

การตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัด และพฤติกรรม การจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล[®]

สุปีตา สงคง¹
วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร²
วิภา แซ่เซี่ย²

Clinical judgment and care behavior by nurses in postoperative pain management

Songkong S¹, Petpichetchian W², Sae-Sia W².

¹Department of Nursing, Phatthalung Hospital, Muang, Phatthalung, 93000, Thailand

²Department of Surgical Nursing, Faculty of Nursing,
Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90112, Thailand

Songkla Med J 2008;26(5):459-468

Abstract:

The objectives of this descriptive research were: to investigate the clinical judgment of nurses regarding postoperative pain, their caring behaviors in postoperative pain management, and the relationship between nurses' clinical judgment regarding postoperative pain and nurses' caring behaviors in postoperative pain management. A sample of 260 professional nurses who worked in the surgical wards of two regional and two provincial hospitals in southern Thailand under the Ministry of Public Health administration were used in the study. The content of the instruments were all validated. The internal consistency

[®]วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พ.ศ. 2550

¹กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพัทลุง อ.เมือง จ.พัทลุง 93000

²ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90112

รับต้นฉบับวันที่ 29 พฤศจิกายน 2550 รับลงตีพิมพ์วันที่ 28 ธันวาคม 2550

reliability coefficients of the two parts of nurses' caring behavior in the postoperative pain management questionnaire were 0.72 and 0.78 and for nurses' clinical judgment regarding postoperative pain questionnaire was 0.85. The data were analysed using descriptive statistics and Spearman's Rank Correlation.

The results indicated that subjects rated nurses' clinical judgment regarding postoperative pain as 'good' with a mean of 3.98 (score 1-5). It was also found that the aspect in which nurses made the best clinical judgment was in understanding of the patients with a mean of 4.19. Overall, the subjects rated nurses' caring behavior in postoperative pain management as 'good' with a mean of 34.26. (total score = 37). There was no significant relationship between nurses' clinical judgment regarding postoperative pain and nurses' caring behaviors in postoperative pain management. This finding may be partly due to the restricted range of scores on these two questionnaires. A replication study is recommended and further development of the instruments, particularly nurses' clinical judgment questionnaire is suggested.

Key words: clinical judgment, nurses' caring behaviors, postoperative pain

บทคัดย่อ:

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล พฤติกรรมการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล และความสัมพันธ์ระหว่างการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดกับพฤติกรรมการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรมของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาคใต้อย่างละ 2 แห่ง จำนวน 260 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมของพยาบาลในการจัดการความปวด และแบบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล แบบประเมินพฤติกรรมของพยาบาลและแบบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวดของพยาบาล ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา และความเที่ยงโดยแบบประเมินพฤติกรรมของพยาบาลในการจัดการความปวดซึ่งมี 2 ส่วน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.72 และ 0.78 และแบบประเมินการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวด มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและสถิติอ้างอิงเพื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า การตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยคะแนน 3.98 (คะแนน 1-5) และพบว่าพยาบาลตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดได้ดีที่สุดในด้านความเข้าใจเรื่องราวของผู้ป่วย โดยมีค่าเฉลี่ย 4.19 พฤติกรรมการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง คือ มีค่าเฉลี่ย 34.26 (คะแนนเต็ม 37) การตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะคะแนนจากแบบประเมินทั้ง 2 ชุด ไม่มีการกระจาย (restricted range of score) จึงควรมีการศึกษาซ้ำ และพัฒนาเครื่องมือวัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเครื่องมือประเมินการตัดสินใจทางคลินิก

คำสำคัญ: การตัดสินใจทางคลินิก, ความปวดหลังผ่าตัด, พฤติกรรมการจัดการความปวดของพยาบาล

บทนำ

ความปวดเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้มนุษย์ทุกยุคทุกสมัยต้องการแสวงหาการรักษา เนื่องจากความปวดเป็นสัญญาณบ่งบอกถึงควมมีโรคภัยไข้เจ็บ หรือการบาดเจ็บของร่างกายที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน¹ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดร้อยละ 80 มีความปวด

ในระดับปานกลางถึงรุนแรง²⁻³ โดยเฉพาะในระยะ 1-3 วันแรก หลังผ่าตัดความปวดจะรุนแรงมาก หลังจากนั้นความปวดจะค่อยๆ บรรเทาตามระยะเวลา² และแม้ว่าความปวดจะบรรเทาแล้วก็ตาม ระยะเวลาหรือจำนวนวันหลังการผ่าตัดก็ตาม เป้าหมายสำคัญอย่างหนึ่งของการดูแลรักษาผู้ป่วยทางศัลยกรรม

ก็คือ การจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดให้อยู่ในระดับต่ำที่สุดด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยผ่านพ้นประสบการณ์การรักษาดูแลการผ่าตัดไปได้ด้วยดีและสามารถฟื้นสภาพได้โดยเร็ว

การจัดการกับความปวดเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมในระยะหลังผ่าตัด⁴ การพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดหมายถึงการกระทำใด ๆ ของพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยศัลยกรรมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาหรือลดความปวดที่เกิดจากการผ่าตัดให้อยู่ในระดับที่ผู้ป่วยยอมรับได้ ในทางปฏิบัติพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่เป็นอุปสรรคในการจัดการกับความปวด ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคลากรในทีมสุขภาพ ด้านผู้ป่วยและญาติ ปัจจัยทางด้านระบบบริการสุขภาพ โดยในการพัฒนาการจัดการกับความปวดให้มีประสิทธิภาพจะต้องคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการประเมินความปวด และการบันทึกความปวดที่สามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้ประกอบการตัดสินใจให้การช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป⁵ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งศึกษาปัจจัยด้านบุคลากรในทีมสุขภาพ คือ พยาบาล เนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลจึงต้องตัดสินใจทางคลินิกอยู่ตลอดเวลาเพื่อให้การช่วยเหลือบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วย

การตัดสินใจในงานพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ จะเป็นการเพิ่มความมีอิสระในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลโดยไม่ต้องมีผู้ใดมาควบคุมดูแล รวมทั้งสามารถอธิบายเหตุผลแห่งการกระทำ และมีความรับผิดชอบต่อผลการปฏิบัติหน้าที่ของตนเองได้⁶ ภายใต้สถานการณ์ทางคลินิกที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นตลอดเวลา และมีความเสี่ยงสูง พยาบาลจะต้องไวต่อการรับรู้ปัญหาหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง ทำการรวบรวมข้อมูลที่เกิดขึ้นใหม่ตลอดเวลา นำมาพิจารณาวิเคราะห์อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง แม่นยำ เพื่อการตัดสินใจแก้ปัญหาเหล่านี้⁷⁻⁸

พยาบาลเป็นส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพที่จะต้องเข้าไปดูแลให้ความช่วยเหลือจัดการกับความปวด เนื่องจากความปวดเป็นปัญหาที่ซับซ้อน พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลา เมื่อมีปัญหาผู้ป่วยจะบอกพยาบาลเป็นคนแรก ดังนั้น ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลจึงเป็นทักษะที่จำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องพัฒนา ซึ่ง McCaffery⁹ ได้ให้ความเห็นไว้ว่า การจัดการความปวดเป็นความรับผิดชอบของพยาบาลที่พยาบาลสามารถกระทำได้ภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพ และพยาบาลเป็นผู้ที่ผู้ป่วยคาดหวังมากที่สุดว่าจะช่วยบรรเทาความปวด และดูแลให้ได้รับความสุขสบาย โดยเฉพาะในระยะหลังผ่าตัด เพราะเป็นบุคลากรสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดและอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า

มีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อคุณภาพในการประเมินความปวดและการจัดการกับความปวด^{5, 10-13} แต่การศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลในการประเมินและจัดการกับความปวดให้แก่ผู้ป่วยยังมีน้อยมาก พยาบาลต้องมีทักษะการตัดสินใจทางคลินิกที่ดีและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพ แต่ในขณะนี้อีกความรู้ที่จะบอกว่าพยาบาลมีความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกในเรื่องนี้ยังจำกัดอยู่

ปัจจุบันได้มีการพัฒนาเกี่ยวกับการจัดการกับความปวดในหลาย ๆ ด้าน ได้แก่ การอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลในเรื่องการประเมินและบันทึกความปวด ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้มีบทบาทในการให้บริการผู้ป่วย ตระหนักถึงความสำคัญของการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวดของพยาบาล และเชื่อว่าการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวดที่ดีจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมจัดการกับความปวดได้ดี และจากประสบการณ์การทำงาน การนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรม พบว่า พยาบาลผู้ปฏิบัติงานตัดสินใจจัดการกับความปวดแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความรู้ ความคิดของตนเอง และ/หรือจากคำสั่งการรักษาของแพทย์ แต่ยังไม่มีความรู้ที่จะบอกว่าพยาบาลตัดสินใจมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด ผลของการตัดสินใจจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการกับความปวดแตกต่างกันหรือไม่ ผู้วิจัยจึงสนใจค้นหาคำตอบว่า พยาบาลมีความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกและมีการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดที่เกิดจากการตัดสินใจทางคลินิกในระดับใด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการตัดสินใจทางคลินิกกับพฤติกรรมจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวด รวมทั้งกลวิธีในการส่งเสริมให้พยาบาลได้ใช้ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกเพื่อจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อันจะก่อให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการต่อไป

สมมติฐานการวิจัย

การตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการตัดสินใจทางคลินิกของ Benner, และคณะ¹⁴ ซึ่งให้ความสำคัญกับประสบการณ์ของบุคคลในการนำเอาประสบการณ์มาใช้เป็นเหตุผลในการปฏิบัติตามแนวทางของอริสโตเติล ร่วมกับการใช้เหตุผลทางวิทยาศาสตร์ หรือทางทฤษฎี โดยเชื่อว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์มีความเข้าใจ

ในผู้ป่วยที่ตนเองรับผิดชอบจะสามารถนำเอาประสบการณ์ที่เคยมีมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยแต่ละรายอย่างเหมาะสม Benner และคณะ กล่าวถึงการตัดสินใจทางคลินิกกว่ามี 5 องค์ประกอบ โดยที่องค์ประกอบเหล่านี้จะมีส่วนสัมพันธ์/เกี่ยวข้องกัน โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) การพิจารณาว่าสิ่งไหนดีหรือมีความถูกต้อง เป็นลักษณะพื้นฐานของพยาบาลแต่ละคน หรืออีกนัยหนึ่งคือการที่พยาบาลตัดสินใจบนพื้นฐานความถูกต้องทางจริยธรรมมากกว่าการใช้เหตุผลเชิงเทคนิคนั่นเอง องค์ประกอบนี้จะช่วยให้พยาบาลตัดสินใจโดยคำนึงถึงประโยชน์ หรือสิ่งที่ดีที่สุดในผู้ป่วยและครอบครัวเสมอ 2) การใช้ความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติที่สั่งสมมาเป็นเวลานานในการตัดสินใจเลือกการกระทำใดๆ แก่ผู้ป่วยที่ดูแล โดยที่อาจมีหรือไม่มีทฤษฎีใดมาสนับสนุนเลย แต่เป็นการใช้ความรู้ที่สั่งสมมา รวมทั้งทักษะการปฏิบัติ (รู้ว่าต้องทำอะไร) และการรู้จักผู้ป่วยเป็นอย่างดี 3) การตอบสนองด้านอารมณ์ความรู้สึกส่วนตัวในทันทีหมายถึงการที่พยาบาลมีความรู้สึกร่วมกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ช่วยให้พยาบาลคาดการณ์ล่วงหน้าได้ว่าอาจจะเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วยต่อไป ทำให้ตัดสินใจได้ว่าควรทำอะไร 4) การหยั่งรู้ในทันทีหมายถึงความสามารถในการคาดคะเนโดยไม่ต้องมีเหตุผล การหยั่งรู้นี้ไม่ใช่มายากลหรือสิ่งลึกลับใดๆ แต่เป็นการรู้ที่อาจจะเป็นการอนุมานจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่รู้ตัว 5) การเข้าใจเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นอย่างดี ไม่เพียงแต่ความเข้าใจทางด้านชีวภาพของโรคเท่านั้น แต่รวมถึง เข้าใจความเป็นคน การให้ความหมาย คุณค่า และสิ่งที่เป็นกังวล

การศึกษานี้มีความเฉพาะเจาะจงในเรื่องการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัดและการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล ผู้วิจัยจึงบูรณาการองค์ความรู้เกี่ยวกับความปวดและการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดเข้าไปในทุกๆ องค์ประกอบที่กล่าวมาแล้วข้างต้น พยาบาลควรมีพฤติกรรมจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดอย่างน้อย 3 ด้าน คือ 1) การประเมินความปวดจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก การประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ 2) การดูแลและจัดการกับความปวดด้วยยาแก้ปวดและ/หรือวิธีการอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยา และ 3) การติดตามประเมินผล เพื่อที่จะได้ทราบว่าผลของการดูแลและการจัดการกับความปวดบรรลุเป้าหมายระดับใด ซึ่งในการจัดการกับความปวด พยาบาลต้องใช้ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก เพื่อที่จะตัดสินใจให้การพยาบาลได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยในการจัดการกับความปวดแต่ละครั้ง

วัสดุและวิธีการ

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วย ศัลยกรรมทั้งหมดของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ในเขตภาคใต้ตอนบน 2 โรงพยาบาล และเขตภาคใต้ตอนล่าง 2 โรงพยาบาล จำนวน 260 ราย ที่มีคุณสมบัติ คือ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดมาไม่ต่ำกว่า 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัด ประสบการณ์ในการเข้าอบรมในเรื่องที่เกี่ยวกับการจัดการกับความปวด ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) และแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด โดยดัดแปลงเครื่องมือของ วชิราพร สุนทรสวัสดิ์¹⁵ จำนวน 37 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นการประเมินความปวดซึ่งรวมถึงการประเมินก่อนให้การช่วยเหลือ และการติดตามประเมินผล 18 ข้อ ส่วนที่สองเป็นการประเมินพฤติกรรมในการจัดการกับความปวดของพยาบาล 19 ข้อ ผู้วิจัยได้เพิ่มเติมข้อคำถามปลายเปิด ส่วนที่ 2 อีก 1 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมพยาบาลในการลดปัจจัยที่นำไปสู่ความปวดหรือลดอาการร่วมที่ทำให้เกิดความปวดแก่ผู้ป่วยรวมเป็น 20 ข้อ ให้คะแนนแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวด ดังนี้คือ กรณีที่ตอบว่าไม่ปฏิบัติ เท่ากับ 0 คะแนน และกรณีที่ตอบว่าปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน ดังนั้น คะแนนพฤติกรรมจัดการดูแลของพยาบาลในเรื่องการประเมินความปวดจะมีคะแนนเต็ม 18 คะแนน (จาก 18 ข้อ) และคะแนนการจัดการกับความปวดจะมีคะแนนเต็ม 19 คะแนน (จาก 20 ข้อ) เนื่องจากข้อ 20 เป็นคำถามปลายเปิด ซึ่งให้ระบุกิจกรรมอื่นๆ ที่ทำเพื่อลดความปวด จึงไม่นำมาคิดคะแนน แปลผลภาพรวมและรายด้านโดยใช้ค่าเฉลี่ย คะแนนเฉลี่ยรวมสูง หมายถึงมีพฤติกรรมในการดูแลเรื่องนั้นๆ สูง และในการวิเคราะห์พฤติกรรมเป็นรายข้อ จัดกลุ่มโดยการพิจารณาจากจำนวนพยาบาลว่าได้ปฏิบัติ (ใช้/ทำ) พฤติกรรมในแต่ละข้อนั้นมากน้อยเพียงใด โดยใช้เกณฑ์ในการจัดกลุ่มดังนี้

จำนวนร้อยละของการปฏิบัติ (ใช้/ทำ)	จำนวนพยาบาลที่ปฏิบัติ
<ร้อยละ 25	น้อย
ร้อยละ 26-49	ค่อนข้างน้อย
ร้อยละ 50-74	ค่อนข้างมาก
>ร้อยละ 75	มาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัด เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เรื่องการตัดสินใจทางคลินิก¹⁴ ความปวดและการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลรวมกับการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดจำนวน 5 ราย และสังเกตจากการปฏิบัติงานของพยาบาล และใช้ความรู้จากการปฏิบัติงานที่สั่งสมมาของผู้วิจัย จากนั้นจึงประมวลข้อมูลทั้งหมดเพื่อสร้างข้อคำถามโดยครอบคลุมองค์ประกอบการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล 5 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความดีและถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลจัดการความปวด โดยคำนึงถึงประโยชน์หรือสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเสมอ 2) ด้านการใช้ความรู้จากการสั่งสมประสบการณ์เกี่ยวกับความปวด 3) ด้านการตอบสนองด้านอารมณ์ความรู้สึกของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลและการจัดการกับความปวด 4) ด้านการหยั่งรู้หรือความสามารถในการคาดคะเนเหตุการณ์ในเรื่องความปวดและการจัดการกับความปวดแก่ผู้ป่วย 5) ด้านความเข้าใจเรื่องราวของผู้ป่วยเกี่ยวกับความปวดและการจัดการกับความปวด แบบสอบถามทั้งหมด 25 ข้อ หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความเหมาะสม ความครอบคลุม และความถูกต้องของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ

แบบประเมินการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัดเป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จาก 1 (ข้อความนั้นไม่เป็นจริงเลย) ถึง 5 (ข้อความนั้นเป็นจริงมากที่สุด)

การแปลผลคะแนนโดยใช้เกณฑ์ในการจัดกลุ่มดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนน	ระดับการตัดสินใจทางคลินิก
1.00-2.00	ไม่ดี
2.01-3.00	พอใช้
3.01-4.00	ดี
4.01-5.00	ดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามเพื่อวัดพฤติกรรมการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงเพื่อให้สอดคล้องกับเรื่องที่กำลังจะศึกษา และมีการปรับเพิ่มข้อคำถาม จึงดำเนินการเพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาด้วย ส่วนแบบสอบถามเพื่อวัดการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัดเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นใหม่สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ดังนั้น จึงมีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบ ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลความปวด 1 ท่าน และพยาบาลผู้ชำนาญการพยาบาลด้านความปวด 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับกรอบแนวคิด หลังจากนั้นจึงนำแบบสอบถามไปทดสอบความเที่ยง แบบสอบถามทั้ง 2 ชุดที่ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา นำไปตรวจสอบความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ (internal consistency reliability) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 25 ราย ในโรงพยาบาลทั่วไป คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ศัลยกรรม แบบสอบถามเพื่อวัดพฤติกรรมการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้ Kuder-Richardson 20 coefficient (KR-20) ส่วนที่ 1 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.72 และส่วนที่ 2 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.78 แบบสอบถามเพื่อวัดการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัด ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้เพื่อทดสอบความเข้าใจในคำถามของแบบสอบถามเพื่อให้ทราบถึงความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ โดยใช้ค่าสถิติครอนบาค-แอลฟา (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการผ่านความเห็นชอบจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลที่ศึกษา ผู้วิจัยเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยต่อหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลดังกล่าว พร้อมขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงเรื่องการรักษาสิทธิของพยาบาลที่เข้าร่วมงานวิจัย และมีแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิโดยครอบคลุมเรื่องการรักษาความลับของพยาบาล และขอความร่วมมือในการจัดส่งแบบสอบถามให้กับพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และนัดหมายวัน-เวลา เพื่อเก็บแบบสอบถามคืน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และสถิติอ้างอิง เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ ประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยก่อนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบลักษณะข้อมูล หรือตรวจสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้น และพบว่าข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติพาราเมตริกคือการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงเลือกใช้สถิตินอน-พาราเมตริกคือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับแบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation)

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 260 ราย เพศหญิงร้อยละ 99.6 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 87.3 ระดับการศึกษาปริญญาตรี

หรือเทียบเท่าปริญญาตรี ร้อยละ 95.4 พยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติงานมาเป็นระยะเวลาระหว่าง 5-15 ปี ร้อยละ 52.3 พยาบาลส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับความปวด ร้อยละ 60.1 และเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับความปวด ร้อยละ 39.9 มีประสบการณ์ความปวดของตนเอง ร้อยละ 90 และไม่มีประสบการณ์ความปวด ร้อยละ 10 ซึ่งประสบการณ์ความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล มีเพียงร้อยละ 26.9

2. การตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวด

ในภาพรวม พยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวดอยู่ในระดับดีค่อนข้างไปทางดีมาก ($\bar{X}=3.98$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านที่พยาบาลตัดสินใจทางคลินิกในระดับดีมากมี 3 ด้านตามลำดับดังนี้ 1) ความเข้าใจเรื่องราวของผู้ป่วย ($\bar{X}=4.19$) 2) การหยั่งรู้หรือความสามารถในการคาดคะเนเหตุการณ์ ($\bar{X}=4.15$) 3) ความดีและความถูกต้องโดยคำนึงถึงประโยชน์และสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเสมอ ($\bar{X}=4.04$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัด จำแนกรายด้าน (N=260)

การตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัด	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับ
ความเข้าใจเรื่องราวของผู้ป่วย	4.19	0.55	ดีมาก
การหยั่งรู้หรือความสามารถในการคาดคะเนเหตุการณ์	4.15	0.56	ดีมาก
ความดีและความถูกต้องโดยคำนึงถึงประโยชน์หรือสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเสมอ	4.04	0.50	ดีมาก
การตอบสนองด้านอารมณ์ ความรู้สึกส่วนตัวของพยาบาล	3.83	0.65	ดี
การใช้ความรู้จากการสั่งสมประสบการณ์	3.70	0.58	ดี
คะแนนรวมทุกด้าน	3.98	0.41	ดี

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของพยาบาลในการประเมินความปวด การติดตามประเมินผล และพฤติกรรมของพยาบาลในการจัดการกับความปวด และพฤติกรรมโดยรวมของพยาบาล (N=260)

พฤติกรรมของพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการกับความปวด	คะแนนต่ำสุด (Min)	คะแนนสูงสุด (Max)	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
1. พฤติกรรมของพยาบาลในการประเมินความปวดและการติดตามประเมินผล	2	18	16.28	2.42
2. พฤติกรรมของพยาบาลในการจัดการกับความปวด	8	19	17.98	1.61
3. พฤติกรรมโดยรวมของพยาบาล	11	37	34.26	3.63

3. พฤติกรรมของพยาบาลในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด

พยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีพฤติกรรมการจัดการกับความปวดทั้ง 2 ด้าน คือ การประเมินความปวด การติดตามประเมินผลของพยาบาลเกี่ยวกับความปวดอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 16.28 (คะแนนเต็ม 18) และพฤติกรรมการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 17.98 (คะแนนเต็ม 19) และมีพฤติกรรมโดยรวมในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 34.26 (คะแนนเต็ม 37) (ตารางที่ 2)

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมจำแนกเป็นรายข้อโดยวิเคราะห์ความถี่ (ร้อยละ) ของพยาบาลที่ปฏิบัติพฤติกรรมในแต่ละข้อพบว่า

3.1 พฤติกรรมในการประเมินความปวดและการติดตามการประเมินผล

การประเมินความปวดและติดตามประเมินผลมีทั้งหมด 18 พฤติกรรม พบว่าพฤติกรรมที่พยาบาลจำนวนมากที่สุดปฏิบัติ คือ การประเมินความปวดโดยใช้การสังเกต ร้อยละ 99.6 และมี 15 พฤติกรรมที่พยาบาลจำนวนมากปฏิบัติ ได้แก่ การประเมินความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะ 24-48 ชั่วโมง ร้อยละ 98.8 และพบว่ามีพยาบาลเพียงร้อยละ 77.7 ได้สอบถามถึงระดับความปวดโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา เมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมที่พยาบาลค่อนข้างมากปฏิบัติ พบว่า มี 2 พฤติกรรม คือ 1) การสอบถามถึงปัจจัยที่ทำให้ความปวดของผู้ป่วยลดลง ร้อยละ 73.5 2) การสอบถามถึงระดับความปวดที่น้อยที่สุดในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ร้อยละ 63.1 ซึ่งการประเมินความปวดในข้อนี้เป็นพฤติกรรมที่พยาบาลจำนวนน้อยที่สุดปฏิบัติ

3.2 พฤติกรรมในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด

เมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล พบว่าพยาบาลปฏิบัติทุกพฤติกรรม และพฤติกรรมที่มีพยาบาลปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 99.6 มี 4 พฤติกรรมคือ 1) การให้ยาแก่ผู้ป่วยตามเวลาที่แพทย์กำหนด 2) การประสานงานเพื่อให้แพทย์สั่งยาให้แก่ผู้ป่วยรายนั้น 3) การดูแลจัดท่านอนให้สบายและถูกต้อง 4) การดูแลการทำงานของท่อระบายต่างๆ ส่วนที่เหลืออีก 15 พฤติกรรม พบว่าพยาบาลจำนวนมากปฏิบัติสูงถึงร้อยละ 78.5-98.8 พฤติกรรมการช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการพยาบาลปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 98.8 และการให้ยาแก้ปวดตามความต้องการ (prn) ตามแผนการรักษาพยาบาล ร้อยละ 78.5 ซึ่งเป็นพฤติกรรมการจัดการกับความปวดที่พยาบาลจำนวนน้อยที่สุดปฏิบัติ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัดกับพฤติกรรมการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า การตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล ($r=0.06$, $p>0.05$)

วิจารณ์

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พยาบาลมีการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัดอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.98$) จะเห็นว่าพยาบาลกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัด โดยคำนึงถึงองค์ประกอบการตัดสินใจทางคลินิกทั้ง 5 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย การคำนึงถึงความดี ความถูกต้อง และประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัวเสมอ พยาบาลสามารถใช้ความรู้ที่ได้สั่งสมจากประสบการณ์ สามารถตอบสนองด้านอารมณ์ ความรู้สึกส่วนตัวของพยาบาล หยั่งรู้หรือสามารถคาดคะเนเหตุการณ์และเข้าใจเรื่องราวของผู้ป่วยได้ โดยมีระดับการตัดสินใจทางคลินิกในแต่ละด้านในระดับดีถึงดีมาก (ตารางที่ 1) และสามารถนำองค์ความรู้เกี่ยวกับความปวดมาใช้ได้ ทำให้พยาบาลตัดสินใจทางคลินิกได้ดี

ผลการศึกษาพฤติกรรมการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด พบว่า พยาบาลปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการกับความปวดอยู่ในระดับสูงทั้ง 2 ด้าน โดยพบว่า ด้านการประเมินความปวดและติดตามประเมินผล พยาบาลจำนวนมากกว่าร้อยละ 75 ปฏิบัติเกือบทุกข้อ โดยมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมที่ปฏิบัติเท่ากับ 16.28 และด้านการจัดการกับความปวด พยาบาลมีการปฏิบัติการจัดการกับความปวดทุกพฤติกรรม โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่ปฏิบัติ เท่ากับ 17.98 (ตารางที่ 2)

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัดอยู่ในระดับดี และมีพฤติกรรมการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดอยู่ในระดับดีเช่นกัน ซึ่งน่าจะเกิดจากความรู้พื้นฐาน และความรู้ที่ได้จากการฝึกอบรมของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่มีความรู้และประสบการณ์การทำงานทางคลินิกเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด จากการศึกษาของ Carter และคณะ¹⁷ เกี่ยวกับการเตรียมพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นการศึกษาในระดับปริญญาตรี พบว่า พยาบาลต้องใช้ความรู้ในการตัดสินใจทางคลินิก และสามารถเข้าถึงบุคคลมีความคิด

อย่างมีวิจารณญาณ และสามารถตัดสินใจทางคลินิกได้ และจากการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจทางคลินิกของบุญสิน บุรณะพาณิชย์กิจ¹⁸ พบว่า ความรู้จะช่วยให้ตัดสินใจทางคลินิกได้ถูกต้องมากขึ้น

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการฝึกอบรมของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมจัดการกับความปวดกับประสบการณ์เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับความปวด พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับความปวดมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการกับความปวดสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าความรู้เป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการกับความปวด

การศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษาในพยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างน้อย 1 ปี และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจทางคลินิก จำแนกตามประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดในระยะ 15-20 ปี มีคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวดสูงกว่าผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดในระยะเวลาน้อยกว่า 8 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมทั้งหมด ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกัน ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยและความคล้ายคลึงของการตัดสินใจที่เคยใช้มาก่อนมีผลต่อการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Benner และ Tanner¹⁹ ที่พบว่า ปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจทางคลินิก

ถึงแม้ว่า พยาบาลจะมีการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวด และมีพฤติกรรมจัดการกับความปวดได้ดี ก็ยังพบว่ามีบางพฤติกรรมในด้านการประเมินและติดตามประเมินผลของพยาบาลจำนวนเพียง 3 ใน 4 หรือต่ำกว่า ปฏิบัติได้แก่ การสอบถามถึงปัจจัยที่ทำให้ความปวดลดลง ร้อยละ 73.5 การสอบถามถึงระดับความปวดที่น้อยที่สุดในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ร้อยละ 63.1 จากการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมจากคำถามปลายเปิด พบว่าพยาบาลบางส่วนระบุว่า ภาระงานมากเมื่อจัดการความปวดให้แก่ผู้ป่วยไปแล้ว จึงไม่ได้ประเมินซ้ำในกิจกรรมดังกล่าวมาข้างต้น และพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการกับความปวดที่พยาบาลปฏิบัติได้น้อยที่สุด ร้อยละ 78.5 คือ การให้ยาแก้ปวดตามที่ผู้ป่วยขอ โดยระบุเหตุผลว่า เนื่องจากประเมินแล้วผู้ป่วยไม่ปวดมาก คะแนนความปวดน้อยกว่า 5 คะแนน และเนื่องจากผู้ป่วยไม่ขอยาแก้ปวด บอกว่าทนได้ รวมทั้งได้ให้การพยาบาลด้วยวิธีอื่นๆ แล้วอาการทุเลา เช่น การจัดท่า การคลายผ้าพันแผล เป็นต้น

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวดกับพฤติกรรมจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล พบว่า การศึกษาครั้งนี้ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ โดยพบว่า การตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล ($r=0.06$, $p>0.05$) แม้ว่าพยาบาลมีการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัดที่ดี แต่ไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่า พยาบาลจะมีพฤติกรรมจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดได้ดีด้วย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการกระจายของคะแนนการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวด และคะแนนพฤติกรรมจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีลักษณะการกระจายที่แคบมาก (restricted range of score) โดยคะแนนของทั้ง 2 ตัวแปรส่วนมากเกาะกลุ่มกันที่คะแนนระดับสูง และอาจเนื่องมาจากเครื่องมือวัดในการศึกษาครั้งนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแบบประเมินการตัดสินใจทางคลินิก ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นใหม่อาจยังไม่สะท้อนการตัดสินใจทางคลินิกอย่างสมบูรณ์ อีกทั้งแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการกับความปวดเป็นเครื่องมือที่กลุ่มตัวอย่างรายงานด้วยตัวเอง (self-report questionnaire) พยาบาลกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด และมีความรู้เดิมจึงอาจตอบความรู้ที่มีอยู่ อาจยังไม่ได้คำตอบที่แท้จริง ซึ่งจัดได้ว่าเป็นข้อจำกัดของการวิจัยในครั้งนี้ จึงควรมีการพัฒนาแบบประเมินการตัดสินใจทางคลินิกและพัฒนารูปแบบการประเมินพฤติกรรมของพยาบาลที่ต้องอาศัยข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ เพิ่มเติมในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่กล่าวมา ผู้วิจัยขอเสนอแนะในด้านต่าง ๆ ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลมีการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัดให้ดียิ่งขึ้น โดยการเพิ่มการให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการพยาบาลที่สามารถพัฒนาการตัดสินใจทางคลินิกในเรื่องความปวดด้านต่าง ๆ ดังนี้ เช่น ส่งเสริมให้คำนึงถึงความดี และความถูกต้องเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัว ฝึกฝนให้พยาบาลใช้ความรู้ ใช้ทักษะการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายสามารถใช้ความรู้จากการสั่งสมประสบการณ์ สามารถคาดคะเนและหยั่งรู้เหตุการณ์ ให้เวลาแก่ครอบครัวของผู้ป่วยมากกว่าเดิม จะทำให้พยาบาลเข้าใจเรื่องราวของผู้ป่วยได้มากขึ้น

ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล หรือเปรียบเทียบการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวด

หลังผ่าตัดระหว่างพยาบาลที่มีประสบการณ์กับพยาบาลที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาเครื่องมือวัดการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวดที่มีคุณภาพยิ่งขึ้น และในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการจัดการกับความปวด ควรอาศัยการวัดด้วยวิธีอื่นเพิ่มเติมจากแบบประเมินที่เป็นารายงานด้วยตัวเอง เช่น การใช้แบบสังเกตพฤติกรรม เป็นต้น

สรุป

การศึกษานี้แสดงว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรมของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ มีการตัดสินใจทางคลินิก และมีพฤติกรรมการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดอยู่ในระดับดี แต่ก็ยังมีบางพฤติกรรมที่ยังมีพยาบาลจำนวนน้อยปฏิบัติ ดังนั้นหน่วยงานควรมีการเพิ่มพูนความรู้และฝึกทักษะให้พยาบาลมีการตัดสินใจทางคลินิกและการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดให้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Waikakul W. Closer look into the visceral pain. In: Prateepavanich P, Pajaree K, editors. Brain, pain, memory and management. Proceeding of the 15th Annual Scientific Meeting of Thai Pain Society; 2004 May 2-4; Bangkok, Thailand. Bangkok: Amarin Printing & Publishing Public; 2004;131-2.
2. Ashburn MA, Ready B. Postoperative pain. In: Loeser JD, editor. Bonica's management of pain. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2001;220-40.
3. Good M. Acute pain. Annu Rev Nurs Res 1999;17: 107-32.
4. Allcock N. Factor affecting the assessment of post-operative pain: a literature review. J Adv Nurs 1996;24: 1144-51.
5. วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. การประเมินความปวด: ปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข. เอกสารประกอบการอบรมวิชาการ เรื่อง การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน การประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547.

6. นิตยา ศรีญาณลักษณะ. การบริหารการพยาบาล. โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: ประชุมการช่าง; 2545.
7. Bauwens EE, Gerhard GG. The use of Watson-Glaser Critical Thinking Appraisal to predict success in baccalaureat nursing program. J Nurs Educ 1987;26:278-81.
8. Strader MK, Decker P. Role transition to patient care management. Connecticut: Appleton & Lange; 1995.
9. McCaffery M, Beebe A. Pain: clinical manual for nursing practice. St. Louis: Mosby; 1989.
10. เจือกุล อโนธามณ, ถนอมขวัญ ทวีบุรณ์, สมถวิล โปตระนันท์, วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์. การให้ยาระงับปวดแก่ผู้ป่วยโรงพยาบาลศิริราช. วารสารพยาบาล 2543;49: 259-66.
11. Brunier G, Carson MG, Harrison DE. What do nurses know and believe about patients with pain? Results of a hospital survey. J Pain Symptom Manage 1995;10:436-45.
12. Chatchakorn K, Petpichetchian W. Knowledge and attitudes regarding pain and its management in Thai nurse. Proceeding of the 1st International Conference on Traditions, Evidence, and Innovation in Nursing; 2002 Mar 21-23; Royal City Phuket, Thailand. Songkhla: Faculty of Nursing, Prince of Songkla University; 2002.
13. McCaffery M, Ferrell BR. Correcting misconceptions about pain assessment and use of opioid analgesics: educational strategies aimed at public concerns. Nurs Outlook 1996;44:184-90.
14. Benner P, Tanner CA, Chesla CA. Expertise in nursing practice: caring clinical judgement, and ethics. New York: Springer; 1996.
15. วชิราพร สุนทรสวัสดิ์. พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวดตามการรับรู้ของพยาบาล และผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัด [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2545.
16. Cioffi J. The effect of uncertainty on heuristic use by nurses in patient assessment situations [Doctoral dissertation]. Sydney: University of Sydney; 1995.

17. Carter FK, Fournier M, Grover S, et al. Innovations in community-based nursing education: transitional faculty. *J Prof Nurs* 2005;21:167-74.
18. บุญสิน บุรณะพานิชย์กิจ. การตามกระดุกหัก. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2545.
19. Benner P, Tanner CA. Clinical judgement: how expert nurses use intuition. *Am J Nurs* 1987;87:23-31.