

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงการรับรู้ความสามารถ การปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถ การปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง และความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ในจังหวัดสงขลา ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม อายุรกรรม นรีเวชกรรม หูคอจมูก หออภิบาลผู้ป่วยหนัก และแผนกพิเศษ เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ. 2546 เก็บรวบรวมข้อมูลโดย 1) ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 131 คน 2) สัมภาษณ์เชิงกึ่งโครงสร้าง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน (จากกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม) ลักษณะของข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมีจำนวนของข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ (missing data) แบบกระจายไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน จำนวนร้อยละ 0.8-1.5 ดังนั้นในการนำเสนอข้อมูลในบางตัวแปรจำนวนตัวอย่างจึงไม่เท่ากัน ตั้งแต่ 129-131 คน

4.1 ผลการวิจัย นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย แบ่งเป็น 11 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ ต่อวิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา

ส่วนที่ 4 ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ กับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา กับการรับรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา กับการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ประสบการณ์การทำงาน กับการรับรู้ความสามารถ การปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง และความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถ ได้แก่ การเห็นแบบอย่างผู้อื่นประสบผลสำเร็จ การมีประสบการณ์ในการปฏิบัติ การประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติ การได้รับการชักจูงหรือบอกกล่าว กับการรับรู้ความสามารถต่อการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 10 ความแตกต่างของการรับรู้ความสามารถ และการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา ระหว่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแต่ละหอผู้ป่วย

ส่วนที่ 11 ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงกึ่งโครงสร้าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา แผนกที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ ความสนใจ การได้รับความรู้ การปฏิบัติ และความรู้สึกรู้สึกต่อวิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา รวมทั้งการสนับสนุนในการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา ลักษณะทั่วไปพบว่า เกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง คือร้อยละ 98.5 มีช่วงอายุระหว่าง 31-40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48 อายุเฉลี่ย 32 ปี (S.D. 5.36) การศึกษาสูงสุด ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 94.7 ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกศัลยกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.4 รองลงมาคือ อายุรกรรม ร้อยละ 24.4 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในช่วง 1-5 ปีมากที่สุดร้อยละ 42.7 เฉลี่ย 7.28 ปี (S.D. 4.64) มีประสบการณ์การทำงาน ในช่วง 6-10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.6 เฉลี่ย 9.35 ปี (S.D. 5.39) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสนใจต่อการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 53.1 และสนใจมาก ร้อยละ 38.5 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.1 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา ซึ่งแหล่งที่มาของความรู้ของแต่ละคน ส่วนใหญ่ได้มาจากตำราและหลักสูตรในสถาบันการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 63.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.4 ไม่เคยเห็นแบบอย่างผู้อื่นประสบผลสำเร็จในการใช้วิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา จากการถามในภาพรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่เคยปฏิบัติวิธีบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา ร้อยละ 24.4 เคยปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา ร้อยละ 75.6 ในกลุ่มผู้ที่เคยปฏิบัติพบว่า ร้อยละ 83.84 ประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาเป็นบางครั้ง ร้อยละ 16.2 ไม่เคยประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาเลย ร้อยละ 64.3 เคยได้รับการบอกกล่าว

ว่า “สามารถที่จะใช้วิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาได้ดี” ร้อยละ 67.2 บอกว่ารู้สึกสนใจที่จะเรียนรู้การบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา และร้อยละ 50.4 รู้สึกว่าไม่แน่ใจว่าจะใช้ได้ผล มีเพียงร้อยละ 23.7 ที่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับวิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา จากจำนวนผู้ที่เคยผ่านการอบรม พบว่า ร้อยละ 60 ได้รับการอบรมจากที่ทางโรงพยาบาลจัดขึ้น ร้อยละ 91.5 ไม่มีคู่มือหรือเอกสารการปฏิบัติงานเกี่ยวกับวิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาในหอผู้ป่วย ร้อยละ 70 ไม่มีอุปกรณ์ที่เอื้ออำนวยต่อการใช้วิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาเพื่อบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วย ร้อยละ 61.5 สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานอยู่ไม่เอื้ออำนวยต่อการใช้วิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา เมื่อถามถึงหน่วยงานที่รับผิดชอบส่วนนี้โดยตรง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบว่าไม่มีหน่วยงานรองรับ ร้อยละ 31.8 และร้อยละ 36.4 ไม่ทราบว่าในโรงพยาบาลมีหน่วยงานดังกล่าวหรือไม่ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา แผนกที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ ความสนใจ การได้รับความรู้ การปฏิบัติ และความรู้สึกต่อวิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา รวมทั้งการสนับสนุนในการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ (n=131)		
ชาย	2	1.5
หญิง	129	98.5
2. อายุ (n=131)		
21-30 ปี	61	46.6
31-40 ปี	63	48.0
41-50 ปี	7	5.4
ค่าเฉลี่ย	32.00	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	5.36	
3. ระดับการศึกษาสูงสุด (n=131)		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	124	94.7
ปริญญาโท	7	5.3

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
4. แผนกที่ปฏิบัติงาน (n=131)		
พิเศษ	19	14.5
หู คอ จมูก	6	4.6
ศัลยกรรม	45	34.4
อายุรกรรม	32	24.4
นรีเวชกรรม	13	9.9
หออภิบาลผู้ป่วยหนัก	16	12.2
5. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (n=131)		
1-5 ปี	56	42.7
6-10 ปี	51	39.1
11-15 ปี	15	11.3
16-20 ปี	8	6.1
มากกว่า 20 ปี	1	0.8
ค่าเฉลี่ย	7.28	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.64	
6. ประสบการณ์ในการทำงาน (n=131)		
1-5 ปี	40	30.5
6-10 ปี	44	33.6
11-15 ปี	23	17.6
16-20 ปี	21	16.0
มากกว่า 20 ปี	3	2.3
ค่าเฉลี่ย	9.35	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	5.39	
7. ความสนใจต่อการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา (n=130)		
ไม่สนใจ	1	0.8
สนใจน้อย	10	7.7
สนใจปานกลาง	69	53.1
สนใจมาก	50	38.5

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
8. การได้รับความรู้เกี่ยวกับการบรรเทาความปวด ที่ไม่ใช่ยา (n=131)		
ไม่เคย	13	9.9
เคย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	118	90.1
ตำราและหลักสูตรในสถาบันการศึกษา	83	63.4
วารสารทางการแพทย์	67	51.1
ตำราและวารสารทางวิชาการอื่นๆ งานวิจัย วิทยานิพนธ์	62	47.3
การอบรม ประชุม สัมมนาทางวิชาการ	51	38.9
คำแนะนำจากผู้มีความรู้และประสบการณ์ เช่น พยาบาล แพทย์ นักกายภาพบำบัด เป็นต้น	71	54.2
หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วารสาร หรือหนังสือ อื่นๆ ที่มีใช้ตำราทางวิชาการ	45	34.4
สื่อทางวิทยุ โทรทัศน์ หรืออินเทอร์เน็ตต่างๆ	48	36.6
9. การเคยเห็นแบบอย่างผู้อื่นประสบความสำเร็จในการ ใช้วิธีที่ไม่ใช่ยาเพื่อบรรเทาความปวด (n=131)		
ไม่เคย	70	53.4
เคย	61	46.6
10. การปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา (n=131)		
ไม่เคย	32	24.4
เคย	99	75.6
ไม่เคยประสบความสำเร็จ	16	16.2
ประสบความสำเร็จบางครั้ง	83	83.8
11. เคยได้รับการบอกกล่าวว่า “สามารถที่จะใช้วิธีการ บรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาได้ดี” (n=129)		
ไม่เคย	46	35.7
เคย	83	64.3

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
12. ความรู้สึกต่อการใช้วิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ n=130)		
ไม่เชื่อวิธีการนี้	0	0.0
ไม่แน่ใจว่าจะใช้ได้ผล	66	50.4
ไม่มั่นใจในตนเองต่อการใช้	35	26.7
ไม่เคยรู้ว่ามียวิธีการนี้	2	1.5
ไม่มีความรู้ในการปฏิบัติ	36	27.5
สนใจที่จะเรียนรู้	88	67.2
รู้แต่ไม่มีเวลาในการปฏิบัติ ผู้ป่วยมากเกินไป	3	2.3
มั่นใจว่าสามารถบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาได้	1	0.8
13. การอบรมเกี่ยวกับวิธีบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา (n=131)		
ไม่เคย	100	76.3
เคย	31	23.7
การอบรมที่ทางโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่จัดขึ้น	18	58.1
การอบรมที่หน่วยงานอื่นจัดขึ้น	11	35.5
ทั้ง 2 หน่วยงานจัดขึ้น	1	3.2
ไม่ตอบ	1	3.2
14. ในหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานอยู่มีคู่มือ/เอกสารเกี่ยวกับวิธีการบรรเทา ความปวดที่ไม่ใช่ยา (n=130)		
ไม่มี	119	91.5
มี	11	8.5
15. หอผู้ป่วยมีอุปกรณ์เื้อต่อการใช้ในการบรรเทาปวดที่ไม่ใช่ยา (n=130)		
ไม่มี	91	70.0
มี	39	30.0
16. สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยเอื้ออำนวยต่อการใช้วิธีการบรรเทา ความปวดที่ไม่ใช่ยา (n=130)		
ไม่เอื้ออำนวย	80	61.5
เอื้ออำนวย	50	38.5

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
17. หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดโดยวิธีการที่ไม่ใช่ยา ในโรงพยาบาล (n=129)		
ไม่มี	41	31.8
มี	41	31.8
ไม่ทราบ	47	36.4

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพต่อวิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา

การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติวิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา จากตารางที่ 2 พบว่า โดยภาพรวม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาได้ในระดับปานกลาง โดยมีความมั่นใจสูงสุดว่าสามารถปฏิบัติโดยการใช้ความร้อน/ความเย็นได้ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.31$, S.D.=0.84) รองลงมาคือ มั่นใจว่าสามารถให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการผ่อนคลายได้ในระดับปานกลางเช่นกัน ($\bar{X}=2.08$, S.D.=0.93) และมีความมั่นใจในการปฏิบัติโดยใช้การจินตภาพและสัมผัสบำบัดน้อยที่สุด โดยมีความมั่นใจในระดับต่ำ ($\bar{X}=1.21$, 1.22 และ S.D.=0.91, 1.02 ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อ
บรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา จำแนกตามวิธีการต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง

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

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา

การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา จากตารางที่ 3 พบว่า โดยภาพรวม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในระดับปานกลาง โดยมีการปฏิบัติสูงสุดโดยใช้ความร้อน/ความเย็นในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.99$, S.D.=0.98) รองลงมาคือ การสัมผัสซึ่งมีการปฏิบัติในระดับปานกลางเช่นกัน ($\bar{X}=1.96$, S.D.=1.20) และวิธีที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติน้อยที่สุดคือสัมผัสบำบัดและการจินตภาพ โดยมีการปฏิบัติในระดับต่ำ ($\bar{X}=0.60$, 0.63 และ S.D.=1.01, 0.87 ตามลำดับ)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา
จำแนกตามวิธีการต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง

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

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา

จากการศึกษาพบว่า ระดับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา เมื่อพิจารณาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาโดยรวม ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประเมินจากค่าคะแนนเต็ม 53 คะแนน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 67.9 มีความรู้ในระดับปานกลางและมีทัศนคติในทางที่เป็นกลาง รองลงมา ร้อยละ 21.4 มีความรู้ในระดับสูงและมีทัศนคติในทางบวก และร้อยละ 10.7 มีความรู้ในระดับต่ำ และมีทัศนคติในทางลบ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปลอดภัย
ในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปลอดภัยโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา

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

และจากตารางที่ 4 เมื่อพิจารณาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปลอดภัยในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปลอดภัยโดยวิธีที่ไม่ใช่ยารายหมวดของหมวดที่ 1 ความรู้และทัศนคติโดยทั่วไปเกี่ยวกับ

ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา ซึ่งประเมินจากค่าคะแนนเต็ม 21 คะแนน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 69.5 มีความรู้ในระดับปานกลางและมีทัศนคติในทางที่เป็นกลาง รองลงมา ร้อยละ 16.0 มีความรู้ในระดับต่ำและมีทัศนคติในทางลบ และร้อยละ 14.5 มีความรู้ในระดับสูงและมีทัศนคติในทางบวก และเมื่อพิจารณาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยารายหมวดของหมวดที่ 2 ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับวิธีบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาแต่ละวิธี ซึ่งประเมินจากคะแนนเต็ม 32 คะแนน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 68.7 มีความรู้ในระดับปานกลางและมีทัศนคติในทางที่เป็นกลาง รองลงมา ร้อยละ 17.6 มีความรู้ในระดับต่ำและมีทัศนคติในทางลบ และร้อยละ 13.7 มีความรู้ในระดับสูงและมีทัศนคติในทางบวก

เมื่อพิจารณาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยารายข้อ จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.7-99.2) มีความรู้สูงและมีทัศนคติในทางบวกในเรื่องต่อไปนี้ เป็น 5 อันดับแรก คือ การทำสมาธิช่วยให้จิตใจสงบ ลดสิ่งกระตุ้นทางอารมณ์และเพิ่มระดับความอดทนต่อความปวดได้มากขึ้น (ร้อยละ 99.2) การนวดช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อและอาการปวดเมื่อยเพราะการนวดช่วยให้การไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะต่างๆ ดีขึ้น (ร้อยละ 98.5) การทำสมาธิมีผลต่อการหลับเอ็นดอร์ฟิน (ร้อยละ 98.5) หากผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงหรือทำทางที่บ่งบอกว่าปวด แสดงว่าผู้ป่วยไม่มีความปวด (ร้อยละ 97.7) การใช้วิธีการบรรเทาปวดที่ไม่ใช่ยาให้มีประสิทธิภาพต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติ (ร้อยละ 97.7) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ต่ำและมีทัศนคติในทางลบในเรื่องต่อไปนี้ เป็น 5 อันดับแรก คือ วิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา เป็นกิจกรรมที่ต้องใช้เวลาในการปฏิบัติมากทั้งในด้านการฝึกปฏิบัติและการปฏิบัติ (ร้อยละ 7.6) ผู้ที่จะใช้การผ่อนคลายเพื่อบรรเทาความปวดต้องผ่านการฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 11.5) เทคนิคการผ่อนคลายส่วนใหญ่ช่วยบรรเทาความปวดได้ โดยทำให้กล้ามเนื้อเฉพาะบริเวณที่ปวดคลายตัว (ร้อยละ 21.4) ผู้ป่วยที่มีความปวดรุนแรงจะต้องตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ (ร้อยละ 24.4) ผู้ที่สามารถใช้สมาธิเพื่อบรรเทาความปวดได้ต้องเป็นผู้ที่เคยผ่านการฝึกปฏิบัติ/เจริญสติมาอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 29.8)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูก 5 อันดับแรก และ 5 อันดับสุดท้าย ของคะแนนความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา จำแนกเป็นรายชื่อ

อันดับ	ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา	\bar{X}	S.D.	ตอบถูก (ร้อยละ)
5 อันดับแรกที่ตอบถูก				
1	การทำสมาธิช่วยให้จิตใจสงบ ลดสิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ และเพิ่มระดับความอดทนต่อความปวดได้มากขึ้น	0.99	0.09	99.2
2	การนวดช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อและอาการปวดเมื่อย เพราะการนวดช่วยให้การไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะต่างๆ ดีขึ้น	0.98	0.12	98.5
3	การทำสมาธิมีผลต่อการหลั่งเอ็นดอร์ฟิน	0.98	0.12	98.5
4	หากผู้ป่วยไม่มีอาการแสดง หรือทำทางที่บ่งบอกว่าปวดแสดงว่าผู้ป่วยไม่มีความปวด	0.98	0.15	97.7
5	การใช้วิธีการบรรเทาปวดที่ไม่ใช่ยาให้มีประสิทธิภาพ ต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติ	0.98	0.15	97.7
5 อันดับสุดท้ายที่ตอบถูก				
1	วิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา เป็นกิจกรรมที่ต้องใช้เวลาในการปฏิบัติมาก ทั้งในด้านการฝึกปฏิบัติและการปฏิบัติ	0.08	0.27	7.6
2	ผู้ที่จะใช้การผ่อนคลายเพื่อบรรเทาความปวด ต้องผ่านการฝึกฝนมาอย่างสม่ำเสมอ	0.12	0.32	11.5
3	เทคนิคการผ่อนคลายส่วนใหญ่ช่วยบรรเทาความปวดได้ โดยทำให้กล้ามเนื้อเฉพาะบริเวณที่ปวดคลายตัว	0.21	0.41	21.4
4	ผู้ป่วยที่มีความปวดรุนแรง จะต้องตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ	0.24	0.43	24.4
5	ผู้ที่สามารถใช้สมาธิเพื่อบรรเทาความปวดได้ต้องเป็นผู้ที่เคยผ่านการฝึกปฏิบัติ/เจริญสติ มาอย่างสม่ำเสมอ	0.30	0.46	29.8

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ กับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง

จากการศึกษา พบว่า การรับรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพกับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาทุกหมวด มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำถึงปานกลาง ($r = .39$ ถึง $.66$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถ กับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา จำแนกตามวิธีการต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง

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

** $P < 0.01$

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา กับการรับรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ

จากการศึกษาพบว่า ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแต่ละวิธีมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมากกับการรับรู้ความสามารถต่อการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดแต่ละวิธี ($r = -.12$ ถึง $.15$) และเมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง
และการบรรเทาความปวด โดยวิธีที่ไม่ใช่ยา กับการรับรู้ความสามารถของกลุ่มตัวอย่าง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับการรับรู้ความสามารถ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
1. ความรู้และทัศนคติโดยทั่วไปเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง และการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา กับการรับรู้ความ สามารถในการปฏิบัติโดยทั่วไป	.09
2. การเบี่ยงเบนความสนใจ	.06
3. การผ่อนคลาย	.15
4. การใช้ความร้อน/ความเย็น	-.12
5. คนตรีบำบัด	.04
6. การนวด	-.08
7. สมารี	.03
8. การจินตภาพ	.14
9. การสัมผัส	.11
10. สัมผัสบำบัด	.11

ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทา
ความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา กับการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ

จากการศึกษาพบว่า ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทา
ความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแต่ละวิธีมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมากกับการปฏิบัติเพื่อบรรเทา
ความปวดแต่ละวิธี ($r = -.08$ ถึง $.13$) และเมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้น
ความรู้และทัศนคติกับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยการผ่อนคลายมีความสัมพันธ์กันทางบวก
ในระดับต่ำ ($r = .18$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง และการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา กับการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง

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

* $P < 0.05$

ส่วนที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ประสบการณ์การทำงาน กับการรับรู้ความสามารถ การปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง และความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวด โดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของ พยาบาลวิชาชีพ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ประสบการณ์การทำงาน กับการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแต่ละวิธี พบว่า ในภาพรวม อายุ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และประสบการณ์ในการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความสามารถต่อการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแต่ละวิธีในระดับต่ำถึงต่ำมาก ($r = -.28$ ถึง $-.02$) ดังตารางที่ 9 โดยพบว่าบางคู่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

อายุกับการรับรู้ความสามารถต่อการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยการใช้คนตรีบำบัด การนวด สมาธิบำบัด การจินตภาพ และสัมผัสบำบัด มีความสัมพันธ์กันทางลบในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.18, -.23, -.27, -.26, -.25$ และ $P < 0.05, 0.01, 0.01, 0.01, 0.01$ ตามลำดับ)

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งกับการรับรู้ความสามารถต่อการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวด โดยการใช้คนตรีบำบัด การนวด สมာชิบำบัด และการจินตภาพ มีความสัมพันธ์กันทางลบในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.22, -.24, -.20, -.28$ และ $P < 0.05, 0.01, 0.05, 0.01$ ตามลำดับ)

ประสบการณ์ในการทำงานกับการรับรู้ความสามารถต่อการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวด โดย การนวด สมาชิบำบัด การจินตภาพ และสัมผัสบำบัด มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.20, -.24, -.26, -.23$ และ $P < 0.05, 0.01, 0.01, 0.01$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ประสบการณ์การทำงาน กับการรับรู้ความสามารถของกลุ่มตัวอย่าง

	อายุ	ประสบการณ์การดูแล ผู้ป่วยมะเร็ง	ประสบการณ์ การทำงาน
1. การรับรู้ความสามารถโดยทั่วไป	-.11	-.02	-.05
2. การเบี่ยงเบนความสนใจ	-.10	-.11	-.07
3. การผ่อนคลาย	-.14	-.11	-.11
4. การใช้ความร้อน/ความเย็น	-.06	-.02	-.05
5. คนตรีบำบัด	-.18*	-.22*	-.17
6. การนวด	-.23**	-.24**	-.20*
7. สมาชิ	-.27**	-.20*	-.24**
8. การจินตภาพ	-.26**	-.28**	-.26**
9. การสัมผัส	-.16	-.16	-.10
10. สัมผัสบำบัด	-.25**	-.21	-.23**

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ประสบการณ์การทำงาน กับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแต่ละวิธี พบว่าในภาพรวม อายุ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และประสบการณ์ในการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในระดับต่ำถึงต่ำมาก ($r = -.31$ ถึง $-.03$) ดังตารางที่ 10 โดยพบว่าบางคู่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

อายุกับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยการเบี่ยงเบนความสนใจ การผ่อนคลาย การใช้คนตรีบำบัด การนวด การสัมผัส และสัมผัสบำบัด มีความสัมพันธ์กันทางลบในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.23, -.29, -.31, -.25, -.24, -.20$ และ $P < 0.01, 0.01, 0.01, 0.01, 0.01, 0.05$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ประสบการณ์การทำงาน กับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก้ปวดผู้ป่วยมะเร็ง

	อายุ	ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง	ประสบการณ์การทำงาน
1. การปฏิบัติโดยทั่วไป	-.14	-.06	-.14
2. การเบี่ยงเบนความสนใจ	-.23**	-.20*	-.22*
3. การผ่อนคลาย	-.29**	-.21*	-.28**
4. การใช้ความร้อน/ความเย็น	-.16	-.08	-.19*
5. คนตรีบำบัด	-.31**	-.28**	-.26**
6. การนวด	-.25**	-.26**	-.20*
7. สมာธิ	-.14	-.07	-.12
8. การจินตภาพ	-.06	-.19	-.03
9. การสัมผัส	-.24**	-.11	-.20
10. สัมผัสบำบัด	-.20*	-.14	-.16

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งกับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยการเบี่ยงเบนความสนใจ การผ่อนคลาย การใช้คนตรีบำบัด และการนวด มีความสัมพันธ์กันทางลบในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.20, -.21, -.28, -.26$ และ $P < 0.05, 0.05, 0.01, 0.01$ ตามลำดับ)

ประสบการณ์ในการทำงานกับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยการเบี่ยงเบนความสนใจ การผ่อนคลาย การใช้ความร้อน/ความเย็น การใช้คนตรีบำบัด และการนวด มีความสัมพันธ์กันทางลบ ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.22, -.28, -.19, -.26, -.20$ และ $P < 0.05, 0.01, 0.05, 0.01, 0.05$ ตามลำดับ)

และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ประสบการณ์การทำงาน กับการรับรู้ความสามารถ การปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา

แก่ผู้ป่วยมะเร็ง และความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวด โดยวิธีที่ไม่ใช่ยา พบว่า ปัจจัยด้าน อายุ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และประสบการณ์ในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง และการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา ($r = -.12, -.03$ และ $-.10$ ตามลำดับ) และเมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ประสบการณ์การทำงาน กับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา

	อายุ	ประสบการณ์การดูแล ผู้ป่วยมะเร็ง	ประสบการณ์ การทำงาน
ความรู้และทัศนคติโดยรวม	-.12	-.03	-.10

ส่วนที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถ ได้แก่ การเห็นแบบอย่างผู้อื่น ประสบผลสำเร็จ การมีประสบการณ์การปฏิบัติ การประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติ การได้รับการชักจูงหรือบอกกล่าว กับการรับรู้ความสามารถต่อการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา ของพยาบาลวิชาชีพ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นแบบอย่างผู้อื่นประสบผลสำเร็จ กับการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา พบว่าการเห็นแบบอย่างผู้อื่นประสบผลสำเร็จ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยทั่วไป การเบี่ยงเบนความสนใจ การใช้ความร้อน/ความเย็น และการใช้ดนตรีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 7.61, 9.36, 13.74, 7.57$ และ $P < 0.05, 0.01, 0.01, 0.05$ ตามลำดับ) กล่าวคือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประสบการณ์การเห็นแบบอย่างผู้อื่นประสบผลสำเร็จในการใช้วิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา มีความสัมพันธ์กับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถในเรื่องดังกล่าวข้างต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ค่าความสัมพันธ์ (ไคสแควร์) ระหว่าง การเห็นแบบอย่างผู้อื่นประสบผลสำเร็จ กับ ระดับการรับรู้ความสามารถต่อการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของกลุ่มตัวอย่าง

	ค่า chi square	P-value
1. การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติโดยทั่วไป	7.61*	0.022
2. การเบี่ยงเบนความสนใจ	9.36**	0.009
3. การผ่อนคลาย	3.47	0.176
4. การใช้ความร้อน/ความเย็น	13.74**	0.001
5. คนตรีบำบัด	7.57*	0.023
6. การนวด	3.73	0.155
7. สมาริ	2.87	0.239
8. การจินตภาพ	2.55	0.279
9. การสัมผัส	4.21	0.122
10. สัมผัสบำบัด	2.13	0.345

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมีประสบการณ์การปฏิบัติ กับการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา พบว่าการมีประสบการณ์ในการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยการใช้ความร้อน/ความเย็น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\chi^2 = 6.34$ และ $P < 0.05$) กล่าวคือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา มีความสัมพันธ์กับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถในเรื่องดังกล่าวข้างต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ค่าความสัมพันธ์ (ไคสแควร์) ระหว่าง ประสบการณ์ในการปฏิบัติ กับระดับการรับรู้ความสามารถต่อการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของกลุ่มตัวอย่าง

	ค่า chi square	P-value
1. การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติโดยทั่วไป	3.27	0.200
2. การเบี่ยงเบนความสนใจ	0.33	0.846
3. การผ่อนคลาย	1.11	0.574
4. การใช้ความร้อน/ความเย็น	6.34*	0.042
5. คนตรีบำบัด	0.79	0.673
6. การนวด	1.27	0.531
7. สมာธิ	3.10	0.212
8. การจินตภาพ	1.56	0.458
9. การสัมผัส	2.17	0.339
10. สัมผัสบำบัด	2.05	0.358

* $P < 0.05$

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติ กับการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา พบว่าการประสบความสำเร็จในการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยทั่วไป และ การใช้ความร้อน/ความเย็น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\chi^2 = 20.30, 11.37$ และ $P < 0.01, 0.05$ ตามลำดับ) กล่าวคือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เคยประสบความสำเร็จในการปฏิบัติวิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา มีความสัมพันธ์กับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถในเรื่องดังกล่าวข้างต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ค่าความสัมพันธ์ (ไคสแควร์) ระหว่างการประสบผลสำเร็จ กับระดับการรับรู้ความสามารถต่อการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของกลุ่มตัวอย่าง

	ค่า chi square	P-value
1. การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติโดยทั่วไป	20.30**	< 0.001
2. การเบี่ยงเบนความสนใจ	4.57	0.334
3. การผ่อนคลาย	9.15	0.057
4. การใช้ความร้อน/ความเย็น	11.37*	0.023
5. คนตรีบำบัด	4.18	0.382
6. การนวด	7.50	0.112
7. สมาธิ	6.87	0.143
8. การจินตภาพ	6.88	0.142
9. การสัมผัส	8.73	0.068
10. สัมผัสบำบัด	2.64	0.621

* P < 0.05, ** P < 0.01

และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการชักจูงหรือบอกกล่าว กับการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา พบว่าการได้รับการชักจูงหรือบอกกล่าว มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยการให้ผู้ป่วยใช้สมาธิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\chi^2 = 8.14$ และ $P < 0.05$) กล่าวคือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับการชักจูงหรือบอกกล่าวว่าจะสามารถใช้วิธีการบรรเทาความปวดโดยที่ไม่ใช่ยาได้ดี มีความสัมพันธ์กับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถในเรื่องดังกล่าวข้างต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ค่าความสัมพันธ์ (ไคสแควร์) ระหว่างการได้รับการซักถามหรือบอกกล่าว กับระดับการรับรู้ความสามารถต่อการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของกลุ่มตัวอย่าง

	ค่า chi square	P-value
1. การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติโดยทั่วไป	2.17	0.537
2. การเบี่ยงเบนความสนใจ	2.72	0.257
3. การผ่อนคลาย	2.12	0.346
4. การใช้ความร้อน/ความเย็น	1.37	0.504
5. คนตรีบำบัด	3.74	0.154
6. การนวด	3.00	0.558
7. สมาธิ	8.14*	0.017
8. การจินตภาพ	3.80	0.149
9. การสัมผัส	1.06	0.589
10. สัมผัสบำบัด	2.98	0.225

* $P < 0.05$

ส่วนที่ 10 ความแตกต่างของการรับรู้ความสามารถ และการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา ระหว่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแต่ละหอผู้ป่วย

จากการทดสอบความแตกต่างของการรับรู้ความสามารถ และการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา ระหว่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแต่ละหอผู้ป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยที่ต่างกันมีการรับรู้ความสามารถ และการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน ยกเว้นเรื่องการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยการเบี่ยงเบนความสนใจ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนรีเวชกรรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติโดยการเบี่ยงเบนความสนใจสูงสุด ($\bar{X} = 6.23$) รองลงมาคือ หออภิบาลผู้ป่วยหนัก ($\bar{X} = 5.06$) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือหอผู้ป่วยอายุรกรรม ($\bar{X} = 3.53$) ดังแสดงในตารางที่ 16 ในภาพรวมพบว่ามีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ [$F_{(5, 125)} = 3.37, P < 0.01$] ดังแสดงในตารางที่ 17 และเมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่โดยใช้สถิติแอลเอสดี (LSD) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนรีเวชกรรมมีการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยการเบี่ยงเบนความสนใจมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยพิเศษอย่างมีนัยสำคัญ (mean difference=2.07 c)|2.65, $P < 0.01$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยการเบี่ยงเบนความสนใจ ของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหอผู้ป่วย

	หอผู้ป่วย พิเศษ	หอผู้ป่วย หูดงมูก	หอผู้ป่วย ศัลยกรรม	หอผู้ป่วย อายุรกรรม	หอผู้ป่วย นรีเวชกรรม	หออภิบาล ผู้ป่วยหนัก
\bar{X}	3.58	5.00	4.91	3.53	6.23	5.06
S.D.	2.32	2.00	2.48	1.83	2.98	3.02

ตารางที่ 17 ความแปรปรวนของผลต่างคะแนนการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยการเบี่ยงเบนความสนใจ ของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหอผู้ป่วย

แหล่งความแปรปรวน	df	Sum of Squares	Mean Square	F	P-value
ระหว่างกลุ่ม	5	99.11	19.82	3.37	0.007
ภายในกลุ่ม	125	735.49	5.88		
ผลรวม	130	834.60			

ส่วนที่ 11 ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงกึ่งโครงสร้าง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง และข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างใน 9 ประเด็นหลัก คือ 1) ความรู้และทักษะ 2) เวลาและภาระงาน 3) อุปกรณ์ 4) สถานที่และสิ่งแวดล้อม 5) ทักษะและความเชื่อของพยาบาล ผู้ป่วย และญาติ 6) ประสบการณ์ 7) ความร่วมมือ/การสนับสนุนจากทุกฝ่าย 8) สภาพของผู้ป่วย และ 9) ผลของการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. ความรู้และทักษะ

กลุ่มตัวอย่าง 9 ราย มีความคิดเห็นว่าพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจ และฝึกฝนจนชำนาญ จึงจะนำไปปฏิบัติได้ แต่เนื่องจากมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอ รู้ครึ่งๆ กลางๆ ไม่ลึกซึ้ง ไม่มั่นใจว่าถูกหลักการหรือไม่ ทำให้ไม่มั่นใจในการปฏิบัติจึงไม่นำไปใช้กับผู้ป่วย เพราะไม่คอยได้ศึกษาเรียน อาจารย์หรือ ผู้ชำนาญมีน้อย ไม่มีบุคลากรมาสอน แหล่งความรู้มีน้อย ความรู้ที่มีอยู่นั้นได้มาจากการเรียนในหลักสูตรและประสบการณ์ที่เคยเห็นผู้ป่วยหรือพยาบาลคนอื่นทำ ซึ่งจะต้องศึกษาเพิ่มเติมอีกมาก ดังคำกล่าวที่ว่า

อย่างอื่นไม่ค่อยได้ทำ เพราะเรายังไม่ค่อยรู้ เมื่อก่อนก็คือคำถามว่ารู้มั๊ย ก็รู้จากวารสาร แต่จะเป็นวารสารภาษาไทยมากกว่า เพราะตอนที่เรทำงานเราก็ไม่ได้ไปดูวารสารต่างประเทศ ทำให้เรารู้ แต่บางอันเราก็ไม่รู้ เช่น สัมผัสบำบัดนี่ยอมรับจริงๆ ว่าเราไม่เคยได้ยิน มันไม่เหมือนกับการสัมผัสธรรมดา แต่หลังจากที่ไปเรียนมานี้มุมมองเรากว้างขึ้น แต่ก็ยังรู้ไม่ลึก รู้ผิวเผินมาก

(พยานาการายที่ 5)

ถ้าใช้กับคนไข้ที่คิดว่ายังมีความรู้ไม่พอ คือไม่มั่นใจว่าจะถูกหลักการมั๊ย การที่เราไม่รู้ลึกซึ่งมากนัก มันก็จะทำให้เราไม่มั่นใจในการกระทำ เราก็มจะไม่ใช้กับเค้าดีกว่า เพราะว่าเป็นแค่เหมือนกับว่าค่อนข้าง การทำสมาธิก็คือ นิดๆ หน่อยๆ แต่ถ้าให้ไปเจาะใช้กับคนไข้คิดว่าจะต้องเรียนรู้ให้ลึกซึ่งจริงๆ

(พยานาการายที่ 7)

ตัวพยาบาลเอง อย่างแรกต้องมีความรู้ เข้าใจ มีความชำนาญ มีการฝึกฝน คือเค้าต้องมีความรู้พื้นฐาน และอันไหนที่ต้องฝึกเค้าก็ต้องได้รับการฝึก ฝึกแล้วก็ต้องได้รับการทดสอบแล้วว่าเค้าต้องทำได้ นั่นแหละปัจจัยหลักก็อยู่ที่ตัวพยาบาล

(พยานาการายที่ 10)

กลุ่มตัวอย่าง 6 ราย มีความคิดเห็นว่าพยาบาลไม่มีทักษะในการปฏิบัติจึงไม่ได้นำไปใช้กับผู้ป่วย เทคนิคบางอย่างต้องฝึกฝนให้เกิดความชำนาญ ถ้าไม่ได้ฝึกปฏิบัติก็มีความยากลำบากในการนำไปปฏิบัติจริง และหากเคยมีประสบการณ์ในรายที่ผ่านมาก็จะทำให้สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยรายต่อไปได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

อันดับแรกก็ต้องดูว่าคนไข้แต่ละคนเหมาะที่จะใช้วิธีการไหน เอาวิธีการที่เราทำได้ง่ายๆ โดยที่เราไม่ต้องฝึก เช่น การนวด การสัมผัส อะไรพวกนี้ แต่สัมผัสบำบัดวิธีนี้เราไม่ต้องไปพูดถึง แต่การนวด การกดจุดอะไรพวกนี้เราต้องฝึกมา

(พยานาการายที่ 5)

ถ้าเป็นทักษะการนวดเพื่อลดปวดจากการปวดหัว ปวดต้นคอก็พอจะทำได้ ส่วนการจินตนาการใช้ฟังเสียงคลื่น เสียงนกร้อง เสียงชายทะเล ปล่อยให้ไปตามนั้น เรายังต้องมีทักษะในการพูดให้เค้าสร้างจินตนาการ ซึ่งทักษะตรงนั้นจะไม่มีค่อยมี ใช้กับตัวเองน่าจะใช้ได้ แต่พอเอาไปใช้กับคนอื่นก็ไม่รู้ละ ไม่มั่นใจ เพราะเพิ่งเคยใช้ครั้งเดียวกับคนไข้ ที่เป็นยาย กับคนอื่นยังไม่ได้อะไร

(พยานาการายที่ 7)

บางอย่างนี้เรารู้แต่ว่าการปฏิบัติเราอาจจะยังไม่ถึง เช่น สัมผัสบำบัดนี้มันก็ต้องใช้การฝึก เพราะถ้าถามเค้าว่าการที่เรารู้แต่ทฤษฎีแต่ไม่ได้รับการฝึกมันก็ไม่ได้ผล เพราะมันต้องใช้อะไรในตัวเราก่อนข้างเยอะ

(พยานาการายที่ 10)

กลุ่มตัวอย่าง 8 ราย ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีเอกสาร ตำรา คู่มือในหอผู้ป่วย มีการให้ความรู้จัดอบรมและฝึกปฏิบัติแก่เจ้าหน้าที่ เพื่อให้ทุกคนสามารถนำไปปฏิบัติได้และช่วยให้ทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวดของบุคลากรดีขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

ฝ่ายการพยาบาลก็ต้องเห็นความสำคัญ น่าจะเชิญวิทยากรผู้เชี่ยวชาญด้านนี้มา เช่น สมาชิ การนวด กศจุด สัมผัสบำบัด พี่ไม่รู้เนาะ ที่เคยฝึกพี่ว่ามันยาก ก็คือฝ่ายการพยาบาลน่าจะจัดอบรมให้ แล้วก็มีการฝึก ก็น่าจะช่วยให้มากกว่า

(พยาบาลรายที่ 5)

พี่อยากให้ ช่วยให้เจ้าหน้าที่เรารู้ก่อนว่ามีวิธีการอย่างไรบ้างที่จะลดปวด ต่อไปเราก็จะรู้ว่าอุปกรณ์อื่นๆ รอบๆ ภายเราก็สามารถนำมาใช้ได้ถ้าเรารู้หลักการใช้ ซึ่งถ้าตัวพี่เองที่ก็อ่านหนังสือพวกนี้อยู่บ้างแล้ว แต่สำหรับบางคนพี่ว่าเค้าก็อยากจะใช้เหมือนกันแต่เค้าไม่รู้หลักการ พอรู้หลักการแล้วเราก็จะรู้ว่าใช้อุปกรณ์อะไรบ้าง

(พยาบาลรายที่ 7)

น่าจะจัดอบรมนะ ว่ามีอะไรบ้างแนวทาง วิธีลดปวด โดยไม่ใช่ยา มีอะไรบ้าง หรืออาจจะทำเป็นคู่มือแล้วเผยแพร่ หรืออาจจะทำเป็นเล่มวางไว้ที่ห้องสมุดอะไรแบบนี้

(พยาบาลรายที่ 1)

2. เวลาและภาระงาน

กลุ่มตัวอย่าง 9 ราย มีความคิดเห็นที่ไม่มีเวลาในการปฏิบัติเนื่องจากมีภาระงานมาก ยุ่งตลอดเจ้าหน้าที่มีน้อย ต้องดูแลผู้ป่วยหลายคน จึงเข้าไปดูแลผู้ป่วยบ่อยๆ ไม่ได้ ทำให้การประเมินความปวดทำได้ไม่เต็มที่คือได้ประเมินห่างๆ และไม่ได้ปฏิบัติวิธีบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา หรือบางครั้งต้องเร่งรีบงานส่วนอื่นเพื่อจะได้มีเวลาในการปฏิบัติแก่ผู้ป่วย ดังคำกล่าวที่ว่า

เหมือนที่เคยเรียนกับอาจารย์... เราก็อ่านนะหลับตาแล้วผ่อนคลาย นึกถึง โนน นึกถึงนี่ มันก็สบายนะ แต่เราไม่เคยเอามาทำกับคนไข้ รู้แต่ไม่ได้ทำ จะให้ยืนทำอยู่ได้ยังไง เพื่อนเค้าวิ่งวุ่น คุณเสมหะบ้างให้อาหารทางสายยางบ้าง ไม่มีเวรไหนเลยนะที่ จะมีเวลาว่างทำ ยุ่งตลอด ถ้าไม่ยุ่งก็ถูกจิกโน่นนี่

(พยาบาลรายที่ 2)

ภาระงานมันก็ใช้ไค้ณะน้อง เรื่องการบันทึกขี้ฉี่ขี้ปัสสาวะ เวรเช้าอาจจะทำทันเพราะอัตรากำลังเยอะ แต่บ่ายคืออยู่กับแค่ 2 คน เป็นทั้ง Leader ทั้ง Medication คนไข้ 32 เตียง บางวันวิ่งกันวุ่น กว่าจะได้กินข้าวก็ 3 ทุ่ม แต่เวรเช้าน้องจะเห็นว่าอัตรา กำลังเยอะ แต่บ่ายคือน้องจะเหลือแค่ 2 แล้วมี PN กับ Orderly ซึ่งเค้าก็ช่วยเราไม่ได้เยอะ ส่วนใหญ่ก็เป็นงานที่ไม่ซับซ้อนมาก เวลาตรงนี้ถ้าเอามาสะกดจิตอยู่มันก็ไม่ทัน มาทำอะไรพวกนั้นอยู่มันก็ไม่ทันขนาดอย่างเดี๋ยวยังให้เค้าไม่ทัน ไม่ทั่วถึงเลย น้องคิดดูแล้วกันพยาบาล 1 คนต้องไปถามคนไข้ 18 คน ว่าปวดมั๊ย เอายามั๊ย แล้วเดี๋ยว OR ก็มา เดียวก็อันโน้น แล้วก็บันทึกเยอะแยะไปหมด มันไม่ทันนะ

(พยาบาลรายที่ 1)

กลุ่มตัวอย่าง 6 ราย มีความคิดเห็นว่าการใช้วิธีที่ไม่ใช่ยาในการบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วย ต้องใช้เวลามาก ทั้งในการฝึกและการปฏิบัติ ต้องใช้เวลาในการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ รวมทั้ง กระบวนการต่างๆ ก็ต้องใช้เวลา ดังคำกล่าวที่ว่า

การบรรเทาปวดที่ไม่ใช่ยากับคนไข้ไม่ใช่ไม่บ่อย เพราะว่าการพูดคุยต้องใช้เวลา ถ้าเราจะไปคุยกับเค้านั้นก็จะไม่ใช่เวลาแค่นั้นๆ ต้องคุยนานๆ ซึ่งบางครั้งมันก็ต้องใช้เวลาว่างจริงๆ มันจึงจะไปคุยได้ เพราะถ้าเรามีภาระงานอย่างอื่นอยู่ด้วย พอคุยๆ ไปอีกเตียงหนึ่งเรียกมันก็จะทำให้การคุยนั่นขาดตอน ถ้านวดก็อาจบอกญาติให้ทำ ซึ่งแบบที่เต็มๆ นะไม่ค่อยได้ทำ ซึ่งการที่จะให้เราเข้าไปดูแลอยู่ตลอดเวลาเราก็มีภาระอื่น พอ คนไข้ปวดบีบก็ ... ลุงเคียวลิดดาให้

(พยาบาลรายที่ 7)

การที่เราจะนำวิธีบรรเทาปวดที่ไม่ใช่ยาไปใช้กับคนไข้ นั้น วิธีการเหล่านี้ใช้เวลา มาก ถ้าเทียบกับการให้ยาไม่ใช่เร็วกว่าอยู่แล้ว เพราะวิธีที่ไม่ใช่ยานี้ต้องใช้เวลา ในการคุยกับคนไข้ การชี้แจง อธิบายต่างๆ กระบวนการก็ต้องใช้เวลา แต่ถ้าให้ยา ไม่ว่าจะยาชนิดใดกิน แป๊บหนึ่งได้แล้ว

(พยาบาลรายที่ 3)

กลุ่มตัวอย่าง 2 ราย ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรจัดให้มีอัตรากำลังเพิ่มขึ้นอย่างเพียงพอ ดังคำกล่าวที่ว่า

ปัจจุบันทำได้น้อยมาก เพราะภาระงานมากขึ้นกว่าในอดีต พอเริ่มจะมีเวลาบ้างก็ ลด อัตรากำลัง ในแต่ละเวรต้องทำงานแข่งกับเวลา ถ้าแบ่งเวลาผิดพลาดก็จะทำงานไม่ทันการจะไปปฏิบัติกับผู้ป่วยแต่ละรายต้องใช้เวลามากพอสมควร ถ้าผู้บริหารเห็นความสำคัญกับเรื่องนี้และให้อัตรากำลังที่เพียงพอ ก็น่าจะฝึกและนำมาใช้กับผู้ป่วย

(พยาบาลรายที่ 9)

3. อุปกรณ์

กลุ่มตัวอย่าง 6 ราย มีความคิดเห็นว่าอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่จะใช้ในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาส่วนใหญ่ไม่มี บางอย่างมีบ้างแต่ไม่เพียงพอ เช่น การใช้ดนตรี หรือให้ผู้ป่วยฟังเพลงก็ไม่มีเครื่องเล่นเทป หูฟัง หรือบางหอผู้ป่วยมีเครื่องเล่นเทปเพียง 1 เครื่อง ทำให้เพลงที่เปิดอาจไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน ทั้งนี้เนื่องจากไม่มีพยาบาลผู้ใช้วิธีบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาอย่างเต็มที่จึงไม่มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ อีกทั้งจำนวนผู้ป่วยที่จะใช้อุปกรณ์เหล่านี้มีน้อยจึงเบิกอุปกรณ์ไม่ได้ รวมทั้งไม่มีคู่มือ เอกสารในหอผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก คู่มือหรือเอกสารต่างๆ จะช่วยส่งเสริมการปฏิบัติได้ จึงควรจัดให้มีสิ่งเหล่านี้เพียงพอ และโรงพยาบาลก็ต้องให้การสนับสนุนด้านงบประมาณด้วย ดังคำกล่าวที่ว่า

ที่ตึกไม่มีสื่อ ไม่มีอุปกรณ์ เพราะไม่มีใครทำตรงนั้นอย่างเป็นทางการเต็ม
ที่เลยไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่พอมีบ้างก็คือ ประคบร้อนประคบเย็นพอ
มี แต่คนตรีไม่มี ไม่เคยเห็น ถ้าคนไข้จะใช้ก็ให้หาเอง สำหรับของโรงพยาบาลเอง
ไม่รู้ว่ามีตรงไหนบ้าง แต่เท่าที่รู้ไม่มี ซึ่งส่วนใหญ่คนไข้เค้าก็หาเอง ถ้ามีสิ่ง
อำนวยความสะดวก คู่มือ ก็จะทำให้ดีขึ้น หมายถึงว่าช่วยให้สอนคนไข้ได้ง่ายขึ้น
หากมีสื่อจะทำให้คนไข้มีความสนใจมากขึ้น และมีการนำไปใช้มากขึ้น เพราะว่า
คนไข้เองก็แสวงหาทางออกว่าอะไรที่จะช่วยเค้าให้หายปวดได้ ถ้าเป็นไปได้ก็ให้มี
อุปกรณ์พวกนี้เพิ่มขึ้น

(พยาบาลรายที่ 3)

อุปกรณ์...ถ้าจะให้เค้าฟังเพลงหรืออะไรทำนองนี้ ปัญหาก็คือไม่มีเครื่องเล่นเทป
(Walkman) ให้เค้า แต่ถ้าจะเปิดเทป มันค่อนข้างจะลำบากเพราะเราไม่มีสถานที่ให้
เขานั่งฟัง (สถานที่นั่งฟังเป็นส่วนตัว) ะาะไม่มีอุปกรณ์เสริมในส่วนนี้ แล้วก็
จำนวนคนไข้ที่จะใช้ตรงนี้มีน้อย เพราะฉะนั้นการที่เราจะขอเบิกวิทยุหรือเบ็กงบ
พวกนี้โดยตรงมาใช้กับคนไข้มันจะไม่

(พยาบาลรายที่ 8)

4. สถานที่และสิ่งแวดล้อม

กลุ่มตัวอย่าง 8 ราย มีความคิดเห็นว่าถ้าหากมีสภาพแวดล้อมที่ดีก็จะส่งเสริมการปฏิบัติได้
แต่สถานที่และสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยไม่เอื้ออำนวยต่อการใช้วิธีบรรเทาปวดที่ไม่ใช่ยา เพราะ
สถานที่แออัดคับแคบ ผู้ป่วยมีจำนวนมาก บางหอผู้ป่วยต้องรับผู้ป่วยหลายประเภททั้งเด็กและผู้ใหญ่
จำกัดจำนวนญาติที่มาเยี่ยมไม่ได้ จึงมีสิ่งรบกวน เช่น เสียงรบกวนจากเด็ก อุปกรณ์ทางการแพทย์
ผู้ป่วย ญาติ แพทย์ โดยเฉพาะช่วงเวรเช้า แต่ถ้าเป็นหอผู้ป่วยพิเศษก็จะมีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเอื้อ
อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยสามัญ และพยาบาล 1 ราย ให้มีความคิดเห็นเพิ่มเติมว่ารู้สึกเงินอายุที่จะเข้าไป
พูดคุยหรือปฏิบัติเพื่อบรรเทาปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยเพราะญาติผู้ป่วยเยอะ คั่งค้างคำว่า

สภาพหอผู้ป่วยก็มีผล ถ้าเกิดว่าคนไข้เยอะๆ แล้วเราก็ต้องไปทำ แล้วเดี๋ยวลีอละ 8
เวลาจะใช้จินตภาพก็คนไข้ก็นั่งไม่ได้ ถ้าเตียงข้างๆ ร้องหรือเอะอะโวยวายอะไร
แบบนี้ มันก็ไม่ได้ก็นั่นแหละ

(พยาบาลรายที่ 2)

สถานที่มันก็ต้องเงียบหน่อย เพราะว่าเราจัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้รบกวนคนไข้
มันก็เป็นกรช่วยเหลืออย่างหนึ่งที่จะไม่ไปกระตุ้นให้คนไข้ปวดมากขึ้น และการที่เรา
จะใช้วิธีบรรเทาปวดที่ไม่ใช่ยา เช่น คนตรี ก็ต้องเงียบจริงๆ การให้คนไข้อ่าน
หนังสือ การทำสมาธิ สถานที่ก็ต้องให้เงียบจริงๆ ซึ่งบางทีก็เอื้อนะ ลีอคหลังๆ
มันค่อนข้างเงียบ ลีอคหลังๆ เดียงในๆ ก็โอเคนะ แต่ถ้าเดียงริมๆ มันก็ค่อนข้าง
เสียงดัง แล้วก็ช่วง เวรเช้าเนี่ย อะ ไรมันค่อนข้างเยอะ ไหนจะหมอบ เครื่อง (อุปกรณ์
ทางการแพทย์) คนไข้ ญาติ ไร้มัน มันก็ต้องดูแลด้วยนะ แต่เราก็เลือกไม่ได้เนาะ

(พยาบาลรายที่ 5)

สมาธิไม่เคยให้คนไข้ใช้ เพราะส่วนใหญ่ที่เข้าไปเค้านจะปวดจนทำตรงนั้นไม่ได้ แล้วเค้าคงจะ..... คือแม้ตัวเราเองนี่พอมีสิ่งอื่นเข้าไปเราก็จะวอกแวก ก็เลยคิดว่าสิ่งแวดล้อมมันไม่เหมาะที่จะให้คนไข้ทำสมาธิ ซึ่งเราจะต้องใช้สถานที่ที่เงียบ แล้วก็บรรยากาศดี สงบหน่อย สถานที่ บ้านเรามันแออัดคับแคบ คนไข้เยอะ เราจำกัดญาติเยี่ยมไม่ได้ แต่ถ้าห้องพิเศษนี้จะเหมาะกว่า เป็นที่ที่สามารถทำได้ดี

(พยาบาลรายที่ 7)

5. ทศนคติและความเชื่อของพยาบาล ผู้ป่วย และญาติ

กลุ่มตัวอย่าง 3 ราย มีความคิดเห็นว่าการที่พยาบาลจะใช้วิธีบรรเทาปวดที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยนั้น ต้องขึ้นอยู่กับความเชื่อของพยาบาลด้วย ถ้าพยาบาลไม่เชื่อก็จะไม่มีการนำไปใช้รวมทั้งขึ้นอยู่กับ การยอมรับหรือความเชื่อของผู้ร่วมงานคนอื่น ถ้าคนอื่นไม่ยอมรับก็จะทำให้ไม่เกิดการนำไปใช้อย่าง ต่อเนื่อง อีกทั้งวิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา ยังไม่ค่อยเป็นที่นิยมแต่ในโรงพยาบาลจะนิยมและ ให้ความสำคัญกับการใช้ยามากที่สุดและพยาบาลบางส่วนก็ไม่ค่อยให้ความสำคัญกับวิธีบรรเทา ปวดที่ไม่ใช่ยาแต่ใช้ยาเป็นส่วนใหญ่ ดังคำกล่าวที่ว่า

ภูมิหลังของพยาบาลแต่ละคนก็จะมีผลต่อการนำวิธีการเหล่านี้ไปใช้ เพราะถ้าเรา ไม่เชื่อเราก็ไม่ใช้วิธีนั้น หรือใช้วิธีนั้นเป็นประการหลังๆ หรือการใช้สมาธิใน ฐานะที่เราเป็นคนพุทธ เราก็จะเชื่อและใช้ตรงนั้นมากขึ้น

(พยาบาลรายที่ 3)

กลุ่มตัวอย่าง 7 ราย มีความคิดเห็นว่าการที่พยาบาลจะใช้วิธีบรรเทาปวดที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยนั้น ต้องขึ้นอยู่กับทศนคติ ความเชื่อ ความศรัทธา หรือการยอมรับของผู้ป่วยและญาติด้วย ผู้ป่วยต้องมี ทศนคติที่ดี มีความสนใจ เชื่อถือ ศรัทธา และยอมรับที่จะลองวิธีใหม่ใช้ เพราะถ้าผู้ป่วยไม่เชื่อก็จะใช้ ไม่ได้ผลและพยาบาลก็จะไม่แนะนำหรือไม่นำไปปฏิบัติแก่ผู้ป่วย ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากการที่ผู้ป่วยไม่ ค่อยยอมรับวิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาแต่ยึดติดกับการใช้ยามากกว่า ดังคำกล่าวที่ว่า

ข้อจำกัดของการนำวิธีบรรเทาปวดที่ไม่ใช่ยาไปใช้กับคนไข้คือความเชื่อ ความศรัทธา ของคนไข้และญาติ เพราะบางคนถ้าได้ยา บางครั้งคนไข้บอกว่าจะดีขึ้นทั้ง ๆ ที่สิ่งเรานึก มันไม่ใช่ยา เค้ายังรู้สึกว่าจะดีขึ้น เพราะฉะนั้นความเชื่อ ความศรัทธามีความสำคัญ

(พยาบาลรายที่ 8)

สมาธินี้พูดไม่ค่อยได้นะคนบ้านเรานะ อย่างเคยมินะ เข้าไปบอกว่าให้แม่ทำสมาธิ นะ หาหนังสือสวดมนต์มาให้บ้างซิ เรานแนะนำแล้วโดนคำ ญาติเค้าบอกว่าแม่เค้ายังไม่ตาย เคยเจอแบบนี้หลายครั้ง ก็เลยอึ้งไปเลยคิดว่าเอาแบบอื่นดีกว่า บางทีเราก็ บอกว่าสวดมนต์มีโยจะได้สบายใจ ลูกเค้าก็บอกว่า แม่เค้ายังไม่ได้เป็นอะไร เราก็จะ บอกว่าเราก็ไม่ได้แข่ง ไม่ได้ว่าแม่เค้าเป็นอะไรแต่ถ้าทำแล้วจะได้ดีขึ้น สบายใจ

(พยาบาลรายที่ 2)

ตัวคนไข้ก็ต้องยอมรับที่จะลองใช้ คือทำให้ใจให้ยอมรับ ถ้าคนไข้ด้าน แล้วเราบังคับให้เค้าใช้ มันก็จะไม่ได้ผล ต้องให้เค้าเข้าใจ เต็มใจที่จะทดลองดูว่าวิธีเหล่านี้ได้ผลหรือไม่ได้ผล

(พยาบาลรายที่ 5)

6. ประสบการณ์

กลุ่มตัวอย่าง 3 ราย มีความคิดเห็นว่าการประสบการณ์จริงหรือการเห็นตัวอย่างในการปฏิบัติ จะช่วยส่งเสริมการปฏิบัติ แต่ถ้าไม่เคยมีประสบการณ์ ไม่เคยเห็นตัวอย่างหรือไม่เคยได้ยินมาก่อนก็จะไม่ปฏิบัติ เช่นเดียวกันผู้ป่วยที่เคยมาอนโรงพยาบาลและเคยได้รับการฝึกปฏิบัติ พอครั้งต่อๆ มาผู้ป่วยก็จะทวงถามเพื่อปฏิบัติอีก ดังคำกล่าวที่ว่า

สำหรับแต่ละคนในแต่ละเทคนิคเนี่ยถ้าไม่เคยใช้ไม่เคยได้ยินมาก่อนก็จะไม่ทำ

(พยาบาลรายที่ 2)

ประคบร้อนก็มีส่วนใหญ่คนไข้ก็จะขอเอง เพราะเค้าเคยมีประสบการณ์มาบ้างแล้ว

(พยาบาลรายที่ 4)

มีคนไข้ที่มาอยู่เป็นประจำเพราะต้องมารักษาต่อเนื่อง ถ้าเค้ามาครั้งแรกแล้วมีประสบการณ์ในครั้งแรก (การนั่งสมาธิที่ทางหอผู้ป่วยจัดขึ้น) ครั้งต่อมาเค้าจะทวงถามเพื่อนั่งสมาธิอีก

(พยาบาลรายที่ 6)

7. ความร่วมมือ/การสนับสนุนจากทุกฝ่าย

กลุ่มตัวอย่าง 7 ราย มีความคิดเห็นว่าการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยานั้น ขึ้นอยู่กับความสนใจของแต่ละบุคคล ผู้ป่วยต้องมีความพร้อมในการปฏิบัติ ต้องอาศัยความร่วมมือได้รับการสนับสนุนจากทุกฝ่าย ทั้งพยาบาล แพทย์ ผู้ป่วย ญาติ รวมทั้งผู้บริหาร แต่พยาบาลไม่ค่อยได้นึกถึง ไม่ได้เสนอแนะหรือแนะนำวิธีบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วย แพทย์ไม่ได้ให้ความสนใจและไม่มีแผนการรักษาเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา แต่จะมีแผนการรักษาโดยการใช่ยา รวมทั้งไม่มีเจ้าหน้าที่หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลส่วนนี้โดยตรง ถ้ามีหน่วยงานหรือผู้รับผิดชอบโดยตรงและมีการส่งต่อเกี่ยวกับแผนการดูแลก็จะทำให้มีการนำวิธีบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาไปใช้มากขึ้น จึงควรจัดให้มีผู้มีความรู้และมีหน่วยงานรับผิดชอบส่วนนี้โดยตรง ซึ่งมีเพียง 1 รายเท่านั้นที่บอกว่าในหอผู้ป่วยจัดให้ผู้ป่วยทำสมาธิทุกวัน โดยให้ญาติผู้ป่วยฝึกปฏิบัติด้วย จึงทำให้ญาติมีความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้นส่งผลดีต่อการปฏิบัติของผู้ป่วยด้วย ซึ่งได้รับการสนับสนุนด้านสถานที่ เวลา ถึงอำนวยความสะดวกต่างๆ รวมทั้งบุคลากรในหอผู้ป่วยก็เข้าใจและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ดังคำกล่าวที่ว่า

ความจริงแล้วเราก็ไม่ได้เสนอให้เค้า (ผู้ป่วย) นะวิธีที่ไม่ใช่ยา ก็ถ้าเค้าไม่เคย ไม่สนใจ หรือไม่ต้องการในส่วนนั้นเลย ก็ไม่ค่อยได้แนะนำอะไรเค้า ให้ยามันเห็นผลชัดแล้วหมอเค้าก็ไม่มีแนวทางการรักษาที่ไม่ใช่ยาของหมอเค้า ถ้าคนไข้บอกหมอเค้าก็ให้ยา

(พยาบาลรายที่ 1)

ปัจจัยอื่นก็ขึ้นกับนโยบายการสนับสนุนของผู้บริหาร ดิถีพี่ถ้าหัวหน้าไม่สนับสนุน มันก็ล้มตั้งแต่เริ่มแรกแล้ว และโดยพื้นฐานของดิถีซึ่งเห็นด้วยกับการนำวิธีการที่ไม่ใช่ยา ไปใช้กับคนไข้เหล่านี้ เพราะเรามีโครงการดูแลคนไข้ด้านจิตสังคมมาตั้งแต่ 10 ปีก่อน มันจะเป็นธรรมชาติที่ดิถียอมรับได้แล้ว ถึงแม้จะเป็นอะไรที่ต้องเสียเวลาไปครึ่งชั่วโมงกับการที่พาคนไข้ไปนั่งสมาธิในเวรเช้า ก็คือดิถีโอเค แต่ถ้าดิถียุ่งเราก็จะงดกิจกรรมตรงนั้น ดิถีพี่โชคดีที่ทุกคนเข้าใจและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี หัวหน้าดิถีเค้าก็สนับสนุนด้านสถานที่เป็นอย่างดี

(พยาบาลรายที่ 6)

พี่คิดว่าน่าจะมีหน่วยงานเหมือนของ...(ชื่อสถาบัน) ที่ดูแลความปวดพวกนี้ คือดูแลเฉพาะทางไปเลย อยากให้มีเป็นรูปเป็นร่างชัดเจน เพราะไม่จั่งนี้เวลาเรา (พยาบาลประจำการ) อยากทำตรงนี้แต่งานประจำที่มีอยู่เราก็เท่ากับว่าต้องทิ้งไป ซึ่งมันจะทำให้ข้างหน้า ก็ไม่ดี ข้างหลังก็ไม่ดี เลยอยากให้มีเป็นรูปเป็นร่างมากกว่า ตรงนั้นมันน่าจะได้ประโยชน์มากกว่า เช่นว่า คนนี้เค้ามีปัญหาปวดซึ่งให้ยาเยอะแล้วนะ คิดว่าเค้าน่าจะใช้อย่างอื่นเข้ามาช่วยเบี่ยงเบนบ้าง ซึ่งบางทีพยาบาลประจำการอาจจะไม่มีเวลาพอ เราก็จะได้ปรึกษาเค้ามาช่วยดูให้ พี่ว่าน่าจะได้

(พยาบาลรายที่ 7)

8. สถานะของผู้ป่วย

สถานะของผู้ป่วยบางอย่างมีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของพยาบาลในการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ อายุของผู้ป่วย ลักษณะของโรคหรือพยาธิสภาพของโรค และระดับความรู้สึกรับรู้ของผู้ป่วย โดยกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง 3 ราย มีความคิดเห็นว่าผู้ป่วยที่มีอายุไม่มากหรืออยู่ในวัยหนุ่มสาวจะไม่ค่อยยอมรับวิธีบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา แต่จะใช้ยามากกว่า แต่ถ้าอายุเป็นผู้ใหญ่ (ประมาณ 50 ปีขึ้นไป) ก็จะยอมรับวิธีบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยามากขึ้น หรือถ้าเป็นผู้ป่วยชาย การที่พยาบาลผู้หญิงจะเข้าไปให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาปวดที่ไม่ใช่ยาบางวิธีก็มีข้อจำกัด ดังคำกล่าวที่ว่า

ข้อจำกัดอย่างอื่นก็...ถ้าเป็นคนไข้ผู้ชาย ถ้าการสัมผัสมันก็อาจจะเป็นข้อจำกัดไข่ม้อยไปยืนอยู่นานๆ เพราะมันก็ไม่ได้แปลว่าต้องเป็นผู้ชายแก่ๆ ที่เป็นมะเร็ง อาจจะป็นหนุ่มๆ ก็ได้ แล้วเราเป็นพยาบาล เราเข้าไปตรงนั้นมันก็ลำบากในความรู้สึกของเราที่จะเข้าไป การให้ยา การฉีดยามันก็ง่าย เร็วกว่า และได้ผลเร็วกว่าการไปยืนคุยอยู่ตรงนั้น

(พยาบาลรายที่ 2)

เป็นบางราย ถ้าวัยรุ่นจะไม่ให้ความร่วมมือเลย พอเราบอกว่าหายใจเข้าออกลึกๆ ผ่อนคลาย หายใจลึกๆ เนื้อท้อง แต่เค้าจะมีความรู้สึก ว่าเค้าต้องการยานะ หรือเป็นเพราะว่าเราไปพูดหรือแนะนำเค้า ไม่ค่อยจะเข้ากับเค้าเท่าไร แต่ถ้าผู้ใหญ่หน่อย อายุเกิน 50 ไปนี้อาจจะว่าเค้ามีอารมณ์นิ่งแล้วก็ได้ พอเราแนะนำเค้าก็จะ ลองทำ เค้าจะไม่ต้าน

(พยาบาลรายที่ 7)

กลุ่มตัวอย่าง 6 ราย มีความคิดเห็นว่าโอกาสในการปฏิบัติมีน้อย เนื่องจากลักษณะของผู้ป่วยที่ต้องใช้การบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาที่รับตัวในหอผู้ป่วยมีน้อย ผู้ป่วยมะเร็งที่ปวดรุนแรงมีน้อย และผู้ป่วยมักจะทนกับความปวด หรือส่วนใหญ่จะเป็นปวดแบบเฉียบพลัน ปวดหลังผ่าตัด ซึ่งแพทย์มีแผนการรักษาโดยให้ยาแก้ปวด ซึ่งสามารถช่วยบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยได้อยู่แล้ว ดังคำกล่าวที่ว่า

สภาพคนไข้ก็มีผลต่อการใช้หรือไม่ใช้วิธีบรรเทาปวดที่ไม่ใช่ยาด้วย เพราะเราไม่ได้เห็นความเจ็บปวดที่รุนแรงที่เค้ามี เพราะส่วนใหญ่ จะเจอคนไข้ปวดหลังผ่าตัดไปแล้ว แล้วเค้าก็จะมีแผนการรักษาโดยให้ยาอยู่แล้ว เราก็ให้ตามนั้นมากกว่าแล้ว ค่อยประเมินระดับคะแนนว่าเค้าเป็นแบบไหน ลดลงหรือไม่ ส่วนใหญ่คนไข้ได้ยากก็ได้ผลนะเท่าที่ดู แล้วเค้าก็จะยึดติดกับการได้ยามากนะ

(พยาบาลรายที่ 4)

ที่ตึกไม่ค่อยได้ใช้วิธีที่ไม่ใช่ยา ส่วนใหญ่จะใช้ยา เพราะมันเป็น acute pain ถ้าคนไข้มะเร็งก็จะเป็นระยะสุดท้าย ถ้าให้ยาได้เราก็จะให้ ไม่อยากให้คนไข้ปวดอะไรอย่างนี้ แล้วถ้าเป็นคนไข้ neuro ถ้าไม่ให้ยาปวดหัวมันก็จะไม่หาย ไซม์ละลาย เคยลองให้ทำ (วิธีที่ไม่ใช่ยา) แล้วกลับโคนอะอะไววาย เพราะคนไข้ปวดมาก เราก็ไม่รู้ ว่าเค้าปวดอะไรยังไง วิธีที่ไม่ใช่ยามีมันเหมือนกับว่าแค่ช่วยส่วนหนึ่ง เพราะที่เจอถ้าปวดก็ปวดมากไปเลย จะเจอที่ปวดเรื้อรังก็ใช้ยาคลุมอยู่ตลอด ไม่เคยเห็นคนไข้มะเร็งที่ร้องครวญครางนะ เพราะหมอเค้าจะไม่ให้ปวดเลย จำได้มีอยู่รายหนึ่ง ซึ่งเค้าปวดมาก เค้าจะขอยาก่อนถึงเวลาตลอดเลย พอช่วงหลังๆ หมอก็ให้เยอะมากขึ้น จนวันที่เค้าเสียชีวิตเฉยเฉย ไปเจตตอนส่งเวร เอ้า...เค้าไปตั้งแต่เมื่อไรก็ไม่รู้ เค้าได้ยาสูงมากเพราะรู้ว่าแถมมานานมาก

(พยาบาลรายที่ 2)

วิธีบรรเทาปวดที่ไม่ใช่ยาใช้ไม่ค่อยบ่อยมาก เพราะว่ามีคนไข้มีน้อยและคนไข้มะเร็งที่มานอนที่ตึกจะเป็นคนไข้ที่มาเพื่อผ่าตัด เพราะฉะนั้นหลังจากที่ผ่าไปแล้ว แทนที่จะเป็นปวดจากมะเร็ง ก็จะเป็นปวดแผลผ่าตัด เพราะฉะนั้นก็ต้องดูแลเรื่องปวดแผลผ่าตัดมากกว่า หรือถ้าไม่ใช่คนไข้มะเร็งก็จะเป็นคนไข้ไฟไหม้น้ำร้อนลวก ส่วนมากพวกนี้ก็จะฟังเพลงอะไรจะมากกว่าซึ่งได้เหมือนกันนะ แต่ก่อนข้างน้อย เพราะเราประเมินยากเหมือนกัน ใช้ยังไม่มากเพราะมีกรณีที่ต้องใช้น้อย ตอนนี้นักคนไข้ฉายแสงที่ มอ. ไปนอนวัด โคนนาวไม่ต้องนอนโรงพยาบาลแล้ว ก็เลยไม่มีคนไข้ฉายแสง มีบ้างก็รายที่มาด้วยอ่อนเพลีย ที่ปวดนานๆ มาที่ คือส่วนมากถ้าปวดก็จะเป็นระยะสุดท้ายซึ่งเจอแค่ประมาณ 2 ราย

(พยาบาลรายที่ 8)

กลุ่มตัวอย่าง 3 ราย มีความคิดเห็นว่าพยาบาลต้องดูแลทั้งผู้ป่วยวิกฤติและไม่วิกฤติจึงต้องมุ่งความสนใจไปดูแลผู้ป่วยวิกฤติมากกว่า จึงไม่ค่อยได้นำวิธีที่ไม่ใช่ยาไปใช้กับผู้ป่วย ดังคำกล่าวที่ว่า

ข้อจำกัดอย่างอื่นก็คือ เราไม่ได้ดูแลเฉพาะคนไข้ที่มีลักษณะแบบนี้ (ผู้ป่วยที่ปวดอาการไม่วิกฤติ แต่ต้องดูแลคนไข้วิกฤติด้วย เพราะฉะนั้นบางที่เราอาจจะต้องมุ่งไปที่คนไข้วิกฤติมากกว่า เพราะว่ามันจำเป็นและต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างทันทั่วทั้งที่ เพราะฉะนั้นเราดูแลทั้งคนไข้ระยะวิกฤติและคนไข้พักฟื้น มันก็เลยจำกัดตรงนี้ด้วย เวลามันจำกัด มันจำเป็น

(พยาบาลรายที่ 8)

กลุ่มตัวอย่าง 5 ราย มีความคิดเห็นว่าการนำวิธีบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาไปใช้ต้องเป็นผู้ป่วยที่รู้สึกตัว สามารถควบคุมตนเองได้ แต่บางครั้ง เช่น ในไอซียูผู้ป่วยมีสภาพไม่พร้อมที่จะใช้วิธีดังกล่าว เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยหนัก ไม่รู้สึกตัวหรือใส่ท่อทางเดินหายใจ ไม่สามารถสื่อสารได้สะดวก หรือผู้ป่วยมะเร็งที่ปวดมักเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงใช้ยาบรรเทาปวดเพราะไม่อยากให้ผู้ป่วยทรมานจากความปวด หรือบางครั้งผู้ป่วยปวดมากจนใช้วิธีที่ไม่ใช่ยาไม่ได้ผลเพราะกว่าพยาบาลจะรู้ว่าผู้ป่วยปวดก็ต่อเมื่อผู้ป่วยขอยา ดังคำกล่าวที่ว่า

ก็ต้องดูสภาพคนไข้ด้วย คุณความพร้อมของเค้าว่าจะทำได้มั้ย เช่น คนไข้ไม่รู้สึกตัวช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เราก็ใช้วิธีการเหล่านี้ไม่ได้ ต้องเป็นคนไข้ที่รู้สึกตัว รู้เรื่องอยู่ สามารถควบคุมตนเองได้

(พยาบาลรายที่ 3)

ในไอซียูมีข้อจำกัดในการใช้ เช่น ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายน้อยมาก ส่วนใหญ่จะเป็นมะเร็งที่แพทย์ผ่าตัดและออกจากห้องผ่าตัด มาอยู่ใน ไอ ซี ยู ผู้ป่วยส่วนมากอาการวิกฤติ ความปวดมีมากกว่าปกติ ระยะนั้นแพทย์จะให้ยาแก้ปวดผลไว้แล้ว อาจเป็นทั้งชนิดที่ผู้ป่วยควบคุมเองหรือพยาบาลควบคุม ส่วนใหญ่พยาบาลเลือกใช้วิธีการลดปวดด้วยยาก่อน เพราะไม่เช่นนั้นผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานมาก และถ้าใช้วิธีอื่นผู้ป่วยมีสภาพไม่พร้อม

(พยาบาลรายที่ 10)

9. ผลของการบรรเทาปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา

กลุ่มตัวอย่าง 8 ราย มีความคิดเห็นว่าไม่มั่นใจว่าวิธีบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาใช้ได้ผลจริง จึงไม่ได้ปฏิบัติ เพราะยังไม่เห็นรูปแบบและผลของการใช้ที่ชัดเจน ไม่มีหลักฐาน และยังประเมินผลได้ไม่ชัดเจนเนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดอยู่ด้วยจึงไม่ทราบว่ายาหรือวิธีที่ไม่ใช่ยาส่วนที่มีการนำไปใช้นั้นพบว่าใช้ไม่ได้ผลหรือได้ผลในระยะสั้นๆ และถ้าผู้ป่วยปวดรุนแรงก็ใช้ไม่ได้ผล ซึ่งมี 1 รายบอกว่าเคยมีประสบการณ์มาด้วยตนเองที่ใช้สมาธิในการบรรเทาปวดแล้วได้ผลจึง

สนใจศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมและนำมาปฏิบัติแก่ผู้ป่วยด้วยรวมทั้งจัดให้มีโครงการในหอผู้ป่วยด้วย ดังคำกล่าวที่ว่า

กับคนไข้ที่ไข้หวัดใหญ่บ้าง แต่ส่วนใหญ่ก็ไม่ค่อยได้ผลเท่าไร อย่างกรณีที่ว่าคนไข้เค้าทำการรักษาบางอย่าง ปวดหรือเครียดหรือเกร็งมากๆ ก็จะทำให้เค้าอ่อนลมหายใจเข้าออกถี่ๆ ก็จะช่วยได้บ้าง แต่ส่วนใหญ่แล้วไม่ได้ผลมากนัก ก็ต้องรายงานหมอหรือใช้วิธีที่มีประสิทธิภาพมากๆ แล้วในคนไข้ที่ปวดมากๆ นี่การบรรเทาปวดที่ไม่ใช่ยาใช้ได้ผลค่อนข้างน้อย เพราะส่วนใหญ่พอคนไข้ระยะสุดท้ายจริงๆ หมอจะ supportive คนไข้มากกว่า โดยจะรักษาตามอาการคือให้ยา

(พยาบาลรายที่ 3)

สมาธิไม่ได้ใช้ เพราะจริงๆ แล้วที่ว่ามันก็ไม่ได้ผล คนไข้ปวดอยู่จะให้มาสมาธิมันก็คงยาก ซึ่งถ้าถามว่าสมาธิได้ทำมั้ย ตรงนั้นเนี่ย เราจะรู้ว่าคนไข้ปวดก็ต่อเมื่อคนไข้ขอยา ซึ่งระดับคะแนนปวดของเค้าสูงจะให้เค้าไปทำสมาธิอยู่มันก็คงยาก

(พยาบาลรายที่ 5)

ที่ว่าถ้าเราไปแนะนำคนไข้ลองทำนะ และถ้าเกิดทำแล้วได้ผล เค้าก็คงทำต่อ มันอยู่ที่ว่าเค้าทำแล้วมันลดปวดได้จริงรึเปล่า ถ้าลดปวดไม่ได้จริง ต่อไปเราไปแนะนำเค้าคงไม่ปฏิบัติ

(พยาบาลรายที่ 9)

4.2 การอภิปรายผล

การศึกษากการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

4.2.1 การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพต่อวิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา

ผลการศึกษาพบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาได้ในระดับปานกลาง โดยมีความมั่นใจสูงสุดในการปฏิบัติโดยการใช้ความร้อน/ความเย็น รองลงมาคือ การให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย และมีความมั่นใจในการปฏิบัติโดยใช้การจินตภาพและสัมผัสบำบัดต่ำที่สุด ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 94.7 มีการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 76.3 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับวิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา และร้อยละ 91.5 ไม่มีคู่มือหรือเอกสารเกี่ยวกับการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในหอผู้ป่วย สิ่งต่างๆ เหล่านี้มีผลกระทบต่อระดับความรู้ของบุคคล การศึกษาในระดับสูง

ทำให้มีความสามารถที่จะเรียนรู้ รับผิดชอบจนแสวงหาความรู้อยู่เสมอ คู่มือ เอกสาร หรือสื่อต่างๆ รวมทั้งการอบรมต่างๆ เป็นส่วนที่ส่งเสริมให้บุคคลมีความรู้เพิ่มขึ้นจากการมีโอกาสที่จะได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ได้มากขึ้น ทำให้มีความรู้ช่วยส่งเสริมและเป็นข้อมูลช่วยในการตัดสินใจระดับความมั่นใจในการกระทำมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่กลุ่มตัวอย่างบอกว่า เนื่องจากมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอ รู้ครึ่งๆ กลางๆ ไม่ลึกซึ้ง ไม่มั่นใจว่าถูกหลักการหรือไม่ทำให้ไม่มั่นใจในการปฏิบัติ

อีกทั้งแบนดูรา (Bandura, 1997) ได้กล่าวถึง ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ หรือการสังเกตผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จ การได้รับการชักจูง ชี้นำหรือชี้นำด้วยคำพูด ให้มีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถนั้นเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของบุคคล ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จเป็นประสบการณ์โดยตรงของบุคคลนั้น การประสบความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง โดยจะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเอง รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำได้ดังเช่นที่เคยประสบมาก่อน บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ ซึ่งจากข้อมูลทั่วไปพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.6 เคยปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก้ปวด ซึ่งในจำนวนนั้นร้อยละ 83.8 เคยประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ประสบผลสำเร็จทุกครั้งเลย การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมและได้รับผลกระทบที่พึงพอใจ จะทำให้ผู้ที่สังเกตเกิดประสบการณ์ทางอ้อม เกิดความคิดคล้ายตามว่าผู้อื่นทำได้ตนก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ แต่ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 53.4) ไม่เคยเห็นแบบอย่างผู้อื่นประสบผลสำเร็จในการใช้วิธีบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา และแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.3 เคยได้รับการชี้แนะหรือบอกกล่าวว่าจะสามารถใช้วิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาได้ดี อันจะมีผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ก็ตาม แต่การได้รับการชี้แนะหรือชักจูงเพียงอย่างเดียวนั้นอาจไม่ค่อยได้ผลนักในการที่จะทำให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองให้มากกว่านี้ แต่จะต้องอาศัยปัจจัยอื่นๆ ด้วย (Bandura, 1997) จะเห็นได้ว่าปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวมีผลต่อการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างด้วย และแบนดูรายังได้กล่าวว่า ความเชื่อมั่นของบุคคลในการทำกิจกรรมจะผันแปรตามความยากง่ายของกิจกรรมที่จะปฏิบัติ คือถ้าบุคคลประเมินว่ากิจกรรมนั้นง่ายและตนมีความสามารถเพียงพอที่จะส่งผลให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง รวมทั้งถ้ากิจกรรมนั้นเป็นสิ่งที่เคยปฏิบัติและประสบผลสำเร็จมาก่อนก็จะส่งผลให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงด้วย ซึ่งเมื่อพิจารณาวิธีบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาแต่ละวิธีที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความมั่นใจในการปฏิบัติเป็นอันดับแรกๆ ได้แก่ การใช้ความร้อน/ความเย็น การผ่อนคลาย การสัมผัส การเบี่ยงเบนความสนใจ วิธีต่างๆ เหล่านี้เป็นเทคนิคที่ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในการปฏิบัติ พยาบาลส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ มีการ

เรียนรู้ในชั้นเรียนตั้งแต่ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จึงส่งผลให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติ ดังจะเห็นได้จากแหล่งที่มาของความรู้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 63.4 ได้มาจากตำราและหลักสูตรในสถาบันการศึกษา ส่วนการจินตภาพและสัมผัสบำบัดนั้นเป็นเทคนิคที่ยาก มีความซับซ้อน ต้องอาศัยผู้มีความรู้ความชำนาญ ต้องได้รับการฝึกฝนจนเกิดทักษะ พยายามส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้ ไม่มีประสบการณ์ไม่มีแบบอย่างในการปฏิบัติในเรื่องนี้ จึงทำให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำด้วย

4.2.2 การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา

ผลการศึกษาพบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในระดับปานกลาง โดยมีการปฏิบัติสูงสุดในเรื่องการใช้ความร้อน/ความเย็น รองลงมาคือ การสัมผัส และวิธีที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติน้อยที่สุดคือสัมผัสบำบัดและการจินตภาพ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการปฏิบัติวิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาส่วนใหญ่ต้องอาศัยอุปกรณ์ สถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย แต่ทั้งข้อมูลจากการสัมภาษณ์และแบบสอบถามพบว่าร้อยละ 70 และ 61.5 ในหอผู้ป่วยไม่มีอุปกรณ์ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการใช้วิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา (ตามลำดับ) และจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างบอกว่าเนื่องจากมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอ ไม่มั่นใจในการปฏิบัติ การบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาต้องใช้เวลามาก ภาระงานมีมากจึงไม่มีเวลาในการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ อุทุมพร (2544) ที่พบว่าพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย ร้อยละ 87.93 มีปัญหาและอุปสรรคในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลเกี่ยวกับเวลาและภาระงาน คือพยาบาลมีงานประจำมาก มีภาระงานเพิ่มขึ้น จึงต้องใช้เวลาส่วนตัวในการทำงานเฝ้าระวังการติดเชื้อ นอกจากนี้ยังพบว่ามีความไม่มั่นใจว่าวิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาจะใช้ได้ผลจริง การนำไปใช้แล้วไม่ได้ผลหรือได้ผลในระยะสั้น การไม่ค่อยได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยเท่าที่ควร พยาบาลเองไม่ค่อยให้ความสำคัญ จึงไม่ค่อยได้นำวิธีที่ไม่ใช่ยาไปปฏิบัติเพื่อบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษา โดยการสนทนากลุ่มของเฮลมริช และคณะ (Helmrigh et al., 2001) ที่กลุ่มตัวอย่างบอกว่าการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยานั้นต้องอาศัยผู้มีความรู้ความชำนาญ พยาบาลต้องได้รับการฝึกทักษะในการปฏิบัติ ต้องมีหลักฐานที่สนับสนุนถึงผลของการใช้การบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา และมีอุปสรรคในการใช้การบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา คือขาดการสนับสนุนจากองค์กรหรือวิชาชีพ สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลไม่เอื้ออำนวย รวมถึงพยาบาลไม่มีเวลาในการปฏิบัติ เพราะบางครั้งยุ่งมาก และการศึกษาของเฟอร์เรลล์ และคณะ (Ferrell et al., 1990 as cited in Helmrigh et al., 2001) ที่พบว่าผู้ป่วยเพียงร้อยละ 6 เท่านั้นที่ให้การยอมรับการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาที่พยาบาลเสนอให้ใช้

และเมื่อพิจารณาระดับการปฏิบัติในแต่ละวิธีที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติเป็นอันดับแรกๆ ได้แก่ การใช้ความร้อน/ความเย็น การสัมผัส การผ่อนคลาย เนื่องจากวิธีต่างๆ เหล่านี้เป็นเทคนิคที่ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ไม่ต้องอาศัยอุปกรณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยมากนัก จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติวิธีดังกล่าวเป็นอันดับแรกๆ ในทางตรงข้ามสัมผัสบำบัดและการจินตภาพ ซึ่งมีระดับการปฏิบัติเป็นอันดับท้ายสุด เนื่องจากทั้ง 2 วิธีเป็นเทคนิคที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน ต้องอาศัยอุปกรณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย ต้องอาศัยผู้ที่มีความรู้ความชำนาญ ต้องได้รับการฝึกฝน ซึ่งในหลักสูตรการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าจะมีโอกาสได้รับความรู้ในเรื่องนี้น้อยมาก แต่ในระดับปริญญาโทมีโอกาสดูแลได้รับความรู้ในเรื่องนี้มากขึ้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 94.7 มีการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าจึงทำให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติวิธีดังกล่าวเป็นอันดับสุดท้าย

4.2.3 ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปลอดภัยในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปลอดภัยโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา

เมื่อพิจารณาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปลอดภัยในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปลอดภัยโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาทั้งโดยรวม และรายหมวด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง และมีทัศนคติในทางที่เป็นกลาง ทั้งนี้เนื่องจากความรู้และทัศนคติในทางบวกเกิดขึ้นจากความสนใจ การศึกษาค้นคว้า การเรียนรู้ สังเกตหรือประสบการณ์ ซึ่งจากข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 94.7 มีการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า และแม้ว่าร้อยละ 90.1 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยและการบรรเทาความปลอดภัยโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาจากแหล่งต่างๆ โดยส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากตำราและหลักสูตรในสถาบันการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 63.4 แต่ก็อาจจะยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดความรู้และทัศนคติทางบวกในระดับสูงได้ เพราะเนื้อหาเกี่ยวกับการบรรเทาความปลอดภัยโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาส่วนใหญ่ไม่มีในหลักสูตรการเรียนการสอนในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า แต่จะมีการกล่าวถึงเพียงบางวิธีและไม่มียาละเอียดมากนัก นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.3 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับเรื่องนี้ จึงทำให้ความรู้ที่ได้รับจากแหล่งต่างๆ ยังไม่เพียงพอ เนื่องจากความรู้ที่ได้รับส่วนใหญ่ไม่ได้กล่าวถึงการบรรเทาความปลอดภัยที่ไม่ใช่ยาครบทุกวิธี จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้สูงและมีทัศนคติในทางบวกเฉพาะในบางวิธีเท่านั้น ดังจะเห็นได้ว่าเมื่อพิจารณาความรู้และทัศนคติเป็นรายข้อ (ตารางที่ 5) พบว่าข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากเป็นอันดับแรกๆ คือ การทำสมาธิช่วยให้จิตใจสงบ ลดถึงกระตุ้นทางอารมณ์และเพิ่มระดับความอดทนต่อความปลอดภัยได้มากขึ้น การนวดช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อและอาการปวดเมื่อยเพราะการนวดช่วยให้การไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะต่างๆ ดีขึ้น และการทำสมาธิมีผลต่อการหลับเอ็นดอร์ฟิน ซึ่งจะเห็นว่า

ความรู้และทัศนคติในข้อเหล่านี้เป็นความรู้ทางด้านพยาธิวิทยา (pathology) ซึ่งส่วนใหญ่มีการเรียนรู้ในชั้นเรียน และเป็นวิธีดั้งเดิมในสังคมไทย รวมทั้งอาจเห็นบุคคลในครอบครัวปฏิบัติ ส่วนข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยคือ ผู้ที่จะใช้การผ่อนคลายเพื่อบรรเทาความปวดต้องผ่านการฝึกฝนมาอย่างสม่ำเสมอ และวิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้เวลาในการปฏิบัติมาก ทั้งในด้านการฝึกปฏิบัติและการปฏิบัติ ข้อคำถามเหล่านี้นอกจากจะต้องได้รับความรู้มาแล้วยังต้องผ่านการวิเคราะห์ สังเคราะห์ โดยอาศัยประสบการณ์และเวลาจึงจะทำให้เข้าใจหรือมีความรู้สูงและมีทัศนคติในทางบวกได้ ซึ่งจากการศึกษาของทานาเบและบัสชแมนน์ (Tanabe & Buschmann, 2000) พบว่าพยาบาลที่จบการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไปหรือผู้ที่ได้รับการอบรม/สัมมนาเกี่ยวกับการจัดการกับความปวดมีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความปวดสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำกว่าระดับปริญญาโทหรือผู้ที่ไม่ได้รับการอบรม/สัมมนา การศึกษาของบรูนิเออร์ คาร์สัน และแฮร์ริสัน (Bruinier, Carson & Harrison, 1995) ที่พบว่าพยาบาลที่ได้รับการอบรมการจัดการกับความปวดมีความรู้สูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการอบรม และการศึกษาของคลาร์กและคณะ (Clarke et al., 1996) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพระดับปริญญาโทมีระดับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวดสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่า การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของเฮลมริช และคณะ (Helmrigh et al., 2001) ที่กลุ่มตัวอย่างบอกว่า ความรู้เกี่ยวกับการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาบางอย่างมีอยู่ในหลักสูตรบางอย่างก็ไม่มี หากมีการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติอย่างเป็นรูปแบบมากขึ้น ก็จะช่วยให้เกิดผลสำเร็จในการนำไปใช้มากขึ้น จึงควรให้ความสำคัญกับการฝึกปฏิบัติ และจากการที่ร้อยละ 91.5 ไม่มีคู่มือหรือเอกสารเกี่ยวกับการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในหอผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่าแหล่งข้อมูลในการค้นคว้าหาความรู้ด้วยตนเองในหน่วยงานยังมีน้อยมาก ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความสำคัญต่อการศึกษาค้นคว้า ทบทวนความรู้ความเข้าใจ อันจะนำไปสู่การมีความรู้สูงและมีทัศนคติในทางบวกได้ และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.1) มีความสนใจต่อการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในระดับปานกลางเท่านั้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความกระตือรือร้นในการค้นคว้าหาความรู้ไม่มากนัก อีกทั้งอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 32 ปี และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเฉลี่ย 7.28 ปี ซึ่งในช่วงประมาณ 10 ปีที่ผ่านมาเรื่องความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยามีการพูดถึงกันน้อยมาก เริ่มมีการส่งเสริมรณรงค์ในเรื่องนี้กันเมื่อประมาณ 2-3 ปีที่ผ่านมา ซึ่งอาจทำให้ข้อเท็จจริงที่ได้รับและการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาอาจจะยังไม่ทั่วถึง และจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 9 ราย บอกว่าตนเองมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอ เพราะไม่ค่อยได้ศึกษาเรียนรู้ อาจารย์หรือผู้ชำนาญมีน้อย ไม่มีบุคลากรมาสอน แหล่งความรู้ในหน่วยงานมีน้อย ความรู้ที่มีอยู่นั้นได้มาจากการเรียนในหลักสูตรและประสบการณ์ที่เคย

เห็นผู้ป่วยหรือพยาบาลคนอื่นทำ ซึ่งจะต้องศึกษาเพิ่มเติมอีกมาก กลุ่มตัวอย่างยังได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีเอกสาร ตำรา คู่มือ ในหอผู้ป่วย มีการให้ความรู้จัดอบรมและฝึกปฏิบัติแก่เจ้าหน้าที่ เพื่อให้ทุกคนสามารถนำไปปฏิบัติได้และช่วยให้ทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวดของบุคลากรดีขึ้น อีกทั้งวิธีบรรเทาปวดที่ไม่ใช่ยายังไม่ค่อยเป็นที่นิยม ในโรงพยาบาลจะนิยมและให้ความสำคัญกับการใช้ยามากที่สุด จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในระดับปานกลางและมีทัศนคติในทางที่เป็นกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของคลาร์กและคณะ (Clarke et al., 1996) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้ไม่เพียงพอและมีทัศนคติที่ไม่ดีเกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวด การศึกษาของสโลแมน อเฮิร์น ไรท์ และบราวน์ (Sloman, Ahern, Wright & Brown, 2001) ที่พบว่าพยาบาลยังมีความรู้เกี่ยวกับความปวดและการจัดการกับความปวดในผู้สูงอายุไม่เพียงพอ และการศึกษาของบรูนิเยอร์ คาร์สัน และแฮร์ริสัน (Bruinier, Carson & Harrison, 1995) ที่พบว่าพยาบาลมีความรู้ไม่เพียงพอและมีทัศนคติที่ไม่ดีเกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวดไม่เพียงพอ

4.2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ กับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพกับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาทุกวิธี มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำถึงปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมาก ส่วนพยาบาลวิชาชีพที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำจะมีการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยน้อย ทั้งนี้เนื่องจาก การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตัดสินใจว่าตนเองจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถเพียงใดนั้นจะเป็นตัวบ่งชี้ว่าบุคคลจะมีความพยายามในการกระทำนั้นมากน้อยเพียงใด ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนเองไม่สามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ ก็จะรู้สึกกลัวและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ กิจกรรมนั้นๆ แต่ถ้าบุคคลใดมั่นใจว่าสามารถจะปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ ก็จะไม่รู้สึกกลัวที่จะปฏิบัติและยังทำให้เกิดความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ อีกด้วย (Bandura, 1977) การรับรู้ความสามารถของตนเองจึงมีผลต่อพฤติกรรมกระทำหรือการปฏิบัติต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของรวิชา (2545) ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินของสตรีวัยกลางคน ($r=0.67, P=0.01$) การศึกษาของสุพรรณิ (2542) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่น ($r=0.55, P=0.001$) การศึกษาของเบญจวรรณ (2543) ที่พบว่าการรับรู้

ความสามารถของตนเองผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึง ภายนอกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

4.2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา กับการรับรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแต่ละวิธี มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้ความสามารถต่อการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดแต่ละวิธี แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สูงและมีทัศนคติในทางบวกไม่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหลายประการ ซึ่งแบนดูรา (Bandura, 1997) ได้เสนอว่ามีอยู่ด้วยกัน 4 ปัจจัย คือ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ หรือการสังเกตผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จ การได้รับการชักจูงหรือชี้แนะด้วยคำพูด และสภาวะทางด้านร่างกายและจิตใจ โดย ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรง และความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง โดยจะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเอง รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำได้ดังเช่นที่เคยประสบมาก่อน บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลเคยประสบกับความล้มเหลวในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ มาก่อนจะทำให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำ ในที่สุดจะไม่กล้าปฏิบัติกิจกรรมนั้นอีก ในการศึกษาครั้งนี้แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.6 เคยปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา ในจำนวนนี้ไม่มีผู้ที่เคยประสบผลสำเร็จทุกครั้งเลย และร้อยละ 83.8 เคยประสบผลสำเร็จเป็นบางครั้ง การมีประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จเป็นบางครั้งนั้นอาจจะยังไม่เพียงพอในการทำให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยในระดับสูงได้ และจากการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสบการณ์ในการปฏิบัติและการประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติ กับการรับรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพต่อการปฏิบัติ (ตารางที่ 13 และ 14) พบว่าประสบการณ์ในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติโดยใช้ความร้อน/ความเย็น การประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยทั่วไป และการใช้ความร้อน/ความเย็น ซึ่งอธิบายได้ว่าประสบการณ์ในการปฏิบัติที่พยาบาลวิชาชีพมีนั้น ส่วนใหญ่เป็นประสบการณ์ในการใช้ความร้อน/ความเย็น เพราะดูจากระดับการการปฏิบัติพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติโดยใช้ความร้อน/ความเย็นและการปฏิบัติโดยทั่วไป เป็นอันดับที่ 1 และ 3 ตามลำดับ การใช้ความร้อน/ความเย็นเป็นวิธีที่ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ไม่ต้องใช้

เวลา ไม่ต้องอาศัยสถานที่หรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย แต่ละหอพ่วยก็มีอุปกรณ์อยู่แล้ว ส่วนการปฏิบัติโดยทั่วไปก็เป็นสิ่งที่ไม่ยุ่งยาก ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ พยายามจึงปฏิบัติและประสบผลสำเร็จกันมาก ประสบการณ์นี้จึงมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติวิธีการดังกล่าว (หรืออาจกล่าวได้ว่ามีส่วนส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติวิธีการดังกล่าวเพิ่มขึ้นได้)

การใช้ตัวแบบหรือการสังเกตผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จ มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองเนื่องจากการที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมจะทำให้ผู้ที่สังเกตเกิดประสบการณ์ทางอ้อม เกิดความคิดคล้อยตามว่าผู้อื่นทำได้ตนก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46.6 เคยเห็นแบบอย่างผู้อื่นประสบผลสำเร็จในการใช้วิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา และการเห็นแบบอย่างผู้อื่นประสบผลสำเร็จมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยทั่วไป การเบี่ยงเบนความสนใจ การใช้ความร้อน/ความเย็น และการใช้คนตรีบำบัด (ตารางที่ 12) ซึ่งอธิบายได้ว่าการใช้ความร้อน/ความเย็น การเบี่ยงเบนความสนใจ และการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยทั่วไป เทคนิคเหล่านี้เป็นเทคนิคที่ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เมื่อพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างได้เห็นแบบอย่างแล้วก็สามารถส่งผลต่อความรู้สึกว่าตนเองสามารถทำได้แน่นอน แต่สัมผัสบำบัด การจินตภาพ สมาธิบำบัด และการนวด วิธีเหล่านี้เพียงแค่นี้เห็นแบบอย่างผู้อื่นประสบผลสำเร็จนั้นยังไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถทำได้หากไม่ได้รับการฝึกฝนให้เกิดทักษะ มีความชำนาญเกิดขึ้น รวมทั้งวิธีต่างๆ เหล่านี้จากประสบการณ์ของผู้วิจัยพบว่าส่วนใหญ่เป็นการปฏิบัติหรือนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยมากกว่าการนำไปใช้หรือปฏิบัติจริงในคลินิกอย่างต่อเนื่องและจริงจัง จึงทำให้การเห็นแบบอย่างการปฏิบัติวิธีเหล่านี้เพียงบางครั้งหรือนานๆ ครั้ง จึงไม่ก่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติได้ ซึ่งจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างบอกว่าพยาบาลไม่มีทักษะในการปฏิบัติ เทคนิคบางอย่างต้องฝึกฝนให้เกิดความชำนาญ ถ้าไม่ได้ฝึกปฏิบัติก็มีความยากลำบากในการนำไปปฏิบัติจริง

การได้รับการชักจูงหรือชี้แนะด้วยคำพูด เป็นการได้รับการบอกว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ การรับรู้ความสามารถของตนเองเกิดขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงได้ จากการที่บุคคลได้รับการชักจูงหรือชี้แนะให้มีความเชื่อว่าเขามีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ แบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่า การใช้คำพูด ชักจูงนั้นไม่ค่อยได้ผลนักในการที่จะทำให้คนเราสามารถพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ถ้าจะให้ได้ผลควรใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอนพร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997) ซึ่งแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.3 เคยได้รับการบอกกล่าว

ว่าสามารถที่จะใช้การบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาได้ดี และการได้รับการชักจูงหรือบอกกล่าวมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยการให้ผู้ป่วยใช้สมาธิ (ตารางที่ 15) แต่ทั้งนี้ก็ต้องอาศัยประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ ซึ่งไม่มีผู้ที่ประสบผลสำเร็จทุกครั้งเลย อีกทั้งต้องอาศัยระยะเวลาในที่จะให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

สภาวะทางด้านร่างกายและจิตใจ ความแข็งแรงทางร่างกาย ภาวะสุขภาพ และการเผชิญความเครียดต่างๆ มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง จากการศึกษาครั้งนี้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างไม่มีการกล่าวถึงปัจจัยในเรื่องนี้เลย แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างอาจไม่มีปัญหาในเรื่องนี้ และจากประสบการณ์ของผู้วิจัยพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ก็มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดีพร้อมสำหรับการปฏิบัติหน้าที่ในการให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยอยู่แล้ว

4.2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา กับการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแต่ละวิธีมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดแต่ละวิธี ยกเว้น ความรู้และทัศนคติกับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยการผ่อนคลายมีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่าพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สูงและมีทัศนคติในทางบวกเกี่ยวกับการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาอาจจะไม่ได้ปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วย ยกเว้นการผ่อนคลาย ทั้งนี้เนื่องจากการปฏิบัติวิธีเหล่านั้นนอกจากการมีความรู้สูงและมีทัศนคติในทางบวกมีการรับรู้ความสามารถของตนเองว่าสามารถทำได้แล้ว ยังมีปัจจัยอื่นๆ มาเกี่ยวข้องด้วย เช่น มีทักษะในการปฏิบัติ มีเวลา มีอุปกรณ์เพียงพอ มีสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย และที่สำคัญคือโอกาสในการปฏิบัติ เพราะแม้ว่าจะมีความรู้และทัศนคติที่ดี มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีทักษะในการปฏิบัติ มีเวลา มีอุปกรณ์เพียงพอ มีสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย แต่หากไม่มีโอกาสในการปฏิบัติ อาจเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมีน้อย สภาพผู้ป่วยไม่เหมาะสมหรือผู้ป่วยและญาติไม่ยอมรับก็จะทำให้พยาบาลไม่ได้ปฏิบัติวิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา สอดคล้องกับคำกล่าวของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่ว่าการเรียนรู้มันไม่จำเป็นที่จะต้องพิจารณาในแง่ของการแสดงออกหรือพฤติกรรม หากแต่ว่าการได้มาซึ่งความรู้ใหม่ๆ ถือว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้ว แม้ว่าจะยังไม่มีการแสดงออกก็ตาม การเรียนรู้มักคู่กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในโดยไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก หากแต่บุคคลจะแสดงออกก็ต่อเมื่อมีโอกาสที่เหมาะสม จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างบอกว่า ไม่มีทักษะในการปฏิบัติจึงไม่ได้นำไปใช้กับผู้ป่วย เทคนิคบางอย่างต้องฝึกฝนให้เกิดความชำนาญ ถ้าไม่ได้ฝึก

ปฏิบัติก็จะมีความยากลำบากในการนำไปปฏิบัติจริง และหากเคยมีประสบการณ์ในรายที่ผ่านมาก็จะทำให้สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยรายต่อไปได้ ไม่มีอุปสรรคหรือสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ บางอย่างมีบ้างแต่ไม่เพียงพอ เช่น ไม่มีห้องทำสมาธิ ไม่มีเครื่องเล่นเทป หูฟัง สถานที่และสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย ไม่มีเวลาในการปฏิบัติ และโอกาสในการปฏิบัติมีน้อย เพราะผู้ป่วยที่ต้องใช้วิธีบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยามีน้อยหรือผู้ป่วยมีสภาพไม่พร้อมที่จะใช้การบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา เช่น ผู้ป่วยหนัก ไม่รู้สึกตัว ใต้ออกทางเดินหายใจ ไม่สามารถสื่อสารได้สะดวก รวมทั้งผู้ป่วยและญาติไม่ค่อยยอมรับวิธีบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาแต่ยึดติดกับการใช้ยามากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของเฮลมริช และคณะ (Helmrigh et al., 2001) ที่กลุ่มตัวอย่างบอกว่า แม้การบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาจะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากแต่การนำไปใช้จะไม่สำเร็จหากผู้ป่วยไม่เชื่อถือนวิธีการเหล่านั้น และผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลคาดหวังว่าจะได้รับการดูแลด้วยยามิใช่ในทางตรงข้ามกัน ผู้ป่วยบางคนไม่ยอมรับวิธีอื่นๆ เลยนอกจากยาเท่านั้น จะเห็นว่าสิ่งต่างๆ ที่กล่าวมาล้วนมีผลในการขัดขวางการปฏิบัติของพยาบาลทั้งสิ้น จึงทำให้ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแต่ละวิธีไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดแต่ละวิธี (ยกเว้นความรู้และทัศนคติกับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยการผ่อนคลายมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) สอดคล้องกับการศึกษาของเฮาเวลล์ บัทเลอร์ วินเซนท์ วัตต์-วัตสัน และสตีร์น (Howell, Butler, Vincent, Watt-Watson & Stearn, 2000) ที่พบว่าความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการจัดการกับความปวดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการกับความปวดของพยาบาล การศึกษาของดัลตันและคณะ (Dalton et al., 1996) ที่พบว่าหลังโปรแกรมการให้ความรู้พยาบาลมีคะแนนการจัดการกับความปวดเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการกับความปวดแก่ผู้ป่วยและการบันทึก การศึกษาของอุทุมพร (2544) ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย การศึกษาของรัชตวรรณ (2543) ที่พบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ การศึกษาของสุริย์ (2542) ที่พบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการระบบควบคุมคุณภาพการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย

การที่ความรู้และทัศนคติกับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยการผ่อนคลายมีความสัมพันธ์กันทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า เมื่อพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สูงและมีทัศนคติในทางบวกเกี่ยวกับการบรรเทาความปวดโดยการผ่อนคลาย ก็จะปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการผ่อนคลายมากขึ้น เนื่องจากเป็นเทคนิคที่ง่าย ไม่ซับซ้อน ไม่ต้องมีทักษะมากนัก ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ เป็นเทคนิคที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้เลย โดยเฉพาะเมื่อพิจารณารายชื่อ

พบว่าเทคนิคการผ่อนคลายที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติในระดับมากคือ เทคนิคการบริหารการหายใจเป็นจังหวะ และการหายใจลึกช้าและสม่ำเสมอ ซึ่งทั้ง 2 เทคนิคนี้เป็นเทคนิคที่ง่าย พยาบาลส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้โดยไม่ต้องอาศัยอุปกรณ์ใดๆ สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนาวดี และปีทมา (2542) ที่พบว่าความรู้กับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดจากหัตถการในทารก มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของนุชขงค์ (2544) ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การศึกษาของรัชตวรรณ (2543) ที่พบว่าทัศนคติต่อการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยกับการปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กันทางบวก ($r=0.63, P<0.01$) การศึกษาของสุริย์ (2542) ที่พบว่าทัศนคติต่อการควบคุมคุณภาพการพยาบาลกับการจัดระบบควบคุมคุณภาพการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กันทางบวก ($r=0.30, P<0.001$) และการศึกษาของศรัณยา (2543) ที่พบว่าความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์กันทางบวกกับการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ($r=0.21$ และ 0.26 ตามลำดับ $P<0.05$) สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า ความรู้ก่อให้เกิดความเข้าใจ เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมและก่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติ เนื่องจากความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้ทราบว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไรและต้องปฏิบัติได้จริง นอกจากนั้นการที่บุคคลได้รับความรู้ใหม่เข้ามาและนำมารวมกับความรู้เดิมที่มีอยู่ ก่อให้เกิดความเข้าใจ มีการเปลี่ยนทัศนคติและความเชื่อแล้วสร้างเป็นแบบแผนการปฏิบัติของตนเอง ความรู้จึงเป็นเครื่องชี้วัดและนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง (วรรณวิไล, 2527 อ้างตาม รัตนาวดี และปีทมา, 2542) และทัศนคติเป็นความเชื่อของบุคคลที่มีผลทำให้บุคคลพร้อมที่จะกระทำสิ่งใดๆ เป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลที่จะแสดงหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ (จิระวัฒน์ , 2538; โปศาล, 2526)

4.2.7 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ประสบการณ์การทำงาน กับการรับรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ

ผลการศึกษาพบว่า อายุ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ประสบการณ์ในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำถึงต่ำมาก อย่างไรก็ตามมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้ความสามารถต่อการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาโดยทั่วไป การเบี่ยงเบนความสนใจ การผ่อนคลาย การใช้ความร้อน/ความเย็น และการสัมผัส แสดงว่าไม่ว่าพยาบาลวิชาชีพจะมีอายุมากหรือน้อยก็ไม่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถต่อการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาโดยทั่วไป การเบี่ยงเบนความสนใจ การผ่อนคลาย การใช้ความร้อน/ความเย็น และการสัมผัส ทั้งนี้เนื่องจากแม้ว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งหรือระยะเวลาในการทำงานจะมากขึ้น ก็ไม่มีผลต่อการรับรู้

ความสามารถต่อการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาโดยทั่วไป การเบี่ยงเบนความสนใจ การผ่อนคลาย การใช้ความร้อน/ความเย็น และการสัมผัส แต่การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ ด้วย ซึ่งพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติวิธีดังกล่าวส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ปานกลาง (ตารางที่ 3) ส่วนใหญ่ประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยเห็นแบบอย่าง ผู้อื่นประสบผลสำเร็จในการใช้วิธีบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา จึงทำให้มีระดับการรับรู้ความสามารถที่ไม่เปลี่ยนแปลง เพราะประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จและการใช้ตัวแบบหรือการสังเกตผู้อื่นที่ ประสบผลสำเร็จ ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997)

อายุ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ประสบการณ์ในการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้ความสามารถต่อการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวด โดยการใช้ดนตรีบำบัด การนวด สมာธิบำบัด การจินตภาพ และสัมผัสบำบัด (ยกเว้น ประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับสัมผัสบำบัด ประสบการณ์ในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการปฏิบัติโดยใช้ดนตรีบำบัด อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ) แสดงว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง หรือประสบการณ์ในการทำงานมากจะมีการรับรู้ความสามารถต่อการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวด โดยการใช้ดนตรีบำบัด การนวด สมาธิบำบัด การจินตภาพ และสัมผัสบำบัดน้อย ในทางตรงกันข้าม พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ประสบการณ์ในการทำงานน้อยจะมีการรับรู้ความสามารถต่อการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยการใช้ดนตรีบำบัด การนวด สมาธิบำบัด การจินตภาพ และสัมผัสบำบัดมาก ทั้งนี้เนื่องจาก พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุ ประสบการณ์การดูแล ผู้ป่วยมะเร็ง ประสบการณ์ในการทำงานมากนั้น ความรู้เกี่ยวกับการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาซึ่งได้แก่ ดนตรีบำบัด การนวด สมาธิบำบัด การจินตภาพ และสัมผัสบำบัด วิธีเหล่านี้ยังใหม่ ไม่มีในหลักสูตรการเรียนการสอนในสมัยก่อน จึงเป็นสิ่งใหม่ ความรู้ใหม่สำหรับผู้ที่มีอายุมาก และวิธีเหล่านี้ล้วนเป็นวิธีที่ยุ่งยากซับซ้อน ต้องมีการเรียนรู้จากผู้ชำนาญ มีการฝึกฝน มีการเรียนรู้รับรู้ว่า ถูกต้อง หากมีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องก็จะทำให้มีความรู้และทัศนคติที่ไม่ถูกต้องตามมา นำไปสู่การ ปฏิบัติที่ไม่ประสบผลสำเร็จ ทำให้ไม่มั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติวิธีเหล่านั้นได้ดี จึงส่งผลให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง แตกต่างกับพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุน้อย ซึ่งยังมีโอกาสในการ เรียนรู้สิ่งต่างๆ ด้วยตนเองน้อย ความรู้ที่มีอยู่ส่วนใหญ่ได้มาจากการเรียนในหลักสูตร ได้รับการ ถ่ายทอดมาจากอาจารย์ที่มีความรู้ความชำนาญและมีประสบการณ์ ทำให้มีความรู้สูงและมีทัศนคติ ในทางบวก เพราะมีต้นแบบที่ดี เมื่อนำไปปฏิบัติจึงเกิดผลสำเร็จ ส่งผลให้มีการรับรู้ความสามารถ ของตนเองเพิ่มขึ้น

อีกทั้งจากผลของการใช้การบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างบอกว่าจากการนำไปใช้แล้วพบว่าใช้ไม่ได้ผลหรือได้ผลในระยะสั้นๆ ถ้าผู้ป่วยปวดรุนแรงก็ใช้ไม่ได้ผล ซึ่งเมื่อก่อนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ประสบการณ์ในการทำงานมากขึ้นจึงต้องประสบกับปัญหาดังกล่าวมากด้วย ทำให้ไม่มั่นใจในการใช้วิธีการดังกล่าว จึงส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองด้วย แต่พยาบาลวิชาชีพที่อายุน้อย เพิ่งทำงานหรือทำงานได้ไม่นานนักส่วนใหญ่ยังมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน มีความสนใจงานรวมทั้งมีความคิดเห็นด้านบวกต่องาน ยังมีประสบการณ์การใช้วิธีการดังกล่าวไม่มากนักจึงอาจจะยังไม่ประสบกับความล้มเหลวหรือปัญหาเรื่องผลของการลดความปวดจากวิธีการดังกล่าว ทำให้ยังรู้สึกมั่นใจว่าวิธีการดังกล่าวใช้ได้ผลจริง จึงส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจวรรณ (2543) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก

4.2.8 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ประสบการณ์การทำงาน กับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง

ผลการศึกษาพบว่าอายุ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ประสบการณ์ในการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยโดยการเบี่ยงเบนความสนใจ การผ่อนคลาย การใช้ดนตรีบำบัด และการนวด แสดงว่าพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ประสบการณ์ในการทำงานมากขึ้นจะปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยโดยการเบี่ยงเบนความสนใจ การผ่อนคลาย การใช้ดนตรีบำบัด และการนวดลดลง ในทางกลับกันพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ประสบการณ์ในการทำงานน้อยจะปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยโดยการเบี่ยงเบนความสนใจ การผ่อนคลาย การใช้ดนตรีบำบัด และการนวดมาก ทั้งนี้เนื่องจากการที่กลุ่มตัวอย่างนำวิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาไปปฏิบัติแก่ผู้ป่วยแล้วพบว่าใช้ไม่ได้ผลหรือได้ผลในระยะสั้นๆ ถ้าผู้ป่วยปวดรุนแรงก็ใช้ไม่ได้ผล ซึ่งเมื่อก่อนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ประสบการณ์ในการทำงานมากขึ้นจึงต้องประสบกับปัญหาดังกล่าวมากด้วย ทำให้ไม่มั่นใจในการใช้วิธีการดังกล่าว จึงส่งผลให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง จึงเกิดความข้อยกในการปฏิบัติ ทำให้ไม่ปฏิบัติตามวิธีดังกล่าวหรือปฏิบัติน้อยลง แต่พยาบาลวิชาชีพที่อายุน้อย เพิ่งทำงานหรือทำงานได้ไม่นานนัก ส่วนใหญ่ยังมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน มีความสนใจงานรวมทั้งมีความคิดเห็นด้านบวกต่องาน ยังมีประสบการณ์การใช้วิธีการดังกล่าวไม่มากนักจึงอาจจะยังไม่ประสบกับความล้มเหลวหรือปัญหาเรื่องผลของการลดความปวดจากวิธีการดังกล่าว ทำให้ยังรู้สึก

มั่นใจว่าวิธีการดังกล่าวใช้ได้ผลจริง จึงส่งผลให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง ทำให้มีการปฏิบัติวิธีดังกล่าวมากขึ้นด้วย และจากผลการศึกษาที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุ ประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ประสบการณ์ในการทำงานมากขึ้น มีการรับรู้ความสามารถต่อการใช้คนตรีบำบัด การนวดกดจุดจึงส่งผลให้มีการปฏิบัติลดลงด้วย

อายุ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ประสบการณ์ในการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับต่ำถึงต่ำมาก อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยโดยทั่วไป การใช้ความร้อน/ความเย็น สมาริบำบัด การจินตภาพ การสัมผัส และสัมผัสบำบัด (ยกเว้น อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยโดยการสัมผัส และสัมผัสบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประสบการณ์ในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยโดยการใช้ความร้อน/ความเย็น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) แสดงว่าไม่ว่าพยาบาลวิชาชีพจะมีอายุ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ประสบการณ์ในการทำงานมากขึ้นหรือน้อยลงก็ไม่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยโดยทั่วไป การใช้ความร้อน/ความเย็น สมาริบำบัด การจินตภาพ การสัมผัส และสัมผัสบำบัด ทั้งนี้เนื่องจากไม่ว่าพยาบาลวิชาชีพจะมีอายุ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ประสบการณ์ในการทำงานมากหรือน้อยก็ไม่มีผลต่อการปฏิบัติวิธีการดังกล่าว แต่อาจขึ้นกับปัจจัยอื่นๆ เช่น ความตั้งใจในการปฏิบัติ ความตระหนักถึงความสำคัญและประโยชน์ของการปฏิบัติ หากพยาบาลวิชาชีพมีสิ่งเหล่านี้สูงก็จะทำให้มีการปฏิบัติสูงด้วย อีกทั้งการปฏิบัติโดยทั่วไป การใช้ความร้อน/ความเย็น การสัมผัส พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติเป็นอันดับที่ 1-3 ของวิธีการทั้งหมด เพราะเป็นวิธีการที่ง่าย ไม่ยุ่งยากในการปฏิบัติ สามารถปฏิบัติได้โดยไม่ต้องอาศัยประสบการณ์มากนัก และมักใช้ได้ผลในการบรรเทาความปวด ซึ่งหากพยาบาลวิชาชีพมีความตั้งใจจริงที่จะปฏิบัติก็สามารถปฏิบัติได้ ส่วนสมาริบำบัด การจินตภาพ สัมผัสบำบัดนั้น เป็นวิธีที่ยุ่งยาก ซับซ้อนในการปฏิบัติ แม้ว่าพยาบาลวิชาชีพจะมีอายุ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ประสบการณ์ในการทำงานมากก็ไม่ก่อให้เกิดการปฏิบัติได้หากไม่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติ ไม่มีสถานที่หรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย และที่สำคัญคือต้องมีทักษะความชำนาญในการปฏิบัติด้วย จึงจะสามารถปฏิบัติวิธีดังกล่าวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา (2537) ที่พบว่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ ตามหลักการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล และการศึกษาของวัฒนาวรรณ (2544) ที่พบว่า อายุและระยะเวลาในการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของพรพรรณ (2535) ที่พบว่าประสบการณ์การปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด

4.2.9 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ประสบการณ์การทำงาน กับ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา

ผลการศึกษาพบว่า อายุ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และประสบการณ์ในการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา อย่างไรก็ตามไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง หรือประสบการณ์ในการทำงานมากขึ้นไม่ได้มีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาดีขึ้นด้วย ทั้งนี้ อาจเนื่องจาก แม้พยาบาลวิชาชีพจะมีอายุเพิ่มขึ้นก็ตามแต่ส่วนใหญ่ร้อยละ 94.7 มีการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 76.3 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา ร่วมกับการที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 53.1) มีความสนใจต่อการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในระดับปานกลางจึงทำให้มีความกระตือรือร้นในการไขว่คว้าหาความรู้ไม่มากเท่าที่ควรทำให้ไม่มีการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม ไม่มีโอกาสได้รับความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา ซึ่งในหลักสูตรในระดับปริญญาตรีนั้นไม่มีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องนี้มากนัก และที่มีอยู่ในหลักสูตรก็ไม่ได้มีรายละเอียดลึกซึ้ง จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุมากขึ้นไม่มีความรู้และทัศนคติที่ดีขึ้น แม้ร้อยละ 90.1 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาก็ตามแต่ความรู้ที่ได้รับเหล่านั้นอาจจะไม่ละเอียดลึกซึ้งหรือแตกต่างจากความรู้ที่มีอยู่เดิมมากนัก อาจเป็นเพียงความรู้เบื้องต้นเท่านั้น จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพไม่มีความรู้และทัศนคติที่ดีขึ้น และแม้พยาบาลวิชาชีพจะมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และประสบการณ์ในการทำงานมากขึ้นก็ไม่ทำให้มีความรู้และทัศนคติที่ดีขึ้นด้วย ทั้งนี้เนื่องจาก แม้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยหรือระยะเวลาในการทำงานมากขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเฉลี่ย 7.28 ปี มีประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 9.35 ปี ซึ่งในช่วงประมาณ 10 ปีที่ผ่านมาเรื่องความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยามีการพูดถึงกันน้อยมากเพียงจะมีการส่งเสริมเกี่ยวกับเรื่องนี้กันอย่างจริงจังเมื่อประมาณ 2-3 ปีที่ผ่านมาเอง ระยะเวลาเพียง 2-3 ปีอาจจะไม่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ทำให้เกิดความรู้และทัศนคติที่ดีและยั่งยืนได้ และสืบเนื่องจากการที่พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ยังไม่เห็นรูปแบบและผลของการใช้วิธีบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาที่ชัดเจน ไม่มีหลักฐานแน่ชัดทำให้ไม่มั่นใจว่าใช้ได้ผลจริง จึงทำให้พยาบาลและบุคลากรอื่นไม่มีความเชื่อถือ ศรัทธาในวิธีการเหล่านี้แต่ยังคงยอมรับและเชื่อถือการใช้ยามากกว่า จึงไม่ได้ปฏิบัติวิธีเหล่านี้ จึงทำให้ไม่มีประสบการณ์ ไม่มีความรู้และทัศนคติที่ดีขึ้น รวมทั้งหากพยาบาลไม่มีความสนใจในการค้นคว้าหาความรู้ไม่ลองปฏิบัติเพื่อให้เกิดประสบการณ์ในการนำไปใช้ แต่ให้การดูแลผู้ป่วยไปตามหน้าที่ (routine) โดยการให้ยาเท่านั้น ก็จะไม่ทำให้เกิดการเพิ่มพูนความรู้หรือทัศนคติในทางบวกได้ ซึ่งจากการ

สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างบอกว่าการปฏิบัติขึ้นอยู่กับความสนใจของแต่ละบุคคล ผู้ที่ไม่สนใจก็จะปฏิบัติตามที่เคยปฏิบัติมาก่อน ทำไปตามหน้าที่ เพราะมีเขาแก้ปวดให้อยู่แล้ว ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของทานาเบและบัสชแมน (Tanabe & Buschmann, 2000) ที่พบว่าอายุ ประสิทธิภาพการทำงาน และประสพการณ์ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการจัดการกับความปวดของพยาบาลวิชาชีพในแผนกฉุกเฉิน แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของสโลแมน อเฮอร์น ไรท์ และบราวน์ (Sloman, Ahern, Wright & Brown, 2001) ที่พบว่าพยาบาลที่มีประสพการณ์การทำงานมากมีความรู้เกี่ยวกับความปวดและการจัดการกับความปวดในผู้สูงอายุมากกว่าพยาบาลที่มีประสพการณ์การทำงานน้อย และผลการศึกษาของจรีวัตธร อรพินธ์ และอุษาพร (2535) ที่พบว่าพยาบาลที่มีประสพการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองจากโรคเอดส์อยู่ในระดับดีกว่าพยาบาลที่ไม่มีประสพการณ์ ซึ่งอาจเนื่องจากประสพการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นประสพการณ์ตรงที่พยาบาลจำเป็นต้องเรียนรู้เรื่องโรคเอดส์และการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์เพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและป้องกันการแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นและตนเอง เพราะช่วงนั้นโรคเอดส์เป็นโรคที่ค่อนข้างใหม่ และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อาจติดโรคได้หากไม่มีความรู้และการป้องกันที่เพียงพอ ส่วนการศึกษาของบรูนิเออร์ คาร์สัน และแฮร์ริสัน (Bruinier, Carson & Harrison, 1995) ก็พบความสัมพันธ์ระหว่างประสพการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดกับความรู้และทัศนคติ คือพบว่าพยาบาลที่มีประสพการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดน้อยกว่ามีความรู้และทัศนคติดีกว่าพยาบาลที่มีประสพการณ์มากกว่า

นอกจากปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น จากการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมโดยพิจารณาปัจจัยด้านประสพการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยที่ต่างกันของกลุ่มตัวอย่างพบว่าประสพการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยที่ต่างกันไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถ หรือการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา ยกเว้นเรื่องการเบี่ยงเบนความสนใจ ซึ่งพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนรีเวชกรรมกับอายุรกรรม นรีเวชกรรมกับพิเศษ ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนรีเวชกรรมและศัลยกรรมมีมากกว่าหอผู้ป่วยอื่นๆ หรือในหอผู้ป่วยศัลยกรรม หออภิบาลผู้ป่วยหนัก และหอผู้ป่วยนรีเวชกรรมมีจำนวนผู้ป่วยที่มีความปวดมากกว่าหอผู้ป่วยอื่นๆ พยาบาลวิชาชีพจึงมีโอกาสในการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยการเบี่ยงเบนความสนใจหรือได้เห็นแบบอย่างการปฏิบัติมาก จึงก่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ มีการรับรู้ความสามารถต่อการปฏิบัติมากขึ้น นำไปสู่การปฏิบัติมากขึ้นด้วย อีกทั้งการเบี่ยงเบนความสนใจ (จากแบบสอบถาม) อันได้แก่ การพูดคุยกับผู้ป่วย การให้ผู้ป่วยอ่านหนังสือหรือร้องเพลง วิธีเหล่านี้เป็นเทคนิคที่ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในการปฏิบัติ ไม่ต้องอาศัยอุปกรณ์มาก โดยเฉพาะจากการวิเคราะห์ระดับการปฏิบัติรายข้อและจากการสัมภาษณ์พบว่า

กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ โดยการพูดคุยกับผู้ป่วยสูงสุด เพราะไม่ต้องอาศัยอุปกรณ์ใดๆ พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้เลย โดยเฉพาะในหออภิบาลผู้ป่วยหนักซึ่งในแต่ละเวรมีพยาบาลวิชาชีพจำนวนมากจึงมีเวลาปฏิบัติมากด้วยหรือในหอผู้ป่วยนรีเวชกรรมซึ่งผู้ป่วยมีอาการไม่วิกฤติมากนักพยาบาลวิชาชีพจึงสามารถปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยการเบี่ยงเบนความสนใจได้มาก จึงอาจทำให้พบความแตกต่างดังกล่าว อย่างไรก็ตามในการแปลผลข้อมูลส่วนนี้อาจมีความคลาดเคลื่อน เนื่องจากข้อมูลที่วิเคราะห์อาจไม่เป็นไปตามของดกลองเบื้องต้นของสถิติที่ใช้

การศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง การปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา และความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความสามารถกับการปฏิบัติทุกวิธีมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถ และการปฏิบัติแต่ละวิธีอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ยกเว้นความรู้และทัศนคติกับการปฏิบัติโดยการผ่อนคลายมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) อายุกับการรับรู้ความสามารถต่อการปฏิบัติโดยการใช้ดนตรีบำบัด การนวด สมาริบำบัด การจินตภาพ และสัมผัสบำบัด มีความสัมพันธ์กันทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งกับการรับรู้ความสามารถต่อการปฏิบัติโดยการใช้ดนตรีบำบัด การนวด สมาริบำบัด และการจินตภาพ มีความสัมพันธ์กันทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประสิทธิภาพในการทำงานกับการรับรู้ความสามารถต่อการปฏิบัติโดยการนวด สมาริบำบัด การจินตภาพ และสัมผัสบำบัด มีความสัมพันธ์กันทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อายุกับการปฏิบัติโดยการเบี่ยงเบนความสนใจ การผ่อนคลาย การใช้ดนตรีบำบัด การนวด การสัมผัส และสัมผัสบำบัด มีความสัมพันธ์กันทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งกับการปฏิบัติโดยการเบี่ยงเบนความสนใจ การผ่อนคลาย การใช้ดนตรีบำบัด และการนวด มีความสัมพันธ์กันทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประสิทธิภาพในการทำงานกับการปฏิบัติโดยการเบี่ยงเบนความสนใจ การผ่อนคลาย การใช้ความร้อน/ความเย็น การใช้ดนตรีบำบัด และการนวด มีความสัมพันธ์กันทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อายุ ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และประสิทธิภาพในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้และทัศนคติอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ การไม่มีเวลา การงานอันล้นมือ ไม่มีอุปกรณ์หรือมีไม่เพียงพอ สถานที่และสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย ความเชื่อในทางที่ไม่ดีของพยาบาล ผู้ป่วยและญาติ การไม่ได้รับความร่วมมือหรือสนับสนุนจากพยาบาล แพทย์ ผู้ป่วย ญาติ และผู้บริหาร สภาพที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย และผลของการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา ล้วนเป็นปัจจัยขัดขวางการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยทั้งสิ้น