

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้ ทักษะ และ ประสิทธิภาพการจัดการความเจ็บปวดกับพฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแล ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ของโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือตอนล่าง จำนวน 2 โรงพยาบาล ดำเนินการ เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน 2549 - เดือนธันวาคม พ.ศ. 2549 กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ ปฏิบัติงาน ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ หอผู้ป่วยศัลยกรรมตกแต่ง หอผู้ป่วยหู ตา คอ จมูก หอผู้ป่วยทางนรีเวช และหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์และ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก เก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนทั้งสิ้น 160 คน

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์เป็นแบบสอบถาม ของผู้วิจัย ประกอบด้วย 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับความ เจ็บปวดและการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเครื่องมือชุดนี้ได้รับการ ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่า เท่ากับ 0.80 และหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้วิธี Kruder – Richardson 20 Coefficient เท่ากับ .90 3. แบบสอบถามทัศนคติต่อการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดคำนวณค่า ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าเท่ากับ 0.80 และหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้วิธี สัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .80 4. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการ ความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าเท่ากับ 0.80 และหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้วิธี Kruder – Richardson 20 Coefficient เท่ากับ .90

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนำมาวิเคราะห์โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปทาง สถิติ (Statistical Package for Social Science) สถิติที่ใช้ประกอบด้วย ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 96 ส่วนใหญ่อยู่ อยู่ในช่วงอายุ 23 - 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 65.6 ($\bar{x} = 35.17, SD = 8.41$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส

โสด คิดเป็นร้อยละ 54.4 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 99.4 ส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 96 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และศัลยกรรมหญิง คิดเป็นร้อยละ 26.9 และร้อยละ 15.6 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม 1 - 5 ปี และ 6 - 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 29 และ ร้อยละ 22.5 ตามลำดับ ($\bar{x} = 12.21, SD = 8.67$)

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดและการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดและการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 74 ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 64 ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวดอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 80 ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวดอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 70 และส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการประเมินผลลัพธ์การจัดการความเจ็บปวดอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 92

ส่วนที่ 3 ทักษะการจัดการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะการจัดการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 77 ส่วนใหญ่มีทักษะการจัดการประเมินความเจ็บปวดอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 84 ส่วนใหญ่มีทักษะการจัดการจัดการความเจ็บปวดอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 65 และส่วนใหญ่มีทักษะการจัดการประเมินผลลัพธ์การจัดการความเจ็บปวดอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 89

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 93 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการประเมินความเจ็บปวดอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 89 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 93 และส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการประเมินผลลัพธ์การจัดการความเจ็บปวดอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 94

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และประสิทธิภาพการจัดการความเจ็บปวด กับพฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาพบว่าทักษะการจัดการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับพฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .180$)

ส่วนความรู้และประสบการณ์การจัดการความเจ็บปวดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
การจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความรู้ ทักษะ ประสิทธิภาพ การจัดการความ
เจ็บปวดและพฤติกรรมจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดและความสัมพันธ์
ระหว่างความรู้ ทักษะ และประสิทธิภาพการจัดการความเจ็บปวดกับพฤติกรรมจัดการความ
เจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐาน
การวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1. เพื่อศึกษา ความรู้ ทักษะและ ประสิทธิภาพการจัดการ
ความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาพบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดและการจัดการความเจ็บปวดหลัง
ผ่าตัด โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 74 มีความรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดอยู่ในระดับ
ปานกลางคิดเป็นร้อยละ 64 ความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวดอยู่ในระดับมากคิดเป็น
ร้อยละ 80 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวดอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 70 และ
ความรู้เกี่ยวกับการประเมินผลลัพธ์การจัดการความเจ็บปวด อยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 92

อธิบายได้ว่าความรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดและการจัดการความเจ็บปวดเป็นองค์ความรู้
ทางการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง ทั้งด้านพยาธิสรีรวิทยาของความเจ็บปวด และกระบวนการจัดการ
ความเจ็บปวดซึ่งเป็นความรู้ที่ละเอียดอ่อน การเรียนรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดและการจัดการความ
เจ็บปวดจะต้องให้ความใส่ใจอย่างมาก ทั้งจากการศึกษาในระบบ หนังสือหรือเอกสารวิชาการ
รวมถึงองค์ความรู้ที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ซึ่งต้องผ่านกระบวนการทางสมอง
หลายขั้นตอน ทั้งความรู้ ความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการ
ประเมินผล ดังนั้นองค์ความรู้ที่เกิดขึ้นจึงแตกต่างกันตามความเข้าใจและการรับรู้ของแต่ละบุคคล
(Schwartz ,1975) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าพยาบาลมีประสบการณ์ในการทำงานในหอผู้ป่วยทาง
ศัลยกรรม เฉลี่ย 12 ปี นั่นคือ มีการเรียนรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดและการจัดการความเจ็บปวดมา
ระยะหนึ่งสามารถสั่งสมความรู้ได้ในระดับปานกลาง เพียงร้อยละ 74 ซึ่งยังคงต้องการการพัฒนา
องค์ความรู้เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดและการจัดการกับความเจ็บปวด ซึ่ง
จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ายังอยู่ในระดับปานกลาง เพียงร้อยละ 64 และร้อยละ 70 ตามลำดับ ซึ่ง
สอดคล้องกับการศึกษาของ คลากและคณะ (Clarke et al., 1996) ที่พบว่า พยาบาลยังขาดความรู้ใน
การจัดการความเจ็บปวด ไม่เหมาะสมร้อยละ 62 โดยขาดความรู้เรื่อง การบรรเทาปวดโดยวิธีการที่

ไม่ใช่ยา ความแตกต่างระหว่างความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง และพยาธิสรีรวิทยาของความเจ็บปวด ซึ่งสอดคล้องกันกับการศึกษาของนารี พุ่มนิคม (2543) พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการประเมินและการควบคุมอาการปวดหลังผ่าตัดในระดับพอใช้ และสอดคล้องกับการศึกษาของวัตต์ - วัตสัน และคณะ (Watt - Watson et al., 2000) ที่พบว่า พยาบาลขาดความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาการปวดจากผลการวิจัยจึงพบว่าพยาบาลมีระดับความรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดและการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัด โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ทัศนคติของพยาบาลต่อการจัดการความเจ็บปวด พบว่าทัศนคติต่อการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 77 มีทัศนคติต่อการประเมินความเจ็บปวด อยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 84 มีทัศนคติต่อการจัดการความเจ็บปวดอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 65 และทัศนคติต่อการประเมินผลลัพธ์การจัดการความเจ็บปวดอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 89

อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากทัศนคติเป็นกระบวนการทางด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก ความสนใจ การให้คุณค่า การปรับปรุงค่านิยม การแสดงคุณลักษณะที่น่ายึดถือ รวมถึงความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ (Schwartz, 1975) ความเจ็บปวดก็เป็นสิ่งเร้าสำคัญประการหนึ่งที่มีผลในการกระตุ้นจิตใจ อารมณ์ และการให้คุณค่า ของพยาบาลทางศีลธรรม ทำให้เห็นความสำคัญและตอบสนองต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วย แต่เมื่อศึกษาแยกรายด้านพบว่า ทัศนคติต่อการประเมินความเจ็บปวดและทัศนคติต่อการประเมินผลลัพธ์การจัดการความเจ็บปวด อยู่ในระดับมากคือร้อยละ 84 และร้อยละ 89 ตามลำดับ ทั้งนี้เพราะเครื่องมือหรือมาตรวัดต่าง ๆ ที่พยาบาลนำมาใช้ในการประเมินความเจ็บปวดและการประเมินผลลัพธ์การจัดการความเจ็บปวดอัน ได้แก่ คำบอกเล่าของผู้ป่วย การสังเกตพฤติกรรม หรือการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เป็นสิ่งที่ยากต่อการรับรู้ ซึ่งทำให้สามารถตอบสนองโดยการนำมาใช้ในการปฏิบัติได้อย่างสะดวก ซึ่งจะเห็นได้ว่าพยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่อเครื่องมือเหล่านี้จึงนิยมใช้อย่างแพร่หลาย ส่วนทัศนคติต่อการจัดการความเจ็บปวดอยู่ในระดับปานกลางเพียงร้อยละ 65 ทั้งนี้เนื่องจากการบริหารจัดการความเจ็บปวดให้บรรเทาลงมีทั้งวิธีการใช้ยาบรรเทาปวดและวิธีที่ไม่ใช้ยาบรรเทาปวด การใช้ยาบรรเทาปวดก็มีความยุ่งยากซับซ้อนคือต้องบริหารยาให้ถูกหลักการบริหารยาบรรเทาปวด ทั้งการบริหารยาอย่างต่อเนื่อง การบริหารยาเป็นบางครั้ง ซึ่งอาจต้องให้โดยการควบคุมเวลา ควบคุมโดยพยาบาล หรือควบคุมโดยผู้ป่วย การควบคุมอาการปวดหลังผ่าตัดด้วยยาเป็นวิธีที่สามารถบรรเทาอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นวิธีที่ใช้มากที่สุดในการควบคุมอาการปวด ทั้งนี้เป็นเรื่องที่มีความแตกต่างกันในทางปฏิบัติแล้วแต่ นโยบายขององค์กร หรือ

ผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขา แต่ละท่านที่จะใช้วิธีการใด นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากทัศนคติต่อผลข้างเคียงของยาในด้านต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แอนเคี และคณะ (Anneke et al., 1997) ที่พบว่าพยาบาลมีความกังวลใจ ในเรื่องการให้ยาเพื่อบรรเทาปวด โดยกลัวผู้ป่วยจะติดยาและกลัวผลข้างเคียงของยาจะก่อกวนจิตใจของผู้ป่วยนอกจากนี้วิธีที่ไม่ใช่ยาบรรเทาปวดซึ่งเป็นวิธีที่เพิ่มประสิทธิภาพของการบรรเทาปวดด้วยยาและช่วยลดขนาดการใช้ยา ซึ่งถือว่าเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่จะกระทำได้อาศัยกลไกการปรับความรู้สึกและการปรับความนึกคิดก็เป็นสิ่งที่ต้องใช้เวลามากขึ้นในขณะที่ภาระงานการพยาบาลผู้ป่วยในด้านอื่น ๆ ก็ยังคงต้องปฏิบัติเหมือนเดิม จึงทำให้ทัศนคติต่อการจัดการความเจ็บปวดอยู่ในระดับปานกลาง

ประสบการณ์การจัดการความเจ็บปวด พบว่า ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยทางศัลยกรรมมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 71 ($\bar{x} = 12.24, SD = 8.67$) การมีประสบการณ์จะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจและทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามมา ดังนั้นพยาบาลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปีขึ้นไป จะมีทักษะความชำนาญในการปฏิบัติงานทางคลินิกสูงกว่าผู้ที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยกว่า (Benner, 1984) นั่นคือพยาบาลที่ปฏิบัติงานทางคลินิกในหอผู้ป่วยศัลยกรรมจะได้ปฏิบัติงานจริงกับผู้ป่วย และให้การพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวด ก็จะเกิดการเรียนรู้จนเกิดความรู้และทักษะมากขึ้นเป็นลำดับ

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 เพื่อศึกษา พฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

พฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 93 ปฏิบัติพฤติกรรมในการประเมินความเจ็บปวดอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 89 ปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการความเจ็บปวดอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 93 และปฏิบัติพฤติกรรมในการประเมินผลลัพธ์การจัดการความเจ็บปวดอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 94

อธิบายได้ว่าเนื่องจากพฤติกรรมเป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งเป็นการสะท้อนถึงสภาวะทางจิตใจที่สังเกตได้ (Schwartz, 1975) พฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในช่วง 72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด ซึ่งเป็นความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลันและเป็นภาวะวิกฤตที่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดประสบอยู่ (Foge & Baker, 2002) ทำให้ต้องอยู่ในการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ และเนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด เป็นผู้ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ทั้งโดยตรงและทางอ้อมตลอด 24 ชั่วโมง สามารถทราบถึงอาการและอาการแสดงของความเจ็บปวดในผู้ป่วยได้ก่อนบุคลากรอื่น ๆ ดังนั้นพยาบาลจึงถือว่าตนเองมีบทบาทสำคัญต่อการจัดการเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วย (ลดา ไชยแก้ว, 2547)

ตั้งแต่การประเมินความเจ็บปวดซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญ เนื่องจากนำข้อมูล ที่ได้มาใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย (อรัญญา เชาวลิต, 2543) การให้ยาระงับปวดตามการรักษาของแพทย์ ภายใน 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด (นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2535) และการประเมินผลการจัดการความเจ็บปวดโดยเฉพาะในระยะ 24 - 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยจะมีความเจ็บปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง (ปิลันท์ ลิขิตกำจร, 2546) นอกจากนี้ยังพบว่า โรงพยาบาลในศูนย์ในเขตภาคเหนือตอนล่าง ได้มีการนำนโยบายเรื่องการจัดการความเจ็บปวดมาใช้กับผู้ป่วย จึงทำให้พยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวด และมีการพัฒนามาตรฐานขององค์กรเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวด ดังนั้นการประเมินความเจ็บปวด การจัดการความเจ็บปวด และการประเมินผลการจัดการความเจ็บปวดจึงเป็นพฤติกรรมปกติที่พยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมปฏิบัติเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลอยู่ในระดับสูงทั้ง โดยรวมและรายด้านทุกด้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิลเลน (Willen, 2004 อ้างถึงใน สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2547) ที่พบว่า พยาบาลมีส่วนช่วยในการบรรเทาอาการปวด โดยการจัดการความปวดโดยใช้ทั้งวิธีการใช้ยาบรรเทาปวด และไม่ใช้ยาบรรเทาปวด มีการประเมินความเจ็บปวดอย่างมีประสิทธิภาพมีการเฝ้าระวังและติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากความเจ็บปวดด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 3 เพื่อศึกษา ความรู้ ทักษะ และประสพการณ์การจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ทักษะต่อการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .180, P < .05$)

ส่วนความรู้และประสพการณ์การจัดการความเจ็บปวดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด อธิบายผลการวิจัยได้ดังนี้

ทักษะต่อการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับพฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

อธิบายได้ว่า เนื่องจากทักษะคิด เป็นกระบวนการทางด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก ความสนใจ การให้ คุณค่า การปรับปรุงค่านิยม การแสดงคุณลักษณะที่น่ายึดถือ รวมไปถึงความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ กัน เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติของบุคคล ทักษะคิดจะเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติตามมาได้ ทั้งทักษะคิดและการปฏิบัติต่างก็มีความสัมพันธ์กันและส่งผลซึ่งกันและกัน (Schwartz, 1975) ดังนั้นถ้าพยาบาลมีทักษะคิดที่ให้

ความสำคัญต่อความเจ็บป่วยยอมทำให้พยาบาลมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการความเจ็บป่วยด้วย จากผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า ทักษะคติของพยาบาลในการจัดการความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการความเจ็บป่วย นั่นคือ พยาบาลที่มีทัศนคติที่ดีต่อการเจ็บป่วยยอมมีการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการความเจ็บป่วยมากขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รราวน์และแดม (Round & Dam, 2001 อ้างถึงใน สุติภรณ์ ฉะช้อย, 2546) พบว่า พยาบาลร้อยละ 84.6 มีทัศนคติทางบวกต่อการประเมินความเจ็บป่วย โดยพยาบาลคิดว่า การประเมินความเจ็บป่วยเป็นบทบาทที่มีความสำคัญของพยาบาล และการให้ความสนใจเมื่อผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยก็เป็นอีกบทบาทหนึ่งที่ผู้ป่วยควรได้รับจากพยาบาล และสอดคล้องกับการศึกษาของสุติภรณ์ ฉะช้อย (2546) ที่พบว่า ทักษะคติที่ดีทำให้พยาบาลเข้าใจถึงบทบาทของตนเอง ความเอาใจใส่และเชื่อในสิ่งที่ผู้ป่วยบอกถึงความเจ็บป่วย ส่งผลต่อพฤติกรรมในการแสดงบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ รับผิดชอบบทบาทในการบริการ ได้อย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ให้บรรลุตามเป้าหมาย ได้อย่างดี สามารถพัฒนารูปแบบการประเมินความเจ็บป่วยที่ง่ายและชัดเจนในการประเมินผู้ป่วย ซึ่งสามารถนำไปสู่การจัดการกับความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการจัดการความเจ็บป่วย ของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมจัดการความเจ็บป่วยของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

อธิบายได้ว่า เนื่องจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือตอนล่าง ได้มีการนำนโยบายเรื่องจัดการความเจ็บป่วยมาใช้กับผู้ป่วย จึงทำให้พยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บป่วย และมีการพัฒนามาตรฐานขององค์กรเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บป่วย (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล, 2547) ดังนั้นการประเมินความเจ็บป่วย การจัดการความเจ็บป่วย และการประเมินผลการจัดการความเจ็บป่วยจึงเป็นพฤติกรรมปกติที่พยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมปฏิบัติเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดอาจกระตุ้นให้บุคคลคิดต่อยอดในการแสวงหาความรู้เพิ่มเติม หรือถ้ามีภาระงานมากก็เป็นเพียงสิ่งที่บุคคลปฏิบัติตามเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการทำงานในแต่ละวัน โดยมิได้ก่อให้เกิดความรู้เพิ่มเติม ดังนั้นจากการศึกษาค้นคว้าจึงไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมจัดการความเจ็บป่วยที่ระดับนัยสำคัญ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นารีพูนนิคม (2543) ที่พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการประเมินและการควบคุมอาการปวดหลังผ่าตัดในระดับพอใช้ แต่เนื่องจากพยาบาลมีเวลาในการปฏิบัติงานน้อยต้องปฏิบัติตามการพยาบาลให้ผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้การนำเอาความรู้มาใช้กับผู้ป่วยน้อย และการประเมินความเจ็บป่วยหลังการผ่าตัดนั้นต้องมีการประเมินลักษณะความเจ็บปวด บริเวณที่ปวดและระดับความรุนแรงของ

ความเจ็บปวด ซึ่งต้องใช้เวลามากจึงทำให้ระดับพฤติกรรมลดลง ทำให้ความรู้และพฤติกรรม การควบคุมอาการปวดไม่มีความสัมพันธ์กัน

และประสบการณ์การจัดการความเจ็บปวดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

อธิบายได้ว่า การมีประสบการณ์จะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจและทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามมา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากประสบการณ์อาจเป็นทั้งด้านบวกและด้านลบขึ้นอยู่กับความคิดและการตัดสินใจของแต่ละบุคคล ถ้ามีทัศนคติที่ดีพยาบาลก็จะทำให้นำประสบการณ์มาใช้จัดการความเจ็บปวดอย่างเหมาะสม แต่ถ้ามีทัศนคติที่ไม่ดีก็จะนำมาใช้เพื่อหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องจัดการความเจ็บปวด ซึ่งแม้ว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า มีทักษะความชำนาญในการปฏิบัติงานทางคลินิกสูงกว่าผู้ที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยกว่า (Benner, 1984) ก็จะไม่ใช้ประสบการณ์ต่าง ๆ เหล่านั้นให้เป็นประโยชน์ นอกจากนี้ภาระงานที่มากทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานทางคลินิกในหอผู้ป่วยศัลยกรรมไม่สามารถนำประสบการณ์หรือความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติมาใช้ได้ ประกอบกับการมีมาตรฐานการจัดการความเจ็บปวดในหน่วยงานทำให้พยาบาลทุกคนต้องใช้มาตรฐานเหล่านั้น จึงทำให้ประสบการณ์ในการจัดการความเจ็บปวดไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการความเจ็บปวด ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ รีส์และลิลลี่ (Rees, 2000; Riley, 2005) ที่พบว่า ประสบการณ์การทำงานหลายปีมีผลต่อการประเมินความเจ็บปวดลดลงเนื่องจากความเคยชินต่อการเผชิญกับความเจ็บปวดทั้งนี้เนื่องจากความเคยชินต่อการเผชิญกับความเจ็บปวด ทำให้พยาบาลไม่ได้ให้ความสำคัญในการจัดการกับความเจ็บปวดเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการศึกษา

พยาบาลและทีมสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลและเป็นแนวทางในการสร้างทัศนคติที่ดีให้กับนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีความเจ็บปวด นอกจากนี้ควรมีการจัด โครงการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด และการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดแก่พยาบาลจบใหม่และบุคลากรทีมสุขภาพอื่น ๆ ในโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

2. ด้านการวิจัย

ควรมีการศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ทั้งนี้จะทำให้ทราบถึงบริบทที่แท้จริงของพฤติกรรมจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

3. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลสามารถนำผลการวิจัย ไปพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด ทั้งนี้ เพื่อให้บุคลากรทางด้านสุขภาพมีความรู้ ทักษะที่ดี ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวด ให้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ข้อเสนอแนะแนวทางในการศึกษาครั้งต่อไป

1. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการวัดครั้งเดียว (Cross - Sectional Study) ซึ่งเป็นการศึกษาพฤติกรรมในช่วงเวลานี้เพียงระยะเวลาสั้น ๆ แต่พฤติกรรมอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลา ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาระยะยาว (Longitudinal Study) และศึกษาความต่อเนื่องของพฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะทำให้เข้าใจพฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมมากยิ่งขึ้น

2. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลที่อยู่ในเขตภาคเหนือตอนล่าง ซึ่งไม่สามารถอ้างอิงประชากรกลุ่มใหญ่ได้ จึงควรมีการศึกษาพฤติกรรมของพยาบาลในโรงพยาบาลในภาคอื่นด้วย เช่น ภาคใต้ ภาคกลาง และภาคเหนือ

3. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะความเจ็บปวดเฉียบพลันในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาความเจ็บปวดเรื้อรัง หรือความเจ็บปวดจากมะเร็ง และศึกษาว่าพฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลเป็นอย่างไร