทำการศึกษาผลการใช้การผ่อนคลาย และดนตรีดนตรีเพื่อลดปวดหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่ากลุ่ม

ผู้ป่วยที่ฟังดนตรีมีคะแนนการรับรู้ความปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฟังดนตรีหลังผ่าตัด และนอกจากนั้น แมคแคฟเฟอรี และฟรีแมน (McCaffery & Freeman, 2003) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้ดนตรีเพื่อลดปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคกระดูกข้ออักเสบเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการฟังดนตรีมีระดับคะแนนความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการฟังดนตรี

การสร้างจินตนาการ การใช้ดนตรี การใช้สมาธิ เพื่อลดปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ สาเหตุที่มีการปฏิบัติน้อยมากเนื่องจากเป็นหอผู้ป่วยสามัญมีผู้ป่วยจำนวนมาก ทำให้สภาพแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติ รวมทั้งพยาบาลมีงานมาก และการปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดโดยวิธีการไม่ใช้ยาต้องใช้เวลาในการปฏิบัติ มีความยุ่งยากลำบากในการฝึกให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ในระดับมาตรฐานที่กำหนด ผู้นำไปปฏิบัติจะต้องมีความสามารถเฉพาะตัวบุคคล ในการพูดให้ผู้ป่วยยอมรับ และปฏิบัติตาม ทั้งยังต้องอาศัยความตั้งใจในการฝึกปฏิบัติค่อนข้างมาก และผู้ป่วยต้องมีความชอบ มีประสบการณ์ ได้รับการฝึกฝนมาก่อน ก็จะ สามารถปฏิบัติได้ดี มีประสิทธิภาพ ในบางครั้งก็ต้องอาศัยญาติ และครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเป็นการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ และอีกสาเหตุหนึ่งที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเอง คือผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดโดยเฉพาะใน 24-48 ชั่วโมงแรก จะมีความปวดในระดับสูง และสำหรับการจัดการความปวดด้วยยาพบว่า ยาที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุดในวันที่ 1-2 หลังผ่าตัดคือ เพทิดีน (Chaikla, 2002) จึงทำให้ไม่สามารถปฏิบัติโดยใช้วิธีการจัดการความปวดที่ไม่ใช้ยา

#### 4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดแก่ผู้สูงอายุหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับทักษะ และมีความสัมพันธ์กันในทางบวกอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .25 และมีความสัมพันธ์ ในระดับต่ำ ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริลักษณ์ (2541) ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติ กรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ของพยาบาลสำเร็จใหม่ในโรงพยาบาล เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่พบว่า ความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน โรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับทักษะต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .20$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ วรณี (2546) ศึกษา ความรู้ ทักษะ การยอมรับมาตรฐาน Joint Commission International Accreditation: JICIA ของ

พนักงานโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐาน JCIA มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับทัศนคติต่อมาตรฐาน JCIA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .14$ )

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการอบรมเรื่องความปลอดภัย และการอบรมผู้สูงอายุ มีทัศนคติดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการอบรมเรื่องความปลอดภัย และการอบรมผู้สูงอายุ และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการอบรมในเรื่องความปลอดภัย/การจัดการความปลอดภัย และการอบรมผู้สูงอายุ มีน้อยกว่าครึ่งหนึ่งคิดเป็นร้อยละ 46.5 และ 26.5 ตามลำดับ จึงทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการฝึกอบรม ฝึกอบรม และคณะ (deRon et al., 2000) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และทัศนคติของพยาบาลที่มีผลต่อโปรแกรมเฝ้าระวังความปลอดภัยของพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการจัดการความปลอดภัย มีค่าคะแนนความรู้ เพิ่มขึ้นร้อยละ 69.1 (SD 13.2) ก่อนใส่โปรแกรม เป็นร้อยละ 75.8 (SD = 11.5) หลังใส่โปรแกรม ( $p < 0.001$ ) ทัศนคติของพยาบาลเปลี่ยนแปลงตามระดับความรู้ และทักษะในการจัดการความปลอดภัย

จึงสามารถสรุปได้ว่า การอบรม และการจัดโปรแกรมการสอนในเรื่องการจัดการความปลอดภัย มีความสำคัญ เพราะเป็นการพัฒนาบุคคลให้เกิดความรู้ ความชำนาญ และทัศนคติต่อเรื่องที่ได้รับการอบรมนั้น เพื่อให้บุคคลที่ได้รับการอบรมสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

และผลการศึกษาพบว่าทั้งความรู้ และทัศนคติไม่สัมพันธ์กับการปฏิบัติการจัดการความปลอดภัยของพยาบาลแก่ผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชตวรรณ (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่พบว่าความรู้กับการปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพไม่มีความสัมพันธ์กัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริลักษณ์ (2541) ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลสำเร็จใหม่ ในโรงพยาบาลเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่พบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

นั่นคือ แม้ว่าพยาบาลวิชาชีพจะมีความรู้อยู่ในระดับพอใช้ และทัศนคติในระดับสูง จะไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการจัดการความปลอดภัยของพยาบาลแก่ผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ทั้งนี้เนื่องจากมีอุปสรรคในสถานที่ปฏิบัติงาน ทำให้การจัดการความปลอดภัยของพยาบาลในหอผู้ป่วยัลยกรรมยังไม่น่าพอใจ พบว่ามีอุปสรรคจำนวนมากในสถานที่ปฏิบัติงาน เช่น งานมีปริมาณมาก ไม่มีเวลาขาดแคลนบุคลากร ระบบการทำงาน นโยบายขององค์กร แพทย์หรือทีมจัดการความปลอดภัยไม่มี

การทบทวนการบริหารยาระงับปวด พยาบาลไม่มีการประเมินความปวดขณะผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดที่สำคัญที่สุดคือ พยาบาลให้เหตุผลว่าผู้ป่วยหลับ และเพิ่งได้รับยาระงับปวด จึงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องประเมินความปวด รวมทั้งพยาบาลมีความเชื่อว่าถ้าผู้ป่วยไม่บอกเกี่ยวกับความปวดแสดงว่าไม่ต้องการยาระงับปวด (Schafheutle, Cantrill & Noyce, 2001) ที่กล่าวมาข้างต้นคืออุปสรรคที่สำคัญในการปฏิบัติการจัดการความปวดของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม สิ่งที่สำคัญคือนโยบายขององค์กร ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการทำงาน จึงมีความจำเป็นต้องมีนโยบายขององค์กร เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ ช่วยให้การปฏิบัติการจัดการความปวดมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามอัลเลย์ (Alley, 2001) ศึกษาอิทธิพลของนโยบายการจัดการความปวดภายในองค์กร ที่มีผลต่อการปฏิบัติการจัดการความปวดของพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติการจัดการความปวดของพยาบาลมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากมีปัจจัยอื่นมาเกี่ยวข้อง เช่น อัตรากำลังพยาบาล ปริมาณงาน ดังนั้นในการกำหนดนโยบายจึงต้องคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ด้วย

ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยที่ว่า ความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติการจัดการความปวดของพยาบาลในผู้สูงอายุที่มีความปวดหลังผ่าตัด มีความสัมพันธ์กันเชิงบวกส่งผลให้เกิดพฤติกรรมปฏิบัติ เนื่องจากสาเหตุดังกล่าวข้างต้น