บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดและการรับรู้ของพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีอายุ ระหว่าง 15-79 ปี ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ศัลยกรรมหญิง และนรีเวช และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยดังกล่าวที่โรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ 2 แห่ง จำนวนกลุ่มละ 63 ราย โดยการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด และนำเสนอผลการวิจัย เป็นลำดับดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวด
3. การรับรู้ของพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวดแก่ผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง
4. ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ของพยาบาลและการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวด

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ผู้ป่วย

1.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 63 คน เป็นหญิง ร้อยละ 58.7 และชาย ร้อยละ 41.3 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.3 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 88.9 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 63.5 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 28.6 รองลงมา ร้อยละ 25.4 รับจ้างทั่วไป และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 23.8 ดังแสดงในตาราง 1 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 15–79 ปี โดยอายุเฉลี่ย 40.52 ปี (SD=16.35) รายได้โดยเฉลี่ย 3,347.62 บาท/เดือน (SD=2806.09)

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา และอาชีพ (N=63)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	26	41.3
หญิง	37	58.7
สถานภาพสมรส		
โสด	14	22.2
คู่	43	68.3
หม้าย	6	9.5
ศาสนา		
พุทธ	56	88.9
อิสลาม	7	11.1
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	3.2
ประถมศึกษา	40	63.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	8	12.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	11	17.5
อนุปริญญา/ปวท./ปวส.	1	1.6
ปริญญาตรี หรือ เทียบเท่าปริญญาตรี	1	1.6
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	15	23.8
นักเรียน/นักศึกษา	3	4.8
เกษตรกรรม	18	28.6
พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน	3	4.8
รับจ้างทั่วไป	16	25.4
อื่นๆ	8	12.7

1.1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 68.3 มีความผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร (เช่น ไส้ติ่งอักเสบ ไส้ติ่งแตก ไส้ติ่งเป็นฝี กระเพาะอาหารทะลุ เยื่อบุช่องท้องอักเสบ ลำไส้อุดตัน ถุงน้ำดีอักเสบ ตับอ่อนอักเสบ ฝีที่ตับ และนิ่วในถุงน้ำดี) ร้อยละ 31.7 มีความผิดปกติทางสูติ-นรีเวชกรรม (เช่น การตั้งครรภ์นอกมดลูก และเนื้องอกในมดลูก) กลุ่มตัวอย่างได้รับการผ่าตัด เป็นการผ่าตัดช่องท้องเพื่อการวินิจฉัยโรคและการผ่าตัดเอารังไข่และ/หรือมดลูกออก จำนวนเท่าๆ กัน คือ ร้อยละ 30.15 รองลงมาร้อยละ 28.6 เป็นการผ่าตัดเอาไส้ติ่งออก ยาแก้ปวดที่ได้รับส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.9 เป็นยาแก้ปวดชนิดเสพติด ร่วมกับยาแก้ปวดชนิดไม่เสพติด ยาแก้ปวดที่ได้รับจริงในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดคือ ร้อยละ 39.7 ได้รับยาแก้ปวดชนิดไม่เสพติด รองลงมาร้อยละ 28.6 ได้รับยาแก้ปวดชนิดเสพติด และประมาณ 1 ใน 4 (ร้อยละ 25.4) ไม่ได้รับยาแก้ปวดใดๆ ส่วนใหญ่ร้อยละ 77.8 ไม่พบอาการข้างเคียง รองลงมาร้อยละ 11.1 มีอาการคลื่นไส้และอาเจียน ดังแสดงในตาราง 2 นอกจากนี้ ทุกรายมีอาการปวดมาตั้งแต่ก่อนผ่าตัด โดยมีระยะเวลาที่ปวดก่อนได้รับการผ่าตัดเฉลี่ย 12.85 ชั่วโมง (SD=32.29) อาการปวดก่อนผ่าตัด ร้อยละ 39.7 อยู่ในตำแหน่งด้านล่างขวา (RLQ) ตำแหน่งที่ปวดหลังการผ่าตัด ส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.1 พบที่ตำแหน่งตรงกลางท้อง (mid–line) และประสบการณ์ในการรักษาในโรงพยาบาลแห่งนี้ คือ 1-9 ครั้ง (M=1.60, SD=1.24)

กลุ่มตัวอย่างมีความปวดที่มากที่สุดใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาอยู่ในระดับรุนแรง (M=7.16, SD=1.99) ความปวดที่น้อยที่สุดใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาอยู่ในระดับน้อย (M=2.52, SD=1.99) ความปวดโดยเฉลี่ยใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาในระดับปานกลาง (M=4.52, SD=1.55) และความปวดในขณะสัมภาษณ์อยู่ในระดับน้อย (M=2.59, SD=1.79) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามการวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด ยาแก้ปวดที่แพทย์สั่งให้การรักษา ยาแก้ปวดที่ได้รับจริงในรอบ 24-48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด และผลข้างเคียงของยาแก้ปวด (N=63)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
ความผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร (เช่น ไส้ติ่งอักเสบ ไส้ติ่งแตก ไส้ติ่งเป็นฝี กระเพาะอาหารทะลุ เยื่อบุช่องท้องอักเสบ ลำไส้อุดตัน ถุงน้ำดีอักเสบ ตับอ่อนอักเสบ ฝีที่ตับ และนิ่วในถุงน้ำดี)	43	68.3
ความผิดปกติทางสูติ–นรีเวชกรรม (เช่น การตั้งครรภ์นอกมดลูก และ มีเนื้องอกในมดลูก)	20	31.7
ชนิดของการผ่าตัด		
การผ่าตัดเอาไส้ติ่งออก (Appendectomy)	18	28.6
การผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อการวินิจฉัยโรค (Exploratory–Laparotomy)	19	30.15
การผ่าตัดเอารังไข่ และ/หรือมดลูกออก (Oophorectomy and/or Abdominal Hysterectomy)	19	30.15
การผ่าถุงน้ำดี (Cholecystectomy)	4	6.3
อื่นๆ (Exploratory CBD, Choledochoduodenostomy, and Cholecystectomy)	3	4.8
ยาแก้ปวดที่แพทย์สั่งให้การรักษา (Prescribed Medication)		
ยาแก้ปวดชนิดเสพติด	24	38.1
ยาแก้ปวดชนิดเสพติด & ยาแก้ปวดชนิดไม่เสพติด	39	61.9
ยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับจริงในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา		
ไม่ได้รับยาแก้ปวด	16	25.4
ยาแก้ปวดชนิดเสพติด	18	28.6
ยาแก้ปวดชนิดไม่เสพติด	25	39.7
ยาแก้ปวดชนิดเสพติด & ยาแก้ปวดชนิดไม่เสพติด	4	6.3
ผลข้างเคียงของยาแก้ปวด		
ไม่มีผลข้างเคียง	53	84.1
คลื่นไส้	2	3.2
คัน	1	1.6
คลื่นไส้และอาเจียน	7	11.1

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความปวดของผู้ป่วยในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (N=63)

ความปวด	Mean	SD	ระดับ
ความปวดที่มากที่สุด	7.16	1.99	รุนแรง
ความปวดที่น้อยที่สุด	2.52	1.99	น้อย
ความปวดโดยเฉลี่ย	4.52	1.55	ปานกลาง
ความปวดขณะสัมภาษณ์	2.59	1.79	น้อย

1.2 พยาบาล

1.2.1. ข้อมูลส่วนบุคคล

พยาบาลที่เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 63 คน เป็นหญิงทั้งหมด ส่วนใหญ่ร้อยละ 54 มีสถานภาพเป็นโสดร้อยละ 95.2 นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่าปริญญาตรีร้อยละ 95.2 ดังแสดงในตาราง 4 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 23–39 ปี โดยเฉลี่ย 31.67 ปี (SD=4.94) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 0.75–16 ปี โดยเฉลี่ย 8.22 ปี (SD=4.55)

1.2.2 ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความปวด

ประสบการณ์การเข้ารับการอบรมในเรื่องที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดในระหว่างปฏิบัติงาน พบว่า พยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการอบรมเพียงร้อยละ 20.6 ระยะเวลาในการอบรมอยู่ในช่วง 0.25-7 วัน (M=0.36, SD=1.03) และพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 66.7 ไม่มีประสบการณ์ความปวดจากการผ่าตัด และชนิดของการผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดเพื่อคลอดบุตรร้อยละ 17.5 รองลงมาร้อยละ 15.9 เป็นการผ่าตัดไส้ติ่ง การผ่าตัดปีกมดลูก และการผ่าตัดเล็กเพื่อเอาเนื้องอกออก ดังแสดงในตาราง 5 และนอกจากนี้ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องอยู่ในช่วง 0.67–15.75 ปี (M=6.20, SD=4.53)

ตาราง 4 จำนวน และร้อยละของพยาบาล จำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส ศาสนา และระดับการศึกษา (N=63)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	63	100
สถานภาพสมรส		
โสด	34	54
คู่	28	44.4
หม้าย	1	1.6
ศาสนา		
พุทธ	60	95.2
อิสลาม	3	4.8
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี หรือ เทียบเท่าปริญญาตรี	60	95.2
ปริญญาโท	3	4.8

ตาราง 5 จำนวน และร้อยละของพยาบาลจำแนกตามประสบการณ์การเข้าอบรม ประสบการณ์ความปวดจากการผ่าตัดของพยาบาล และชนิดของการผ่าตัด (N=63)

ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปวดและชนิดของการผ่าตัด	ไม่เคย		เคย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ประสบการณ์การเข้ารับการอบรมในเรื่องที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดในระหว่างปฏิบัติงาน	50	79.4	13	20.6
2. ประสบการณ์ความปวดจากการผ่าตัดของพยาบาล	42	66.7	21	33.3
2.1 การผ่าตัดเพื่อคลอดบุตร	52	82.5	11	17.5
2.2 การผ่าตัดไส้ติ่ง การผ่าตัดปีกมดลูก และการผ่าตัดเล็กเพื่อเอาเนื้องอกออก	53	84.1	10	15.9

2. การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวด

2.1 พฤติกรรมการประเมินความปวดและการติดตามประเมินผลความปวด มี 3 พฤติกรรมที่ผู้ป่วยจำนวนมากรับรู้ว่าพยาบาลปฏิบัติคือ (1) การประเมินความปวดโดยใช้การสังเกต (ร้อยละ 98.4) (2) การประเมินความปวดโดยใช้การสอบถาม (ร้อยละ 93.7) และ (3) การประเมินความปวดหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง (ร้อยละ 87.3) มี 2 พฤติกรรมที่ผู้ป่วยจำนวนค่อนข้างมากรับรู้ว่าพยาบาลปฏิบัติ คือ (1) การประเมินโดยการสอบถามเกี่ยวกับอาการอื่นๆ ที่เกิดร่วมกับอาการปวด (ร้อยละ 58.7) และ (2) การประเมินสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปวด (ร้อยละ 58.7) มี 3 พฤติกรรมที่ผู้ป่วยจำนวนค่อนข้างน้อยรับรู้ว่าพยาบาลปฏิบัติคือ (1) การประเมินโดยการสอบถามตำแหน่งและขอบเขตที่มีความปวด (ร้อยละ 42.9) (2) การติดตามประเมินฤทธิ์ข้างเคียงของยาแก้ปวดภายหลังให้ยาแก้ปวด (ร้อยละ 30.2) และ (3) การประเมินระดับความปวดภายหลังจากให้การพยาบาลอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยา (ร้อยละ 27) ส่วนอีก 10 พฤติกรรมมีผู้ป่วยจำนวนน้อยที่รับรู้ว่าพยาบาลปฏิบัติ ซึ่งได้แก่ (1) การประเมินความปวดโดยการสอบถามความถี่ของความปวด (ร้อยละ 19) (2) การประเมินระดับความปวดหลังให้ยา (ร้อยละ 15.9) (3) การประเมินลักษณะของความปวด (ร้อยละ 12.7) (4) การประเมินระดับความปวดก่อนให้ยา (ร้อยละ 6.3) (5) การประเมินระดับความปวดที่รุนแรงที่สุดในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา (ร้อยละ 3.2) (6) การประเมินความปวดที่น้อยที่สุดในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา (ร้อยละ 3.2) (7) การประเมินระดับความปวดโดยเฉลี่ยในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา (ร้อยละ3.2) (8) การใช้เครื่องมือในการประเมินความรุนแรง (ระดับ) ความปวด (ร้อยละ 1.6) (9) การสอบถามถึงปัจจัยที่ทำให้ความปวดรุนแรงมากขึ้น (ร้อยละ 1.6) และ (10) การสอบถามถึงปัจจัยที่ทำให้ความปวดลดลง (ร้อยละ 1.6) ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 จำนวน ร้อยละ และจำนวนผู้ป่วยที่มีการรับรู้จำแนกตามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการประเมินความปวดและการติดตามประเมินผล (N=63)

พฤติกรรมการประเมินความปวดของพยาบาลและการติดตามประเมินผล	ไม่ใช้/ไม่ได้ทำ		ใช้/ทำ		จำนวนผู้ป่วยที่รับรู้ว่าทำ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. การประเมินความปวดโดยใช้การสังเกต	1	1.6	62	98.4	มาก
2. การประเมินความปวดโดยใช้การสอบถาม	4	6.3	59	93.7	มาก
3. การประเมินความปวดโดยใช้เครื่องมือในการประเมินความรุนแรง (ระดับ) ของความปวด	62	98.4	1	1.6	น้อย
4. การประเมินความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะ 24 – 48 ชั่วโมง	8	12.7	55	87.3	มาก
5. การสอบถามตำแหน่งและขอบเขตที่ผู้ป่วยมีความปวด	36	57.1	27	42.9	ค่อนข้างน้อย
6. การสอบถามเกี่ยวกับความถี่ของความปวด	51	81	12	19	น้อย
7. การสอบถามลักษณะของความปวดโดยให้ผู้ป่วยบรรยายถึงลักษณะของความปวดเป็นคำพูด	55	87.3	8	12.7	น้อย
8. การสอบถามถึงระดับความปวดที่รุนแรงที่สุดของผู้ป่วยในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	61	96.8	2	3.2	น้อย
9. การสอบถามถึงระดับความปวดที่น้อยที่สุดของผู้ป่วยในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	61	96.8	2	3.2	น้อย
10. การสอบถามถึงระดับความปวดโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	61	96.8	2	3.2	น้อย
11. การสอบถามเกี่ยวกับอาการอื่นๆ ที่เกิดร่วมกับอาการปวด	26	41.3	37	58.7	ค่อนข้างมาก
*12. การสอบถามเกี่ยวกับระดับความปวดของผู้ป่วยก่อนให้ยาแก้ปวด	55	87.3	4	6.3	น้อย
*13. การสอบถามเกี่ยวกับระดับความปวดของผู้ป่วยหลังให้ยาแก้ปวด	48	77.8	10	15.9	น้อย
14. การสอบถามถึงปัจจัยที่ทำให้ความปวดของผู้ป่วยรุนแรงมาก	62	98.4	1	1.6	น้อย
15. การสอบถามถึงปัจจัยที่ทำให้ความปวดของผู้ป่วยลดลง	62	98.4	1	1.6	น้อย
16. การสอบถามเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดความปวด	26	41.3	37	58.7	ค่อนข้างมาก

ตาราง 6 (ต่อ)

พฤติกรรมการประเมินความปวดของพยาบาลและการติดตามประเมินผล	ไม่ใช้/ไม่ได้ทำ		ใช้/ทำ		จำนวนผู้ป่วยที่รับรู้ว่าทำ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
17.การสอบถามเกี่ยวกับระดับความปวดของผู้ป่วยหลังจากให้การพยาบาลอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยา	46	73	17	27	ค่อนข้างน้อย
*18. การติดตามประเมินฤทธิ์ข้างเคียงของยาแก้ปวดภายหลังให้ยาไปแล้ว	33	52.4	19	30.2	ค่อนข้างน้อย

* เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยส่วนหนึ่งบอกว่าไม่สามารถประเมินได้ เพราะไม่ทราบว่าพยาบาลได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นหรือไม่

2.2 พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวด มี 5 พฤติกรรมที่ผู้ป่วยค่อนข้างมากรับรู้ว่าพยาบาลปฏิบัติคือ (1) การดูแลในเรื่องความสะดวกสบายหลังผ่าตัด (ร้อยละ 69.8) (2) การดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับได้อย่างเพียงพอในระยะหลังผ่าตัด (ร้อยละ68.3) (3) การช่วยเหลือในสิ่งที่ต้องการ (ร้อยละ 66.7) (4) การดูแลท่อระบายต่างๆ เพื่อช่วยบรรเทาความปวด (ร้อยละ 61.9) และ (5) การให้ยาแก้ปวดเมื่อผู้ป่วยบอกว่ามีความปวด (ร้อยละ 58.7) มี 4 พฤติกรรมที่ผู้ป่วยจำนวนค่อนข้างน้อยรับรู้ว่าพยาบาลปฏิบัติ (1) การสอนให้ใช้มือประคองแผลผ่าตัดเมื่อต้องการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือไอ (ร้อยละ 47.6) (2) การดูแลจัดท่านอนให้สบายและถูกต้อง (ร้อยละ 36.5) (3) การให้ยาแก้ปวดตามเวลาที่แพทย์กำหนดให้ (ร้อยละ 33.3) และ (4) การอธิบายเกี่ยวกับความปวดที่เกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัด (ร้อยละ 28.6) ที่เหลืออีก 9 พฤติกรรมที่มีผู้ป่วยเพียงจำนวนน้อยรับรู้ว่าพยาบาลปฏิบัติโดยในจำนวนนี้มี 4 พฤติกรรมที่ผู้ป่วยน้อยกว่าร้อยละ 15 รับรู้ว่าพยาบาลปฏิบัติซึ่งได้แก่ (1) การดูแลประคองร่างกายเมื่อเคลื่อนไหวร่างกาย (ร้อยละ 14.3) (2) การอธิบายเกี่ยวกับยาแก้ปวดที่ได้รับและผลข้างเคียงของยาแก้ปวด (ร้อยละ 14.3) (3) การชวนพูดคุยเพื่อลดความปวด (ร้อยละ 12.7) (4) การสอน/แนะนำเกี่ยวกับการประเมินความปวดและการรายงานความปวดแก่พยาบาล (ร้อยละ 7.9) ส่วนพฤติกรรมในการพยายามหาวิธีการอื่นเพื่อช่วยให้ได้รับการบรรเทาความปวดดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 1.6 ที่รับรู้ว่าพยาบาลปฏิบัติ แต่พฤติกรรมนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถประเมินในเรื่องนี้ได้ เนื่องจากไม่ทราบว่าพยาบาลได้ให้ความช่วยเหลืออย่างอื่นเพิ่มเติมอีกหรือไม่ ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 จำนวน ร้อยละ และจำนวนผู้ป่วยที่มีการรับรู้จำแนกตามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวด (N=63)

พฤติกรรมในการจัดการกับความปวดของพยาบาล	ไม่ได้ทำ		ทำ		จำนวนผู้ป่วยที่รับรู้ว่าทำ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
*1. การให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วยตามเวลาที่แพทย์กำหนดให้	1	1.6	21	33.3	ค่อนข้างน้อย
*2. การให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยบอกว่ามีความปวด (ยา prn.) ตามแผนการรักษา	1	1.6	37	58.7	ค่อนข้างมาก
3. การอธิบายเกี่ยวกับความปวดที่เกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัด	45	71.4	18	28.6	ค่อนข้างน้อย
4. การสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีบรรเทาความปวดในระยะหลังการผ่าตัด	48	76.2	15	23.8	น้อย
5. การอธิบายเกี่ยวกับยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับ และผลข้างเคียงของยาแก้ปวด	54	85.7	9	14.3	น้อย
6. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดและอภิปรายร่วมกับผู้ป่วยในประเด็นของการติดยา	53	84.1	10	15.9	น้อย
7. การสอน/แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการประเมินความปวด และการรายงานความปวดแก่พยาบาล	58	92.1	5	7.9	น้อย
8. การดูแลในเรื่องความสะดวกสบายหลังผ่าตัด	19	30.2	44	69.8	ค่อนข้างมาก
9. การดูแลจัดท่านอนให้สบายและถูกต้อง	40	63.5	23	36.5	ค่อนข้างน้อย
10. การช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ	21	33.3	42	66.7	ค่อนข้างมาก
11. การดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับได้อย่างเพียงพอในระยะหลังการผ่าตัด	20	31.7	43	68.3	ค่อนข้างมาก
12. การชวนผู้ป่วยพูดคุยเพื่อลดความปวด	55	87.3	8	12.7	น้อย
13. การสอนให้ผู้ป่วยมุ่งความสนใจไปที่อื่น โดยให้หายใจเข้าและออกลึกๆ อย่างช้าๆ และสม่ำเสมอเมื่อมีความปวด	47	74.6	16	25.4	น้อย
14. การจัดท่านอนหรือเปลี่ยนท่าให้กับผู้ป่วยโดยช่วยให้ผู้ป่วยลุกนั่งข้างเตียงโดยให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวแล้ว ปล่อยเท้าทั้งสองข้างลงข้างเตียงก่อนแล้วค่อยลุกนั่ง	52	82.5	11	17.5	น้อย

ตาราง 7 (ต่อ)

พฤติกรรมในการจัดการกับความปวดของพยาบาล	ไม่ได้ทำ		ทำ		จำนวนผู้ป่วยที่รับรู้ว่าทำ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
15. การสอนให้ผู้ป่วยใช้มือประคองแผลผ่าตัดเมื่อต้องการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือ ไอ	33	52.4	30	47.6	ค่อนข้างน้อย
16. การช่วยดูแลประคองร่างกาย เมื่อผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย	54	85.7	9	14.3	น้อย
17. การดูแลท่อระบายต่างๆ เพื่อช่วยบรรเทาความปวด	24	38.1	39	61.9	ค่อนข้างมาก
*18. ในกรณีที่พยาบาลได้ให้ความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความปวดแล้วพยาบาลได้พยายามหาวิธีการอื่นๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวดที่ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่	6	9.5	1	1.6	น้อย

* เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยส่วนหนึ่งบอกว่าไม่สามารถประเมินได้ เพราะไม่ทราบว่าพยาบาลได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นหรือไม่

3. การรับรู้ของพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวดแก่ผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง

3.1 พฤติกรรมการประเมินความปวดและการติดตามประเมินผลตามการรับรู้ของพยาบาล พบว่า พยาบาลจำนวนมากรับรู้ว่าตนเองปฏิบัติ 12 พฤติกรรม โดยในจำนวนนี้มี 3 พฤติกรรมที่พยาบาลทุกคน (ร้อยละ 100) รับรู้ว่าตนเองปฏิบัติ คือ (1) การประเมินโดยการสังเกต (2) การประเมินความปวดหลังผ่าตัดในระยะ 24-48 ชั่วโมง (3) การติดตามประเมินฤทธิ์ข้างเคียงของยาแก้ปวด มี 3 พฤติกรรมที่พยาบาลค่อนข้างมากรับรู้ว่าตนเองปฏิบัติคือ (1) การประเมินปัจจัยที่ทำให้ความปวดรุนแรงมากขึ้น (ร้อยละ 73.0) (2) การประเมินปัจจัยที่ทำให้ความปวดลดลง (ร้อยละ 54.0) และ (3) การประเมินระดับความปวดที่รุนแรงที่สุดในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา (ร้อยละ 50.8) และ มี 3 พฤติกรรมที่พยาบาลจำนวนค่อนข้างน้อยรับรู้ว่าตนเองปฏิบัติคือ (1) การประเมินความปวดโดยใช้เครื่องมือในการประเมินความรุนแรง (ระดับ) ความปวด (ร้อยละ47.6) (2) การประเมินระดับความปวดโดยเฉลี่ยในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา (ร้อยละ 47.6) และ (3) การประเมินระดับความปวดที่น้อยที่สุดในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา (ร้อยละ31.7) ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 จำนวน ร้อยละ และจำนวนพยาบาลที่มีการรับรู้จำแนกตามการรับรู้ของพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการประเมินความปวดและการติดตามประเมินผล (N=63)

พฤติกรรมการประเมินความปวดของพยาบาลและการติดตามประเมินผล	ไม่ใช้/ไม่ได้ทำ		ใช้/ทำ		จำนวนพยาบาลที่รับรู้ว่าทำ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. การประเมินความปวดโดยใช้การสังเกต	-	-	63	100	มาก
2. การประเมินความปวดโดยใช้การสอบถาม	5	7.9	58	92.1	มาก
3. การประเมินความปวดโดยใช้เครื่องมือในการประเมินความรุนแรง (ระดับ) ของความปวด	33	52.4	30	47.6	ค่อนข้างน้อย
4. การประเมินความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะ 24 – 48 ชั่วโมง	-	-	63	100	มาก
5. การสอบถามตำแหน่งและขอบเขตที่ผู้ป่วยมีความปวด	1	1.6	62	98.4	มาก
6. การสอบถามเกี่ยวกับความถี่ของความปวด	4	6.3	59	93.7	มาก
7. การสอบถามลักษณะของความปวดโดยให้ผู้ป่วยบรรยายถึงลักษณะของความปวดเป็นคำพูด	8	12.7	55	87.3	มาก
8. การสอบถามถึงระดับความปวดที่รุนแรงที่สุดของผู้ป่วยในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	31	48.2	32	50.8	ค่อนข้างมาก
9. การสอบถามถึงระดับความปวดที่น้อยที่สุดของผู้ป่วยในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	43	68.3	20	31.7	ค่อนข้างน้อย
10. การสอบถามถึงระดับความปวดโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	33	52.4	30	47.6	ค่อนข้างน้อย
11. การสอบถามเกี่ยวกับอาการอื่นๆที่เกิดร่วมกับอาการปวด	5	7.9	58	92.1	มาก
12. การสอบถามเกี่ยวกับระดับความปวดของผู้ป่วยก่อนให้ยาแก้ปวด	11	17.5	52	82.5	มาก
13. การสอบถามเกี่ยวกับระดับความปวดของผู้ป่วยหลังให้ยาแก้ปวด	13	20.6	50	79.4	มาก
14. การสอบถามถึงปัจจัยที่ทำให้ความปวดของผู้ป่วย รุนแรงมาก	17	27	46	73	ค่อนข้างมาก

ตาราง 8 (ต่อ)

พฤติกรรมการประเมินความปวดของพยาบาล และ การติดตามประเมินผล	ไม่ใช้/ไม่ได้ทำ		ใช้/ทำ		จำนวนพยาบาลที่รับรู้ว่าทำ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
17.การสอบถามเกี่ยวกับระดับความปวดของผู้ป่วยหลังจากให้การพยาบาลอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยา	5	7.9	58	92.1	มาก
18. การติดตามประเมินฤทธิ์ข้างเคียงของยาแก้ปวดภายหลังให้ยาไปแล้ว	-	-	63	100	มาก

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมการประเมินความปวดและการติดตามประเมินผลตามการรับรู้ของพยาบาลในบางพฤติกรรม พบว่า (1) พยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 71.4 รับรู้ว่าตนประเมินความปวดหลังผ่าตัดในระยะ 24-48 ชั่วโมง บ่อยครั้ง (2) ส่วนใหญ่ร้อยละ 58.7 รับรู้ว่าพยาบาลติดตามประเมินฤทธิ์ข้างเคียงของยาแก้ปวดภายหลังให้ยาแก้ปวดไปแล้ว ทุกครั้ง (3) พฤติกรรมการสอบถามระดับความปวดของผู้ป่วยก่อนให้ยาแก้ปวด พบว่า พยาบาลจำนวนมากที่สุด รับรู้ว่าตนปฏิบัติทุกครั้ง ร้อยละ 44.4 รองลงมาร้อยละ 31.7 รับรู้ว่าปฏิบัติบ่อยครั้ง และ (4) พฤติกรรมการสอบถามระดับความปวดหลังให้ยาแก้ปวด พบว่า พยาบาลร้อยละ 34.9 เท่ากันที่รับรู้ว่าพยาบาลปฏิบัติบ่อยครั้งและทุกครั้ง ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 จำนวน และร้อยละของพยาบาลจำแนกตามความถี่ที่ปฏิบัติของบางพฤติกรรมในการประเมินความปวดและการติดตามประเมินผลของพยาบาล (N=63)

พฤติกรรมการประเมินความปวด และการติดตามประเมินผลของพยาบาล	นานๆ ครั้ง (1 ครั้ง/เวร)		บ่อยครั้ง (2-3 ครั้ง/เวร)		ทุกครั้ง (4 ครั้ง/เวรหรือมากกว่า)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การประเมินความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะ 24–48 ชั่วโมง	6	9.5	45	71.4	12	19
2. การสอบถามเกี่ยวกับระดับความปวดของผู้ป่วยก่อนให้ยาแก้ปวด	4	6.3	20	31.7	28	44.4
3. การสอบถามเกี่ยวกับระดับความปวดของผู้ป่วยหลังให้ยาแก้ปวด	6	9.5	22	34.9	22	34.9
4. การติดตามประเมินฤทธิ์ข้างเคียงของยาแก้ปวดภายหลังให้ยาไปแล้ว	2	3.2	24	38.1	37	58.7

3.2 พฤติกรรมในการจัดการกับความปวดตามการรับรู้ของพยาบาล พบว่าพยาบาลจำนวนมากรับรู้ว่าพยาบาลปฏิบัติทุกพฤติกรรม ยกเว้นมีเพียง 2 พฤติกรรมที่พยาบาลค่อนข้างมากรับรู้ว่าตนเองปฏิบัติคือ (1) การชวนพูดคุยเพื่อลดความปวด (ร้อยละ 71.4) และ (2) การสอน/แนะนำเกี่ยวกับการประเมินความปวดและการรายงานความปวด (ร้อยละ 61.9) ดังแสดงในตาราง 10

นอกจากนี้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการกับความปวดตามการรับรู้ของพยาบาลในบางพฤติกรรม พบว่า ข้อคำถามที่ (1) พยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.3) รับรู้ว่าให้ยาแก้ปวดตามเวลาที่แพทย์กำหนดทุกครั้ง รองลงมาร้อยละ 20.6 รับรู้ว่าปฏิบัติบ่อยครั้ง ข้อคำถามที่ (2) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.9) ให้ยาแก้ปวดทุกครั้งที่ผู้ป่วยบอกว่ามีความปวด รองลงมาร้อยละ 33.3 รับรู้ว่าปฏิบัติบ่อยครั้ง ข้อคำถามที่ (3) พฤติกรรมการชวนพูดคุยเพื่อลดความปวด พยาบาลร้อยละ 34.9 รับรู้ว่าปฏิบัติบ่อยครั้ง รองลงมา ร้อยละ 31.7 รับรู้ว่าปฏิบัติ นานๆ ครั้ง ข้อคำถามที่ (4) พฤติกรรมการสอนให้มุ่งความสนใจไปที่อื่น เมื่อผู้ป่วยมีความปวด พยาบาลร้อยละ 47.6 มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง รองลงมาร้อยละ 42.9 รับรู้ว่าปฏิบัติ นานๆ ครั้ง ข้อคำถามที่ (5) พฤติกรรมการช่วยประคองร่างกายเมื่อ ผู้ป่วยเคลื่อนไหวพยาบาลร้อยละ 46 ปฏิบัติบ่อยครั้ง รองลงมาร้อยละ 44.4 รับรู้ว่าปฏิบัตินานๆ ครั้ง และ ข้อคำถามที่ (6) พฤติกรรมการดูแลท่อระบายต่างๆ เพื่อช่วยบรรเทาปวด พยาบาลส่วนใหญ่ ร้อยละ 74.6 รับรู้ว่าปฏิบัติบ่อยครั้ง ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 10 จำนวน ร้อยละ และจำนวนพยาบาลที่มีการรับรู้จำแนกตามการรับรู้ของพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวด (N=63)

พฤติกรรมในการจัดการกับความปวดของพยาบาล	ไม่ได้ทำ		ทำ		จำนวนพยาบาลที่รับรู้ว่าทำ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. การให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วยตามเวลาที่แพทย์กำหนดให้	6	9.5	57	90.5	มาก
2. การให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยบอกว่ามีความปวด (ยา prn.) ตามแผนการรักษา	2	3.2	61	96.8	มาก
3. การอธิบายเกี่ยวกับความปวดที่เกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัด	2	3.2	61	96.8	มาก
4. การสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีบรรเทาความปวดในระยะหลังการผ่าตัด	5	7.9	58	92.1	มาก
5. การอธิบายเกี่ยวกับยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับ และผลข้างเคียงของยาแก้ปวด	3	4.8	60	95.2	มาก
6. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดและอภิปรายร่วมกับผู้ป่วยในประเด็นของการติดยา	11	17.5	52	82.5	มาก
7. การสอน / แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการประเมินความปวดและการรายงานความปวดแก่พยาบาล	24	38.1	39	61.9	ค่อนข้างมาก
8. การดูแลในเรื่องความสะดวกสบายหลังผ่าตัด	4	6.3	59	93.7	มาก
9. การดูแลจัดท่านอนให้สบายและถูกต้อง	2	3.2	61	96.8	มาก
10. การช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ	3	4.8	60	95.2	มาก
11. การดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับได้อย่างเพียงพอในระยะหลังการผ่าตัด	2	3.2	61	96.8	มาก
12. การชวนผู้ป่วยพูดคุยเพื่อลดความปวด	18	28.6	45	71.4	ค่อนข้างมาก
13. การสอนให้ผู้ป่วยมุ่งความสนใจไปที่อื่น โดยให้หายใจเข้าและออกลึกๆ อย่างช้าๆ และสม่ำเสมอเมื่อมีความปวด	4	6.3	59	93.7	มาก
14. การจัดท่านอนหรือเปลี่ยนท่าให้กับผู้ป่วยโดยช่วยให้ผู้ป่วยลุกนั่งข้างเตียงโดยให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวแล้ว ปล่อยเท้าทั้งสองข้างลงข้างเตียงก่อนแล้วค่อยลุกนั่ง		-	63	100	มาก

ตาราง 10 (ต่อ)

พฤติกรรมในการจัดการกับความปวดของพยาบาล	ไม่ได้ทำ		ทำ		จำนวนพยาบาลที่รับรู้ว่าทำ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
15. การสอนให้ผู้ป่วยใช้มือประคองแผลผ่าตัดเมื่อต้องการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือ ไอ	-	-	63	100	มาก
16. การช่วยดูแลประคองร่างกาย เมื่อผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย	4	6.3	59	93.7	มาก
17. การดูแลท่อระบายต่างๆ เพื่อช่วยบรรเทาความปวด	1	1.6	62	98.4	มาก
18. ในกรณีที่พยาบาลได้ให้ความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความปวดแล้วพยาบาลได้พยายามหาวิธีการอื่นๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวดที่ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่	3	4.8	60	95.2	มาก

ตาราง 11 จำนวน และร้อยละของพยาบาลจำแนกตามความถี่ที่ปฏิบัติของบางพฤติกรรมในการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวด (N=63)

พฤติกรรมการจัดการกับความปวด	นานๆ ครั้ง (1 ครั้ง/เวร)		บ่อยครั้ง (2-3 ครั้ง/เวร)		ทุกครั้ง (4 ครั้ง/เวรหรือมากกว่า	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วยตามเวลาที่แพทย์กำหนดให้	1	1.6	13	20.6	43	68.3
2. การให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยบอกว่ามีความปวด (ยา prn.) ตามแผนการรักษา	1	1.6	21	33.3	39	61.9
3. การชวนผู้ป่วยพูดคุยเพื่อลดความปวด	20	31.7	22	34.9	3	4.8
4. การสอนให้ผู้ป่วยมุ่งความสนใจไปที่อื่นโดยให้หายใจเข้าและออกลึกๆ อย่างช้าๆ และสม่ำเสมอเมื่อมีความปวด	27	42.9	30	47.6	2	3.2
5. การช่วยดูแลประคองร่างกาย เมื่อผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย	28	44.4	29	46	2	3.2
6. การดูแลท่อระบายต่างๆ เพื่อช่วยบรรเทาความปวด	8	12.7	47	74.6	7	11.1

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมเนื่องจากพบว่าผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัดแตกต่างกัน ซึ่งอาจมีผลต่อการตอบแบบสัมภาษณ์ เพราะการสัมภาษณ์เป็นการสอบถามข้อมูลของพฤติกรรมของพยาบาลในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ผู้ป่วยอาจไม่สามารถจดจำเหตุการณ์เหล่านั้นได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อศึกษาว่าการได้รับยาแก้ปวดที่แตกต่างกันจะมีผลต่อคะแนนการรับรู้ของพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวดทั้ง 2 ด้าน คือ พฤติกรรมการประเมินความปวดและการติดตามประเมินผลและการจัดการกับความปวด หรือไม่

ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้ ได้จัดกลุ่มผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาแก้ปวดและผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดชนิดไม่เสพติด และกลุ่มที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดชนิดเสพติดและผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดชนิดเสพติดและไม่เสพติด ผลการวิเคราะห์คะแนนความแตกต่างทั้งด้านการประเมินความปวดและการติดตามประเมินผล และด้านการจัดการกับความปวด พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ดังตาราง 12 และ 13

ตาราง 12 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความแตกต่างระหว่างการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดชนิดเสพติดและยาแก้ปวดชนิดไม่เสพติดต่อคะแนนการรับรู้ของพฤติกรรมการประเมินความปวดและการติดตามประเมินผล (N=63)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	Mean	SD	t	p-value
กลุ่ม 1 : ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาแก้ปวดและที่ได้รับยาแก้ปวดชนิดไม่เสพติด	5.20	2.11	1.495	.146
กลุ่ม 2 : ผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดชนิดเสพติดและที่ได้รับยาแก้ปวดชนิดเสพติดและชนิดไม่เสพติด	6.50	3.79		

ตาราง 13 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความแตกต่างระหว่างการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดชนิดเสพติดและยาแก้ปวดชนิดไม่เสพติดต่อคะแนนการรับรู้ของพฤติกรรมการจัดการกับความปวด (N=63)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	Mean	SD	t	p-value
กลุ่ม 1 : ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาแก้ปวดและที่ได้รับยาแก้ปวดชนิดไม่เสพติด	5.20	2.11	1.495	.146
กลุ่ม 2 : ผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดชนิดเสพติดและที่ได้รับยาแก้ปวดชนิดเสพติดและชนิดไม่เสพติด	6.50	3.79		

4. ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ของพยาบาล และการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวด

เมื่อวิเคราะห์คะแนนการรับรู้ของพยาบาลและการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการประเมินความปวดของพยาบาลและการติดตามประเมินผล และการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวด พบว่าการรับรู้ของพยาบาลและการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลทั้ง 2 ด้านและคะแนนรวมของพฤติกรรมการดูแลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยที่คะแนนการรับรู้ของพยาบาลสูงกว่าคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วย ดังแสดงในตาราง 14

ตาราง 14 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความแตกต่างระหว่างการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวด (N=63)

พฤติกรรมการดูแลของพยาบาล		Mean	SD	t	p-value
1. พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการประเมินความปวด และการติดตามประเมินผล	(พยาบาล)	14.21	2.93	16.607	.000
	(ผู้ป่วย)	5.65	2.85		
2. พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวด	(พยาบาล)	17.03	2.08	25.596	.000
	(ผู้ป่วย)	5.65	2.85		
3. คะแนนรวมของพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล	(พยาบาล)	31.24	4.48	21.81	.000
	(ผู้ป่วย)	11.30	5.70		

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของการรับรู้พฤติกรรมการดูแลเป็นรายข้อ พบว่า การรับรู้ของพยาบาลและการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการประเมินความปวดของพยาบาลและการติดตามประเมินผลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทุกข้อ ยกเว้นการประเมินความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะ 24–48 ชั่วโมง ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และการประเมินความปวดโดยใช้การสังเกต และ การประเมินความปวดโดยใช้การสอบถามที่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ดังแสดงในตาราง 15 นอกจากนี้ พบว่า การรับรู้ของพยาบาลและการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวดผลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทุกข้อ ยกเว้นการดูแลในเรื่องความสะดวกสบายหลังผ่าตัด ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 โดยทุกข้อรายการที่มีความแตกต่างกัน จำนวนพยาบาลรับรู้ว่าได้ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเหล่านั้นมากกว่าจำนวนผู้ป่วย ดังแสดงในตาราง 15

ตาราง 15 ค่าความแตกต่างของจำนวนพยาบาลและผู้ป่วยที่มีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการประเมินความปวด และการติดตามประเมินผล วิเคราะห์โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (N=63)

พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการประเมินความปวด และการติดตามประเมินผล		พยาบาล	ผู้ป่วย	χ^2	p-value
1. การประเมินความปวดโดยใช้การสังเกต					
	(ไม่ได้ใช้/ไม่ได้ทำ)	-	1	1.01	.315
	(ใช้/ทำ)	63	62		
2. การประเมินความปวดโดยใช้การสอบถาม					
	(ไม่ได้ใช้/ไม่ได้ทำ)	5	4	.12	.729
	(ใช้/ทำ)	58	59		
3. การประเมินความปวดโดยใช้เครื่องมือในการประเมินความรุนแรง (ระดับ) ของความปวด	(ไม่ได้ใช้/ไม่ได้ทำ)	33	62	35.98	.000
	(ใช้/ทำ))	30	1		
4. การประเมินความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะ 24–48 ชั่วโมง	(ไม่ได้ใช้/ไม่ได้ทำ)	-	8	8.54	.003
	(ใช้/ทำ)	63	55		
5. การสอบถามตำแหน่งและขอบเขตที่ผู้ป่วยมีความปวด	(ไม่ได้ใช้/ไม่ได้ทำ)	1	36	46.87	.000
	(ใช้/ทำ)	62	27		
6. การสอบถามเกี่ยวกับความถี่ของความปวด					
	(ไม่ได้ใช้/ไม่ได้ทำ)	4	51	71.28	.000
	(ใช้/ทำ)	59	12		
7. การสอบถามลักษณะของความปวดโดยให้ผู้ป่วยบรรยายถึงลักษณะของความปวดเป็นคำพูด	(ไม่ได้ใช้/ไม่ได้ทำ)	8	55	70.13	.000
	(ใช้/ทำ)	55	8		
8. การสอบถามถึงระดับความปวดที่รุนแรงที่สุดของผู้ป่วยในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	(ไม่ได้ใช้/ไม่ได้ทำ)	31	61	36.25	.000
	(ใช้/ทำ)	32	2		
9. การสอบถามถึงระดับความปวดที่น้อยที่สุดของผู้ป่วยในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	(ไม่ได้ใช้/ไม่ได้ทำ)	43	61	17.84	.000
	(ใช้/ทำ)	20	2		

ตาราง 15 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการประเมินความปวด และการติดตามประเมินผล		พยาบาล	ผู้ป่วย	χ^2	p-value
10. การสอบถามถึงระดับความปวดโดยเฉลี่ยของ					
ผู้ป่วยในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่าน	(ไม่ได้ใช้/ไม่ได้ทำ)	33	61	32.84	.000
	(ใช้/ทำ)	30	2		
11. การสอบถามเกี่ยวกับอาการอื่นๆ ที่เกิดร่วมกับอาการปวด					
	(ไม่ได้ใช้/ไม่ได้ทำ)	5	26	18.87	.000
	(ใช้/ทำ)	58	37		
12. การสอบถามเกี่ยวกับระดับความปวดของผู้ป่วยก่อนให้ยา					
แก้ปวด	(ไม่ได้ใช้/ไม่ได้ทำ)	11	59	74.06	.000
	(ใช้/ทำ)	52	4		
13. การสอบถามเกี่ยวกับระดับความปวดของผู้ป่วยหลังให้ยา					
แก้ปวด	(ไม่ได้ใช้/ไม่ได้ทำ)	13	53	50.91	.000
	(ใช้/ทำ)	50	10		
14. การสอบถามถึงปัจจัยที่ทำให้ความปวดของผู้ป่วย					
รุนแรงมาก	(ไม่ได้ใช้/ไม่ได้ทำ)	17	62	68.72	.000
	(ใช้/ทำ)	46	1		
15. การสอบถามถึงปัจจัยที่ทำให้ความปวดของผู้ป่วย					
ลดลง	(ไม่ได้ใช้/ไม่ได้ทำ)	29	62	43.08	.000
	(ใช้/ทำ)	34	1		
16. การสอบถามเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดความปวด					
	(ไม่ได้ใช้/ไม่ได้ทำ)	2	26	26.45	.000
	(ใช้/ทำ)	61	37		
17.การสอบถามเกี่ยวกับระดับความปวดของผู้ป่วยหลังจาก					
ให้การพยาบาลอื่นๆที่ไม่ใช่ยา	(ไม่ได้ใช้/ไม่ได้ทำ)	5	46	55.37	.000
	(ใช้/ทำ)	58	17		
18. การติดตามประเมินฤทธิ์ข้างเคียงของยาแก้ปวดภายหลัง					
ให้ยาไปแล้ว	(ไม่ได้ใช้/ไม่ได้ทำ)	-	44	67.61 -	.000
	(ใช้/ทำ)	63	19		

ตาราง 16 ค่าความแตกต่างของจำนวนพยาบาลและผู้ป่วยที่มีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวด วิเคราะห์โดยใช้สถิติ ไค-สแควร์ (N=63)

พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวด		พยาบาล	ผู้ป่วย	χ^2	p-value
1. การให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วยตามเวลาที่แพทย์กำหนดให้					
	(ไม่ได้ทำ)	6	42	43.61	.000
	(ทำ)	57	21		
2. การให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยบอกว่ามีความปวด					
(ยา prn.) ตามแผนการรักษา	(ไม่ได้ทำ)	2	25	24.94	.000
	(ทำ)	61	38		
3. การอธิบายเกี่ยวกับความปวดที่เกิดขึ้นในระยะหลัง					
ผ่าตัด	(ไม่ได้ทำ)	2	45	62.74	.000
	(ทำ)	61	18		
4. การสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีบรรเทาความปวดในระยะหลัง					
การผ่าตัด	(ไม่ได้ทำ)	5	48	60.22	.000
	(ทำ)	58	15		
5. การอธิบายเกี่ยวกับยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับ และ					
ผลข้างเคียงของยาแก้ปวด	(ไม่ได้ทำ)	3	54	83.33	.000
	(ทำ)	60	9		
6. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดและอภิปราย					
ร่วมกับผู้ป่วยในประเด็นของการติดยา	(ไม่ได้ทำ)	11	53	56.01	.000
	(ทำ)	52	10		
7. การสอน / แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการประเมินความปวด					
และการรายงานความปวดแก่พยาบาล	(ไม่ได้ทำ)	23	58	42.35	.000
	(ทำ)	40	5		
8. การดูแลในเรื่องความสะดวกสบายหลังผ่าตัด	(ไม่ได้ทำ)	4	19	11.97	.001
	(ทำ)	59	44		
9. การดูแลจัดท่านอนให้สบายและถูกต้อง	(ไม่ได้ทำ)	2	40	51.57	.000
	(ทำ)	61	23		
10. การช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ	(ไม่ได้ทำ)	3	21	16.68	.000
	(ทำ)	60	42		

ตาราง 16 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวด		พยาบาล	ผู้ป่วย	χ^2	p-value
11. การดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับได้อย่างเพียงพอในระยะหลังการผ่าตัด	(ไม่ได้ทำ)	2	20	17.84	.000
	(ทำ)	61	43		
12. การชวนผู้ป่วยพูดคุยเพื่อลดความปวด	(ไม่ได้ทำ)	18	55	44.58	.000
	(ทำ)	45	8		
13. การสอนให้ผู้ป่วยมุ่งความสนใจไปที่อื่น โดยให้หายใจเข้าและออกลึกๆ อย่างช้าๆ และสม่ำเสมอเมื่อมีความปวด					
	(ไม่ได้ทำ)	4	47	60.91	.000
	(ทำ)	59	16		
14. การจัดท่านอนหรือเปลี่ยนท่าให้กับผู้ป่วยโดยช่วยให้ผู้ป่วยลุกนั่งข้างเตียงโดยให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวแล้ว ปล่อยเท้าทั้งสองข้างลงข้างเตียงก่อนแล้วค่อยลุกนั่ง					
	(ไม่ได้ทำ)	-	52	88.54	.000
	(ทำ)	63	11		
15. การสอนให้ผู้ป่วยใช้มือประคองแผลผ่าตัดเมื่อต้องการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือ ไอ	(ไม่ได้ทำ)	-	33	44.71	.000
	(ทำ)	63	30		
16. การช่วยดูแลประคองร่างกาย เมื่อผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย	(ไม่ได้ทำ)	4	54	79.87	.000
	(ทำ)	59	9		
17. การดูแลท่อระบายต่างๆ เพื่อช่วยบรรเทาความปวด					
	(ไม่ได้ทำ)	1	39	52.89	.000
	(ทำ)	62	24		
18. ในกรณีที่พยาบาลได้ให้ความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความปวดแล้วพยาบาลได้พยายามหาวิธีการอื่นๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวดที่ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่					
	(ไม่ได้ทำ)	3	62	110.62	.000
	(ทำ)	60	1		

การอภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวดตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัด และศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดในช่วงเวลาหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากพยาบาลไปแล้ว 48 ชั่วโมงกับการรับรู้ของพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวด กลุ่มละ 63 ราย

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างรายงานระดับความปวดที่มากที่สุดในช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (M=7.16) แสดงให้เห็นว่าการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความปวดให้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลิน (Lin, 2000) ที่ศึกษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดจำนวน 100 ราย ในประเทศไต้หวัน พบว่า คะแนนความปวดที่มากที่สุดในรอบ 24 ชั่วโมง ระหว่างวันที่ 1-3 หลังผ่าตัด อยู่ในระดับปานกลาง-รุนแรง (M=6.78) และการศึกษาของสมพร สุกัญญา และวิเศษ (2543) ที่ศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกชนิดผ่ากลางกระดูกสันอก จำนวน 100 ราย พบว่า ผู้ป่วยรายงานความปวดที่มากที่สุดในช่วงวันที่ 2 หลังผ่าตัด (24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด) ในระดับปานกลาง-รุนแรง (M=6.82) รวมไปถึงการศึกษาของวัตต์-วัตสันและคณะ (Watt-Watson et al., 2000) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ความสำคัญของพยาบาลและผู้ป่วยจำนวน 80 คู่ ถึงผลกระทบในการจัดการกับความปวดกับผู้ป่วยที่มีความปวดแบบเฉียบพลันก็ยังพบว่าผู้ป่วยมีการรายงานความปวดในช่วง 3-24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดและระดับความปวดเมื่อมีการเคลื่อนไหวในระดับปานกลาง-รุนแรง (M=65) การที่ผู้ป่วยรายงานว่ายังมีความปวดที่รุนแรงอาจเนื่องมาจากการประเมินระดับความปวดของพยาบาลยังไม่มีเครื่องมือในการวัดระดับความปวดที่ได้มาตรฐาน ทำให้พยาบาลใช้ดุลยพินิจของตนเป็นมาตรฐานในการประเมินความปวด จึงทำให้พยาบาลแต่ละคนให้ระดับความรุนแรงของความปวดสูงหรือต่ำกว่าผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความรู้และประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน เช่น การศึกษาของ ฟิลด์ (Field, 1996) เกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลและผู้ป่วยในการประเมินความปวดหลังผ่าตัด พบว่า พยาบาลประเมินระดับความรุนแรงของความปวดต่ำกว่าผู้ป่วยบอกและการศึกษาของลิบ (Lieb, 1993) เรื่องการประเมินความปวดที่ศึกษาในพยาบาลและผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องจำนวน กลุ่มละ 119 ราย พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ประเมินระดับความรุนแรงของความปวดต่ำกว่าผู้ป่วย ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลในการประเมินระดับความปวดของพยาบาล คือ ความรู้ ทัศนคติและความเชื่อของพยาบาล แต่ปัจจัยที่มีผลกระทบกับความปวดของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด ขนาด และลักษณะของการผ่าตัด ดังนั้นในการประเมินความปวดของพยาบาลอาจจะประเมินไม่ตรงกับผู้ป่วย ดังเช่นการศึกษาของ บราวน์ (Brown, 1999) ที่ศึกษา

เกี่ยวกับความรู้และทัศนคติในการจัดการกับความปวดของพยาบาลจำนวน 1,000 ราย พบว่า พยาบาลร้อยละ 56.9 เชื่อว่าผู้ป่วยร้อยละ 10 มีการรายงานระดับความปวดเกินความเป็นจริง

ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลของการศึกษาเพื่อตอบคำถามการวิจัยตามลำดับดังนี้

1. การรับรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการประเมินและการติดตามประเมินผล
2. การรับรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวดของพยาบาล
3. การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดกับการรับรู้ของพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวด

1. การรับรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการประเมินและการติดตามประเมินผล

1.1 การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการประเมินความปวดและการติดตามประเมินผล มีคะแนนเฉลี่ย 5.65 (จากคะแนนเต็ม 18: ตาราง 14) ซึ่งสะท้อนว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าพยาบาลปฏิบัติในเรื่องการประเมินความปวดและการติดตามประเมินผลน้อย แม้ว่าพฤติกรรมการประเมินความปวดและการติดตามประเมินผลเป็นพฤติกรรมที่พยาบาลควรปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดแต่ในทางปฏิบัติพยาบาลก็ไม่สามารถปฏิบัติได้ ซึ่งสาเหตุสำคัญน่าจะมาจาก

1.1.1 ไม่มีแบบประเมินความปวดโดยเฉพาะ หรือแบบประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีอยู่ไม่ครอบคลุมประเด็นสำคัญในการประเมินความปวด กล่าวคือ ไม่มีการประเมินระดับความรุนแรงของความปวด การประเมินตำแหน่ง ความถี่ และลักษณะของความปวด

1.1.2 การศึกษา/การอบรมเกี่ยวกับทักษะการประเมินความปวดมีน้อย (ร้อยละ 20.6) ทำให้พยาบาลประเมินความปวดไม่ครอบคลุม ซึ่งถ้าพยาบาลมีความรู้และทักษะในการประเมินความปวดก็จะทำให้การประเมินความปวดครอบคลุมดังเช่นการศึกษาของนารี (2543) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินความปวดและการควบคุมความปวดในผู้ป่วยศัลยกรรมภายหลังผ่าตัดในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 53 ราย พบว่า พยาบาลร้อยละ 58.5 มีความรู้เกี่ยวกับการประเมินความปวดอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งการประเมินความปวดภายหลังการผ่าตัดต้องประเมินลักษณะความปวด บริเวณที่ปวด และระดับความรุนแรงของความปวด

1.1.3 ผู้ป่วยไม่เห็นว่าพยาบาลได้ปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินบางพฤติกรรมได้

1.1.4 การสื่อสารในสิ่งที่พยาบาลปฏิบัติไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยไม่มีการรับรู้ว่าพยาบาลปฏิบัติ

1.1.5 ภาระงานมาก เนื่องมาจากการขาดบุคลากร ดังเช่นการศึกษาของวิมลศรี (2540) ได้ใช้รูปแบบการประเมินคุณภาพการพยาบาลซึ่งกำหนดโดยกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ผลการประเมินพบว่า คุณภาพการพยาบาลในปี 2535-2538 อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 70-79) โดยมี

ประเด็นที่สำคัญ คือ การที่พยาบาลอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยน้อย ไม่มีเวลาให้ผู้ป่วย จากการขาดบุคลากรและปริมาณงานที่เกินกว่าที่ควรจะเป็น

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของคำถามการวิจัยอภิปรายจากจำนวนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการประเมินความปวดและการติดตามประเมินผล ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ จำนวนการรับรู้มาก จำนวนการรับรู้ค่อนข้างมาก จำนวนการรับรู้ค่อนข้างน้อย และจำนวนการรับรู้น้อย ดังนี้

1. พฤติกรรมที่ผู้ป่วยจำนวนมากรับรู้ว่าพยาบาลปฏิบัติ พบว่า มี 3 พฤติกรรม คือ (1) การประเมินความปวดโดยการสังเกต (ร้อยละ 98.4) (2) การประเมินความปวดโดยการสอบถาม (ร้อยละ 93.7) และ (3) การประเมินความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะ 24-48 ชั่วโมง (ร้อยละ 87.3) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากหลังผ่าตัดผู้ป่วยทุกรายได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาล โดยเฉพาะในระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ซึ่งเน้นการดูแลเพื่อประเมินสัญญาณชีพ การสังเกตลักษณะบาดแผลและปริมาณเลือดและสิ่งคัดหลั่งอื่นๆ ที่ออกจากร่างกายผู้ป่วย การดูแลท่อระบาย และการดูแลให้ได้รับสารน้ำ เลือด หรือพลาสมาทดแทนทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา (ประณีต, 2542) ซึ่งเป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่อาจเกี่ยวข้องหรือไม่เกี่ยวข้องกับการประเมินความปวดโดยตรง จึงทำให้ผู้ป่วยรายงานว่าพยาบาลปฏิบัติพฤติกรรมการประเมินความปวดดังที่กล่าวมาแล้ว

2. พฤติกรรมที่ผู้ป่วยจำนวนค่อนข้างมากรับรู้ว่าพยาบาลปฏิบัติ พบว่า มี 2 พฤติกรรม คือ (1) การสอบถามเกี่ยวกับอาการอื่นๆ ที่เกิดร่วมกับอาการปวด (ร้อยละ 58.7) และ (2) การสอบถามเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดความปวด (ร้อยละ 58.7) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินโดยการสอบถาม เพื่อพยาบาลจะได้นำไปวางแผนในการจัดการกับความปวดให้กับผู้ป่วย ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวพยาบาลสอบถามในช่วงระยะเวลา 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าพยาบาลได้ปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลหลังผ่าตัดเช่นเดียวกับการประเมินความปวด

3. พฤติกรรมที่ผู้ป่วยจำนวนค่อนข้างน้อยรับรู้ว่าพยาบาลปฏิบัติ พบว่า มี 2 พฤติกรรม คือ (1) การสอบถามตำแหน่งและขอบเขตของความปวด (ร้อยละ 42.9) เพราะหลังผ่าตัดมีบาดแผลซึ่งพยาบาลอาจใช้การสังเกตแทนการประเมินโดยการสอบถามตำแหน่งและขอบเขต เพราะพยาบาลอาจคิดว่าการสังเกตจากบาดแผลก็สามารถประเมินสภาพและประเมินความปวดของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้จากการสังเกตของผู้วิจัย พบว่าในหอผู้ป่วยที่เข้าไปทำการศึกษายังไม่มีการนำแบบประเมินความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมาใช้ แบบฟอร์มการประเมินความปวดโดยทั่วไป จะมีการบันทึกตำแหน่งและขอบเขตของความปวดด้วย เช่น แบบประเมินความปวดของ McGill (McGill Pain Questionnaire) ซึ่ง คาร์ (Carr, 1997) นำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่รับการรักษาในแผนกฟื้นฟูสภาพ พบว่า การนำแบบประเมินความปวดไปใช้จะทำให้พยาบาลมีการประเมินตำแหน่งและขอบเขตของความปวดอย่างครบถ้วน ดังนั้นการไม่ใช้แบบประเมินความปวดในหอผู้ป่วย ทำให้พยาบาลไม่สามารถประเมิน

ความปวดได้ครอบคลุม และ (2) การติดตามประเมินผลระดับความปวดหลังจากให้การพยาบาลอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยา (ร้อยละ 27) จากการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วย พบว่าพยาบาลไม่ได้มีการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลอื่นๆ ที่ช่วยบรรเทาปวดให้กับผู้ป่วยนอกจากการให้ยาแก้ปวด เพราะพยาบาลคิดว่าวิธีบรรเทาปวดเหล่านั้นต้องใช้เวลาในการปฏิบัติมาก จึงทำให้พยาบาลเลือกใช้วิธีบรรเทาความปวดที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดและใช้เวลาน้อยที่สุด คือ การให้ยาแก้ปวด สอดคล้องกับการศึกษาของสังวาลย์ (2532) ที่ศึกษาการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยหลังผ่าตัด จำนวน 44 คู่ พบว่ากิจกรรมการพยาบาลเพื่อระงับความปวดหลังผ่าตัดตามการรับรู้ของพยาบาล คือ การฉีดยาแก้ปวด นอกจากนี้อาจเป็นไปได้ที่มีการใช้วิธีการอื่นที่ไม่ใช่ยา (ดังจะได้อภิปรายต่อไปในส่วนของการรับรู้ต่อพฤติกรรมการจัดการกับความปวด) แต่พยาบาลก็ไม่ได้ติดตามประเมินผลความปวดภายหลังปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเหล่านั้นเพราะอาจรับรู้ว่าวิธีการที่ไม่ใช่ยามีผลต่อการบรรเทาความปวดน้อยจึงไม่ติดตามประเมินผล

4. พฤติกรรมที่ผู้ป่วยจำนวนน้อยรับรู้ว่าพยาบาลปฏิบัติ พบว่ามีทั้งหมด 10 พฤติกรรมเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความปวดโดยใช้เครื่องมือในการประเมินความรุนแรง (ระดับ) ความปวดและเรื่องของปัจจัยที่มีผลกระทบกับความปวด

4.1 พฤติกรรมเกี่ยวกับเรื่องการประเมินความปวดโดยใช้เครื่องมือในการประเมินความรุนแรง (ระดับ) ความปวด การประเมินความถี่และลักษณะของความปวด การที่ผู้ป่วยจำนวนน้อยรับรู้ว่าพยาบาลปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านี้อาจเป็นผลเนื่องมาจากหน่วยงานไม่มีเครื่องมือในการประเมินความรุนแรง (ระดับ) ความปวด และแบบบันทึกความปวด ทำให้การประเมินความปวดไม่ครอบคลุม ดังนั้นถ้าหน่วยงานมีการจัดหาเครื่องมือในการประเมินความปวดหรือปรับปรุงแบบบันทึกที่มีอยู่ให้ครอบคลุมการประเมินความปวด พยาบาลก็จะสามารถประเมินความปวดและบันทึกลงในรายงานของผู้ป่วยได้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ดังเช่นการศึกษาของคาร์ (Carr,1997) ที่ศึกษาจากการตรวจสอบรายงานของ ผู้ป่วยจำนวน 18 ราย พบว่า พยาบาลมีการประเมินความปวดครบสมบูรณ์ตามแบบบันทึกความปวด

4.2 พฤติกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบกับความปวด ผู้ป่วยจำนวนน้อยรับรู้ว่าพยาบาลได้มีการสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบกับความปวด เช่น ปัจจัยที่ทำให้ปวดมากขึ้นหรือน้อยลง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพยาบาลคิดว่าได้มีการประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีความปวด ครอบคลุมแล้ว แต่การประเมินความปวดที่ครอบคลุมควรจะมีการประเมินปัจจัยที่มีผลกระทบกับความปวดด้วย เพื่อช่วยในการวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมกาย จิต และสังคม ดังเช่นการศึกษาของนิโรบล (2535) ที่ศึกษาการรับรู้ความปวดและวิธีการบรรเทาความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 100 ราย พบว่า ปัจจัยที่เพิ่มความปวดโดยส่วนใหญ่ ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นปัจจัยทางด้านกายภาพที่มีผลกระทบ

กระเทือนแผลผ่าตัดโดยตรง ที่พบมากที่สุด คือ การเปลี่ยนท่า การไอ การนอนนานๆ และปัจจัยที่ช่วยลดความปวดส่วนใหญ่ คือ ยาแก้ปวด ยาทุกอย่างที่ได้รับ และการนอนนิ่งๆ การสร้างและใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่ครอบคลุมในเรื่องเหล่านี้จะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินความปวดได้ครอบคลุมมากขึ้น ดังที่กล่าวมาแล้วในตอนต้น

5. พฤติกรรมที่ผู้ป่วยส่วนหนึ่งบอกว่าไม่สามารถประเมินได้ เพราะไม่ทราบว่าพยาบาลได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นหรือไม่ มี 3 พฤติกรรม คือ (1) การประเมินระดับความปวดก่อนให้ยาแก้ปวด (ร้อยละ 6.3) (2) การประเมินระดับความปวดหลังให้ยาแก้ปวด (ร้อยละ 15.9) และ (3) การติดตามประเมินฤทธิ์ข้างเคียงของยาแก้ปวด (ร้อยละ 30.2) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ

5.1 พยาบาลอาจประเมินแล้ว แต่ไม่ได้ประเมินซ้ำ เมื่อนำยาแก้ปวดมาให้ผู้ป่วย

5.2 พยาบาลอาจใช้การสังเกตในการติดตามประเมินหลังให้ยาแก้ปวดซึ่งผู้ป่วยอาจไม่รับรู้เนื่องจากหลับไปหลังได้รับยาแก้ปวดไปแล้ว

5.3 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดชนิดไม่เสพติดและชนิดเสพติด ในส่วนที่ได้รับยาแก้ปวดชนิดไม่เสพติดซึ่งในกลุ่มยาที่ได้รับมากที่สุด คือ พาราเซตามอล เป็นยาที่ได้รับความนิยมใช้มากที่สุดและฤทธิ์ข้างเคียงน้อย (สุรศักดิ์, 2531) หรือถึงแม้ใช้ยาแก้ปวดชนิดเสพติดการติดตามประเมินผลข้างเคียงของยาอาศัยการสังเกต การตรวจวัดสัญญาณชีพ ซึ่งผู้ป่วยอาจไม่รับรู้ว่าพยาบาลได้ติดตามในส่วนนี้ก็ได้

โดยภาพรวมเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ว่าพยาบาลได้ปฏิบัติพฤติกรรม ดังที่กล่าวมาแล้ว อาจเป็นเพราะพยาบาลส่วนใหญ่อาจจะไม่ปฏิบัติ หรือพฤติกรรมที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยนั้นผู้ป่วยไม่ทราบ หรือไม่สามารถสังเกตเห็นได้เพราะพยาบาลไม่ได้มีการสื่อสารให้ผู้ป่วยทราบ ถ้าพยาบาลมีการสื่อสารที่ดีก็สามารถทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าพยาบาลได้ปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้น เพราะการสื่อสารเป็นสิ่งที่ช่วยทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลตรงกัน ซึ่งช่วยทำให้การประเมินความปวดและการติดตามประเมินผลไปสู่เป้าหมายที่พยาบาลต้องการ ดังเช่นที่คิง (King, 1981) ได้กล่าวว่าการติดต่อสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลทำให้เกิดความพึงพอใจสูงขึ้น

1.2 **การรับรู้ของพยาบาลต่อพฤติกรรมการประเมินความปวดและการติดตามประเมินผล** มีค่าเฉลี่ย 14.21 (จากคะแนน 18: ตาราง 14) เนื่องมาจาก

1.2.1 พยาบาลอาจมีความรู้เกี่ยวกับการประเมินความปวดสูง ดังเช่นการศึกษาของนารี (2543) ที่ศึกษาการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 53 ราย เกี่ยวกับการประเมินความปวดในผู้ป่วยศัลยกรรมภายหลังผ่าตัด พบว่า พยาบาลร้อยละ 54.8 มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการประเมินความปวดอยู่ในระดับดี โดยการให้ความสนใจซักถามและประเมินความปวดทันทีที่ผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด อย่างไรก็ตามการศึกษาของนารีและการศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้มีลักษณะเหมือนกัน คือให้

พยาบาลเป็นผู้ประเมินตนเองคะแนนที่ได้จึงออกมาค่อนข้างสูงหรือค่อนไปทางดี ควรมีการศึกษาโดยการสังเกตในสถานการณ์จริงว่า พยาบาลได้ปฏิบัติพฤติกรรมการประเมินความปวดจริงๆ มากน้อยเพียงใด และในอนาคตเมื่อมีการนำเอาแบบประเมินความปวดที่ครอบคลุมมาใช้ก็ควรมีการติดตามประเมินผลจากการบันทึกเอกสารเหล่านี้ (chart audit) ร่วมด้วย

1.2.2 การรับรู้ของพยาบาลในการกระทำของตนเองเป็นความรับผิดชอบในวิชาชีพ การไม่ปฏิบัติถือว่าเป็นความบกพร่องต่อหน้าที่รับผิดชอบ ส่วนความสมบูรณ์อาจจะน้อย ดังจะเห็นได้จากข้อมูลที่สอบถามเพิ่มเติมถึงความถี่ของการปฏิบัติในบางพฤติกรรม พบว่าจำนวนครั้งที่พยาบาลปฏิบัติจะกระจายตั้งแต่ปฏิบัตินานๆ ครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง โดยมีจำนวนสูงสุดของพฤติกรรมที่ทำทุกครั้งเพียงร้อยละ 58.7 (ตาราง 9) สำหรับรายละเอียดอื่นๆ จะอภิปรายเพิ่มเติมในส่วนที่ 3

2. การรับรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวด

2.1 **การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการจัดการกับความปวดของพยาบาล** มีคะแนนเฉลี่ย 5.65 (จากคะแนนเต็ม 18: ตาราง 12) ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าพยาบาลได้ปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการจัดการกับความปวดน้อย อาจเนื่องมาจาก

2.1.1 พยาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้นจริงตามที่ผู้ป่วยบอก

2.1.2 พยาบาลปฏิบัติแต่ผู้ป่วยไม่ได้รับรู้ว่าเป็นกิจกรรมที่ทำเพื่อช่วยบรรเทาความปวด

2.1.3 พยาบาลปฏิบัติแต่ผู้ป่วยไม่รับรู้เลยเพราะพยาบาลไม่ได้ชี้แจงหรือสื่อสารให้ผู้ป่วยทราบ

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของคำถามการวิจัย อภิปรายจากจำนวนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการประเมินความปวดและการติดตามประเมินผล ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ จำนวนการรับรู้มาก จำนวนการรับรู้ค่อนข้างมาก จำนวนการรับรู้ค่อนข้างน้อย และจำนวนการรับรู้น้อย ดังนี้

1. พฤติกรรมที่ผู้ป่วยจำนวนค่อนข้างมากที่รับรู้ว่าพยาบาลปฏิบัติ พบว่า มี 5 พฤติกรรม (ตาราง 7) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลให้ความช่วยเหลือทั่วๆ ไป เช่น ความสะดวกสบาย การช่วยเหลือเมื่อมีความต้องการ การนอนหลับ การดูแลท่อระบาย และการให้ยาแก้ปวดเมื่อผู้ป่วยต้องการ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เป็นสิ่งที่พยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัด และยึดถือเป็นแนวปฏิบัติกันอยู่แล้ว ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด พยาบาลเพื่อช่วยบรรเทาความปวด และการให้ยาแก้ปวดของพยาบาลเมื่อผู้ป่วยบอกว่าปวด (นิโรบล และสมพร, 2540: ประณีต, 2542) การศึกษาของนิโรบล (2535) สนับสนุนว่าพยาบาลได้ปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้จริง คือเมื่อศึกษาเรื่องการบรรเทาความปวดโดยผู้ป่วย แพทย์ และเจ้าหน้าที่พยาบาล พบว่า วิธีบรรเทาความปวดที่เจ้าหน้าที่พยาบาลใช้มากที่สุดมี 6 วิธี คือ (1) พยาบาลให้ความช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ ระหว่างที่มีความปวด (2) พยาบาลมีการแนะนำให้ผู้ป่วยพลิกตัว ลุกนั่ง และไม่ควรนอนนานเกินไป (3) พยาบาลมีการดูแลความสุขสบาย

(4) พยาบาลให้ความสนใจเอาใจใส่ในอาการปวด (5) พยาบาลให้ยาแก้ปวดเมื่อผู้ป่วยบอกว่ามีความปวด และ (6) พยาบาลแสดงความสนใจและเห็นใจกับผู้ป่วยที่มีความปวด

2. พฤติกรรมที่ผู้ป่วยจำนวนน้อยถึงค่อนข้างน้อยรับรู้ว่าพยาบาลได้ปฏิบัติ เป็นพฤติกรรมการจัดการกับความปวดที่เกี่ยวข้องกับการสอน/การให้คำแนะนำผู้ป่วย ซึ่งบ่งชี้ว่าพยาบาลอาจมีการสอนและให้คำแนะนำผู้ป่วยน้อยไป เช่น การอธิบายเกี่ยวกับความปวดที่เกิดขึ้น การสอนวิธีบรรเทาความปวด การให้คำแนะนำเรื่องยาแก้ปวด การให้คำแนะนำเรื่องการประเมินและรายงานความปวด การสอนเทคนิคการผ่อนคลาย เป็นต้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ (1) พยาบาลเองมีข้อจำกัดในด้านความรู้ที่ตนมีอยู่ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าพยาบาลมีประสบการณ์ในการอบรมในเรื่องที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดในระหว่างปฏิบัติน้อย (ร้อยละ 33.3) (2) พยาบาลไม่ได้ให้ความสำคัญกับสิ่งเหล่านี้ ซึ่งการศึกษาของบราวน์ (Brown, 1999) สนับสนุนในเรื่องของทัศนคติของพยาบาล โดยศึกษาเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติของพยาบาลจำนวน 1,000 ราย เกี่ยวกับการจัดการกับความปวด พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 54.7 เชื่อว่าการให้การดูแลอื่นๆ ที่ไม่ใช้ยาจะมีประสิทธิภาพสำหรับการควบคุมความปวดระดับต่ำถึงปานกลาง แต่เกือบจะไม่ช่วยสำหรับความปวดระดับรุนแรง ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่เป็นการศึกษาการจัดการกับความปวดชนิดเฉียบพลันที่มีความปวดระดับรุนแรง หรือ (3) พยาบาลมีภาระงานอื่นมาก ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

นอกจากนี้พฤติกรรมที่ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่สามารถประเมินได้ว่าพยาบาลได้ปฏิบัติหรือไม่ 3 พฤติกรรม คือ (1) การให้ยาแก้ปวดตามเวลาที่แพทย์กำหนด (ร้อยละ 33.3) (2) การให้ยาแก้ปวดเมื่อผู้ป่วยบอกว่าปวด (ร้อยละ 58.7) และ (3) การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อบรรเทาความปวดให้ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ (ร้อยละ 1.6) ซึ่งพฤติกรรมดังที่กล่าวมาแล้วนี้ อาจจะมาจากพยาบาลได้ปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวแล้วแต่ไม่ได้สื่อสารให้ผู้ป่วยทราบ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับรู้ว่าพยาบาลปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้น เพราะตามหลักของทฤษฎีบรรลุเป้าประสงค์ของคิง (King, 1981) ได้กล่าวไว้ว่า การรับรู้ และการติดต่อสื่อสาร จะมีผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์ ซึ่งจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของการดูแลและการจัดการกับความปวดดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

2.2 **การรับรู้ของพยาบาลต่อพฤติกรรมการจัดการกับความปวด** มีค่าเฉลี่ย 17.03 (จากคะแนน 18: ตาราง 14) นั่นคือพยาบาลส่วนใหญ่รับรู้ว่าตนได้ปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการกับความปวดแล้ว ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเหตุผลสำคัญที่กล่าวมาแล้ว คือ ลักษณะของการได้มาของข้อมูลเป็น "การรับรู้"ของผู้ปฏิบัติ ที่รายงานว่าตนได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ แล้ว เมื่อพิจารณาในรายข้อ พบว่าพยาบาลจำนวนมากกว่าร้อยละ 61.9 ขึ้นไป รับรู้ว่าตนได้ปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการกับความปวด (ตาราง 10) ข้อที่มีความถี่ต่ำสุด คือ พฤติกรรมการสอน/ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการประเมินความปวดและการรายงานความปวด (ร้อยละ 61.9) ลำดับถัดไป คือ การชวนผู้ป่วยพูดคุยเพื่อลดความปวด

(ร้อยละ 71.4) ทั้ง 2 พฤติกรรมนี้เป็นสิ่งที่ต้องใช้เวลา จึงทำให้พยาบาลส่วนหนึ่งรายงานว่าตนเองไม่ได้ปฏิบัติพฤติกรรม ดังกล่าว นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิดเพิ่มเติมถึงเหตุผลที่พยาบาลไม่ปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว พยาบาลจำนวน 10 รายให้เหตุผลว่า "ไม่มีเวลาว่างเพียงพอ ภาระงานที่เร่งด่วนมีมาก ผู้ป่วยแต่ละรายใช้เวลาในการคุย 10-15 นาที" และอีก 8 รายให้เหตุผลว่า "ต้องการให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ" ซึ่งจากการสังเกต พบว่า พยาบาลมีปริมาณงานที่เร่งด่วนและจำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแลมีจำนวนมาก จึงไม่สามารถชวนผู้ป่วยพูดคุยเพื่อลดปวด ซึ่งแม็คแคฟเฟอรี่ (McCaffery, 1979) กล่าวว่าพยาบาลมักไม่นิยมใช้วิธีการบรรเทาความปวดโดยใช้การเบี่ยงเบนความสนใจ เนื่องจากกิจกรรมเหล่านี้พยาบาลต้องมีความรู้และความเข้าใจที่จะสอน แนะนำ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติ อีกทั้งต้องใช้เวลาพอสมควรในการสอน การฝึกปฏิบัติ และการปฏิบัติจริง ทำให้พยาบาลบางส่วนไม่เชื่อในหลักการของวิธีการเหล่านี้ว่าจะช่วยบรรเทาความปวดให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง และอาจเนื่องมาจากพยาบาลมีการสอน อธิบาย และแนะนำในเรื่องข้อปฏิบัติต่างๆ หลังผ่าตัดน้อย ดังเช่นการศึกษาของวัตต์-วัตสันและคณะ (Watt-Watson et al., 2000) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบในการบริหารจัดการกับความปวดในการดูแลแบบเฉียบพลันในผู้ป่วยที่ผ่าตัดหัวใจและพยาบาลจำนวน 80 คู่ พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการอธิบายเพียงร้อยละ 3 ในผู้ป่วยที่มีระดับความปวดรุนแรงหรือมีความรู้ในการดูแลและการจัดการกับความปวดให้กับผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดไม่เพียงพอ ประกอบกับพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการศึกษา/อบรมน้อย (ร้อยละ 20.6) เช่นเดียวกับการศึกษาของ บราวน์ (Brown, 1999) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติของพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการกับความปวด จำนวน 1,000 ราย พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.6 มีความรู้และความเชื่อไม่เพียงพอเกี่ยวกับเรื่องทฤษฎีของความปวดและการปฏิบัติ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมที่พบว่า กลุ่ม 1 เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดชนิดไม่เสพติด และกลุ่ม 2 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดชนิดเสพติด ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของการรับรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวด (ตาราง 12 และ 13) ทำให้สามารถบอกได้ว่าการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวดทั้ง 2 ด้าน

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกับการรับรู้ของพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวด

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลพบว่าคะแนนการรับรู้ของพยาบาลสูงกว่าคะแนนการรับรู้ของผู้ป่วยซึ่งพฤติกรรมทั้ง 2 ด้าน คือ พฤติกรรมการประเมินความปวดและการติดตามประเมินผลและพฤติกรรมการจัดการกับความปวด รวมทั้งคะแนนรวมของพฤติกรรม

การดูแลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตาราง 14) ซึ่งในการรับรู้ที่แตกต่างกันของพยาบาลและผู้ป่วยอาจจะเป็นผลเนื่องมาจาก

3.1 พยาบาลปฏิบัติแต่ผู้ป่วยไม่ได้รับรู้ว่าปฏิบัติ อาจเนื่องมาจากพยาบาลมีการสื่อสาร/อธิบายถึงรายละเอียดของพฤติกรรมเหล่านั้นไม่เพียงพอทำให้ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลและการจัดการกับความปวด เพราะถ้าพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและมีการสื่อสารที่เพียงพอก็น่าจะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ดีตามมาด้วย ดังคำกล่าวของคิง (King, 1981) ที่ว่า การปฏิสัมพันธ์ คือ กระบวนการที่บุคคลตั้งแต่สองคนมาติดต่อสื่อสารกันทั้งแบบใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด ในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลนั้น ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยต่างมีการรับรู้ การตัดสินใจ และการกระทำเป็นของตนเอง ดังเช่น การศึกษาของสังวาลย์ (2532) ที่สนับสนุนเรื่องการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล โดยการศึกษาเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างของการรับรู้ความปวดกับผลการควบคุมความปวดหลังผ่าตัดระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลจำนวน 44 คู่ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) เพราะการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลต่อผลการควบคุมความปวดส่วนมากอยู่ในระดับปานกลางและระดับดี อย่างไรก็ตามการศึกษาของสังวาลย์และการศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้มีลักษณะเหมือนกันคือให้พยาบาลและผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์ที่เหมือนกันแต่ไม่ได้จับคู่ระหว่างพยาบาลผู้ดูแลกับผู้ป่วย แต่ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษาภาพรวมของพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวด

3.2 พยาบาลปฏิบัติแต่ไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้ป่วย อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยไม่ต้องการ สิ่งที่พยาบาลปฏิบัติในเรื่องของการให้ยาแก้ปวดเพราะกลัวผลข้างเคียงของยาแก้ปวดแต่ในแบบสัมภาษณ์เป็นการถามถึงพฤติกรรมที่พยาบาลต้องปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีความปวด เช่น การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยอาจจะต้องการ เพราะคิดว่าความปวดอาจจะลดลงและหายไป ดังเช่นการศึกษาของปราณี (2536) ในเรื่องของผลการให้ข้อมูลตามความต้องการของผู้ป่วยต่อการลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดภายใน 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าการให้ข้อมูลตามความต้องการจะช่วยลดระดับความรู้สึกปวดและลดจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัด

3.3 พยาบาลปฏิบัติแต่เนื่องมาจากแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีเพียงบางข้อเท่านั้นที่ได้ถามถึงระดับของพฤติกรรมว่าได้ปฏิบัติมากน้อยเพียงใด แต่คะแนนส่วนที่นำมาวิเคราะห์ค่าความแตกต่างกันของการรับรู้เป็นคะแนนที่ได้มาจากคำตอบ 0 หรือ 1 หรือไม่รับรู้ต่อพฤติกรรมนั้น จึงอาจเป็นไปได้ที่พยาบาลรับรู้ว่าตนได้ปฏิบัติแล้วแต่อาจปฏิบัติน้อย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ว่าพยาบาลได้ปฏิบัติ

3.4 พยาบาลไม่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้นตามการรับรู้ของผู้ป่วย ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

นอกจากนี้อาจเป็นไปได้ว่าแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการวัดการรับรู้ของพยาบาลต่อพฤติกรรมการพยาบาลในการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยทั่วไปที่ไม่ได้เน้นเฉพาะผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องทำให้พยาบาลอาจจะรับรู้ว่าได้ปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้นมาก ในขณะที่ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้ป่วยที่ผ่าตัดช่องท้อง จึงเป็นไปได้ที่พยาบาลอาจตอบแบบสัมภาษณ์โดยคำนึงการดูแลหลังผ่าตัดทั่วๆ ไป แต่ไม่ได้ปฏิบัติจริงเมื่อดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่ผ่าตัดช่องท้อง

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของแต่ละพฤติกรรม พบว่า ส่วนใหญ่ของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยและพยาบาลรับรู้ในเรื่องของการประเมินความปวดและการติดตามประเมินผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ .001 (ตาราง 15) ยกเว้นพฤติกรรมการประเมินความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะ 24-48 ชั่วโมง ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และอีก 2 พฤติกรรม คือการประเมินความปวดโดยการสังเกตและการประเมินความปวดโดยการสอบถามที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยรับรู้ว่าพยาบาลได้ดูแลโดยการสอบถามในระยะหลังผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าพยาบาลได้ปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้น แต่พยาบาลอาจจะรับรู้ว่าเป็นหน้าที่รับผิดชอบที่ต้องดูแลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดและในส่วนของพฤติกรรมการจัดการกับความปวด พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ยกเว้น พฤติกรรมการดูแลในเรื่องความสะดวกสบายหลังผ่าตัด ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 (ตาราง 16) อาจเนื่องมาจากพยาบาลรับรู้ว่าเป็นหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยแต่ในการปฏิบัติจริงพยาบาลอาจจะไม่ได้ปฏิบัติเหมือนที่ผู้ป่วย รับรู้และพยาบาลคิดว่าได้ปฏิบัติแล้วแต่อาจจะไม่ครอบคลุมเพราะพยาบาลมีการสื่อสารไม่เพียงพอกับผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ว่าพยาบาลได้ปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว ดังเช่นการศึกษาของวัตต์-วัตสันและคณะ (Watt-Watson et al., 2000) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ความสำคัญของพยาบาลและผู้ป่วยจำนวน 80 คู่ ถึงผลกระทบในการจัดการกับผู้ป่วยที่มีความปวดแบบเฉียบพลัน พบว่าการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยที่แตกต่างกันมาจากปัจจัยในเรื่องของการสื่อสารและการปฏิสัมพันธ์เพราะถ้าพยาบาลมีการรับรู้ที่ตรงกับผู้ป่วยย่อมทำให้สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวดและการศึกษาของเจมิสันและคณะ (Jamison et al., 1997) ที่ศึกษาผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก จำนวน 119 ราย พบว่าผู้ป่วยมีระดับความปวดที่ต่ำเนื่องมาจากมีความพึงพอใจมากที่พยาบาลแสดงความห่วงใยในเรื่องของความปวด ทั้งนี้จากผลของงานวิจัยทั้ง 2 ครั้งสนับสนุนเกี่ยวกับเรื่องของการมีปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารที่ดี