

ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม
กับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด



นางสาว กนิษฐ ศรีปานแก้ว

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2547

ISBN 974-17-6184-8

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONSHIPS BETWEEN ATTITUDES, SUBJECTIVE NORMS, PERCEIVED
BEHAVIORAL CONTROL, AND NURSES' INTENTION TO ASSESS PAIN
IN POSTOPERATIVE PATIENTS



Miss Kanit Sripankaew

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2004

ISBN 974-17-6184-8

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้
การควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความ
เจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

โดย นางสาว กนิษฐ ศรีปานแก้ว

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต. หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชูณหะวัณ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร. ยวดี เกตสัมพันธ์)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4577551836: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORDS: PAIN / PAIN ASSESSMENT / NURSES' INTENTION / POSTOPERATIVE PATIENTS

KANIT SRIPANKAEW: RELATIONSHIPS BETWEEN ATTITUDES, SUBJECTIVE NORMS, PERCEIVED BEHAVIORAL CONTROL, AND NURSES' INTENTION TO ASSESS PAIN IN POSTOPERATIVE PATIENTS. THESIS ADVISOR : ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., 155 pp. ISBN 974-17-6184-8.

The purposes of this study were to examine the relationships between attitudes toward pain assessment, subjective norms, perceived behavioral control, and nurses' intention to assess pain in postoperative patients. The subjects were 90 registered nurses in a surgical unit, selected by a simple random sampling. The instruments were demographic data form, attitude toward pain assessment questionnaire, subjective norm questionnaire, perceived behavioral control questionnaire, and an intention to assess pain in postoperative patients questionnaire. All questionnaires were tested for content validity by a panel of experts. The reliability of the instruments were .85, .84, .88, and .67, respectively. Pearson product moment correlation and Stepwise multiple regression were used for statistical analysis.

The results were as follows:

1. Mean score of attitudes toward pain assessment, subjective norms, perceived behavioral control, and intention to assess pain in postoperative patients of nurses were at the medium level ($\bar{x} = 188.09, 118.33, 225.84, \text{ and } 23.60$, respectively, S.D. = 31.03, 25.30, 48.21, and 3.26, respectively).

2. There were positively statistical correlations between attitudes toward pain assessment, subjective norms, perceived behavioral control, and nurses' intention to assess pain in postoperative patients at the level of .01. ($r = .338, .328, \text{ and } .284$, respectively)

3. Attitudes toward pain assessment and subjective norms significantly predicted nurses' intention to assess pain in postoperative patients at the level of .05. The predictive power was 16.8% of the variance. The equation derived from the standardized score was:

$$\begin{aligned} \text{Nurses' intention to assess pain in postoperative patients} &= .260 (\text{attitudes toward pain assessment}) \\ &+ .245 (\text{subjective norms}) \end{aligned}$$

Field of study Nursing Science

Student's signature

Academic year 2004

Advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น เสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์เพื่อการแก้ไขข้อบกพร่อง รวมทั้งให้ความเมตตาและเป็นกำลังใจที่สำคัญตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต. หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุณหปราณ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอนแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร. ยุวดี เกตสัมพันธ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้กรุณาให้คำแนะนำ

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีค่ายิ่งตลอดการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอนแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลด้านวิชาการ คณะกรรมการวิจัย หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาล ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่สนับสนุนด้านเวลาเพื่อการศึกษา และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัย ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น และเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ สำหรับความช่วยเหลือและกำลังใจที่มีให้แก่ผู้วิจัยเสมอมา

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อคุณแม่ และสมาชิกครอบครัวทุกคน ที่คอยเป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยตลอดมาจนสำเร็จการศึกษา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
มโนทัศน์ความเจ็บปวด.....	15
ความหมาย.....	15
ชนิดของความเจ็บปวด.....	16
กลไกการเกิดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด.....	16
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดหลังผ่าตัด.....	20
การประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัด.....	22
พฤติกรรมการประเมินความเจ็บปวดของพยาบาล.....	26
ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน.....	29
ความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด.....	50
เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด.....	51
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด....	52
การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด	53

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทบาทของพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวด.....	55
การจัดการความเจ็บปวดด้วยการใช้ยาระงับปวด.....	55
การจัดการความเจ็บปวดด้วยการไม่ใช้ยาระงับปวด.....	56
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	57
กรอบแนวคิดในงานวิจัย.....	61
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	62
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	64
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	80
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	81
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	82
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	83
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย.....	92
การอภิปรายผลการวิจัย.....	95
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	111
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	112
รายการอ้างอิง.....	113
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	122
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือใน การเก็บข้อมูลวิจัย.....	123
ภาคผนวก ค เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	125
ภาคผนวก ง ตัวอย่างแบบสอบถามความเชื่อของพยาบาล.....	139
ภาคผนวก จ สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	143
ภาคผนวก ฉ ตารางวิเคราะห์เพิ่มข้อมูลเพิ่มเติม.....	148
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	155

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	64
2	แสดงความเชื่อของพยาบาลต่อการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด	69
3	แสดงความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง ที่พยาบาลคิดว่าบุคคลเหล่านี้ สนับสนุนหรือคัดค้านการกระทำพฤติกรรมประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วย หลังผ่าตัด.....	73
4	แสดงความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับการควบคุมที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมการ ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด.....	77
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมทั่วไป ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ของห้อง ประสบการณ์การเข้าอบรมในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บ ปวดในระหว่างปฏิบัติงาน.....	84
6	ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ความตั้งใจของ พยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด.....	86
7	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การ รับรู้การควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวด.....	87
8	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การ คล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจของ พยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ในรูปของ เมตริกสหสัมพันธ์ (correlation matrix).....	88
9	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างเจตคติต่อการประเมินความ เจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับความ ตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวดที่ได้รับเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าอำนาจ ในการทำนาย และ ค่าอำนาจในการทำนายที่เพิ่มขึ้น ในการทำนายความตั้งใจ ของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด.....	89

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
10	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ และ คะแนนมาตรฐานทดสอบความมีนัยสำคัญของ b และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ทำนายความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรด้วยวิธีแบบขั้นตอน.....	90
11	แสดงค่าเฉลี่ยรายข้อของความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (b ₁) การประเมินผลการกระทำการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (e ₁) และ เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวดโดยรวมที่มาจากผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (b ₁) และการประเมินผลการกระทำการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (e ₁).....	149
12	แสดงค่าเฉลี่ยรายข้อของ ความเชื่อเกี่ยวกับทัศนะกลุ่มอ้างอิงที่มีอิทธิพลต่อการกระทำการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (NB ₁) แรงจูงใจทำตามกลุ่มอ้างอิง (MC ₁) และ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยรวมที่มาจากผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับทัศนะกลุ่มอ้างอิงที่มีอิทธิพลต่อการกระทำการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (NB ₁) และแรงจูงใจทำตามกลุ่มอ้างอิง (MC ₁).....	151
13	แสดงค่าเฉลี่ยรายข้อของ ความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับการควบคุมการกระทำพฤติกรรมประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (C ₁) การรับรู้การควบคุมการกระทำการประเมินความเจ็บปวดครอบคลุม (P ₁) และ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดโดยรวมที่มาจากผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับการควบคุมการกระทำพฤติกรรมประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (C ₁) และการรับรู้การควบคุมการกระทำการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (P ₁).....	153

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	Visual Analog Scale (VAS).....	25
2	Simple Descriptive Pain Intensity Scale.....	25
3	0-10 Numeric Pain Intensity Scale.....	25
4	โครงสร้างพื้นฐานทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน.....	31



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเป็นปัญหาสำคัญอันดับแรกของผู้ป่วยต้องเผชิญ เนื่องจากเนื้อเยื่อและเส้นประสาทได้รับความชอกช้ำและถูกทำลาย มีการบวม ดึงรั้ง และหดรั้งตัวของกล้ามเนื้อที่ได้รับบาดเจ็บในขณะผ่าตัด (Phipps et al., 1995) จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ร้อยละ 57 กลัวความเจ็บปวดหลังผ่าตัด และร้อยละ 77 มีประสบการณ์ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด (Warfield and Kahn, 1995 cited in Good, 1999: 108 - 109) โดยรายงานการศึกษาประสบการณ์ความเจ็บปวดของผู้ป่วยใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความเจ็บปวดมากที่สุดในช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และระดับความรุนแรงความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรง (สมพร ชิโนรส, สุกัญญา พัทวี และ วิเศษ ศรีสุพรรณชาติ, 2541; สุภาณี วศินอมร และคณะ, 2535; Abbott et al., 1992; Carr, 1990; Watt-Watson et al., 2001) นอกจากนี้ยังมีรายงานการวิจัยที่พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่ได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดอย่างเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทรมานจากความเจ็บปวด (พรรณงาม พรรณเชษฐ์, 2537; Bowman, 1994; Coyne et al., 1999; Field, 1996; Harrison, 1991; Paice, Mahon and Faut-Callahan, 1995; Watt-Watson et al., 2000) โดยความเจ็บปวดหลังผ่าตัดจะส่งผลเสียต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบบ่อยๆ อาทิเช่น ถุงลมปอดแฟบ ปอดอักเสบ เกิดลิ้มเลือดในหลอดเลือดดำส่วนลึกของขา ถ้าใส่ไม่เคลื่อนไหวเกิดท้องอืด ติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เสียสมดุลน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย (สมพันธ์ หิณชีระนันท์ และคณะ, 2533) ทำให้ผู้ป่วยนอนพักรักษาในโรงพยาบาลนานและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น (Dietrick-Gallagher, Polomano, and Carrick, 1994; Jurf and Nirschl, 1993; Good, 1999)

เนื่องจากความเจ็บปวดหลังผ่าตัดทำให้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจะต้องมีการดูแลเพื่อรักษาชีวิตหรือสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้คงที่ไว้ พยาบาลซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและให้การดูแลผู้ป่วยมากกว่าบุคคลอื่นในทีมสุขภาพ และเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยคาดหวังว่าจะเข้าใจและให้การช่วยเหลือบรรเทาความเจ็บปวด โดยหน้าที่พยาบาลต้องให้ความดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดด้วยความตั้งใจเอาใจใส่ (Carr, 1990; Lander, 1990) พยาบาลจึงต้องมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบต่อการ

ประเมินความเจ็บปวดและการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด แต่ปัญหาความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดจากรายงานการศึกษา พบว่า อุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดไม่เพียงพอ (Drayer, Henderson, and Reidenberg, 1999) เนื่องจากพยาบาลกระทำพฤติกรรมประเมินความเจ็บปวดไม่ตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีภาวะความเจ็บปวด (สังวาลย์ แก้วประเสริฐ, 2532; Field, 1996; Mackintosh, 1994) ซึ่งการประเมิน (Assessment) หรือ การประเมินความเจ็บปวด (Pain Assessment) เป็นขั้นแรกของกระบวนการทางการพยาบาล โดยมีเป้าหมายที่จะกำหนดข้อวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลเพื่อปฏิบัติการพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยในขั้นต่อไป (Hamill and Rowlingson, 1994) แต่หากการประเมินปัญหาความเจ็บปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ทำได้ไม่ถูกต้องหรือไม่ครอบคลุม เช่น พยาบาลกระทำพฤติกรรมประเมินความเจ็บปวดโดยการสอบถามความเจ็บปวดผู้ป่วยนานๆ ครั้ง พยาบาลใช้การประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยโดยการสังเกตพฤติกรรมอย่างเดียว หรือไม่ได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวดอย่างเพียงพอ ทำให้พยาบาลประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่ำกว่าหรือสูงกว่าที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด เป็นผลให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดปริมาณน้อยกว่าที่ผู้ป่วยควรได้รับ หรือ ผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการความเจ็บปวดโดยการไม่ใช้ยา (Dietrick et al., 1994; Mackintosh, 1994; Manias, Botti, and Bucknall, 2002)

จากกรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen (1985, 1988) เสนอว่า ความตั้งใจจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม ซึ่ง “ความตั้งใจกระทำพฤติกรรม” (behavioral intention) หรือเรียกสั้นๆ ว่า “ความตั้งใจ” หมายถึง ความตั้งใจของบุคคลที่จะพยายามกระทำพฤติกรรมนั้น ยิ่งบุคคลนั้นมีความตั้งใจที่จะพยายามกระทำพฤติกรรมนั้นมาก บุคคลนั้นยังมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด หมายถึง ความตั้งใจของพยาบาลที่จะพยายามกระทำพฤติกรรมประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ครอบคลุมให้ตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด พยาบาลก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมประเมินความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ครอบคลุม ความตั้งใจกระทำพฤติกรรมที่บุคคลจะกระทำหรือไม่กระทำนั้น Ajzen (1985) กล่าวว่า ความตั้งใจถูกกำหนดโดยตัวแปร 3 ตัว คือ เจตคติ (attitude) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (subjective norm) และ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (perceived behavioral control) โดยความตั้งใจมีความสัมพันธ์กับเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เจตคติ (attitude) ตามแนวคิดของ Ajzen และ Fishbein (1980) หมายถึง การประเมินทางบวกหรือลบของบุคคลต่อพฤติกรรมนั้นๆ โดยได้รับอิทธิพลจากความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรมและการประเมินผลของการกระทำพฤติกรรมนั้นของบุคคล เจตคติของพยาบาลต่อการประเมินความเจ็บปวดมี 2 แบบ ได้แก่ เจตคติทางบวกต่อการประเมินความเจ็บปวด และ เจตคติทางลบต่อการประเมินความเจ็บปวด เจตคติทางบวกของพยาบาลต่อการประเมินความเจ็บปวด คือ พยาบาลเชื่อในความสำคัญของการประเมินความเจ็บปวด การประเมินความเจ็บปวดที่มีความครอบคลุมจะทำให้ประเมินความเจ็บปวดได้แม่นยำตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด (Nash, Edwards, and Nebauer, 1993) และ พยาบาลเชื่อว่าวิธีการประเมินความเจ็บปวดที่ดีที่สุดคือ การให้ผู้ป่วยบรรยายความเจ็บปวดด้วยตนเอง และควรประเมินความเจ็บปวดร่วมกับการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ (เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราชีพจร อาการเหงื่อออกตัวเย็น) และ การสังเกตพฤติกรรมการแสดงออก (Clarke et al., 1996; Harrison, 1991; Rond and Dam, 2001)

ส่วนพยาบาลที่มีเจตคติทางลบต่อการประเมินความเจ็บปวด คือ พยาบาลเชื่อว่าการประเมินความเจ็บปวดจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยไม่น่าเชื่อถือ เชื่อว่าผู้ป่วยแสดงความเจ็บปวดเกินความเป็นจริง หรือเข้าใจว่าผู้ป่วยที่ไม่แสดงพฤติกรรมทางกายที่บ่งบอกถึงความเจ็บปวด เช่น ร้องครวญคราง ร้องไห้ หรือ ทำสีหน้าแสดงความเจ็บปวด แต่ผู้ป่วยนอนเงียบๆ หรือมีสีหน้ายิ้มแย้ม แสดงว่าผู้ป่วยไม่มีความเจ็บปวด พยาบาลส่วนใหญ่ประเมินโดยใช้การสังเกตพฤติกรรมแล้วตัดสินความเจ็บปวดของผู้ป่วยจากตัวพยาบาลเอง (จอณณะจง พึ่งจาด, รัชนี้ อยุธยา และ วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร, 2546; Lander, 1990; Zalon, 1993)

จากการศึกษาของ Nash และคณะ (1993) ที่ศึกษาผลของเจตคติกับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวด พบว่า เจตคติของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วย โดยพยาบาลที่มีเจตคติทางบวกจะมีความตั้งใจที่จะพยายามกระทำการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุมตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด แต่เจตคติกับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับต่ำ และยังพบว่า เจตคติของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดไม่มีอำนาจในการทำนายความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวด ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ McKinlay และ Cowan (2003) ที่ศึกษาเจตคติของนักเรียนพยาบาลต่อการทำงานกับผู้สูงอายุ พบว่า นักเรียนพยาบาลที่มีเจตคติ

ทางบวก คือ เชื่อว่าการทำงานกับผู้ป่วยสูงอายุมีความสำคัญและรู้สึกสนุกกับการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุทำให้นักเรียนพยาบาลมีความตั้งใจที่จะพยายามทำงานดูแลผู้ป่วยสูงอายุด้วย โดยเจตคติกับความตั้งใจของนักเรียนพยาบาลในการทำงานกับผู้ป่วยสูงอายุมีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับปานกลาง และเจตคติของนักเรียนพยาบาลต่อการทำงานกับผู้ป่วยสูงอายุมีอำนาจในการทำนายความตั้งใจของนักเรียนพยาบาลในการทำงานกับผู้ป่วยสูงอายุ

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm) ตามแนวคิดของ Ajzen และ Fishbein (1980 cited in Ajzen, 1985 : 11-14) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าคนอื่น ๆ ที่มีความสำคัญและเป็นแรงจูงใจสำหรับเขา คิดว่าเขาควรกระทำ (should) หรือไม่ควร (should not) กระทำพฤติกรรมนั้นๆ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการประเมินความเจ็บปวดของพยาบาล คือ ความเชื่อของพยาบาลว่า คนอื่น ๆ ที่มีความสำคัญและเป็นแรงจูงใจสำหรับพยาบาล (เช่น เพื่อนพยาบาล แพทย์ หรือ ผู้ป่วย) คิดว่าพยาบาลควรทำหรือไม่ควรทำการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุมให้ตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด จากการศึกษาของ Nash และคณะ (1993) ที่ศึกษาผลของการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงกับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วย พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (ผู้ป่วย เพื่อนพยาบาล) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วย โดยพยาบาลที่เชื่อว่า ผู้ป่วยเพื่อนพยาบาล เป็นแรงผลักดันให้พยาบาลทำการประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยที่ครอบคลุม จะทำให้พยาบาลมีความตั้งใจพยายามทำการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม แต่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงกับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุมมีความสัมพันธ์กันไม่มาก และ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงไม่มีอำนาจในการทำนายความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ McKinlay, Couston และ Cowan (2001) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงกับความตั้งใจของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกึ่งยาสมาตัวตาย พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (พยาบาลผู้ร่วมงาน แพทย์ ผู้ป่วย) ของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกึ่งยาสมาตัวตาย โดยกลุ่มอ้างอิงคือ พยาบาลผู้ร่วมงาน แพทย์ ผู้ป่วย มีผลผลักดันทำให้พยาบาลที่เชื่อว่าควรให้การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยกึ่งยาสมาตัวตายจะทำให้พยาบาลมีความตั้งใจที่จะพยายามดูแลผู้ป่วยกึ่งยาสมาตัวตายด้วย โดยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงกับความตั้งใจของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกึ่งยาสมาตัวตายมีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับมาก และ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีอำนาจในการทำนายความตั้งใจของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกึ่งยาสมาตัวตาย และการศึกษาของ อัญชลี โมกขาว (2539) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงกับความตั้งใจกระทำ

พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจกระทำพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงสามารถทำนายความตั้งใจกระทำพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งสามารถอธิบายความผันแปรของความตั้งใจกระทำพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลได้ร้อยละ 7.25

การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control) ตามแนวคิดของ Ajzen (1985) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าเป็นการยากหรือง่ายที่จะทำพฤติกรรมนั้นๆ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการประเมินความเจ็บปวดของพยาบาล หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลว่าเป็นการยากหรือง่ายที่จะกระทำการประเมินความเจ็บปวด จากการศึกษาของ Nash และคณะ (1993) พบว่า การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการประเมินความเจ็บปวดของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจกระทำพฤติกรรมการประเมินความเจ็บปวดของพยาบาล โดยพยาบาลที่รับรู้ว่าง่ายที่จะปฏิบัติการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม ทำให้พยาบาลมีความตั้งใจที่จะพยายามประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุมด้วย และถ้าพยาบาลรับรู้ว่าเป็นการยากที่จะปฏิบัติการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุมทำให้พยาบาลไม่มีความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจกระทำพฤติกรรมของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับมาก และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีอำนาจในการทำนายความตั้งใจกระทำพฤติกรรมของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วย

งานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล พบว่ามีแค่ 2 งานวิจัย และเป็นงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมประเมินความเจ็บปวด การรับรู้ ความรู้ (นารี พุฒนิคม, 2543; วชิราพร สุนทรสวัสดิ์, 2545) โดยพยายามที่จะใช้แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของ ความรู้ (Knowledge) เจตคติ (Attitude) การปฏิบัติ (Practice) และปรากฏว่ายังไม่มีการศึกษาตัวแปรด้านเจตคติเลย จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่า มีการใช้แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen ในการศึกษาความตั้งใจของพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลต่างๆ โดยพบว่า เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจ และตัวแปรด้านเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมสามารถทำนายความตั้งใจ แต่ในงานวิจัยเมื่อนำตัวแปรทั้ง 3 ตัวหาความสัมพันธ์กับความตั้งใจ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่

ในระดับมากน้อยแตกต่างกันไป และตัวแปรบางตัวเท่านั้นที่มีอิทธิพลในการทำนายความตั้งใจ ซึ่งตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen กล่าวว่า ความตั้งใจเป็นตัวทำนายพฤติกรรม โดยการกระทำของบุคคลมาจากความตั้งใจ การวัดพฤติกรรมจริงของบุคคลเป็นการยากหรือลำบาก Ajzen จึงเสนอให้ศึกษาและวัดความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมแทนการวัดพฤติกรรมโดยตรง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด รวมถึงอำนาจในการทำนายของเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ต่อความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษานี้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะเป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยเชิงทดลองในตัวแปรที่มีผลต่อความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อเป็นการปรับปรุงและส่งเสริมระบบบริการในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด
3. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมต่อความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ปัญหาการวิจัย

1. เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นอย่างไร

2. เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดหรือไม่ อย่างไร

3. เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม มีอำนาจในการทำนายความตั้งใจของพยาบาลการประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดหรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen (1985) เป็นทฤษฎีที่ใช้ทำนายพฤติกรรมของบุคคล และช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมของบุคคล ทฤษฎีนี้พัฒนามาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) ของ Ajzen และ Fishbein (1980) จุดเน้นของทฤษฎีนี้คือ ใช้ทำนายและทำความเข้าใจพฤติกรรม โดยทฤษฎีมีข้อตกลงเบื้องต้น 2 ข้อ คือ 1) มนุษย์เป็นผู้มีเหตุผล และใช้ข้อมูลข่าวสารที่ตนมีอยู่เป็นระบบ 2) มนุษย์พิจารณาถึงผลที่อาจเกิดจากการกระทำของตน ก่อนที่จะตัดสินใจกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรม ทฤษฎีนี้กำหนดว่าปัจจัยหลักในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล คือ “ความตั้งใจกระทำพฤติกรรม” หรือเรียกสั้นๆ ว่า “ความตั้งใจ” โดยความตั้งใจถูกกำหนดโดยตัวแปร 3 ตัวคือ เจตคติ (attitude) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (subjective norm) และ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (perceived behavioral control) (ธีระพร อุวรรณโณ, 2535; Ajzen, 1985; Ajzen and Fishbein, 1980)

ความตั้งใจ (Intention) ตามแนวคิดของ Ajzen (1985 อ้างถึงใน ธีระพร อุวรรณโณ, 2535) หมายถึง ความตั้งใจของบุคคลที่จะพยายามกระทำพฤติกรรมนั้น ความตั้งใจเป็นปัจจัยการจูงใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ความตั้งใจจะเป็นตัวบ่งชี้ว่า บุคคลได้ทุ่มเทความพยายามมากน้อยเพียงใดที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ยิ่งบุคคลมีความตั้งใจแน่วแน่และพยายามมากเพียงใด ความเป็นไปได้ที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมก็ยิ่งมีมากเท่านั้น ความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด คือ ความตั้งใจของพยาบาลที่พยายามจะกระทำพฤติกรรมการ

ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ครอบคลุมให้ตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดที่มาจาก 1) การประเมินสภาพความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดด้วยวิธีประเมินความเจ็บปวดจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย ร่วมกับการประเมินความเจ็บปวดจากการสังเกตพฤติกรรม การแสดงออก และ การประเมินความเจ็บปวดด้านสรีรวิทยาจากการประเมินสัญญาณชีพ 2) การใช้เครื่องมือประเมินความเจ็บปวดและลงบันทึก (McCaffery and Ferrell, 1996) และ 3) การติดตามประเมินความเจ็บปวด โดยความตั้งใจมีความสัมพันธ์กับ เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุม พฤติกรรม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เจตคติ หรือ เจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward behavior) ตามแนวคิดของ Ajzen และ Fishbein (1980 อ้างถึงใน ธีระพร อุวรรณโณ, 2535) หมายถึง การประเมินทางบวกหรือลบของบุคคลต่อพฤติกรรมนั้นๆ หรือเป็นความรู้สึกโดยมีส่วนร่วมของบุคคลที่เป็นทางบวกหรือลบ หรือ สนับสนุนหรือต่อต้านการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ เจตคติจัดได้ว่าเป็นปัจจัยส่วนบุคคล (personal factor) และได้รับอิทธิพลหรือถูกกำหนดจากความเชื่อเกี่ยวกับผลกระทบหรือผลของการกระทำ (behavioral beliefs) และการประเมินผลกระทบหรือผลของการกระทำ (evaluation of consequences) เจตคติของพยาบาลต่อการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด คือ การประเมินทางบวกหรือลบของพยาบาลต่อการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ครอบคลุมให้ตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด โดยเจตคติทางบวกของพยาบาลต่อการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ครอบคลุมให้ตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยปวด คือ พยาบาลเห็นความสำคัญต่อการประเมินความเจ็บปวด เชื่อว่าการประเมินความเจ็บปวดวิธีที่ดีที่สุด คือ การให้ผู้ป่วยบรรยายความเจ็บปวดด้วยตนเอง ร่วมกับการใช้วิธีการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ (เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราชีพจร อาการเหงื่อออกตัวเย็น) และการสังเกตพฤติกรรม การแสดงออก หรือประเมินความรุนแรงความเจ็บปวดโดยตรง (Paice, et al., 1995) แต่ถ้าพยาบาลมีเจตคติในทางลบ คือ พยาบาลไม่เชื่อการประเมินความเจ็บปวดจากการรายงานความเจ็บปวดของผู้ป่วย แต่พยาบาลตัดสินความเจ็บปวดจากการสังเกตพฤติกรรม และการประเมินจากสรีรวิทยาเพียงอย่างเดียว ทำให้ขาดความแม่นยำในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้ตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด (Brunier, Carson, and Harrison, 1995; Calvillo and Flaskerud, 1993; Drayer et al., 1999; Field, 1996) จากการศึกษาของ Nash และคณะ (1993) พบว่า เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุมของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจของพยาบาลที่จะทำการประเมินความเจ็บปวดอย่างครอบคลุม

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm) ตามแนวคิดของ Ajzen และ Fishbein (1980 อ้างถึงในธีระพร อุวรรณโณ, 2535) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าคนอื่นๆ ที่มีความสำคัญและเป็นแรงจูงใจสำหรับเขา คิดว่าเขาควรทำ (should) หรือไม่ควร (should not) ทำพฤติกรรมนั้นๆ หรือ เขาเชื่อว่าบุคคลอื่นๆ ที่มีความสำคัญสำหรับเขาคิดว่าเขาควรทำหรือไม่ควรทำพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อแรงผลักดันทางสังคมในการกระทำนั้น โดยบุคคลที่มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมากในการกระทำนั้นๆ จะทำให้บุคคลนั้นมีความตั้งใจประพฤติพฤติกรรมนั้นๆ (McKinlay et al., 2001) เกี่ยวกับการกระทำ การประเมินความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาล การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงของพยาบาล คือ ความเชื่อของพยาบาลว่าบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอื่นๆ (เช่น เพื่อนพยาบาล แพทย์ หรือ ผู้ป่วย) ที่มีความสำคัญและเป็นแรงจูงใจสำหรับพยาบาล เป็นแรงผลักดันให้พยาบาลเชื่อว่าควรทำหรือไม่ควรทำการประเมินความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ครอบคลุมตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดมากน้อยเพียงใด มีการศึกษาว่ากลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อการทำหรือไม่ทำการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุมของพยาบาล คือ การศึกษาของ Nash และคณะ (1993) พบว่า กลุ่มอ้างอิงที่มีความสำคัญสำหรับพยาบาล คือ ผู้ป่วย และพยาบาลคนอื่นๆ คิดว่าพยาบาลควรทำการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม และเป็นแรงจูงใจสำหรับพยาบาลที่จะทำการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยอย่างครอบคลุม

การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control) ตามแนวคิดของ Ajzen (1985; ธีระพร อุวรรณโณ, 2535) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าเป็นการยากหรือง่ายที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ มีปัจจัยส่งเสริมหรือขัดขวาง คือ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก โดยปัจจัยภายในที่บุคคลนั้นรับรู้ว่าเป็นตัวเองมีข้อมูล มีความสามารถ มีความรู้ที่คิดว่าสามารถควบคุมการกระทำพฤติกรรมนั้นได้ และปัจจัยภายนอกที่บุคคลนั้นรับรู้ว่ามีเวลา และมีโอกาสที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น หรือบุคคลรับรู้ว่าการกระทำพฤติกรรมนั้นต้องขึ้นกับผู้อื่น ถ้าบุคคลรับรู้ว่ามีความสามารถควบคุมการกระทำพฤติกรรมนั้นได้มากเท่าไร ก็มีความเป็นไปได้ที่บุคคลจะประพฤติเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้น การที่พยาบาลรับรู้ว่าเป็นการยากหรือง่ายที่จะควบคุมตนเองให้ทำการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุมให้ตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดได้นั้น จากการศึกษาของ Nash และคณะ (1993) พบว่า พยาบาลที่รับรู้ว่าเป็นการง่ายที่จะควบคุมให้ตนเอง

กระทำการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุมจะมีความตั้งใจที่จะพยายามทำการประเมินความเจ็บปวด และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมประเมินความเจ็บปวดของพยาบาลเป็นตัวทำนายความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วย โดยเสนอแนะว่าการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยมีปัจจัยที่ส่งเสริมหรือขัดขวางพยาบาลกระทำพฤติกรรมประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วย คือ การมีข้อมูล มีความชำนาญและความสามารถในการประเมินความเจ็บปวดของพยาบาล การมีเวลาและโอกาส การมีอิสระในการตัดสินใจที่จะทำการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม และมีการศึกษาที่สอดคล้องกันว่า พยาบาลมีภาระหน้าที่และกิจกรรมพยาบาลอื่นมากมายที่ต้องปฏิบัติ ทำให้พยาบาลไม่มีเวลาหรือโอกาสประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยอย่างครอบคลุม (Manias et al., 2002)

จากแนวเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานดังนี้

1. เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด
2. เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีอำนาจในการทำนายความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ขอบเขตการวิจัย

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่หลังทำผ่าตัดช่องท้อง เหตุผลเนื่องจากการผ่าตัดทำให้เกิดความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยมาก และเป็นกลุ่มที่พบเป็นจำนวนมากในหอศัลยกรรมทั่วไปและหอศัลยกรรมเฉพาะทาง
2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย
 - ตัวแปรที่ศึกษา คือ เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวด

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวด หมายถึง การที่พยาบาลพยายามจะกระทำพฤติกรรมเพื่อวัดความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างครอบคลุมให้ตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด เมื่อพยาบาลวิชาชีพผู้นั้นอยู่ในสถานการณ์ดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการกระทำ (Action) ต่อผู้ป่วยซึ่งเป็นเป้าหมาย (Target) ของการกระทำนั้นภายใต้บริบท (Context) ของการประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัดที่ครอบคลุม โดยมุ่งให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเจ็บปวดที่ตรงกับสภาพของผู้ป่วยในเวลา (Time) ที่ปฏิบัติงานแล้วมีเหตุการณ์หรือสถานการณ์ความเจ็บปวด ซึ่งกระทำการประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างครอบคลุมทั้ง 3 วิธีดังต่อไปนี้

1. ความตั้งใจในการประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด หมายถึง การประเมินความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยในด้าน ความรุนแรงของความเจ็บปวด ตำแหน่งและขอบเขตของความเจ็บปวด ลักษณะที่ปวด ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยในด้าน การแสดงออกทางใบหน้า การแสดงออกทางการเคลื่อนไหวของร่างกาย การแสดงออกทางด้านน้ำเสียงและอารมณ์ และ การประเมินด้านสรีรวิทยาจากสัญญาณชีพ คือ อัตราการเต้นชีพจร ความดันโลหิต อัตราการหายใจ

2. ความตั้งใจในการใช้เครื่องมือประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัดและการลงบันทึก หมายถึง การประเมินความตั้งใจของพยาบาลที่จะใช้มาตรวัดความเจ็บปวดเพื่อประเมินทั้งมิติด้านร่างกายและจิตใจที่ เข้าใจง่าย ใช้เวลาน้อย และไวต่อความเจ็บปวดที่เปลี่ยนแปลง และมีการลงบันทึกทางการพยาบาล

3. ความตั้งใจในการติดตามประเมินความเจ็บปวด หมายถึง การประเมินความตั้งใจของพยาบาลในการติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดหลังอย่างต่อเนื่องหลังจากได้รับการจัดการความเจ็บปวด โดยประเมินความเจ็บปวดจากผู้ป่วยและบันทึกทางการพยาบาล

วัดได้จากแบบสอบถามความตั้งใจในการความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ Ajzen และ Fishbein (1980)

เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด หมายถึง การประเมินความรู้สึกรู้สึกของพยาบาลทางบวกหรือลบต่อการกระทำพฤติกรรมประเมินความเจ็บปวด เมื่อพยาบาลวิชาชีพผู้นั้นอยู่ในสถานการณ์ที่ดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการกระทำ

(Action) ต่อผู้ป่วยซึ่งเป็นเป้าหมาย (Target) ของการกระทำนั้นภายใต้บริบท (Context) ของการประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัดที่ครอบคลุม โดยมุ่งให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเจ็บปวดที่ตรงกับสภาพของผู้ป่วยในเวลา (Time) ที่ปฏิบัติงานแล้วมีเหตุการณ์หรือสถานการณ์ความเจ็บปวด ซึ่งได้มาจากผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรม การประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ครอบคลุม และการประเมินผลของการกระทำพฤติกรรม การประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ครอบคลุม

วัดได้จากแบบสอบถาม เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ Ajzen และ Fishbein (1980)

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง หมายถึง การประเมินความรู้สึกของพยาบาลที่มีต่อคนอื่นๆ (เพื่อนพยาบาล แพทย์ ผู้ป่วย และ อื่นๆ) ที่พยาบาลให้ความสำคัญ โดยรับรู้ว่าคุณอื่น คิดว่าพยาบาลควรหรือไม่ควรกระทำพฤติกรรมประเมินความเจ็บปวด เมื่อพยาบาลวิชาชีพผู้นั้นอยู่ในสถานการณ์ที่ดูแลผู้ป่วยมีความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการกระทำ (Action) ต่อผู้ป่วยซึ่งเป็นเป้าหมาย (Target) ของการกระทำนั้นภายใต้บริบท (Context) ของการประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัดที่ครอบคลุม โดยมุ่งให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเจ็บปวดที่ตรงกับสภาพของผู้ป่วยในเวลา (Time) ที่ปฏิบัติงานแล้วมีเหตุการณ์หรือสถานการณ์ความเจ็บปวด ซึ่งได้มาจากผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับคนอื่นที่พยาบาลให้ความสำคัญและคนอื่นเป็นแรงจูงใจให้พยาบาลคล้อยตาม

วัดได้จากแบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ Ajzen และ Fishbein (1980)

การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม หมายถึง การประเมินความรู้สึกของพยาบาลว่าเป็นการยากหรือง่ายที่พยาบาลจะควบคุมให้ตนเองกระทำพฤติกรรมประเมินความเจ็บปวด เมื่อพยาบาลวิชาชีพผู้นั้นอยู่ในสถานการณ์ที่ดูแลผู้ป่วยมีความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการกระทำ (Action) ต่อผู้ป่วยซึ่งเป็นเป้าหมาย (Target) ของการกระทำนั้นภายใต้บริบท (Context) ของการประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัดที่ครอบคลุม โดยมุ่งให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเจ็บปวดที่ตรงกับสภาพของผู้ป่วยในเวลา (Time) ที่ปฏิบัติงานแล้วมีเหตุการณ์หรือสถานการณ์

ความเจ็บปวด ซึ่งได้จากผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมและการรับรู้การควบคุมของพยาบาลในการกระทำพฤติกรรมการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ครอบคลุม โดยมีปัจจัยส่งเสริมหรือขัดขวาง แบ่งเป็น 2 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยภายใน หมายถึง พยาบาลรับรู้ว่าคุณเองมีหรือไม่มี ข้อมูล ความชำนาญ และความสามารถในการกระทำพฤติกรรมการประเมินความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ครอบคลุมให้ตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด

2. ปัจจัยภายนอก หมายถึง พยาบาลมีหรือไม่มี เวลา และโอกาสในการกระทำ การประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ครอบคลุมให้ตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด หรือการกระทำพฤติกรรมการประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ครอบคลุมให้ตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดต้องขึ้นกับผู้อื่น

วัดได้จากแบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วย หลังผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1988)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการบริการพยาบาลเป็นแนวทางให้ตระหนักถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด และใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงที่นำสู่ การปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลจัดการความเจ็บปวดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมให้มี ประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ด้านการศึกษาเพื่อเป็นแนวทางวางแผนการปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดโดยเห็นความสำคัญของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจของพยาบาลใน การประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด

3. ด้านการวิจัยเพื่อนำข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยเป็นหลักฐานทางวิชาการ มาพัฒนาสู่ การวิจัยเชิงทดลองทางการพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาล แล้วนำมาเป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพบริการในการประเมินความเจ็บปวดในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด รวมถึงศึกษาความสามารถในการทำนายของเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ต่อความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสรุปเป็นเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. มโนทัศน์ความเจ็บปวด
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 ชนิดของความเจ็บปวด
 - 1.3 กลไกการเกิดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด
 - 1.4 ปฏิกริยาของร่างกายต่อความเจ็บปวดหลังผ่าตัด
 - 1.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดหลังผ่าตัด
 - 1.6 การประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัด
2. พฤติกรรมการประเมินความเจ็บปวดของพยาบาล
3. ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior)
 - 3.1 ความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวด
 - 3.2 เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด
 - 3.3 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการประเมินความเจ็บปวด
 - 3.4 การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการประเมินความเจ็บปวด
4. บทบาทของพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวด
 - 4.1 การจัดการความเจ็บปวดด้วยการใช้ยาระงับปวด
 - 4.2 การจัดการความเจ็บปวดด้วยการไม่ใช้ยาระงับปวด
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. มโนทัศน์ความเจ็บปวด

1.1 ความหมาย

ความหมายของความเจ็บปวด มีความซับซ้อนและมีความเป็นเอกกัตตบุคคล จึงมีผู้ให้ความหมายของความเจ็บปวดไว้ต่างๆ มากมาย ดังนี้

McCaffery (1979) ให้ความหมายว่า ความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์ที่บุคคลกำลังประสบความเจ็บปวดอยู่ให้ความหมายว่าคืออะไร ซึ่งความเจ็บปวดนั้นมีอยู่จริงและยังคงมีอยู่ ตราบเท่าที่บุคคลนั้นบอกว่ายังคงมีอยู่

Waddie (1996) ให้ความหมายว่า เป็นการแสดงความรู้สึกรู้ส่วนบุคคลในประสบการณ์ความเจ็บปวดเป็นภาษาพูด (verbal) หรือไม่ใช่ภาษาพูด (non verbal) ที่ถูกกำหนดจากวัฒนธรรมเพื่อสื่อให้สังคมเข้าใจ

Boss (1992) ให้ความหมายว่า ความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์การรับรู้ของแต่ละบุคคลที่สลับซับซ้อนในทางกาย จิต สังคม ยากที่จะให้ความหมายชัดเจนลงไป เป็นพฤติกรรมกรรมการแสดงออกอย่างหนึ่งของร่างกายที่เกี่ยวกับสังคมและวัฒนธรรมนั้นๆ

สมาคมนานาชาติเพื่อศึกษาความเจ็บปวด (The International Association for the Study of Pain: IASP) ให้ความหมายว่า ความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์ที่ไม่สุขสบายทั้งด้านความรู้สึกรู้และอารมณ์เกิดร่วมกับสภาพที่เป็นจริงของการถูกทำลายเนื้อเยื่อหรือศักยภาพที่เนื้อเยื่อถูกทำลาย หรืออธิบายการถูกทำลายเนื้อเยื่อในระหว่างนั้น (Kanner, 1997)

กล่าวโดยสรุป ความเจ็บปวด หมายถึง ประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อมีเนื้อเยื่อถูกทำลายเกิดความรู้สึกรู้เจ็บปวด ซึ่งทำให้เกิดปฏิกิริยาที่ตอบสนองทั้งทางด้านกาย จิต อารมณ์ที่แสดงออกเป็นพฤติกรรมความเจ็บปวดและความรู้สึกรู้ที่บุคคลนั้นบอกว่ามีความเจ็บปวด ถ่ายทอดด้วยการพูดและการแสดงกิริยาท่าทาง ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม สังคมและวัฒนธรรมของแต่ละบุคคลด้วย

1.2 ชนิดของความเจ็บปวด (Corroll and Bowsher, 1994: 16-18; Ignatavicius, Workman, and Mishler, 1999: 117-119)

ชนิดของความเจ็บปวดถ้าแบ่งตามระยะเวลาที่เกิดแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

1.2.1 ความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลัน (acute pain) เป็นความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะเวลาตั้งแต่วินาทีจนถึง 6 เดือน มักเกิดขึ้นทันทีทันใดและทุเลาหรือทุเลาภายหลังได้รับการรักษา หรือหายเองโดยไม่ได้รักษาภายใน 6 เดือน (LeMone and Burke, 2000) ซึ่งเกิดขึ้นภายหลังเนื้อเยื่อได้รับอันตรายหรือมีการอักเสบของเนื้อเยื่อนั้นๆ ซึ่งค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดนั้นได้ง่ายและหายได้เอง หรือความเจ็บปวดจะลดลงเมื่อมีกระบวนการหายของบาดแผลเกิดขึ้นหรือพยาธิสภาพของบาดแผลนั้นหมดไป เช่น ปวดท้องจากไส้ติ่งอักเสบซึ่งจำเป็นต้องผ่าตัดออก ความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลันที่พบบ่อยได้แก่ ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด และความเจ็บปวดที่ได้รับจากการได้รับบาดเจ็บบริเวณผิวหนังชั้นตื้นหรือชั้นลึก เช่น แผลไหม้ แผลจากการได้รับอุบัติเหตุ รวมทั้งความเจ็บปวดที่เกิดจากวิธีการพยาบาลต่างๆ

1.2.2 ความเจ็บปวดชนิดเรื้อรัง (chronic pain) เป็นความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป พบว่า 25% ของการเกิดเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น จากการเป็นมะเร็ง ข้ออักเสบ ความผิดปกติของกระดูกและกล้ามเนื้อและเกิดความเจ็บปวดบริเวณอวัยวะที่ถูกตัดออก

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจความเจ็บปวดเฉียบพลันที่มีสาเหตุมาจากการได้รับการผ่าตัด จึงอธิบายกลไกในการเกิดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ดังนี้

1.3 กลไกการเกิดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

กลไกการเกิดความเจ็บปวดประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการคือ สิ่งกระตุ้นความเจ็บปวด (pain stimuli or noxious stimuli) ตัวรับความรู้สึกรับปวด (pain receptors or nociceptors) และวิถีประสาทนำความรู้สึกรับปวด (pain impulse pathways) (Black and Matassarin – Jacobs, 1993; Boss, 1992)

1. สิ่งกระตุ้นความเจ็บปวด (pain stimuli or noxious stimuli) แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1.1 สิ่งกระตุ้นเชิงกล (mechanical stimuli) ได้แก่การทำลายเนื้อเยื่อจากการผ่าตัด การบวมจากการอักเสบ การอุดตันของหลอดเลือด และการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เป็นต้น

1.2 สิ่งกระตุ้นอุณหภูมิ (thermal stimuli) ได้แก่ ความร้อน ความเย็น และกระแสไฟฟ้า เป็นต้น

1.3 สิ่งกระตุ้นที่เป็นสารเคมี (chemical stimuli) ซึ่งมีทั้งสารเคมีภายในและภายนอกร่างกาย สารชีวเคมีภายในร่างกายได้แก่ ฮีสตามีน (histamine) โพรสตาแกลนดิน (prostaglandin) เบรดีไคนิน (bradykinin) และ สารภายนอกในร่างกาย ได้แก่ กรด ต่าง เป็นต้น

สิ่งที่กระตุ้นความเจ็บปวดเหล่านี้จะไปกระตุ้นโดยตรงต่อตัวรับความเจ็บปวด (primary afferent nociceptor) หรือความเจ็บปวดนั้นอาจเกิดขึ้นได้จากสิ่งกระตุ้นนั้นไปทำลายเนื้อเยื่อ ทำให้มีการหลั่งสารเคมีบางอย่างออกไปกระตุ้นตัวรับความเจ็บปวด เมื่อปลายประสาทรับความเจ็บปวด ถูกกระตุ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงศักย์ไฟฟ้า (depolarization) ทำให้มีการนำกระแสประสาทเกิดขึ้น

2. ตัวรับความรู้สึกปวด (pain receptors or nociceptors) สามารถรับการกระตุ้นจากสิ่งกระตุ้นที่เป็นอันตราย เป็นปลายประสาทอิสระ (free nerve ending) ตัวรับความเจ็บปวดที่สำคัญมีอยู่ 3 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้ กลุ่มแรกคือ ตัวรับความเจ็บปวดเชิงกลที่มีความทนต่อความเจ็บปวดในระดับสูง (high threshold) รับความรู้สึกปวดคล้ายเข็มแทง (pain prick) และตัวรับความเจ็บปวดจากความร้อน (heat nociceptor) ซึ่งกลุ่มนี้ส่วนใหญ่อยู่บนผิวหนังทั้งหมด กลุ่มที่สอง คือ ตัวรับความเจ็บปวดที่มาจากหลายทาง (polymodal nociceptor) รับสิ่งกระตุ้นที่เป็นแรงกด แรงทับ ความร้อน และสารเคมีทั้งหมด ตัวรับความเจ็บปวดชนิดนี้จะอยู่ทั่วไปทุกเนื้อเยื่อทั้งในระดับตื้นและลึกโดยเฉพาะที่อวัยวะภายใน เมื่อมีสิ่งกระตุ้นเชิงกล อุณหภูมิ และสารเคมี ปลายประสาทอิสระจะถูกกระตุ้นจนถึงระดับความทนต่อความเจ็บปวด (pain threshold) เกิดเป็นกระแสประสาทความรู้สึกปวด (pain impulse) ส่งไปตามเส้นประสาทไขสันหลังและสมอง กลุ่มสุดท้ายจะเป็นตัวรับความรู้สึกเฉพาะ เรียกว่า ตัวรับความเจ็บปวดเชิงกลที่มีความทนต่อความเจ็บปวดในระดับต่ำ (low threshold mechanoreceptor) จะรับความรู้สึกการสัมผัส การสั่นสะเทือน ถ้าถูกกระตุ้นด้วยการสั่นสะเทือนหรือการนวด จะสามารถยับยั้งสื่อกระตุ้นความเจ็บปวดได้ในระดับไขสันหลัง

3. วิถีประสาทนำความรู้สึกปวด (pain impulse pathways) เมื่อความรู้สึกปวด

3.1 ไยประสาทเอ-เบต้า หรือใยประสาทใหญ่ที่มีเปลือกหุ้ม (A - beta fiber or large myelinated fiber) จะนำความรู้สึกได้เร็ว รับสัญญาณประสาทจากตัวรับความเจ็บปวดเชิงกลที่มีความทนต่อความเจ็บปวดในระดับต่ำ ซึ่งเป็นตัวรับเฉพาะ เช่น ความรู้สึกสัมผัส การสัมผัส

3.2 ไยประสาทเอ-เดลต้า หรือใยประสาทเล็กที่มีเปลือกหุ้ม (A-delta fiber or small myelinated fiber) ตัวรับความเจ็บปวดเชิงกลที่มีความทนต่อความเจ็บปวดในระดับสูง และตัวรับความเจ็บปวดจากความร้อนจะนำความเจ็บปวดชนิดแหลมคมหรือความรู้สึกร้อน จะนำความรู้สึกได้ช้ากว่าใยประสาทเอ-เบต้า สามารถบอกตำแหน่งที่ปวดได้ชัดเจน และความรู้สึกปวดจะหมดไปเร็ว

3.3 ไยประสาทซีหรือใยประสาทเล็กที่ไม่มีเปลือกหุ้ม (C - fiber or small unmyelinated fiber) ตัวรับความเจ็บปวดที่มาจากหลายทางจะนำความรู้สึกได้ช้ากว่าใยประสาทเอ-เดลต้า โดยจะนำความเจ็บปวดแบบตื้อๆ (dull pain) ปวดแสบปวดร้อน (burning) หรือปวดร้าว (aching pain) บอกตำแหน่งไม่ได้ชัดเจน ซึ่งความรู้สึกปวดจะมีอยู่เป็นเวลานาน

เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นใยประสาททั้ง 3 จะถูกกระตุ้นพร้อมกันทั้งหมด โดยใยประสาทเอ-เดลต้าและใยประสาทซีเป็นตัวนำสัญญาณความรู้สึกปวด ในขณะที่ใยประสาทเอ-เบต้า จะนำประสาทเข้าเพื่อปรับเปลี่ยนความรู้สึกปวด ทำให้ความรู้สึกนั้นน้อยลง

โดยสรุปกล่าวคือ การผ่าตัด มีการทำลายเนื้อเยื่อ อันเป็นผลจากการบาดเจ็บบอบช้ำขณะผ่าตัดทั้งที่เกิดจากแรงกล ความร้อน เย็น สารเคมี และอาจรวมกับการอักเสบของเนื้อเยื่อตั้งแต่ชั้นผิวหนัง กล้ามเนื้อ อวัยวะภายในและเซลล์ประสาท เนื้อเยื่อที่ถูกทำลายจากการบาดเจ็บบอบช้ำ จะหลั่งสารที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด ได้แก่ โปตัสเซียมไอออน (K^+) เบรดีไคนิน (bradykinin) ซีโรโทนิน (serotonin) ฮีสตามีน (histamine) และ นิวโรไคนิน (neurokinin) สารเหล่านี้จะกระตุ้นเซลล์ประสาทรับความรู้สึก ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงศักย์ไฟฟ้าที่ผิวเซลล์ประสาท ให้มีประจุไฟฟ้าลบ ถ้ายทอดเป็นสัญญาณประสาทส่งไปตามเส้นประสาท เข้าสู่ไขสันหลังและสมอง เพื่อให้รับรู้และตอบสนองต่อความเจ็บปวดตามลำดับ ขณะเดียวกันทั้งเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายและที่มีการอักเสบ จะหลั่งสารชีวเคมีบางอย่างที่ทำให้เซลล์ประสาทรับความรู้สึกไวต่อการกระตุ้น คือ โพรสตาแกลนดิน (prostaglandin) ซับสแตนที (substance P) เป็นผลให้เนื้อเยื่อไวต่อความ

เจ็บปวดง่ายขึ้น (สุพร พลยานันท์, 2528; Ignatavicius et al., 1999: 111; Prithvi Raj, 1992: 65-72)

1.4 **ปฏิกิริยาของร่างกายต่อความเจ็บปวดหลังผ่าตัด** (Meinhart and McCaffery, 1983: 242-276; สุพร พลยานันท์, 2528: 41-54)

1.4.1 ปฏิกิริยาเฉพาะที่ เนื้อเยื่อที่ได้รับอันตรายจะปล่อยสาร prostaglandin ไปกระตุ้นปลายประสาทความรู้สึกเจ็บปวดให้ไวต่อการกระตุ้นโดยตรง และ/หรือไวต่อสารเคมีที่เนื้อเยื่อหลั่งออกมาคือ bradykinin และ histamine ทำให้เนื้อเยื่อไวต่อความเจ็บปวดมากขึ้น (hyperalgesia)

1.4.2 ระดับไซส์นหลังมีรีเฟกซ์ ไปทำให้กล้ามเนื้อคลายและหลอดเลือดหดตัว ระบบทางเดินอาหารและระบบขับถ่ายปัสสาวะลดการทำงานลง การหดตัวของกล้ามเนื้อทำให้ปริมาณการไหลเวียนโลหิตลดลง เกิดภาวะขาดออกซิเจน (hypoxia) เมื่อกล้ามเนื้อได้รับออกซิเจนน้อยลง แต่มีการเผาผลาญเพิ่มขึ้น จึงมีการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน (anaerobic metabolism) เกิดกรดแลคติก และเกิดภาวะความเป็นกรดเฉพาะที่ (acidosis) กรดแลคติกนี้จะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดของกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดความเจ็บปวดของกล้ามเนื้อ (muscle pain) และส่งพลังประสาทไปตามวิถีประสาทความเจ็บปวดไปยังสมองอีกส่วน หลอดเลือดเกิดการหดตัวทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดมาเลี้ยง ขาดออกซิเจน เกิดกรดแลคติกและเกิดภาวะความเป็นกรดเฉพาะที่เช่นกัน ฉะนั้นทั้งการหดตัวของกล้ามเนื้อ และหลอดเลือดจึงเป็นแหล่งกระตุ้นใหม่ทำให้ความเจ็บปวดรุนแรงขึ้น ความเจ็บปวดที่รุนแรงขึ้นนี้ก็ไปเพิ่มรีเฟกซ์สันหลังมากยิ่งขึ้น ทำให้ความเจ็บปวดทวีความรุนแรงขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป (vicious cycle)

1.4.3 ระดับเหนือไซส์นหลัง มีผลจากการทำงานของไฮโปทาลามัส เมื่อพลังประสาทของความเจ็บปวดไปกระตุ้นศูนย์ประสาทอัตโนมัติ (autonomic center) ในไฮโปทาลามัส จะไปเร่งการทำงานของประสาทซิมพาทีติกหลัง epinephrine เพิ่มขึ้น มีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น หายใจเร็วขึ้น หลอดโลหิตส่วนปลายหดตัว ปลายมือ ปลายเท้าเย็น คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออก ขนลุก เป็นต้น ถ้าความเจ็บปวดรุนแรงมากและระยะเจ็บปวดนานจะไปเร่งการทำงานของประสาทพาราซิมพาทีติก ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตลดลง หลอดโลหิตส่วนปลายขยายตัว ผู้ป่วยเกิดอาการช็อคได้

1.4.4 ระดับเปลือกสมอง มีการรับรู้ความเจ็บปวดและเกิดปฏิกิริยาทางจิตและจิตสรีระ

1.4.4.1 ปฏิบัติทางจิต เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน ไร้ให้เกิดอารมณ์และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านอารมณ์ ตลอดจนปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำรงชีวิตด้วยดังนี้

ก. การไร้ทางอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความเศร้าและความโกรธ เป็นต้น อารมณ์ที่ถูกเร้าขึ้นนี้จะไปกระตุ้นระบบควบคุมส่วนกลาง ไปเปิดประตูในระบบควบคุมที่ไขสันหลัง ทำให้รู้สึกเจ็บปวดรุนแรงขึ้น ความเจ็บปวดที่รุนแรงขึ้น ไปเพิ่มปฏิบัตินทางจิต และทำให้ความเจ็บปวดรุนแรงเพิ่มขึ้นอีก เป็นวงจรต่อเนื่องกันไป (vicious cycle)

ข. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านอารมณ์ (affective behavior) จากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดที่อาจพบได้คือ การแสดงอารมณ์เปลี่ยนแปลงจากภาวะปกติ ไม่มีสมาธิ จดจำข้อมูลไม่ค่อยได้ กระสับกระส่าย กระพืดกระพืด หงุดหงิดโมโหง่าย ถอยหนีแยกตัวเอง ถดถอยเข้าสู่วัยที่ต่ำกว่า ถือเอาตนเองเป็นหลัก ทำที่หมดหวัง

ค. การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำรงชีวิต ที่อาจพบได้คือ เบื่ออาหารทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร การนอนหลับ (ธนิต วัชรพุกก์, 2542) ซึ่งจากการศึกษาของ นันทา เล็กสวัสดิ์ (2544) ได้ศึกษาความพึงพอใจในการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการนอนหลับคือความเจ็บปวดแผลผ่าตัดและความไม่สุขสบาย และเป็นปัจจัยร่วมพยากรณ์ความพึงพอใจในการนอนหลับ การปฏิบัติกิจกรรมทั่วไปในชีวิตประจำวันลดลง การเข้าสังคมลดลง มีกิจกรรมทางเพศลดลง

1.4.4.2 ปฏิบัติทางจิตสี่ระ

- พฤติกรรมทางด้านน้ำเสียง (vocal behavior) เช่น ร้องเสียงครวญคราง ร้องไห้

- พฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหว การแสดงออกทางสีหน้า เช่น ทำหน้านิ่ว คิ้วขมวด กัดริมฝีปาก การเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น หยุดเคลื่อนไหวบริเวณที่เจ็บปวด เคลื่อนไหวแบบปกป้อง

1.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดมีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้ระดับขีดเริ่มรับรู้ความเจ็บปวด (Pain threshold) ความอดทนต่อความเจ็บปวด (Pain tolerance) การรับรู้ต่อความเจ็บปวด (Pain perception) และการแสดงออก (Pain expression) แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่

1.5.1 ชนิดของการผ่าตัด (Jurf and Nirschl, 1993)

การผ่าตัดต่างชนิดกัน มีการทำลายเนื้อเยื่อและเซลล์ประสาทแตกต่างกัน เนื้อเยื่อที่ตำแหน่งต่างกัน มีสรีรวิทยาต่างกัน มีการกระจายของประสาทรับความรู้สึกแตกต่างกัน จึงมีความไว และความรุนแรงของความเจ็บปวดแตกต่างกัน ตำแหน่งและชนิดของการผ่าตัดจึงเป็นตัวบ่งชี้ระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดหลังผ่าตัดได้ดีที่สุด

1.5.2 เทคนิคของการผ่าตัด

ความชำนาญของแพทย์ที่ทำการผ่าตัด ทำให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อและเซลล์ประสาทแตกต่างกัน ถ้าเกิดการทำลายเนื้อเยื่อและเซลล์ประสาทเล็กน้อย ทำให้ระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่มาก (Jurf and Nirschl, 1993)

1.5.3 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (Meinhart and McCaffery, 1983)

สังคมและวัฒนธรรมมีความสำคัญต่อการสร้างแบบแผนการตอบสนองต่อความเจ็บปวดของบุคคลในสังคมและวัฒนธรรมนั้นๆ เนื่องจากบุคคลในสังคมและวัฒนธรรมนั้นจะสร้างแบบแผนการตอบสนองตามทัศนคติ ค่านิยม กับความคาดหวังของสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งมักจะเกี่ยวข้องกับ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ศาสนา เชื้อชาติ การอบรมเลี้ยงดูในครอบครัว เศรษฐกิจ สิ่งเหล่านี้จะมีอิทธิพลและสอนให้บุคคลสร้างแบบแผนการตอบสนองต่อความเจ็บปวดในแต่ละสังคมและวัฒนธรรมขึ้น

1.5.4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวได้ดี หรือมีความเครียดเพิ่มขึ้นก็ได้ สิ่งแวดล้อมที่ดีส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวและอดทนต่อสิ่งเร้าได้มากขึ้น ส่วนสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสมก่อให้เกิดความเครียดทำให้บุคคลต้องใช้พลังงานเพิ่มมากขึ้น พลังงานสำรองจึงลดลง และรับรู้ต่อความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นด้วย

- สภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ความสะอาด ความเงียบสงบ แสงและอุณหภูมิห้องที่พอเหมาะ มีการระบายอากาศที่ดี และอาหารที่นำรับประทาน เป็นต้น
- สภาพแวดล้อมทางจิตและสังคม เช่น สิ่งแวดล้อมที่มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคลทำให้รู้สึกอบอุ่นใจ สิ่งแวดล้อมที่มีความรู้สึกปลอดภัย ซึ่งจากการศึกษาของ อูราวดิ เจริญไชย (2541) พบว่าการที่พยาบาลให้ข้อมูล เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมด้านความรู้สึกและคำแนะนำในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจมีผลในการลดความวิตกกังวล ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานได้

1.6 การประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัด (Watt-Watson and Donovan, 1992: 409; Wells, Framptom, and Bowsher, 1994: 240)

การประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัดนับเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลที่ต้องเรียนรู้ และเข้าใจ การประเมินความเจ็บปวดของพยาบาลจึงเป็นกุญแจสำคัญขั้นแรก ในการตัดสินใจวางแผนให้การพยาบาลจัดการความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพ (Chiu et al., 2002: 100; Manias et al., 2002; Zalon, 1993) เนื่องจากความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่มีความซับซ้อน บุคคลอื่นไม่สามารถหยั่งรู้นอกจากบุคคลนั้นบอกกล่าว จึงทำให้การประเมินความเจ็บปวดนั้นมีความยากที่จะได้ข้อมูลตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีแนวทางในการประเมินความเจ็บปวดดังนี้ (Hamill and Rowlingson, 1994: 13-25)

1.6.1 การประเมินความเจ็บปวดจากการรายงานความเจ็บปวดโดยผู้ป่วย (subjective measurement) เป็นการประเมินความเจ็บปวดที่ดีที่สุด ทำให้ได้ข้อมูลตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และ มีน้ำหนักน่าเชื่อถือมากกว่าข้อมูลอื่น เนื่องจากความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกหรือประสบการณ์ของบุคคล (MaCaffery, 1979) การให้ผู้ป่วยประเมินความเจ็บปวดด้วยตนเองมีหลายแบบดังกล่าวต่อไปนี้

ก. การประเมินด้านความรุนแรง วิธีที่ดีที่สุด คือ การให้บุคคลกำหนดความเจ็บปวดของตนเองลงบนมาตรวัดความเจ็บปวด โดยการประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวดด้วยตนเองเป็นวาจา (Verbal) ใช้มาตรวัดแบบประมาณค่าชนิดใช้การเห็น (Visual scales) มาตรวัดชนิดวัดค่าแบบตัวเลข (numerical scale) (ภาพที่ 1-3) ซึ่งมาตรวัดทั้ง 3 ชนิดดังกล่าวนิยมใช้ทั่วไปในทางปฏิบัติและในงานวิจัยเรื่องความเจ็บปวด

ข. ตำแหน่งและขอบเขต (location of pain) ประเมินโดยให้ผู้ป่วยชี้ตำแหน่งและขอบเขตความเจ็บปวดที่ตัวผู้ป่วยเอง

ค. ลักษณะที่ปวด (pattern of pain) ประเมินโดยให้ผู้ป่วยบอก เช่น ปวดแปล็บๆ ปวดแสบปวดร้อน ปวดเหมือนเข็มแทง เป็นต้น

ง. การประเมินผลจากความเจ็บปวด เช่น มีผลต่อการเคลื่อนไหว การนอนหลับ การรับประทานอาหาร

1.6.2 ประเมินความเจ็บปวดจากการสังเกตพฤติกรรม (objective measurement) การแสดงออกเป็นข้อมูลปรนัย แม้ความเจ็บปวดจะเป็นประสบการณ์ที่คลุมเครือ

รู้ได้เฉพาะบุคคลที่กำลังประสบเท่านั้น แต่ความเจ็บปวดสามารถกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่มีลักษณะเฉพาะตัว ซึ่งเปรียบเสมือนสัญญาณที่สื่อให้บุคคลอื่นทราบว่ามีความเจ็บปวดเกิดขึ้น (พูลศรี พัฒนพงษ์, 2538) พฤติกรรมเหล่านั้น ได้แก่ (สุพร พลยานันท์, 2528)

ก. การแสดงออกทางใบหน้า เป็นสิ่งที่สังเกตได้อันดับแรกและมักพบในผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดเฉียบพลัน เช่น การทำหน้านิ่วคิ้วขมวด กัดริมฝีปาก กัดฟัน หลับตาแน่น เป็นต้น

ข. การแสดงออกทางการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น นอนบิดไปมา กำมือแน่น กระสับกระส่าย เป็นต้น

ค. การแสดงออกทางด้านน้ำเสียงและอารมณ์ เช่น ร้องครวญคราง ร้องไห้ หงุดหงิด ฉุนเฉียว โวยวาย เป็นต้น

การแสดงความเจ็บปวดออกมาด้านพฤติกรรมในผู้ป่วยบางรายไม่ชัดเจน ดังนั้นการสังเกต พฤติกรรมเพียงอย่างเดียวอาจทำให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวดไม่ตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด จึงควรประเมินความเจ็บปวดร่วมกับวิธีอื่นๆ (McCaffery and Ferrell, 1996)

1.6.3 การประเมินความเจ็บปวดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา
ผลของความเจ็บปวดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระที่สามารถสังเกตและวัดได้ในเชิงปริมาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในความเจ็บปวดเฉียบพลัน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ได้แก่ การสูบขีดโลหิตเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้นหรือต่ำลง ชีพจรเต้นเร็ว หายใจเร็ว เหงื่อออก ขนลุก รุม่านตาขยาย มีการหลั่งกลัยโคเจน (glycogen) อะดรีนาลิน (adrenalin) ซีด มีการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงทางสรีระเหล่านี้จะลดลงหรือกลับเป็นปกติได้ในเวลาต่อมา ทั้งๆ ที่ยังมีความเจ็บปวดอยู่และเป็นการประเมินเพียงมิติเดียวคือการทำงานของระบบประสาท ดังนั้นควรทำร่วมกับการประเมินความเจ็บปวดวิธีอื่นๆ (พูลศรี พัฒนพงษ์, 2538)

การประเมินความเจ็บปวดที่ตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดจะต้องมีการประเมินทั้งจากการรายงานความเจ็บปวดของผู้ป่วย ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกและการประเมินทางด้านสรีรวิทยา (เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราชีพจร อาการเหงื่อออกตัวเย็น) (Clarke et al., 1996; Harrison, 1991; Rond and Dam, 2001)

1.6.4 เครื่องมือประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

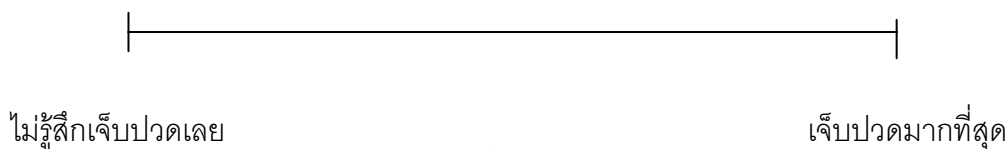
การใช้เครื่องมือประเมินความเจ็บปวด คุณสมบัติของมาตรวัดความเจ็บปวดที่ดีต้องมีอิสระในการวัดไม่ลำเอียงมีความตรงและความเที่ยง มีความไวในการเปลี่ยนแปลงความ

เจ็บปวด สามารถประยุกต์ใช้ได้ทั้งในคลินิก และงานวิจัย เพื่อประเมินทั้งมิติด้านร่างกายและจิตใจ (Hamill and Rowlingson, 1994) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การเลือกใช้เครื่องมือประเมินความเจ็บปวดในงานวิจัยแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับกลุ่มตัวอย่าง และ ตัวแปรที่ผู้วิจัยต้องการวัด เช่น การวัดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดจำเป็นต้องใช้เครื่องมือที่เข้าใจง่าย ใช้เวลาน้อย และวัดความเจ็บปวดที่เปลี่ยนแปลงมีหลายแบบ ดังนี้

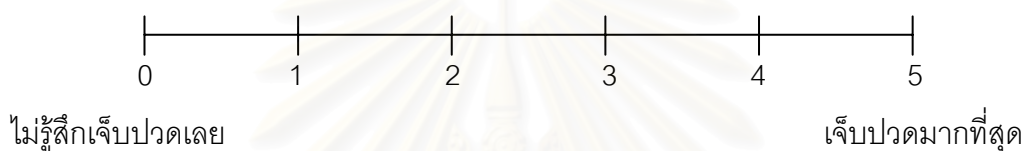
ก. มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดประมาณค่าโดยใช้คำพูด (Verbal scales) เป็นการประเมินด้วยวาจา ใช้ประเมินความรุนแรง อาการแสดงความเจ็บปวดด้วยการบอกกล่าว ซึ่งผลดีของการใช้วิธีนี้ คือ เป็นการประเมินความเจ็บปวดที่ตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดเนื่องจากความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์และความรู้สึกส่วนบุคคล ซึ่งบุคคลที่อยู่ในสภาวะนั้นเป็นผู้กล่าว และทราบเท่าที่บุคคลนั้นกล่าวว่ายังมี (McCaffery, 1979) ดังงานวิจัยของ สุภาณี วศินอมร และคณะ ที่ศึกษาความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องจำนวน 100 ราย พบว่า ผู้ป่วยทุกราย รายงานลักษณะความเจ็บปวดที่บริเวณผ่าตัดมากกว่า 1 ลักษณะ ลักษณะความเจ็บปวดที่มีผู้ป่วยรายงานมากตามลำดับในวันที่ 1, 2 และ 3 คือ ปวดตึ๋ง (ร้อยละ 81, 81, 62) เจ็บจี๊ด แปร็บ จู๊ด กระตุก (ร้อยละ 72, 63, 48) ปวดตึบๆ ตอดๆ (ร้อยละ 49, 43, 29) ปวดเมื่อยๆ (ร้อยละ 44, 28, 21) แต่การวัดความเจ็บปวดจากประเมินด้วยวาจา ใช้ประเมินความรุนแรง มีข้อจำกัดในการวัดและการศึกษาที่นำมาทดสอบทางสถิติ เนื่องจากข้อมูลที่ได้มาจากคำกล่าวของผู้ป่วย

ข. มาตรวัดความเจ็บปวดประมาณค่าชนิดใช้การเห็น (Visual analogue scales: VAS) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีการนำไปใช้มาก มีลักษณะเส้นตรงกำหนดความยาว 10 เซนติเมตร เริ่มจากไม่รู้สึเจ็บปวดเลย จนถึงเจ็บปวดมากที่สุด ไม่มีการแบ่งช่องสเกล วิธีใช้โดยผู้ป่วยสามารถทำเครื่องหมายลงบนเส้นตรงที่ขีดไว้ให้ ความยาวมากน้อยนั้นขึ้นอยู่กับปริมาณความเจ็บปวดที่เขามีอยู่และเป็นจริง นำมาวัดความยาวเป็นมิลลิเมตรเพื่อประเมินค่าของความเจ็บปวด มาตรวัดนี้มีความน่าเชื่อถือได้ (Reliable) อาจเข้าใจยากโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ มีการพัฒนา มาตรวัดความเจ็บปวดประมาณค่าชนิดใช้การเห็น โดยการแบ่งขีดบนเส้น เรียกว่า มาตรวัดแบบง่าย (Simple Descriptive Intensity Scale) และ กำหนดค่าตัวเลข 0 -10 (ดังภาพที่ 1, 2, 3)

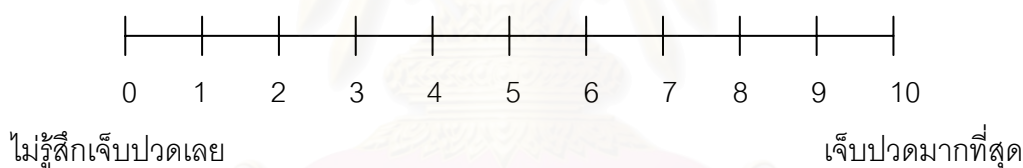
ภาพที่ 1 Visual Analog Scale (VAS)



ภาพที่ 2 Simple Descriptive Pain Intensity Scale



ภาพที่ 3 0-10 Numeric Pain Intensity Scale



ที่มา (ภาพที่ 1-3) : Hamill and Rowlingson, 1994:20

ข้อดีของมาตรวัดความเจ็บปวดชนิดประมาณค่าโดยใช้การเห็น คือ การใช้ร่วมกับการวัดด้วยการรายงานความเจ็บของผู้ป่วย ซึ่งสามารถบอกระดับความรู้สึกที่สามารถวัดและวิเคราะห์ค่าได้ทางสถิติ และนำไปใช้กันอย่างกว้างขวางในการทำวิจัย แต่มีข้อจำกัดในการใช้ในผู้ป่วยเด็ก ผู้สูงอายุ และเส้นกำหนดความเจ็บอาจไม่เพียงพอที่จะแทนความเจ็บปวด

ค. มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดค่าตัวเลข (Numerical scale) คือมาตรวัดเป็นเส้นตรง ลักษณะคล้ายกับ VAS แต่มีขีดกำหนดความเจ็บปวด 0-100 มีข้อดีมีจำนวนตัวเลขแทนความเจ็บปวดมาก ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี และสนับสนุนของค่าความเชื่อมั่น แต่มีข้อจำกัดในการใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ ที่มีผลต่อความคิด

ในการเลือกใช้เครื่องมือประเมินความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดและต้องมีการลงบันทึกอย่างต่อเนื่องจะทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวดของผู้ป่วย แม่นยำมากยิ่งขึ้น

1.6.5 การติดตามประเมินความเจ็บปวด

การติดตามประเมินผลความเจ็บปวดเป็นขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลโดยเป็นการพิจารณาว่าการปฏิบัติการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้รับบริการนั้นบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยพิจารณาจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและความถูกต้องของการปฏิบัติร่วมด้วย ในการประเมินผลโดยทั่วไปจะมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ของการปฏิบัติที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการเป็นสำคัญเมื่อบรรลุวัตถุประสงค์การปฏิบัติในการช่วยเหลือก็ยุติ ในกรณีที่ไม่บรรลุวัตถุประสงค์พยาบาลจำเป็นต้องย้อนกลับมาประเมินในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลว่ามีความบกพร่องในจุดใด เพื่อที่จะได้ปรับปรุงวิธีการช่วยเหลือผู้รับบริการไปจนกว่าจะบรรลุวัตถุประสงค์ หรือในบางครั้งอาจต้องปรับเปลี่ยนวัตถุประสงค์ให้สอดคล้องกับความเป็นจริงให้มากขึ้น (ศิริพร ชัมภลลิขิต, 2539) สำหรับการติดตามประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัดต้องเป็นการประเมินอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยบางคนอดทนต่อความเจ็บปวดโดยไม่บอกหรือไม่กล้าเรียกพยาบาล การติดตามประเมินความเจ็บปวดทั้งก่อนและหลังให้ยาบรรเทาปวดหรือการจัดการความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาจึงทำให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่อง

2. พฤติกรรมการประเมินความเจ็บปวดของพยาบาล

แนวทางในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยดังกล่าวจึงเป็นบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลที่จะค้นหาและประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้ตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจวางแผนให้การพยาบาลจัดการความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพ (Chiu et al., 2002: 100; Manias et al., 2002; Zalon, 1993) แต่จากการศึกษาของ Paice, Mahon และ Faut-Callahan (1995) ศึกษาการประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่อยู่ในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจำนวน 100 ราย พบว่าพยาบาลประเมินระดับความรุนแรงความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ประเมินระดับความรุนแรงความเจ็บปวดของผู้ป่วยเอง ซึ่งพยาบาลมีความถนัดในการประเมินความรุนแรงความเจ็บปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดนานๆ ครั้ง ทำให้ขาดความแม่นยำในการประเมินความเจ็บปวดหลัง

ผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Field (1996) ศึกษาการประเมินความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดระหว่างผู้ป่วยจำนวน 39 รายหลังทำผ่าตัดกระดูกไขสันหลังและพยาบาลจำนวน 78 รายที่ดูแลผู้ป่วย พบว่าคะแนนการประเมินระดับความรุนแรงความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาลต่ำกว่าคะแนนการประเมินระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ Mackintosh (1994) พบว่า การประเมินความเจ็บปวดร้อยละ 72 พยาบาลรู้สึกว่าจะไม่สามารถประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้แม่นยำ และร้อยละ 87 พยาบาลรู้สึกว่าจะมีการประมาณค่าประสบการณ์ความเจ็บปวดในผู้ป่วยต่ำ

สังวาลย์ แก้วประเสริฐ (2532) พบว่า การประเมินความเจ็บปวดตามการรับรู้ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล คะแนนความรู้สึกปวดของผู้ป่วยสูงกว่าของพยาบาลรับรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยของความรูสึกห่อเหี่ยว ไม่เบิกบานของผู้ป่วยต่ำกว่าของพยาบาลรับรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นารี พุ่มนิคม (2543) ศึกษาการประเมินความเจ็บปวดของพยาบาลในหอศัลยกรรม พบว่า ร้อยละ 42.2 ของพยาบาลปฏิบัติการประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นบางครั้งในพฤติกรรมต่อไปนี้ คือ วันที่ผลการประเมินความเจ็บปวดเป็นประจำ ประเมินลักษณะความเจ็บปวด ขอบเขตและระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด และไม่มีการบันทึกรายงานความเจ็บปวดของผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือประเมินความเจ็บปวด สอดคล้องกับการศึกษาของ

Manias และคณะ (2002) ศึกษาด้วยการการสังเกตพฤติกรรมประเมินความเจ็บปวดของพยาบาล พบว่า พยาบาลไม่สนใจประเมินความเจ็บปวดจากสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อความเจ็บปวดรุนแรงมากขึ้นหรือลดลง และประเมินความเจ็บปวดจากการสังเกตของพยาบาลเองมากกว่าคำบอกเล่าของผู้ป่วย คล้ายกับการศึกษาของ Dalton (1989) ศึกษาการประเมินความเจ็บปวด กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 78 ราย พบว่า การประเมินความเจ็บปวดพยาบาลน้อยกว่าร้อยละ 75 ประเมินความเจ็บปวดจากการสอบถามผู้ป่วยโดยตรง และพยาบาลประมาณร้อยละ 80 ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยจากการสังเกตพฤติกรรม

การศึกษาของ วชิราพร สุนทรสวัสดิ์ (2545) ศึกษาพฤติกรรมดูแลของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัดตามการรับรู้ของผู้ป่วย 63 รายเปรียบเทียบกับการรับรู้ของพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้ในเรื่องพฤติกรรมประเมินความเจ็บปวดและการติดตามประเมินผลของพยาบาลอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย แตกต่างจากพยาบาลมีระดับการรับรู้ในเรื่องพฤติกรรมประเมินความเจ็บปวดและการติดตามประเมินผลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดอยู่ในระดับค่อนข้างมาก

และการศึกษาของ Brunier และคณะ (1995) จากการสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินความเจ็บปวดไม่เพียงพอ มาจากความเชื่อของพยาบาล พบว่า พยาบาลร้อยละ 27 ไม่เห็นด้วยว่าควรเชื่อการรายงานความเจ็บปวดจากผู้ป่วย พยาบาลร้อยละ 44 คิดว่าการประมาณค่าความเจ็บปวดโดยแพทย์หรือพยาบาลมีเหตุผลมากกว่าจากการรายงานความเจ็บปวดของผู้ป่วยเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพฤติกรรมของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังไม่ครอบคลุมพอเกี่ยวกับการประเมินสภาพความเจ็บปวดจากผู้ป่วยโดยตรงด้วยการให้ผู้ผู้ป่วยบรรยายลักษณะความเจ็บปวด ปัจจัยที่มีผลต่อความเจ็บปวดรุนแรงมากขึ้นหรือลดลง และผลกระทบของความเจ็บปวดต่อร่างกายของผู้ป่วย ขอบเขตและระดับความรุนแรงความเจ็บปวดของผู้ป่วย พยาบาลส่วนใหญ่ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยจากการสังเกตพฤติกรรม และพยาบาลตัดสินใจจากตนเองโดยไม่ตระหนักจากคำบอกเล่าความเจ็บปวดของผู้ป่วย หรือเข้าใจและตัดสินใจว่าผู้ป่วยมีการแสดงความเจ็บปวดมากเกินไปจนความเป็นจริง ที่สำคัญพยาบาลไม่ได้ทำการประเมินความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลประเมินความเจ็บปวดนานๆ ครั้ง ไม่มีรูปแบบการใช้เครื่องมือประเมินความเจ็บปวดและการลงบันทึกอย่างชัดเจน ทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวดของผู้ป่วยไม่ตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด ผู้ป่วยจึงได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดโดยใช้ยาระงับปวดปริมาณน้อยกว่าที่ควร หรือไม่ได้รับการจัดการความเจ็บปวดโดยวิธีการอื่นที่ไม่ใช่ยา (Clarke et al., 1996; Dalton, 1989; Dietrick-Gallagher, Polomano, and Carrick, 1994; Harrison, 1991; Rond and Dam, 2001)

ในปัญหาดังกล่าวมีปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด คือ ประสบการณ์การทำงาน การรับรู้ ความสามารถและความชำนาญ ความเชื่อ เจตคติ ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อพยาบาลในการดูแลความเจ็บปวด ความร่วมมือของผู้ป่วยในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวด และหน่วยงานมีเครื่องมือที่เป็นแบบแผนในการประเมินความเจ็บปวด (Allcock, 1996; Bowman, 1994; Coyne et al., 1999; Dalton, 1989; Ferrell, McGuire, and Donovan, 1993; Good, 1999; Harrison, 1991; Lander, 1990; Puntillo et al., 2002)

เพื่อเข้าใจพฤติกรรมของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยผ่าตัด และปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยผ่าตัด ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1985) มาอธิบาย ซึ่งมีผู้วิจัยท่านอื่นนำมาศึกษา

อย่างกว้างขวาง เพื่อศึกษาพฤติกรรมบุคคลากรทางสุขภาพในการให้บริการแก่ผู้รับบริการ โดยมีรายละเอียดของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนดังจะกล่าวต่อไป

3. ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (A theory of planned behavior หรือ TPB)

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเป็นทฤษฎีที่ใช้ทำนายพฤติกรรมของบุคคล และช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมของบุคคล โดยทฤษฎีนี้พัฒนามาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (A theory of reasoned action หรือ TRA) ของ Ajzen และ Fishbein (ธีระพร อูวรรณโณ, 2535; Ajzen and Fishbein, 1980) ที่พัฒนาขึ้นเพื่อทำนายพฤติกรรมของบุคคลจากความตั้งใจ โดยมีข้อสมมติฐานว่าโดยปกติแล้วมนุษย์เป็นผู้ที่มีเหตุผลข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับจะนำมาใช้เป็นประโยชน์อย่างมีระบบ ต่อมาปี 1985 Ajzen ปรับทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลให้สามารถใช้อธิบายพฤติกรรมที่อาจไม่ได้อยู่ในการควบคุมของบุคคลอย่างเต็มที่ (incomplete volitional control) กล่าวคือ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลประสบปัญหาในการควบคุม ทำให้บุคคลไม่สามารถตัดสินใจได้แน่นอนว่าจะทำหรือไม่ทำ ต้องอาศัยโอกาสหรือทรัพยากรอื่นๆ เช่น เงิน เวลา ทักษะ การร่วมมือจากบุคคลอื่น เป็นต้น แล้วเรียกทฤษฎีนี้ว่า “ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน” ซึ่งโครงสร้างของทฤษฎีนี้มีลักษณะคล้ายกับทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ความแตกต่างที่สำคัญของทฤษฎีนี้กับทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลอยู่ที่ปัจจัยการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control)

ในทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน Ajzen (1988) เห็นว่าการจะบรรลุถึงเป้าหมายของพฤติกรรมไม่ได้ขึ้นอยู่กับความตั้งใจหรือความต้องการของบุคคลเพียงอย่างเดียว ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยที่ไม่ใช่สิ่งจูงใจอื่นๆ อีกด้วย เช่น โอกาสและทรัพยากรที่จำเป็น ซึ่งสามารถขยายความได้ว่า ถ้าบุคคลมีโอกาสรักษาพยาบาล และมีความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรม เขาก็ควรทำพฤติกรรมนั้นๆ ได้สำเร็จ

3.1 การควบคุมความตั้งใจ (Volitional control)

Ajzen (1988) เห็นว่า ควรจะมองการควบคุมของบุคคลว่าเป็นเส้นต่อเนื่อง ในทางสุดโต่งทางหนึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคคลประสบปัญหาในการควบคุมได้น้อยมาก ตัวอย่างที่เห็นได้ชัด เช่น การเลิกสูบบุหรี่ เมื่อบุคคลเข้าไปอยู่ในคูหาเลิกสูบบุหรี่ เขาก็เลิกผู้สมัครได้ตั้งความตั้งใจ ในทางสุดโต่งอีกทางหนึ่ง เป็นพฤติกรรมที่บุคคลประสบปัญหาในการควบคุมมาก เช่น การจามหรือความดันโลหิตลดลง ซึ่งพบว่าพฤติกรรมส่วนมากมักอยู่ระหว่างสุดโต่งทั้ง 2 จุดนี้ พฤติกรรมที่บุคคล

ตั้งใจจะทำ อาจพิจารณาได้ว่าเป็นเป้าหมายที่ความจำเป็นนั้นขึ้นกับความไม่แน่นอนในระดับหนึ่ง ดังนั้นบุคคลจึงควรพิจารณาถึงหน่วยของพฤติกรรม-เป้าหมาย (behavioral – goal units) และพิจารณาถึงความตั้งใจว่าเป็นแบบของการกระทำที่จะบรรลุถึงเป้าหมายของพฤติกรรม (behavioral goals) (ธีระพร อุวรรณโณ, 2535: 290)

3.2 ปัจจัยควบคุม (Control factors)

Ajzen (1988) ได้อธิบายถึงปัจจัยควบคุมโดยแบ่งเป็น 2 ด้านหลัก คือ

3.2.1 ปัจจัยภายใน ได้แก่

1) ข้อมูล ทักษะ และความสามารถ บุคคลที่มีความตั้งใจจะทำพฤติกรรมบางอย่างหลังจากได้พยายามแล้ว ก็พบว่าเขาไม่สามารถทำสิ่งนั้นได้เพราะขาดข้อมูล ทักษะ หรือความสามารถ เช่น การที่ไม่สามารถเปลี่ยนทัศนคติทางการเมืองของบุคคลอื่นให้มีทัศนคติเดียวกับตนเพราะขาดทักษะทางภาษาและสังคม การขาดความรู้ทางด้านคำนวณทำให้ไม่สามารถสอนวิชาคณิตศาสตร์ให้แก่เด็ก การขาดความชำนาญด้านเครื่องกลทำให้ไม่สามารถซ่อมเครื่องบันทึกลูกเหล็กได้ หรือการที่จะมีลูกอีกคน ก็ขึ้นกับปัจจัยความสามารถมากกว่าจะขึ้นกับความตั้งใจเพียงอย่างเดียว (Ajzen, 1988) และการลืมนั้นก็เป็นปัจจัยภายในที่สำคัญเช่นกันที่ทำให้คนไม่ได้ทำสิ่งที่เขาตั้งใจไว้ เช่น คนที่ลืมนำบัตรประชาชนไปติดตามที่ตั้งใจไว้ (Ajzen, 1988) ในบางพฤติกรรมอาจพบว่า ทักษะมีความสำคัญมากกว่าความพยายาม เช่น การขับรถแข่ง การพิมพ์ดีด

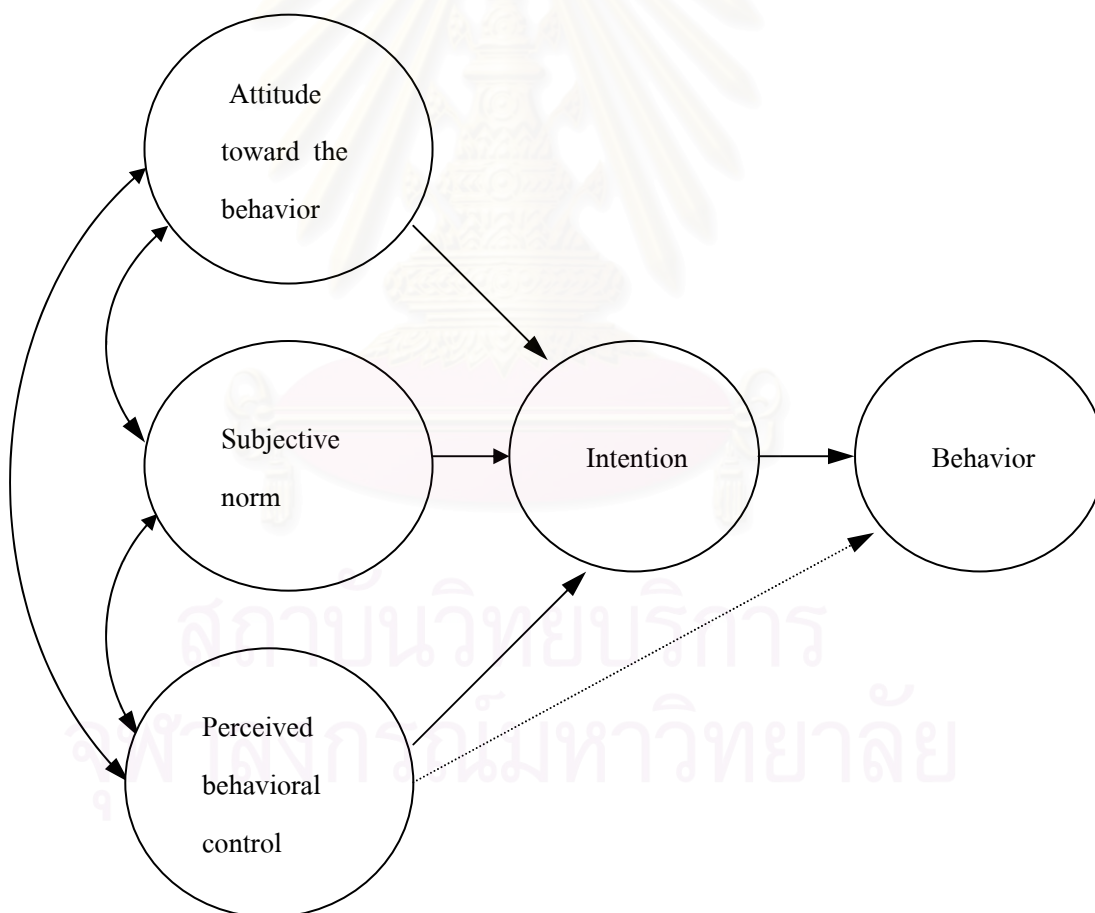
2) อารมณ์และการจำต้องทำ พฤติกรรมหลายอย่างบุคคลใช้จิตใจควบคุมได้ยาก เช่น ในบางครั้งพบว่า บุคคลไม่สามารถหยุดการคิด หรือฝันเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น การพูดติดอ่าง การกระตุกที่ตา การระงับการกระทำรุนแรงขณะโกรธ เป็นต้น

3.2.2. ปัจจัยภายนอก จะมีอิทธิพลในการกำหนดว่าสถานการณ์ใดจะส่งเสริมหรือขัดขวาง การทำพฤติกรรม

1) เวลาและโอกาส บุคคลอาจขาดโอกาสที่จะทำพฤติกรรมที่ตั้งใจไว้เนื่องด้วยเหตุผลต่าง ๆ กัน เช่น การไม่ได้ไปดูการแสดงเพราะตัวหมด หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องได้รับอุบัติเหตุรุนแรงขณะมาโรงพยาบาล การขาดโอกาสเพียงครั้งเดียวอาจไม่ทำให้เขาเปลี่ยนความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรมนั้นโดยสิ้นเชิง เขาอาจเลือกทำในโอกาสต่อไป

2) การขึ้นกับผู้อื่น ในการกระทำพฤติกรรมบางอย่าง บุคคลอาจไม่สามารถทำพฤติกรรมอย่างที่ตั้งใจไว้ เพราะในการทำพฤติกรรมนั้นมีส่วนที่ขึ้นอยู่กับบุคคลอื่น เช่น ความต้องการมีบุตรของภรรยา ต้องอาศัยความร่วมมือจากสามีด้วย หรือ น.ส. ก นัดกับเพื่อนจะไปชมภาพยนตร์ด้วยกัน ภายหลังเพื่อนโทรศัพท์มาบอกว่าไปชมภาพยนตร์ด้วยไม่ได้ น.ส. ก อาจจะไปชมภาพยนตร์ในวันและเวลาที่นัดกับเพื่อนไว้

กล่าวโดยสรุป การขาดโอกาสและการขึ้นกับผู้อื่น มักจะนำไปสู่การเปลี่ยนความตั้งใจในการทำพฤติกรรมเพียงชั่วคราวเท่านั้น



ภาพที่ 4 โครงสร้างพื้นฐานทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 1988: 133)

สาระของทฤษฎี

โครงสร้างพื้นฐานของทฤษฎีปรากฏในภาพที่ 4 ซึ่งอธิบายได้ว่า

1. ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน คล้ายกับ ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ที่กำหนดว่าปัจจัยหลัก (central factor) ในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล คือ “ความตั้งใจกระทำพฤติกรรม” (Behavioral Intention หรือ I) หรือ “ความตั้งใจ” โดยความตั้งใจในทฤษฎีนี้ หมายถึง ความตั้งใจที่จะพยายามกระทำพฤติกรรมนั้น ความตั้งใจเป็นปัจจัยการจูงใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ความตั้งใจจะเป็นตัวบ่งชี้ว่า บุคคลได้ทุ่มเทความพยายามมากน้อยเพียงใดที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ยิ่งบุคคลมีความตั้งใจแน่วแน่และพยายามมากเพียงใด ความเป็นไปได้ที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรม ก็มีมากเท่านั้น

2. ความตั้งใจ หรือ ความตั้งใจกระทำพฤติกรรม (Intention or Behavioral Intention) ขึ้นอยู่กับตัวกำหนด 3 ตัว คือ เจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (ซึ่งคล้ายกับ ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ Ajzen และ Fishbein) และ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม

2.1 เจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the behavior หรือ A_B) เป็นการประเมินทางบวกหรือลบต่อการกระทำนั้นๆ จัดได้ว่า A_B เป็นปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) และได้รับอิทธิพลหรือถูกกำหนดจากผลรวมของผลคุณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับผลกรรมหรือผลของการกระทำ (Behavioral Beliefs หรือ b) และการประเมินผลกรรมหรือผลของการกระทำ (Evaluation of Consequences หรือ e)

2.2 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm หรือ SN) เป็นการรับรู้ของบุคคลว่าคนอื่นๆ ที่มีความสำคัญสำหรับเขาต้องการหรือไม่ต้องการให้เขาทำพฤติกรรมนั้นๆ

SN ขึ้นอยู่กับผลรวมของผลคุณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับทัศนคติของกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำของตน (Normative Beliefs หรือ NB) ซึ่งหมายถึงความเชื่อที่ว่าบุคคลแต่ละคนที่อยู่ในกลุ่มอ้างอิงประสงค์จะให้ตนทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้นๆ เพียงใด และแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Motivation to Comply หรือ MC) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่า ตนต้องทำตามกลุ่มอ้างอิงแต่ละกลุ่มต้องการให้ตนทำเพียงไร กลุ่มอ้างอิงในที่นี้ หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น

2.3 การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control หรือ PBC) เป็นการรับรู้ของบุคคลว่า เป็นการยากหรือง่ายที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ

PBC ขึ้นอยู่กับผลรวมของผลคุณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม (Control Beliefs หรือ C) และการรับรู้การควบคุม (Perceived Power หรือ P) ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับการมีหรือไม่มีทรัพยากรหรือโอกาสที่จำเป็นในการทำพฤติกรรม ซึ่งความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมนี้ได้รับอิทธิพลจาก

- 2.3.1 ประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมนั้นๆ ในอดีต
- 2.3.2 ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับทราบบอกเล่าจากผู้อื่นเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้น
- 2.3.3 การสังเกตจากประสบการณ์ของเพื่อนและคนคุ้นเคย
- 2.3.4 มีตัวแปรอื่นๆ ที่เพิ่มหรือลด การรับรู้ความยากของการทำพฤติกรรมนั้น

ส่วนการรับรู้การควบคุม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่า มีปัจจัยควบคุมบางอย่างที่สามารถเอื้ออำนวยหรือขัดขวางการแสดงพฤติกรรมนั้น

3. ความสำคัญเชิงสัมพัทธ์ของเจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการทำนายความตั้งใจกระทำพฤติกรรม และความสำคัญเชิงสัมพัทธ์ของความตั้งใจ และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการทำนายพฤติกรรม อาจเปลี่ยนแปลงได้จากพฤติกรรมหนึ่งไปสู่พฤติกรรมหนึ่ง และจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่ง นั่นคือความตั้งใจกระทำพฤติกรรมอาจถูกกำหนดโดยเจตคติต่อพฤติกรรม ส่วนในบางพฤติกรรมความตั้งใจอาจได้รับอิทธิพลจากเจตคติต่อพฤติกรรม และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม แต่บางพฤติกรรมความตั้งใจอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทั้งสามได้เสียกัน

4. กฎเกณฑ์ทั่วไปมีว่า หาก A_B , SN เป็นบวกเพียงไรและ PBC เป็นบวกด้วย บุคคลก็ควรมี I ที่หนักแน่นที่จะทำพฤติกรรมมากเท่านั้น ส่งผลให้การทำนายพฤติกรรมมีความแม่นยำขึ้น Ajzen เห็นว่า PBC มีความหมายในแง่แรงจูงใจสำหรับความตั้งใจ บุคคลที่เชื่อว่าเขาไม่มีทรัพยากรหรือโอกาสที่จะทำพฤติกรรมนั้นๆ มักจะไม่มีเจตคติหนักแน่นที่จะทำพฤติกรรมนั้น แม้ว่าจะมี A_B เป็นบวกและเชื่อว่าคนที่มีความสำคัญสำหรับเขายอมรับให้เขาทำพฤติกรรมนั้นก็ตาม ดังนั้นในกรณีเช่นนี้ PBC จะเป็นตัวร่วมกับ A_B และ SN ในการมีอิทธิพลต่อ I (ลูกศรที่บจาก A_B , SN และ ไป ในภาพที่ 1 ถือเป็นภาค 1 ของทฤษฎี)

5. PBC อาจสัมพันธ์กับพฤติกรรมโดยตรง โดยไม่ผ่าน I โดยเฉพาะในกรณีที่บุคคลมี PBC ตรงกับความเป็นจริง (ลูกศรเส้นไขปลาในภาพที่ 1 ถือเป็นภาคที่ 2 ของทฤษฎี)

6. ในบางกรณี PBC อาจไม่ได้สะท้อนถึงความสามารถในการควบคุมอย่างแท้จริง ยกตัวอย่างเช่น กรณีที่บุคคลนั้นมีข้อมูลน้อยเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้น ข้อกำหนดในการทำพฤติกรรม หรือทรัพยากรที่มีเปลี่ยนแปลงไป หรือกรณีที่มีตัวแปรใหม่ที่ไม่คุ้นเคยเกิดขึ้นในสถานการณ์ ภายใต้เงื่อนไขเหล่านี้ การวัด PBC อาจเพิ่มความแม่นยำในการทำนายพฤติกรรมได้น้อย

7. บทบาทของความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ทฤษฎีนี้จำแนกความเชื่อเป็น 3 ชนิด คือ

7.1 ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม (Behavioral Beliefs) ซึ่งมีอิทธิพลต่อ A_B เป็นความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำ หากบุคคลมีความเชื่อว่าการทำพฤติกรรมนั้นจะนำไปสู่ ผลกรรมทางบวก เขาก็มีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น ขณะที่บุคคลซึ่งเชื่อว่าการทำพฤติกรรมนั้น จะนำไปสู่ผลกรรมทางลบ เขาก็จะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมนั้น

7.2 ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (Normative Beliefs) ซึ่งเป็นตัวกำหนด SN เป็นความเชื่อที่ว่าบุคคล หรือกลุ่มคนเฉพาะคิดว่าเขาควรหรือไม่ควรทำพฤติกรรมนั้น หาก บุคคลเชื่อว่าคนอื่นที่มีความสำคัญสำหรับเขาคิดว่าเขาควรทำพฤติกรรมนั้น บุคคลก็มีแนวโน้มที่ จะทำพฤติกรรมนั้น ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลเชื่อว่าคนอื่นที่มีความสำคัญสำหรับเขาคิดว่า เขาไม่ควรทำพฤติกรรมนั้น เขาก็มีแนวโน้มที่จะไม่ทำพฤติกรรมนั้น

7.3 ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม (Control Beliefs) ซึ่งเป็นพื้นฐานของ PBC เป็นความเชื่อเกี่ยวกับการมีทรัพยากรและโอกาสมาก และมีอุปสรรคหรือสิ่งขัดขวางน้อย เพียงไร เขาก็ควรจะรับรู้ว่าเขาสามารถควบคุมพฤติกรรมได้มากเพียงนั้น

พฤติกรรม (Behavior)

การที่จะเข้าใจพฤติกรรมได้จะต้องทำความเข้าใจสิ่งต่างๆ เหล่านี้ (Ajzen and Fishbein, 1980: 29-39)

1. พฤติกรรมและผล (Behavior versus Outcome)

ในการศึกษาพฤติกรรมที่เราสนใจนั้น เราจะต้องกำหนดให้ชัดเจนว่า จะศึกษา พฤติกรรมหรือผล เพราะทั้งสองอย่างนี้มีความแตกต่างกัน พฤติกรรมคือสิ่งที่บุคคลลงมือกระทำ เอง แต่ผลอาจเกิดจากการกระทำของบุคคลส่วนหนึ่ง และเกิดจากปัจจัยอื่นๆ อีกส่วนหนึ่ง พฤติกรรมหลายๆ พฤติกรรมที่ต่างกัน อาจนำไปสู่ผลกรรมที่เหมือนกัน เช่น การลดน้ำหนัก อาจ เกิดจากพฤติกรรมต่างๆ เช่น รับประทานอาหารที่มีแคลอรีต่ำ รับประทานยาที่แพทย์สั่ง งด อาหารบางมื้อ หรือออกกำลังกายโดยการวิ่งทุกวัน

2. การกระทำเดี่ยวกับประเภทพฤติกรรม (Single Action versus Behavioral Categories)

บุคคลมักมองข้ามความแตกต่างระหว่างการกระทำเดี่ยวกับประเภทพฤติกรรม

2.1 การกระทำเดี่ยว (Single Action) หมายถึง พฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงที่บุคคลกระทำ ซึ่งการนิยามการกระทำนั้นต้องให้มีความชัดเจนเพียงพอที่ผู้สังเกตจะสังเกตได้ การกระทำบางอย่างสังเกตได้ง่าย เช่น การซื้อบุหรี่มาร์โบโล แต่การกระทำบางอย่างสังเกตได้ยาก เช่น การอ่านคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพบนซองบุหรี่

2.2 ประเภทพฤติกรรม (Behavioral Categories) หมายถึง กลุ่มของการกระทำหลายๆ อย่าง ซึ่งเราไม่สามารถสังเกตพฤติกรรมได้โดยตรง ต้องสังเกตจากการกระทำเดี่ยวทั้งหลาย เช่น การควบคุมอาหาร ต้องสังเกตจากพฤติกรรมต่างๆ ดังนี้ คือ การรับประทานอาหาร การดื่มเครื่องดื่ม หรือการรับประทานยาลดความอ้วน ในการวัดประเภทพฤติกรรมจะต้องกำหนดการกระทำเดี่ยวให้ครอบคลุมประเภทพฤติกรรมที่ศึกษาให้มากที่สุด

3. องค์ประกอบของพฤติกรรม (Behavioral elements)

การกำหนดพฤติกรรมหรือการวัดพฤติกรรมที่จะศึกษา จำเป็นต้องคำนึงถึง

3.1 การกระทำ (Action) จะต้องกำหนดว่าเป็นการกระทำอย่างเดี่ยว เช่น การให้ลูกกินอาหาร การสูบบุหรี่ เป็นต้น หรือเป็นกลุ่มการกระทำ เช่น การออกกำลังกาย ซึ่งอาจประกอบด้วยกรกระทำย่อยๆ หลายกรกระทำ เป็นต้นว่า การว่ายน้ำ การเล่นเทนนิส การวิ่ง การกระโดดเชือก หรือการเล่นฟุตบอล

3.2 เป้าหมาย (Target) หมายถึง เป้าหมายของการกระทำ เช่น การให้ลูกกินอาหารข้างต้น อาจกำหนดเป้าหมายให้เป็นนมแม่

3.3 บริบท (Context) หมายถึง สถานการณ์หรือสถานที่ที่พฤติกรรมที่เราสนใจศึกษาจะเกิดขึ้น เช่น การกินนมแม่ที่บ้าน

3.4 เวลา (Time) หมายถึง เวลาที่พฤติกรรมที่เราสนใจศึกษาจะเกิดขึ้น เช่น การกินนมแม่ตอนค่ำ

ในการกำหนดพฤติกรรมที่ศึกษา จะกำหนดให้มีความจำเพาะมากน้อยเพียงใดก็ได้ เพียงแต่การวัดตัวแปรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ก็ต้องวัดในระดับความจำเพาะที่สอดคล้องกัน ถ้า

ความจำเพาะของพฤติกรรมมีมาก การวัดพฤติกรรมก็จะมีความแม่นยำมากขึ้น (Ajzen and Fishbein, 1980: 34)

ต่อไปนี้จะกล่าวถึงรายละเอียดของตัวแปรที่ศึกษา แต่ละตัวตามทฤษฎี

ความตั้งใจ หรือ ความตั้งใจกระทำพฤติกรรม (Intention or Behavioral Intention)

ความตั้งใจ หรือ ความตั้งใจกระทำพฤติกรรม หมายถึง ความตั้งใจของบุคคลที่พยายามจะกระทำพฤติกรรมนั้น ความตั้งใจเป็นปัจจัยการจูงใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ความตั้งใจจะเป็นตัวบ่งชี้ว่า บุคคลได้ทุ่มเทความพยายามมากน้อยเพียงใดที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ยิ่งบุคคลมีความตั้งใจแน่วแน่และพยายามมากเพียงใด ความเป็นไปได้ที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมก็มีมากเท่านั้น ในการวัดความตั้งใจกระทำพฤติกรรมคือความสอดคล้องกับพฤติกรรมในแง่การกระทำ เป้าหมาย เวลา และ บริบท นอกจากนี้หากเป็นการศึกษาประเภทพฤติกรรม การวัดความตั้งใจก็ต้องทำให้ครอบคลุมการกระทำเดี่ยวที่ครบถ้วนในประเภทพฤติกรรมที่ศึกษา มีวิธีการวัดความตั้งใจดังนี้

การวัดความตั้งใจ

การวัดความตั้งใจแบ่งอย่างกว้างเป็น 2 ประเภท คือ

1. การวัดความตั้งใจในการเลือก แบ่งย่อยได้เป็น 3 แบบ คือ

1.1 การวัดจากทางเลือก 2 ทาง เช่น

ฉัน () ตั้งใจจะไปใช้สิทธิออกเสียงเลือกตั้งในการเลือกตั้งคราวหน้า

() ตั้งใจจะไม่ไป

หรือ

นอกจากนี้ในงานวิจัยจำนวนมากที่นิยมให้ผู้ตอบ ตอบในมาตราที่ง่ายกว่า เป็นมาตราจำแนกความหมาย (semantic differential scale) ของ Osgood โดยใช้คำคุณศัพท์ขั้วคู่ (bipolar) และผู้วิจัยใช้มาตรวัดแบบนี้ในแบบสอบถาม เช่น

ฉันตั้งใจจะไปใช้สิทธิออกเสียงเลือกตั้งในการเลือกตั้งคราวหน้า

เป็นไปได้ _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____ เป็นไปไม่ได้

มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปานกลาง มาก

2 อย่าง

1.2 การวัดจากทางเลือกหลายทางเลือก เช่น

ในโอกาสหน้าฉันมีความตั้งใจจะซื้อยาสีฟ้าตรา

..... คอลเกต

..... เซ็นโซดาเยน

..... ดาร์ลี่

..... อื่นๆ คือ

..... ไกลซ์ซิด

..... ไม่ซื้อ

2. การวัดความตั้งใจในด้านความถี่ เป็นแนวความคิดที่ชานานกับการวัดพฤติกรรม คือ การวัดความตั้งใจในเชิงความถี่สมบูรณ์ และความถี่สัมพัทธ์

2.1 การวัดความตั้งใจในเชิงความถี่สมบูรณ์ เช่น

ในเดือนหน้าฉันตั้งใจจะขับรถไปทำงาน.....วัน

2.2 การวัดความตั้งใจในเชิงความถี่สัมพัทธ์ เช่น

ในเดือนหน้าฉันตั้งใจจะขับรถไปทำงานในจำนวนวันที่คิดเป็นร้อยละ.....

ทั้งนี้ Ajzen และ Fishbein (1980) เสนอว่าการวัดความตั้งใจของบุคคลเพื่อนำมาใช้ทำนายพฤติกรรมของบุคคล ไม่สามารถนำมาใช้ทำนายขอบข่าย (extent) ขนาด (magnitude) หรือ ความถี่ของพฤติกรรมได้ คงทำนายได้เพียงว่าบุคคลทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้นๆ

ตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน กล่าวว่าความตั้งใจขึ้นอยู่กับตัวกำหนด 3 ตัว คือ เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (ซึ่งคล้ายกับทฤษฎีของ Ajzen และ Fishbein) และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม

เจตคติ หรือ เจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude Toward The Behavior หรือ A_b)

เจตคติต่อพฤติกรรม คือ การจูงใจ ใฝ่ปรารถนาให้ตอบสนองที่หมายของเจตคติในลักษณะของความชอบหรือความไม่ชอบอย่างคงเส้นคงวา โดยผ่านการเรียนรู้ ซึ่งเป็นตัวกำหนดหรือองค์ประกอบด้านบุคคล หรือธรรมชาติของบุคคลที่เกี่ยวกับการประเมินทั้งในด้านบวกและ

ด้านลบหรือด้านดีหรือไม่ดีของบุคคลนั้นต่อการกระทำพฤติกรรม เป็นการแสดงออกง่ายๆ ถึง การตัดสินใจของบุคคลว่า พฤติกรรมนั้นดีหรือเลว ชอบหรือต่อต้านการกระทำนั้น

กล่าวโดยสรุปเจตคติต่อการกระทำพฤติกรรม หมายถึง การประเมินทางบวกหรือลบ ของบุคคลต่อการกระทำนั้นหรือเป็นความรู้สึกโดยส่วนรวมของบุคคลที่เป็นทางบวกหรือลบ หรือ การตัดสินใจว่าเป็นสิ่งที่ดี หรือ เลวของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรม สนับสนุนหรือต่อต้าน การกระทำนั้นๆ (Ajzen and Fishbein, 1980: 56)

โดยทั่วไป ถ้าบุคคลมีเจตคติทางบวกต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นมากเท่าใด บุคคลก็ควร มีความตั้งใจหนักแน่นที่จะทำพฤติกรรมมากเท่านั้น หรือในทางตรงข้าม ถ้าบุคคลมีเจตคติทางลบ ต่อการกระทำพฤติกรรมมากเพียงใด บุคคลก็ควรมีความตั้งใจหนักแน่นที่จะไม่ทำพฤติกรรมมากเพียง นั้น เจตคติต่อการกระทำจัดได้ว่าเป็นปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factor) และได้รับอิทธิพลจาก หรือถูกกำหนดโดยผลรวมของผลคุณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำ (behavioral belief หรือ b) และ การประเมินผลของการกระทำ (evaluation of consequences หรือ e)

ในการศึกษาเจตคติตามแนวทางทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen ที่ยังคงศึกษาตาม แนวทางทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ Fishbein และ Ajzen กล่าวว่าเจตคติเป็นองค์ประกอบ ส่วนบุคคลที่กำหนดความตั้งใจของบุคคลที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมต่างๆ

องค์ประกอบของเจตคติ

โดยทั่วไปเจตคติประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ คือ (Ajzen, 1988: 5-7)

1. องค์ประกอบด้านความคิดและสติปัญญา (Cognitive Component) เป็นความคิด การใช้ปัญญาเป็นการตอบสนองต่อบุคคล ในลักษณะของการรับรู้อันสืบเนื่องมาจากความคิด ความเชื่อ ความรู้และความเข้าใจ
2. องค์ประกอบด้านความรู้สึกและอารมณ์ (Affective Component) เป็นความรู้สึกด้าน อารมณ์ของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งเร้า ต่างเป็นผลจากการที่บุคคลประเมินผลสิ่งเร้า นั้น
3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavior Component) คือความโน้มเอียงที่บุคคลจะ ตอบสนองต่อสิ่งเร้า ในทิศทางเดียวกันหรือตรงกันข้ามขึ้นอยู่กับความเชื่อ

การวัดเจตคติต่อพฤติกรรม

Ajzen และ Fishbein เสนอการวัดเจตคติต่อการกระทำพฤติกรรม 2 วิธี คือ การวัดเจตคติต่อพฤติกรรมโดยตรงและโดยทางอ้อมหรือวัดจากความเชื่อ (belief based measure) เจตคติที่วัดโดยทางอ้อมจากความเชื่อเป็นตัวกำหนดเจตคติทางตรง และเจตคติทางตรงเป็นตัวทำนายความตั้งใจกระทำพฤติกรรม

1. การวัดเจตคติทางตรง (A_p) Ajzen และ Fishbein (1980: 54-55; Ajzen 1988: 8-13) เสนอว่า การวัดเจตคติทางตรงนี้สามารถใช้มาตรวัดเจตคติมาตรฐานอื่นๆ เช่น มาตรฐานการประมาณค่าของลิเคิร์ต มาตรฐานทัศนคติปรากฏเท่ากันของเธอร์สไตน์ หรือมาตรกัตต์แมน เข้ามาวัดแทนก็ได้ แต่มาตรที่นิยมใช้กันมาก คือ มาตรจำแนกความหมาย (semantic differential scale) ของ Osgood โดยใช้คำคุณศัพท์ขั้วคู่ (bipolar) และมีวิธีการประเมินในการวัดเจตคติ แม้ว่าการจำกัดการวัดเจตคติอยู่กับการประเมินเพียงอย่างเดียว อาจไม่ได้จับภาพซับซ้อนของเจตคติได้หมด แต่ก็ถือว่าได้จับภาพส่วนที่สำคัญที่สุดของเจตคติได้

นอกจากนี้การวัดเจตคติและความเชื่อต่อพฤติกรรมจะต้องเป็นการวัดระดับบุคคล ไม่ใช่การวัดระดับทั่วไป เช่น

เจตคติของฉันต่อการใช้สิทธิออกเสียงในการเลือกตั้งคราวหน้าเป็น

บวก _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ ลบ

หรือ

การไปใช้สิทธิออกเสียงในการเลือกตั้งคราวหน้าสำหรับฉันคือ

ดี _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ เลว

โง่ _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ ฉลาด

น่าพอใจ _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ ไม่น่าพอใจ

2. การวัดเจตคติทางอ้อมหรือเจตคติที่วัดจากความเชื่อ (Ajzen and Fishbein, 1980: 62-73; 1988: 8-13) เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า เจตคติต่อสิ่งใด ถูกจำกัดโดยความเชื่อที่มีต่อสิ่งนั้นๆ การวัดความเชื่อซึ่งมีบทบาทในการวัดเจตคติดังนี้

ความเชื่อ (Belief) เปรียบเทียบได้กับองค์ประกอบทางปัญญา (Cognitive) เช่นเดียวกับความคิด ความรู้ และความคิดเห็น ในขณะที่เจตคติ หมายถึง การประเมินที่หมายออกมาในรูปแบบ

ของความรู้สึก ชอบหรือไม่ชอบ แต่ความเชื่อเป็นตัวแทนของข้อมูลที่หมาย Ajzen และ Fishbein ได้ให้คำจำกัดความของความเชื่อไว้ว่า คือ การเชื่อมโยงโดยอัตนัย (subjective association) ของบุคคลระหว่างที่หมาย (object) ของความเชื่อกับลักษณะบางอย่าง (attributes) คำว่าที่หมาย หมายถึง แ่มุมใดๆ ในโลกของบุคคล (คล้ายกับคำว่าที่หมายของเจตคติ) เช่น ที่หมายของความเชื่ออาจเป็นวัตถุบุคคล มโนทัศน์ สถาบัน สถานที่ ฯลฯ ส่วนลักษณะบางอย่างก็มีความหมายกว้างรวมถึงลักษณะทางกายภาพ คุณภาพ ลักษณะในตัว เป็นต้น

Ajzen และ Fishbein (1980) ระบุว่า เจตคติ ถูกกำหนดโดยผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำ หรือ ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม (behavioral belief = b_i) กับการประเมินผลของการกระทำ (outcome evaluation = e_i)

ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำ หรือ ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม (behavioral belief = b_i) มักเป็นความเชื่อเฉพาะที่บุคคลเชื่อหรือไม่เชื่อว่า การทำพฤติกรรมที่กำลังพิจารณาจะนำไปสู่พฤติกรรมหนึ่งๆ

ในการวิจัยตามแนวคิดทฤษฎี Ajzen และ Fishbein (1980) ได้เสนอแนวทางหาความเชื่อเหล่านี้ไว้ด้วย นั่นคือจะต้องวิเคราะห์หา “ชุดของความเชื่อเด่นชัด” (Model Salient Beliefs) ซึ่งเป็นตัวกำหนดเจตคติของบุคคลก่อน เนื่องจากคนแต่ละคนมีความเชื่อเกี่ยวกับที่หมายหนึ่งจำนวนมากมาย แต่มีความเชื่อจำนวนหนึ่งเท่านั้นที่ส่งผลในการกำหนดเจตคติต่อที่หมายนั้น เรียกว่า “ความเชื่อเด่นชัด” (Salient Beliefs) ที่เกิดจากการกระตุ้นความเชื่อ ทำได้โดยให้กลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาหรือประเมิน ตอบแบบสัมภาษณ์หรือแบบสอบถาม เพื่อให้ผู้ตอบบอกถึงผลดี ผลเสีย หรือ ข้อดี ข้อด้อย หรือ ข้อได้เปรียบ ข้อเสียเปรียบ หรือประเด็นอื่นๆ เกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรมเป้าหมาย โดยจะต้องมีความตรงกันกับพฤติกรรมที่ต้องการประเมินในองค์ประกอบด้าน การกระทำ เป้าหมาย บริบท และ เวลา จึงจะได้ชุดของความเชื่อเด่นชัดที่เป็นพื้นฐานของเจตคติที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ เช่น ต้องการหาความเชื่อเด่นชัดที่เป็นตัวกำหนดเจตคติของบุคคลต่อการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดใน 1 ปีข้างหน้า คำถามควรเป็นดังนี้

- ก. ท่านมีความเชื่ออย่างไรบ้างเกี่ยวกับข้อได้เปรียบและข้อเสียเปรียบในการที่ท่านใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดใน 1 ปีข้างหน้า
- ข. มีอะไรอีกบ้างที่ท่านคิดว่าสัมพันธ์ หรือเกี่ยวกับการที่ท่านจะใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดใน 1 ปีข้างหน้า

จากคำถามข้างต้นนี้ไปถามกลุ่มคนที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างประมาณตั้งแต่ 30 คนขึ้นไป แล้ววิเคราะห์เนื้อหาของความเชื่อต่างๆ ที่ผู้ตอบระบุ ความเชื่อใดมีลักษณะที่คล้ายกันจัดเข้าไว้ในกลุ่มเดียวกัน แล้วเรียงลำดับความถี่จากสูงสุดไปสู่ต่ำสุด เกณฑ์ในการเลือกความเชื่อไปไว้ใน การสร้างมาตรมี 3 วิธี ดังนี้

วิธีที่ 1 เลือกความเชื่อที่มีความถี่สูงสุด 10 ถึง 12 ความเชื่อ

วิธีที่ 2 เลือกความเชื่อที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละในระดับหนึ่งกล่าวถึง เช่น ที่กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ถึง 12 กล่าวถึง

วิธีที่ 3 เลือกความเชื่อที่มีความถี่สูงตามลำดับลงไป ให้ได้ความถี่สะสมประมาณร้อยละ 75 วิธีนี้เป็นวิธีที่ทำตามอำเภอใจน้อยที่สุด (Ajzen and Fishbein, 1980)

ความเชื่อเด่นชัด เป็นความเชื่อที่เกิดขึ้นในลำดับแรกๆ โดยทั่วไปความเชื่อ 5-9 ข้อความแรก จะเป็นความเชื่อเด่นชัดต่อที่หมายในขณะนั้น จากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ความเชื่อเด่นชัดนี้ อาจเปลี่ยนไปได้คือ อาจมีความหนักแน่นมากขึ้นหรือน้อยลง หรืออาจถูก ความเชื่ออื่นๆ มาแทนที่ ตามแนวทฤษฎีถือว่าความเชื่อเด่นชัดทุกตัวเป็นความเชื่อที่สำคัญ ความแตกต่างในด้านระดับความสำคัญจะแสดงออกมาในการวัดความหนักแน่นของความเชื่อ

ความหนักแน่นของความเชื่อ (Belief Strength) คือ ความมากน้อยของความสัมพันธ์ ระหว่างที่หมายกับลักษณะต่างๆ ตำแหน่งของความเชื่อเด่นชัดในลำดับขั้นที่จัดไว้ จะมีความสัมพันธ์กับความหนักแน่นของความเชื่อ ส่วนความหนักแน่นของความเชื่อที่ไม่เด่นชัดจะไม่สัมพันธ์กับตำแหน่งในลำดับขั้นนั้นหมายความว่า การวัดความหนักแน่นของความเชื่อ จะเป็นตัวบ่งชี้ความเด่นชัดของความเชื่อ

ดังนั้นเมื่อต้องการทราบเจตคติของบุคคลต่อพฤติกรรมจึงจำเป็นต้องประเมินความเชื่อเด่นชัด Ajzen และ Fishbein (1980) แนะนำให้นำความเชื่อเหล่านี้มา สร้างเป็นมาตรการประเมินความหนักแน่นของความเชื่อ และการประเมินผลของการกระทำ โดยใช้คำคุณศัพท์ที่เป็นขั้วคู่ ประกอบกับมาตร 7 ช่วง

ดังตัวอย่างเช่น

1. ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาคุมกำเนิด

1.1 การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดทำให้เกิดผลข้างเคียงรุนแรง

เป็นไปได้ _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____ เป็นไปไม่ได้
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปานกลาง มาก
 2 อย่าง

1.2 การใช้อาเมตคัมกำเนิดทำให้ป้องกันการตั้งครุฑ

เป็นไปได้ _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____ เป็นไปไม่ได้
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปานกลาง มาก
 2 อย่าง

2. การประเมินผลเกี่ยวกับการใช้อาเมตคัมกำเนิด

2.1 ผลข้างเคียงรุนแรงสำหรับฉันเป็นสิ่งที่

ดี _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____ ไม่ดี
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปานกลาง มาก
 2 อย่าง

2.2 การป้องกันการตั้งครุฑสำหรับฉันเป็นสิ่งที่

ดี _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____ ไม่ดี
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปานกลาง มาก
 2 อย่าง

โดยให้คะแนนดังนี้

ด้านคำตอบ	บวกมากให้คะแนนเท่ากับ	7
	บวกปานกลางให้คะแนนเท่ากับ	6
	บวกน้อยให้คะแนนเท่ากับ	5
	ไม่ใช่ทั้งสองอย่างให้คะแนนเท่ากับ	4
	ลบน้อยให้คะแนนเท่ากับ	3
	ลบปานกลางให้คะแนนเท่ากับ	2

ลบมากให้คะแนนเท่ากับ

1

ประเด็นหนึ่งที่ Ajzen และ Fishbein (1980) เน้นมากเป็นพิเศษ คือ การวัดเจตคติและการวัดความเชื่อที่จะนำไปทำนายความตั้งใจกระทำพฤติกรรมจะต้องเป็นการวัดระดับบุคคล (personal measure) ตัวอย่างเช่น การสูบบุหรี่ของฉันเป็นอันตรายต่อสุขภาพของฉัน จะวัดเจตคติต่อการสูบบุหรี่ของฉัน ไม่ใช่ การวัดระดับทั่วไป (general measure) ตัวอย่างเช่น การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ จะวัดเจตคติต่อการสูบบุหรี่

ดังนั้น ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำและการประเมินผลของการกระทำกับเจตคติต่อการกระทำพฤติกรรม สามารถเขียนเป็นสมการได้ว่า

$$A_B = f \left(\sum_{i=1}^n b_i e_i \right)$$

A_B = เจตคติต่อการกระทำพฤติกรรม

b_i = ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำ i

e_i = การประเมินผลของการกระทำ i

เมื่อ n คือ จำนวนความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำ

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm หรือ SN) (Ajzen and Fishbein, 1980: 73-76)

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นการรับรู้ของบุคคลว่าคนอื่นๆ ที่มีความสำคัญสำหรับเขา ต้องการหรือไม่ต้องการให้เขาทำพฤติกรรมนั้นๆ หรือกล่าวคือเป็นปัจจัยทางสังคม ได้แก่ อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมของบุคคล สิ่งแวดล้อมในที่นี้ หมายถึง บุคคลสำคัญใกล้ชิดที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั่นเอง

การวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

Ajzen และ Fishbein (1980) เสนอวิธีการวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงไว้ 2 วิธี

คือ

1. การวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางตรง เป็นการประเมินความเชื่อของบุคคลที่มีต่อความคิดเห็นของบุคคลส่วนมากที่มีความสำคัญสำหรับเขา คิดว่าเขาควรหรือไม่ควรกระทำพฤติกรรมนั้นๆ รูปแบบหนึ่งที่ใช้กัน

ดังตัวอย่างเช่น

คนส่วนมากที่มีความสำคัญต่อฉัน คิดว่าเลือกการศึกษาต่อสายสามัญหลังจบมัธยมศึกษาปีที่ 3

ฉันควร _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ ฉันไม่ควร
มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปานกลาง มาก
2 อย่าง

บุคคลส่วนมากที่มีความสำคัญต่อฉัน คิดว่าฉันควรเลือกศึกษาสายสามัญหลังจากเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3

เป็นไปได้ _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ เป็นไปไม่ได้
มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปานกลาง มาก
2 อย่าง

2. การวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางอ้อม ได้จากผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับทัศนคติของบุคคลต่อการทำของตน (Normative Beliefs หรือ NB) และแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Motivation to Comply หรือ MC) จากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน SN ขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับทัศนคติของบุคคลต่อการทำของตน (Normative Beliefs หรือ NB) ซึ่งหมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่ว่า บุคคลเฉพาะหรือกลุ่มคนเฉพาะคิดว่าเขาควรทำหรือไม่ควรกระทำพฤติกรรมนั้น และแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Motivation to Comply หรือ MC) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่า ตนต้องทำตามกลุ่มอ้างอิงแต่ละกลุ่มต้องการให้ตนทำเพียงใด กลุ่มอ้างอิงในที่นี้หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น

จะเห็นได้ว่าความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงนี้ จะเกี่ยวข้องกับบุคคลหรือกลุ่มคนใดเฉพาะเจาะจงมากกว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงซึ่งเป็น ความเชื่อเกี่ยวกับบุคคลส่วนมากที่มีความสำคัญสำหรับเขา (Ajzen and Fishbein, 1980: 73) การหาความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงอาจทำได้โดยการถามคำถามต่อไปนี้

ท่านคิดว่าใคร (เช่น เพื่อนพยาบาล แพทย์ ผู้ป่วย และอื่นๆ) ที่มีผลต่อท่าน คิดว่าท่านควรประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องโดยใช้วิธีการทั้ง 3 วิธีร่วมกันดังต่อไปนี้ 1) ประเมินสภาพความเจ็บปวดผู้ป่วยจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเองร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมและการประเมินสัญญาณชีพ 2) ใช้เครื่องมือประเมินความเจ็บปวดและลงบันทึก 3) ติดตามประเมินผลเกี่ยวกับความเจ็บปวด

จากนั้นทำการคัดเลือกความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงเป็นกลุ่มอ้างอิงเด่นชัด เช่นเดียวกับการคัดเลือกความเชื่อเด่นชัด โดยพิจารณาเฉพาะความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงที่มีความถี่สูง เมื่อได้กลุ่มอ้างอิงที่เด่นชัดแล้ว ก็สามารถนำไปสร้างมาตรวัดความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงได้

ดังตัวอย่างเช่น

เพื่อนพยาบาลของฉันคิดว่าฉันควรประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องโดยใช้วิธีการทั้ง 3 วิธีร่วมกันดังต่อไปนี้ 1) ประเมินสภาพความเจ็บปวดผู้ป่วยจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเองร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมและการประเมินสัญญาณชีพ 2) ใช้เครื่องมือประเมินความเจ็บปวดและลงบันทึก 3) ติดตามประเมินผลเกี่ยวกับความเจ็บปวด

เป็นไปได้ _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____ เป็นไปไม่ได้
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปานกลาง มาก
 2 อย่าง

และในกรณีการสร้างมาตรวัดแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ดังตัวอย่างเช่น

โดยทั่วไป ฉันต้องการทำในสิ่งที่เพื่อนพยาบาลของฉันต้องการให้ฉันทำ

เป็นไปได้ _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____ เป็นไปไม่ได้
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปานกลาง มาก
 2 อย่าง

จากนั้นนำคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (NB) คูณกับคะแนนแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (MC) จะเป็นคะแนนความหนักแน่นของความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง และแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงแต่ละข้อ เมื่อหาผลรวมของผลคูณดังกล่าวจะเป็นคะแนนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

ในการวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง จะต้องมีความสอดคล้องกันในแง่ของการกระทำ เป้าหมาย บริบท และ เวลา ดังนั้น ความสัมพันธ์ระหว่างการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงกับ

ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง และแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง สามารถเขียนเป็นสมการได้ดังนี้

$$SN = f\left(\sum_{j=1}^m NB_j MC_j\right)$$

SN = การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง
 NB_j = ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง j
 MC_j = แรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง j
 เมื่อ m คือ จำนวนกลุ่มอ้างอิง

การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control หรือ PBC)

เป็นการรับรู้ของบุคคลว่า เป็นการยากหรือง่ายที่จะทำพฤติกรรมนั้นๆ เป็นการสะท้อนจากประสบการณ์ในอดีต และการคาดคะเนปัจจัยเอื้ออำนวยและสิ่งขัดขวางหรืออุปสรรค (Ajzen, 1988: 132 อ้างถึงใน ธีระพร อุวรรณโณ, 2538) ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนไม่ได้เกี่ยวข้องโดยตรงกับจำนวนของการควบคุมภายใต้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง แต่พิจารณาถึงความเป็นไปได้จากผลของการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมที่มีต่อการบรรลุถึงเป้าหมายพฤติกรรม ซึ่งการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมจะแปรผันไปตามสถานการณ์และการกระทำ

การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมีความหมายในแง่แรงจูงใจสำหรับความตั้งใจ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวทำให้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนไม่เข้าช้อนกับทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมนี้จะทำหน้าที่เป็นตัวทำนายความตั้งใจกระทำพฤติกรรม นอกเหนือจากเจตคติต่อพฤติกรรม และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล โดย Ajzen หวังว่า ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนจะขยายไปครอบคลุมพฤติกรรมต่างๆ ได้กว้างขวางขึ้น (Olson and Zanna, 1993 อ้างถึงใน มันทนา สิริรัตน์ภาส, 2538)

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม มีความสอดคล้องเป็นอย่างดีกับแนวคิดเรื่องการรับรู้ความสามารถของตน (self - efficacy) ของ Bandura (1977 cited in Ajzen, 1985) ต่างกันตรงแนวความคิดที่ว่า การรับรู้ความสามารถของตนจะเน้นถึงปัจจัยภายในของแต่ละบุคคล ในขณะที่การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมจะเน้นทั้งปัจจัยภายใน (เช่น ความสามารถ ข้อมูล ทักษะ) และปัจจัยภายนอก (เช่น เวลา โอกาส การขึ้นกับผู้อื่น) ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนนี้

จะเกี่ยวข้องกับการที่บุคคลรับรู้ว่าคุณสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นได้ตามการคาดคะเนของคุณภายใต้สถานการณ์หนึ่งๆ หรือไม่ หรือทำได้ในระดับใด

การวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม

ในปี ค.ศ. 1986 Ajzen และ Madden (ธีระพร อูวรรณโณ, 2535) ได้เสนอรูปแบบของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนและทดสอบทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนขึ้นเป็นครั้งแรก โดยเสนอวิธีการวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมไว้ 2 วิธี คือ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมทางตรง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมทางอ้อม

1. การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมทางตรง

เป็นการสะท้อนถึงความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อการรับรู้ความยากง่ายในการทำพฤติกรรมนั้นๆ โดยถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบถึงความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถที่เขาจะควบคุมการกระทำนั้น บนมาตราวัด 7 ช่วง ที่มีคำตอบ 2 ขั้ว

ดังตัวอย่างเช่น

สำหรับดัชนีการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องส่วนระหว่างที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาในหอผู้ป่วย โดยใช้วิธีการทั้ง 3 วิธีร่วมกันต่อไปนี้ 1) ประเมินสภาพความเจ็บปวดของผู้ป่วยจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเองร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมและการประเมินสัญญาณชีพ 2) ใช้เครื่องมือประเมินความเจ็บปวดและลงบันทึก 3) ติดตามประเมินผลเกี่ยวกับความเจ็บปวดเป็นสิ่งที่

ยาก _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ ง่าย
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปานกลาง มาก
 2 อย่าง

2. การวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมทางอ้อม ได้รับอิทธิพลจากความเชื่อ เช่นเดียวกับเจตคติและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง แต่เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรม (Control Beliefs หรือ C) และการรับรู้การควบคุม (Perceived Power หรือ P) ซึ่ง ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมที่เป็นตัวกำหนดความตั้งใจนี้ เป็นความเชื่อเกี่ยวกับการมีหรือไม่มีทรัพยากรหรือโอกาส ความเชื่อเหล่านี้อาจได้รับอิทธิพลจาก

1. ประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมนั้นๆ ในอดีต

2. ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับการบอกเล่าจากผู้อื่นเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้น
3. การสังเกตจากประสบการณ์ของเพื่อนและคนคุ้นเคย
4. มีตัวแปรอื่นๆ ที่เพิ่มหรือลด การรับรู้ความยากของการทำพฤติกรรมนั้น

ส่วนการรับรู้การควบคุม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่ามีปัจจัยควบคุมการกระทำพฤติกรรมนั้น ที่เป็นปัจจัยส่งเสริมหรือขัดขวางการแสดงพฤติกรรมนั้น

สำหรับวิธีการหาความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม ก็ใช้วิธีเดียวกับการหาความเชื่อเด่นชัดของเจตคติต่อพฤติกรรมและความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง โดยการถามคำถามให้กลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างตอบเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนหรือขัดขวางต่อการทำพฤติกรรมนั้น

ดังตัวอย่างเช่น

ท่านคิดว่าหากท่านทำการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องระหว่างที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาในหอผู้ป่วย โดยใช้วิธีการทั้ง 3 วิธีร่วมกันต่อไปนี้ 1) ประเมินสภาพความเจ็บปวดของผู้ป่วยจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเองร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมและการประเมินสัญญาณชีพ 2) ใช้เครื่องมือประเมินความเจ็บปวดและลงบันทึก 3) ติดตามประเมินผลเกี่ยวกับความเจ็บปวด มีปัจจัยอะไรที่ส่งเสริมหรือขัดขวางการกระทำดังกล่าวของท่าน

จากนั้นนำมาคัดเลือกหาปัจจัยเด่นชัดที่มีความถี่สูงเช่นเดียวกัน แล้วนำมาสร้างเป็นมาตรวัดความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม

ดังตัวอย่างเช่น

เมื่อมีเวลาทำการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องระหว่างปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ฉันจะประเมินความเจ็บปวดโดย 1) ประเมินสภาพความเจ็บปวดของผู้ป่วยจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเองร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมและการประเมินสัญญาณชีพ 2) ใช้เครื่องมือประเมินความเจ็บปวดและลงบันทึก 3) ติดตามประเมินผลเกี่ยวกับความเจ็บปวด

เป็นไปได้ _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ เป็นไปไม่ได้
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปานกลาง มาก
 2 อย่าง

และสร้างมาตรวัดการรับรู้การควบคุม ดังตัวอย่างเช่น

การมีเวลาในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยใช้วิธีการทั้ง 3 วิธีร่วมกัน ดังต่อไปนี้ 1) ประเมินสภาพความเจ็บปวดของผู้ป่วยจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเองร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมและการประเมินสัญญาณชีพ 2) ใช้เครื่องมือประเมินความเจ็บปวดและลงบันทึก 3) ติดตามประเมินผลเกี่ยวกับความเจ็บปวด สำหรับฉันเป็นสิ่งที่

ง่าย _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ ยาก
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปานกลาง มาก
 2 อย่าง

จากนั้นนำคะแนนความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรม (Control Beliefs หรือ C) คูณกับการรับรู้การควบคุม (Perceived Power หรือ P) จะเป็นคะแนนความหนักแน่นของความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรม และการรับรู้การควบคุม แต่ละข้อ เมื่อหาผลรวมของผลคูณดังกล่าวจะเป็นคะแนนการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมทางอ้อม

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกับความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมสามารถเขียนเป็นสมการได้ดังนี้

$$PBC = f(\sum_{k=1}^q C_k P_k)$$

q คือ จำนวนปัจจัยที่ส่งเสริมหรือขัดขวาง
 PBC = การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม
 C_k = ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม k
 P_k = การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุม k

ความตั้งใจของบุคคลจะขึ้นกับความสำคัญเชิงสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้ง 3 ของแต่ละบุคคล โดยที่องค์ประกอบทั้งสาม คือ เจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม จะมีน้ำหนักที่บ่งบอกถึงความสำคัญเชิงสัมพันธ์ที่เป็นตัวกำหนดความตั้งใจ (ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอีกทอดหนึ่ง) ในบางพฤติกรรมอาจพบว่า เจตคติต่อพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อความตั้งใจมากกว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม บางพฤติกรรมอาจพบว่า เจตคติต่อพฤติกรรมและการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม มีอิทธิพลต่อความตั้งใจมากกว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง หรือ เจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและการรับรู้การ

ควบคุมพฤติกรรม มีอิทธิพลต่อความตั้งใจพอๆ กัน (Ajzen, 1991: 188-189 อ้างถึงใน มันทนา สิริรัตโนภาส, 2538)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะกล่าวต่อไปนี้

3.1 ความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวด

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ของ Ajzen (1985) กล่าวว่า การกระทำพฤติกรรมใดๆ ถูกกำหนดโดยความตั้งใจ และความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมจะถูกกำหนดโดยเจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม โดยมีอิทธิพลหรือน้ำหนักของความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งสามรวมด้วย

ความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวด คือ พยาบาลมีความตั้งใจที่จะพยายามกระทำพฤติกรรมการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด กล่าวคือ ยิ่งพยาบาลมีความตั้งใจแน่วแน่เพียงใด พยาบาลก็จะทำพฤติกรรมการประเมินความเจ็บปวดมากเท่านั้น

โดยความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวด มีความสัมพันธ์กับ เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการประเมินความเจ็บปวด ที่มีงานวิจัยอธิบายความสัมพันธ์ดังนี้

Nash และคณะ (1993) ศึกษาผลของเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ต่อความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 58 ราย ใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างเอง ตามแนวคิดของ Ajzen and Fishbein ใช้แบบวัดเจตคติ แบบวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง แบบวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และแบบวัดความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวด ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลมีความตั้งใจและพยายามจะประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุมต่อผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ความเจ็บปวดทุกชนิดอยู่ในระดับต่ำ และเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมเป็นเพียงตัวแปรเดียวที่มีอำนาจในการทำนายและมีอิทธิพลต่อความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวด มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ 0.46 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

3.2 เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด

จากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ของ Ajzen (1985) ที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Ajzen and Fishbein, 1980) อธิบายว่า เจตคติต่อพฤติกรรมเป็นผลมาจากความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรม และการประเมินคุณค่าตามความเชื่อของการกระทำพฤติกรรมนั้น โดยการประเมินคุณค่าของบุคคลต่อสิ่งต่างๆ เป็นการประเมินความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลว่าพฤติกรรมนั้นๆ ให้ผลทางบวกหรือลบ ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลได้แสดงความแตกต่างอย่างชัดเจนของเจตคติซึ่งเน้นความรู้สึก และความเชื่อ ซึ่งความเชื่อจะมีอิทธิพลสำคัญต่อการแสดงออกของมนุษย์ โดยความเชื่อจะมีความเกี่ยวข้องใกล้เคียงกับความนึกคิด ความเข้าใจ และการตัดสินใจของบุคคล เมื่อบุคคลมีความเชื่อหรือถูกชักจูงให้เชื่อต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เขาก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติสิ่งต่างๆ ตามความเชื่อนั้นๆ

เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด เป็นการประเมินความรู้สึก และความคิดเห็นของพยาบาลที่มีต่อการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดว่าเป็นไปในทางบวกหรือลบ โดยเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด เป็นผลมาจากความเชื่อเกี่ยวกับผลของการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ครอบคลุม และการประเมินคุณค่าตามความเชื่อของการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ครอบคลุม ดังนั้นถ้าพยาบาลเชื่อว่าการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ครอบคลุมจะส่งผลดีต่อตัวผู้ป่วยและตัวพยาบาลในทางบวก พยาบาลก็จะมีเจตคติที่ดีต่อการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ครอบคลุม แต่ในทางตรงกันข้ามหากพยาบาลเชื่อว่าการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ครอบคลุมจะส่งผลลบต่อผู้ป่วยและตนเอง พยาบาลก็จะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของเจตคติกับความตั้งใจของการประเมินความเจ็บปวด มีงานวิจัยดังนี้

Nash และคณะ (1993) ศึกษาผลของเจตคติต่อความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวด พบว่า พยาบาลมีเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวดทางบวกในระดับปานกลาง โดยพยาบาลที่มีเจตคติทางบวกต่อการกระทำการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วย จะเห็นความสำคัญในการประเมินความเจ็บปวดอย่างครอบคลุม ทำให้ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วย

ได้ตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด และเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวด

นอกจากนี้จากการศึกษางานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการศึกษาเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวดในแนวคิดอื่นสรุปได้ดังนี้

Rond และ Dam (2001) ที่ศึกษาเจตคติของพยาบาลต่อโปรแกรมการประเมินความเจ็บปวดพบว่า ร้อยละ 84.6 พยาบาลมีเจตคติทางบวกต่อการประเมินความเจ็บปวด พยาบาลมีความคิดเห็นว่าการประเมินความเจ็บปวดเป็นบทบาทที่มีความสำคัญของพยาบาล และการให้ความสนใจเมื่อผู้ป่วยมีความเจ็บปวด จะมีผลต่อการบรรเทาความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยจะได้รับ

Rond และคณะ (1999) ศึกษาเจตคติของพยาบาลต่อการใช้เครื่องมือประเมินความเจ็บปวดประจำวัน จากการสัมภาษณ์พยาบาลจากหอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยศัลยกรรมจำนวน 226 ราย พบว่า พยาบาลมีเจตคติทางบวกต่อการประเมินความเจ็บปวด ร้อยละ 66.5 พยาบาลมีความคิดเห็นว่าการประเมินความเจ็บปวดมีความสำคัญ สามารถให้การบรรเทาความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยได้ดีกว่า และพยาบาลจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมมีเจตคติทางบวกน้อยกว่าพยาบาลจากหอผู้ป่วยอายุรกรรม เนื่องจากโดยลักษณะของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีความเจ็บปวดเฉียบพลัน พยาบาลจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมคิดว่าความเจ็บปวดของผู้ป่วยจะลดลงเองโดยใช้ระยะเวลาไม่นาน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะแสดงพฤติกรรมความเจ็บปวดออกมามากกว่าผู้ป่วยทางอายุรกรรมที่มีความเจ็บปวดเรื้อรังมากกว่า

จอนณะจ พึงจาด และคณะ (2546) ศึกษาเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด จากพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 98 ราย พบว่า พยาบาลมีเจตคติทางลบต่อการประเมินความเจ็บปวด นั่นคือ พยาบาลเชื่อว่าการประเมินความเจ็บปวดโดยการรายงานจากผู้ป่วย เป็นการรายงานความเจ็บปวดเกินความเป็นจริง

3.3 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการประเมินความเจ็บปวด

จากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ของ Ajzen (1985) ที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Ajzen and Fishbein, 1980) กล่าวว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นผลมาจาก ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับทัศนคติของกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำของตน (Normative Beliefs หรือ NB) ซึ่งหมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่ว่า บุคคลเฉพาะหรือกลุ่มคนเฉพาะ สำหรับเขาคิดว่า เขาควรทำหรือไม่ควรกระทำพฤติกรรมนั้น และแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Motivation

to Comply หรือ MC) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่า ตนต้องทำตามกลุ่มอ้างอิง แต่ละกลุ่มอ้างอิง ต้องการให้ตนทำเพียงใด กลุ่มอ้างอิงในที่นี้หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อ บุคคลนั้น กล่าวคือถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าคุณกลุ่มอ้างอิงที่มีความสำคัญต่อตนสนับสนุนให้ตนกระทำ พฤติกรรมเพียงใด บุคคลนั้นก็รับรู้ถึงอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงว่าเห็นสมควรให้ตนกระทำพฤติกรรม นั้น ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าคุณกลุ่มอ้างอิงที่มีความสำคัญต่อตนไม่สนับสนุนให้ตน กระทำพฤติกรรมใด บุคคลนั้นก็รับรู้ถึงอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงว่าไม่เห็นสมควรให้ตนกระทำ พฤติกรรมนั้น

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงของพยาบาล คือ ความเชื่อของพยาบาลว่าบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอื่นๆ (เช่น เพื่อนพยาบาล แพทย์ หรือ ผู้ป่วย) ที่มีความสำคัญและเป็นแรงจูงใจสำหรับพยาบาล เป็นแรงผลักดันให้พยาบาลเชื่อว่าควรทำ หรือ ไม่ควรทำการประเมินความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดที่ครอบคลุมตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดมากน้อยเพียงใด

มีการศึกษาว่าคุณกลุ่มอ้างอิงที่มีผลต่อการทำหรือไม่ทำการประเมินความเจ็บปวดที่ ครอบคลุมของพยาบาล จากการศึกษานี้ของ Nash และคณะ (1993) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงกับความตั้งใจของในการประเมินความเจ็บปวด พบว่า กลุ่มอ้างอิงที่มี ความสำคัญสำหรับพยาบาล คือ ผู้ป่วย และพยาบาลคนอื่นๆ คิดว่าพยาบาลควรทำการประเมิน ความเจ็บปวดที่ครอบคลุม และเป็นแรงจูงใจสำหรับพยาบาลที่จะทำการประเมินความเจ็บปวดที่ ครอบคลุม และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจของ พยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยอย่างครอบคลุม

3.4 การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการประเมินความเจ็บปวด

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ของ Ajzen (1985) กล่าวว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลว่า เป็น การยากหรือง่ายที่จะทำพฤติกรรมนั้นๆ เป็นการสะท้อนจากประสบการณ์ในอดีต และการ คาดคะเนปัจจัยเอื้ออำนวยและสิ่งขัดขวางหรืออุปสรรค ซึ่งมีปัจจัยภายในและภายนอกที่มีผลต่อ การควบคุม โดยปัจจัยภายในที่บุคคลนั้นรับรู้ว่ามีข้อมูล มีความสามารถ มีความรู้ดีที่ สามารถควบคุมการกระทำพฤติกรรมนั้นได้ และปัจจัยภายนอกที่บุคคลนั้นรับรู้ว่ามีเวลา และมี โอกาสที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น หรือบุคคลรับรู้ว่าการกระทำพฤติกรรมนั้นต้องขึ้นกับผู้อื่น ถ้า

บุคคลรับรู้ว่ามีความสามารถควบคุมการกระทำพฤติกรรมนั้นได้มากเท่าไร ก็มีความเป็นไปได้ที่บุคคลจะประพฤติกี่ยวกับพฤติกรรมนั้น

การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด คือ พยาบาลรับรู้ว่าเป็นการยากหรือง่ายที่จะควบคุมตนเองให้กระทำการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุมได้นั้น โดยมีปัจจัยส่งเสริมหรือขัดขวาง เป็นปัจจัยภายใน หรือ ภายนอก

จากการศึกษาของ Nash และคณะ (1993) ศึกษาผลของการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวด พบว่า พยาบาลมีการรับรู้ว่าเป็นการง่ายที่จะควบคุมให้ตนเองทำการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วย การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวด และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมเป็นเพียงตัวแปรเดียวที่มีความสามารถทำนายความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวด

นอกจากนี้จากการศึกษาของงานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้องพบว่ามีปัจจัยที่ขัดขวางและส่งเสริมการประเมินความเจ็บปวดในแนวคิดอื่นสรุปได้ดังนี้

Wallace และ Reed (1995) ศึกษาอุปสรรคต่อการประเมินความเจ็บปวด โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจำนวน 108 ราย จาก โรงพยาบาล 24 แห่งในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ด้านการศึกษา พยาบาลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวดไม่เพียงพอ ทำให้พยาบาลจบใหม่ประเมินความเจ็บปวดได้ไม่แม่นยำ ความสามารถและความชำนาญเพียงพออยู่ในระดับปานกลางที่มาจากประสบการณ์การทำงานดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด การสนับสนุนจากหน่วยงานด้านทฤษฎีในการส่งเสริมให้มีความรู้ไม่เพียงพอ ซึ่งปัจจัยต่างๆ ดังกล่าว พยาบาลให้ความสำคัญอยู่ในระดับมาก

Mackintosh (1994) ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินความเจ็บปวด จากพยาบาล จำนวน 61 ราย พบว่า พยาบาลประมาณร้อยละ 50 รู้สึกว่าไม่มีความสามารถและความชำนาญในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยให้ตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด และตัดสินใจไม่ได้ว่าผู้ป่วยมีความเจ็บปวดจริง พยาบาลร้อยละ 87 มีความลำบากที่ใช้ประสบการณ์ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยตามขั้นตอน

Rond และคณะ (1999) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการประเมินความเจ็บปวดประจำวัน โดยมีแบบบันทึกให้พยาบาลประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยวันละ 2 ครั้ง และมีการลงบันทึกในแบบฟอร์มปรอท พบว่า พยาบาลร้อยละ 70.9 รู้สึกว่าการมีรูปแบบในการประเมินความเจ็บปวด

ทำให้การประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยสะดวกมากขึ้น พยาบาลร้อยละ 44.9 รู้สึกว่าประเมินความเจ็บปวดได้ครอบคลุม ได้ข้อมูลตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด

Manias และคณะ (2002) ศึกษาการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด จากการศึกษาสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด 18 แห่ง พบว่า การสื่อสารมีความสำคัญในรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวด กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือรายงานความเจ็บปวดของผู้ป่วยเองทำให้พยาบาลสามารถประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้ และจากการศึกษายังพบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดน้อยไม่สามารถประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด

4. บทบาทของพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

การจัดการความเจ็บปวด คือ การบรรเทาหรือการลดลงของความเจ็บปวดเพื่อความสุขสบายของผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยต้องยอมรับและเห็นด้วย (Herr and Mobily, 1992: 357) โดยบทบาทของพยาบาลสามารถให้การจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดมี 2 วิธีด้วยกัน คือ

4.1 การจัดการความเจ็บปวดด้วยการใช้ยาระงับปวด (Kozier, Erd, and Berman, 2000)

ในปัจจุบันการใช้ยาระงับปวดมี 2 กลุ่ม คือ ประเภทไม่เสพติด (nonnarcotics) ซึ่งให้ผลควบคุมความเจ็บปวดโดยออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนปลาย เช่น แอสไพริน พาราเซตามอล และประเภทเสพติด (narcotics) ที่ควบคุมความเจ็บปวดด้วยการออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง และมีผลต่อการตอบสนองทางด้านอารมณ์ต่อความเจ็บปวด เช่น morphine pethidine การใช้ยาระงับปวดนับเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ป่วยควรได้รับ เพื่อบรรเทาความรุนแรงของความเจ็บปวดและเพิ่มความสุขสบาย ให้กับผู้ป่วย การบรรเทาความเจ็บปวดโดยใช้ยาระงับปวดมีหลายวิธีการ คือ บริหารยาอย่างต่อเนื่อง สามารถบริหารได้ทั้งทางหลอดเลือดดำ หรือได้ผิวหนังโดยใช้เครื่องมือพิเศษที่สามารถควบคุมการหยดของยาได้อย่างคงที่และแน่นอน การบริหารยาเป็นบางครั้ง พยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยขณะที่ได้รับยาบรรเทาปวด ประกอบด้วย การสังเกตอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด คือ สับสน กระวนกระวาย ความดันโลหิตต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ง่วงซึม เกร็งกระดูก ชัก การกดการหายใจอาจพบได้หากให้ยาเกินขนาด แต่บางครั้งผลการบรรเทาอาการเจ็บปวดยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ส่วนหนึ่งมีสาเหตุเนื่องมาจากความ

เข้าใจตลาดเคลื่อนของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้ยาระงับปวด อาทิ การได้รับยาระงับปวดจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดยา และเสี่ยงต่อภาวะไม่พึงประสงค์ เช่น กตการหายใจ ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรอดทนต่อความเจ็บปวดให้มากที่สุด หรือจนผู้ป่วยปวดมากจึงเริ่มให้ยา เป็นต้น (พูลศรี พัฒนพงษ์, 2538; วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร, 2539) และส่วนหนึ่งมาจากการที่พยาบาลมักใช้วิธีการจัดการความเจ็บปวดด้วยการให้ยาเพียงอย่างเดียวโดยเชื่อว่ายาระงับปวดสามารถลดความเจ็บปวดได้เสมอไป

4.2 การจัดการความเจ็บปวดด้วยวิธีที่ไม่ใช้ยาระงับปวด

การจัดการความเจ็บปวดวิธีนี้นับเป็นบทบาทที่พยาบาลทำได้อย่างอิสระ ร่วมกับการใช้ยาระงับปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และเป็นการจัดการความเจ็บปวดที่ไม่มีผลข้างเคียงที่อันตราย (McCaffery, 1979) เนื่องจากการใช้ยาระงับปวดอย่างเดียวนั้นไม่สามารถบำบัดความเจ็บปวดอย่างมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยทุกราย ทั้งนี้เพราะความเจ็บปวดมีผลมาจากการทำลายเนื้อเยื่อและผลจากการตอบสนองทางจิตใจด้วย (ดรุณี ชุณหะวัต, 2540) จึงควรเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับความชอบและความสามารถของผู้ป่วย โดยเริ่มใช้ก่อนที่ผู้ป่วยจะประสบความเจ็บปวดในทันทีที่ปวด และคงใช้ต่อเนื่องไปตลอดระยะเวลาที่มีความเจ็บปวด เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการลดความเจ็บปวดสูงสุด การจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดด้วยวิธีการไม่ใช้ยาระงับปวดมีการศึกษาจำนวนมากที่ให้ผลลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดได้หลายวิธีด้วยกัน เช่น การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (ระวิพรรณ มงคล, 2539; รุ่งทิพย์ จามรมาน, 2532; สุนันทา ศรีวิวัฒน์, 2538; อภิญญา วงศ์พิริยโยธา, 2535) การเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการใช้สื่ออารมณ์ขัน (พรนิภา สิละธนาฤทธิ์, 2542) การใช้ดนตรี (โสมณา กิตติศัพท์, 2536; บุญแดง บุญฤทธิ์, 2540; บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2528; เอมอร อุดลย์โกศาธร, 2543) หรือ การพยาบาลให้ข้อมูล (ฉวี มากพุ่ม, 2530; ปราณี นิพัทธกุลกิจ, 2537; เขียวลักษณ์ เลหาจินดา, 2538) ซึ่งบทบาทของพยาบาลเริ่มตั้งแต่การป้องกันความเจ็บปวด การทำกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยปราศจากความเจ็บปวดหรือป้องกันให้ปวดน้อยที่สุด หรือให้การจัดการความเจ็บปวดที่เหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดด้วยผู้ใหญ่

การดูแลผู้ป่วยเพื่อควบคุมหรือบรรเทาความเจ็บปวด หากพยาบาลปฏิบัติบทบาทอิสระดังกล่าวร่วมกับการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวด การควบคุมความเจ็บปวดจะมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (อรัญญา เชาวลิต, 2543) ในขั้นตอนที่แก้ปัญหาทางด้านจิตใจ ต้องใช้ความรู้ความสามารถ การตัดสินใจ และการติดตามประเมินผล ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับ

การดูแลที่ปลอดภัยและปฏิบัติการที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้การจัดการความเจ็บปวดประสบผลสำเร็จ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมีขอบข่ายที่สามารถอธิบายพฤติกรรมต่าง ๆ ได้อย่างกว้างขวาง งานวิจัยในขอบข่ายของทฤษฎีนี้ และการประยุกต์ใช้จึงมีอย่างหลากหลาย ซึ่งผลที่พบเป็นส่วนใหญ่เป็นไปตามทฤษฎี ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเสนองานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การปฏิบัติการพยาบาลด้านต่างๆ ของพยาบาลที่ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน และเสนองานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลร่วมด้วย ซึ่งจะเสนองานวิจัยดังต่อไปนี้

อัญชลี โมกขาว (2539) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อวิชาชีพ และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงกับความตั้งใจกระทำพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐบาล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 450 คน เครื่องมือวิจัยใช้แบบวัดเจตคติต่อวิชาชีพ แบบวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง แบบวัดความตั้งใจกระทำพฤติกรรมจริยธรรม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยอาศัยแนวคิดของ Ajzen and Fishbein ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีเจตคติต่อวิชาชีพทางบวกอยู่ในระดับต่ำ มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และความตั้งใจกระทำพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจกระทำพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงสามารถอธิบายความผันแปรของความตั้งใจกระทำพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 7.25

ศรัญญา คณิตประเสริฐ (2543) ศึกษาเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง กับความตั้งใจที่จะใช้คอมพิวเตอร์ในงานบริการสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหนองคาย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 141 ราย พบว่า เจตคติของพยาบาลต่อการใช้คอมพิวเตอร์ในงานบริการสุขภาพ พยาบาลร้อยละ 49.64 มีเจตคติโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (พยาบาลวิชาชีพ สภากาพยาบาล หัวหน้างาน สมาคมพยาบาล และอื่นๆ) โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง พยาบาลร้อยละ 53.19 มีความตั้งใจที่จะใช้คอมพิวเตอร์ในงานบริการสุขภาพอยู่ในระดับสูง เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมี

ความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความตั้งใจที่จะใช้คอมพิวเตอร์ในงานบริการสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สุวัช สุนันต์ (2545) ศึกษาเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง กับความตั้งใจในการผูกยึดผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 248 ราย ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช 11 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย แบบสอบถามเจตคติ แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง แบบสอบถามความตั้งใจในการใช้การผูกยึดผู้ป่วยจิตเวช ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ Ajzen และ Fishbein พบว่า พยาบาลร้อยละ 76.21 มีเจตคติเป็นกลางในการใช้การผูกยึดผู้ป่วย พยาบาลส่วนใหญ่ ร้อยละ 69.76 เชื่อว่ากลุ่มอ้างอิงไม่สนับสนุนในการใช้การผูกยึดผู้ป่วย พยาบาลร้อยละ 61.29 มีความตั้งใจในการใช้การผูกยึดผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับต่ำ เจตคติของพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการผูกยึดผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช ส่วนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง กับความตั้งใจในการผูกยึดผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยที่สามารถทำนายความตั้งใจในการผูกยึดผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช คือ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง อธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 68.95 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Renfro, O'Sullivan และ McGee (1990) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง กับความตั้งใจของพยาบาลในการกระทำพฤติกรรมการรวบรวมบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 108 ราย ใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามแนวคิดของ Fishbein and Ajzen ผลการวิจัยพบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจของพยาบาลในการกระทำพฤติกรรมการรวบรวมบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย และเจตคติการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ร่วมกันสามารถอธิบายความผันแปรของความตั้งใจของพยาบาลในการกระทำพฤติกรรมการรวบรวมบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยได้ร้อยละ 46.1

McKinlay, Couston และ Cowan (2001) ศึกษาผลของเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ต่อความตั้งใจของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกินยาฆ่าตัวตาย ใช้แบบวัดเจตคติ แบบวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง แบบวัดความตั้งใจของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกินยาฆ่าตัวตาย ตามแนวคิดของ Ajzen and Fishbein ในกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจำนวน 148 ราย ผลการวิจัยพบว่า เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงร่วมกันสามารถอธิบายความผันแปรความตั้งใจของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกินยาฆ่าตัวตายได้ร้อยละ 66.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

McKinlay และ Cowan (2003) ศึกษาเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ การควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจของพยาบาลในการทำงานกับผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็น นักศึกษาพยาบาลจำนวน 172 ราย เครื่องมือใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดทฤษฎี พฤติกรรมตามแผนของ Ajzen ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีเจตคติ การคล้อยตาม กลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจของพยาบาลในการทำงานกับผู้ป่วย สูงอายุในทางบวกอยู่ในระดับสูง เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจของพยาบาลในการทำงานกับผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระดับ ปานกลาง และ เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมสามารถร่วมกัน อธิบายความผันแปรของความตั้งใจของพยาบาลในการทำงานกับผู้ป่วยสูงอายุได้ร้อยละ 18.6

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของ พยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และแค่ 2 งานวิจัย เป็นการศึกษา ความรู้ การรับรู้เท่านั้น (นารี พุ่มนิคม, 2543; วชิราพร สุนทรสวัสดิ์, 2545) ยังไม่มีการศึกษาตัว แปรด้านเจตคติ และตัวแปรอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของพยาบาลในการประเมินความ เจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยงานวิจัยดังกล่าวไม่มีการระบุแนวคิดทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับ พฤติกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศมีการใช้แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen ในการศึกษาพฤติกรรมด้านการปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ ของบุคลากรทางการพยาบาล จำนวนมาก โดยพบว่า พฤติกรรมสามารถทำนายได้จากความตั้งใจ และมีตัวแปร 3 ตัวคือ เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจของ พยาบาล และตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายความตั้งใจของพยาบาลได้มากน้อยแตกต่างกันไป

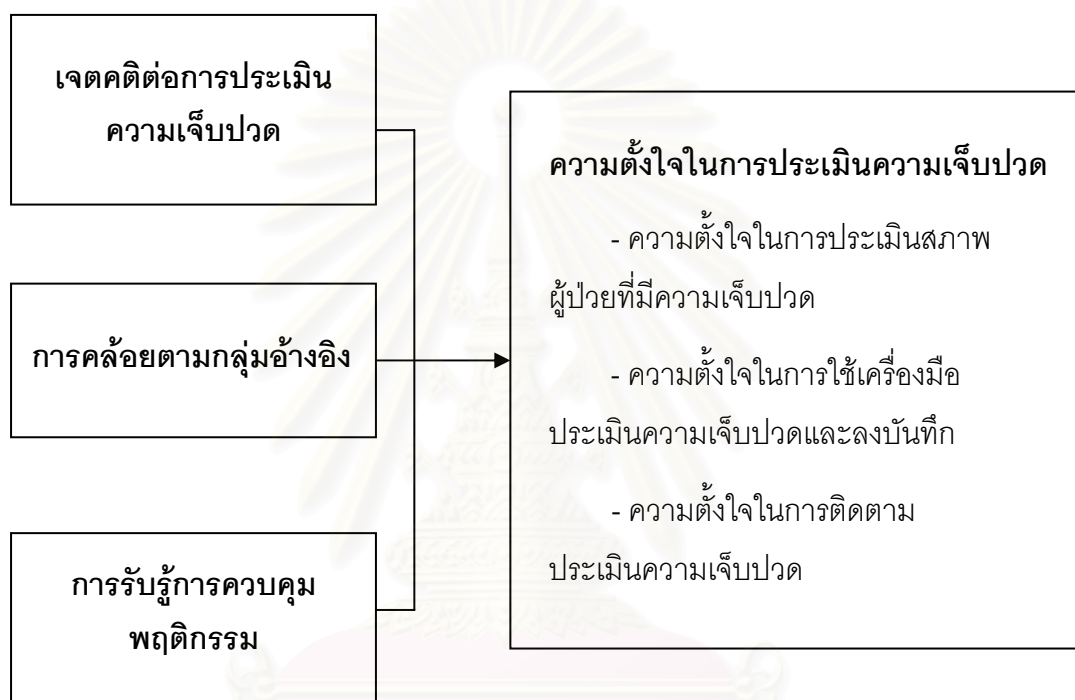
โดยทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen กล่าวว่า ความตั้งใจเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม การวัดความตั้งใจมีความสอดคล้องกับการกระทำพฤติกรรม บุคคลก็มีแนวโน้มสูงในการกระทำ พฤติกรรม บุคคลยิ่งมีความตั้งใจมากก็สามารถทำนายการกระทำพฤติกรรมได้มาก และการที่ งานวิจัยนำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมาใช้ในการศึกษาพฤติกรรมของบุคลากรทางสุขภาพอย่าง กว้างขวางเนื่องจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนสามารถทำนายเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำ พฤติกรรมของบุคคลและพฤติกรรมกลุ่ม ทำให้สามารถมองเห็นแนวโน้มของปัญหา และสามารถ วางแผนแก้ปัญหาดังกล่าวได้ การวัดพฤติกรรมจริงๆ อาจเป็นการยากแก่การสังเกต หรือประเมิน

ได้โดยตรง เนื่องจากพฤติกรรมที่ต้องการศึกษาไม่ได้เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลานั้นๆ ดังนั้น Ajzen จึงเสนอแนวคิดให้ในการวัดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมแทนการวัดประเมินพฤติกรรมโดยตรง และทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญของการวัดตัวแปรแต่ละตัว โดยเน้นความสอดคล้องของการวัดตัวแปรต่างๆ กับองค์ประกอบของพฤติกรรม 4 ด้าน คือ การกระทำ (Action) เป้าหมาย (Target) สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม (Context) เวลา (Time) ทำให้มีความชัดเจนและคงที่ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาแก่ผู้ที่นำไปประยุกต์ใช้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยข้อค้นพบที่ได้จากการทำวิจัยครั้งนี้ จะแสดงถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด จะเป็นแนวทางในการทำวิจัยเชิงทดลอง และเป็นแนวทางในการปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดเพื่อให้การพยาบาลจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด รวมถึงศึกษาอำนาจในการทำนายของเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ต่อความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่หลังทำผ่าตัดช่องท้อง

กลุ่มตัวอย่าง สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi – stage sampling) โดยมีการดำเนินการดังนี้

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตร Thorndike (1978)

โดยใช้สูตรในการคำนวณ $N \geq 10 K + 50$ (N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง K = จำนวนตัวแปรที่ศึกษา) ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 90 คน

2. แบ่งโรงพยาบาลตามสังกัดต่างๆ ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง มีขนาดจำนวนเตียงผู้ป่วยมากกว่า 500 เตียงขึ้นไปดังนี้

1. โรงพยาบาลองค์การอิสระ

- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

2. โรงพยาบาลสังกัดคณะกรรมการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

- โรงพยาบาลศิริราช
- โรงพยาบาลรามาธิบดี

3. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม
 - โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
 - โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
4. โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี
 - โรงพยาบาลตำรวจ
5. โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร
 - โรงพยาบาลตากสิน
 - โรงพยาบาลวชิระ
 - โรงพยาบาลกลาง
6. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
 - โรงพยาบาลราชวิถี
 - โรงพยาบาลเลิดสิน

สุ่มอย่างง่ายเลือกโรงพยาบาลในสังกัดดังกล่าวจำนวน 4 โรงพยาบาลโดยวิธีจับฉลาก ได้โรงพยาบาลจากสังกัดองค์กรอิสระจำนวน 1 โรงพยาบาล สังกัดคณะกรรมการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการจำนวน 1 โรงพยาบาล สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรีจำนวน 1 โรงพยาบาล และสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 1 โรงพยาบาล

3. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดคุณสมบัติ (Inclusion criteria) กลุ่มตัวอย่างดังนี้

- เป็นพยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปี ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีความเจ็บปวดหลังการทำผ่าตัดช่องท้องในหอศัลยกรรมทั่วไป และหอศัลยกรรมเฉพาะทาง จากโรงพยาบาลที่ได้จากการสุ่ม

- ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

4. คำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนที่จะสุ่มจากโรงพยาบาล โดยแบ่งตามสัดส่วนประชากร

5. การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยสุ่มเลือกรายชื่อพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดในแต่ละโรงพยาบาล โดยใช้อัตราส่วน 1 : 3 จนครบจำนวนตามที่กำหนด

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

โรงพยาบาลในสังกัด (จากการสุ่มเลือก)	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง
องค์การอิสระ	93	30
คณะกรรมการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ	75	20
สำนักนายกรัฐมนตรี	75	20
กระทรวงสาธารณสุข	56	20
รวม	299	90

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบบสอบถามเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด แบบสอบถามความตั้งใจในการประเมินของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งสร้างตามแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ Ajzen และ Fishbein, (1980) และทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1988)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วนคือ

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วย
หลังผ่าตัด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการประเมินความเจ็บปวดของ
ผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีหลังผ่าตัดช่องท้อง ประสบการณ์การเข้าอบรมในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดในระหว่างปฏิบัติงาน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความตั้งใจในการประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร บทความ งานวิจัย วิทยานิพนธ์ และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

2. สร้างสถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดช่องท้องในการประเมินโดยครอบคลุม คือ 1) การประเมินสภาพความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดจากการรายงานความเจ็บปวดของผู้ป่วยเอง การสังเกตพฤติกรรมความเจ็บปวด และการประเมินสรีระจากสัญญาณชีพ 2) การใช้เครื่องมือในการประเมินความเจ็บปวดและลงบันทึก 3) การประเมินติดตามความเจ็บปวด โดยเป็นสถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดช่องท้องทั้งด้านบวกจำนวน 2 สถานการณ์ และ ด้านลบจำนวน 2 สถานการณ์

3. สร้างแบบสอบถามโดยผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวด ของ Nash และคณะ (1993) และจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดทฤษฎีของ Ajzen and Fishbein (1980) และ Ajzen (1985) วัดความตั้งใจของพยาบาลที่จะพยายามกระทำพฤติกรรมประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ครอบคลุม ใช้แบบวัดให้ผู้ตอบแสดงความตั้งใจเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด จำนวน 4 ข้อ

ลักษณะของข้อคำถามจะถามความเป็นไปได้ของความตั้งใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำ พฤติกรรมประเมินความเจ็บปวด บนมาตราจำแนกความหมาย (semantic differential scale)

ของ Osgood ซึ่งมีให้เลือก 2 ทาง เช่น เป็นไปได้ และ เป็นไปไม่ได้ ประกอบด้วยมาตร 7 ช่วง ให้คะแนน 1 ถึง 7

เกณฑ์การให้คะแนน คือ

เป็นไป得多	=	7	คะแนน
เป็นไป得多ปานกลาง	=	6	คะแนน
เป็นไป得多น้อย	=	5	คะแนน
ไม่ใช่ทั้งสองอย่าง	=	4	คะแนน
เป็นไปไม่ได้น้อย	=	3	คะแนน
เป็นไปไม่ได้ปานกลาง	=	2	คะแนน
เป็นไปไม่ได้得多	=	1	คะแนน

แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 7 นำค่าคะแนนแต่ละข้อมารวมกันจะได้ค่าคะแนนความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด กำหนดค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 4 และ ค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 28

เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบบสอบถามความตั้งใจ การแปลผลคะแนนความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด นำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกัน แล้วหาค่าเฉลี่ย ใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ยในการให้ความหมายคะแนนความตั้งใจ โดยการแปลผลคะแนน (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2541: 25) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{พิสัย}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ &= \frac{28 - 4}{6} \\ &= 4 \end{aligned}$$

นำมาแบ่งเกณฑ์การแปลผลคะแนนความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ดังนี้

>24	-	28	พยาบาลมีความตั้งใจทางบวกมาก
>20	-	24	พยาบาลมีความตั้งใจทางบวกปานกลาง
>16	-	20	พยาบาลมีความตั้งใจทางบวกน้อย

>12	-	16	พยาบาลมีความตั้งใจทางลบน้อย
>8	-	12	พยาบาลมีความตั้งใจทางลบปานกลาง
4	-	8	พยาบาลมีความตั้งใจทางลบมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวัดความตั้งใจในการประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัด

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 นำแบบสอบถามความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหาตามแนวคิดที่ผู้วิจัยเลือกใช้ ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน ดังนี้

1.1.1 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้และเชี่ยวชาญด้านความเจ็บปวดจำนวน 1 ท่าน

1.1.2 พยาบาลผู้ชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดจำนวน 3 ท่าน

1.1.3 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้และเชี่ยวชาญด้านทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen จำนวน 3 ท่าน

1.2 นำแบบสอบถามความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) (Polit and Hungler, 1995: 352) และใช้เกณฑ์ค่า Content validity index ≥ 0.80 (Polit and Hungler, 1999: 419) ปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 7 ท่าน มีความเห็นสอดคล้องกันว่าข้อคำถามทั้งหมดมีความเหมาะสมกับคำนิยามหรือกรอบแนวคิดทฤษฎี และให้ข้อเสนอแนะในการปรับลักษณะการใช้ภาษาให้เหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นในบางข้อ

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว ไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้จริงกับพยาบาลที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมทั่วไป และหอผู้ป่วยศัลยกรรมรีเวซ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และนำ

ข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .28

ในขั้นทดลองใช้ ผู้ตอบแบบสอบถามให้ข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์ในแบบวัดความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวดบางครั้งสับสนไม่แน่ใจว่าเป็นสถานการณ์บวกหรือลบ

2. ผู้ตอบต้องใช้เวลาอ่านนานอาจทำให้เกิดความเบื่อหน่ายไม่ยากตอบแบบสอบถามแบบสอบถามความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด เนื่องจากข้อคำถามเป็นสถานการณ์บวก และลบ ทำให้ผู้ตอบมีความสับสน ผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามและภาษาเกี่ยวกับสถานการณ์ความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวดให้เป็นไปในทางบวก ทั้ง 4 ข้อ และปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา โดยได้รับความเห็นชอบ แล้วจึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

และหลังจากเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน 90 คน ผู้วิจัยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .67

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด ผู้วิจัยดัดแปลงเครื่องมือวัดเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวดของ Nash และคณะ (1993) และแนวคำถามของ Ajzen และ Fishbein (1980) สร้างเป็นข้อคำถาม โดยมีขั้นตอนการสร้าง 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1

1. การสร้างแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับผลกระทบพฤติกรรมประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัดของห้อง โดยใช้แบบสอบถามปลายเปิด (ในภาคผนวก ง) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เป็นอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านความเจ็บปวดจำนวน 1 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการผู้เชี่ยวชาญด้านความเจ็บปวดจำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) (Polit and Hungler, 1995: 352) และใช้เกณฑ์ค่า Content validity index ≥ 0.80 (Polit and Hungler, 1999: 419) โดยคำนวณค่า CVI จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎี ปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน มีความเห็นสอดคล้องกันว่าข้อคำถามมีความเหมาะสมกับคำนิยามหรือกรอบแนวคิดทฤษฎี และให้ข้อเสนอแนะในการปรับลักษณะการใช้ภาษาให้เหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น

ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ให้พยาบาลกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม โดยทำการสุ่มอย่างง่ายจำนวน 30 ราย ได้พยาบาลกลุ่มเป้าหมายมาจากโรงพยาบาลสังกัดองค์การอิสระจำนวน 16 ราย โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี จำนวน 7 ราย โรงพยาบาลสังกัดคณะกรรมการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ จำนวน 5 ราย แล้วแยกรายชื่อออกไว้เพื่อไม่ให้เลือกซ้ำกับกลุ่มตัวอย่าง

2. นำความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรมประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด วิเคราะห์เนื้อหาของความเชื่อต่างๆ ที่ผู้ตอบระบุ ความเชื่อใดมีลักษณะที่คล้ายกันจัดเข้าไว้ในกลุ่มเดียวกัน แล้วเรียงลำดับความถี่จากสูงสุดไปสู่ต่ำสุด เกณฑ์ในการเลือกความเชื่อเด่นชัดไปไว้ใน การสร้างมาตร ใช้วิธีเลือกความเชื่อที่มีความถี่สูงตามลำดับลงไป ให้ได้ความถี่สะสมประมาณร้อยละ 75 ของความถี่ทั้งหมดมาใช้ในการสร้างข้อคำถาม ได้ความเชื่อเด่นชัดที่มีความถี่สูง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความเชื่อของพยาบาลต่อการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ความเชื่อ	ความถี่
1. ประเมินความเจ็บปวดได้ตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีจริง	26
2. ประเมินความเจ็บปวดได้ครอบคลุม	20
3. ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดเหมาะสม	15
4. มีแนวทางในการปฏิบัติ	12
5. ใช้เวลามาก	7
6. ผู้ป่วยสุขสบาย	6
7. ทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด	3
8. รบกวนผู้ป่วย	3
9. มีขั้นตอนมาก	2
10. มีประสิทธิภาพ	2
11. ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล	2
12. มีสัมพันธภาพระหว่างพยาบาล	2
13. เครื่องมือประเมินความรุนแรงอาจใช้ไม่ได้ทุกคน	1
รวมความเชื่อทั้งหมด	101

จากตารางที่ 2 แสดงความเชื่อของพยาบาลต่อการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งจัดเป็นความเชื่อที่มีความถี่สูง คัดเลือกไว้เป็นความเชื่อเด่นชัด (Salient beliefs) โดยนำมาจัดความถี่เข้า 75% ของความถี่ทั้งหมด 101 รายการ ได้ความเชื่อเด่นชัด 75.75 รายการ ในที่นี้เลือกไว้ได้ 5 ความเชื่อ คือ ความเชื่อข้อที่ 1 ถึงความเชื่อข้อที่ 5

ระยะที่ 2 นำความเชื่อเด่นชัด (Salient Belief) ที่ได้คัดเลือกไว้แล้วมาสร้างแบบสอบถามเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด ประกอบด้วย

- มาตรการความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำ จำนวน 5 ข้อ
- มาตรการประเมินผลของการกระทำ จำนวน 5 ข้อ

ให้ผู้ตอบแสดงความรู้สึกต่อข้อความเกี่ยวกับพฤติกรรมของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด บนมาตรจำแนกความหมาย (semantic differential scale) ของ Osgood ซึ่งมีให้เลือก 2 ทาง ประกอบกับมาตร 7 ช่วง ให้คะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน ถึง 7 คะแนน ดังนี้ (ตัวอย่างคำถามในภาคผนวก ค)

การให้คะแนน

มาตรการ	คำคุณศัพท์ 2 ขั้วปลายมาตรการ	การให้คะแนน
1. ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำ	เห็นด้วย – ไม่เห็นด้วย	1 ถึง 7
2. การประเมินผลของการกระทำ	ดี - ไม่ดี, มีประโยชน์ – ไม่มีประโยชน์	1 ถึง 7

เกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด แต่ละข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 7 นำค่าคะแนนแต่ละข้อจากข้อคำถามวัดความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรมการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด (b) คูณกับ ค่าคะแนนแต่ละข้อจากข้อคำถามการประเมินผลของการกระทำพฤติกรรมการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด (e) แล้วนำค่าคะแนนแต่ละข้อมารวมกันจะได้ค่าคะแนนเจตคติของพยาบาลต่อการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด 1 คน เป็น 1 ค่า

เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบบสอบถามเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การแปลผลคะแนนเจตคติของพยาบาลต่อการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด นำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกัน แล้วหาค่าเฉลี่ย ใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ยในการให้ความหมายคะแนนเจตคติ โดยการแปลผลคะแนน (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2541: 25) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{245 - 5}{6} \\ &= 40 \end{aligned}$$

นำมาแบ่งเกณฑ์การแปลผลคะแนนเจตคติของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ดังนี้

>205 - 245	เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวดทางบวกมาก
>165 - 205	เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวดทางบวกปานกลาง
>125 - 165	เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวดทางบวกน้อย
>85 - 125	เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวดทางลบน้อย
>45 - 85	เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวดทางลบปานกลาง
5 - 45	เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวดทางลบมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 นำแบบสอบถามเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ครอบคลุมของเนื้อหาตามแนวคิดที่ผู้วิจัยเลือกใช้ ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน ดังนี้

1.1.1 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้และเชี่ยวชาญด้านความเจ็บปวดจำนวน 1 ท่าน

1.1.2 พยาบาลผู้ชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดจำนวน 3 ท่าน

1.1.3 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้และเชี่ยวชาญด้านทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen จำนวน 3 ท่าน

1.2 นำแบบสอบถามเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) (Polit and Hungler, 1995: 352) และใช้เกณฑ์ค่า Content validity index ≥ 0.80 (Polit and Hungler, 1999: 419) ปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 7 ท่าน มีความเห็นสอดคล้องกันว่าข้อคำถามทั้งหมดมีความเหมาะสมกับค่านิยามหรือกรอบแนวคิดทฤษฎี และให้ข้อเสนอแนะในการปรับลักษณะการใช้ภาษาให้เหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นในบางข้อ

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว ไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้จริงกับพยาบาลที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และหอผู้ป่วยศัลยกรรมรีเวช โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .85

และหลังจากเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน 90 คน ผู้วิจัยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .85

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิงในการประเมินความเจ็บปวด ผู้วิจัยดัดแปลงเครื่องมือวัดการคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิงในการประเมินความเจ็บปวดของ Nash และคณะ (1993) และแนวคำถามของ Ajzen and Fishbein (1980) สร้างเป็นข้อคำถาม โดยมีขั้นตอนการสร้าง 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1

1. การสร้างแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงของพยาบาลในการกระทำพฤติกรรมการประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยใช้แบบสอบถามปลายเปิด (ในภาคผนวก ง) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เป็นอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านความเจ็บปวดจำนวน 1 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการผู้เชี่ยวชาญด้านความเจ็บปวดจำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) (Polit and Hungler, 1995: 352) และใช้เกณฑ์ค่า Content validity index ≥ 0.80 (Polit and Hungler, 1999: 419) โดยคำนวณค่า CVI จากผลการพิจารณาความสอดคล้อง

ระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎี ปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน มีความเห็นสอดคล้องกันว่าข้อคำถามมีความเหมาะสมกับคำนิยามหรือกรอบแนวคิดทฤษฎี และให้ข้อเสนอแนะในการปรับลักษณะการใช้ภาษาให้เหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น

ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงของพยาบาลในการกระทำพฤติกรรมการประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ให้พยาบาลกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม โดยทำการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 30 ราย ได้พยาบาลกลุ่มเป้าหมายมาจากโรงพยาบาลสังกัดองค์การอิสระจำนวน 16 ราย โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี จำนวน 7 ราย โรงพยาบาลสังกัดคณะกรรมการอุดมศึกษา กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 5 ราย แล้วแยกรายชื่อออกไว้เพื่อไม่ให้เลือกซ้ำกับกลุ่มตัวอย่าง

2. นำความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงที่มีอิทธิพลต่อการกระทำพฤติกรรมการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด วิเคราะห์เนื้อหาของความเชื่อต่างๆ ที่ผู้ตอบระบุ ความเชื่อใดมีลักษณะที่คล้ายกันจัดเข้าในกลุ่มเดียวกัน แล้วเรียงลำดับความถี่จากสูงสุดไปสู่ต่ำสุด เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มอ้างอิงเด่นชัดไปไว้ในการสร้างมาตร ใช้วิธีเลือกกลุ่มอ้างอิงเด่นชัดที่มีความถี่สูงตามลำดับลงไป ให้ได้ความถี่สะสมประมาณร้อยละ 75 ของความถี่ทั้งหมด มาใช้ในการสร้างข้อคำถาม ได้กลุ่มอ้างอิงเด่นชัดที่มีความถี่สูง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง ที่พยาบาลคิดว่าบุคคลเหล่านี้สนับสนุนหรือคัดค้านการกระทำพฤติกรรมประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

กลุ่มอ้างอิง	ความถี่
1. ผู้ป่วย	26
2. เพื่อนพยาบาล	23
3. แพทย์	15
4. ผู้ช่วยพยาบาล	8
5.ญาติผู้ป่วย	4
6. ผู้ร่วมงานอื่นๆ	3
7. อื่นๆ ไม่ระบุ	2
รวมความเชื่อทั้งหมด	98

จากตารางที่ 3 แสดงความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (Reference Groups) ซึ่งจัดเป็นกลุ่มอ้างอิงที่มีความถี่สูง คัดเลือกไว้เป็นกลุ่มอ้างอิงเด่นชัด (Salient referents) โดยนำมาจัดความถี่ใช้ 75 % ของความถี่ทั้งหมด 98 รายการ ได้ความเชื่อเด่นชัด 60.75 รายการในนี้เลือกไว้ได้ 3 กลุ่มคือกลุ่มที่ 1 ถึงกลุ่มที่ 3

ระยะที่ 2 นำกลุ่มอ้างอิงเด่นชัด (Salient Referents) ที่ได้คัดเลือกไว้แล้วมาสร้างแบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ประกอบด้วย

- มาตรวัดความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง จำนวน 3 ข้อ
- มาตรวัดแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง จำนวน 3 ข้อ

แบบวัดให้ผู้ตอบแสดงความรู้สึกต่อข้อความด้านความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง และกลุ่มอ้างอิงเป็นแรงจูงใจ บนมาตรจำแนกความหมาย (semantic differential scale) ของ Osgood ซึ่งมีให้เลือก 2 ทาง ประกอบกับมาตร 7 ช่วง ให้คะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน ถึง 7 คะแนน ดังนี้ (ตัวอย่างคำถามในภาคผนวก ค)

การให้คะแนน

มาตรวัด	คำคุณศัพท์ 2 ขั้วปลายมาตรวัด	การให้คะแนน
1. ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง	เห็นด้วย - ไม่เห็นด้วย	1 ถึง 7
2. แรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	ยินดี - ไม่ยินดีเลย	1 ถึง 7

เกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 7 นำค่าคะแนนที่ผู้ตอบแสดงความเชื่อที่มีต่อทัศนะกลุ่มอ้างอิง (NB) คูณกับค่าคะแนนกลุ่มอ้างอิงที่เป็นแรงจูงใจให้พยาบาลทำตาม (MC) แล้วนำค่าคะแนนแต่ละข้อมารวมกันจะได้ค่าคะแนนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด 1 คน เป็น 1 ค่า

เกณฑ์การแปลผลคะแนนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การแปลผลคะแนนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด นำคะแนนของผู้ตอบ

แต่ละคนมารวมกัน แล้วหาค่าเฉลี่ย ใช้หลักการแปลงผลค่าเฉลี่ยในการให้ความหมายคะแนนการ คล้อยตามกลุ่มอ้างอิง โดยการแปลงผลคะแนนดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรายภาคชั้น} &= \frac{147 - 3}{3} \\ &= 24 \end{aligned}$$

นำมาแบ่งเกณฑ์การแปลงผลคะแนนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงของพยาบาลในการ ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ดังนี้

>123	-	147	พยาบาลมีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางบวกมาก
>99	-	123	พยาบาลมีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางบวกปานกลาง
>75	-	99	พยาบาลมีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางบวกน้อย
>51	-	75	พยาบาลมีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางลบน้อย
>27	-	51	พยาบาลมีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางลบปานกลาง
3	-	27	พยาบาลมีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางลบมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการ ประเมินความเจ็บปวด

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 นำแบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการประเมินความเจ็บปวด ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหาตามแนวคิดที่ผู้วิจัยเลือกใช้ ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะใน การปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน ดังนี้

1.1.1 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้และเชี่ยวชาญด้านความเจ็บปวดจำนวน 1 ท่าน

1.1.2 พยาบาลผู้ชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด จำนวน 3 ท่าน

1.1.3 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้และเชี่ยวชาญด้านทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ของ Ajzen จำนวน 3 ท่าน

1.2 นำแบบสอบถามการคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิงในการประเมินความเจ็บปวด ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) (Polit and Hungler, 1995: 352) และใช้เกณฑ์ค่า Content validity index ≥ 0.80 (Polit and Hungler, 1999: 419) ปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 7 ท่าน มีความเห็นสอดคล้องกันว่าข้อคำถามทั้งหมดมีความเหมาะสมกับคำนิยามหรือกรอบแนวคิดทฤษฎี และให้ข้อเสนอแนะในการปรับลักษณะการใช้ภาษาให้เหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นในบางข้อ

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิงในการประเมินความเจ็บปวด ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว ไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้จริงกับพยาบาลที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และหอผู้ป่วยศัลยกรรมรีเวช โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .94

และหลังจากเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน 90 คน ผู้วิจัยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .84

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการประเมินความเจ็บปวด ผู้วิจัยดัดแปลงเครื่องมือวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการประเมินความเจ็บปวดของ Nash และคณะ (1993) และแนวคำถามของ Ajzen (1988) สร้างเป็นข้อคำถาม โดยมีขั้นตอนการสร้าง 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1

1. การสร้างแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรมในการกระทำพฤติกรรม การประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยใช้แบบสอบถามปลายเปิด (ในภาคผนวก ง) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เป็นอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านความเจ็บปวด จำนวน 1 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการผู้เชี่ยวชาญด้านความเจ็บปวดจำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) (Polit and Hungler, 1995: 352) และใช้เกณฑ์ค่า Content validity index ≥ 0.80 (Polit and Hungler, 1999: 419) โดยคำนวณค่า CVI

จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎี ปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน มีความเห็นสอดคล้องกันว่าข้อคำถามมีความเหมาะสมกับคำนิยามหรือกรอบแนวคิดทฤษฎี และให้ข้อเสนอแนะในการปรับลักษณะการใช้ภาษาให้เหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น

ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามคำเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒีก่อนนำแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรมในการกระทำพฤติกรรมการประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ให้พยาบาลกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม โดยทำการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 30 ราย ได้พยาบาลกลุ่มเป้าหมายมาจากโรงพยาบาลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดจำนวน 16 ราย โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี จำนวน 7 ราย โรงพยาบาลสังกัดคณะกรรมการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ จำนวน 5 ราย แยกรายชื่อออกไว้เพื่อไม่ให้เลือกซ้ำกับกลุ่มตัวอย่าง

2. นำความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับการควบคุมที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด จัดเรียงลำดับปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยขัดขวางตามลำดับความถี่จากมากที่สุดไปน้อยที่สุด เกณฑ์ในการเลือกปัจจัยเด่นชัดไปไว้ในตารางมาตรฐาน ใช้วิธีเลือกปัจจัยเด่นชัดที่มีความถี่สูงตามลำดับลงไป ให้ได้ความถี่สะสมประมาณร้อยละ 75 ของความถี่ทั้งหมด มาใช้ในการสร้างข้อคำถาม ได้ปัจจัยเด่นชัดที่มีความถี่สูง ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับการควบคุมที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ปัจจัย	ความถี่
1. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล เกี่ยวกับความเจ็บปวด	12
2. มีประสบการณ์ในการประเมินความเจ็บปวด	11
3. มีเวลาในการประเมินความเจ็บปวด	10
4. ได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวด	10
5. มีแบบฟอร์มการประเมินความเจ็บปวด	9
6. มีภาระงานมาก	8
7. การเอาใจใส่ผู้ป่วย	6
8. ความร่วมมือของผู้ร่วมงาน	3

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ปัจจัย	ความถี่
9. ความเกรงใจของผู้ป่วยไม่กล้าบอกเจ้าหน้าที่	2
10. ความร่วมมือของญาติ	1
รวมความเชื่อทั้งหมด	72

จากตารางที่ 4 แสดงความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับการควบคุม (Control beliefs) ซึ่งจัดเป็นปัจจัยที่มีความถี่สูง คัดเลือกไว้เป็นปัจจัยเด่นชัด โดยนำมาจัดความถี่ให้ 75 % ของความถี่ทั้งหมด 72 รายการ ได้ปัจจัยเด่นชัด (Salient Factor) 54 รายการในที่นี่เลือกไว้ได้ 6 กลุ่มคือปัจจัยที่ 1 ถึงปัจจัยที่ 6

ระยะที่ 2 นำปัจจัยเด่นชัด (Salient Factor) ที่ได้คัดเลือกไว้แล้วมาสร้างแบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการประเมินความเจ็บปวด ประกอบด้วย

- มาตรวัดความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม จำนวน 6 ข้อ
- มาตรวัดการรับรู้การควบคุม จำนวน 6 ข้อ

แบบวัดให้ผู้ตอบแสดงความรู้สึกต่อข้อความด้านความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม และการรับรู้การควบคุม บนมาตราจำแนกความหมาย (semantic differential scale) ของ Osgood ซึ่งมีให้เลือก 2 ทาง ประกอบกับมาตร 7 ช่วง ให้คะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน ถึง 7 คะแนน ดังนี้ (ตัวอย่างคำถามในภาคผนวก ค)

การให้คะแนน

มาตรวัด	คำคุณศัพท์ 2 ขั้วปลายมาตรวัด	การให้คะแนน
1. ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม	เป็นไปได้ - เป็นไปไม่ได้	1 ถึง 7
2. การรับรู้การควบคุม	ง่าย - ยาก	1 ถึง 7

เกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 7 นำค่าคะแนนแต่ละข้อคำถามวัดความเชื่อเกี่ยวกับควบคุม (C_k) คูณกับการรับรู้การควบคุม (P_k) แล้วนำค่าคะแนนแต่ละข้อมารวมกันจะได้ค่าคะแนนการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด 1 คน เป็น 1 ค่า

เกณฑ์การแปลผลคะแนนการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม การแปลผลคะแนนการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด นำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกัน แล้วหาค่าเฉลี่ย ใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ยในการให้ความหมายคะแนนการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม โดยการแปลผลคะแนน (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2541: 25) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรายภาคขั้น} &= \frac{294 - 6}{6} \\ &= 48 \end{aligned}$$

นำมาแบ่งเกณฑ์การแปลผลคะแนนการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ดังนี้

>246	-	294	การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมทางบวกมาก
>198	-	246	การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมทางบวกปานกลาง
>150	-	198	การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมทางบวกน้อย
>102	-	150	การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมทางลบน้อย
>54	-	102	การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมทางลบปานกลาง
6	-	54	การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมทางลบมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 นำแบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของ

ภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหาตามแนวคิดที่ผู้วิจัยเลือกใช้ ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน ดังนี้

1.1.1 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้และเชี่ยวชาญด้านความเจ็บปวดจำนวน 1 ท่าน

1.1.2 พยาบาลผู้ชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด จำนวน 3 ท่าน

1.1.3 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้และเชี่ยวชาญด้านทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen จำนวน 3 ท่าน

1.2 นำแบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) (Polit and Hungler, 1995: 352) และใช้เกณฑ์ค่า Content validity index ≥ 0.80 (Polit and Hungler, 1999: 419) ปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 7 ท่าน มีความเห็นสอดคล้องกันว่าข้อคำถามทั้งหมดมีความเหมาะสมกับคำนิยามหรือกรอบแนวคิดทฤษฎี และให้ข้อเสนอแนะในการปรับลักษณะการใช้ภาษาให้เหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นในบางข้อ

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา เรียบร้อยแล้วไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้จริงกับพยาบาลที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และหอผู้ป่วยศัลยกรรมรีเวช โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .89

และหลังจากเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน 90 คน ผู้วิจัยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .88

การรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และ หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม นรีเวช จำนวน 4 โรงพยาบาลจากการสุ่มอย่างง่าย ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดองค์กรอิสระ โรงพยาบาลสังกัดคณะกรรมการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยเข้าพบผู้ตรวจการ หัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัยและรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. สํารวจรายชื่อพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และสุ่มกลุ่มตัวอย่าง อย่างง่ายจากรายชื่อพยาบาลวิชาชีพ
4. ผู้วิจัยแนะนำตัวและขอความร่วมมือพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยต่อ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเวรเข้าในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และหอผู้ป่วยศัลยกรรมเฉพาะทาง กรณีที่กลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามจนเข้าใจ
5. ผู้วิจัยดำเนินการดังเช่นข้อ 4 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน นำข้อมูลที่ได้มาทำการ วิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเข้าไปสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างและแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการ ทำวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและชี้แจงให้ทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วม วิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมวิจัยจะมีเอกสารให้ เซ็นยินยอมโดยไม่มีการบังคับใดๆ คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตาม วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะ นำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะ สิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS For Windows (Statistical Package for the Social Science for Windows) ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด หลังผ่าตัดของท้อง ประสบการณ์การเข้าอบรมในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดในระหว่างปฏิบัติงาน นำมา แจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. คะแนน เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และ ความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวด นำมาคำนวณหา ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และ ความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson' product moment correlation)

4. วิเคราะห์อำนาจในการทำนายความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาล จากเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมโดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วย หลังผ่าตัด ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป หอผู้ป่วยศัลยกรรมเฉพาะทางระบบนรีเวช ของโรงพยาบาลสังกัดองค์การอิสระ โรงพยาบาลสังกัดคณะกรรมการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 90 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 4 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ใน ตารางที่ 5

ตอนที่ 2 การศึกษาเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 6

ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 7

ตอนที่ 4 การศึกษาความสามารถในการทำนายของ เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 8 - 10

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ เสนอผลการวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ดังเสนอในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง ประสบการณ์การเข้าอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด (n=90)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
21 – 30 ปี	40	44.4
31 – 40 ปี	42	46.7
41 – 50 ปี	8	8.9
สถานภาพสมรส		
โสด	67	74.4
คู่	22	24.4
ม่าย	1	1.1
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี (พ.ย.บ.)	86	95.6
ปริญญาโท (พ.ย.ม.)	4	4.4
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม		
1 – 5 ปี	32	35.6
6 - 10 ปี	27	30.0
11 - 15 ปี	21	23.3
16 – 20 ปี	6	6.7
มากกว่า 20 ปี	4	4.4

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง		
1 - 5 ปี	34	37.8
6 - 10 ปี	29	32.2
11 - 15 ปี	19	21.1
16 - 20 ปี	6	6.7
มากกว่า 20 ปี	2	2.2
ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด		
ไม่ได้รับการอบรม	55	61.1
ได้รับการอบรม 1 - 2 ครั้ง	30	33.3
ได้รับการอบรมมากกว่า 2 ครั้ง	5	5.6

จากตารางที่ 5 กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดเป็นเพศหญิง นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 91.1 มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 74.4 จบการศึกษาปริญญาตรี (พ.ย.บ.) คิดเป็นร้อยละ 95.6

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65.6 ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเป็นระยะเวลา 1 - 10 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง ระหว่าง 1 - 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งคือร้อยละ 61.1 ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด

ตอนที่ 2 การศึกษาเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 6

เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด วิเคราะห์โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และ ความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยรวม (n = 90)

ตัวแปร	\bar{X}	S.D	ความหมาย	ระดับ
เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด	188.09	31.03	ทางบวก	ปานกลาง
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	118.33	25.30	ทางบวก	ปานกลาง
การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม	225.84	48.21	ทางบวก	ปานกลาง
ความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวด	23.60	3.26	ทางบวก	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยรวม อยู่ในทางบวกระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 188.09, 118.33, 225.84 และ 23.60 ตามลำดับ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 31.03, 25.30, 48.21 และ 3.26 ตามลำดับ)

ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 7

ความสัมพันธ์ระหว่าง เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดวิเคราะห์โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson' product moment correlation) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวด (n = 90)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P - Value
เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด	.338*	.001
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	.328*	.001
การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม	.284*	.003

* p < .01

จากตารางที่ 7 เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวด (.338, .328, .284 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตอนที่ 4 การศึกษาความสามารถในการทำนายของ เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 8 – 10

ความสามารถในการทำนายของเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น (Stepwise multiple regression) และสร้างสมการทำนายความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ดังแสดงในตารางที่ 8 – 10

4.1 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ตัวแปรพยากรณ์ที่นำมาทำนายแต่ละตัว ต้องไม่มีความสัมพันธ์กันหรือมีความสัมพันธ์กันเองในระดับต่ำ เพื่อขจัดปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (multicollinearity) ดังนั้นจึงใช้วิธี วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัว และนำเสนอในรูปของเมตริกสหสัมพันธ์ (correlation matrix) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด (n = 90) ในรูปของเมตริกสหสัมพันธ์ (correlation matrix)

ตัวแปร	ความตั้งใจ	เจตคติ	การคล้อยตาม กลุ่มอ้างอิง	การรับรู้การควบคุม พฤติกรรม
ความตั้งใจ	1.000			
เจตคติ	.338*	1.000		
การคล้อยตาม กลุ่มอ้างอิง	.328*	.318*	1.000	
การรับรู้การควบคุม พฤติกรรม	.284*	.459*	.317*	1.000

* p < .01

จาดตารางที่ 8 พบว่าตัวแปรพยากรณ์คู่ที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุดคือเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด กับการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .459 เมื่อใช้เกณฑ์การพิจารณาปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ที่มากกว่า .65 (Burns & Grove, 2001: 551) แสดงว่าไม่มีตัวแปรพยากรณ์คู่ใดมีปัญหาความสัมพันธ์กันเองสูง จนทำให้เกิดปัญหา (multicollinearity)

4.2 ความสามารถในการทำนายของเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ดังแสดงในตารางที่ 9 – 10

ตารางที่ 9 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวด ที่ได้รับเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าอำนาจในการทำนาย (R^2) และ ค่าอำนาจในการทำนายที่เพิ่มขึ้น (R^2 Change) ในการทำนายความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ลำดับขั้นการทำนาย	R	R^2	R^2 Change	F	P - Value
1. เจตคติ	.338	.114	.114	11.339	.001
2. เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	.410	.168	.054	5.660	.000

จากตารางที่ 9 ในขั้นที่ 1 พบว่าเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด สามารถอธิบายความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีอำนาจในการทำนายเท่ากับ .114 ($R^2 = .114$) แสดงว่า เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด สามารถอธิบายความผันแปรของความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ร้อยละ 11.4

ขั้นที่ 2 เมื่อเพิ่มตัวทำนาย การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเข้าไป พบว่า ค่าอำนาจในการทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .168 ($R^2 = .168$) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้โดยอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 16.8 ส่วนที่เหลือเกิดจากปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่ทราบสาเหตุ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด มีค่าเท่ากับ .410

ส่วนการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมไม่มีอำนาจในการทำนายความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ทำนายความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

ตัวแปรทำนาย	b	SE.b	Beta	t	P - Value
เจตคติ (A)	.02729	.011	.260	2.519	.014
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (SN)	.03161	.013	.245	2.379	.020
CONSTANT	14.726	2.165	-	6.802	.000

หมายเหตุ

A = เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด

SN = การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

จากตารางที่ 10 พบว่าตัวทำนายที่มีค่า Beta สูงสุดคือ เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด (Beta = .260) และรองลงมาคือ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Beta = .245)

หมายถึงเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมากที่สุด และความสัมพันธ์อยู่ในทิศทางเดียวกัน และรองลงมา คือ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง โดยสามารถสร้างสมการทำนายความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ

$$\text{ความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด} = 14.726 + .02729 X_A + .03161 X_{SN}$$

แสดงว่าเมื่อค่า เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด (A) เปลี่ยนไป 1 คะแนน ค่าความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด จะเปลี่ยนไป .02729 คะแนน เมื่อค่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (SN) เปลี่ยนไป 1 คะแนน ค่าความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวด จะเปลี่ยนไป .03161 คะแนน

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\text{ความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด} = .260 Z_A + .245 Z_{SN}$$

แสดงว่าเมื่อคะแนนเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีผลให้ความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น .260 คะแนน และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีผลให้ความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น .245 คะแนน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด รวมถึงศึกษาอำนาจในการทำนายของเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ต่อความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ คือ

1. เพื่อศึกษาเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด
3. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมต่อความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดคุณสมบัติ (Inclusion criteria) กลุ่มตัวอย่างดังนี้

- เป็นพยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปี ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีความเจ็บปวดหลังการทำผ่าตัดช่องท้อง ในหอศัลยกรรมทั่วไป และหอศัลยกรรมเฉพาะทาง จากโรงพยาบาลที่ได้จากการสุ่มจำนวน 4 โรงพยาบาล

- ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ใช้วิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi - stage sampling) โดยแบ่งโรงพยาบาลตามสังกัดต่างๆ ในเขตกรุงเทพมหานคร แล้วทำการสุ่มเลือกสังกัดโรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่มีขนาดจำนวนเตียงผู้ป่วยมากกว่า 500 เตียงขึ้นไป 4 สังกัด คือ โรงพยาบาลสังกัด

องค์การอิสระ โรงพยาบาลสังกัดคณะกรรมการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ โรงพยาบาล สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แล้วสุ่มอย่างง่ายเลือก โรงพยาบาลจำนวน 4 โรงพยาบาล คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้เทคนิคของ Thorndike (1978) เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2547 จนได้กลุ่มตัวอย่าง ครบ 90 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด แบบสอบถามเจตคติ ต่อการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการ ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการ ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามแนวคิดของ Ajzen และ Fishbein (1980) และ Ajzen (1988) แบบวัดทุกชุดผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและตรวจสอบความเที่ยงแล้ว โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของ แบบสอบถามความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด เจตคติต่อการ ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการประเมินความ เจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วย หลังผ่าตัด เท่ากับ .67, .85, .84, .88 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS / PC for Windows (Statistical Package for the Social Science for Windows / Personal Computer) ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด หลังผ่าตัดช่องท้อง ประสบการณ์การเข้าอบรมในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดใน ระหว่างปฏิบัติงาน นำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. คะแนน เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การ ควบคุมพฤติกรรม และ ความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวด นำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product - Moment correlation)

4. วิเคราะห์อำนาจในการทำนายความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาล จากเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple regression)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 91.1 มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 74.4 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (พ.ย.บ.) คิดเป็นร้อยละ 95.6 ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเป็นระยะเวลา 1 - 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 65.6 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของห้อง ระหว่าง 1 - 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง คือร้อยละ 61.1 ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด

2. พยาบาลมีเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยรวมอยู่ในทางบวกระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 188.09, 118.33, 225.84 และ 23.60 ตามลำดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 31.03, 25.30, 48.21 และ 3.26 ตามลำดับ

3. เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .338, .328$ และ $.284$ ตามลำดับ)

4. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่าง เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด พบว่า เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 16.8 ($R^2 = .168$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมไม่สามารถทำนายความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และพบว่า เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด ($Beta = .260$) มีความสำคัญเป็นอันดับแรกในการทำนายความตั้งใจของพยาบาล

ในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด รองลงมาคือ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Beta = .245) ดังนั้นจึงสร้างสมการในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

ความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด = $.260 Z_A + .245 Z_{SN}$

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย นำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

1.1 เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยรวม ในทางบวกระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 188.09 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 31.03 ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า พยาบาลมีเจตคติทางบวกต่อการประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัดที่ครอบคลุม โดยการสอบถามและให้ผู้ป่วยรายงาน ในเรื่องลักษณะที่ปวด ความรุนแรงของความเจ็บปวด ตำแหน่งและขอบเขตของความเจ็บปวด ปัจจัยที่มีผลต่อความเจ็บปวด ผลกระทบจากความเจ็บปวด ร่วมกับการประเมินความเจ็บปวดจากการสังเกตพฤติกรรม การประเมินด้านสรีรวิทยาจากสัญญาณชีพ การใช้เครื่องมือประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวดและลงบันทึก แล้วการติดตามประเมินความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่อง พยาบาลเชื่อว่าการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ครอบคลุมดังกล่าว ทำให้มีแนวทางในการปฏิบัติ ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดที่เหมาะสม ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้ตรงกับสภาพเป็นจริงและประเมินความเจ็บปวดได้ครอบคลุม อาจเป็นผลมาจากพยาบาลอยู่ในวิชาชีพที่มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด พยาบาลคิดว่ากรกระทำการประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย แต่พยาบาลก็เชื่อว่าการประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัดที่ครอบคลุมทำให้ใช้เวลามากในการประเมินความเจ็บปวด จึงทำให้เจตคติของพยาบาลต่อการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วย

หลังผ่าตัดโดยรวมไม่สูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Nash และคณะ (1993) ที่ศึกษาเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 58 รายจากโรงพยาบาลต่างๆ ในประเทศออสเตรเลีย โดยใช้แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ของ Ajzen พบว่า โรงพยาบาลมีเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวดทางบวกในระดับปานกลาง หมายถึงโรงพยาบาลที่มีเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวดทางบวก จะเห็นความสำคัญในการประเมินความเจ็บปวดอย่างครอบคลุม และประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้ตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด เหมือนกับการศึกษาของ Rond และ Dam (2001) พบว่า โรงพยาบาลร้อยละ 84.6 มีเจตคติทางบวกต่อการประเมินความเจ็บปวด คือ โรงพยาบาลมีความคิดเห็นว่าการประเมินความเจ็บปวดเป็นบทบาทที่มีความสำคัญของพยาบาล และการให้ความสนใจเมื่อผู้ป่วยมีความเจ็บปวดจะมีผลต่อการบรรเทาความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยจะได้รับ และการศึกษาของ Rond และคณะ (1999) จากการศึกษาสัมภาษณ์พยาบาลจากหอผู้ป่วยอายุกรรมและหอผู้ป่วยศัลยกรรมจำนวน 226 ราย พบว่า โรงพยาบาลมีเจตคติทางบวกต่อการประเมินความเจ็บปวด ร้อยละ 66.5 โรงพยาบาลมีความคิดเห็นว่าการประเมินความเจ็บปวดมีความสำคัญ สามารถให้การบรรเทาความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยได้ดีกว่า และพยาบาลจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมมีเจตคติทางบวกน้อยกว่าพยาบาลจากหอผู้ป่วยอายุกรรม เนื่องจากโดยลักษณะของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีความเจ็บปวดเฉียบพลัน พยาบาลจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมคิดว่าความเจ็บปวดของผู้ป่วยจะลดลงเองโดยใช้ระยะเวลาไม่นาน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะแสดงพฤติกรรมความเจ็บปวดออกมามากกว่าผู้ป่วยทางอายุกรรมที่มีความเจ็บปวดเรื้อรังมากกว่า

ซึ่งผลงานวิจัยครั้งนี้แตกต่างจาก การศึกษาของ จอนณะจง เพ็งจาด และคณะ (2546) ศึกษาเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด จากพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 98 ราย ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยต่างๆ และอาจารย์พยาบาล พบว่า โรงพยาบาลมีเจตคติทางลบต่อการประเมินความเจ็บปวด คือ โรงพยาบาลเชื่อว่า การประเมินความเจ็บปวดจากการรายงานความเจ็บปวดของผู้ป่วย เป็นการรายงานความเจ็บปวดเกินความเป็นจริง ไม่เชื่อว่าความเจ็บปวดรุนแรงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ และให้ความสำคัญในการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยมากกว่า อาจเนื่องจากงานวิจัยของ จอนณะจง เพ็งจาด และคณะ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพมาจากสถานพยาบาลต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลประจำการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุกรรม ศัลยกรรม หอผู้ป่วยรวม และสถานบริการสุขภาพในชุมชน และส่วนหนึ่งเป็นอาจารย์พยาบาล ใช้เครื่องมือวัดเจตคติที่สร้างโดย Ferrell และ McCaffery ปี ค.ศ. 1998 เป็นเครื่องมือวัดความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวด เจตคติของพยาบาลต่อการประเมินความเจ็บปวดที่ไม่จำเพาะผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดเรื้อรังหรือความเจ็บปวดเฉียบพลัน ซึ่งมีผู้เสนอว่า เจตคติจะมีลักษณะอย่างไรขึ้น

อยู่กับที่หมาย (object) หมายถึง แ่งมุมใดๆ ในโลกของบุคคล ที่อาจเป็นวัตถุ บุคคล มโนทัศน์ สถาบัน สถานที่ สถานการณ์ ฯลฯ หรือกลุ่มสิ่งเร้าเฉพาะอย่าง สิ่งเร้าทั้งหลายอาจเป็นสิ่งของ อุดมการณ์ อาชีพ สถาบันหรือสิ่งอื่นๆ ก็ได้ ที่ได้สัมผัสเรียนรู้มาน้อยแตกต่างกันเป็นสำคัญ เจตคติที่มีที่หมายลักษณะเป็นกลุ่มใกล้เคียงกัน จะมีเจตคติแตกต่างจากเจตคติที่มีที่หมาย ลักษณะของกลุ่มแตกต่างกันมาก (ธีระพร อูวรรณโณ, 2535: 257; ล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ, 2543: 57-58) ดังนั้นผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า เจตคติที่มีที่หมายแตกต่างกันโดยลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ดังกล่าว ลักษณะเครื่องมือที่ใช้วัดเจตคติ ทำให้งานวิจัยของจอห์นยะจง เพิ่งจาด และคณะ แตกต่างจากงานวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลมีการศึกษา ที่พบว่า ลักษณะการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมีผลต่อเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วย (Allcock, 1996; Good, 1999; Lander, 1990)

1.2 การคล้ายตามกลุ่มอ้างอิง

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการคล้ายตามกลุ่มอ้างอิงในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยรวมทางบวกระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 118.33 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 25.30 ในการวิจัยในครั้งนี้ศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen พบว่ากลุ่มอ้างอิงประกอบด้วย ผู้ป่วย เพื่อนพยาบาล และแพทย์ผู้ร่วมงาน โดยบุคคลเหล่านี้คิดว่าพยาบาลควรประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ครอบคลุม และบุคคลเหล่านี้เป็นแรงจูงใจให้พยาบาลทำการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ครอบคลุม เมื่อพิจารณาจำนวนร้อยละการคล้ายตามกลุ่มอ้างอิงของพยาบาล (ตารางที่ 12 ในภาคผนวก ข) พบว่าบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการคล้ายตามกลุ่มอ้างอิงของพยาบาลมากที่สุด คือ ผู้ป่วย แต่โดยภาพรวมแล้ว ผู้ป่วย เพื่อนพยาบาล แพทย์ผู้ร่วมงาน มีอิทธิพลต่อความเชื่อและเป็นแรงจูงใจสำหรับพยาบาลในระดับใกล้เคียงกัน แสดงให้เห็นว่าความคาดหวังจากผู้ป่วย เพื่อนพยาบาล แพทย์ผู้ร่วมงานเป็นผลผลักดันให้พยาบาลมีความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ในการทำการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด แต่คะแนนการคล้ายตามกลุ่มอ้างอิงของพยาบาลในการทำการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยรวมไม่สูง ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าอาจเนื่องมาจากพยาบาลบางรายคิดว่า เพื่อนพยาบาล คิดว่าตนไม่ควรทำการประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ครอบคลุม หรือพยาบาลบางรายคิดว่าแพทย์ผู้ร่วมงานไม่เป็นแรงจูงใจในการกระทำ เป็นเพราะโดยหน้าที่พยาบาลทำหน้าที่โดยอิสระตามบทบาทวิชาชีพ ทำให้พยาบาลคิดว่าแพทย์ผู้ร่วมงานไม่มีผลในการจูงใจให้กระทำตาม

ในงานวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ Nash และคณะ (1993) ที่ศึกษาการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการประเมินความเจ็บปวด ตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 58 รายจากโรงพยาบาลต่างๆ ในประเทศออสเตรเลีย พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดอยู่ในระดับต่ำ อาจเป็นเนื่องมาจากในงานวิจัยของ Nash และคณะ มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย ลักษณะกลุ่มตัวอย่างทำงานโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลของรัฐ สถานบริการพยาบาลครอบครัว สถานบริการพยาบาลอนามัยชุมชน และเครื่องมือวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด เป็นการวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางอ้อม ที่ Nash และคณะ สร้างตามแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ของ Ajzen และ Fishbein (1980) โดยกลุ่มอ้างอิงเด่นชัดมาจากการสำรวจความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยพยาบาลวิชาชีพที่สำรวจมาจากโรงพยาบาลต่างๆ ที่มีลักษณะแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่าง ทำให้กลุ่มอ้างอิงดังกล่าวไม่เป็นแรงจูงใจสำหรับพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง เป็นผลให้แตกต่างจากงานวิจัยในครั้งนีที่ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด จากการสำรวจความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงของพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มอ้างอิงเด่นชัดที่นำมาสร้างข้อคำถามตามแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ Ajzen และ Fishbein (1980) ซึ่งการวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงตามแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ Ajzen และ Fishbein (1980) เสนอว่า มาจากการสำรวจความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงของพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มอ้างอิงเด่นชัดที่สนับสนุนหรือคัดค้านการกระทำ แล้วนำมาสร้างข้อคำถามความเชื่อเกี่ยวกับทัศนะกลุ่มอ้างอิงที่คิดว่าควร หรือไม่ควรกระทำพฤติกรรมและกลุ่มอ้างอิงเป็นแรงจูงใจให้บุคคลทำตาม ส่วนงานวิจัยอื่นๆ ไม่มีการศึกษาโดยตรงถึงบุคคลที่มีอิทธิพลให้พยาบาลทำการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

1.3 การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยรวมอยู่ในทางบวกระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 225.84 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 48.21 เมื่อพิจารณาจากข้อคำถามรายชื่อที่ได้ปัจจัยเด่นชัด (ตารางที่ 13 ในภาคผนวก ข) มาจากการสำรวจปัจจัยที่ส่งเสริมหรือขัดขวางการทำพฤติกรรมการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ครอบคลุม ตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen พบว่า โดยภาพรวมแล้วปัจจัยที่ส่งเสริมตามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของพยาบาลในการ

ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ครอบคลุมในระดับที่ใกล้เคียงกัน คือ การมีเวลาในการประเมินความเจ็บปวด ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวด การได้รับการฝึกอบรมในการประเมินความเจ็บปวด การมีประสบการณ์ในการประเมินความเจ็บปวด และการมีแบบฟอร์มในการประเมินความเจ็บปวด ปัจจัยดังกล่าวพยาบาลมีความเชื่อและรับรู้ว่าคุณค่าให้ตนเองกระทำพฤติกรรมในการประเมินความเจ็บปวดได้ง่าย ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า ปัจจัยแรกที่พยาบาลให้ความสำคัญคือการมีเวลาในการประเมินความเจ็บปวดเป็นปัจจัยส่งเสริม อาจเนื่องมาจาก การขาดบุคลากรทำให้พยาบาลใกล้ชิดกับผู้ป่วยน้อย และหน่วยงานยังไม่มีเครื่องมือที่เป็นแบบฟอร์มในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่สะดวก ใช้เวลาน้อย ปัจจัยส่งเสริมต่อมาคือผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการประเมินความเจ็บปวด เหมือนกับการศึกษาของ Manias และคณะ (2002) จากการสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด 18 แห่ง พบว่า การสื่อสารมีความสำคัญในรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวด กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือรายงานความเจ็บปวดของผู้ป่วยเองทำให้พยาบาลสามารถประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้

พยาบาลรับรู้ว่าการได้รับการฝึกอบรมในการประเมินความเจ็บปวด และการมีประสบการณ์ในการประเมินความเจ็บปวดเป็นปัจจัยส่งเสริม เหมือนกับการศึกษาของ Wallace และคณะ (1995) พบว่า พยาบาลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวดไม่เพียงพอ ทำให้พยาบาลจับใหม่ประเมินความเจ็บปวดได้ไม่แม่นยำ พยาบาลที่มีความสามารถและความชำนาญเพียงพออยู่ในระดับปานกลางมาจากประสบการณ์การทำงานดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด ส่วนการมีแบบฟอร์มในการประเมินความเจ็บปวดเป็นปัจจัยส่งเสริม ที่การศึกษาของ Rond และคณะ (1999) พบว่า การมีรูปแบบในการประเมินความเจ็บปวดทำให้การประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยสะดวกมากขึ้น และประเมินความเจ็บปวดได้ครอบคลุม ได้ข้อมูลตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด ส่วนปัจจัยที่ขัดขวางกระทำการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดตามการรับรู้ของพยาบาล คือ การมีภาระงานมาก ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า พยาบาลมีภาระงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบ เช่น ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานๆ หรือ มุ่งเกี่ยวกับการทำเอกสารบันทึกรายงานทำให้พยาบาลมีเวลาใกล้ชิดกับผู้ป่วยน้อยลง อาจมีผลให้พยาบาลมีภาระงานมากทำให้พยาบาลแสดงความเชื่อและรับรู้ว่ายากที่จะควบคุมให้ตนเองทำการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ครอบคลุม คล้ายกับการศึกษาของ Manias และคณะ (2002) จากการสังเกตพฤติกรรมของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด พบว่า พยาบาลมีภาระงานอื่นๆ มากจนไม่มีเวลาในการประเมินความเจ็บปวด

ในการวิจัยครั้งนี้ แตกต่างจากการศึกษาของ Nash และคณะ (1993) ที่ศึกษาการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen วัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม

กรรมทางตรง พบว่า พยาบาลมีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในระดับต่ำ ที่จะควบคุมให้ตนเองทำการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้ง่าย อาจเนื่องมาจากเครื่องมือวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมเป็นการวัดทางตรงข้อคำถามมีจำนวน 2 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการถามความรู้สึกและประสบการณ์ยากหรือง่ายของพยาบาลในการควบคุมตนเองให้ทำพฤติกรรมประเมินความเจ็บปวด และลักษณะกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจากสถานพยาบาลต่างๆ มีลักษณะการทำงานแตกต่างกัน ทำให้พยาบาลรับรู้ว่าคุณสมบัติประสพการณ์ ความสามารถและความชำนาญในการประเมินความเจ็บปวดแตกต่างกัน ซึ่ง งานวิจัยของ Nash และคณะแตกต่างจากการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างข้อคำถามวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมทางอ้อมตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen จากการสำรวจปัจจัยส่งเสริมหรือขัดขวางที่พยาบาลมีความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมให้ตนเองทำพฤติกรรมประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ลักษณะกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจากหอศัลยกรรมที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดของห้องทำให้ลักษณะกลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันด้านปัจจัยส่วนบุคคลมากเป็นผลให้พยาบาลรับรู้ว่ามีประสพการณ์ ความสามารถ ความชำนาญ เมื่อวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของพยาบาลจึงมีความใกล้เคียงกันในระดับปานกลาง

จากการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1985) ที่เสนอว่า การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่ายากหรือง่ายในการกระทำพฤติกรรม โดยมีปัจจัยส่งเสริมหรือขัดขวาง ที่มาจากปัจจัยภายในและภายนอก ซึ่งปัจจัยภายในมาจาก บุคคลมีข้อมูล ความสามารถ ความชำนาญ และปัจจัยภายนอกมาจาก บุคคลมีโอกาสมิเวลา หรือการกระทำต้องขึ้นกับบุคคลอื่น

1.4 ความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยรวมทางบวกในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.60 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.26 พยาบาลมีความตั้งใจพยายามกระทำการประเมินความเจ็บปวด เมื่อพบสถานการณ์ต่างๆ ที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดภายหลังผ่าตัดระหว่างที่พยาบาลปฏิบัติงานในแต่ละเวร โดยพยาบาลตั้งใจประเมินความเจ็บปวดจากการสอบถามผู้ป่วยแล้วให้ผู้ป่วยบรรยายลักษณะความเจ็บปวด ตำแหน่งและขอบเขตความเจ็บปวด ความรุนแรงของความเจ็บปวด ปัจจัยที่มีผลต่อความเจ็บปวด ผลกระทบจากความเจ็บปวด ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรม และประเมินด้านสรีระ จากสัญญาณชีพ การใช้เครื่องมือประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวดและลง

บันทึก แล้วการติดตามประเมินความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังไม่สูง ผู้วิจัยวิเคราะห์ได้ว่าอาจมาจากโรงพยาบาลมีนโยบายในการใช้วิธีการควบคุมความเจ็บปวดด้วยวิธีอื่นๆ และมีหน่วยงานที่เป็นแหล่งสนับสนุนการควบคุมความเจ็บปวด ทำให้พยาบาลคิดว่าผู้ป่วยไม่มีความเจ็บปวด และพยาบาลตัดสินใจไม่สูงที่จะประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม หรือ อาจเป็นผลมาจากพยาบาลให้ความสำคัญในการดูแลปัญหาความเจ็บปวดไม่มาก เนื่องจากพยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในการประเมินความเจ็บปวด ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรภาพของความเจ็บปวด และไม่นำการประเมินความเจ็บปวดไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล (Clark et al., 1996) งานวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากงานวิจัยในต่างประเทศของ Nash และคณะ (1993) ที่ศึกษาความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวด พบว่า พยาบาลมีความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุมอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจาก พยาบาลมีลักษณะงานหลากหลายให้การพยาบาลทั่วไป ไม่ค่อยมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหรือดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดแตกต่างกัน เช่น ความเจ็บปวดเฉียบพลันจากการทำผ่าตัด หรือ เป็นความเจ็บปวดเรื้อรังจากมะเร็ง หรืออาจมีสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไปที่อยู่นอกเหนือการควบคุม และลักษณะเครื่องมือใช้วัดความตั้งใจเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม ผู้ตอบอาจมีความเข้าใจไม่ตรงกันในพฤติกรรมประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม ทำให้ความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม ที่ Nash และคณะ ศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่างานวิจัยในครั้งนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับ ความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด กับ ความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ผลการศึกษา พบว่า เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .338 แสดงว่าพยาบาลที่มีเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวดทางบวกมากจะมีความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมาก ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวดมีความ

สัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้วิจัยวิเคราะห์ได้ว่าสืบเนื่องมาจาก เจตคติต่อการกระทำพฤติกรรม หมายถึง การประเมินทางบวกหรือลบของบุคคลต่อการกระทำนั้นหรือเป็นความรู้สึกโดยส่วนรวมของบุคคลที่เป็นทางบวกหรือลบ หรือ การตัดสินใจว่าเป็นสิ่งที่ดี หรือ เลวของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรมเป็นการแสดงออกง่ายๆ ถึงการตัดสินใจของบุคคลว่า พฤติกรรมนั้นดีหรือเลว ชอบหรือต่อต้านการกระทำนั้น (Ajzen & Fishbein, 1980: 56) พยาบาลมีเจตคติต่อที่หมาย คือการประเมินความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ครอบคลุมมาจากการสอบถามและให้ผู้ป่วยรายงาน ในเรื่องลักษณะที่ปวด ความรุนแรงของความเจ็บปวด ตำแหน่งและขอบเขตของความเจ็บปวด ปัจจัยที่มีผลต่อความเจ็บปวด ผลกระทบจากความเจ็บปวด ร่วมกับการประเมินความเจ็บปวดจากการสังเกตพฤติกรรม การประเมินด้านสรีรวิทยาจากสัญญาณชีพ การใช้เครื่องมือประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวด และลงบันทึก แล้วการติดตามประเมินความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่อง พยาบาลมีเจตคติโดยรวมทางบวกเชื่อว่าการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุมเป็นสิ่งที่ดีมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดที่เหมาะสม ประเมินความเจ็บปวดได้ตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด พยาบาลจะมีความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด สนับสนุนทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen และทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ Ajzen และ Fishbien เสนอว่า โดยทั่วไป ถ้าบุคคลมีเจตคติทางบวกต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นมากเท่าใด บุคคลก็ควรมีความตั้งใจหนักแน่นที่จะทำพฤติกรรมมากเท่านั้น หรือในทางตรงข้าม ถ้าบุคคลมีเจตคติทางลบต่อการกระทำพฤติกรรมมากเพียงใด บุคคลก็ควรมีความตั้งใจหนักแน่นที่จะไม่ทำพฤติกรรมมากเพียงนั้น เจตคติต่อการกระทำจัดได้ว่าเป็นปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factor) และได้รับอิทธิพลจากหรือถูกกำหนดโดยผลรวมของผลคุณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำ (behavioral belief หรือ b) และ การประเมินผลของการกระทำ (evaluation of consequences หรือ e.) สอดคล้องกับการศึกษาของ Nash และคณะ (1993) ที่พบว่า เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวด พยาบาลมีเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวดทางบวก เชื่อว่าการประเมินความเจ็บปวดมีความสำคัญ พยาบาลก็มีความตั้งใจกระทำพฤติกรรมการประเมินความเจ็บปวด และสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมของพยาบาลด้านการปฏิบัติพยาบาล ที่ศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen และทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ Ajzen และ Fishbien พบว่า เจตคติต่อพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม มีการศึกษาของ

ศรัญญา คณิตประเสริฐ (2543) พบว่า เจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความตั้งใจที่จะใช้คอมพิวเตอร์ในงานบริการสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของ McKinlay และ Cowan (2003) ก็พบว่าเจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจของพยาบาลในการทำงานกับผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง เป็นไปตามการเสนอแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1985, 1988) และทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ Ajzen และ Fishbien (1980)

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง กับ ความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ผลการศึกษา พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .328 แสดงว่าพยาบาลการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางบวกมากจะมีความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมาก คือพยาบาลเชื่อว่า ผู้ป่วย เพื่อนพยาบาล แพทย์ คิดว่าตนควรทำการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมาก และผู้ป่วย เพื่อนพยาบาล แพทย์ เป็นแรงจูงใจให้พยาบาลทำการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมาก พยาบาลก็มีความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมาก ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด สนับสนุนทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen และทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ Ajzen และ Fishbien เสนอว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นการรับรู้ของบุคคลว่าคนอื่นๆ ที่มีความสำคัญสำหรับเขาต้องการหรือไม่ต้องการให้เขาทำพฤติกรรมนั้นๆ หรือกล่าวคือเป็นปัจจัยทางสังคม ได้แก่ อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมของบุคคล สิ่งแวดล้อมในที่นี้หมายถึง บุคคลสำคัญใกล้ชิดที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั่นเอง จากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับทัศนคติของบุคคลต่อการกระทำของตน (Normative Beliefs หรือ NB) ซึ่งหมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่ว่า บุคคลเฉพาะหรือกลุ่มคนเฉพาะคิดว่าเขาทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้น และแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Motivation to Comply หรือ MC) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่า ตนต้องทำตามกลุ่มอ้างอิงแต่ละกลุ่มต้องการให้ตนทำเพียงใด กลุ่มอ้างอิงในที่นี้หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น (Ajzen & Fishbein, 1980: 73) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นบวกเพียงไร บุคคลก็ควร

มีความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมที่หนักแน่นมากเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Nash และคณะ (1993) ที่พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับมีความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวด และสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและความตั้งใจของพยาบาลในการกระทำพฤติกรรมด้านการปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ ตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen และทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ Ajzen และ Fishbien ทั้งในประเทศ และต่างประเทศ พบว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับมีความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม ในประเทศไทยมีการศึกษาของ ศรีญา คณิตประเสริฐ (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง กับความตั้งใจที่จะใช้คอมพิวเตอร์ในงานบริการสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหนองคาย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 141 ราย พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความตั้งใจที่จะใช้คอมพิวเตอร์ในงานบริการสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การศึกษาของสุรข สุนันต์ (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง กับความตั้งใจในการผูกยึดผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 248 ราย ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช 11 แห่ง พบว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับความตั้งใจในการผูกยึดผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของอัญชลี โมกขาว (2539) พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจกระทำพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในต่างประเทศ มีการศึกษาของ McKinlay และ Cowan (2003) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงกับความตั้งใจของพยาบาลในการทำงานกับผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลจำนวน 172 ราย เครื่องมือใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจของพยาบาลในการทำงานกับผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระดับ ปานกลาง ผลการศึกษาของ Nash และคณะ (1993) ก็พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยเช่นกัน และงานวิจัยของ Renfroe, O'Sullivan และ McGee (1990) พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจของพยาบาลในการกระทำพฤติกรรมการรวบรวมบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย

แสดงว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจกระทำพฤติกรรมตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ Ajzen และ Fishbein (1980) เสนอไว้

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับ ความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .284 แสดงว่าพยาบาลมีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางบวกมากจะมีความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมาก ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า พยาบาลรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถความชำนาญในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดของห้องที่ครอบคลุมได้ เนื่องจากพยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดของห้องอย่างน้อย 1 ปี จึงมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้พยาบาลมีความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดของห้อง สนับสนุนทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen เสนอว่า การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมเป็นการสะท้อนจากประสบการณ์ในอดีต ได้รับอิทธิพลจากความเชื่อ เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรม (Control Beliefs หรือ C) และการรับรู้การควบคุม (Perceived Power หรือ P) ซึ่ง ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมที่เป็นตัวกำหนดความตั้งใจนี้ โดยการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความหมายในแง่แรงจูงใจสำหรับความตั้งใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Nash และคณะ (1993) พบว่า การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวด เนื่องจากพยาบาลรับรู้ว่าการมีทรัพยากรหรือโอกาสที่จะทำพฤติกรรมประเมินความเจ็บปวดมาก พยาบาลก็มีความตั้งใจในการทำพฤติกรรมประเมินความเจ็บปวดมาก และสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจของพยาบาล คือ การศึกษาของ McKinlay และ Cowan (2003) ที่พบว่า การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจของพยาบาลในการทำงานกับผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมต่อความตั้งใจของพยาบาล ในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนในการทำนายความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด คือ เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง โดยมีอำนาจในการทำนายร้อยละ 16.8 ($R^2 = .168$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนที่เหลือเกิดจากปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่ทราบสาเหตุ เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวดเป็นตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวแรก และสามารถทำนายความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (Beta) เท่ากับ .260 และลำดับต่อมาคือ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงสามารถทำนายความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (Beta) เท่ากับ .245 เมื่อพิจารณาประเด็นสำคัญจากผลจากวิจัยครั้งนี้ คือนักวิชาการในการทำนาย พบว่าความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ได้รับอิทธิพลจากเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง โดยนักวิชาการในการทำนายมีค่าใกล้เคียงกัน ($Beta = .260, .245$ ตามลำดับ) ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า อาจเนื่องมาจากพยาบาลมีเจตคติทางบวก เห็นความสำคัญและต้องการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ต้องทำงานร่วมกับผู้ร่วมงานอื่นทั้งเพื่อนพยาบาล และแพทย์ผู้ร่วมงานล้วนมีผลต่อความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวด แต่อย่างไรก็ตาม เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง มีอิทธิพลในการทำนายความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่สูงมาก ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงที่ศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ Ajzen และ Fishbien (1980) มาจากพื้นฐานความเชื่อของพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง โดยเจตคติของพยาบาลต่อการประเมินความเจ็บปวดมีพื้นฐานมาจากความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีพื้นฐานมาจากความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง เมื่อมีสถานการณ์เปลี่ยนไปความเชื่อเหล่านี้อาจเปลี่ยนแปลงได้ และเมื่อพิจารณาความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด อาจเนื่องมาจาก การประเมินความเจ็บปวดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดที่ครอบคลุมต้องมีการร่วมมือกันทั้งผู้ป่วย และพยาบาล ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่อาจมีผลต่อความตั้งใจของพยาบาลในการทำพฤติกรรมประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัด คือ ลักษณะของผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ ความเชื่อ พื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วย (Good, 1999)

งานวิจัยครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ Ajzen และ Fishbein (1980) ที่เสนอไว้ว่า เจตคติต่อพฤติกรรม และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นตัวกำหนดความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมของบุคคล สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นที่ศึกษาตัวแปรตามแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ Ajzen และ Fishbein คือ การศึกษาของ Renfro และคณะ (1990) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง กับความตั้งใจของพยาบาลในการกระทำพฤติกรรมการรวบรวมบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย พบว่า เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ร่วมกันทำนายและสามารถอธิบายความผันแปรของความตั้งใจของพยาบาลในการกระทำพฤติกรรมการรวบรวมบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยได้ร้อยละ 46.1 และ McKinlay และคณะ (2001) ศึกษาผลของเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ต่อความตั้งใจของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกินยาฆ่าตัวตาย พบว่า เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงร่วมกันสามารถอธิบายความผันแปรความตั้งใจของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกินยาฆ่าตัวตายได้ร้อยละ 66.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ส่วนการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ไม่มีอำนาจในการทำนายความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม และการรับรู้การควบคุมในปัจจุบันชาติ ที่เป็นปัจจัยภายนอก และไม่สามารถควบคุมได้คือ โอกาสที่จะทำพฤติกรรมการประเมินความเจ็บปวดมีปัจจัยขัดขวางเนื่องจากมีภาระงานมาก ไม่มีเวลาในการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม การประเมินความเจ็บปวดต้องขึ้นกับคนอื่น คือ ผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ซึ่งความเจ็บปวดมีความซับซ้อน ผู้ป่วยต้องเป็นผู้ให้ความหมายบอกเล่าอาการที่ผู้ป่วยมีประสบการณ์ปวดขณะนั้น (McCaffery, 1979) ให้พยาบาลรับทราบ ปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวที่มีผลต่อการกระทำพฤติกรรมการประเมินความเจ็บปวดจริง แต่ไม่มีผลต่อความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด สนับสนุนแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1985, 1988) ที่ปรับมาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลให้สามารถใช้อธิบายพฤติกรรมที่อาจไม่ได้อยู่ในการควบคุมของบุคคลอย่างเต็มที่ (incomplete volitional control) กล่าวคือ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลประสบปัญหาในการควบคุม ทำให้บุคคลไม่สามารถตัดสินใจได้แน่นอนว่าจะทำหรือไม่ทำ ต้องอาศัยโอกาสหรือทรัพยากรอื่นๆ เช่น เงิน เวลา ทักษะ การร่วมมือจากบุคคลอื่น เป็นต้น ความแตกต่างที่สำคัญของทฤษฎีนี้กับทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลอยู่ที่ปัจจัยการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control) ในทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน Ajzen (1988) เห็นว่าการจะบรรลุถึงเป้าหมายของ

พฤติกรรมไม่ได้ขึ้นอยู่กับความตั้งใจหรือความต้องการของบุคคลเพียงอย่างเดียว ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยที่ไม่ใช่สิ่งจูงใจอื่นๆ อีกด้วย เช่น โอกาสและทรัพยากรที่จำเป็น และ Ajzen ได้เสนอว่าบุคคลที่มีความตั้งใจจะทำพฤติกรรมบางอย่างหลังจากได้พยายามแล้ว ก็พบว่าเขาไม่สามารถทำสิ่งนั้นได้เพราะขาดข้อมูล ทักษะ หรือ ความสามารถ หรือ บุคคลอาจขาดโอกาสที่จะทำพฤติกรรมที่ตั้งใจไว้เนื่องด้วยเหตุผลต่าง ๆ กัน หรือการกระทำพฤติกรรมต้องขึ้นกับผู้อื่น ทำให้การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมอาจมีสัมพันธ์กับพฤติกรรมโดยตรง โดยไม่ผ่านความตั้งใจ โดยเฉพาะในกรณีที่บุคคลมีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ตรงกับความเป็นจริง ซึ่งถือเป็นภาคที่ 2 ของทฤษฎี

งานวิจัยในครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ Nash และคณะ (1993) พบว่า การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมเป็นเพียงตัวแปรเดียวที่มีความสามารถทำนายความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดได้ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (Beta) เท่ากับ .46 อาจเนื่องมาจากการศึกษาในต่างประเทศ ลักษณะงานและปัจจัยที่ส่งเสริมให้พยาบาลกระทำการประเมินความเจ็บปวดมากกว่า ทำให้กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลรับรู้ว่ามีทรัพยากรและโอกาสในการทำพฤติกรรมการประเมิน การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมจึงมีอิทธิพลต่อความตั้งใจของพยาบาล

ประเด็นที่ เจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมทำนายความตั้งใจกระทำพฤติกรรมได้ไม่เท่ากัน Ajzen (1991: 188-189 อ้างถึงใน มันทนา สิริรัตโนภาส, 2538) อธิบายว่า ความสำคัญเชิงสัมพัทธ์เจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ในการทำนายความตั้งใจกระทำพฤติกรรม อาจเปลี่ยนแปลงได้จากพฤติกรรมหนึ่งไปสู่อีกพฤติกรรมหนึ่ง และจากบุคคลหนึ่งไปสู่บุคคลหนึ่ง ดังเช่นงานวิจัยอื่นที่ศึกษาตัวแปรตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน Ajzen คือ อัญชลี โมกขาว (2539) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อวิชาชีพ และ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงกับความตั้งใจกระทำพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐบาล ผลการวิจัยพบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นตัวแปรเพียงตัวเดียวที่สามารถทำนาย โดยอธิบายความผันแปรของความตั้งใจกระทำพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 7.25 คล้ายกับผลการศึกษาของ สุรัช สุนันต์ (2545) ศึกษาเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง กับความตั้งใจในการผูกมัดผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายความตั้งใจในการผูกมัดผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช คือ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง อธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 68.95 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่การศึกษานี้ของ McKinlay and Cowan (2003) ศึกษาเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจของพยาบาลในการทำงานกับผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า เจตคติ การ

คล้ายตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของ ความตั้งใจของพยาบาลในการทำงานกับผู้ป่วยสูงอายุได้ร้อยละ 18.6

ความสำคัญของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน มิได้อธิบายแต่เพียงว่าความตั้งใจกระทำ พฤติกรรมเกิดจากตัวกำหนดที่ต่างกันเท่านั้น แต่ยังพยายามอธิบายต่อว่า เหตุใดตัวกำหนดความตั้งใจกระทำพฤติกรรม คือ เจตคติต่อพฤติกรรม การคล้ายตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม แต่ละตัวมีน้ำหนักในการทำงานไม่เท่ากัน สำหรับงานวิจัยนี้ตัวกำหนดความตั้งใจของพยาบาล ในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด คือ เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด และการคล้ายตามกลุ่มอ้างอิง มีอำนาจในการทำนายใกล้เคียงกันอาจเนื่องมาจากพฤติกรรมการประเมิน ความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด เป็นบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงที่พยาบาลรับรู้ว่าเป็น ประโยชน์และผลดีต่อผู้ป่วย อีกทั้งการทำงานเป็นทีมพยาบาลที่มีการรับส่งเวร และทีมสหสาขาที่ ประกอบด้วย แพทย์ผู้ร่วมงานสาขาต่างๆ ทำให้มีผลต่อความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความ เจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

สรุปการอภิปรายผลการวิจัย

แม้ว่าจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะเป็น ปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนยากที่บุคคลอื่นจะเข้าใจ ในบทบาทหน้าที่รับผิดชอบพยาบาลต้องให้การดูแลและประเมินความเจ็บปวดให้ตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด เพื่อให้การจัดการความ เจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพต่อไป แต่ก็มีปัจจัยมากมายที่มาเกี่ยวข้องและเป็นอุปสรรคต่อความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด จากการศึกษาครั้งพบว่าปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด คือเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้ายตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม แต่ปัจจัยทั้งสามมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวด ของผู้ป่วยหลังผ่าตัด เมื่อศึกษาเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด พยาบาลมีเจตคติต่อการ ประเมินความเจ็บปวดทางบวก โดยเจตคติของพยาบาลต่อการประเมินความเจ็บปวด มาจาก ความเชื่อเด่นชัดและการประเมินผลต่อการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุมทางบวกว่า ทำให้ ประเมินความเจ็บปวดตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด ประเมินได้ครอบคลุม ให้การบรรเทา ความเจ็บปวดกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และมีแนวทางในการปฏิบัติ และพยาบาลมีความเชื่อ เด่นชัดและการประเมินผลต่อการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุมทางลบว่า ทำให้ใช้เวลามาก

พยาบาลมีการคล้ายตามกลุ่มอ้างอิงทางบวก โดยกลุ่มอ้างอิงที่มีความสำคัญสำหรับพยาบาล คือ ผู้ป่วย เพื่อนพยาบาล และแพทย์ผู้ร่วมงาน ที่มีผลผลักดันทำให้พยาบาลควรทำการประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัด พยาบาลมีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมทางบวก โดยการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมาจาก พยาบาลมีความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม และมีการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมว่า การมีประสบการณ์ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวด การมีแบบฟอร์มในการประเมินความเจ็บปวด การได้รับการอบรมให้มีความรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด และการมีเวลาในการประเมินความเจ็บปวด ปัจจัยดังกล่าวทำให้พยาบาลมีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมว่าเป็นการง่ายในการประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ส่วนปัจจัย การมีภาระงานมาก พยาบาลมีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมที่ไม่ใช่ทั้งง่ายหรือยาก

โดยเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด และการคล้ายตามกลุ่มอ้างอิงมีอำนาจในการทำนายความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 16.8 ส่วนการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมไม่มีอำนาจในการทำนายความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด เนื่องจากจากกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม และการรับรู้การควบคุมในปัจจุบันชาติ ที่เป็นปัจจัยภายนอก และไม่สามารถควบคุมได้คือ ภาระงานมาก การมีเวลา ที่มีผลต่อการกระทำพฤติกรรมการประเมินความเจ็บปวดจริง แต่ไม่มีผลต่อความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ดังที่ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1985) เสนอว่า พฤติกรรมที่บุคคลประสบปัญหาในการควบคุม ทำให้บุคคลไม่สามารถตัดสินใจได้แน่นอนว่าจะทำหรือไม่ทำ ต้องอาศัยโอกาสหรือทรัพยากรอื่นๆ เช่น เงิน เวลา ทักษะ การร่วมมือจากบุคคลอื่น เป็นต้น

ผลการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้มีการประเมินความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้ตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด ซึ่งพยาบาลประเมินระดับความรุนแรงความเจ็บปวดต่ำกว่าที่ผู้ป่วยประเมิน (Paice et al., 1995) โดยส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับพยาธิสรีระความเจ็บปวดหลังผ่าตัด และการประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เพื่อพยาบาลมีเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวดที่ถูกต้อง และหน่วยงานเห็นความสำคัญในการมีแบบฟอร์มการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุมเป็นมาตรฐานใช้เวลาไม่มาก พยาบาลสามารถประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด เพื่อให้การจัดการความเจ็บปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป

ข้อจำกัดในการทำวิจัยครั้งนี้

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดของห้องในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ดังนั้นผลการศึกษาก็สามารถใช้ได้เฉพาะในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพดังกล่าวเท่านั้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อค้นพบที่ได้จากงานวิจัยในครั้งนี้เป็นประโยชน์อย่างมากต่อการวางแผนทางพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล ส่งเสริมให้พยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างถูกต้อง มีการประเมินความเจ็บปวดที่ตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด เพื่อให้การจัดการความเจ็บปวดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป ผู้วิจัยขอเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

ด้านงานบริการพยาบาล

1. มีการอบรมเพื่อฟื้นฟูความรู้เชิงวิชาการให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับพยาธิสรีระความเจ็บปวดหลังผ่าตัด การประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เพื่อให้พยาบาลมีเจตคติทางบวกต่อการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด เปลี่ยนแนวคิดจากการใช้การรับรู้และเจตคติทางสังคมวัฒนธรรมที่เกี่ยวกับความเจ็บปวด มาใช้ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ พยาบาลจึงจะตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ
2. ให้มีการพัฒนาแบบฟอร์มการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ครอบคลุมเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติ โดยให้มีความสะดวกในการใช้ และมีเครื่องมือประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยเข้าใจง่าย ไม่สับสนในการประเมินความเจ็บปวด ทำให้ทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพสื่อสารเรื่องความเจ็บปวดได้ตรงกัน
3. มีการสอนและแนะนำพยาบาลที่จบใหม่ในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยพยาบาลที่มีประสบการณ์และได้รับการอบรมให้มีความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวด

4. ส่งเสริมให้มีพยาบาลเฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลและประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหน่วยงาน เพื่อเป็นที่ปรึกษาและอบรมพยาบาลหมุนเวียนหรือพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อย

5. จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานที่มีเนื้อหาด้านวิชาการเกี่ยวกับความเจ็บปวด การประเมินความเจ็บปวด การจัดการความเจ็บปวด ที่พยาบาลสามารถศึกษาด้วยตนเอง

6. มีการรวมความเจ็บปวดเป็นสัญญาณชีพที่ห้า (Making pain the fifth vital sign) การรวมความเจ็บปวดในการประเมินสัญญาณชีพ เป็นการรับประกันว่าปัญหาความเจ็บปวดได้รับการประเมินและติดตามอย่างสม่ำเสมอ ทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับจัดการความเจ็บปวดที่เหมาะสมและต่อเนื่อง

7. การให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ และครอบครัว เกี่ยวกับปัญหาความเจ็บปวด การรายงานอาการเจ็บปวด การดูแลรักษา เพื่อให้ผู้รับบริการต้องตระหนักว่าตนเองจะต้องเป็นผู้ประเมินอาการปวดและรายงานให้บุคลากรทางการแพทย์รับรู้อีก เพื่อผลในการให้การจัดการความเจ็บปวดที่เหมาะสม

ด้านการศึกษา

มีการปรับปรุงการจัดการศึกษาระดับปริญญาตรี มีการสอนให้ความรู้เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับความเจ็บปวด การประเมินความเจ็บปวด และการจัดการความเจ็บปวด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในปัจจัย ได้แก่ ความตั้งใจ และ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

2. ควรมีการศึกษาเชิงทดลองในการสร้างโปรแกรมการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ครอบคลุม เพื่อพัฒนาเครื่องมือในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน

3. ควรมีการศึกษายกผลเพิ่มเติมถึงกลุ่มประชากรอื่นๆ ที่เป็นพยาบาลวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการประเมินวางแผน และพัฒนารูปแบบการประเมินความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับลักษณะงานให้บริการพยาบาลในหอผู้ป่วยต่างๆ

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- จอนพะจง เฟิงจาด, รัชนี อยู่ศิริ และ วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเขียว. 2546. รายงานการวิจัย: ความรู้ และทัศนคติของพยาบาลเกี่ยวกับความปลอดภัยและการจัดการความปลอดภัย. วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.
- ฉวี มากพุ่ม. 2530. ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยผ่าตัดในอุ้งน้ำดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โฉมนภา กิตติศัพท์. 2536. ผลของดนตรีต่อการลดความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: เทพเนรมิตร.
- ดรุณี ชุณหะวัต. 2540. พยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวด. ใน พงศ์ภารดี เจาทะเกษตริน (บรรณาธิการ). การประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 8 ชมรมศึกษาเรื่องความปลอดภัยแห่งประเทศไทย, 57-67. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธนิต วัชรพุกก์. 2542. ใน ชาญวิทย์ ตันต์พิพัฒน์ และ ธนิต วัชรพุกก์ (บรรณาธิการ). ตำราศัลยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีระพร อูวรรณโณ. 2535. เจตคติ: การศึกษาตามแนวทฤษฎีหลัก, 240-303. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทา เล็กสวัสดิ์. 2544. ความพึงพอใจในการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นารี พุ่มนิคม. 2543. ความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวดและการควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยศัลยกรรมหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญแดง บุญฤทธิ์. 2540. ผลของดนตรีต่อความวิตกกังวลและความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. 2528. ผลของคนตรีต่อการลดความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยา
ระงับปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุร
ศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประคอง กรวรรณสุต. 2538. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปราณี นิพัทธกุลกลกิจ. 2537. ผลการให้ข้อมูลตามความต้องการของผู้ป่วยต่อการลดความเจ็บปวด
หลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พรนิภา สีละธนาฤทธิ์. 2542. ผลการใช้สื่ออารมณ์ขันต่อความเจ็บปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องทาง
เดินอาหาร. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรรณงาม พรรณเชษฐ์. 2537. การพยาบาลผู้ใหญ่: การดูแลเมื่อได้รับการผ่าตัด. ขอนแก่น:
คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พลศรี พัฒนพงษ์. 2538. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับความเจ็บปวด. วารสาร
พยาบาลกองทัพบก 13(1): 13-27.
- เยาวลักษณ์ เลาะห์จินดา. 2538. ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อ
การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดช่องท้อง. วารสารพยาบาล 44(3): 209-219.
- ระวีพรรณ มงคล. 2539. ผลการฝึกการผ่อนคลายต่อการลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ช่อง
ท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุ่งทิพย์ จามรมาน. 2532. ผลการฝึกการผ่อนคลายต่อการลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด
ช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ. 2543. การวัดด้านจิตพิสัย. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น.
- วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร. 2539. เมื่อผู้ป่วยคล้ายกับจะติดยาแก้ปวดพยาบาลควรทำอย่างไร.
วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 16(1): 27-40.
- วชิราพร สุนทรสวัสดิ์. 2545. พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดตาม
การรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ศรัญญา คณิตประเสริฐ. 2543. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และความตั้งใจที่จะใช้คอมพิวเตอร์ในงานบริการสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหนองคาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพร ชัมภลชิต. 2539. แบบแผนสุขภาพ: การเก็บรวบรวมข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 4. สงขลา: เทมการพิมพ์.
- สมพร ชีโนรส, สุกัญญา พัทวี และ วิเศษ ศรีสุพรรณชาติ. 2541. การรับรู้ประสบการณ์ความปวดและการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกชนิดผ่ากลาง กระดูกสันอก. วารสารพยาบาล 49(2): 110-120.
- สมพันธ์ ธิญะธีระนันท์, ปกศนา ภูวนันท์, พูลศรี พันธุ์ศรีมังกร, ยุพิน ดีสมศักดิ์ และ สุทธิรัตน์ พิมพ์พงศ์. 2533. สำรวจอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยศัลยกรรมหลังผ่าตัด. ใน ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์. เอกสารการประชุมวิชาการ การพยาบาล ศัลยศาสตร์ครั้งที่ 3 เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีภาวะแทรกซ้อน, 364-374. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สังวาล แก้วประเสริฐ. 2532. ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างของการรับรู้ความเจ็บปวดกับการควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนันทา ศรีวิวัฒน์. 2538. ผลของโปรแกรมการผ่อนคลายต่อความเจ็บปวด ภาวะท้องอืด และการพักผ่อนหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุภาณี วศินอมร, สุจินต์ วิจิตรกาญจน์, เยาวลักษณ์ เลาะห์จินดา และ นิโรบล กนกสุนทรรัตน์. 2535. การรับรู้ความเจ็บปวด และวิธีบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. ราชบัณฑิตยสาร 15 (ตุลาคม-ธันวาคม): 296-304.
- สุพร พลยานันท์. 2528. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แมค.
- สุรัช สุนันต์. 2545. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และความตั้งใจในการใช้การผูกยึดผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- อภิญา วังศ์พิริโยธา. 2535. ผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อริญญา เชาวลิท. 2543. หลักการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด. ใน พัชรียา ไชยลังกา, นวลจันทร์ รมณารักษ์, จารุวรรณ มานะสุรการ และ อริญญา เชาวลิท (บรรณาธิการ), ตำราการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 (อายุรศาสตร์), 33-55. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อัญชลี โมกขาว. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อวิชาชีพ และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงกับความตั้งใจการทำพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุรวดี เจริญไชย. 2541. ผลการให้ข้อเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการ ความรู้สึกและคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เอมอร อุดลย์โศคาร. 2543. ผลของดนตรีที่ขอบต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ภาษาอังกฤษ

- Abbott, F. V., et al. 1992. The prevalence of pain in hospitalized patients and resolution over six months. PAIN 50: 15-28.
- Ajzen, I. 1985. From intention to action; A theory of planned behaviour. In action-control; From cognition to behaviour (Kuhl J. and Beckham J. eds), pp. 11-39. Heidelberg: Springer.
- Ajzen, I. 1988. Attitudes, personality, and behavior. Chicago: The Dorsey Press.
- Ajzen, I. 1991. Theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Process 50, 179-211. อ้างถึงใน มันทนา สิริวัตโนภาส. การสำรวจความเชื่อเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม เจตนา และพฤติกรรม

การบริจาคโลหิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรม
สามัญศึกษา ในกรุงเทพมหานคร ตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.

Ajzen, I., and Fishbein, M. 1980. Understanding attitudes and predicting social
behaviour. New Jersey: Prentice-Hall, Englewood Cliffs.

Allcock, N. 1996. Factors affecting the assessment of postoperative pain: A literature
review. Journal of Advanced Nursing 24: 1144-1151.

Bandura, A. 1977. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change.
Psychological Review 84: 191-215. Cited in Icerk Ajen. From intention to
action; a theory of planned behaviour. In action-control; From cognition to
behaviour (Kuhl J. and Beckham J. eds), pp. 11-39. Heidelberg: Springer.
1985.

Black, J. M., and Matassarin-Jacobs, E. 1993. Medical-surgical nursing:
A psychological approach. 4th ed. St. Louis: Mosby Year Book.

Boss, B. J. 1992. Medical-surgical nursing assessment and clinical problems.
St Louis: Mosby.

Bowman, J. M. 1994. Perception of surgical pain by nurses and patients. Clinical
Nursing Research 3(1): 69-76.

Brunier, G., Carson, G., and Harrison, D. E. 1995. What do nurses know and believe
about patients with pain? results of a hospital survey. Journal of Pain and
Symptom Management 10(6): 436-445.

Burns, N., and Grove, S. K. 2001. The practice of nursing research: Content, critique,
and utilization. 4th ed. Philadelphia: W. B. Saunder.

Calvillo, E. R., and Flaskerud, J. H. 1993. Evaluation of the pain response by Mexican
American and Anglo American women and their nurses. Journal of Advanced
nursing 18: 451-459.

Carr, E. C. J. 1990. Postoperative pain: Patients' expectations and experiences.
Journal of Advanced Nursing 15: 89-100.

- Chiu, H. L. Trinca, J. Lim, L. M., and Tuazon, J. A. 2002. A study to evaluate the pain knowledge of two sub-populations of final year nursing students: Australia and Philippines. Journal of Advanced Nursing 41(1): 99-108.
- Clarke, E. B., French, B., Bilodeau, M. L., Capasso, V. C., Edwards, A., and Empolity, J. 1996. Pain management knowledge, attitudes and clinical practice: The impact of nurses' characteristics and education. Journal of Pain and Symptom Management 11(1): 18-31.
- Corroll, D., and Bowsher, D. 1994. Pain management and nursing care, pp. 16-27, 34-36. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Coyne, M. L., et al. 1999. Nurses' knowledge of pain assessment, pharmacologic and nonpharmacologic interventions. Clinical Nursing Research 8(2): 153-165.
- Dalton, J. 1989. Nurses' perception of their pain assessment skills, pain management practices, and attitudes toward pain. Oncology Nursing Forum 16: 225-231.
- Drayer, R. A., Henderson, J., and Reidenberg, M. 1999. Barrier to better pain hospitalized patients. Journal of Pain and Symptom Management 17(6): 434-440.
- Dietrick-Gallagher, M., Polomano, R., and Carrick, L. 1994. Pain as a quality management initiative. Journal of Nursing Care Quality 9(1): 30-42.
- Field, L. 1996. Are nurses still underestimating patients' pain postoperative ?. British Journal of Nursing 5: 778-784.
- Ferrell, B. R., McGuire, D. B., and Donovan, M. I. 1993. Knowledge and beliefs regarding pain in a sample of nursing faculty. Journal of Professional Nursing 9: 79-88.
- Good, M. 1999. Acute pain. Annual Review of Nursing Research 17: 107-132.
- Hamill, R. J., and Rowlingson, J. C. 1994. Handbook of critical care pain management, pp. 451-453. New York: McGraw-Hill.
- Harrison, A. 1991. Assessing patients' pain: Identifying reasons for error. Journal of Advanced Nursing 16: 1018-1025.
- Herr, K. A., and Mobily, P. R. 1992. Intervention related to pain. Nursing Clinics of North America 27(6): 347-369.

- Ignatavicius, D. D., Workman, M. L., and Mishler, M. A. 1999. Medical – surgical nursing across the health care continuum. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Jurf, J. B., and Nirschl, A. L. 1993. Acute postoperative pain management: A comprehensive review and update. Critical Care Nursing 16(1): 8-25.
- Kanner, R. 1997. Pain management secrets, pp. 101-105. New York: Book Promotion and Service co.
- Kozier, B., Erb, G., and Berman, A. J. 2000. Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice 2nd ed. New Jersey: Prentice-Hall.
- Lander, J. 1990. Clinical judgment in pain management. PAIN 42:15-22.
- LeMone, P., and Burke, K. M. 2000. Medical – surgical nursing: Critical thinking in client care 2nd ed. New Jersey: Prentice-Hall.
- Mackintosh, C. 1994. Do nurses provide adequate postoperative pain relief ?. British Journal of Nursing 3(7): 342-347.
- Manias, E., Botti, M., and Bucknall, T. 2002. Observation of pain assessment and management – the complexities of clinical practice. Journal of Clinical Nursing 11(6): 724-734.
- McCaffery, M. 1979. Nursing management of the patient with pain 2nd ed. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- McCaffery, M., and Ferrell, B. R. 1996. Correcting misconceptions about pain assessment and use of opioid analgesics: Educational strategies aimed at public concerns. Nursing Outlook 44(4): 184-190.
- McKinlay, A., Couston, M., and Cowan, S. 2001. Nurses' behavioural intention towards self-poisoning patients: A theory of reasoned action, comparison of attitudes and subjective norms as predictive variables. Journal of Advanced Nursing 34(1): 107-116.
- McKinlay, A., and Cowan, S. 2003. Student nurses' attitudes towards working with older patients. Journal of Advanced Nursing 43(3): 298-309.
- Meinhart, N. T., and McCaffery, M. 1983. Pain : A nursing approach to assessment and analysis, pp. 245-276. Norwalk: Appleton-Century-Crofts.

- Nash, R., Edwards, H., and Nebauer, M. 1993. Effect of attitudes, subjective norms and perceived control on nurses' intention to assess patients' pain. Journal of Advanced Nursing 18: 941-949.
- Olson, J. M., and Zanna, M. P. 1993. Attitudes and attitude change. Annual Review of Psychology 44: 177-154. อ้างถึงใน มันทนา สิริรัตโนภาส. การสำรวจความเชื่อ เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม เจตนา และพฤติกรรม การบริจาคโลหิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา ในกรุงเทพมหานคร ตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.
- Paice, J., Mahon, S. M., and Faut-Callahan, M. 1995. Pain control in hospitalized postsurgical patients. MEDSURG Nursing 4(5): 367-372.
- Phipps, W J., Cassmeyer, V. L., Sands, J. K., and Lehman, M. K. 1995. Medical-surgical nursing: Concepts and clinical practice. 5th ed. St. Louis: Mosby-Year Book.
- Polit, D. F., and Hungler, B. P. 1995. Nursing research: Principle and methods. 5th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Polit, D. F., and Hungler, B. P. 1999. Nursing research: Principle and methods. 6th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Prithvi Raj, P. 1992. Practical management of pain. 2nd ed. St. Louis: Mosby-Year Book.
- Pulltillo, K. A., Stannard, D., Miaskowski, C., Kehrlé, K., and Gleeson, S. 2002. Use of pain assessment and intervention notation (P.A.I.N.) tool in critical care nursing practice: Nurses' evaluations. Heart and Lung 31(4): 303-313.
- Renfro, D. H., O'Sullivan, P. S., and McGee, G. W. 1990. The relationship of attitude, subjective norm, and behavioral intent to the documentation behavior of nurses. Scholarly Inquiry for Nursing Practice 4(1): 47-64.
- Rond, M., Wit, R., and Dam, F. 2001. The implementation of pain monitoring programme for nurses in daily clinical practice: Results of a follow-up study in five hospitals. Journal of Advanced Nursing 35(4): 590-598.

- Rond, M., et al. 1999. Daily pain assessment: Value for nurses and patients. Journal of Advanced Nursing 29(2): 436-444.
- Thorndike, R. M. 1978. Correlational procedures for research, pp. 183-184. New York: Gardner Press.
- Waddie, N. A. 1996. Language and pain expression. Journal of Advanced nursing 23: 868-872.
- Wallace, K. G., and Reed, B. A. 1995. Staff nurses' perception of barriers to effective pain management. Journal of Pain and Symptom Management 10(3): 204-213.
- Warfield, C. A., and Kahn, C. H. 1995. Acute pain management. Programs in U.S. hospitals and experiences and attitudes among U.S adult. Anesthesiology, 83(5): 1090-1094. Cited in Marion Good. Acute pain. Annual Review of Nursing Research 17: 107-132, 1999.
- Watt-Watson, J., Steven, B., Garfinkel., Streiner, D., and Gallop, R. 2001. Relationship between nurses' pain knowledge and pain management outcomes for their postoperative cardiac patients. Journal of Advanced nursing 36: 535-545.
- Watt-Watson, J., and Donovan, M. I. 1992. Pain management: Nursing perspective, pp. 401-409. Toronto: Mosby Year Book.
- Watt-Watson, J., Garfinkel, P., Gallop, R., Stevens, B., and Streiner, D. 2000. The impact of nurses' empathic responses on patient pain management in acute care. Nursing research 49: 1-10.
- Wells, P. E., Framptom, V., and Bowsher, D. 1994. Pain management by physiology. 2nd ed. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Zalon, M. L. 1993. Nurses' assessment of postoperative patients' pain. PAIN 54: 329-334.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

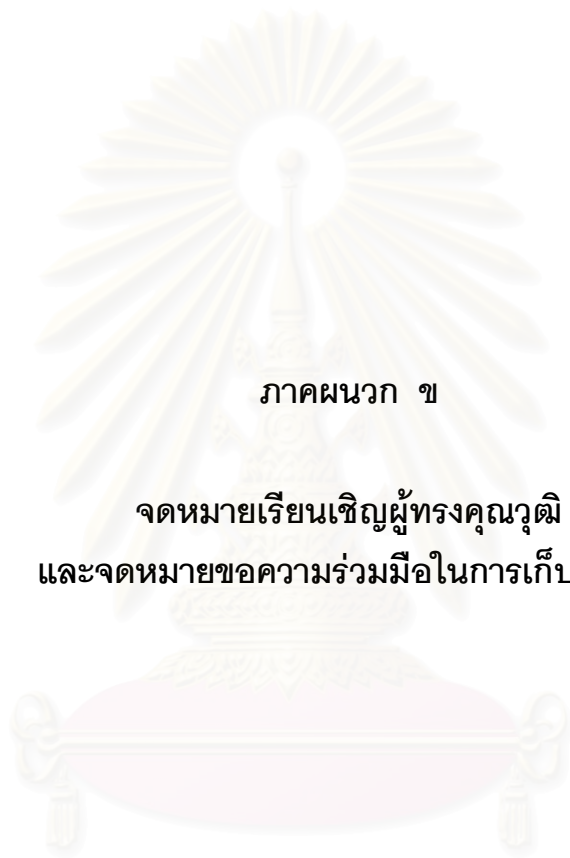
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อุไร จันทรมงคล	ภาควิชาพื้นฐานวิชาชีพ และบริหารการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
นางเพ็ญจันทร์ แสนประสาน	ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลด้านวิชาการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นาเรรัตน์ จิตรมนตรี	ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร. วรณยุพา รอยกุลเจริญ	ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
อาจารย์ นรลักษณ์ เอื้อกิจ	อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นาง ศรัณยา หวงสุวรรณ	พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยอาหาร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
นางสาว นิตยา ร่มรื่น	พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยจงดกลนี้ วัดมุนวงศ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เมษายน 2547

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

เนื่องด้วย นางสาวกนิษฐ ศรีปานแก้ว นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญาเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป ดังนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อูไร จันทระเมคา ภาควิชาพื้นฐานวิชาชีพและบริหาร
2. ดร. วรณยุพา รอยกุลเจริญ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

1) ผศ. อูไร จันทระเมคา

2) ดร. วรณยุพา รอยกุลเจริญ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผศ. ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817

ชื่อนิสิต

นางสาวกนิษฐ ศรีปานแก้ว โทร. 0-6331-2913

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เมษายน 2547

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวกนิษฐ ศรีปานแก้ว นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญาเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นารีรัตน์ จิตรมนตรี ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นารีรัตน์ จิตรมนตรี

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817

ชื่อนิสิต

นางสาวกนิษฐ ศรีปานแก้ว โทร. 0-6331-2913

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เมษายน 2547

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เนื่องด้วย นางสาวกนิษฐ ศรีปานแก้ว นิสิตปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
“ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับความ
ตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้กลุ่มประชากรตัวอย่าง
คือ พยาบาลวิชาชีพดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดห้องห้อง หอศัลยกรรมทั่วไปและหอศัลยกรรมเฉพาะ
ทาง เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวกนิษฐ ศรีปานแก้ว ดำเนินการเก็บ
รวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่า
จะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

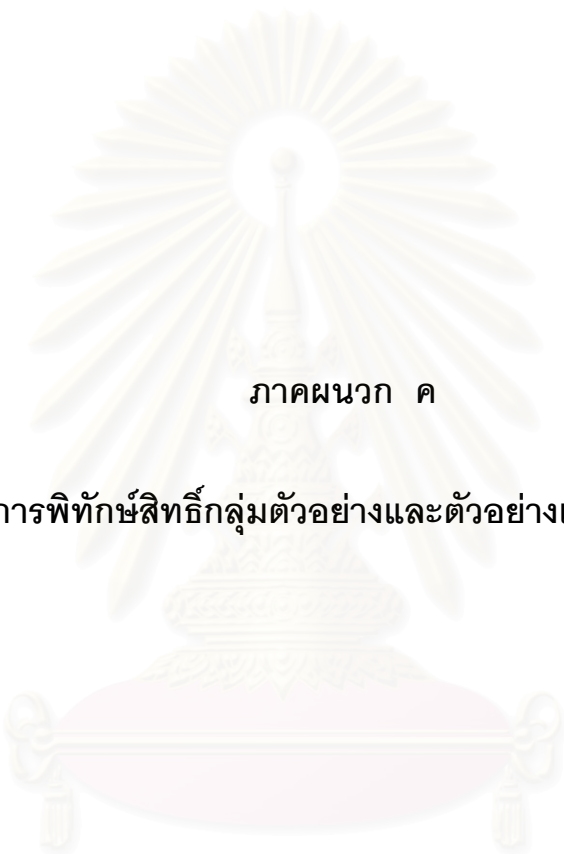
โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817

ชื่อนิสิต


นางสาวกนิษฐ ศรีปานแก้ว โทร. 0-6331-2913



ภาคผนวก ค

เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและตัวอย่างเครื่องมือการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



เอกสารการพิธีสิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/ Participant Information Sheet)

ในการทำวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัย จะได้รับการพิทักษ์สิทธิโดยยินยอม เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ หลังจากผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างดังนี้

“สวัสดิ์คีระ” ดิฉัน กนิษฐ ศรีปานแก้ว นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังทำวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด” เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อให้การจัดการความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม และเป็นการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงใคร่ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวด แบบสอบถามเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการประเมินความเจ็บปวด และแบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการประเมินความเจ็บปวด

ในการตอบแบบประเมิน ผู้เข้าร่วมการวิจัย ไม่ต้องระบุ ชื่อ-นามสกุล ลงในแบบประเมิน จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมการวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ในระหว่างการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ และไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม จะไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของท่าน และท่านมีสิทธิที่จะบอกเลิกเมื่อใดก็ได้ตามต้องการ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตัวอย่างเครื่องมือการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามสำหรับงานวิจัยเรื่อง

“ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด”

ประกอบด้วย 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1. () เพศหญิง () เพศชาย
2. อายุ...ปี
3. สถานภาพสมรส
() 1. โสด () 2. คู่ () 3. ม่าย () 4. หย่า () 5. แยก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

คำชี้แจง โปรดอ่านและพิจารณาข้อความในสี่เหลี่ยมข้างล่าง แล้วตอบคำถามโดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับความตั้งใจของท่านมากที่สุดเพียงเครื่องหมายเดียวในแต่ละข้อ ขอให้ถือว่าแต่ละช่องมีความห่างเท่ากัน เช่น “มาก” ห่างจาก “ปานกลาง” เท่ากับ “ปานกลาง” ห่างจาก “น้อย” เท่ากัน

สถานการณ์ที่ 1

นางโสภาอายุ 45 ปี เป็นผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดช่องท้องเป็นวันที่ 3 มีบาดแผลกลางหน้าท้อง พยาบาลลำดวนปฏิบัติงานเวรเช้า พยายามกระตุ้นให้นางโสภาลุกจากเตียงนอน แต่นางโสภาพบปวดแผลผ่าตัดตลอดเวลา พยาบาลลำดวนสังเกตว่านางโสภาไม่น่าจะปวดแผลผ่าตัดมาก จึงขอดูแผลผ่าตัด แล้วสอบถามลักษณะการปวด ตำแหน่งที่ปวด ผลกระทบจากความเจ็บปวด หลังจากนั้นพยาบาลลำดวนนำเครื่องมือมาประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวดโดยให้ผู้ป่วยบอกระดับความรุนแรงพร้อมทั้งลงบันทึก แล้วดูแลให้นางโสภาพอนพักบนเตียงนอน รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวด พบว่า นางโสภาพมีความเจ็บปวดอยู่ในระดับปานกลางจึงให้การดูแลลดความเจ็บปวดและติดตามประเมินผลต่อไป

ตัวอย่างลักษณะคำถาม

1. ฉันตั้งใจจะทำการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดตามข้อความที่ขีดเส้นใต้ แบบพยาบาลลำดวน เวลาที่ปฏิบัติงานในเวร

เป็นไปได้ _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ เป็นไปไม่ได้
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปานกลาง มาก
 2 อย่าง

2.

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความและพิจารณาเป็นส่วนประกอบในการตอบคำถามส่วนที่ 3 ส่วนที่ 4 และ ส่วนที่ 5

การประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่หลังผ่าตัดช่องท้อง ประกอบด้วย 3 วิธี

- 1) ประเมินสภาพความเจ็บปวดของผู้ป่วย ด้วยการสอบถามผู้ป่วยแล้วให้ผู้ป่วยเล่าบรรยายลักษณะความเจ็บปวด ความรุนแรงของความเจ็บปวด ตำแหน่งและขอบเขตของความเจ็บปวด ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมด้านน้ำเสียงและอารมณ์ การแสดงออกทางใบหน้า การเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วย และการประเมินสัญญาณชีพ
- 2) ใช้เครื่องมือประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวดและลงบันทึก

3) ติดตามประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยได้รับการจัดการความเจ็บปวด โดยประเมินความเจ็บปวดจากผู้ป่วย และบันทึกทางการพยาบาล

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

3.1 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวด

3.2 แบบสอบถามการประเมินผลการกระทำการประเมินความเจ็บปวด

กรุณาตอบคำถามโดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงเครื่องหมายเดียวในแต่ละข้อ ขอให้ถือว่าแต่ละช่องมีความห่างเท่ากัน เช่น "มาก" ห่างจาก "ปานกลาง" เท่ากับ "ปานกลาง" ห่างจาก "น้อย" เท่ากัน

3.1 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวด

คำถาม

1. การประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดของห้อง ทั้ง 3 วิธี เวลาที่ปฏิบัติงานในเวร ทำให้ฉันประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้ตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด

เห็นด้วย _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ ไม่เห็นด้วย
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปานกลาง มาก
 2 อย่าง

3.2 แบบสอบถามการประเมินผลการกระทำการประเมินความเจ็บปวด

คำถาม

1. การประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้ตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดสำหรับฉันเป็นสิ่งที่

ดี _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ ไม่ดี
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปานกลาง มาก
 2 อย่าง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการคลายตามกลุ่มอ้างอิงในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

4.1 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับทัศนะกลุ่มอ้างอิง

4.2 แบบสอบถามแรงจูงใจทำตามกลุ่มอ้างอิง

กรุณาตอบคำถามโดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงเครื่องหมายเดียวในแต่ละข้อ

4.1 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับทัศนะกลุ่มอ้างอิง

คำถาม : ท่านเห็นด้วยกับบุคคลต่อไปนี้เพียงใด (ตอบคำถามข้อ 1-3)

1. ผู้ป่วยของท่านคิดว่าท่านควรทำการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทั้ง 3 วิธีเวลาที่ท่านปฏิบัติงานในเวร

เห็นด้วย _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ ไม่เห็นด้วย
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปานกลาง มาก
 2 อย่าง

4.2 แบบสอบถามแรงจูงใจทำตามกลุ่มอ้างอิง

คำถาม

1. โดยทั่วไปท่านยินดีทำตามที่ผู้ป่วยของท่านต้องการให้ท่านทำการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพียงใด

ยินดี _____ : _____ : _____ : _____ : _____ ไม่ยินดีเลย
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปานกลาง มาก
 2 อย่าง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

5.1 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม

5.2 แบบสอบถามการรับรู้การควบคุม

กรุณาตอบคำถามโดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงเครื่องหมายเดียวในแต่ละข้อ

5.1 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม

คำถาม

1. เมื่อผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวด ฉันจะประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยวัยหลังผ่าตัดของห้องส่วนบนทั้ง 3 วิธี เวลาที่ฉันปฏิบัติงานในเวร

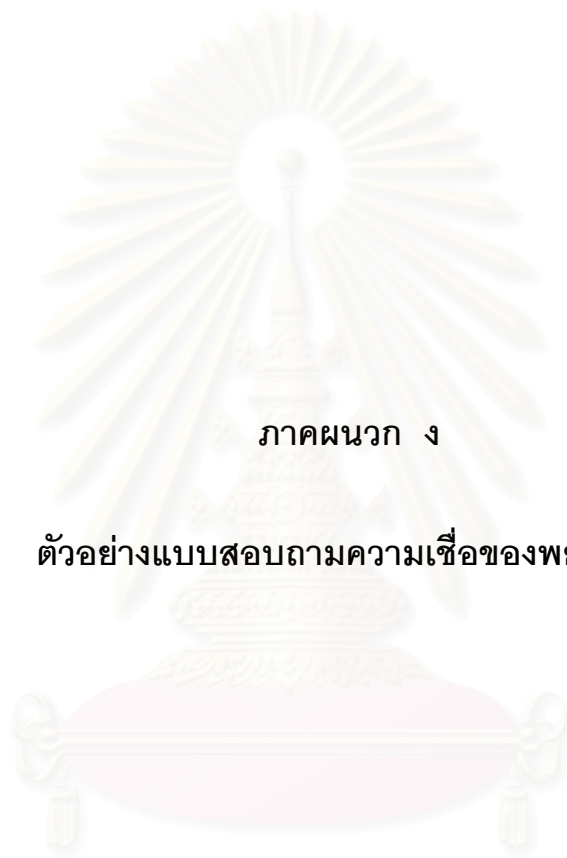
เป็นไปได้ _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ เป็นไปไม่ได้
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปานกลาง มาก
 2 อย่าง

5.2 แบบสอบถามการรับรู้การควบคุม

คำถาม

1. การที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวด ทำให้การประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดของห้องทั้ง 3 วิธี เวลาปฏิบัติงานในเวร สำหรับฉันเป็นสิ่งที่

ง่าย _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ ยาก
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปานกลาง มาก
 2 อย่าง



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างแบบสอบถามความเชื่อของพยาบาล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถาม ความเชื่อเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมการประเมินความเจ็บปวด ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม

ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมประเมินความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับการควบคุมการกระทำพฤติกรรมในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ตอนที่ 2 ประกอบด้วย 5 ส่วน

แบบสอบถามตอนที่ 1

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วตอบคำถามในส่วนที่ 1, ส่วนที่ 2 และ ส่วนที่ 3 โดยพิจารณาก่อนเติมคำตอบ

การประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบพยาบาลลำดวน

พยาบาลลำดวน ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ในระหว่างที่ขึ้นปฏิบัติงานทุกครั้งในแต่ละเวร เมื่อมีผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง อยู่ในระหว่าง 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด นอนพักรักษาในหอผู้ป่วย พยาบาลลำดวนจะประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ดังต่อไปนี้ร่วมกัน 1) ประเมินสภาพความเจ็บปวดของผู้ป่วย ด้วยการสอบถามผู้ป่วยแล้วให้ผู้ป่วยเล่าบรรยายลักษณะความเจ็บปวด ความรุนแรงของความเจ็บปวด ตำแหน่งและขอบเขตของความเจ็บปวด ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมด้านน้ำเสียงและอารมณ์ การแสดงออกทางใบหน้า การเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วย และการประเมินสัญญาณชีพ 2) ใช้เครื่องมือประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวด และลงบันทึก 3) ติดตามประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมในการประเมิน
ความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

คำถาม ท่านเชื่อว่าท่านทำการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง
แบบพยาบาลลำดวนแล้วจะมีผลดีอย่างไร

1.....
.....
.....

คำถาม ท่านเชื่อว่าท่านทำการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง
แบบพยาบาลลำดวนแล้วจะมีผลเสียอย่างไร

1.....
.....
.....

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงในการกระทำพฤติกรรมการ
ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด
(โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเชื่อของท่านมากที่สุด ท่านสามารถเลือกกา
เครื่องหมาย ✓ ได้มากกว่า 1 ช่อง)

คำถาม ท่านเชื่อว่าใครต่อไปนี้ที่มีความสำคัญต่อท่าน คิดว่าท่านควรทำการประเมินความ
เจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง แบบพยาบาลลำดวน

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> เพื่อนพยาบาล | <input type="checkbox"/> แพทย์ |
| <input type="checkbox"/> หัวหน้าหอผู้ป่วย | <input type="checkbox"/> ผู้ร่วมงานอื่น ๆ โปรดระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ..... |

คำถาม ท่านเชื่อว่าใครต่อไปนี้ที่มีความสำคัญต่อท่าน คิดว่าท่านไม่ควรทำการประเมินความ
เจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง แบบพยาบาลลำดวน

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> เพื่อนพยาบาล | <input type="checkbox"/> แพทย์ |
| <input type="checkbox"/> หัวหน้าหอผู้ป่วย | <input type="checkbox"/> ผู้ร่วมงานอื่น ๆ โปรดระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ..... |

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับการควบคุมการกระทำพฤติกรรมในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

คำถาม ท่านเชื่อว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่ส่งเสริมหรือขัดขวางท่าน เมื่อท่านทำการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง แบบพยาบาลลำดวน

ปัจจัยที่ส่งเสริม

1.....

.....

ปัจจัยที่ขัดขวาง

1.....

.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การคำนวณหาค่าความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและทำการปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำผลที่ได้ไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือแต่ละชุดด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (Coefficient of Internal Consistency) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ที่มีสูตรดังนี้ (ประคองกรรณสูต, 2538)

$$\alpha = \left(\frac{n}{n-1} \right) \left(1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right)$$

เมื่อ α = สัมประสิทธิ์แห่งความเที่ยง
 n = จำนวนข้อความ
 Si^2 = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
 St^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวมในแบบประเมินทั้งหมด

2. คำนวณหาค่าร้อยละ (Percentage) ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง ประสบการณ์การเข้าอบรมในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดในระหว่างปฏิบัติงาน โดยใช้สูตร

$$P = \frac{f \times 100}{n}$$

เมื่อ P = ค่าร้อยละ
 f = ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
 n = จำนวนรวมทั้งหมด

3. การคำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และ ความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวด (ประคอง กรวรรณสูตร, 2538)

โดยใช้สูตร

สูตรคำนวณค่าเฉลี่ย (Mean)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ \bar{X} = ค่าเฉลี่ยหรือมัธยฐานเลขคณิต

$\sum X$ = ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว

N = จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

สูตรคำนวณส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

$$S.D. = \sqrt{\frac{N\sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum X$ = ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว

$\sum X^2$ = ผลรวมของคะแนนทั้งหมดแต่ละตัวยกกำลังสอง

N = จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

4. หาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวด การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และ ความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวด โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน (Pearson product – moment correlation) ใช้สูตรดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2541: 314)

$$r_{xy} = \frac{N\sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[N\sum x^2 - (\sum x)^2][N\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ r_{xy} = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x และตัวแปร y

$\sum x$ = ผลรวมของข้อมูลที่วัดได้จากตัวแปร x

$\sum y$ = ผลรวมของข้อมูลที่วัดได้จากตัวแปร y

$\sum xy$ = ผลรวมของผลคูณระหว่างค่าของตัวแปร x และ y

$\sum x^2$ = ผลรวมกำลังสองของข้อมูลจากตัวแปร x

$\sum y^2$ = ผลรวมกำลังสองของข้อมูลจากตัวแปร y

N = จำนวนคนหรือจำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

5. สร้างสมการพยากรณ์ความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวด ด้วยตัวแปรพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการประเมินความเจ็บปวด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมการรูปคะแนนดิบ

$$\hat{y} = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_kx_k$$

เมื่อ \hat{y} = คะแนนที่ได้จากการพยากรณ์

a = ค่าคงที่

$b_1b_2\dots b_k$ = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$x_1x_2\dots x_k$ = คะแนนดิบของตัวพยากรณ์แต่ละตัว

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_y = \beta_1 Z_1 + \beta_2 Z_2 + \dots + \beta_k Z_k$$

เมื่อ Z_y = คะแนนมาตรฐานของตัวแปร

$\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_k$ = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

Z_1, Z_2, \dots, Z_k = คะแนนมาตรฐานของตัวพยากรณ์แต่ละตัว

6. หาสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) โดยใช้สูตรดังนี้

$$R^2 = \sqrt{\frac{SS_{reg}}{SS_1}}$$

เมื่อ R^2 = สัมประสิทธิ์การพยากรณ์

SS_{reg} = ความแปรปรวนของตัวแปรตามที่สามารถอธิบายได้ด้วยตัวแปร
พยากรณ์

SS_1 = ความแปรปรวนทั้งหมดของตัวแปรเกณฑ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ฉ

ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. ข้อมูลเกี่ยวกับเจตคติของพยาบาลต่อการประเมินความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด

คะแนนรายข้อของ ความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (b_i) การประเมินผลการกระทำการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (e_i) และเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวดโดยรวมที่มาจากผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (b_i) และการประเมินผลการกระทำการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (e_i) วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 แสดงค่าเฉลี่ยรายข้อของ ความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (b_i) การประเมินผลการกระทำการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (e_i) และ เจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวดโดยรวมที่มาจากผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (b_i) และการประเมินผลการกระทำการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (e_i)

การประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (ความเชื่อเด่นชัด)	b_i	e_i	$b_i \times e_i$
1. มีแนวทางในการปฏิบัติ	6.49	6.81	44.47
2. ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความเจ็บปวด ที่เหมาะสม	6.41	6.91	44.33
3. ประเมินความเจ็บปวดได้ครอบคลุม	6.34	6.88	43.67
4. ประเมินความเจ็บปวดได้ตรง กับสภาพที่ผู้ป่วยมีความปวดจริง	6.36	6.86	43.61
5. ใช้เวลามาก	2.77	4.66	12.01
		รวม $\sum b_i e_i$	188.09

จากตารางที่ 11 พบว่ากลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพมีเจตคติต่อการประเมินความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยรวมเฉลี่ย เท่ากับ 188.09 อยู่ในทางบวกระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาเจตคติของพยาบาลต่อการประเมินความเจ็บปวดมาจากข้อคำถามรายชื่อที่เป็นผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (b₁) และ การประเมินผลการกระทำการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (e₁) คะแนนรายชื่อที่มากที่สุด คือ ทำให้มีแนวทางในการปฏิบัติ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 44.47 และ คะแนนรองลงมาคือ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดที่เหมาะสม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 44.33 และคะแนนรายชื่อที่ต่ำที่สุด คือ ทำให้ใช้เวลามาก เท่ากับ 12.01

หมายถึงพยาบาลมีความเชื่อและประเมินผลต่อการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ครอบคลุมในทางบวก อันดับแรกคือทำให้มีแนวทางในการปฏิบัติ และทำให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดที่เหมาะสมเป็นอันดับรองลงมา และพยาบาลมีความเชื่อและประเมินผลต่อการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ครอบคลุมในทางลบว่าทำให้ใช้เวลามาก



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

คะแนนรายชื่อของ ความเชื่อเกี่ยวกับทัศนะกลุ่มอ้างอิงที่มีอิทธิพลต่อการกระทำการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (NB_j) แรงจูงใจทำตามกลุ่มอ้างอิง (MC_j) และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยรวมที่มาจากผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับทัศนะกลุ่มอ้างอิงที่มีอิทธิพลต่อการกระทำการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (NB_j) และแรงจูงใจทำตามกลุ่มอ้างอิง (MC_j) วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 แสดงค่าเฉลี่ยรายชื่อของ ความเชื่อเกี่ยวกับทัศนะกลุ่มอ้างอิงที่มีอิทธิพลต่อการกระทำการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (NB_j) แรงจูงใจทำตามกลุ่มอ้างอิง (MC_j) และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยรวมที่มาจากผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับทัศนะกลุ่มอ้างอิงที่มีอิทธิพลต่อการกระทำการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (NB_j) และแรงจูงใจทำตามกลุ่มอ้างอิง (MC_j)

การประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (กลุ่มอ้างอิงเด่นชัด)	NB_j	MC_j	$NB_j \times MC_j$
1. ผู้ป่วย	6.23	6.48	40.89
2. แพทย์ผู้ร่วมงาน	6.36	6.18	39.42
3. เพื่อนพยาบาล	6.12	6.19	38.02
	รวม $\sum NB_j$	MC_j	118.33

จากตารางที่ 12 พบว่ากลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพมีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยรวมเฉลี่ย เท่ากับ 118.33 อยู่ในทางบวกระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาการคล้ายตามกลุ่มอ้างอิงของพยาบาลวิชาชีพในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมาจากข้อความรายชื่อที่เป็นผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับทัศนะกลุ่มอ้างอิงที่มีอิทธิพลต่อการกระทำการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (NB_i) และแรงจูงใจทำตามกลุ่มอ้างอิง (MC_j) คะแนนรายชื่อที่มากที่สุด คือ ผู้ป่วยเป็นกลุ่มอ้างอิงที่พยาบาลมีความเชื่อว่า ผู้ป่วยคิดว่าพยาบาลควรกระทำการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม และผู้ป่วยเป็นแรงจูงใจให้พยาบาลกระทำการประเมินความเจ็บปวด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 40.89 คะแนนเฉลี่ยรองลงมาคือ แพทย์ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 39.42



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

คะแนนรายข้อของ ความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับการควบคุมการกระทำพฤติกรรมประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (C_k) การรับรู้การควบคุมการกระทำประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (P_k) และ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดโดยรวมที่มาจากผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับการควบคุมการกระทำพฤติกรรมประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (C_k) และการรับรู้การควบคุมการกระทำประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (P_k) วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 แสดงค่าเฉลี่ยรายข้อของ ความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับการควบคุมการกระทำพฤติกรรมประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (C_k) การรับรู้การควบคุมการกระทำประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (P_k) และ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดโดยรวมที่มาจากผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับการควบคุมการกระทำพฤติกรรมประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (C_k) และการรับรู้การควบคุมการกระทำประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (P_k)

การประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (ปัจจัยเด่นชัด)	C_k	P_k	$C_k \times P_k$
1. มีเวลาในการประเมินความเจ็บปวด	6.50	6.54	42.77
2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการ ให้ข้อมูล เกี่ยวกับความเจ็บปวด	6.34	6.51	41.93
3. ได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้ เกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวด	6.38	6.44	41.34
4. มีประสบการณ์ในการประเมินความเจ็บปวด	6.19	6.41	40.21

ตารางที่ 13 (ต่อ)

การประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (ปัจจัยเด่นชัด)	C_k	P_k	$C_k \times P_k$
5. มีแบบฟอร์มการประเมินความเจ็บปวด	6.07	6.03	37.42
6. มีภาระงานมาก	5.13	4.04	22.17
	รวม $\sum C_k P_k$		225.84

จากตารางที่ 13 พบว่ากลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยรวมว่าง่ายระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 225.84

เมื่อพิจารณาการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มาจากข้อคำถามรายชื่อที่เป็นผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับการควบคุมการกระทำพฤติกรรมประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (C_k) และการรับรู้การควบคุมการกระทำการประเมินความเจ็บปวดที่ครอบคลุม (P_k) คะแนนรายชื่อที่มากที่สุด คือ การมีเวลาในการประเมินความเจ็บปวด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 42.77 คะแนนรองลงมา คือ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 41.93 และคะแนนรายชื่อที่ต่ำที่สุด คือ การมีภาระงานมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.17

หมายถึง พยาบาลมีความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม และรับรู้การควบคุมว่า การมีเวลาในการประเมินความเจ็บปวดเป็นปัจจัยส่งเสริมอันดับแรก และผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวด เป็นปัจจัยส่งเสริมรองลงมา ทำให้พยาบาลกระทำพฤติกรรมการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดครอบคลุมได้ง่าย ส่วนปัจจัยขัดขวาง คือ การมีภาระงานมาก ทำให้พยาบาลรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองการกระทำพฤติกรรมการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดครอบคลุมได้ยาก

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว กนิษฐ ศรีปานแก้ว เกิดวันที่ 6 พฤศจิกายน 2514 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อปี พ.ศ.2537 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2545 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับ 6 หอผู้ป่วยระบบศัลยกรรมตกแต่ง และ ระบบศัลยกรรมลำไส้และทวารหนัก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย