

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่าง ความรุนแรงของความปวด ปัจจัยส่วนบุคคล ความคาดหวังของผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อการจัดการกับความปวดของทีมสุขภาพ รวมทั้งศึกษาอำนาจในการทำนายของความรุนแรงของความปวด และปัจจัยส่วนบุคคล อันได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อการจัดการกับความปวดของทีมสุขภาพ จำนวน 165 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2547 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2548 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตารางตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. ความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง
3. ความคาดหวังของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง
4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อการจัดการกับความปวดของทีมสุขภาพ
5. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา
6. ความสามารถในการทำนายของ ความรุนแรงของความปวด ปัจจัยส่วนบุคคล ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อการจัดการกับความปวดของทีมสุขภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องจำนวน 165 ราย โดยเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ 1 ร้อยละ 66.67 และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 33.33 เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ 2 (ตาราง ก1 ภาคผนวก)* กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.2 มีช่วงอายุ ระหว่าง 18-76 ปี เฉลี่ย 41.41 ปี (SD = 14.71) มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 74.5 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 82.4 การศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 58.2

* ตาราง ก1-ก8 อยู่ในภาคผนวก

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ รับจ้าง ร้อยละ 29.7 มีรายได้เฉลี่ยเพียงพอต่อการดำเนินชีวิตประจำวันคิดเป็นร้อยละ 69.7 และรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ร้อยละ 30.3 (ตาราง 3)

ตาราง 3

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพในปัจจุบัน รายได้เฉลี่ย (N= 165).

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	69	41.8
หญิง	96	58.2
อายุ (M = 41.41, SD = 14.71, Max = 76, Min = 18)		
18-30 ปี	43	26.1
31-40 ปี	32	19.4
41-50 ปี	52	31.5
51-60 ปี	17	10.3
61 ปีขึ้นไป	21	12.7
สถานภาพสมรส		
โสด	31	18.8
คู่	123	74.5
หม้าย	5	3.0
หย่า/แยกกันอยู่	6	3.6
ศาสนา		
พุทธ	136	82.4
อิสลาม	29	17.6

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	15	9.1
ประถมศึกษา	96	58.2
มัธยมศึกษา	38	23
อนุปริญญา	13	7.9
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	3	1.8
อาชีพในปัจจุบัน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	25	15.2
เกษตรกร	55	33.3
รับจ้าง	49	29.7
ค้าขาย	25	15.2
รับราชการ	1	0.6
นักศึกษา	10	6.1
รายได้เฉลี่ย		
เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน	115	69.7
ไม่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน	50	30.3

2. ข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล

จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.2 ไม่เคยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 64.8 เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน โดยที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.3 ไม่ทราบกำหนดวันผ่าตัดล่วงหน้า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาร้อยละ 63.7 มีความผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร เช่น ไส้ติ่งแตก ไส้ติ่งเป็นฝี กระเพาะอาหารทะลุ เยื่อช่องท้องอักเสบ ลำไส้อุดตัน ถุงน้ำดีอักเสบ ตับอ่อนอักเสบ และนิ่วในถุงน้ำดี ร้อยละ 36.3 มีความผิดปกติทางสูติรีเวชกรรม เช่น การตั้งครรภ์นอกมดลูก เนื้องอกในมดลูก รังไข่ ท่อนำไข่ ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อการวินิจฉัยโรค คิดเป็นร้อยละ 46.1 รองลงมาคือ การผ่าตัดรังไข่ และ/หรือตัดมดลูกออก ร้อยละ 36.3 รวมทั้งการผ่าตัดถุงน้ำดีและการผ่าตัดเอาไส้ติ่งออก ร้อยละ 6.7 และ 6.1 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับาระงับความรู้สึก

แบบท้วร่างกาย ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดเฉลี่ย 1.57 ชั่วโมง (SD = 0.68) ขนาดของแผลผ่าตัดเฉลี่ย 17.74 เซนติเมตร (SD = 4.34) ปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัดร้อยละ 49.1 อยู่ในช่วง 1-100 ซีซี รองลงมาอยู่ในช่วง 101-200 ซีซี คิดเป็นร้อยละ 15.8 เฉลี่ย 284.95 ซีซี (SD = 438.27) หลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างได้รับการใส่สาย/ท่อระบายจากแผลผ่าตัด ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย อาจได้รับการใส่สาย/ท่อระบายต่างๆ มากกว่า 1 สาย ได้แก่ สายสวนปัสสาวะร้อยละ 88.5 สายทางจมูกลงกระเพาะอาหาร (NG tube) ร้อยละ 57 ท่อระบายจากแผลผ่าตัด เช่น sump drain, penrose drain, radivac drain คิดเป็นร้อยละ 19.4 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 9.1 ไม่มีสายหรือท่อระบายจากแผลผ่าตัดเลย (ตาราง 4)

ตาราง 4

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล (N= 165).

ข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประวัติการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลในอดีต		
เคย	64	38.8
ไม่เคย	101	61.2
ประวัติการได้รับการผ่าตัด		
เคย	107	64.8
ไม่เคย	58	35.2
การกำหนดวันผ่าตัดล่วงหน้า		
ทราบ	77	46.7
ไม่ทราบ	88	53.3
การวินิจฉัยโรค		
ความผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร		
(ใส่ตั้งแตก ใส่ตั้งเป็นฝี กระเพาะอาหารทะลุ เยื่อช่องท้องอักเสบ ลำไส้อุดตัน ถุงน้ำดี อักเสบ ตับอ่อนอักเสบ และนิ่วในถุงน้ำดี)	105	63.4
ความผิดปกติทางสูติรีเวชกรรม		
(การตั้งครรภ์นอกมดลูก เนื้องอกในมดลูก รั้งไข่ ท่อนำไข่)	60	36.6
ชนิดของการผ่าตัด		

การผ่าตัดเอาไส้ติ่งออก (Appendectomy)	10	6.1
การผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อการวินิจฉัยโรค (Exploratory -laparotomy)	76	46.1

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชนิดของการผ่าตัด		
การผ่าตัดรังไข่ ท่อนำไข่ และ/หรือมดลูก (Oophorectomy ,Salphingectomy and/or Abdominal Hysterectomy)	60	36.3
การผ่าตัดถุงน้ำดี (Cholecystectomy)	11	6.7
อื่นๆ (Explore CBD, Choledochoduodenostomy and Cholecystectomy)	8	4.8
ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด (M = 1.57 , SD = 0.68, Max = 4.15, Min = 0.30)		
<1.00 ชั่วโมง	21	12.7
1.01-2.00 ชั่วโมง	98	57.4
2.01-3.00 ชั่วโมง	39	23.6
>3.00 ชั่วโมง	7	4.2
ขนาดของแผลผ่าตัด (M = 17.74 , SD = 4.34, Max = 28, Min = 10)		
10.00-15.00 เซนติเมตร	58	35.2
15.01-20.00 เซนติเมตร	70	42.2
20.01-25.00 เซนติเมตร	27	16.4
> 25 เซนติเมตร	10	6.1
ปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด (M = 284.95 , SD = 438.27, M0d = 100 (30ราย) Max = 2800, Min = 10)		
ไม่มีการบันทึก	10	9.1
1-100 ซีซี	81	49.1
101-200 ซีซี	26	15.8
201-300 ซีซี	15	9.1
300-500 ซีซี	9	5.5

>500 ซีซี	24	14.5
-----------	----	------

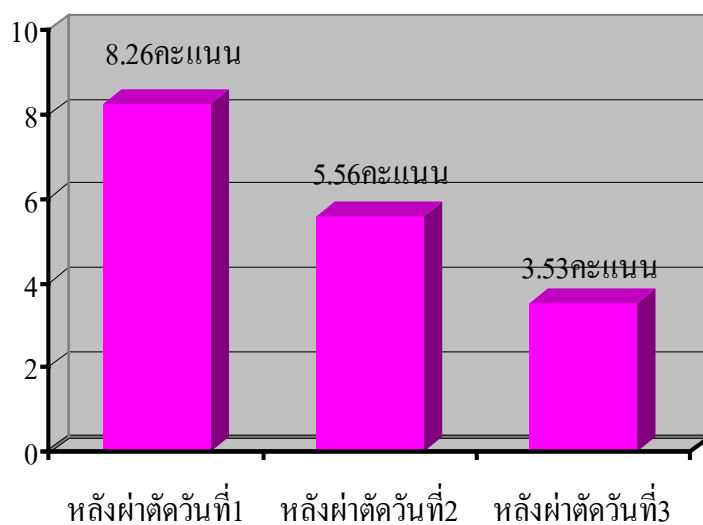
ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การมีสาย/ท่อระบายจากแผลผ่าตัด**		
สายสวนปัสสาวะ	146	88.5
สายยางลงกระเพาะอาหาร (N-G tube)	94	57.0
ท่อระบายจากแผลผ่าตัด		
(sump drain, penrose drain, radivac drain)	32	19.4
ไม่มีสาย/ท่อระบายจากแผลผ่าตัด	15	9.1

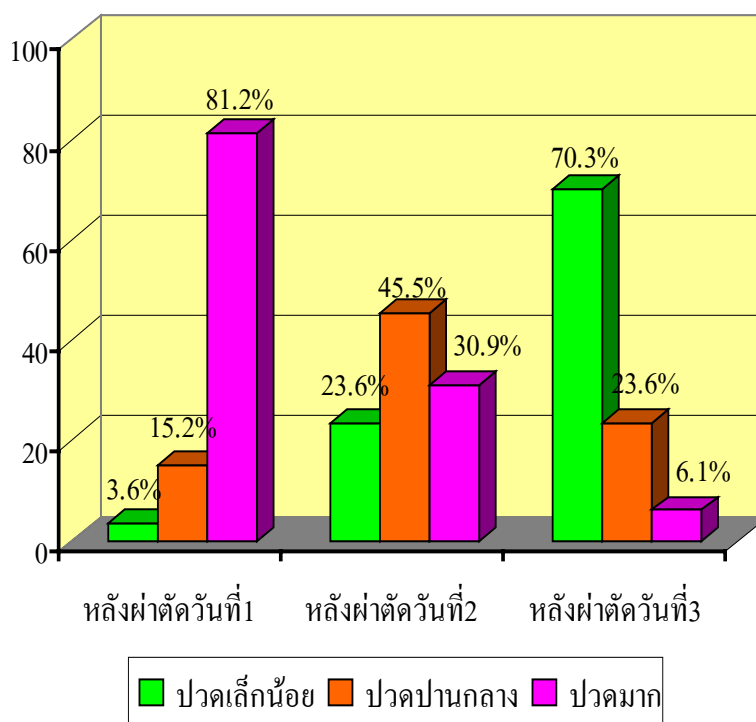
** ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัด

โดยภาพรวมพบว่า ในช่วง 3 วันแรกหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรุนแรงของความปวดสูงสุดในวันที่ 1 (M = 8.26) และลดลงในวันที่ 2 และ 3 (M = 5.56 และ 3.53 ตามลำดับ) โดยสัดส่วนผู้ที่รายงานว่ามีความปวดมากในวันแรกคิดเป็นร้อยละ 81.2 และลดลงเหลือร้อยละ 30.9 และ 6.1 ในวันต่อมา (ภาพประกอบ 5-6 และตาราง ก2 ภาคผนวก ก)



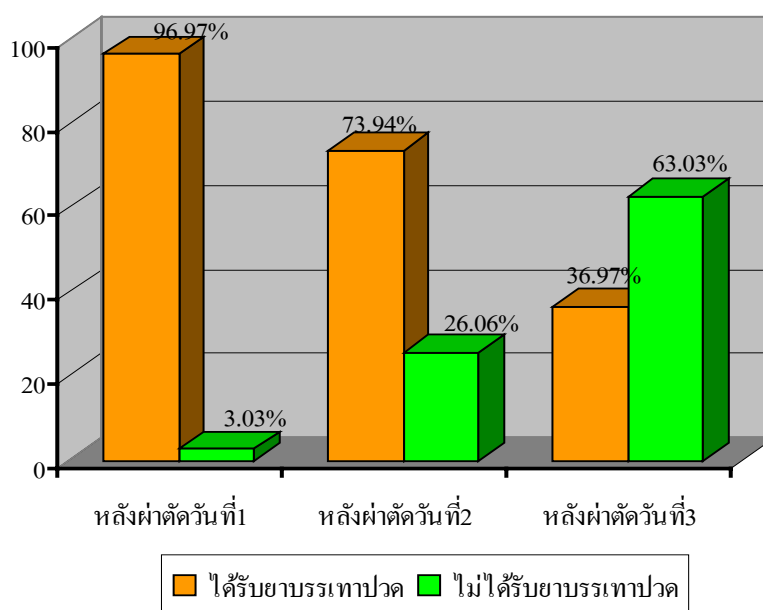
ภาพประกอบ 5 ค่าเฉลี่ยของความปวกหลังผ่าตัดแต่ละวัน



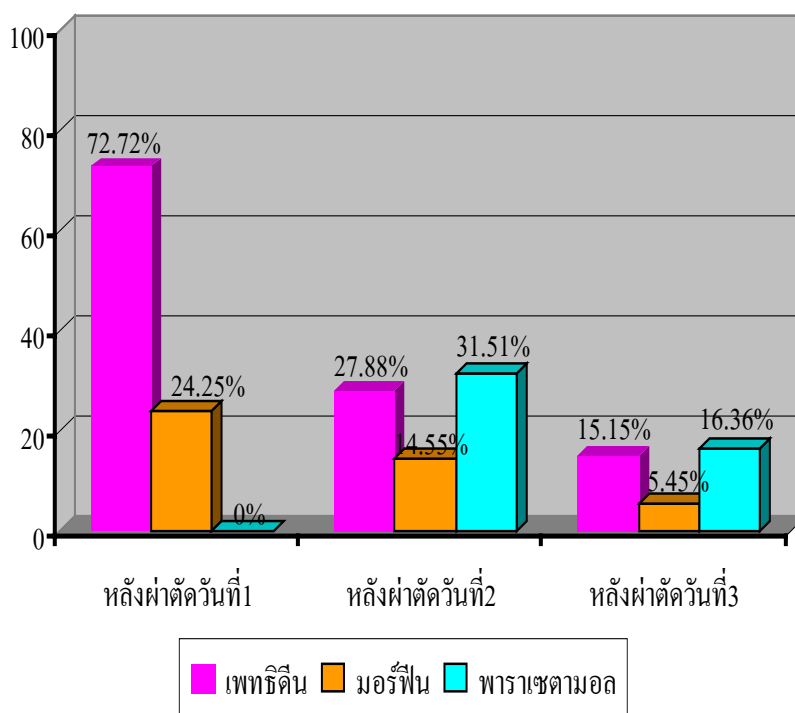
ภาพประกอบ 6 สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีความปวกหลังผ่าตัดแตกต่างกันในแต่ละวัน

สำหรับการได้รับยาบรรเทาปวดหลังผ่าตัดทั้ง 3 วัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับยาบรรเทาปวด ร้อยละ 96.97, 73.94 และ 36.97 ตามลำดับ (ภาพประกอบ 7 และตาราง ก3 ภาคผนวก ก) ชนิดของยาบรรเทาปวดที่ได้รับมากที่สุดหลังผ่าตัด 3 วัน คือ เพทริดีน ร้อยละ 72.72, 27.88 และ 15.15 ตามลำดับ

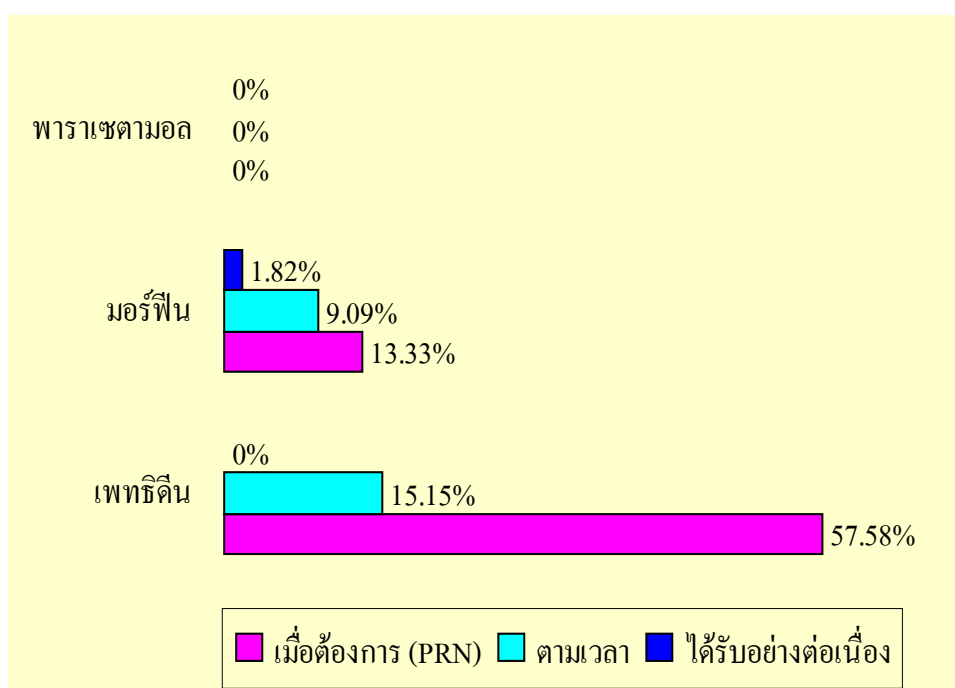
รองลงมาคือ มอร์ฟีนคิดเป็นร้อยละ 24.25, 14.55 และ 5.45 ตามลำดับ (ภาพประกอบ 8 และตาราง ก 3 ภาคผนวก ก) โดยหลังผ่าตัดวันที่ 1 และวันที่ 2 เป็นการได้รับยาบรรเทาปวดเมื่อกลุ่มตัวอย่างต้องการ (prn) ถึงร้อยละ 70.91 และ 24.24 ตามลำดับ ส่วนการได้รับยาบรรเทาปวดตามเวลา คิดเป็นร้อยละ 58.19 และ 13.33 ตามลำดับ และได้รับยาพาราเซตามอลร่วมด้วยในหลังผ่าตัดวันที่ 2 และ 3 (ภาพประกอบ 9-11 และตาราง ก4 ภาคผนวก ก) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาบรรเทาปวดโดยการฉีดทางกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 46.67, 25.46 และ 12.12 ตามลำดับ) (ภาพประกอบ 12 และ ตาราง ก3 ภาคผนวก ก) ขนาดของยาบรรเทาปวดที่ได้รับเทียบกับมอร์ฟีนทางหลอดเลือดดำ 10 มิลลิกรัม (morphine equianalgesic dose) พบว่าช่วง 3 วันแรกหลังผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างได้รับยาบรรเทาปวดโดยการฉีดทางหลอดเลือดดำและการฉีดทางกล้ามเนื้อเทียบกับมอร์ฟีนเฉลี่ยในวันที่ 1 ($M = 16.33$) และลดลงในวันที่ 2 และ 3 ($M = 6.34$ และ 2.73 ตามลำดับ) (ภาพประกอบ 13 และ ตาราง ก5 ภาคผนวก ก)



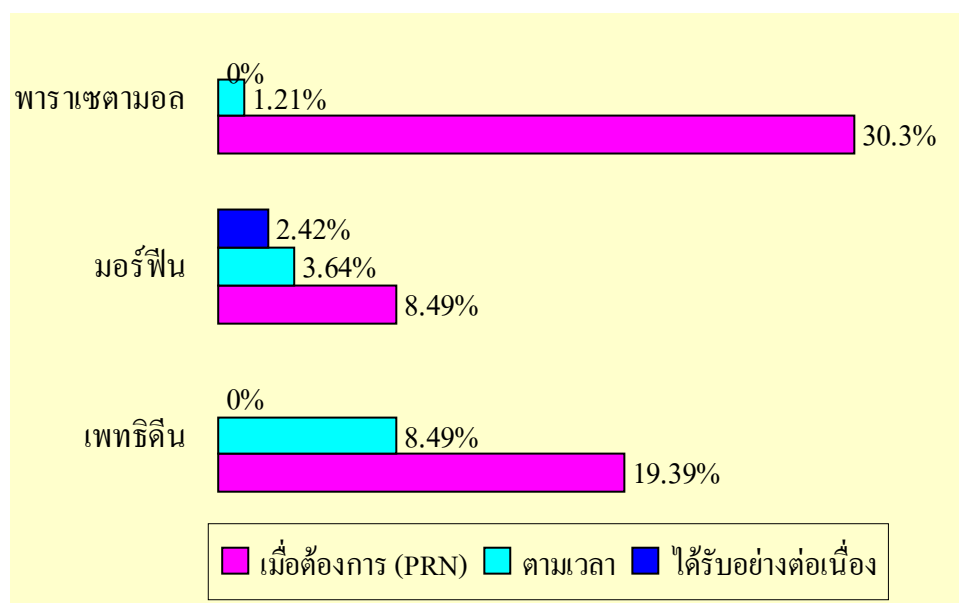
ภาพประกอบ 7 สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาบรรเทาปวดหลังผ่าตัดแต่ละวัน



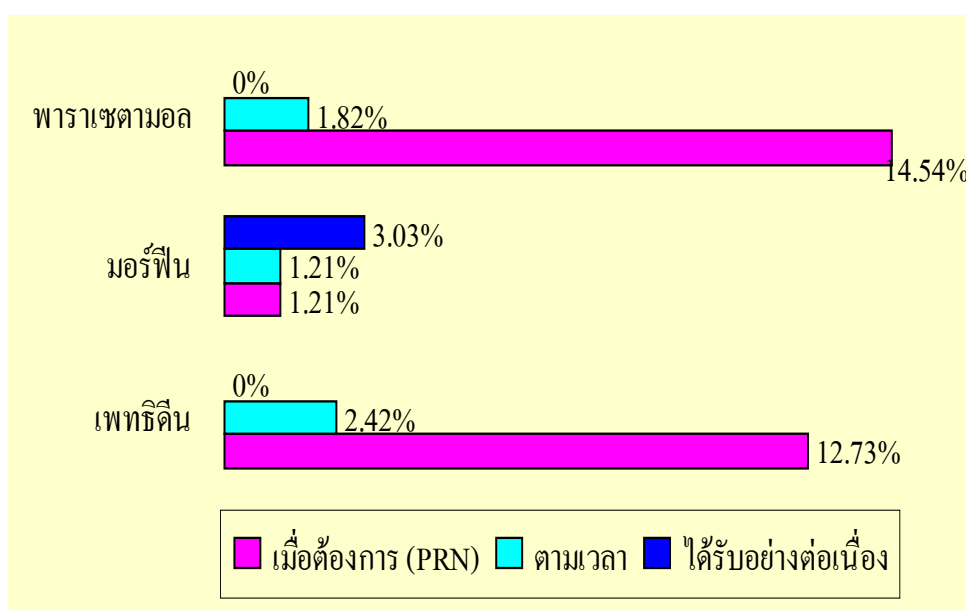
ภาพประกอบ 8 สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาบรรเทาปวดชนิดต่างๆ



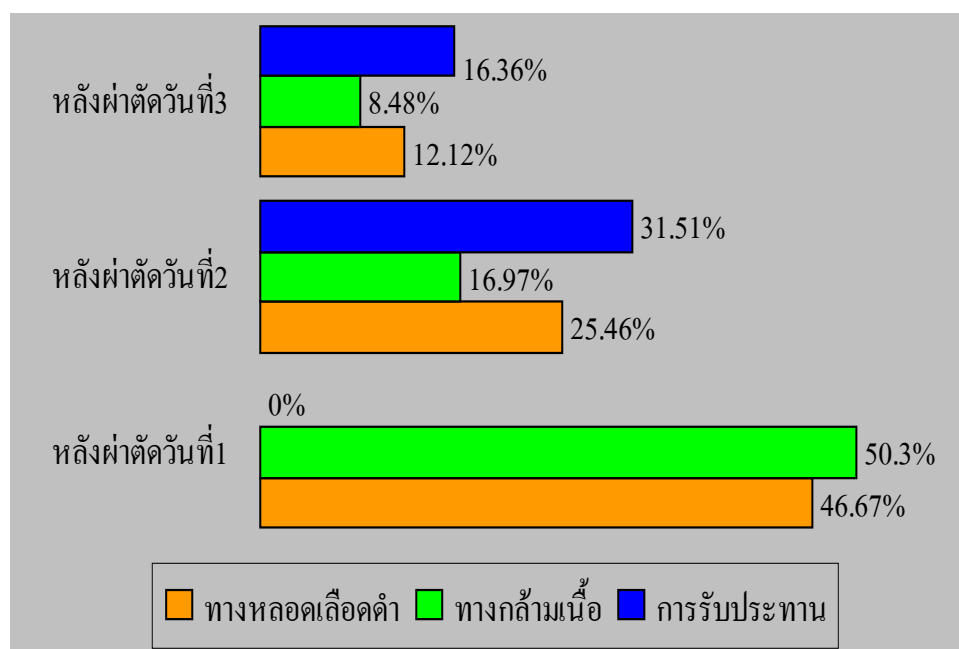
ภาพประกอบ 9 สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาบรรเทาปวดตามลักษณะการได้รับยาล้างผ่าตัด วันที่ 1



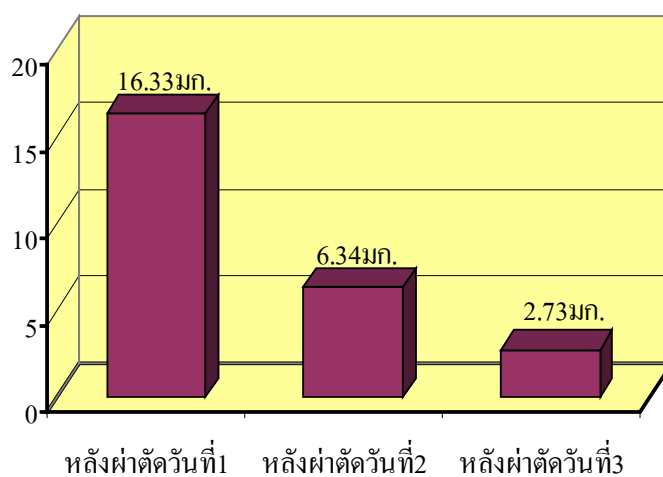
ภาพประกอบ 10 สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาบรรเทาปวดตามลักษณะการได้รับยาล้างผ่าตัด วันที่ 2



ภาพประกอบ 11 สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาบรรเทาปวดตามลักษณะการได้รับยาหลังผ่าตัดวันที่ 3



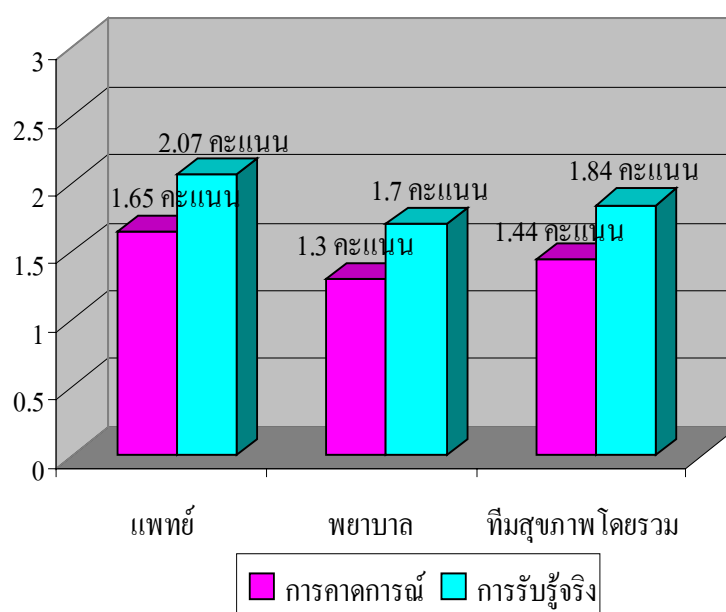
ภาพประกอบ 12 สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาบรรเทาปวดตามวิธีทางต่างๆ



ภาพประกอบ 13 ค่าเฉลี่ยของขนาดของยาที่ได้รับเทียบเท่ามอร์ฟีนทางหลอดเลือดดำ 10 มิลลิกรัม

ความคาดหวังของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

ความคาดหวังของผู้ป่วยซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ การคาดการณ์ โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย หลังผ่าตัดครบ 24 ชั่วโมง และการรับรู้จริง เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยในวันที่ 3 หลังผ่าตัดครบ 72 ชั่วโมง พบว่า ความคาดหวังของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อการจัดการกับความปวดของแพทย์ จากคะแนนเต็ม 3 คะแนน คะแนนการคาดการณ์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.65 (SD = 0.67) คะแนนการรับรู้จริง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.07 (SD = 0.55) ซึ่งการคาดการณ์และการรับรู้จริงของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง หมายถึง ผู้ป่วยมีความคาดหวังไว้ว่าจะได้รับการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดจากแพทย์ปานกลาง และในความเป็นจริง ผู้ป่วยได้รับการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดจากแพทย์ในระดับปานกลาง เช่นกัน ส่วนความคาดหวังของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อการจัดการกับความปวดของพยาบาล พบว่าคะแนนการคาดการณ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.30 (SD = 0.62) คะแนนการรับรู้จริงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.70 (SD = 0.46) ซึ่งการคาดการณ์อยู่ในระดับน้อยและการรับรู้จริงของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง หมายถึง ผู้ป่วยมีความคาดหวังไว้ว่าจะได้รับการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดจากพยาบาลน้อย และในความเป็นจริงผู้ป่วยได้รับการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด จากพยาบาลในระดับปานกลาง ซึ่งมากกว่าที่คาดไว้ เมื่อพิจารณาความคาดหวังของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อการจัดการกับความปวดของทีมสุขภาพ (โดยรวม) พบว่าคะแนนการคาดการณ์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.44 (SD = 0.59) อยู่ในระดับน้อย คะแนนการรับรู้จริง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.84 (SD = 0.45) อยู่ในระดับปานกลาง หมายถึง โดยภาพรวมผู้ป่วยมีความคาดหวังไว้ว่าจะได้รับการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดจากทีมสุขภาพในระดับน้อย และในความเป็นจริงผู้ป่วยได้รับการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดจากทีมสุขภาพในระดับปานกลาง (ภาพประกอบ 14 และตาราง 5)



ภาพประกอบ 14 ค่าเฉลี่ยของความคาดหวังของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อการจัดการกับความปวดของทีมสุขภาพ

ตาราง 5

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการคาดการณ์และระดับการรับรู้จริงของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อการจัดการกับความปวดของทีมสุขภาพ ($N = 165$).

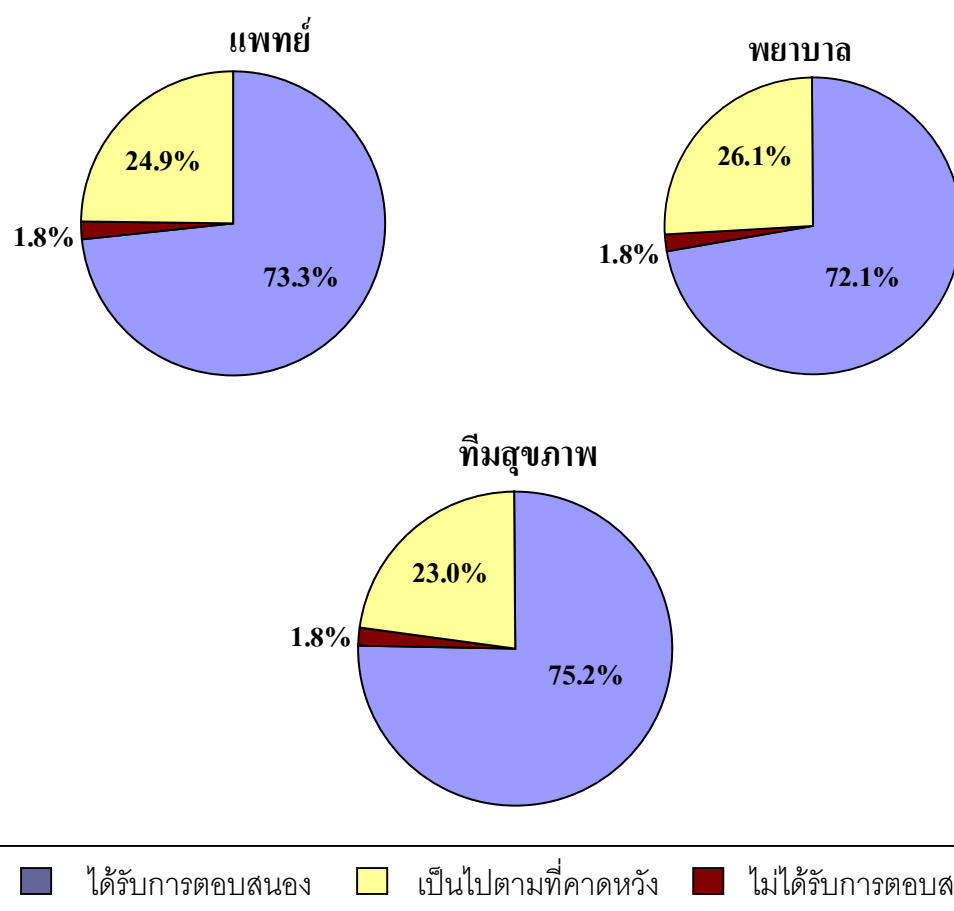
ความคาดหวังของผู้ป่วย	Mean	SD	ระดับ
ต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของแพทย์			
การคาดการณ์	1.65	0.67	ปานกลาง
การรับรู้จริง	2.07	0.55	ปานกลาง
ต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล			
การคาดการณ์	1.30	0.62	น้อย
การรับรู้จริง	1.70	0.46	ปานกลาง
ต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของทีมสุขภาพ (โดยรวม)			
การคาดการณ์	1.44	0.59	น้อย
การรับรู้จริง	1.84	0.45	ปานกลาง

จากตาราง 6 พบว่า จากคะแนนเต็ม 3 คะแนน คะแนนความต่างของการคาดการณ์กับการรับรู้จริงต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของแพทย์และพยาบาล มีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกันมากเท่ากับ 0.42 และ 0.40 ($SD = 0.82$, $SD = 0.73$ ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาในภาพรวม คะแนนความต่างของการคาดการณ์กับการรับรู้จริงต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของทีมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.40 ($SD = 0.71$) พบว่า คะแนนความต่างของการคาดการณ์กับการรับรู้จริงต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดทั้งโดยรวมและรายด้าน มีค่าคะแนนเป็นบวก หมายถึงความคาดหวังของผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทั้งโดยรวมและรายด้าน (ตาราง 6) กล่าวคือความคาดหวังที่ได้รับการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของแพทย์ ของพยาบาล และทีมสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 73.3, 72.1 และ 75.1 ตามลำดับ ส่วนความคาดหวังที่ไม่ได้รับการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของแพทย์ ของพยาบาล และทีมสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 24.8, 26.1 และ 23.0 ตามลำดับ (ภาพประกอบ 15)

ตาราง 6

ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความคาดหวังของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อการจัดการกับความปวดของทีมสุขภาพ (N = 165).

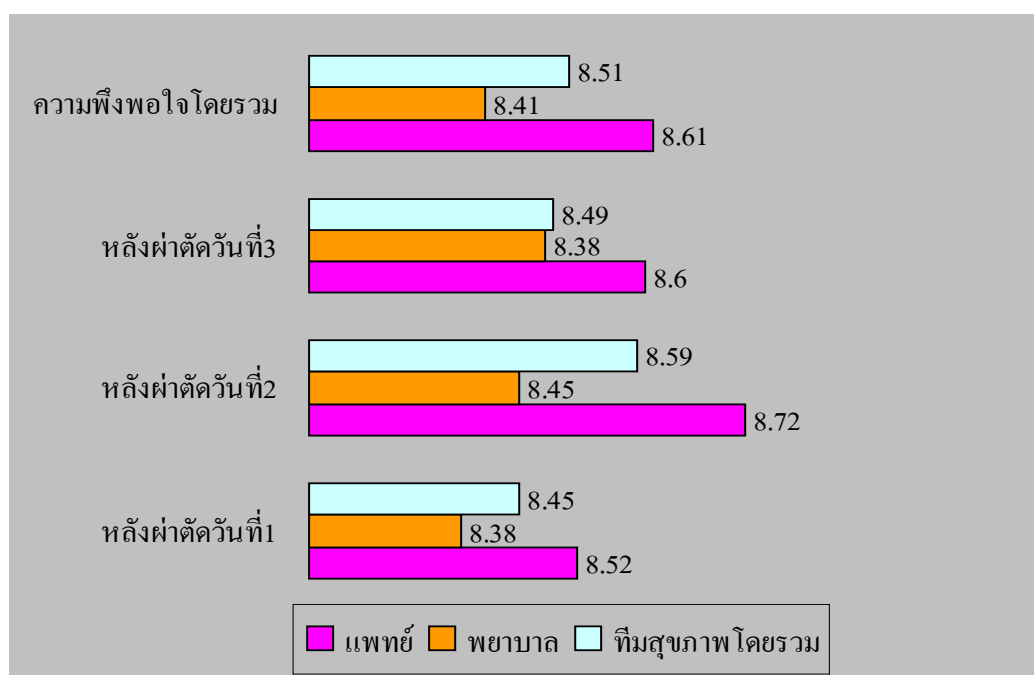
ความคาดหวังของผู้ป่วย	Min-Max	Mean	SD	ความหมาย
ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อแพทย์ (การรับรู้จริง-การคาดการณ์)	(-2.20) - (2.60)	0.42	0.82	ได้รับการ ตอบสนอง
ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อพยาบาล (การรับรู้จริง-การคาดการณ์)	(-1.57) - (2.65)	0.40	0.73	ได้รับการ ตอบสนอง
ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อทีมสุขภาพ (การรับรู้จริง-การคาดการณ์)	(-1.26) - (2.47)	0.40	0.71	ได้รับการ ตอบสนอง



ภาพประกอบ 15 สัดส่วนของความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องของทีมสุขภาพ

ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อการจัดการกับความปวดของทีมสุขภาพ

ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อการจัดการกับความปวดของทีมสุขภาพ พบว่า ช่วง 3 วันหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 8.51 (SD = 1.18) จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน มีความใกล้เคียงกับความพึงพอใจโดยรวมในช่วง 3 วันที่ผ่านมาจากทีมสุขภาพคือ 8.61 (SD = 1.34) ส่วนค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยรายด้าน (3 วัน) ทั้งต่อการจัดการกับความปวดของแพทย์และการจัดการกับความปวดของพยาบาลอยู่ในระดับมาก คือ (M = 8.61, SD = 1.38 และ M = 8.41, SD = 1.39 ตามลำดับ) สำหรับความพึงพอใจเฉลี่ยของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อการจัดการกับความปวดของแพทย์และพยาบาลเมื่อพิจารณาแยกแต่ละวัน พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อแพทย์และพยาบาลมีค่าสูงสุดในหลังผ่าตัดวันที่ 2 เท่ากับ 8.72 และ 8.45 (SD = 1.47, SD = 1.50 ตามลำดับ) (ภาพประกอบ 17 และตาราง ก8 ภาคผนวก ก)



ภาพประกอบ 16 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อการจัดการกับความปวดของทีมสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

จากผลการวิเคราะห์โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของทีมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน พบว่า

1. ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อการจัดการกับความปวดของทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับเพศ อายุ และรายได้ ($r = .17, p < .05, r = .18, p < .05$ และ $r = .22, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับระดับการศึกษา ($r = -.22, p < .01$) นอกจากนี้ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อการจัดการกับความปวดของทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของพยาบาล และความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของแพทย์ ($r = .36, p < .01; r = .34, p < .01$ ตามลำดับ) อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับระดับการศึกษาและความรุนแรงของความปวด ($r = -.45, p < .01$ และ $r = -.17, p < .05$ ตามลำดับ) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของพยาบาล ($r = .17, p < .05$) ส่วนระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของพยาบาล และความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของแพทย์ ($r = -.29, p < .01; r = -.25, p < .01$ ตามลำดับ) และความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของแพทย์ ($r = .70, p < .01$) (ตาราง 7)

2. ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อการจัดการกับความปวดของแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับเพศ อายุ และความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของแพทย์ ($r = .17, p < .05, r = .21, p < .05$ และ $r = .39, p < .01$) อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับระดับการศึกษาและความรุนแรงของความปวด ($r = -.45, p < .01$ และ $r = -.17, p < .05$ ตามลำดับ) ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของแพทย์ ($r = -.25, p < .01$) (ตาราง 8)

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อการจัดการกับความปวดของพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับรายได้ และความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของพยาบาล ($r = .24, p < .01$ และ $r = .31, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับระดับการศึกษา ($r = -.23, p < .01$) อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับระดับการศึกษาและความรุนแรงของความปวด ($r = -.45, p < .01$ และ $r = -.17, p < .05$ ตามลำดับ) รวมทั้งอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของ

พยาบาล ($r = .17, p < .05$) ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของพยาบาล ($r = -.29, p < .01$) (ตาราง 9)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรุนแรงของความปวด ความคาดหวังของผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง
ต่อการจัดการกับความปวดของทีมสุขภาพ

	ตัวแปร							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของทีมสุขภาพ	1.00							
2. เพศ	.17*	1.00						
3. อายุ	.18*	.09	1.00					
4. ระดับการศึกษา	-.22*	-.06	-.45**	1.00				
5. รายได้	.22**	.05	-.03	-.04	1.00			
6. ความรุนแรงของความปวด	.08	-.06	-.17*	-.02	.13	1.00		
7. ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อพยาบาล	.36**	.13	.17*	-.29**	.02	-.11	1.00	
8. ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อแพทย์	.34**	.04	.12	-.25**	.01	-.02	.70**	1.00

*p<.05, **p<.01

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรุนแรงของความปวด ความคาดหวังของผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดของห้อง
ต่อการจัดการกับความปวดของแพทย์

	ตัวแปร						
	1	2	3	4	5	6	7
1. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของแพทย์	1.00						
2. เพศ	.17*	1.00					
3. อายุ	.21*	.09	1.00				
4. ระดับการศึกษา	-.14	-.06	-.45**	1.00			
5. รายได้	.14	.05	-.03	-.04	1.00		
6. ความรุนแรงของความปวด	.10	-.06	-.17*	-.02	.13	1.00	
7. ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อแพทย์	.39**	.04	.12	-.25**	.01	-.02	1.00

*p<.05, **p<.01

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรุนแรงของความปลอดภัย และความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง
ต่อการจัดการกับความปวดของพยาบาล

	ตัวแปร						
	1	2	3	4	5	6	7
1. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของพยาบาล	1.00						
2. เพศ	.11	1.00					
3. อายุ	.09	.09	1.00				
4. ระดับการศึกษา	-.23**	-.06	-.45**	1.00			
5. รายได้	.24**	.05	-.03	-.04	1.00		
6. ความรุนแรงของความปลอดภัย	.04	-.06	-.17*	-.02	.13	1.00	
7. ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อพยาบาล	.31**	.13	.17*	-.29**	.02	-.11	1.00

*p<.05, **p<.01

ความสามารถในการทำนายของปัจจัยเรื่อง ความรุนแรงของความปวด ปัจจัยส่วนบุคคล และ ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

1. ต่อการจัดการกับความปวดของทรมสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณด้วยการวิเคราะห์ถดถอยแบบ เชิงชั้น (Hierarchical Regression Analysis) โดยนำค่าคะแนนของตัวแปรในการทำนายทีละชุดคือ (1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ (2) ความรุนแรงของความปวด และ (3) ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อแพทย์และพยาบาล เข้าในการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พหุคูณด้วยวิธีดังกล่าว พบว่า แบบจำลองชุดแรกมีตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายความแปรปรวน ของค่าคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของทรมสุขภาพ คือ รายได้ ($b = .54, p < .01, \beta = .21$) และปัจจัยส่วนบุคคล สามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนความ พึงพอใจของผู้ป่วยได้ร้อยละ 10 ($\text{adjusted } R^2 = .10$) เมื่อนำตัวแปรชุดที่สองเข้ามาวิเคราะห์ด้วย พบว่า คะแนนความรุนแรงของความปวดไม่มีผลต่อคะแนนความแปรปรวนของคะแนนความ พึงพอใจของผู้ป่วย แต่เมื่อนำตัวแปรชุดที่สาม คือ ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความ ปวดของแพทย์และพยาบาลเข้ามาพิจารณาพร้อมกัน พบว่า สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวน ของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 ($\text{adjusted } R^2 \text{ change} = .10$) โดยที่ตัวแปร ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของพยาบาล เป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้เกิดความ แปรปรวนดังกล่าว ($b = .32, p < .05, \beta = .20$) ทั้งนี้ตัวแปรที่นำมาศึกษาทุกตัวสามารถร่วมกัน ทำนายความแปรปรวนของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 20 ($\text{adjusted } R^2 = .20$) (ตาราง 10)

2. ต่อการจัดการกับความปวดของแพทย์

ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณด้วยการวิเคราะห์ถดถอยแบบ เชิงชั้น (Hierarchical Regression Analysis) โดยนำค่าคะแนนของตัวแปรในการทำนายชุดที่หนึ่งคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ พบว่า ไม่สามารถอธิบาย ความแปรปรวนของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของแพทย์ได้ เมื่อนำตัวแปรชุดที่สอง คือความรุนแรงของความปวดเข้ามาวิเคราะห์ด้วยพบว่า คะแนน ความรุนแรงของความปวดไม่มีผลต่อคะแนนความแปรปรวนของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วย เช่นกัน ($\text{adjusted } R^2 \text{ change} = .01$) และเมื่อนำ ตัวแปรชุดที่สาม คือ ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการ จัดการกับความปวดของแพทย์เข้ามาวิเคราะห์พร้อมกัน พบว่า สามารถทำนายความแปรปรวนของ คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 13 โดยที่ตัวแปรความคาดหวังของผู้ป่วย ต่อการจัดการกับความปวดของแพทย์ เป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้เกิดความแปรปรวนดังกล่าว

($b = .64, p < .01, \beta = .38$) ทั้งนี้ตัวแปรที่ศึกษาทุกตัวสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยได้ร้อยละ 21 (adjusted $R^2 = .21$) (ตาราง 11)

3. ต่อการจัดการกับความปวดของพยาบาล

ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณด้วยการวิเคราะห์ถดถอยแบบเชิงชั้น (Hierarchical Regression Analysis) โดยนำค่าคะแนนของตัวแปรในการทำนายชุดที่หนึ่งคือ ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าตัวแปรระดับการศึกษาและรายได้ สามารถทำนายความแปรปรวนของค่าคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของพยาบาล ($b = -.34, p < .01, \beta = -.22$ และ $b = .67, p < .01, \beta = .22$ ตามลำดับ) และปัจจัยส่วนบุคคลสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยได้ร้อยละ 9 (adjusted $R^2 = .09$) เมื่อนำตัวแปรชุดที่สองคือ ความรุนแรงของความปวดเข้ามาวิเคราะห์ด้วยพบว่าไม่มีผลต่อคะแนนความแปรปรวนของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยเช่นกัน แต่เมื่อนำตัวแปรชุดที่สาม คือ ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของพยาบาลเข้ามาวิเคราะห์ด้วยพบว่า ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของพยาบาลสามารถทำนายความแปรปรวนของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 5 และเป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้เกิดความแปรปรวนดังกล่าว ($b = .51, p < .01, \beta = .27$) ทั้งนี้ตัวแปรที่ศึกษาทุกตัวสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยได้ร้อยละ 14 (adjusted $R^2 = .14$) (ตาราง 12)

ตาราง 10

ค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบเชิงชั้น ระหว่างปัจจัยทำนายกับความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดของห้องต่อการจัดการกับความปวดของทีมสุขภาพ

ตัวแปร	R^2	Adjusted R^2	Adjusted R^2 change	b	β
เพศ				.33	.14
อายุ				.009	.11
ระดับการศึกษา	.12	.10	.10	-.22	-.15
รายได้				.54**	.21
ความรุนแรงของความปวด	.13	.10	.00	.07	.09
ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อแพทย์	.23	.20	.10	.24	.16
ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อพยาบาล				.32*	.20

* $p < .05$, ** $p < .01$, $F = 6.79_{(7, 157)}$, $p < .001$

ตาราง 11

ค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบเชิงชั้น ระหว่างปัจจัยทำนายกับความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อการจัดการกับความปวดของแพทย์

ตัวแปร	R ²	Adjusted R ²	Adjusted R ² change	b	β
เพศ				.41	.15
อายุ				.08	.19
ระดับการศึกษา	.09	.07	.07	.06	-.04
รายได้				.41	.14
ความรุนแรงของความปวด	.11	.08	.01	.13	.13
ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อแพทย์	.24	.21	.13	.64**	.38

*p < .05, **p < .01, F = 8.37_(6, 158), p < .001

* $p < .05$, ** $p < .01$, $F = 8.37_{(6, 158)}$, $p < .001$

ตาราง 12

ค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบเชิงชั้น ระหว่างปัจจัยทำนายกับความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อการจัดการกับความปวดของพยาบาล

ตัวแปร	R^2	Adjusted R^2	Adjusted R^2	b	β
			change		
เพศ				.24	.09
อายุ				.001	-.01
ระดับการศึกษา	.11	.09	.09	-.34**	-.22
รายได้				.67**	.22
ความรุนแรงของความปวด	.11	.09	.00	.05	.02
ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อพยาบาล	.17	.14	.05	.51**	.27

* $p < .05$, ** $p < .01$, $F = 5.57_{(6, 158)}$, $p < .001$

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วย ความรุนแรงของความปวด ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของทีมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์และพยาบาล ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามลำดับดังนี้ คือ (1) ความคาดหวังของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อการจัดการกับความปวดของแพทย์และพยาบาล (2) ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อการจัดการกับความปวดของแพทย์และพยาบาล และ (3) ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อการจัดการกับความปวดของแพทย์และพยาบาล โดยจะอภิปรายผลลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างก่อน ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบในการอภิปรายต่อไป

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่มีความปวดจากการได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โดย

เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ตอนบนและภาคใต้ตอนล่าง รวม 165 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินและแบบไม่ฉุกเฉินที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารและความผิดปกติทางสูติ-นรีเวชกรรม โดยไม่รวมผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในช่องท้องจากการคัดเลือกร่วมตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่างที่ได้มีความหลากหลายในเรื่อง เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ความรุนแรงของความปวด และชนิดของการผ่าตัด จึงน่าจะเป็นตัวแทนของประชากรผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่หลังผ่าตัดช่องท้องที่มีความปวดเฉียบพลันได้

2. ความคาดหวังของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อการจัดการกับความปวดของ تیمสุขภาพ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ความคาดหวังของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง เป็นผลต่างของการคาดการณ์ว่าจะได้รับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดจาก تیمสุขภาพซึ่งประกอบด้วย แพทย์และพยาบาล กับการรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นจริงต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด พบว่า ช่วง 3 วันหลังผ่าตัด ความคาดหวังของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อการจัดการกับความปวดของ تیمสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 0.40 (SD = 0.71) (ตาราง 6) ถือว่าความคาดหวังของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง กล่าวคือ จากการเข้ารับการผ่าตัดครั้งนี้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองได้รับการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดจาก تیمสุขภาพมากกว่าที่ได้คาดการณ์ไว้โดยมีค่าเฉลี่ยการคาดการณ์โดยรวมเท่ากับ 1.44 (SD = 0.59) อยู่ในระดับน้อย และค่าเฉลี่ยการรับรู้จริงโดยรวมเท่ากับ 1.84 (SD = 0.45) อยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 5) อธิบายได้ว่า ความคาดหวังเป็นแนวคิดหรือการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงบางสิ่งบางอย่างที่ดีในอนาคต ซึ่งความคาดหวังของบุคคลจะแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ที่ผ่านมาของแต่ละบุคคล (ไพเราะ, 2543) โดยผู้ป่วยมีการคาดการณ์ต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดอยู่ในระดับน้อย อาจเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาร้อยละ 61.2 นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก และผู้ป่วยบางส่วนไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการได้รับการผ่าตัดมาก่อน จึงไม่ทราบล่วงหน้าถึงแผนการรักษาพยาบาลที่ตนเองจะได้รับ (ตาราง 4) จึงไม่ได้คาดการณ์ไว้ ทำให้การคาดการณ์ของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดอยู่ในระดับน้อย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ระดับการศึกษาอยู่ในช่วงประถมศึกษา และร้อยละ 82.4 เป็นพุทธศาสนิกชน มีวิถีชีวิตแบบชาวนาน ความเป็นอยู่ที่เรียบง่าย มีความเกรงใจเห็นอกเห็นใจผู้อื่นตามพื้นฐานของคนไทย และมีความเชื่อว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่ใน تیمสุขภาพ และในระบบสุขภาพไทยประชาชนเห็นว่าแพทย์และพยาบาล มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและการรักษามากกว่าผู้รับบริการ มีอำนาจในการตัดสินใจที่จะเลือกบริการตามวิธีที่คิดว่าเหมาะสมในฐานะที่เป็นผู้รู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนปัจจุบัน (ประคินและคณะ, 2545) การคาดการณ์โดยรวมของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดจึงอยู่ในระดับน้อย ส่วนค่าเฉลี่ยการรับรู้จริงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางซึ่งมากกว่าสิ่งที่ได้คาดการณ์ไว้ อธิบายได้ว่า การรับรู้เกิดจากกระบวนการประเมินโดยการคิดรู้ ซึ่งอาศัยกลไกการทำงานของจิตใจในการคิด ตัด

ลินใจ จำแนกและกำหนดทิศทางเลือกในการแสดงออกซึ่งมีพื้นฐานมาจากประสบการณ์ การเรียนรู้ในอดีต (Lazarus & Folkman, 1984) จากผลการวิจัย ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินไม่ได้มีการเตรียมตัวล่วงหน้าในการเข้ารับการผ่าตัดและผู้ป่วยบางส่วนไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการได้รับการผ่าตัดมาก่อน (ตาราง 4) จึงไม่มีการเปรียบเทียบกับความคาดหวังที่คาดไว้ก่อนผ่าตัดหรือประสบการณ์ที่เคยได้รับจากการผ่าตัดครั้งก่อนๆ ผู้ป่วยจึงประเมินเหตุการณ์หรือกิจกรรมต่างๆ ในการจัดการกับความปวดของทรมานที่สุขภาพที่ได้รับจริงจากการผ่าตัดครั้งนี้เท่านั้น นั่นคือผู้ป่วยประเมินว่าได้รับการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดจากทรมานที่สุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง แม้ว่าผู้ป่วยมีการรับรู้จริงต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดที่ได้รับจากทรมานที่สุขภาพว่าได้รับในระดับต่ำก็เพียงพอแล้ว แต่ในความเป็นจริง การรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นจริงสูงกว่าการคาดการณ์ไว้ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของมยุลี (2536) ที่เปรียบเทียบความคาดหวังกับประสบการณ์จริงของผู้ป่วยเกี่ยวกับระดับความเจ็บปวดและกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด พบว่า ค่าเฉลี่ยของกิจกรรมการพยาบาลทุกด้านที่ผู้ป่วยคาดหวังมากกว่าความเป็นจริง อาจเกิดจากความแตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่าง ประสบการณ์ในอดีต หรือลักษณะการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน/รอดตามแผนกำหนด เป็นต้น

ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของแพทย์และพยาบาลมีส่วนที่แตกต่างกันได้ อาจเนื่องมาจากบทบาทและหน้าที่ของแพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกัน กล่าวคือ ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อแพทย์เป็นลักษณะเฉพาะเจาะจง เช่น แพทย์เป็นผู้ที่รับผิดชอบต่อความเจ็บป่วยโดยตรง ตรวจสอบได้ถึงความเป็นปกติในสภาพร่างกายของตัวผู้ป่วย ให้การดูแลรักษาเมื่อพบว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้น (Staniszkeska & Ahmed, 1999) ส่วนความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของพยาบาลไม่มีความเฉพาะเจาะจงเป็นลักษณะโดยทั่วไป ผู้ป่วยรู้ว่าพยาบาลมีความสัมพันธ์ที่ชัดเจนกับบทบาทในการดูแลผู้ป่วย (Staniszkeska & Ahmed, 1999) จากผลการศึกษาเมื่อพิจารณาความคาดหวังของผู้ป่วยเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าได้รับการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดจากแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง จำแนกเป็นรายชื่อ ข้อที่มีความถี่สูงสุด 3 อันดับแรก (ตาราง 6 ภาคผนวก) คือ (1) แพทย์ดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ กิริยาท่าทางที่สุภาพ คิดเป็นร้อยละ 83.0 (2) แพทย์ถามและประเมินความรุนแรงของความปวดของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 75.8 และ (3) เมื่อแพทย์มาตรวจเยี่ยมมีการทักทาย เรียกชื่อผู้ป่วยถูกต้องและให้ความเป็นกันเอง ร้อยละ 73.3 สำหรับการคาดการณ์ของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดจากแพทย์ในระดับปานกลางเช่นกัน ข้อที่มีความถี่สูงสุด 3 อันดับแรก คือ (1) แพทย์ดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ กิริยาท่าทางที่สุภาพ คิดเป็นร้อยละ 63.6 (2) แพทย์ถามและประเมินความรุนแรงของความปวดของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 53.9 และ (3) แพทย์พูดให้กำลังใจ แสดงความเข้าใจ และเห็นใจในความปวดที่ผู้ป่วยได้รับคิดเป็นร้อยละ 48.2 จะเห็นว่า

การคาดการณ์และการรับรู้ที่ได้รับจริงของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของแพทย์ ตรงกันและความคาดหวังที่ได้รับการตอบสนองของผู้ป่วยมีเปอร์เซ็นต์สูง (ภาพประกอบ 15) จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดจากแพทย์สูงได้

ส่วนความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของพยาบาล ผู้ป่วยรับรู้ว่าได้ รับการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดจากพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง จำแนกเป็นรายชื่อ ข้อที่มีความถี่สูงสุด 3 อันดับแรก (ตาราง ก7 ภาคผนวก) คือ (1) พยาบาลเปิดโอกาสให้ญาติอยู่เป็นเพื่อน ในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการปวด คิดเป็นร้อยละ 90.3 (2) พยาบาลแนะนำให้ผู้ป่วยบอกเมื่อรู้สึกปวดและขอยาบรรเทาปวดจากพยาบาลได้ตลอดเวลาคิดเป็นร้อยละ 74.5 และ (3) พยาบาลดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ ยิ้มแย้ม มีกิริยาท่าทางและคำพูดที่สุภาพ และพยาบาลไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยรอนานเมื่อผู้ป่วยขอยาบรรเทาปวด คิดเป็นร้อยละ 69.1 สำหรับการคาดการณ์ที่ผู้ป่วยคาดว่าจะได้รับการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดจากพยาบาลอยู่ในระดับน้อย ข้อที่มีความถี่สูงสุด 3 อันดับแรก คือ (1) พยาบาลเปิดโอกาสให้ญาติอยู่เป็นเพื่อนในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการปวด คิดเป็นร้อยละ 64.8 (2) พยาบาลไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยรอนานเมื่อผู้ป่วยขอยาบรรเทาปวด ร้อยละ 55.2 (3) พยาบาลดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ ยิ้มแย้ม มีกิริยาท่าทางและคำพูดที่สุภาพ ร้อยละ 52.7 จะเห็นว่าการคาดการณ์และการรับรู้จริงของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล มีส่วนที่ตรงกันและความคาดหวังที่ได้รับการตอบสนองของผู้ป่วยมีเปอร์เซ็นต์สูง (ภาพประกอบ 15) จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดจากพยาบาลสูงได้เช่นกัน

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อการจัดการกับความปวดของทีมสุขภาพ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ช่วง 3 วันหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 8.51 (SD = 1.18) จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน มีความใกล้เคียงกับความพึงพอใจโดยรวมในช่วง 3 วันที่ผ่านมาจากทีมสุขภาพคือ 8.61 (SD = 1.34) ส่วนในรายด้านค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ ของผู้ป่วย ทั้งต่อการจัดการกับความปวดของแพทย์และพยาบาลอยู่ในระดับมาก คือ (M = 8.61, SD= 1.38 และ M = 8.41, SD = 1.39 ตามลำดับ) (ภาพประกอบ 16 และตาราง ก8) อธิบายได้ว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวด ถือเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพของการพยาบาล (Donabedian, 1992; Pellino & Ward, 1998; Walsh & Walsh, 1999) หรือเป็นการประกันคุณภาพต่อการจัดการกับความปวดที่เกิดขึ้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้รับบริการด้วยสาเหตุของความปวดเป็นหลัก ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่สูง จึงเป็นการแสดงถึงการที่ทีมสุขภาพ ให้ความสำคัญต่อความรู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมานและความรู้สึกปวดของผู้ป่วย (เกตุ, 2546) ดังจะเห็นได้จากการจัดการกับความปวดในรายชื่อที่ว่า แพทย์ถามและประเมินความรุนแรงของความปวดของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 75.8 ส่วนพยาบาลแนะนำให้ผู้ป่วยบอกเมื่อรู้สึกปวดและขอยาบรรเทาปวดจากพยาบาลได้ตลอดเวลาคิดเป็นร้อยละ 74.5 รวมทั้งพยาบาลมีการประเมินความปวดหลังผ่าตัดของผู้

ป่วยสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 66.1 (ตาราง ก7 ภาคผนวก) ซึ่งเป็นรายชื่อที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการดูแลเกี่ยวกับความปวดมากตามลำดับ สอดคล้องกับแนวทางการปรับปรุงคุณภาพการรักษาสําหรับผู้ป่วยที่มีความปวดระยะเฉียบพลันและความปวดจากมะเร็งของสมาคมความปวดแห่งประเทศไทย (American Pain Society Quality of Care Committee, 1995) ได้แก่ (1) การยอมรับจากทีมสุขภาพถึงความปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและได้รับการรักษาพยาบาลทันที โดยต้องมีการประเมินความปวดของผู้ป่วยก่อนการให้การบรรเทาปวด (2) การได้รับข้อมูลหลังผ่าตัด ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความปวดที่เกิดขึ้น การจัดการกับความปวดและสิ่งต่างๆ ที่ช่วยทำให้คลายกังวล (3) การจัดการเพื่อบรรเทาปวดทั้งด้วยวิธีใช้ยาบรรเทาปวดและการบรรเทาปวดด้วยวิธีที่ไม่ใช่ยา (4) การติดตามและประเมินผลหลังการจัดการเพื่อบรรเทาปวดจากทีมสุขภาพ (5) ความมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลและเอาใจใส่เกี่ยวกับยาบรรเทาปวดที่ได้รับ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น หลังได้รับยาบรรเทาปวดแล้วผู้ป่วยยังคงมีความปวด รวมทั้งผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วยสูงอายุ (6) การอธิบายให้เข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับนโยบายของหน่วยงานในการใช้ ยาบรรเทาปวดและความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์เกี่ยวกับยาบรรเทาปวด

นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ระดับการศึกษาอยู่ในช่วงประถมศึกษา และร้อยละ 82.4 นับถือศาสนาพุทธ วิถีชีวิตแบบชาวบ้าน มีความเป็นอยู่ที่เรียบง่าย มีความเกรงใจ เห็นอกเห็นใจ ตามพื้นฐานของคนไทย เมื่อผู้ป่วยรับรู้แพทย์และพยาบาลได้ให้ความสนใจในความปวดของตน เห็นความพยายามของบุคลากรทีมสุขภาพที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลที่ตอบสนองกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ ผู้ป่วยจึงมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงทั้งโดยรวมและรายด้าน สอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการของโรงพยาบาลจังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาดำเนินความพึงพอใจต่อบริการของโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูง (เชียรนันท์, 2534 อ้างถึงใน อาริรัตน์, 2544) และผู้ที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีความพึงพอใจต่อบริการทางการแพทย์อยู่ในระดับสูง (วิภาวดี, 2543) รวมทั้ง ความปวดและผลรวมจากความปวดตั้งแต่วันแรกจนถึงวันที่ 3 หลังผ่าตัดได้ลดลงตามลำดับและผู้ป่วยมีการคาดการณ์ว่าจะได้รับการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดในระดับน้อย แต่การรับรู้จริงมากกว่าที่คาดไว้ (ตาราง 5) ดังนั้นความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดจากแพทย์และพยาบาลจึงอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของวิลเลียม (Williams, 1995 as cited in Staniszewska & Ahmed, 1999) ที่พบว่า ผู้ป่วยซึ่งได้รับการพยาบาลที่สอดคล้องกับความคาดหวังในระดับสูง มีความพึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลที่สอดคล้องกับความคาดหวังในระดับต่ำ นอกจากนี้ ความปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดเฉียบพลันและเป็นอยู่ชั่วคราวในเวลาจำกัด เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น ผู้ป่วยก็ไม่ต้องการพูดถึงการจัดการกับความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Carr, 1989 อ้างถึงใน สมพร และคณะ, 2543)

สำหรับความพึงพอใจเฉลี่ยของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อการจัดการกับความปวดของแพทย์และพยาบาลแยกแต่ละวัน พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของแพทย์และพยาบาลมีค่าสูงสุด หลังผ่าตัดในวันที่ 2 เท่ากับ 8.72 คะแนน และ 8.45 คะแนน (SD = 1.47, SD = 1.50 ตามลำดับ) (ตาราง ก8 ภาคผนวก) อธิบายได้เช่นเดียวกันกับความพึงพอใจโดยรวมและจากการซักถามผู้ป่วยขณะเก็บข้อมูล ผู้ป่วยส่วนหนึ่งบอกว่า “ ความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวดของแพทย์และพยาบาลที่ลดลงในวันที่ 3 หลังผ่าตัดเนื่องจากรู้สึกว่ามีสุขภาพให้ความสนใจในการจัดการกับความปวดน้อยลง แม้ว่าความปวดจะลดลงก็อยากให้แพทย์และพยาบาลดูแลเหมือนกับวันก่อนๆ ”

4. ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อการจัดการกับความปวดของทีมนุภาพ

4.1 ความคาดหวังของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อการจัดการกับความปวดของทีมนุภาพ ประกอบด้วย ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของแพทย์และความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล เมื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยต่างๆ ที่ศึกษาทั้งหมดต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยด้วยการวิเคราะห์ถดถอยแบบเชิงชั้น (Hierarchical Regression Analysis) พบว่าปัจจัยความคาดหวังของผู้ป่วยสามารถทำนายความแปรปรวนของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของทีมนุภาพ หลังจากควบคุมปัจจัยส่วนบุคคลและความรุนแรงของความปวดได้ถึงร้อยละ 10 (adjusted R² change = .10) และเมื่อแยกศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยต่างๆ ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นรายด้าน พบว่าความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของแพทย์และต่อการจัดการกับความปวดของพยาบาล สามารถทำนายความแปรปรวนของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวด หลังจากควบคุมตัวแปรอื่นๆ แล้ว ได้ร้อยละ 13 และ 5 (adjusted R² change = .13 และ .05 ตามลำดับ) อธิบายได้ว่า ความคาดหวังเป็นแนวคิดหรือการคาดการณ์ล่วงหน้าตามประสบการณ์ของบุคคลในสิ่งที่จะเกิดขึ้นความคาดหวังที่เกิดจากประสบการณ์ในอดีตเป็นประสบการณ์ที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวัง ซึ่งอาจเป็นประสบการณ์ที่รู้สึกพึงพอใจต่อบริการที่เคยได้รับ หรือเป็นประสบการณ์ที่รู้สึกไม่พึงพอใจกับบริการที่เคยได้รับมาก็ได้ จากผลการศึกษาคั้งนี้ ความคาดหวังของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 0.41 (SD = 0.71) (ตาราง 6) นั่นคือ ความคาดหวังของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง (ตาราง 7) ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเกิดความพึงพอใจ โดยฮอดเน็ตต์ (Hodnett, 2002) กล่าวว่า ระดับความคาดหวังที่ไม่ได้รับการตอบสนองของผู้ป่วยมีผลต่อระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ป่วยเกิดขึ้นจากความสอดคล้องกันระหว่างความคาดหวังในการพยาบาลกับการรับรู้ต่อการพยาบาลที่ได้รับจริง (Lamonica et al., 1986 อ้างตาม รุ่งนภา, 2545) กล่าวคือ การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ

ต้องเป็นการพยาบาล หรือการให้ข้อมูลที่สอดคล้องกับความคาดหวัง หรือสิ่งที่ควรจะเป็น หรือสิ่งที่ควรจะได้รับ (Linder-Pelz, 1982) ดังผลการศึกษาที่แสดงว่าความคาดหวังเกี่ยวกับการพยาบาลที่ได้รับเป็นตัวทำนายความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ดีที่สุด (Hsieh, 1991 as cited in Staniszeska & Ahmed, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาของวิลเลียม (Williams, 1995 as cited in Staniszeska & Ahmed, 1999) ที่พบว่า ผู้ป่วยซึ่งได้รับการพยาบาลที่สอดคล้องกับความคาดหวังในระดับสูงมีความพึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลที่สอดคล้องกับความคาดหวังในระดับต่ำโดยทั่วไปผู้ป่วยมักมีความคาดหวังต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลว่าจะได้รับการดูแลที่ดีและจะได้รับการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพให้หายจากโรคและความเจ็บป่วยในเวลาอันรวดเร็ว หายจากความรู้สึกทุกข์ทรมานจากการรักษา จากการศึกษาของฮอดเน็ตต์ (Hodnett, 2002) เป็นการรวบรวมงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) เกี่ยวกับความปวดและความพึงพอใจของผู้หญิง ที่มีประสบการณ์การคลอดบุตร จำนวน 137 รายงาน ในการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังและความพึงพอใจต่อการคลอดบุตร พบว่า ผู้หญิงซึ่งเคยมีประสบการณ์การคลอดบุตรที่ดีกว่าความคาดหวังที่ตั้งไว้ จะมีระดับความพึงพอใจสูง และผู้หญิงที่คาดหวังไว้สูงก็มีความเป็นไปได้ที่จะมีระดับความพึงพอใจสูงเช่นกัน ดังนั้นความคาดหวังของผู้ป่วยจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายความพึงพอใจของผู้ป่วยได้

4.2 ความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัด จากการศึกษาพบว่า ช่วงหลังผ่าตัด 3 วันแรก ความรุนแรงของความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก โดยความปวดสูงสุดในวันที่ 1 ($M = 8.26$) เนื่องจากการผ่าตัดทำให้เนื้อเยื่อและเส้นประสาทถูกทำลายจึงทำให้เกิดความปวดหลังผ่าตัดได้ นอกจากนี้ปัจจัยที่ทำให้เกิดความปวดเพิ่มขึ้นได้แก่ ผู้ป่วยได้รับการคาสาย/ท่อระบายต่างๆ บริเวณแผลผ่าตัด มากกว่าร้อยละ 90 อาจเกิดการดึงรั้งหรือระคายเคืองทำให้ความปวดเพิ่มขึ้นได้ รวมทั้งขนาดหรือความยาวของแผลผ่าตัดซึ่งแตกต่างกันตามลักษณะของการผ่าตัด มีผลต่อความรุนแรงของความปวดด้วยเช่นกัน (ปีลันธน์, 2546) หลังจากนั้นความปวดหลังผ่าตัดมีแนวโน้มลดลงในวันต่อมา ($M = 5.56$ และ 3.53 ตามลำดับ) เนื่องจากเป็นกระบวนการหายของแผล (Walther et al., 1999)

ผู้วิจัยได้ศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยความรุนแรงของความปวดต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยใช้ค่าเฉลี่ยของความปวดทั้ง 3 วันและความพึงพอใจเฉลี่ยทั้ง 3 วัน พบว่าความรุนแรงของความปวดไม่สามารถทำนายความแปรปรวนของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของทีมสุขภาพได้ มีเพียงแต่ทำให้คะแนนความแปรปรวนของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของแพทย์เปลี่ยนแปลงไปเพียงร้อยละ 1 ($\text{adjusted } R^2 \text{ change} = .01$) ซึ่งนับว่าน้อยมากจึงกล่าวได้ว่าไม่มีผลหรือไม่สามารถทำนายความแปรปรวนของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อแพทย์ได้ ส่วนด้านความพึงพอใจของผู้

ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของพยาบาล พบว่าความรุนแรงของความปวดไม่สามารถทำนายความแปรปรวนของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยได้เช่นกัน จากการศึกษาครั้งนี้แม้ว่าระดับความปวดของผู้ป่วยจะมีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก ซึ่งตรงกับหลายการศึกษา (ปีลันธน์, 2546; วชิราพร, 2545; Erniyati, 2002) แต่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงทั้งโดยรวมและความพึงพอใจในแต่ละวัน เมื่อพิจารณาการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของทีมสุขภาพพบว่า ผู้ป่วยได้รับการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด ทั้งวิธีการใช้ยาบรรเทาปวดและไม่ใช้ยาบรรเทาปวด กล่าวคือ การได้รับยาบรรเทาปวด ช่วง 3 วันหลังผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์แรง คือ เพทิดีน และมอร์ฟีน ขนาดของยาบรรเทาปวดที่ได้รับเทียบเท่ากับมอร์ฟีนทางหลอดเลือดดำ 10 มิลลิกรัม (morphine equianalgesic dose) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.33 (SD = 9.55), 6.34 (SD = 10.20) และ 2.73 (SD = 7.19) ตามลำดับ นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งได้รับยาบรรเทาปวดแบบต่อเนื่อง (ร้อยละ 1.82, 2.42 และ 3.03) เนื่องจากเป็นผู้ป่วยสูงอายุ (ร้อยละ 12.7) และได้รับการผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลานาน รวมทั้งผู้ป่วยบางรายได้รับการผ่าตัดซ้ำที่ตำแหน่งเดิม แพทย์จึงพิจารณาการได้รับยาอย่างต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาขนาดของยาบรรเทาปวดที่ได้รับมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.33 มิลลิกรัมต่อวัน พบว่าขนาดของยาต่ำกว่ามาตรฐานที่ควรจะเป็น โดยมาตรฐานของการบริหารยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ที่เหมาะสมสำหรับการควบคุมระดับความปวดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (Macintyre & Ready, 2001) ตามอายุ หากผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 20 ปี ขนาดสูงสุดของยาที่ควรได้รับใน 1 วัน จากสูตร $100 - (\text{อายุ})$ ทางหลอดเลือดดำทุก 2-4 ชั่วโมงโดยอายุน้อยกว่า 70 ปี ขนาดของยาที่ให้ 1-4 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง และหากอายุมากกว่า 70 ปี ขนาดที่ให้ 0.5-2 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง หรือการได้รับยาบรรเทาปวดแบบต่อเนื่องเท่ากับ 0.01-0.04 มก./กก./ชม. (Ready, 2000) หรือขนาดของยาที่ให้แก่ผู้สูงอายุทางหลอดเลือดดำประมาณ 24 มิลลิกรัมต่อวัน (1มก./ชม.) เป็นอย่างน้อย และสามารถให้ยาบรรเทาปวดเพิ่มเมื่อผู้ป่วยรู้สึกปวดมากขึ้นในระหว่างนั้น (breakthrough pain) ในขนาดร้อยละ 15 ของขนาดยา 24 ชั่วโมง (ลักษมี, 2546) อย่างไรก็ตามควรระมัดระวังในการบริหารยาบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยที่อาจเกิดผลข้างเคียงจากการได้รับยาได้ง่าย เช่น ผู้ป่วยเด็ก หรือผู้สูงอายุ

แม้ว่าการได้รับยาบรรเทาปวดแบบต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำจะช่วยระงับปวดได้ดีที่สุด (ปีน, 2544) แต่วิธีระงับปวดหลังผ่าตัดที่นิยมใช้กันมากที่สุดรวมทั้งจากการศึกษาครั้งนี้ คือ การให้ยากลุ่มโอปิออยด์เข้ากล้ามเนื้อเมื่อผู้ป่วยต้องการ (ตาราง ก3 ภาคผนวก ก) ซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพต่ำ ทำให้ระดับยาในเลือดไม่เหมาะสม ผู้ป่วยอาจจะได้รับยาไม่เพียงพอหรืออาจเกิดผลข้างเคียงจากการได้รับยามากเกินไป ส่วนข้อดีคือ ง่ายแก่การปฏิบัติ ไม่ต้องการอุปกรณ์เสริมพิเศษหรือราคาแพง ดังนั้น การทำความเข้าใจเกี่ยวกับเภสัชวิทยาของยาบรรเทาปวดจะช่วยในการสั่งขนาดยา

และช่วงห่างของยาถัดไปอย่างเหมาะสม ร่วมกับมีการประเมินความปวดและอาการข้างเคียงอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการบรรเทาปวดด้วยวิธีดั้งเดิมนี้ได้เป็นอย่างดี

ส่วนการจัดการกับความปวดด้วยวิธีที่ไม่ใช่ยาได้แก่ แพทย์แนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการบรรเทาปวดด้วยวิธีที่ไม่ใช่ยา เช่น การอยู่ในท่าที่เหมาะสม การหายใจเข้า ออกลึกๆ ช้าๆ หรือวิธีอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 47.9 ด้านการจัดการกับความปวดด้วยวิธีที่ไม่ใช่ยาของพยาบาล ได้แก่ พยาบาลแนะนำการจัดท่า การเปลี่ยนท่านอนและอิริยาบถต่างๆ เพื่อบรรเทาปวด และแนะนำให้ผู้ป่วยหายใจเข้า ออกลึกๆ ช้าๆ และสม่ำเสมอเพื่อบรรเทาปวด (ร้อยละ 46.7 และ 31.5 ตามลำดับนอก จากนี้การจัดการกับความปวดที่ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์ได้แก่ แพทย์ดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ, แพทย์ถามและประเมินความรุนแรงของความปวดของผู้ป่วยสม่ำเสมอ และเมื่อแพทย์มาตรวจเยี่ยม มีการทักทาย เรียกชื่อผู้ป่วยถูกต้องและให้ความเป็นกันเอง ส่วนพยาบาล เปิดโอกาสให้ญาติอยู่เป็นเพื่อนในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการปวด, พยาบาล แนะนำให้ผู้ป่วยบอกเมื่อรู้สึกปวดและขอยาบรรเทาปวดจากพยาบาลได้ตลอดเวลา และพยาบาลมีการประเมินความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสม่ำเสมอ (ตาราง ก7 ภาคผนวก ก) ซึ่งการปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลต่อผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น เป็นการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่สอดคล้องกับแนวทางการปรับปรุงคุณภาพการรักษาของสมาคมความปวดแห่งประเทศไทยสหรัฐอเมริกา

จากการศึกษาครั้งนี้ความรุนแรงของความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจของผู้ป่วยทั้งโดยรวมและรายด้าน ซึ่งผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าความรุนแรงของความปวดมีความสัมพันธ์ทั้งทางบวกและทางลบกับความพึงพอใจของผู้ป่วย และพบว่ามีปัจจัยอื่นๆ เข้ามาเกี่ยวข้องกับความรุนแรงของความปวดและความพึงพอใจของผู้ป่วยร่วมด้วย เช่น ลักษณะของปัจจัยส่วนบุคคล ความคาดหวังของผู้ป่วย และประสบการณ์ความปวดในอดีต เป็นต้น (Corizzo et al., 2000; Ward & Gordon, 1994) ทำให้ปัจจัยด้านความรุนแรงของความปวดเพียงปัจจัยเดียวไม่สามารถทำนายความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดได้

4.3 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้

4.3.1 เพศ จากผลการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 58.2 และเพศชายร้อยละ 41.8 เนื่องจากเพศหญิงและเพศชายมีประสบการณ์การใช้บริการที่ต่างกัน สภาวะทางร่างกายสัมพันธ์กับการเกิดโรคแตกต่างกัน เช่น ช่วงการมีบุตร และเพศหญิงเป็นเพศที่ยอมรับการเจ็บป่วย และแสวงหาการรักษาทำให้การรักษาพยาบาลได้ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย จึงอาจทำให้เพศหญิงใช้บริการทางการแพทย์มากกว่าเพศชาย (ประภัสสร, 2523 อ้างถึงใน จินตา, 2538) ซึ่งอาจจะมีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดได้ แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยด้านเพศไม่สามารถทำนายความแปรปรวนของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยทั้งโดยรวมและรายด้านได้ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยไม่ว่าเพศใดเมื่อเกิดความเจ็บป่วยที่รุนแรงจำเป็นต้อง

เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและต้องรับการผ่าตัดทั้งแบบฉุกเฉินหรือไม่ฉุกเฉิน จะมีความรู้สึกกลัว วิตกกังวล กลัวความเจ็บปวดและกลัวตายในที่สุด (แสงจันทร์, 2541 อ้างถึงใน กุสุมา, 2545) จึงอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้คาดการณ์ไว้ว่า จะได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพที่แตกต่างกันและส่งผลให้ความพึงพอใจของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมยุลีและนันทา (2541) เกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดจำนวน 100 ราย พบว่าเมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษาและประสบการณ์ที่เคยได้รับการผ่าตัด ความพึงพอใจของผู้ป่วยไม่มีความแตกต่างกัน

4.3.2 อายุ อายุของบุคคลที่ต่างกันย่อมหมายถึง ระยะเวลาที่บุคคลผ่านการมีประสบการณ์ต่างๆของชีวิตแตกต่างกัน มีการเรียนรู้และมีวุฒิภาวะเพิ่มมากขึ้นตามวัย จากผลการศึกษานี้ อายุโดยเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเท่ากับ 41.41 (SD = 14.71) ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ถึงวัยกลางคน และปัจจัยด้านอายุไม่สามารถทำนายความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อการจัดการกับความปวดของทีมสุขภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของมยุลีและนันทา (2541) เกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดจำนวน 100 ราย พบว่าเมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ที่เคยได้รับการผ่าตัด ความพึงพอใจของผู้ป่วยไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนการศึกษาอื่นๆ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุจะมีความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวดมากกว่าวัยอื่นๆ (Blanchard, Labrecque, Ruckdeachel, & Blanchard, 1990; Svenson, Sjostrom, & Haljamae, 2001; Pellino & Ward, 1998) มีการวิเคราะห์ว่า ในผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งอยู่ในกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ได้รับการจัดการกับความปวดโดยเฉพาะการได้รับยาบรรเทาปวดอาจจะดีกว่าในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่าทำให้กลุ่มผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจได้มากกว่า (Svenson et al., 2001)

4.3.3 ระดับการศึกษา จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษาสามารถทำนายความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อการจัดการกับความปวดของพยาบาลได้ร้อยละ 9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (adjusted $R^2 = .09$) อธิบายได้ว่า การศึกษาจัดเป็นประสบการณ์ให้แก่ชีวิตช่วยให้รู้จักใช้กระบวนการทางสติปัญญาอย่างมีเหตุผล ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1995) เชื่อว่า การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง โดยบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแผนการรักษา ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ส่งผลให้ผู้ที่มีการศึกษาสูง มีความคาดหวังในบริการด้านแพทย์สูงด้วย (French, 1974 อ้างถึงในจินดา, 2538) เมื่อได้รับการบริการไม่ตรงตามความคาดหวังที่ตั้งไว้จะเกิดความผิดหวังได้ จาก

ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาในประถมศึกษาถึงร้อยละ 58.2 และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจของผู้ป่วย ($r = -.22, p < .01$) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำจะมีความพึงพอใจสูงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการของโรงพยาบาลจังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำพึงพอใจต่อบริการของโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูง (เชิธรินทร์, 2534 อ้างถึงใน อารีรัตน์, 2544) และผู้ที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษามีความพึงพอใจต่อบริการทางการแพทย์อยู่ในระดับสูง (วิภาวดี, 2543)

4.3.4 รายได้ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยด้านรายได้สามารถทำนายความแปรปรวนของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของทีมสุขภาพและต่อการจัดการกับความปวดของพยาบาลได้ร้อยละ 10 และ 9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (adjusted $R^2 = .10$ และ adjusted $R^2 = .09$ ตามลำดับ) อธิบายได้ว่า ฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับการศึกษาและอาชีพของบุคคล ผู้ที่มีรายได้เพียงพอจะเป็นผู้ที่สามารถตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานในชีวิต เช่น มีอาหารบริโภคเพียงพอ มีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมและปลอดภัย มีคุณค่าในสังคม เมื่อเจ็บป่วยก็สามารถดำเนินชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วยได้ดี เนื่องจาก มีโอกาสที่จะแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกและสิ่งที่เป็นประโยชน์ระหว่างการเจ็บป่วย จึงมีความคาดหวังต่อการบริการพยาบาลในระดับสูง จากผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอถึงร้อยละ 70 ส่วนใหญ่มาจากการประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจของผู้ป่วย นั่นคือรายได้ที่สูงขึ้นหรือเพียงพอจะมีความพึงพอใจสูงเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาวดี (2543) เกี่ยวกับ ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา พบว่า ผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมมีความพึงพอใจต่อการให้บริการทางการแพทย์อยู่ในระดับสูง นอกจากนี้โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง มีโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ กลุ่มตัวอย่างลดภาระค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล และในกลุ่มข้าราชการก็สามารถ เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจสูงได้เช่นกัน