

การจัดการความปวดและพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกยางค์หักแบบปิด:

การรับรู้ของผู้ป่วยและการรับรู้ของพยาบาล

Pain Management and Nurses' Caring Behaviors in Closed Extremity Fracture Patients:

The Perceptions of Patients & Nurses

ประพัศสร แยมโกสุม (Prapassorn Yamgosum)* ดร.บำเพ็ญจิต แสงชาติ (Dr.Bumpenchit Sangchart)**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยและการรับรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวดและพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกยางค์หักแบบปิด ที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบัวใหญ่ อ.บัวใหญ่ จ.นครราชสีมา จำนวน 75 คน และพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบัวใหญ่ จำนวน 13 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามการจัดการความปวดและพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล จำนวน 2 ชุด ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้ป่วย และชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถามสำหรับพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกระดูกยางค์หักแบบปิดมีการรับรู้ในการจัดการความปวดและพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล อยู่ในระดับมาก ส่วนการรับรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวดและพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล พบว่าอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การจัดการความปวดโดยรวมทุกด้านระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลโดยรวมทุกด้านระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$)

ABSTRACT

This descriptive study was conducted to investigate the perceptions of patients and nurses regarding pain management and the caring behaviors of the nurses among patients with closed extremity fractures in the Emergency Department of Buayai Hospital in the Buayai District of Nakhonratchasima Province. Seventy-five consecutive patients, who had closed extremity fractures, and 13 registered nurses were enrolled in the study. Data was collected via questionnaires which were divided into 2 parts as follows: the first part of the questionnaire was for the patients, and the second part was for the nurses. Each part consisted of three subcategories: 1) the socio-demographic data, 2) the perceptions of pain management, and 3) the perceptions regarding the nurses' caring behaviors. The following results were found: 1) Regarding pain management and the nurses' caring behaviors, the perceptions of the patients with closed extremity fractures were at a high level. 2) The nurses' perceptions of pain management and their caring behaviors were also at a high level. 3) With respect to comparing the mean scores between the patients and the nurses to determine the perception of pain management and the nurses' caring behaviors, the overall mean scores showed no significant level of difference ($p>0.05$).

คำสำคัญ: การรับรู้ การจัดการความปวด พฤติกรรมการดูแล

Keywords: Perception, Pain Management, Caring Behaviors

* นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉินมักมาด้วยอาการเฉียบพลัน โดยเฉพาะอาการปวด (Lim, Wee, & Seow, 2006; Moceri, & Drevdahl, 2014) ซึ่งเป็นอาการพบมากที่สุด ที่เป็นจุดเริ่มต้นทำให้เกิดความกังวลได้มากที่สุด และเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยแสวงหาการรักษามากที่สุด เช่นเดียวกันกับภาวะกระดูกหักก็เป็นปัญหาสำคัญของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ที่มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุต่างๆ ทำให้อวัยวะส่วนที่กระดูกหักไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ (วรรณิ, 2533) ตำแหน่งที่พบได้บ่อยคือ แขน และ ขา ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยกระดูกหัก คือความปวด ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันโดยมีสาเหตุจากการทำลาย กล้ามเนื้อ กระดูก เชื้อหุ้มกระดูก หลอดเลือด และเส้นประสาท ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษา เมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน พยาบาลมักเป็นบุคคลแรกที่พบผู้ป่วยและปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลเบื้องต้นได้ชัดเจน เช่น การถามกระดูกให้อยู่นิ่ง การให้ข้อมูล เป็นต้น ส่งผลทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ถึง การปฏิบัติบทบาทอิสระในการจัดการความปวด ซึ่งในการจัดการความปวดที่แผนกฉุกเฉินนั้นมีทั้งวิธีการใช้ยา และวิธีการไม่ใช้ยา ดังนั้นการบริหารจัดการความปวดจึงมีความสำคัญและเป็นความท้าทายสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสมจะส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

จากรายงานสถิติผู้ป่วยอุบัติเหตุของโรงพยาบาลบัวใหญ่ อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา พบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่มีอาการปวดเฉียบพลันมีหลายสาเหตุได้แก่ สาเหตุจากการได้รับบาดเจ็บทั่วไป ได้รับอุบัติเหตุจากการขนส่ง และพลัดตกหกล้ม เป็นต้น ในปี 2556-2558 พบว่ามีผู้ป่วยบาดเจ็บตำแหน่งกระดูกหัก โดยรวมมีจำนวน 416, 550 และ 588 ราย/ปี ตามลำดับ ในจำนวนนั้นเป็นผู้ป่วยกระดูกข้อมือหักแบบปิด จำนวน 338, 464 และ 524 ราย/ปี ตามลำดับ ปัญหาที่เกิดขึ้นตามมาก็คือกล้ามเนื้อ เอ็น เอ็นยึด เส้นเลือดเส้นประสาท ได้รับอันตรายส่งผลให้เกิดอาการปวด บวม มีความผิดปกติของขนาดและรูปร่างของกระดูกส่วนที่หัก และมีการเคลื่อนไหวกดผิดปกติ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงและสาเหตุ (มารยาท, 2547) ด้วยลักษณะงานของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นบริการที่ต้องให้ความสำคัญกับการช่วยชีวิตและลดภาวะคุกคามต่อชีวิตเป็นอันดับแรก แต่มีข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอในการให้บริการผู้ป่วยที่มารับบริการในแต่ละวันซึ่งมีจำนวนมาก และมีภาวะวิกฤตของชีวิตที่แตกต่างกัน ผู้รับบริการที่ได้รับบาดเจ็บบางรายเมื่อเข้ามาในห้องตรวจแล้วอาจต้องรอคอยการรับบริการ ซึ่งแนวทางในการให้บริการเพื่อจัดการความปวดที่รพ.บัวใหญ่ใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งโรงพยาบาล โดยมีการดำเนินการคือ เมื่อผู้ป่วยกระดูกหักจากอุบัติเหตุ เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลบัวใหญ่ ผู้ป่วยจะได้รับการคัดกรองจากพยาบาลวิชาชีพ จำแนกประเภทผู้ป่วยแบ่งระดับความรุนแรงเป็น 5 ประเภท โดยใช้ปียสี ซึ่งประกอบด้วย สีแดงหมายถึงผู้ป่วยวิกฤต ต้องได้รับการตรวจทันที สีชมพูหมายถึงผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง มีอาการซึม ปวด ต้องได้รับการตรวจภายใน 15 นาที สีเหลืองหมายถึงผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง ต้องได้รับการตรวจภายใน 15-30 นาที สีเขียวหมายถึงผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย ต้องได้รับการตรวจภายใน 30-60 นาที และสีขาวหมายถึงผู้ป่วยบาดเจ็บทั่วไป สามารถรอตรวจได้ 1-2 ชั่วโมง โดยทั่วไปผู้ป่วยกระดูกข้อมือหักแบบปิดส่วนใหญ่จะได้รับการคัดกรองอยู่ในประเภทสีเหลือง เมื่อแรกรับพยาบาลจะซักประวัติ วัดสัญญาณชีพ ลงบันทึกประวัติในคอมพิวเตอร์ หลังจากนั้นพยาบาลจะส่งผู้ป่วยไปเอกซเรย์ รายงานแพทย์เวรประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เมื่อทราบผลเอกซเรย์และพบว่ากระดูกหัก แพทย์เวรจะปรึกษาแพทย์เฉพาะทางกระดูกและข้อ เพื่อให้การรักษา ในระหว่างที่ผู้ป่วยรอพบแพทย์นั้นพยาบาลจะปฏิบัติกรพยาบาลในบทบาทอิสระที่ถือเป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยดูแลผู้ป่วยตามปัญหาและความต้องการแตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามในการปฏิบัติจะขึ้นอยู่กับความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ส่วนบุคคลของพยาบาลที่ยังมีความแตกต่างกัน ที่ผ่านมามีพบว่าพยาบาลยังขาดการบันทึกและติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องในการจัดการความปวด ส่งผลให้บางครั้งผู้ป่วยบาดเจ็บบางรายอาจไม่ได้รับ

การจัดการความปวดที่เหมาะสม ดังนั้นในฐานะที่พยาบาลเป็นหนึ่งในบุคลากรของทีมสุขภาพด้านการจัดการความปวดแล้ว พยาบาลจำเป็นต้องมีองค์ความรู้และทักษะที่ครอบคลุมเกี่ยวกับการประเมินความปวด การจัดการความปวด การบันทึกอาการปวด และการติดตามผลลัพธ์ รวมทั้งมีการนำแนวปฏิบัติการจัดการอาการปวดไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย (Patrick, Rosenthal, Lezzi, & Brand, 2015) ซึ่งผู้ป่วยกระดูกรยางค์หักแบบปิดนอกจากความปวดที่จะต้องจะได้รับการจัดการตามมาตรฐานในภาวะฉุกเฉิน แล้วผู้ป่วยยังควรได้รับการดูแลตอบสนองความต้องการด้านอื่นๆอย่างเป็นองค์รวมร่วมด้วยไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ใดๆ

การดูแล (caring) เป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลแสดงถึงพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลที่เป็นบทบาทอิสระที่ต้องมีการบูรณาการเข้าไปในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทุกกิจกรรม (Watson, 1999) ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่ว่าจะมาด้วยอาการบาดเจ็บหรือสาเหตุใด พยาบาลจะให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกับการจัดการอาการอื่นๆไปพร้อมกัน หากพยาบาลสามารถปฏิบัติบทบาทอิสระในการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมองค์รวมร่วมกับการจัดการความปวดแล้ว จะเป็นการช่วยเสริมให้การจัดการบรรเทาความปวดมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ผู้ป่วยเกิดความผาสุกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และยังช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความปลอดภัย มีความมั่นใจในการรักษา (Hayes & Tyler-Ball, 2007) และรับรู้ถึงพฤติกรรมดูแลของพยาบาลในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย มีการศึกษาพบว่าในการปฏิบัติบทบาทอิสระหรือพฤติกรรมการดูแลนั้น หากพยาบาลสามารถสื่อหรือแสดงให้เห็นประจักษ์ถึงความเอื้ออาทร ใส่ใจในการดูแล และจัดการอาการต่างๆรวมทั้งความปวดให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าได้รับการตอบสนองตามความต้องการแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ (Orathai & Tengkiattrakul, 2009) ที่ปัญหาได้รับการแก้ไขและได้รับการสนองตอบความต้องการ รวมทั้งรับรู้ถึงพฤติกรรมดูแลและการจัดการความปวดของพยาบาลให้กับผู้ป่วย ในสถานการณ์การดูแลนั้นการรับรู้พฤติกรรมดูแลของพยาบาลระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลควรมีความสอดคล้องกัน แต่ในบางสถานการณ์การรับรู้ของผู้ป่วยกับพยาบาลอาจแตกต่างกันได้ การรับรู้ที่แตกต่างกันอาจนำไปสู่ความขัดแย้ง ความไม่พึงพอใจกัน หรือในทางตรงกันข้ามอาจนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงคุณภาพการบริการให้ดีขึ้น

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ป่วยกับการรับรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวดและพฤติกรรมดูแลของพยาบาล โดยการศึกษาครั้งนี้จะทำให้ทราบข้อมูลการรับรู้ของผู้ป่วยและของพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการความปวดและพฤติกรรมดูแลของพยาบาล ความรู้ที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลในการดูแลและการจัดการความปวดชนิดเฉียบพลันในผู้ป่วยกระดูกรยางค์หักแบบปิด ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อไป

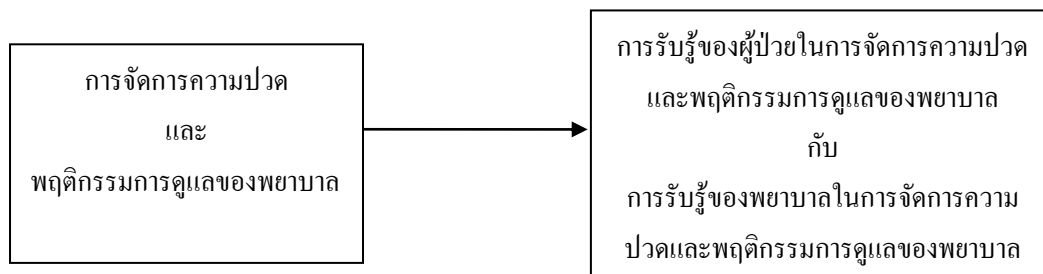
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยกระดูกรยางค์หักแบบปิดที่ได้รับการจัดการความปวด
2. เพื่อศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยกระดูกรยางค์หักแบบปิดในพฤติกรรมดูแลของพยาบาล
3. เพื่อศึกษาการรับรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวดให้กับผู้ป่วยกระดูกรยางค์หักแบบปิด
4. เพื่อศึกษาการรับรู้ของพยาบาลในพฤติกรรมดูแลของพยาบาลแก่ผู้ป่วยกระดูกรยางค์หักแบบปิด
5. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ป่วยกับการรับรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวดและพฤติกรรมดูแลของพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกรยางค์หักแบบปิด

คำถามของการวิจัย

การรับรู้ของผู้ป่วยกับการรับรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวดและพฤติกรรมดูแลของพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกยางค์หักแบบปิดมีความแตกต่างกันหรือไม่

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยกับการรับรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวดและพฤติกรรมดูแลของพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกยางค์หักแบบปิด ที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบัวใหญ่ อ.บัวใหญ่ จ.นครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วย ประกอบด้วย 2 กลุ่มดังนี้

1. ผู้ป่วยกระดูกยางค์หักแบบปิด ที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบัวใหญ่ อ.บัวใหญ่ จ.นครราชสีมา มีคุณสมบัติตามที่กำหนด คือ 1) มีอายุ 18-60 ปี 2) มีระดับการรู้สึกรับรู้ วัน เวลา สถานที่และบุคคลตามปกติ ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination : TMSE)(สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551) ผู้ป่วยต้องได้คะแนนอย่างต่ำ 5 คะแนน จากคะแนนเต็ม 6คะแนน 3) ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยินและการมองเห็น 4) เป็นผู้ป่วยกระดูกยางค์หักแบบปิด ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และมีอาการปวด 5) ไม่มีการบาดเจ็บที่สมอง ประเมินคะแนนระบบประสาท 13-15 คะแนน 6) ไม่ได้รับการบาดเจ็บหลายระบบ เช่น ระบบหายใจ ระบบทางเดินอาหาร 7) ไม่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต เช่น ภาวะช็อค หรือ ใส่ท่อช่วยหายใจ 8) สามารถสื่อสารได้ด้วยตนเองได้ และ 9) มีความสนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบต่อเนื่องตามลำดับ (consecutive sampling) คำนวณขนาดตัวอย่างจากการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรแบบทราบขนาดของประชากรที่แน่นอน ของ Cochran (1997) มีสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2\sigma^2}{Nd^2 + Z^2\sigma^2}$$

โดย n = ขนาดตัวอย่าง

N = ขนาดประชากรซึ่งมีคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 171 ราย (สถิติผู้ป่วยกระดูกยางค์หักแบบปิดมีอายุตั้งแต่ 18-60 ปี แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบัวใหญ่ ปี 2558 ตั้งแต่ 1 มกราคม 2558-31 ธันวาคม 2558)

σ^2 = ค่าความแปรปรวนของประชากร ได้จากการศึกษาของ Bucco (2015) ที่ศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วย และพยาบาลต่อพฤติกรรมดูแลของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน S.D.=0.76)

d = ความคลาดเคลื่อนในการประเมินค่าที่ยอมรับได้ ซึ่งผู้วิจัยกำหนดไม่เกินร้อยละ 3 ของคะแนนเฉลี่ย (การรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลต่อพฤติกรรมดูแลของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่แผนกอุบัติเหตุและ

ฉุกเฉิน Bucco (2015) $\bar{x}$ =5.58) ดังนั้นค่าความคลาดเคลื่อน $\frac{5.58 \times 3}{100} = 0.16$

$Z =$ ค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากการแจกแจงมาตรฐาน กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ($Z = 1.96$)

ขนาดตัวอย่างตามสูตรดังกล่าวได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 67 ราย เพื่อป้องกันการสูญหาย ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นร้อยละ 10 ดังนั้นได้กลุ่มตัวอย่าง 75 ราย

2. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบัวใหญ่ อ.บัวใหญ่ จ.นครราชสีมา เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีจำนวนทั้งสิ้น 13 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้ป่วย และชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถามสำหรับพยาบาล แต่ละชุดประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ในการจัดการความปวดของพยาบาล ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามการปฏิบัติด้านการจัดการความปวดของโสพิศ (2549) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวประเมินมาตรฐานการจัดการความปวดของ The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO, 2001) ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบมาตรฐาน มีจำนวน 17 ข้อ ใช้มาตรวัดลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ในพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล โดยใช้เครื่องมือ Caring Behaviours Inventory (CBI) พัฒนาโดย Wu, Larrabee, & Putman (2006) มีข้อความ 24 ข้อ แบบสอบถามนี้ใช้เทคนิคการแปลย้อนกลับของ Brislin (1970) ใช้มาตรวัดลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยและการรับรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1 นำไปทดลองใช้ที่โรงพยาบาลพิมาย อ.พิมาย จ.นครราชสีมา กับผู้ป่วย 10 รายและพยาบาล 10 ราย ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง คำนวณหาค่าความเที่ยง พบว่า แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยและการรับรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวด ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค 0.73 และ 0.90 ตามลำดับ

2. แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยและการรับรู้ของพยาบาลในพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1 นำไปทดลองใช้ที่โรงพยาบาลพิมาย อ.พิมาย จ.นครราชสีมา กับผู้ป่วย 10 ราย และพยาบาล 10 ราย ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง คำนวณหาค่าความเที่ยง พบว่า แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยกับการรับรู้ของพยาบาลในพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค 0.89 และ 0.92 ตามลำดับ

การเก็บข้อมูล

ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง สรุปรายตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้รับอนุมัติเมื่อ 12 พฤษภาคม 2559 เลขที่จริยธรรม HE592132

1.2 ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบัวใหญ่ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยและพยาบาล

1.3 เมื่อได้รับหนังสืออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบัวใหญ่ ผู้วิจัยขอเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลบัวใหญ่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล รวมถึงการขอความร่วมมือจากแพทย์ที่เกี่ยวข้องเจ้าหน้าที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการติดต่อและประสานงานกับผู้วิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการ

สำหรับผู้ป่วย

ผู้วิจัยแนะนำตัวกับหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์พยาบาลหัวหน้าเวรช่วยประสานผู้วิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม หลังจากผู้ป่วยผ่านขั้นตอนและกระบวนการตรวจรักษาจากแพทย์ และได้รับการดูแลจากพยาบาลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตแพทย์เจ้าของไข้ และเข้าไปสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย จัดให้ผู้ป่วยนั่งในบริเวณห้องสังเกตอาการ เพื่อเริ่มต้นการสอบถาม ผู้วิจัยป้องกันการปนเปื้อนข้อมูลโดยจะไม่เข้าไปให้การพยาบาลผู้ป่วยไม่ว่ากรณีใดๆ โดยมีวิธีการเก็บข้อมูลดังนี้

1) ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ หากผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยแนะนำตัวในฐานะนักศึกษาพยาบาลปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พร้อมกับอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยตลอดจนการเก็บข้อมูล อธิบายให้ทราบถึงสิทธิของอาสาสมัครและการพิทักษ์สิทธิ์

2) เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจึงให้ลงชื่อในเอกสารใบยินยอม และผู้วิจัยจะประเมินระดับการรู้สึกรู้ตัว การรับรู้วัน เวลา สถานที่ โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination : TMSE) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551) ผู้ป่วยต้องได้คะแนนอย่างน้อย 5 คะแนน จากคะแนนเต็ม 6 คะแนน

3) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยได้แก่ เพศ อายุ สิทธิในการรักษา ตำแหน่งที่มีอาการปวด เป็นต้น

4) ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามโดยละเอียด และให้ข้อมูลว่า ถ้าหากผู้ป่วยมีข้อสงสัย หรือมีปัญหา สอบถามรายละเอียดจากผู้วิจัยได้ทุกคำถาม เมื่อเข้าใจแล้วผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล โดยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สะดวกในการอ่านแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถาม ให้ผู้ป่วยเลือกคำตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 30 นาที

5) ภายหลังการเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ถ้าข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือเก็บข้อมูลเพิ่มเติม

6) หลังจากผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทุกฉบับอีกครั้งในแต่ละวัน ทำการลงรหัสข้อมูล และเก็บรวบรวมข้อมูลไว้ในแฟ้มข้อมูลตามลำดับรหัส

สำหรับพยาบาล

1) ผู้วิจัยแนะนำตัวกับหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และเลือกกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

2) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวในฐานะนักศึกษาพยาบาลปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พร้อมกับอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ตลอดจนการเก็บข้อมูล รวมทั้งอธิบายเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิ์ของอาสาสมัคร

3) ให้การพิทักษ์สิทธิ์ก่อนการเก็บข้อมูลโดยอธิบายให้พยาบาลทราบสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตามต้องการ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย 13 คน จึงใช้วิธีการยกเว้นการลงนาม

4) ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามโดยละเอียด และให้ข้อมูลว่า ถ้าหากมีข้อสงสัย หรือมีปัญหาสามารถสอบถามรายละเอียดจากผู้วิจัยได้ทุกคำถาม เมื่อเข้าใจแล้วผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยจะให้พยาบาลตอบแบบสอบถามซึ่งหยิบจากแฟ้มเรียงลำดับหมายเลขแบบสอบถามไว้ ภายหลังจากเสร็จสิ้นการดูแลผู้ป่วยหรือช่วงเวลาที่สะดวก เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 30 นาที

5) ภายหลังจากเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ถ้าข้อมูลไม่ครบถ้วน ขอความร่วมมือเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจนครบทุกข้อ

6) เมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยกล่าวแสดงความขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ และแจ้งสิ้นสุดการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Statistical Package for Social Sciences (SPSS) วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และสถิติอ้างอิงโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป นำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลการรับรู้ของผู้ป่วยในการจัดการความปวดและพฤติกรรมดูแลของพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกยางค์หักแบบปิด
3. คำนวณหาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลการรับรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวดและพฤติกรรมดูแลของพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกยางค์หักแบบปิด
4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้ของผู้ป่วยกับการรับรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวดและพฤติกรรมดูแลของพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกยางค์หักแบบปิดโดยใช้สถิติอ้างอิง (inferential statistics) ประเภทสถิติอนพารามेटริก (non-parametric statistics) Mann Whitney U test ทดสอบ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยกระดูกยางค์หักแบบปิด

กลุ่มตัวอย่างที่ คือ ผู้ป่วยกระดูกยางค์หักแบบปิด ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 57.3) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีอายุเฉลี่ย 37.89 ปี โดยอยู่ในช่วงอายุ 21-30 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 25.3) รองลงมา คือ ช่วงอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 24) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68) และส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 44) มีอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 44) รายได้ส่วนใหญ่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 52) ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการใช้บริการ (ร้อยละ 42.7) ตำแหน่งที่มีอาการปวดที่พบได้บ่อย คือ ไหล่และข้อมือ สาเหตุของอาการปวดเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 46.7) ระดับความรุนแรงของอาการปวดอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 49.3) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการปวด (ร้อยละ 58.7) ส่วนใหญ่ภายหลังได้รับการรักษาได้กลับบ้าน (ร้อยละ 64)

1.2 ลักษณะทั่วไปของพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 92.3) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ อายุเฉลี่ย 31.92 ปี โดยอยู่ในช่วงอายุ 25-40 ปี และ ช่วงอายุ 31-35 ปี (ร้อยละ 46.2) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 76.9) ทั้งหมดจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ตำแหน่งในการปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ร้อยละ 53.8) และประสบการณ์ในการทำงาน 6-10 ปี (ร้อยละ 61.5) และไม่เคยมีประสบการณ์ในการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวด (ร้อยละ 92.3)

2. การรับรู้ในการจัดการความปวด

2.1 การรับรู้ของผู้ป่วยกระดูกหักแบบปิดที่ได้รับการจัดการความปวด

การรับรู้ของผู้ป่วยในการจัดการความปวดของพยาบาลในภาพรวม พบว่า การรับรู้อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.63$, S.D.=1.09) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้การจัดการความปวดด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{x} = 3.97$, S.D.=0.91) ส่วนการรับรู้การจัดการความปวดในด้านการควบคุมความปวด มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่นๆ ($\bar{x} = 3.44$, S.D.=1.27) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ในการจัดการความปวด รายด้านและโดยรวม (n=75)

การจัดการความปวด	$\bar{x}$	S.D.	ระดับการรับรู้
สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม	3.97	0.91	มาก
การประเมินความปวด	3.79	1.00	มาก
การควบคุมความปวด	3.44	1.27	มาก
การให้ความรู้ผู้ที่มีอาการปวด	3.45	1.17	มาก
การดูแลต่อเนื่อง	3.54	1.12	มาก
รวม	3.63	1.09	มาก

2.2 การรับรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวดของพยาบาล

การรับรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวด ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.81$, S.D.=0.8) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการประเมินความปวดมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{x} = 4.18$, S.D.=0.64) ส่วนด้านการดูแลต่อเนื่อง มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่น ($\bar{x} = 3.50$, S.D.=1.01) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ในการจัดการความปวด รายด้านและโดยรวม (n=13)

การจัดการความปวด	$\bar{x}$	S.D.	ระดับการรับรู้
สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม	3.82	0.67	มาก
การประเมินความปวด	4.18	0.64	มาก
การควบคุมความปวด	3.84	0.84	มาก
การให้ความรู้ผู้ที่มีอาการปวด	3.74	0.84	มาก
การดูแลต่อเนื่อง	3.50	1.01	มาก
รวม	3.81	0.8	มาก

3. การรับรู้พฤติกรรมการดูแลของพยาบาล

3.1 การรับรู้ของผู้ป่วยในพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล

การรับรู้ของผู้ป่วยในพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล ในภาพรวม พบว่าการรับรู้อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ =3.95, S.D.=0.91) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้ด้านความเชื่อมั่น ด้านความรู้และทักษะ ด้านความเคารพ และด้านความสัมพันธ์อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ =4.01, S.D.=0.91), ($\bar{x}$ =3.98, S.D.=0.92), ($\bar{x}$ =3.97, S.D.=0.87) และ ($\bar{x}$ =3.86, S.D.=0.94) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ ในพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลรายด้านและ โดยรวม (n=75)

พฤติกรรมการดูแลของพยาบาล	$\bar{x}$	S.D.	ระดับการรับรู้
ความเชื่อมั่น	4.01	0.91	มาก
ความรู้และทักษะ	3.98	0.92	มาก
ความเคารพ	3.97	0.87	มาก
ความสัมพันธ์	3.86	0.94	มาก
รวม	3.95	0.91	มาก

3.2 การรับรู้ของพยาบาลในพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล

การรับรู้ของพยาบาลในพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลเอง ในภาพรวม พบว่าการรับรู้อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ =4.07, S.D.=0.61) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการรับรู้ด้านความรู้และทักษะ และด้านความเคารพ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ =4.3, S.D.=0.65) และ ($\bar{x}$ =4.22, S.D.=0.54) ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ด้านความเชื่อมั่นและด้านความสัมพันธ์อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ =3.89, S.D.=0.58) และ ($\bar{x}$ =3.87, S.D.=0.7) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลรายด้านและโดยรวม (n=13)

พฤติกรรมการดูแลของพยาบาล	$\bar{x}$	S.D.	ระดับการรับรู้
ความเชื่อมั่น	3.89	0.58	มาก
ความรู้และทักษะ	4.3	0.65	มากที่สุด
ความเคารพ	4.22	0.54	มากที่สุด
ความสัมพันธ์	3.87	0.7	มาก
รวม	4.07	0.61	มาก

4. เปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ป่วยกับการรับรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวดและพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล

4.1 เปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ป่วยกับการรับรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวด

ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ในการจัดการความปวดระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลโดยรวมทุกด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p>0.05$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ในการจัดการความปวดระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล

การจัดการความปวด	จำนวน	Mean Rank	Z	p-value
สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม				
ผู้ป่วย	75	45.42	-0.82	0.41
พยาบาล	13	39.19		
การประเมินความปวด				
ผู้ป่วย	75	42.67	-1.6	0.15
พยาบาล	13	55.04		
การควบคุมความปวด				
ผู้ป่วย	75	43.43	-0.95	0.34
พยาบาล	13	50.65		
การให้ความรู้ผู้ที่มีอาการปวด				
ผู้ป่วย	75	43.53	-0.86	0.38
พยาบาล	13	50.12		
การดูแลต่อเนื่อง				
ผู้ป่วย	75	44.68	-0.16	0.87
พยาบาล	13	43.46		

4.2 เปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ป่วยกับการรับรู้ของพยาบาลในพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล

ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ในพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล โดยรวมทุกด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p>0.05$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ในพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล

พฤติกรรม การดูแล	จำนวน	Mean Rank	Z	p-value
ความเชื่อมั่น				
ผู้ป่วย	75	45.20	-0.62	0.53
พยาบาล	13	40.46		
ความรู้และทักษะ				
ผู้ป่วย	75	42.80	-1.51	0.13
พยาบาล	13	54.31		
ความเคารพ				
ผู้ป่วย	75	43.28	-1.08	0.27
พยาบาล	13	51.54		
ความสัมพันธ์				
ผู้ป่วย	75	44.53	-0.03	0.97
พยาบาล	13	44.31		

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

1. การรับรู้ในการจัดการความปวด

1.1 การรับรู้ของผู้ป่วยกระตือรือร้นอย่างหักแบบปิดในการจัดการความปวด

ผู้ป่วยกระตือรือร้นอย่างหักแบบปิด มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ในการจัดการความปวดของพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.63$, S.D.=1.09) สะท้อนว่าพยาบาลมีความตระหนัก และให้ความสำคัญกับการจัดการความปวดของผู้ป่วยรวมทั้งได้มีการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และเนื่องจากมีการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย ที่กำหนดให้พยาบาลต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (สภาการพยาบาล, 2540) นั้น จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่พยาบาลต้องนำไปปฏิบัติ และส่งผลให้พยาบาลต้องให้บริการผู้ป่วยอย่างเต็มที่เพื่อคุณภาพและประสิทธิภาพของการพยาบาล ผู้ป่วยจึงสามารถรับรู้ได้ถึงการจัดการความปวดที่พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วย

1.2 การรับรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวด

การรับรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวด อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.81$, $S.D. = 0.8$) การรับรู้ของบุคคลมาจากการรับรู้บทบาทหน้าที่ เป็นการแสดงออกหรือพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติตามหน้าที่ ทำให้บุคคลรับรู้ในบทบาทหน้าที่ของตน (สรวงทิพย์, 2540) จากข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานอยู่ระหว่าง 6-10 ปี ซึ่งถือได้ว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ความชำนาญ (expert) ที่สามารถมองสถานการณ์ต่างๆ ได้กว้างและเข้าใจปัญหาต่างๆ สามารถวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล แก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว และเหมาะสม (Benner, 1982) ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในระดับชำนาญการจึงมีการรับรู้ในสมรรถนะของตนว่าได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการจัดการความปวด ที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยแต่ละรายตามมาตรฐานวิชาชีพ

2. การรับรู้ในพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล

2.1 การรับรู้ของผู้ป่วยกระดูกรยางค์หักแบบปิดในพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล

การรับรู้ของผู้ป่วยในพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.95$, $S.D. = 0.91$) แสดงให้เห็นว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้ให้ความสนใจและให้การดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ถึงพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล ดังที่ Watson กล่าวว่า ในกระบวนการดูแลเริ่มขึ้นเมื่อพยาบาลปฏิบัติการดูแลด้วยความรัก เข้าถึงจิตใจของผู้ป่วย รับรู้ความต้องการของผู้ป่วยได้ตรงกันทำให้พยาบาลตัดสินใจเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ดีและเหมาะสมให้กับผู้ป่วย (Watson, 1979) สอดคล้องกับการศึกษาของ Orathai & Tengkiattrakul (2009) ที่พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดรับรู้พฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยรวมอยู่ในระดับสูง

2.2 การรับรู้ของพยาบาลในพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล

การรับรู้ของพยาบาลถึงพฤติกรรมการดูแลของตน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.07$, $S.D. = 0.61$) อธิบายได้ว่า พยาบาลตระหนักว่าการดูแลเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล (Watson, 1999) และเป็นศิลปะในการปฏิบัติการพยาบาล (Merrill, Hayes, Clukey & Curtis, 2012) ที่พยาบาลต้องปฏิบัติ ดังนั้นจึงรับรู้ว่าคุณค่าได้ปฏิบัติการดูแลหรือมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี ตามที่ตนให้ความสำคัญและตระหนักรู้ในบทบาทหน้าที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mizuno, Ozawa, Evans, Okada, & Takeo (2005) ได้ศึกษาการรับรู้พฤติกรรมการดูแลของพยาบาล ในโรงพยาบาลประเทศญี่ปุ่น พยาบาลรับรู้ว่าการดูแลของพยาบาลนั้นสำคัญ และพฤติกรรมการดูแลที่สำคัญมากคือ การฟังผู้ป่วย การให้ข้อมูล และการให้การพยาบาลเฉพาะบุคคล

3. เปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ป่วยกับการรับรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวดและพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกรยางค์หักแบบปิด

3.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ในการจัดการความปวดระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล

การศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ในการจัดการความปวดระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล โดยรวมทุกด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p > 0.05$) แสดงให้เห็นว่าพยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการจัดการความปวดตามบทบาทหน้าที่ของตน และเป็นไปตามความคาดหวังของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ได้สอดคล้องกับการรับรู้ของพยาบาลว่าได้รับการจัดการความปวด เพื่อตอบสนองความต้องการของตน ทั้งในด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม การประเมินความปวด การควบคุมความปวด การให้ความรู้ที่มีอาการปวด และการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของวชิราพร (2545) ที่พบว่าการรับรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกับการรับรู้ของพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวดนั้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยพยาบาลมีคะแนนการรับรู้มากกว่าผู้ป่วย

3.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ในพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล

พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ในพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล โดยรวมทุกด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p>0.05$) แสดงให้เห็นว่า การดูแลเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล (Poirier & Sossong, 2010) ในสถานการณ์การดูแลนั้นเป็นการเข้าถึงจิตใจกันระหว่างคนสองคน โดยผ่านทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Watson, 1985) ซึ่งในกระบวนการดูแลจะเริ่มขึ้นเมื่อพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลด้วยความรัก มีเมตตา เห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เข้าใจความแตกต่างของบุคคล ทำให้พยาบาลเข้าถึงจิตใจและเข้าใจผู้ป่วย เมื่อการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลตรงกัน พยาบาลจึงเลือกปฏิบัติสิ่งที่ดีและเหมาะสมให้กับผู้ป่วย (Watson, 1979) และผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ถึงพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลสอดคล้องกัน ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ Poirier & Sossong (2010) ที่พบว่าการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งและพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลนั้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

สรุปผลการวิจัย

1. การรับรู้ของผู้ป่วยกระดูกรยางค์หักแบบปิดในการจัดการความปวดและพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล พบว่า อยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}=3.63$, S.D.=1.09) และ ($\bar{X}=3.95$, S.D.=0.91) ตามลำดับ
2. การรับรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวดและพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล พบว่า อยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}=3.81$, S.D.=0.8) และ ($\bar{X}=4.07$, S.D.=0.61) ตามลำดับ
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ในการจัดการความปวดระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลพบว่า โดยรวมทุกด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p>0.05$)
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ในพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล พบว่า โดยรวมทุกด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p>0.05$)

ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริมให้มีการวิจัยเกี่ยวกับวิธีการจัดการความปวดของพยาบาลและ พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยการสังเกตการปฏิบัติและการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากยิ่งขึ้น
2. ควรทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ ที่มีอาการปวด ที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อตอบสนองความต้องการผู้ป่วย
3. ควรทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ ที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น
4. จากผลการศึกษาพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมในการจัดการความปวดแต่มีประสบการณ์หลายปี ทำให้การรับรู้สมรรถนะ และมีพฤติกรรมดูแลที่มาก จึงควรศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในกลุ่มพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อย

ข้อจำกัดของงานวิจัย

ศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มกลุ่มตัวอย่างพยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลบริเวณใกล้เคียง เพื่อให้ผลการวิจัยสามารถอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรได้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.บำเพ็ญจิต แสงชาติ อาจารย์ที่ปรึกษาที่ให้ความกรุณาให้ข้อเสนอแนะ ให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในทุกขั้นตอนการทำวิจัย พร้อมทั้งให้ความเอาใจใส่ดูแลตลอดการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- มรรยาท ณ นคร. การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการยึดตรึงด้วยวัสดุภายในร่างกาย. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
- วชิราพร สุนทรสวัสดิ์. พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวดตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัด [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2545.
- วรรณิ ศัตยวิวัฒน์ และคณะ. การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ไผ่สาลศิลป์การพิมพ์; 2533.
- สรวงทิพย์ ภู่อุณณา. การรับรู้บทบาทที่กำหนด บทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่ปฏิบัติจริงของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยเขตภาคตะวันออก [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน]. ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยบูรพา; 2540.
- โสพิศ เวียงโสด. การจัดการอาการปวดโดยพยาบาลและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามการรายงานผู้ป่วยและพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549.
- Benner P. From Novice to Expert. The American Journal of Nursing 1982; 82(3): 402-407.
- Hayes J, Tyler-Ball S. Perceptions of nurses' caring behaviors by trauma patients. Journal of Trauma Nursing 2007; 14(4): 187-190.
- Lim GH, Wee FC, Seow E. Pain management in the emergency department. Hong Kong Journal of Emergency Medicine 2006; 13(1): 38-45.
- Merrill AS, Hayes JS, Clukey L, Curtis D. Do they really care? How trauma patients perceive nurses' caring behaviors. Journal of Trauma Nursing: The Official Journal of the Society of Trauma Nurses 2012; 19(1): 33-37.
- Mizuno M, Ozawa M, Evans D, Okada A, Takeo K. Caring behaviors perceived by nurses in a Japanese Hospital. J Nurs Studies 2005; 4(1): 13-19.
- Moceri JT, Drevdahl DJ. Nurses' Knowledge and Attitudes Toward Pain in the Emergency Department. JOURNAL OF EMERGENCY NURSING 2014; 40 (1): 6-12.
- Orathai P, Tengkiattrakul S. Perioperative Nurses' Caring Behaviors Perceived by Perioperative Patients at Ramathibodi Hospital. Ramathibodi Nursing Journal 2009; 14(2): 197-208.
- Patrick PA, Rosenthal BM, Lezzi CA, Brand DA. Timely pain management in the Emergency Department. The Journal of Emergency Medicine 2015; 48(3): 267-273.



- Poirrier P, Sossong A. Oncology patients' and nurses' perceptions of caring. Canadian Oncology Nursing Journal 2010; 20(2): 62-65.
- St Marie B, American Society of Pain Management Nurses, editors. Core curriculum for pain management nursing. Philadelphia: Saunders; 2002.
- Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. Boston: Little, Brown; 1979.
- Watson J. Nursing: human science and human care: a theory of nursing. Norwalk, Conn: Appleton; 1985.
- Watson J. Nursing: human science and human care: a theory of nursing. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett Pub; 1999.
- Wu Y, Larrabee JH, Putman HP. Caring Behaviors Inventory: a reduction of the 42-item instrument. Nursing Research 2006; 55(1): 18-25.