

การรับรู้ความสามารถและการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง*

Professional Nurses' Perceived Self-Efficacy and Practices

in Non-pharmacologic Pain Relief Techniques for Cancer Patients

ทิพย์ภาพร เพชรประพันธ์**

Tiphapom Pechprapun

วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร***

Wongchan Petpichetchian

อริญญา เชาวลิต****

Aranya Chaowalit

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความสามารถ การปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็งของพยาบาลวิชาชีพ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของพยาบาลวิชาชีพ ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถ การปฏิบัติ และความรู้และทัศนคติกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 131 คน จาก-

- * วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตร-
มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
** พยาบาลวิชาชีพ 4 โรงพยาบาลหาดใหญ่
จังหวัดสงขลา
*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาล
ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
**** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาล
อายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลสังกัด ทบวงมหาวิทยาลัยในจังหวัดสงขลา ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม อายุรกรรม นรีเวชกรรม หูดจุก หูดกิบาลผู้ป่วยหนัก และแผนกพิเศษ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 4 ส่วน คือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติวิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา (หาค่าความเที่ยงได้ 0.68) แบบประเมินการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา (หาค่าความเที่ยงได้ 0.70) และแบบประเมินความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและวิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา (หาค่าความเที่ยงได้ 0.67) ผลการศึกษาพบว่า 1) โดยภาพรวม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถ การปฏิบัติ และความรู้และทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง 2) การรับรู้ความสามารถกับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาทุกวิธีมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดใน

ผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถ และการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดแต่ละวิธีอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นความรู้และทัศนคติกับการปฏิบัติโดยการผ่อนคลายมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมการปฏิบัติของพยาบาลในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วย โดยการมุ่งพัฒนาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา และพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองให้สูงขึ้น

คำสำคัญ : การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา, การพยาบาล, การรับรู้ความสามารถ, ผู้ป่วยมะเร็ง, พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

The purposes of this descriptive research were to examine professional nurses' perceived self-efficacy and practices in non-pharmacologic pain relief for cancer patients, and the relationships between perceived self-efficacy and practices in non-pharmacologic pain relief techniques, and to identify factors influencing the use of non-pharmacologic interventions by nurses. The sample consisted of 131 professional nurses from the medical, surgical, gynecological, ENT, ICU, and private wards of a regional hospital and a university hospital in Songkhla province. The

instrument was a questionnaire developed by the researcher which consisted of 4 parts: demographic information, perceived self-efficacy scale, perceived practices in non-pharmacologic pain relief techniques, and nurses' knowledge and attitudes scale. The results revealed that: 1) most subjects scored on the perceived self-efficacy, knowledge and attitudes towards cancer pain, and practices in non-pharmacologic pain relief techniques were at a moderate level, 2) there were positive relationships between all subscales of perceived self-efficacy in performing non-pharmacologic pain relief techniques and practices, and 3) subscales of knowledge and attitudes towards cancer pain and non-pharmacologic pain relief techniques were not significantly correlated with perceived self-efficacy scores, and practices in non-pharmacologic pain relief techniques, except that of knowledge and attitudes, and practice of relaxation technique of which it was shown that there was a positive relationship. The findings of this study provide information useful for strategic planning to improve professional nurses' knowledge, attitudes and skills in using non-pharmacologic pain relief techniques, especially to improve the perceived self-efficacy in performing non-pharmacologic pain relief techniques.

Key words : Non-pharmacologic pain relief, Nursing, Perceived self-efficacy, Cancer patient, Professional nurses

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาที่สำคัญ จากสถิติสาเหตุการตาย พ.ศ. 2542 พบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 (กระทรวงสาธารณสุข, 2544) ปัญหาที่สำคัญและพบบ่อยที่สุดของผู้ป่วยโรคมะเร็งคือ ความปวดที่รุนแรงและเรื้อรังยากที่จะจัดให้หายได้โดยเด็ดขาด การไม่ได้รับการบรรเทาความปวดหรือการบรรเทาความปวดที่ไม่เพียงพอจะนำไปสู่ความทุกข์ทรมาน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง ลดความพึงพอใจของผู้ป่วย และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ

ในประเทศไทยจากการศึกษาของเพชรพิเชฐเชียร (Petpichetchian, 2001) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งยังได้รับยาบรรเทาปวดไม่เพียงพอ ในต่างประเทศมีรายงานว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 75 ประสบกับความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง และผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่ได้รับการบรรเทาปวดที่เพียงพอ (Helmrich et al., 2001; Payne, 1997) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิลสัน (Wilson, 1997 as cited in Murphy-Ende, 2001) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 40-80 ไม่ได้รับการบรรเทาปวดที่เพียงพอ ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามร้อยละ 42 ไม่ได้รับการบรรเทาปวด (Cleeland et al., 1994) ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก ทั้งแพทย์ พยาบาล บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยรวมทั้งผู้ป่วยเองกลัวการติดยา กลัวผลข้าง

เคียงของยาแก้ปวด การขาดความรู้เกี่ยวกับความปวด การประเมินความปวด วิธีการบรรเทาความปวด รวมทั้งความเชื่อและทัศนคติที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดของพยาบาล จึงต้องมีการพัฒนาหาแนวทางการบรรเทาความปวดที่ดีและเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยเหล่านั้นได้รับการบรรเทาความปวดที่เพียงพอ จึงมีการสนับสนุนให้ใช้วิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา (nonpharmacologic intervention) มาช่วยเสริมวิธีการบรรเทาความปวดโดยใช้ยา

จากการศึกษาของเดลตัน (Dalton, 1989) พบว่าแม้พยาบาลจะมีความรู้เกี่ยวกับการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาแต่ก็มีการนำไปใช้กับผู้ป่วยเพียงร้อยละ 25 เท่านั้น และจากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยที่ผ่านมาพบว่าพยาบาลนำวิธีการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาไปใช้บรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยน้อยมาก จากการศึกษาของคลาร์ก (Clarke, 1996) เกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดของพยาบาล พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับความปวด โดยเฉพาะเกี่ยวกับการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาและการศึกษาของเฮล์มริชและคณะ (Helmrich et al., 2001) ที่พบว่าการใช้วิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาขึ้นอยู่กับความรู้ถึงประโยชน์ของการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา ทัศนคติของพยาบาลเอง ผู้ร่วมงาน แพทย์ ผู้บริหารโรงพยาบาลต่อการบำบัดวิธีต่างๆ ส่วนอุปสรรคในการใช้การบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา คือ การขาดการสนับสนุนจากองค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ รวมทั้งการที่พยาบาลไม่มีเวลาปฏิบัติ

การที่จะพัฒนาให้มีการนำการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาไปใช้บรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยมากขึ้นนั้น ควรเริ่มจากสิ่งใกล้ตัว นั่นคือ ตัวพยาบาลเอง เพราะการพัฒนาตัวเองเป็นสิ่งที่ง่ายที่สุด การที่จะพัฒนาพยาบาลให้มีการนำวิธีการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาไปใช้บรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี มีประสิทธิภาพและมากขึ้นนั้น จำเป็นจะต้องทราบถึงการใช้ปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง ว่ามีการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาวิธีใดบ้างที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติและมีการปฏิบัติมากน้อยเพียงใด การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของพยาบาลวิชาชีพ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ว่าเป็นอย่างไร รวมทั้งจะต้องทราบว่าปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง จึงจะนำความรู้ที่ได้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนา นำไปสู่การปฏิบัติต่อไปได้

จากการค้นคว้าที่ผ่านมายังไม่พบว่า มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถ การปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง และความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในเรื่องดังกล่าว เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการวิจัยในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. การรับรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง
2. การปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็งที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติ
3. ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของพยาบาลวิชาชีพ
4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถ การปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง และความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดใน ผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ กับ การปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็งมีความสัมพันธ์กันทางบวก
2. ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา กับ การรับรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กันทางบวก
3. ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา กับ การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ มีความสัมพันธ์กันทางบวก

กรอบแนวคิด/ทฤษฎี

การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใดก็ตาม

จะขึ้นอยู่กับปัจจัยหลักต่างๆ เช่น การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้และทัศนคติ โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตัดสินความสามารถของตนเองว่าจะสามารถปฏิบัติหรือกระทำสิ่งนั้นๆ ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ในระดับใด ถ้าบุคคลนั้นรับรู้ว่าคุณมีความสามารถก็จะมี การแสดงออกถึงความสามารถนั้นๆ ออกมา (Bandura, 1997) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ขึ้นกับ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2) การใช้ตัวแบบ 3) การได้รับการชักจูงด้วยคำพูด 4) สภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้จะทำให้บุคคลเกิดความคิด เกิดแรงจูงใจ รวมทั้งก่อให้เกิดความสามารถ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงหรือลงมือปฏิบัติพฤติกรรม ทัศนคติเป็นความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อของบุคคลที่ถูกกระตุ้นด้วยอารมณ์ ความรู้สึก เป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะชอบหรือไม่ชอบสิ่งต่างๆ ซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติของบุคคล (จิระวัฒน์ วงสวัสดิ์วัฒน์, 2538) การปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก้ปวดมี 3 วิธี คือ 1) การกระทำหรือกิจกรรมที่ไม่ใช่การใช้ยาแก้ปวดที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับความปวดลดลง ในที่นี้หมายถึง การเบี่ยงเบนความสนใจ (โดยการฟังวิทยุ ฟังเพลง ร้องเพลง อ่านหนังสือ) เทคนิคการผ่อนคลาย การใช้ความร้อน/ความเย็น ดนตรีบำบัด การนวด สมาธิ การจินตภาพ การสัมผัส และสัมผัสบำบัด เป็นต้น ซึ่งการที่พยาบาลจะเลือกใช้หรือมีการปฏิบัติโดยใช้วิธีการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในการบรรเทาความปวดแก่

ผู้ป่วยมีเรื้อรังนั้นขึ้นกับปัจจัยหลักต่างๆ ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

วิธีการดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยแผนก ศัลยกรรม อายุรกรรม นรีเวชกรรม หูคอจมูก หออภิบาลผู้ป่วยหนัก และแผนกพิเศษ ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ในจังหวัดสงขลา จำนวน 131 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติคือผ่านการประเมินในระยะทดลองงานมาแล้วและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมีเรื้อรังที่มีความปวดมาก่อนอย่างน้อย 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมีเรื้อรังที่มีความปวด การได้รับความรู้เกี่ยวกับการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา การได้รับการฝึกอบรม/สัมมนา/ศึกษาต่างๆ แหล่งข้อมูล/ความรู้ที่ได้รับ รวมทั้งประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมีเรื้อรัง ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์ในการใช้การบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา การสนับสนุนของหน่วยงานหรือโรงพยาบาล

2. แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา มีทั้งหมด 19 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายปิด คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ 0-4 ในการแปลความหมายระดับการ

รับรู้ความสามารถ ใช้การแบ่งลำดับคะแนนโดยนำค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุด และหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการ (Best & Kahn, 1989) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ

3. แบบประเมินการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก้ผู้ป่วยมะเร็ง โดยคำถามมีลักษณะคู่ขนานกับคำถามในส่วนที่ 2 มีทั้งหมด 19 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายปิด คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ 0-4 ในการแปลความหมายระดับการปฏิบัติ ใช้การแบ่งลำดับคะแนนโดยนำค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุด และหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการ (Best & Kahn, 1989) แบ่งเป็น 3 ระดับ สูง ปานกลาง และต่ำ

4. แบบประเมินความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและวิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา มีจำนวน 53 ข้อ ซึ่งได้ดัดแปลงและนำข้อคำถามบางส่วนมาจากเครื่องมือวัดความรู้และความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับความปวดของชาตีสาคและเพชรพิเชฐเชียร (Chatchakorn & Petpichetchian, 2001) เป็นคำถามปลายปิด ลักษณะคำตอบ คือ ใช่ และไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน และในการแปลความหมายระดับความรู้และทัศนคติ ใช้การแบ่งลำดับคะแนนโดยนำค่าคะแนนเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\bar{X} \pm 1SD$) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้สูง/ทัศนคติทางบวก ความรู้ปานกลาง/ทัศนคติกลางๆ และความรู้ต่ำ/ทัศนคติทางลบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน แล้วนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถาม แล้วนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นนำเครื่องมือไปหาความเที่ยง แบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 หาความเที่ยงโดยวิธีสอบซ้ำ (test and retest method) โดยทำการวัดห่างกัน 7 วัน ส่วนที่ 2 ได้ค่าความเที่ยง 0.68 และส่วนที่ 3 ได้ค่าความเที่ยง 0.70 แบบสอบถามส่วนที่ 4 หาความเที่ยงโดยใช้สูตร K-R 20 ได้ค่าความเที่ยง 0.67 จึงปรับปรุงแบบสอบถามส่วนที่ 4 และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้จริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แจกแจงความถี่และร้อยละของข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

2. แจกแจงความถี่และร้อยละ รายข้อและจำแนกตามวิธีต่างๆ ของข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลการรับรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ และการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา

3. แจกแจงความถี่และร้อยละของข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลความรู้และทัศนคติ

4. คำนวณค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) รายข้อและจำแนกตามวิธีต่างๆ ของข้อมูลการรับรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ และการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา

5. คำนวณค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) รายข้อ รายหมวด และโดยรวมของข้อมูลความรู้และทัศนคติ

6. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพกับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็งแต่ละวิธี ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยากับการรับรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ และความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็งแต่ละวิธี โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้โดยการทดสอบที (t-test) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 8 ส่วน ดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป พบว่า เกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง คือร้อยละ 98.5 มีช่วงอายุระหว่าง 31-40 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48 อายุเฉลี่ย 32 ปี (S.D. 5.36) การศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 94.7 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในช่วง 1-5 ปีมากที่สุดร้อยละ 42.7 เฉลี่ย 7.28 ปี (S.D. 4.64) มีประสบการณ์การ

ทำงาน ในช่วง 6-10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.6 เฉลี่ย 9.35 ปี (S.D. 5.39) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสนใจต่อการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 53.1 และสนใจมาก ร้อยละ 38.5 ส่วนใหญ่ร้อยละ 90.1 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา ซึ่งแหล่งที่มาของความรู้ของแต่ละคนส่วนใหญ่ได้มาจากตำราและหลักสูตรในสถาบันการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 63.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 53.4 ไม่เคยเห็นแบบอย่างผู้อื่นประสบความสำเร็จในการใช้วิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาจากการถามในภาพรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่เคยปฏิบัติวิธีบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา ร้อยละ 24.4 เคยปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา ร้อยละ 75.6 ในกลุ่มผู้ที่เคยปฏิบัติพบว่าร้อยละ 83.8 ประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาเป็นบางครั้ง ร้อยละ 16.2 ไม่เคยประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาเลย ร้อยละ 64.3 เคยได้รับการบอกกล่าวว่า “สามารถใช้วิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาได้ดี” ร้อยละ 67.2 บอกว่ารู้สึกสนใจที่จะเรียนรู้การบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา และร้อยละ 50.4 รู้สึกว่าไม่แน่ใจว่าจะใช้ได้ผล มีเพียงร้อยละ 23.7 ที่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับวิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา จากจำนวนผู้ที่เคยผ่านการอบรม พบว่าร้อยละ 60 ได้รับการอบรมจากที่ทางโรงพยาบาลจัดขึ้น ร้อยละ 91.5 ไม่มีคู่มือหรือเอกสารการปฏิบัติงานเกี่ยวกับวิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาในหอผู้ป่วย ร้อยละ 70 ไม่มีอุปกรณ์ที่เอื้ออำนวยต่อการใช้วิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่

ยาเพื่อบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วย ร้อยละ 61.5
สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานอยู่ไม่เอื้ออำนวย
ต่อการใช่วิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรับรู้ความสามารถของพยาบาล
วิชาชีพในการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่
ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง

จากตารางที่ 1 พบว่าโดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง
ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถต่อการปฏิบัติเพื่อ

บรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในระดับปานกลาง
โดยมีการรับรู้ความสามารถสูงสุดว่าสามารถปฏิบัติ
โดยการใช้ความร้อน/ความเย็นได้ในระดับปานกลาง
($\bar{X}=2.31$, S.D.=0.84) รองลงมาคือ รับรู้ความสามารถ
ให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการผ่อนคลายได้ในระดับปานกลาง
เช่นกัน ($\bar{X}=2.08$, S.D.=0.93) และรับรู้ต่อการ
ปฏิบัติโดยใช้การจินตภาพและสัมผัสบำบัดน้อยที่สุด
โดยมีความมั่นใจในระดับต่ำ ($\bar{X}=1.21$, 1.22 และ
S.D.=0.91, 1.02 ตามลำดับ)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติเพื่อ
บรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง จำแนกตามวิธีการต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง

การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการรับรู้ความสามารถ
1. การรับรู้ความสามารถโดยทั่วไป	1.76	0.85	ปานกลาง
2. การเบี่ยงเบนความสนใจ	1.77	0.87	ปานกลาง
3. การผ่อนคลาย	2.08	0.93	ปานกลาง
4. การใช้ความร้อน/ความเย็น	2.31	0.84	ปานกลาง
5. ดนตรีบำบัด	1.53	0.96	ปานกลาง
6. การนวด	1.72	1.00	ปานกลาง
7. สมาธิ	1.68	0.92	ปานกลาง
8. การจินตภาพ	1.21	0.91	ต่ำ
9. การสัมผัส	1.98	0.92	ปานกลาง
10. สัมผัสบำบัด	1.22	1.02	ต่ำ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็งที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติ
จากตารางที่ 2 พบว่าโดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในระดับปานกลาง โดยมีการปฏิบัติสูงสุดโดยใช้ความร้อน/ความเย็นในระดับปานกลาง

($\bar{X}=1.99$, S.D.=0.98) รองลงมาคือ การสัมผัส ซึ่งมีการปฏิบัติในระดับปานกลางเช่นกัน ($\bar{X}=1.96$, S.D.=1.20) และวิธีที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติน้อยที่สุดคือสัมผัสบำบัดและการจินตภาพ โดยมีการปฏิบัติในระดับต่ำ ($\bar{X}=0.60$, 0.63 และ S.D.=1.01, 0.87 ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง จำแนกตามวิธีการต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง

การปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1. การปฏิบัติโดยทั่วไป	1.79	1.12	ปานกลาง
2. การเบี่ยงเบนความสนใจ	1.40	1.04	ปานกลาง
3. การผ่อนคลาย	1.74	1.11	ปานกลาง
4. การใช้ความร้อน/ความเย็น	1.99	0.98	ปานกลาง
5. ดนตรีบำบัด	0.77	0.97	ต่ำ
6. การนวด	1.44	1.10	ปานกลาง
7. สมาธิ	1.26	1.03	ต่ำ
8. การจินตภาพ	0.63	0.87	ต่ำ
9. การสัมผัส	1.96	1.20	ปานกลาง
10. สัมผัสบำบัด	0.60	1.01	ต่ำ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของพยาบาลวิชาชีพ

จากตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาโดยรวม ซึ่งประเมินจากค่าคะแนนเต็ม 53 คะแนน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 67.9 มีความรู้ในระดับปานกลางและมีทัศนคติในทางที่เป็นกลาง เมื่อพิจารณาความรู้และทัศนคติดรายหมวดของหมวดที่ 1 ความรู้และทัศนคติโดยทั่วไปเกี่ยวกับความปวดใน

ผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา ซึ่งประเมินจากค่าคะแนนเต็ม 21 คะแนน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 69.5 มีความรู้ในระดับปานกลางและมีทัศนคติในทางที่เป็นกลาง และเมื่อพิจารณาความรู้และทัศนคติดรายหมวดของหมวดที่ 2 ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับวิธีบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาแต่ละวิธี ซึ่งประเมินจากคะแนนเต็ม 32 คะแนน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 68.7 มีความรู้ในระดับปานกลางและมีทัศนคติในทางที่เป็นกลาง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา

ระดับความรู้และทัศนคติ		จำนวน (n=131)	ร้อยละ
1. ความรู้และทัศนคติโดยรวม			
คะแนนต่ำ	(27.00-34.46 คะแนน)	14	10.7
คะแนนปานกลาง	(34.47-41.89 คะแนน)	89	67.9
คะแนนสูง	(41.90-48.00 คะแนน)	28	21.4
ค่าคะแนนเฉลี่ย 38.18 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.71 คะแนนเต็ม 53.00			
2. หมวดที่ 1 ความรู้และทัศนคติโดยทั่วไปเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา			
คะแนนต่ำ	(9.00-12.41 คะแนน)	21	16.0
คะแนนปานกลาง	(12.42-16.60 คะแนน)	91	69.5
คะแนนสูง	(16.61-20.00 คะแนน)	19	14.5
ค่าคะแนนเฉลี่ย 14.51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.09 คะแนนเต็ม 21.00			
3. หมวดที่ 2 ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับวิธีบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาแต่ละวิธี			
คะแนนต่ำ	(17.00-21.22 คะแนน)	23	17.6
คะแนนปานกลาง	(21.23-26.11 คะแนน)	90	68.7
คะแนนสูง	(26.12-29.00 คะแนน)	18	13.7
ค่าคะแนนเฉลี่ย 23.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.44 คะแนนเต็ม 32.00			

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถ
ของพยาบาลวิชาชีพ กับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความ
ปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก้ปวด
การรับรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ

กับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา
ทุกหมวด มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำถึงปาน
กลาง ($r = .39$ ถึง $.66$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ $.01$ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถ กับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวด
โดยวิธีที่ไม่ใช่ยา จำแนกตามวิธีการต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถกับการปฏิบัติ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
1. การปฏิบัติโดยทั่วไป	.55**
2. การเบี่ยงเบนความสนใจ	.57**
3. การผ่อนคลาย	.55**
4. การใช้ความร้อน/ความเย็น	.57**
5. ดนตรีบำบัด	.54**
6. การนวด	.66**
7. สมาธิ	.46**
8. การจินตภาพ	.39**
9. การสัมผัส	.61**
10. สัมผัสบำบัด	.47**

** $P < .01$

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา กับการรับรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ

ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง และการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่

ยาแต่ละวิธีมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมากกับการรับรู้ความสามารถต่อการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดแต่ละวิธี ($r = -.12$ ถึง $.15$) และเมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา กับการรับรู้ความสามารถของกลุ่มตัวอย่าง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับการรับรู้ความสามารถ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
1. ความรู้และทัศนคติโดยทั่วไปเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา กับการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติโดยทั่วไป	.09
2. การเบี่ยงเบนความสนใจ	.06
3. การผ่อนคลาย	.15
4. การใช้ความร้อน/ความเย็น	-.12
5. ดนตรีบำบัด	.04
6. การนวด	-.08
7. สมาธิ	.03
8. การจินตภาพ	.14
9. การสัมผัส	.11
10. สัมผัสบำบัด	.11

ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา กับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของพยาบาลวิชาชีพ

จากการศึกษาพบว่า ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแต่ละวิธีมีความสัมพันธ์

ในระดับต่ำมากกับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดของพยาบาลวิชาชีพ ($r = -.08$ ถึง $.13$) และเมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้น ความรู้และทัศนคติกับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยการผ่อนคลายมีความสัมพันธ์กันทางบวก ในระดับต่ำ ($r = .18$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา กับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของกลุ่มตัวอย่าง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับการปฏิบัติ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
1. ความรู้และทัศนคติโดยทั่วไปเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา กับการปฏิบัติโดยทั่วไป	.10
2. การเบี่ยงเบนความสนใจ	.09
3. การผ่อนคลาย	.18*
4. การใช้ความร้อน/ความเย็น	-.08
5. ดนตรีบำบัด	.03
6. การนวด	-.07
7. สมาธิ	-.02
8. การจินตภาพ	.13
9. การสัมผัส	.08
10. สัมผัสบำบัด	.01

* $P < .05$

การอภิปรายผล ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. การรับรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก้ปวด

โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความมั่นใจในระดับปานกลาง ทั้งนี้แบนดورا (Bandura, 1997) กล่าวว่าปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของบุคคล ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การประสบความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง โดยจะทำให้บุคคลเชื่อมั่นในตนเอง รับรู้ว่าตนเองสามารถที่จะทำได้ดังเช่นที่เคยประสบมาก่อน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.6 เคยปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก้ปวด ในจำนวนนั้นร้อยละ 83.8 เคยประสบผลสำเร็จเป็นบางครั้ง ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ประสบผลสำเร็จทุกครั้งเลย 2) การใช้ตัวแบบแสดงพฤติกรรม และได้รับผลที่พึงพอใจ จะทำให้ผู้สังเกตเกิดประสบการณ์ทางอ้อม เกิดความคิดคล้ายตามว่าผู้อื่นทำได้ตนก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ แต่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.4 ไม่เคยเห็นแบบอย่างผู้อื่นประสบผลสำเร็จในการใช้วิธีบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา 3) การได้รับการชักจูงหรือชี้แนะด้วยคำพูด แม้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.3 เคยได้รับการชี้แนะหรือบอกกล่าวว่าสามารถที่จะใช้วิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาได้ดี อันจะมีผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นก็ตาม แต่การได้รับการชี้แนะหรือชักจูงเพียงอย่างเดียวไม่น่าจะได้อะไรนักในการที่จะทำให้กลุ่มตัวอย่างพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ให้มากกว่านี้ แต่จะต้องอาศัยปัจจัยอื่นๆ ด้วย (Bandura, 1997) ปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวจึงมีผลต่อการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างด้วย และแบนดอรายังได้กล่าวว่า ความเชื่อมั่นของบุคคลในการทำกิจกรรมจะผันแปรตามความยากง่ายของกิจกรรมที่จะปฏิบัติ ซึ่งเมื่อพิจารณาวิธีการแต่ละวิธีที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความมั่นใจในการปฏิบัติเป็นอันดับแรกๆ ได้แก่ การใช้ความร้อน/ความเย็น การผ่อนคลาย การสัมผัสและการเบี่ยงเบนความสนใจ วิธีการต่างๆ เหล่านี้เป็นเทคนิคที่ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน พยาบาลส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ทำให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติ ส่วนการจินตภาพและสัมผัสบำบัดซึ่งเป็นวิธีที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความมั่นใจในการปฏิบัติเป็นอันดับท้ายๆ นั้นเป็นเทคนิคที่ยาก มีความซับซ้อน ต้องอาศัยผู้มีความรู้ความชำนาญ ต้องได้รับการฝึกฝนจนเกิดทักษะ พยาบาลส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้ ไม่มีประสบการณ์รวมทั้งไม่มีแบบอย่างในการปฏิบัติในเรื่องนี้ จึงทำให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ

2. การปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก้ปวด

โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการปฏิบัติวิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาส่วนใหญ่ต้องอาศัยอุปกรณ์ สถานที่ สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย แต่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 และ 61.5 รายงานว่าในหอผู้ป่วยไม่มีอุปกรณ์ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของเฮลมริชและคณะ (Helmrigh et al., 2001) ที่พบว่าสิ่งแวดล้อม-

ล้อมในโรงพยาบาลไม่เอื้ออำนวยต่อการใช้การบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา และเมื่อพิจารณาระดับการปฏิบัติแต่ละวิธีที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเป็นอันดับแรกๆ ได้แก่ การใช้ความร้อน/ความเย็น การผ่อนคลาย การสัมผัส เนื่องจากวิธีเหล่านี้เป็นเทคนิคที่ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ไม่ต้องอาศัยอุปกรณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยมากนัก จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติวิธีดังกล่าวเป็นอันดับแรกๆ ในทางตรงข้ามสัมผัสบำบัดและการจินตภาพ ซึ่งมีระดับการปฏิบัติเป็นอันดับท้ายสุด เนื่องจากทั้ง 2 วิธีเป็นเทคนิคที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน ต้องอาศัยอุปกรณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย ต้องอาศัยผู้ที่มีความรู้ความชำนาญ ต้องได้รับการฝึกฝน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติวิธีดังกล่าวเป็นอันดับสุดท้าย

3. ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของพยาบาลวิชาชีพ

เมื่อพิจารณาความรู้และทัศนคติทั้งโดยรวมและรายหมวด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลางและมีทัศนคติในทางที่เป็นกลาง ทั้งนี้เนื่องจากความรู้และทัศนคติในทางบวกเกิดจากความสนใจ การศึกษาค้นคว้า การเรียนรู้ สังเกตหรือประสบการณ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 94.7 มีการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า และแม้ว่าร้อยละ 90.1 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาจากแหล่งต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับจากตำราและหลักสูตรในสถาบันการศึกษา ร้อยละ 63.4 แต่อาจจะยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดความรู้และทัศนคติทางบวกใน

ระดับสูงได้ เพราะเนื้อหาเกี่ยวกับการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาส่งส่วนใหญ่ไม่มีในหลักสูตรระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า แต่จะกล่าวถึงเพียงบางวิธี และไม่มีรายละเอียดมากนัก นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 76.3 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับเรื่องนี้ จึงทำให้ความรู้ที่ได้รับยังไม่เพียงพอ เพราะส่วนใหญ่ไม่ได้กล่าวถึงการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาครบทุกวิธี จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้สูงและมีทัศนคติในทางบวกเฉพาะในบางวิธีเท่านั้น ซึ่งเมื่อพิจารณาความรู้และทัศนคติรายข้อพบว่าข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมาก 3 อันดับแรก คือการทำสมาธิช่วยให้จิตใจสงบ ลดสิ่งกระตุ้นทางอารมณ์และเพิ่มระดับความอดทนต่อความปวดได้มากขึ้น การนวดช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อและอาการปวดเมื่อยเพราะการนวดช่วยให้การไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะต่างๆ ดีขึ้น และการทำสมาธิมีผลต่อการหลั่งเอ็นดอร์ฟิน คำถามเหล่านี้เป็นความรู้ทางด้านพยาธิวิทยา (pathology) ซึ่งส่วนใหญ่มีการเรียนรู้ในชั้นเรียน และเป็นวิธีดั้งเดิมในสังคมไทย รวมทั้งอาจเห็นบุคคลในครอบครัวปฏิบัติ ส่วนข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อย คือ ผู้ที่จะใช้การผ่อนคลายเพื่อบรรเทาความปวดต้องผ่านการฝึกฝนมาอย่างสม่ำเสมอ และวิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้เวลาในการปฏิบัติมาก ทั้งในด้านการฝึกปฏิบัติและการปฏิบัติ คำถามเหล่านี้นอกจากจะต้องได้รับความรู้มาแล้วยังต้องผ่านการวิเคราะห์สังเคราะห์ โดยอาศัยประสบการณ์และเวลาจึงจะทำให้เข้าใจหรือมีความรู้สูงและมีทัศนคติในทางบวกได้ ซึ่งจากการศึกษาของทานาเบและบัสชแมนน์ (Tanabe & Buschmann, 2000) บรูนิเออร์ คาร์สัน

และแฮร์ริสัน (Bruinier, Carson & Harrison, 1995) คลาร์กและคณะ (Clarke et al., 1996) พบว่าพยาบาลที่จบการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป หรือผู้ที่ได้รับการอบรม/สัมมนาเกี่ยวกับความปวด และการจัดการกับความปวดมีระดับความรู้เกี่ยวกับ ความปวดและการจัดการกับความปวดสูงกว่าผู้ที่มี ระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าหรือผู้ที่ไม่ได้รับการ อบรม/สัมมนา การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการ ศึกษาของเฮลมริช และคณะ (Helmrich et al., 2001) ที่กลุ่มตัวอย่างบอกว่า ความรู้เกี่ยวกับการ บรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาบางอย่างมีอยู่ใน หลักสูตรบางอย่างก็ไม่มี หากมีการให้ความรู้และ ฝึกปฏิบัติอย่างเป็นรูปแบบมากขึ้น ก็จะช่วยให้เกิด ผลสำเร็จในการนำไปใช้มากขึ้น และจากการที่ร้อยละ 91.5 ของกลุ่มตัวอย่างรายงานว่าไม่มีคู่มือหรือ เอกสารการบรรเทาปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในหอผู้ป่วย แสดงว่าแหล่งข้อมูลในการค้นคว้าหาความรู้ด้วย ตนเองในหน่วยงานมีน้อยมาก สิ่งเหล่านี้มีความ สำคัญต่อการค้นคว้า ทบทวนความรู้ ความเข้าใจ อันจะนำไปสู่การมีความรู้สูงและมีทัศนคติในทางบวก ได้ และร้อยละ 53.1 มีความสนใจต่อการบรรเทา ความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในระดับปานกลางเท่านั้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความกระตือรือร้นในการ ค้นคว้าหาความรู้ไม่มากนัก อีกทั้งอายุเฉลี่ยของ กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 32 ปี และประสบการณ์ในการ ดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลันเฉลี่ย 7.28 ปี ซึ่งในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา เรื่องความปวดในผู้ป่วยระยะเฉียบพลันและการบรรเทา ความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยามีการพูดถึงกันน้อยมาก เริ่มมีการส่งเสริมเมื่อ 2-3 ปีที่ผ่านมา ซึ่งอาจทำให้ ข้อเท็จจริงที่ได้รับและการเผยแพร่ความรู้เรื่องนี้อาจ

จะยังไม่ทั่วถึง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับ ปานกลางและมีทัศนคติในทางที่เป็นกลาง สอดคล้อง กับการศึกษาของบรูนิเออร์ คาร์สัน และแฮร์ริสัน (Bruinier, Carson & Harrison, 1995) การศึกษา ของคลาร์กและคณะ (Clarke et al., 1996) และ การศึกษาของ สโลแมน อเฮอร์น ไรท์ และบราวน์ (Sloman, Ahern, Wright & Brown, 2001) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้ไม่เพียงพอและมีทัศนคติ ที่ไม่ดีเกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวด

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความ สามารถของพยาบาลวิชาชีพ กับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน

การรับรู้ความสามารถกับการปฏิบัติทุกวิธีมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตัดสินความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนไม่สามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ ก็จะรู้สึกกลัวและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ แต่ถ้าบุคคลใดมั่นใจว่าจะสามารถจะปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ ก็จะไม่รู้สึกกลัวที่จะปฏิบัติและยังทำให้เกิดความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ อีกด้วย (Bandura, 1977) การรับรู้ความสามารถของตนเอง จึงมีผลต่อพฤติกรรมกระทำหรือการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของริชา หงส์โรจนภาคย์ (2545) ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะ น้ำหนักเกินของสตรีวัยกลางคน การศึกษาของ สุพรรณิ กัณหาธิกุล (2542) ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติ

กรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่น และการศึกษาของเบญจวรรณละอองผล (2543) ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยกระดูกหักมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา กับการรับรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ

ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแต่ละวิธี มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้ความสามารถต่อการปฏิบัติแต่ละวิธี การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ซึ่งแบนดูรา (Bandura, 1997) ได้เสนอว่ามีอยู่ด้วยกัน 4 ปัจจัย คือ ประสิทธิภาพที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ หรือการสังเกตผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จ การได้รับการชักจูงด้วยคำพูด และสภาวะทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยากับการรับรู้ความสามารถต่อการปฏิบัติแต่ละวิธีมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การรับรู้ความสามารถของตนเองขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ด้วย ดังรายละเอียดที่ได้กล่าวมาแล้วในข้อ 1

6. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยากับการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ

ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดใน

ผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแต่ละวิธีมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดแต่ละวิธี ยกเว้น ความรู้และทัศนคติกับการปฏิบัติการผ่อนคลายมีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากการปฏิบัติวิธีเหล่านั้นนอกจากการมีความรู้สูงและมีทัศนคติในทางบวก มีการรับรู้ความสามารถของตนเองว่าสามารถทำได้แล้ว ยังมีปัจจัยอื่นๆมาเกี่ยวข้องด้วย เช่น มีอุปกรณ์เพียงพอ มีสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย แต่จากการศึกษาพบว่าไม่มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก สถานที่และสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย สิ่งเหล่านี้มีผลขัดขวางการปฏิบัติของพยาบาล จึงทำให้ความรู้และทัศนคติแต่ละวิธีมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดแต่ละวิธี สอดคล้องกับการศึกษาของเฮาเวลล์ บัทเลอร์ วินเซนท วัตทวอตสัน และสตีร์น (Howell, Butler, Vincent, Watt-Watson & Stearn, 2000) ที่พบว่าความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการจัดการกับความปวดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการกับความปวดของพยาบาล การศึกษาของดัลตันและคณะ (Dalton et al., 1996) ที่พบว่าหลังโปรแกรมการให้ความรู้พยาบาลมีคะแนนการจัดการกับความปวดเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการกับความปวดแก่ผู้ป่วยและการบันทึก การศึกษาของรัชตวรรณ ศรีตระกูล (2543) ที่พบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ การศึกษาของสุรีย์ ธาตุทองเหลือง (2542) ที่พบว่า

ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการระบบควบคุมคุณภาพการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย

การที่ความรู้และทัศนคติกับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยการผ่อนคลายมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากเป็นเทคนิคที่ง่าย ไม่ซับซ้อน ไม่ต้องมีทักษะมากนัก ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ เป็นเทคนิคที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้เลย ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลรายข้อ พบว่าการผ่อนคลายที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติในระดับมากคือ เทคนิคการบริหารการหายใจเป็นจังหวะ และการหายใจลึกช้าและสม่ำเสมอ ซึ่งทั้ง 2 เทคนิคนี้เป็นเทคนิคที่ง่าย พยาบาลส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้เลยโดยไม่ต้องอาศัยอุปกรณ์ใดๆ สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า ความรู้ก่อให้เกิดความเข้าใจ เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมและก่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติ เนื่องจากความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้ทราบว่าต้องปฏิบัติอย่างไรและต้องปฏิบัติได้จริง นอกจากนั้นการที่บุคคลได้รับความรู้ใหม่เข้ามาและนำมารวมกับความรู้เดิมที่มีอยู่ก่อให้เกิดความเข้าใจ มีการเปลี่ยนทัศนคติและความเชื่อแล้วสร้างเป็นแบบแผนการปฏิบัติของตนเอง ความรู้จึงเป็นเครื่องชี้นำและนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง (วรรณวิไล จันทราภา, 2527 อ้างตาม รัตนาวดี ขอนตะวัน และปัทมา กาคำ, 2542) และทัศนคติเป็นความเชื่อของบุคคลที่มีผลทำให้บุคคลพร้อมที่จะกระทำการสิ่งใด ๆ เป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลที่จะแสดงหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ (จิระวัฒน์ วงศ์สวัสดิวัฒน์, 2538; ไพศาล หวังพานิช, 2526)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับเรื่องความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา โดยอาจจัดในรูปการฝึกอบรมสาธิต ตลอดจนทดลองฝึกปฏิบัติจริง เพื่อให้พยาบาลเกิดทักษะ มั่นใจในการปฏิบัติ และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง อันจะนำไปสู่การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติที่สูงขึ้น รวมทั้งจัดให้มีคู่มือ เอกสาร และอุปกรณ์เกี่ยวกับการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาอย่างเพียงพอ

2. ควรมีการนำผลการวิจัยใหม่ๆ เกี่ยวกับการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา เช่น สัมผัสบำบัด การจินตภาพ สมาธิบำบัด เป็นต้น มาเผยแพร่โดยการจัดบอร์ดวิชาการหรือการประชุมปรึกษา (conference) เพื่อกระตุ้นให้พยาบาลเกิดการพัฒนาความรู้ความสามารถ และมีทัศนคติในทางบวกนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็งอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

3. ผู้บริหารการพยาบาลควรกำหนดนโยบายในการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ การพยาบาล

4. ในหลักสูตรการศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี ควรมีเนื้อหาเกี่ยวกับการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาที่หลากหลายและใหม่ๆ มากขึ้น เช่น สัมผัสบำบัด การจินตภาพ สมาธิบำบัด เป็นต้น เพื่อให้ นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องมากขึ้น และควรให้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติจริงให้มากขึ้น ผู้สอนควรจัดให้นักศึกษาได้เห็นแบบอย่างการปฏิบัติวิธีที่ซับซ้อน เช่น สัมผัสบำบัด

การจินตภาพ เพื่อเสริมสร้างประสบการณ์และความมั่นใจในการปฏิบัติ ก่อให้เกิดการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติที่สูงขึ้น อันจะนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อช่วยบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยมะเร็งต่อไป

5. ศึกษาในเรื่องเดียวกันนี้ ในพยาบาลที่ดูแลเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเท่านั้น เช่น สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มะเร็ง เป็นต้น หรือทำการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (focus group) เฉพาะกลุ่มพยาบาล หรือร่วมกันระหว่าง

ทีมสหวิชาชีพ

6. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติของพยาบาลในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาวิธีต่างๆ แต่ละวิธี เพื่อจะได้นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาบุคลากรและคุณภาพการบริการในประเด็นต่างๆ ได้ลึกซึ้งมากขึ้น รวมทั้งวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายการปฏิบัติของพยาบาลในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาด้วย

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2544). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2543, [Online]. Available:

<http://203.157.19.191/2.3%20causes%20of%20deaths%20page%2075.pdf>. [2002, July 9]

จิระวัฒน์ วงศ์สวัสดิ์วัฒน์. (2538). ทศนคติ ความเชื่อ และพฤติกรรม การวัด การพยากรณ์ และการเปลี่ยนแปลง (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : สามดีการพิมพ์.

เบญจวรรณ ละอองพล. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

ไพศาล หวังพานิช. (2526). การวัดผลการศึกษา. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิชย์.

ริวิชา หงส์โรจนภักย์. (2545). การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในสตรีวัยกลางคน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

รัชตวรรณ ศรีตระกูล. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

- รัตนาวดี ขอนตะวัน และปัทมา กาคำ. (2542). ความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดจากหัตถการในทารก. รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุพรรณิ กัณห์ถิลก. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรม การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สุรีย์ ธาดทองเหลือง. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการจัดระบบควบคุมคุณภาพของ การพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York : W. H. Freeman and Company.
- Best, J.W., & Kahn, J.V. (1989). *Research in education* (6th ed.). Newdelhi: Prentice-Hall of India.
- Brunier, G., Carson, M., & Harrison, D. E. (1995). What do nurses know and believe about patients with pain? Result of a hospital survey. *Journal of Pain and Symptom Management*, 10 (6), 436-445.
- Chatchakorn, K., & Petpichetchian, W. (2001). Knowledge and attitudes regarding pain and its management in thai nurses. *Proceedings the International Conference, Traditions, Evidence, and Innovations in Nursing*, 21-23 March 2002. Royal Phuket City, Phuket, Thailand.
- Clarke, E. B., et al. (1996). Pain management knowledge, attitudes and clinical practice: The impact of nurses' characteristics and education. *Journal of Pain and Symptom Management*, 11 (1), 18-31.
- Cleeland, C. S., et al. (1994). Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *The New England Journal of Medicine*, 330 (9), 592-596.
- Dalton, J. A. (1989). Nurses' perception of their pain assessment skills, pain management practices and attitudes toward pain. *Oncology Nurses Forum*, 16 (2), 225-231.
- Dalton, J. A., et al. (1996). Changing the relationship among nurses' knowledge, self-reported behavior, and documented behavior in pain management: Does education make a difference? *Journal of Pain and Symptom Management*, 12 (5), 308-319.

- Helmrich, S. et al. (2001). Factors influencing nurses' decisions to use non-pharmacological therapies to manage patients' pain. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 19 (1), 27-35.
- Howell, D., Butler, L., Vincent, L., Watt-Watson, J., & Stearns, N. (2000). *Cancer Nursing*, 23 (1), 55-63.
- Murphy-Ende, K. (2001). Barriers to palliative and supportive care. *Nursing Clinics of North America*, 36 (4), 843-853.
- Payne, R. (1997). Pain clinical perspective in symptoms in terminal illness, [Online]. Available: http://nih.gov/ninr/knew/symptoms_in_terminal_illness.html. [2002, November 2]
- Petpichetchian, W. (2001). The cancer pain experience in thai patients: meanings of cancer pain, control over pain, pain coping, and pain out comes. Doctoral dissertation. Wayne State university, Detroy.
- Sloman, R., Ahern, M., Wright, A., & Brown, L. (2001). Nurses' knowledge of pain in the elderly. *Journal of Pain and Symptom Management*, 21 (4), 317-322.
- Tanabe, P., & Buschmann, M. (2000). Emergency nurses' knowledge of pain management principles. *Journal of Emergency Nursing*, 26 (4), 299-305.