

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย  
ที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบก ที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

ปัทมาวีร์ เกียรติสถิตกุล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ตุลาคม 2561

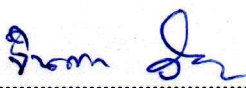

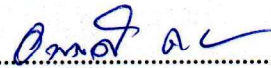
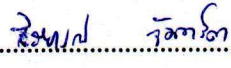
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ ปณิฑาจารย์ เกียรติสถิตกุล ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนัดควนิชัย)  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ คีแนน)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธาน  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)  
..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนัดควนิชัย)  
..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ คีแนน)  
..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชิราภรณ์ จันท์ดา)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย กุลเมตต์)  
วันที่ 29 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2561

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลือจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนัดวิชย์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ดินาน อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ท่านกรุณาให้คำปรึกษา และชี้แนะแนวทางที่ถูกต้อง และขอขอบพระคุณคณะกรรมการ สอบปากเปล่าทุกท่านที่ให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะเพื่อความสมบูรณ์เชิงวิชาการในการทำ วิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบและให้ข้อคิดเห็น ในการพัฒนาและปรับแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ ในการนี้ขอขอบพระคุณท่าน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้ความกรุณาอนุเคราะห์และอนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ทำให้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบกและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ หัวหน้าศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน บุคลากรประจำศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้กำลังใจและสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตา แต่บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันที่เอื้อให้ข้าพเจ้าได้มีโอกาส ในการศึกษาจนประสบความสำเร็จตราบเท่าทุกวันนี้

ปัทมาภรณ์ เกียรติสถิตกุล

57910058: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่: พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ: การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย/ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย/  
ความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ/ ความสุขสบาย/ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย  
ที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก

ปัทมาธิ์ เกียรติสถิตกุล: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของสมาชิกครอบครัว  
ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก ที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน (FACTORS RELATED TO COMFORT  
AMONG FAMILY MEMBERS OF TRAFFIC-ACCIDENT PATIENTS AT THE EMERGENCY  
DEPARTMENT) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ยุพิน ถนัดนิษฐ์, Ph.D., อภรณ์ ดินาน, Ph.D.  
112 หน้า. ปี พ.ศ. 2561.

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบกได้กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อ  
ทั้งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย การวิจัยพรรณนาค่าความสัมพันธ์ครั้งนี้เพื่ออธิบายความสุขสบาย  
และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก  
ที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างคือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก จำนวน  
82 ราย ที่ได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย  
แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบกและสมาชิกครอบครัว  
แบบสอบถามการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาล  
แก่ผู้ป่วย แบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ และแบบสอบถามความสุขสบาย  
ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ  
เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก มีความสุขสบาย  
ในระดับปานกลาง ( $M = 95.49, SD = 13.17$ ) การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ  
การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย และความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวก  
กับความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก ( $r = .337, .302$  และ  $.436$   
ตามลำดับ,  $p < .05$ ) ดังนั้นผู้ให้บริการสุขภาพควรตระหนักและให้การดูแลที่ส่งเสริมความสุขสบาย  
สำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกขณะเยี่ยมผู้ป่วยที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน  
โดยการให้ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างเพียงพอ การให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้มีส่วนร่วม  
ในการตัดสินใจการรักษาแก่ผู้ป่วย และการสร้างความเชื่อถือในการบริการสุขภาพให้เกิดการยอมรับ  
จากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก

57910058: MAJOR: ADULT NURSING; M.N.S. (ADULT NURSING)

KEYWORD: RECEIVING INFORMATION ABOUT ILLNESS/ PARTICIPATION IN  
TREATMENT DECISION FOR PATIENTS/ CREDIBILITY AND ACCEPTANCE  
ON HEALTHCARE SERVICE/ COMFORT/ FAMILY MEMBERS OF TRAFFIC-  
ACCIDENT PATIENTS

PANTAREE KIATSATHITKUL: FACTORS RELATED TO COMFORT AMONG  
FAMILY MEMBERS OF TRAFFIC-ACCIDENT PATIENTS AT THE EMERGENCY  
DEPARTMENT. ADVISORY COMMITTEE: YUPIN TANATWANIT, Ph.D., APORN DEENAN,  
Ph.D. 112 P. 2018.

Road traffic injuries have become a major public health problem affecting both patients and family members. This descriptive correlational study aimed to describe comfort and factor related to comfort among family members of traffic-accident patients. Eighty-two family members of traffic-accident patients at the emergency department were selected via the systematic sampling into this study. Instruments used in this study including demographic record form of patients and family members and questionnaires about receiving information of illness, participation in treatment decision for patients, credibility and acceptance on healthcare service, and comfort of family members. The data were analyzed to test the correlation by Pearson's product moment correlation coefficient.

The results of this study revealed that the family members of the traffic-accident patients felt comfort at the moderate level ( $M = 95.49$ ,  $SD = 13.17$ ). All three factors, receiving information about illness, participation in treatment decision for patients, and credibility and acceptance on healthcare services were positively correlated with comfort of family members ( $r = .337$ ,  $.302$ , and  $.436$  respectively,  $p < .05$ ). Thus, healthcare providers should concern and provide care to promote comfort for the family members of traffic-accident patients, at the emergency department. Nurses should provide information about illness, allow family members to participate in treatment decision, and develop the credibility healthcare services.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
สารบัญ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ช
สารบัญภาพ .....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	6
สมมติฐานการวิจัย .....	7
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	7
ขอบเขตของการวิจัย .....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
อุบัติเหตุจราจรทางบก .....	10
สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยและผลกระทบที่ได้รับจากการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางบก....	18
ทฤษฎีความสุขสบาย .....	22
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับ อุบัติเหตุจราจรทางบก .....	27
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	38
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	38
สถานที่ศึกษา .....	39
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	40
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ .....	45
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง .....	46
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	46
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	48

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย .....	49
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบกและสมาชิก ครอบครัวผู้ป่วย .....	50
ส่วนที่ 2 การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษา พยาบาลแก่ผู้ป่วย ความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ และความสุขสบาย ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบก .....	56
ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบกที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน .....	57
5 อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	59
สรุปผลการวิจัย .....	59
อภิปรายผล .....	60
ข้อเสนอแนะ .....	65
บรรณานุกรม .....	68
ภาคผนวก .....	83
ภาคผนวก ก .....	84
ภาคผนวก ข .....	93
ภาคผนวก ค .....	98
ภาคผนวก ง .....	100
ภาคผนวก จ .....	103
ภาคผนวก ฉ .....	106
ประวัติย่อของผู้วิจัย .....	112

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก ที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน .....	50
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก ที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน.....	52
3	จำนวน และร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (ตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย) .....	55
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย ความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ และความสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน .....	57
5	ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย ความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ กับความสบายของกลุ่มสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน .....	58
6	แบบสอบถามชุดที่ 3 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย.....	104
7	แบบสอบถามชุดที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย.....	104
8	แบบสอบถามชุดที่ 5 แบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ.....	105



## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8
2	ทฤษฎีความสุขสบาย.....	26

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการจราจรทางบกเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ และมีแนวโน้มที่จะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 7 ของโลก ในปี ค.ศ. 2030 และยังมีรายงานสถิติผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุการจราจรทางบกในประเทศไทยที่เพิ่มจาก 20.8 ต่อประชากรแสนคน ในปี ค.ศ. 2009 เป็น 21.9 ต่อประชากรแสนคนในปี ค.ศ. 2012 นอกจากนี้ ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนน (2559) พบว่า ในปี พ.ศ. 2558 อุบัติเหตุเกิดขึ้นประมาณ 60,000 ครั้ง ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิต 8,157 คน บาดเจ็บ 699,889 คน และทุพพลภาพถาวร 1,083 คน ที่สำคัญจากรายงานปี พ.ศ. 2559 ของจังหวัดชลบุรีซึ่งเป็นเขตอุตสาหกรรมและการท่องเที่ยว พบว่ามีอุบัติเหตุจากการจราจรทางบกเกิดขึ้น 10,208 ครั้ง มีผู้เสียชีวิต 413 คน และผู้บาดเจ็บ 10,926 คน ซึ่งการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการจราจรทางบกมักก่อให้เกิดอันตรายกับอวัยวะได้หลายระบบพร้อมกัน บริเวณที่ได้รับบาดเจ็บที่พบมากที่สุด ได้แก่ ศีรษะพบมากถึงร้อยละ 50 รองลงมา คือ การบาดเจ็บพร้อมกันหลายตำแหน่ง (ได้แก่ แขนขา ช่องอก และ/ หรือช่องท้อง) พบได้มากกว่าร้อยละ 40 (แสง โฉม ศิริพานิช, กาญจนีย์ คำนาคแก้ว และอวยพร คำวงศ์ศา, 2552; Seid, Azazh, Enquessellie, & Yisma, 2015) การบาดเจ็บต่ออวัยวะที่สำคัญดังกล่าวเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการส่งตัวเพื่อเข้ารักษาที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉินของแต่ละโรงพยาบาลโดยทันที (แสง โฉม ศิริพานิช และคณะ, 2552)

อุบัติเหตุการจราจรสามารถก่อให้เกิดการบาดเจ็บต่ออวัยวะที่สำคัญทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตจนมีผลกระทบต่อระบบไหลเวียนโลหิต เช่น ทรวงอก ช่องท้อง (Ditsuwan, Veerman, Barendregt, Bertram, & Vos, 2011) ส่งผลให้เกิดอาการหมดสติ หายใจหายใจ และ/ หรือมีภาวะหัวใจหยุดเต้น (กนิษฐา จานงนิตย์, 2551; ธิดา ธรรมรักษา, บุปผา ลาภทวี และอมรพล กันเลิศ, 2559) หรือระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่อาจมีผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ (Ditsuwan et al., 2011) บางรายได้รับบาดเจ็บที่ระบบประสาทไขสันหลัง ทำให้สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายในส่วนที่ต่ำกว่ารอยโรค (Gardner & Kluger, 2004) จากลักษณะอาการบาดเจ็บเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการส่งตัวเพื่อเข้ารับการรักษาที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉินอย่างเร่งด่วนทันที การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับเป็นการช่วยชีวิตในช่วงภาวะวิกฤต ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ การนวดหัวใจ การใส่ท่อระบายทรวงอก การผ่าตัดฉุกเฉิน การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น (กนิษฐา จานงนิตย์, 2551; ประยงค์ ทับทิม, 2552)

ซึ่งนอกจากผลของการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางบกจะมีผลกระทบต่อด้านร่างกายของผู้ป่วยแล้วนั้น ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวลในเรื่องการฟื้นฟู ส่งผลกระทบต่อด้านสังคมของผู้ป่วย เช่น ภาวะทางเศรษฐกิจของครอบครัว และบทบาทหน้าที่ที่การทำงานต้องเปลี่ยนแปลงหรือปรับเปลี่ยนไป (Stein et al., 2016) ทั้งหมดนี้เป็นผลกระทบจากอุบัติเหตุจราจรทางบกที่กระทบต่อตัวผู้ป่วย

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบกยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย (Gavaghan & Carroll, 2002) ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยต้องตกอยู่ในสถานการณ์ความเครียดหรือสถานการณ์การดูแลสุขภาพที่มีความเครียด (Kolcaba, 2003) เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยสมาชิกครอบครัวไม่ได้คาดคิดหรือเตรียมตัวที่จะเผชิญกับสถานการณ์มาก่อน อันจะนำมาซึ่งความไม่สุขสบายต่าง ๆ ให้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ความไม่สุขสบายเป็นความรู้สึกตรงกันข้ามกับความสุขสบาย ซึ่ง Kolcaba (2003) ให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกพึงพอใจ เนื่องจากได้รับการตอบสนองความต้องการทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ด้านสังคม-วัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อม และจากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องที่อาจเกี่ยวข้องกับ ความไม่สุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน พบว่า ความไม่สุขสบายทางด้านจิตใจเป็นสิ่งแรกที่เกิดขึ้นทันทีทันใดภายหลังทราบข่าวการเกิดอุบัติเหตุ โดยสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลหรือความเครียดในระดับสูง (Verhaeghe, Derfloor, & Grypdonck, 2005) จากการไม่ได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยยังคงได้รับการรักษาพยาบาลจากแพทย์ (Redley, LeVasseur, Peters, & Bethune, 2003) สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยอาจเกิดการคาดคะเนการบาดเจ็บไปในลักษณะที่รุนแรงหรืออาจบาดเจ็บต่ออวัยวะที่สำคัญในร่างกาย และมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความวิตกกังวลจากความไม่แน่นอนของการบาดเจ็บ (Bond, Draeger, Mandleco, & Donnelly, 2003) การไม่ทราบอาการเปลี่ยนแปลงและ/หรือความรุนแรงของการบาดเจ็บ และแนวทางการรักษาผู้ป่วย ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยไม่เข้าใจหรือไม่อาจสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ที่กำลังเกิดขึ้น (Bond et al., 2003) นอกจากนี้จากการศึกษาของ Al-Mutair, Plummer, Clerehan, and O'Brien (2013) ยังพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้เกิดความวิตกกังวลจากสภาพแวดล้อมที่มีเครื่องมืออุปกรณ์ช่วยชีวิตมากมาย ซึ่งสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยไม่คุ้นเคย เกิดความไม่เข้าใจ วิตกกังวลในความคลุมเครือของสถานการณ์ที่พบเห็น ทำให้เกิดความรู้สึกสับสน กระวนกระวายใจ (Wright, Afari, & Zautra, 2009) ซึ่งความไม่สุขสบายทางจิตใจ-จิตวิญญาณนี้ส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย (Perez-Nunez, Pelcastre-Villafuerte, Hajar, Avila-Burgos, & Celis, 2012; Hoang, Pham, Vo, & Ngugen, 2008) ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง

(Verhaeghe et al., 2005) การกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติกทำให้เกิดอาการใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ลึก เหงื่อออกตัวเย็น กล้ามเนื้อเกร็ง (ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์, 2558)

ทางด้านความไม่สุขสบายทางด้านสังคม-วัฒนธรรม พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่มีการจัดการทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจในทีมการรักษาพยาบาล (ภัทรนุช ภูมิพาน, ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, ทศนี ประสพภักดีคุณ และกวีวรรณ ลีมประยูร, 2555) และอาจทำให้มีพฤติกรรมหรือปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเปลี่ยนแปลง เช่น อารมณ์แปรปรวน การใช้ น้ำเสียงหรือภาษาพูดที่เปลี่ยนไป ไม่ให้ความร่วมมืออันจะเป็นประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาล (Horn & Tesh, 2000) อีกทั้งในบางครั้งต้องเข้ามาทำหน้าที่ในการตัดสินใจการรักษาพยาบาล แทนผู้ป่วยที่ไม่สามารถตัดสินใจการรักษาพยาบาลให้แก่ตัวเองได้ ซึ่ง Boer et al. (2015) พบว่า เป็นช่วงเวลาที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยรู้สึกว่าการตัดสินใจที่ต้องทำหน้าที่ดังกล่าวแทนตัวผู้ป่วย ในส่วนของความไม่สุขสบายทางด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า เกี่ยวข้องกับบรรยากาศของสถานที่พักรอ ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่มีเสียงดัง อากาศร้อน หรือมีสิ่งอำนวยความสะดวกที่ไม่เพียงพอ Redley et al. (2003) พบว่า ความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญที่ต้องได้รับการดูแลส่งเสริมในขณะเดียวกันต้องบรรเทาความทุกข์หรือความโศกเศร้าจากสถานการณ์ ความเครียดที่กำลังเผชิญอยู่ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแรงขับต่าง ๆ ที่จะทำให้สมาชิก ครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบกไม่เกิดความต้องการความสุขสบาย หรือไม่เกิดความไม่สุขสบายแต่กลับมีความสุขสบายจนเกิดความพึงพอใจนั้น พบว่า การได้รับ ข้อมูลการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และความเชื่อถือ และยอมรับในการบริการสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ได้มีผลต่อความสุขสบาย ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ดังนี้

การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย เป็นสิ่งสำคัญลำดับแรกที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยต้องการ (Al-Mutair et al., 2013; Verhaeghe, Defloor, Zuuren, Duijnste, & Grypdonck, 2005) เพื่อนำไป ลดความวิตกกังวลจากสถานการณ์ความเครียดทางสุขภาพที่กำลังเผชิญอยู่ (เกสร ปัญญาใส, 2553; รุ่งนภา เขียวชะอำ, ศรีสุดา งามขำ, คงขวัญ จันทรเมธากุล, รัชสุรีย์ จันทเพชร และสาคร พร้อมเพราะ, 2556) ถ้าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยหรือได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ อาจเป็น สาเหตุที่สร้างสถานการณ์ความเครียด และเกิดความไม่สุขสบายจากการไม่ได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย หรือไม่ได้เห็นขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยได้ (Redley et al., 2003) จากการศึกษาของ Al-Mutair et al. (2013) พบว่า ทุกครอบครัวมีความต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ยา สัญญาณชีพ การรักษาหรือการผ่าตัดที่ได้รับ รวมถึงอุปกรณ์ช่วยชีวิตต่าง ๆ ของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับ พัจรินทร์ ศิลป์กิจเจริญ, วัลภา คุณทรงเกียรติ และเขมมาธิ มาสิงบุญ (2551); Perez-Carceles,

Girona, Osuna, Falcon, and Luna (2010) ที่พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลสูง ตั้งแต่ในระยะแรกของการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล (Zainah, Sasikala, Nurfarieza, & Ho, 2016) อันเนื่องมาจากสถานการณ์การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันไม่มีเวลาเตรียมตัว ประกอบกับไม่สามารถคาดการณ์ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเกิดความกังวลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จากการศึกษาของ Arango-Lasprilla et al. (2010) พบว่า ความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยส่วนหนึ่งเกิดจากการไม่ได้รับข้อมูลหรือได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยอย่างไม่เพียงพอ ในสถานการณ์ของความเป็นจริง พบว่า การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยยังไม่เพียงพอ หรือน้อยกว่าความต้องการข้อมูลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย (พัชรินทร์ ศิลป์กิจเจริญ และคณะ, 2551; สัญญา โพธิ์งาม, วัลภา คุณทรงเกียรติ และสุภาภรณ์ ค้วงแพง, 2555; Bond et al., 2003) ดังนั้น การให้ข้อมูลการเจ็บป่วยกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ เปรียบเสมือนการให้แรงขับที่ช่วยส่งเสริมความสุขสบายให้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย จากการไม่ทราบเหตุการณ์ไม่เห็นอาการ และการไม่ได้อยู่ใกล้ชิดในระหว่างทำการรักษา และ เกสร ปัญญาใส (2553) พบว่า ภายหลังจากได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่าก่อนการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ( $p < .01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมามิตา สวัสดิ์นฤนาท, วิภา แซ่เขี้ย และประณีต ส่งวัฒนา (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนข้อมูลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะวิกฤต พบว่า ภายหลังจากเข้าโปรแกรมการให้ข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยมีค่าคะแนนความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าโปรแกรม ซึ่งข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย เพราะจะช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจในภาวะสุขภาพและอาการของผู้ป่วย (พัชรินทร์ ศิลป์กิจเจริญ และคณะ, 2551) รวมถึงเข้าใจในแบบแผนการรักษา (พรพิไล บัวสำอาง, วารินทร์ บิน โฮเซ็น และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์, 2556; Falk, Wendt, & Klang, 2008) ลดความรู้สึกไม่แน่นอน (ภัทรนุช ภูมิพาน และคณะ, 2555) ความวิตกกังวล และเกิดความพึงพอใจในการรับบริการ (วิไลลักษณ์ ประชुरพงษ์, 2543) ในขณะที่เดียวกันถ้าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยหรือได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยไม่เพียงพอจะทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล (Al-Mutair et al., 2013; Redley et al., 2003) และไม่ไว้วางใจในผู้ให้การรักษาพยาบาล หรือเกิดอารมณ์ในทางลบขึ้น (DeBeer & Brysiewicz, 2016)

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้ร่วมพิจารณาเลือกแนวทางที่ดี และเหมาะสมที่สุดในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยให้หมดไปหรือช่วยลดความรุนแรงของปัญหา (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2551) การมีส่วนร่วมตัดสินใจการรักษาพยาบาลนั้นถือเป็นส่วนหนึ่งของหลักจริยธรรมทางการแพทย์ ที่ผู้ให้การรักษาพยาบาลต้องเคารพการตัดสินใจตามสิทธิผู้ป่วย และญาติ (Tham & Letendre, 2014)

ทั้งนี้เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะไม่รู้สีกตัวหรือขาดความสามารถในการตัดสินใจได้ด้วยตนเอง การตัดสินใจการรักษาพยาบาลจึงเป็นหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่จะเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลนั้น (สันต์ ใจยอดศิลป์ และปริญญา คุณาวุฒิ, 2551; Lang & Quili, 2004) การศึกษาของ Khalaila (2014) ที่พบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการในการอยู่ใกล้ชิดและร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา Huffines et al. (2013) พบว่า การมีส่วนร่วมตัดสินใจการรักษา ระหว่างครอบครัวผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ทำให้ความพึงพอใจในการรับบริการของครอบครัวผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากแต่เดิมที่ครอบครัวผู้ป่วยไม่มีโอกาสเข้าร่วมตัดสินใจการรักษากับทีมสุขภาพ ถึงแม้ว่าจะมีการวิจัยสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย แต่จากการศึกษาของ Boer et al. (2015) เรื่องการตัดสินใจการรักษาในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันกลับพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความกังวลใจในการรับหน้าที่ที่จะต้องตัดสินใจในการเลือกการรักษาให้ผู้ป่วย และมีความต้องการให้แพทย์หรือทีมการรักษาเป็นผู้รับหน้าที่ในการตัดสินใจในภาวะฉุกเฉิน เนื่องมาจากการรักษาในภาวะนี้มีทั้งโอกาสที่ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น และมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการเจ็บป่วย และ/ หรือการรักษาซึ่งสอดคล้องกับ นริสา สะมาแอ, กิตติกร นิลมานัต และวารภรณ์ คงสุวรรณ (2556) ที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย พบว่า การตัดสินใจในภาวะวิกฤตทำให้ผู้ดูแลหลักเกิดความอึดอัด และ/ หรือ สับสนที่ต้องเลือกระหว่างความเชื่อส่วนบุคคลหรือความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วยกับความเห็นทางการแพทย์

ความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ เป็นระดับความเชื่อมั่นไว้วางใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่มีการรับบริการสุขภาพที่เกิดจากการรับรู้ และประเมินผลโดยสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกกว่า ผลการรักษาเป็นไปตามความคาดหวังหรือไม่จากการได้รับบริการทางสุขภาพที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพการบริการจนเกิดความเข้าใจยอมรับ (ศิริลักษณ์ ศรีทอง, 2555; Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1985) และเกิดความพึงพอใจ (รุ่งโรจน์ สงสระบุญ, 2557) ซึ่ง Kolcaba (2003) ถือว่า มีความสุขสบายเกิดขึ้น โดยที่ความพึงพอใจนั้นมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับทัศนคติของบุคคลซึ่งเกิดจากกระบวนการทางจิตใจต่อการให้คุณค่าต่อการบริการซึ่งเกิดจากการได้รับประสบการณ์การจากรับบริการที่เป็นไปตามความคาดหวัง (Bloom, 1964) ได้มีการศึกษาเรื่องความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ พบว่า ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมอง ( $r = -.426, p < .01$ ) (รัชนก ทรงทรัพย์, 2554) ครอบครัวเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเป็นครั้งแรก ( $r = -.40, p < .001$ )

(ภัทรนุช ภูมิพาน และคณะ, 2555) ซึ่งเป็นสถานการณ์วิกฤตของครอบครัว เมื่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจอาการแบบแผนการรักษา หรือไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะทำให้เกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ และรู้สึกคลุมเครือในสถานการณ์ ซึ่ง Anne and Ingegerd (2007) กล่าวว่า จะส่งผลให้เกิดความไม่ไว้วางใจ และเกิดความไม่เชื่อถือในทีมบริการสุขภาพ เมื่อเกิดความไม่เชื่อถือแล้ว จะทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจในการรับบริการซึ่งก็คือ มีความไม่สบายเกิดขึ้น ความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพนี้ยังมีผู้ศึกษาน้อย โดยเฉพาะในบริบทของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก จึงเห็นควรที่จะนำมาศึกษาเพื่อให้เห็นถึงความสัมพันธ์กับความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกในบริบทของศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันออกไป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาสรุปได้ว่า งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในประเทศไทยยังมีจำนวนอยู่น้อย โดยเฉพาะงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี ดังนั้นการศึกษาความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก ผู้ซึ่งได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยโดยตรงจึงเป็นสิ่งสำคัญปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย และความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ โดยผลการศึกษาจะนำมาเป็นความรู้เบื้องต้นในการหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่มีความสุขสบายเป็นเป้าหมายและผลลัพธ์ทางการพยาบาลแบบองค์รวมต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย ความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพกับความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

### สมมติฐานการวิจัย

1. การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน
2. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน
3. ความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

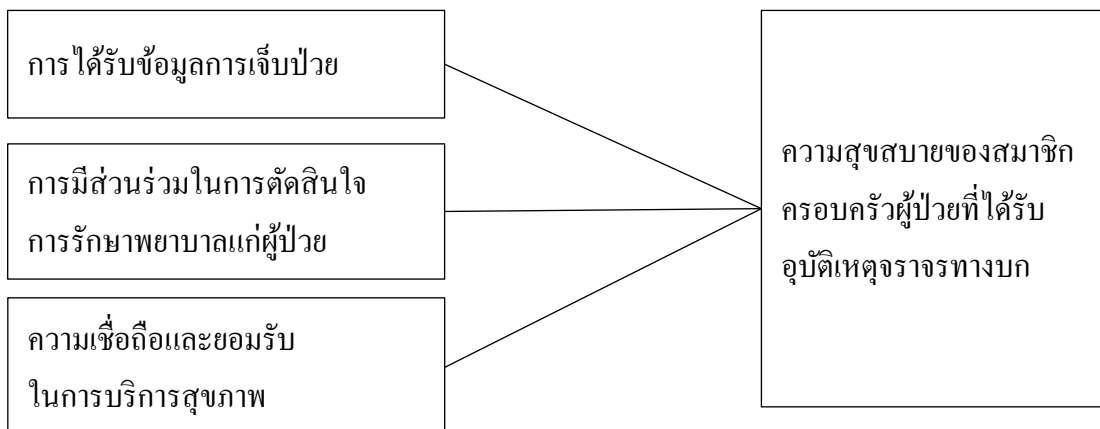
### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีความสุขสบายของ Kolcaba (2003) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก โดย Kolcaba (2003) กล่าวว่า เมื่อบุคคลอยู่ในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยหรือสถานการณ์การดูแลสุขภาพที่มีความเครียด (Stressful healthcare situation) จะทำให้บุคคลมีความไม่สบาย (Discomfort) หรือบุคคลนั้นจะอยู่ในภาวะที่ต้องการความสุขสบาย (Comfort need) ระดับความสุขสบายหรือความไม่สบายของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือแรงขับ (Forces) ซึ่งมีทั้งแรงขับยับยั้งความสุขสบาย (Obstructing forces หรือ Negative forces) และแรงขับส่งเสริมความสุขสบาย (Facilitating forces หรือ Positive forces) ดังนั้น การดูแลสุขภาพส่งเสริมแรงขับส่งเสริมความสุขสบายหรือช่วยกำจัดหรือจัดการกับแรงขับยับยั้งความสุขสบายย่อมทำให้บุคคลที่อยู่ในสถานการณ์ความเครียดมีความสุขสบายเพิ่มขึ้น (Enhanced comfort)

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบกถือว่าเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน นอกจากได้ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยทำให้บุคคลเหล่านี้ต้องมาอยู่ในสถานการณ์ความเครียด ขณะที่ผู้ป่วยยังได้รับการรักษาที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน (Gavaghan & Carroll, 2002) และต้องเผชิญกับความไม่สบายต่าง ๆ ทั้งความไม่สบายด้านร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคม-วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ดังนั้น การดูแลสุขภาพให้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยพยาบาลจำเป็นต้องตระหนักถึงแรงขับหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่อมุ่งเน้นศึกษาแรงขับ/ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก ได้แก่ การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย และความเชื่อถือและยอมรับในการ



### บริการสุขภาพ ดังภาพที่ 1



### ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

#### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) (Souza, Driessnack, & Mendes, 2007) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย ความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพกับความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก ที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ประชากรที่ศึกษา คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก ที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย ดังนี้

ตัวแปรต้น ได้แก่ การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย และความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ

ตัวแปรตาม ได้แก่ ความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก

#### นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก หมายถึง บุคคลในฐานะผู้ขับขี่ ผู้โดยสาร และ/ หรือ บุคคลเดินเท้าที่ได้รับบาดเจ็บโดยไม่คาดคิดจากการเคลื่อนที่ของยานพาหนะทางบก (ยกเว้น รถไฟ และรถราง) โดยการบาดเจ็บอาจมีระดับความรุนแรงตั้งแต่ความรุนแรงเล็กน้อยไปจนถึงระดับความรุนแรงมาก ซึ่งผู้บาดเจ็บนั้นต้องการการช่วยเหลือ และการดูแลรักษาพยาบาลอย่างรีบด่วน

### ที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบก หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง บุตร หรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย ได้แก่ สามี หรือภรรยา และเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในครอบครัวของผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และรับผิดชอบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถทางบก ขณะรับการรักษาที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

ความสุขสบาย หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจสบายใจที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดภายหลังได้รับการตอบสนองความต้องการความสุขสบายในบริบทต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคม-วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม จนทำให้เกิดการบรรเทาทุกข์ ได้รับความสุข หรือไม่ทรมาน แม้จะต้องเผชิญกับปัญหาความไม่สุขสบายต่าง ๆ โดยประเมินจากแบบสอบถามความสุขสบายของ ลลิตา นพคุณ (2547)

การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย หมายถึง การได้รับข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบไปด้วย อาการ และความก้าวหน้าของโรค การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ผลการรักษา การพยากรณ์โรค แผนการรักษาต่อเนื่องในอนาคต ตลอดจนการคาดการณ์ผลของการรักษาพยาบาล และการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับโรค โดยประเมินจากแบบสอบถามการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย หมายถึง การได้รับและแลกเปลี่ยนข้อมูล ปรีกษาหารือ รวมทั้งการตั้งเป้าหมายร่วมกับทีมการรักษาพยาบาลในการเลือกแนวทางการรักษาที่ดี เหมาะสม มีความเป็นไปได้ และเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยมากที่สุด และต้องเป็นไปตามหลักหลักจริยธรรมทางการแพทย์ และสิทธิผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัว โดยประเมินจากแบบสอบถามเรื่องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

ความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกเชื่อมั่นไว้วางใจ และยอมรับในทีมการบริการสุขภาพอันเป็นผลมาจากการมีประสบการณ์ที่ดี และมีทัศนคติที่ดีต่อทีมรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้ของผู้ใช้บริการ คุณภาพของข้อมูลที่ได้รับ ความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับความผิดปกติต่าง ๆ และการรักษา โดยประเมินจากแบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. อุบัติเหตุจราจรทางบก
  - 1.1 ความหมายของอุบัติเหตุจราจรทางบก
  - 1.2 กลไกการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบก
  - 1.3 การประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ณ จุดเกิดเหตุ
2. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย และผลกระทบที่ได้รับจากการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางบก
  - 2.1 สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย
  - 2.2 ผลกระทบที่มีต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก
3. ทฤษฎีความสุขสบาย
  - 3.1 ความหมายของความสุขสบาย
  - 3.2 การประเมินความสุขสบาย
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก
  - 4.1 การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย
  - 4.2 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย
  - 4.3 ความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ

#### อุบัติเหตุจราจรทางบก

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบกเป็นปัญหาภาวะสุขภาพที่สำคัญ เนื่องจากเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิต โดยองค์การอนามัยโลกได้คาดคะเนสถิติของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบกไว้ว่ามีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นจากอันดับที่ 9 ในปี พ.ศ. 2551 เป็นอันดับที่ 3 ในปี พ.ศ. 2563 (World Health Organization [WHO], 2016) อุบัติเหตุจราจรทางบกส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บต่ออวัยวะสำคัญพร้อม ๆ กันหลายตำแหน่ง ได้แก่ ศีรษะ หน้าอก และ/ หรือช่องท้อง เป็นต้น ถึงแม้ว่าในปัจจุบันการรักษาพยาบาลจะมีประสิทธิภาพสูงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มมากขึ้นแต่ก็ยังพบว่า อาจมีความพิการหลงเหลืออยู่ (ไสว นรสาร

และพีรญา ไส้ไหม, 2559) ซึ่งจากข้อมูลด้านระบาดวิทยา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบกจะมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นทั้งจำนวนของผู้ป่วย และความรุนแรงของการบาดเจ็บ อันเกิดจากพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่ต่าง ๆ เช่น การไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ ไม่คาดเข็มคัตนิรภัยขณะขับขี่รถยนต์ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือการใช้สารเสพติดก่อนหรือขณะขับขี่ยานยนต์ รวมถึงการดัดแปลงสภาพรถเพื่อใช้การขับขี่ (กาญจนีย์ คำนาคแก้ว, พิมพภา เตชะกมลสุข และอนงค์ แสงจันทร์ทิพย์, 2559) สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งของผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย

### **ความหมายของอุบัติเหตุจราจรทางบก**

อุบัติเหตุจราจรทางบก (Road traffic accident) หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดจากความบังเอิญ การขาดความระมัดระวัง หรือความประมาทของผู้ใช้ถนนในการเดินทางด้วยยานพาหนะทางบก (ยกเว้น รถไฟ และรถราง) ทำให้เกิดการบาดเจ็บ พิการ หรืออาจทำให้เสียชีวิต (พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522, 2522) นอกจากนี้ยังมีผู้ให้คำจำกัดความของอุบัติเหตุจราจรไว้ ดังนี้

Colorado Department of Transportation (2008) ให้คำจำกัดความของอุบัติเหตุจราจรไว้ว่า เป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บ หรือเกิดความเสียหายโดยไม่ตั้งใจ จากการเคลื่อนที่ของยานพาหนะ

National Institute of Statistics and Economic Studies (2016) ได้ให้คำจำกัดความของอุบัติเหตุจราจรทางบกไว้ว่า เป็นเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับยานพาหนะบนท้องถนนที่เปิดให้มีการสัญจรอย่างสาธารณะ และทำให้บุคคลเกิดการบาดเจ็บหรือเสียชีวิต

WHO (2016) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า เป็นเหตุการณ์ที่เกิดการชนกันของยานพาหนะที่เคลื่อนที่บนทางสาธารณะก่อให้เกิดการบาดเจ็บที่รุนแรงหรือไม่รุนแรงกับบุคคลที่เป็นผู้ใช้ทาง ซึ่งรวมถึงบุคคลเดินเท้า

นอกจากนี้ จุฬาลักษณ์ ลิมลือชา (2547); ประยงค์ ทับทิม (2552) ได้อธิบายลักษณะของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไว้ว่า เป็นการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างกระทันหัน โดยไม่ได้คาดคิด และมีความรุนแรงของการบาดเจ็บหลายระดับ ตั้งแต่ไม่มีการบาดเจ็บ บาดเจ็บเล็กน้อย บาดเจ็บมากจนมีภาวะคุกคามชีวิต ผู้บาดเจ็บอาจเดินทางมาโรงพยาบาลได้ด้วยตนเอง หรือ มาโดยสมาชิกครอบครัว ตำรวจ หรือพลเมืองดีนำส่ง หรืออาจมาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ส่งผลให้ประวัติการเกิดอุบัติเหตุอาจได้มาโดยละเอียดหรือไม่ได้ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ ผู้รักษาพยาบาลจึงต้องอาศัยการตรวจร่างกายของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วน เนื่องจากเกิดม้การบาดเจ็บต่ออวัยวะของร่างกายหลายระบบพร้อมกัน เช่น ระบบประสาท ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบหายใจ เป็นต้น และในการ

เกิดอุบัติเหตุแต่ละครั้งอาจมีผู้ได้รับบาดเจ็บเพียงคนเดียว หรือมีจำนวนมากจนกลายเป็นอุบัติเหตุหมู่ จากความหมายของอุบัติเหตุจราจรทางบกที่ได้กล่าวมาแล้ว สรุปได้ว่า อุบัติเหตุจราจรทางบก หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดจากการเคลื่อนที่ของยานพาหนะทางบกบนถนน (ยกเว้น รถไฟ) และทำให้ร่างกายของบุคคล ได้แก่ ผู้ขับขี่ ผู้โดยสาร และ/ หรือบุคคลเดินเท้าได้รับบาดเจ็บ อาจมีความรุนแรงของการบาดเจ็บน้อยไปจนมีความรุนแรงของการบาดเจ็บมาก และผู้บาดเจ็บต้องการความช่วยเหลือ และการรักษาดูแลอย่างรีบด่วน การบาดเจ็บอาจส่งผลให้ผู้บาดเจ็บเกิดความพิการหรือเสียชีวิต

### **กลไกการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบก**

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบกมีความแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย ในการดูแลรักษาผู้บาดเจ็บที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก ได้มีการศึกษาว่า แพทย์ผู้รักษาสามารถคาดคะเนความรุนแรงของการบาดเจ็บจากรายละเอียดของกลไกการเกิดอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น ซึ่งทำให้สามารถคาดคะเนความรุนแรงของการบาดเจ็บได้ถูกต้อง มีความแม่นยำมากกว่า ร้อยละ 95 (ญาติเพื่องฟู และวัชชัย กาญจนรินทร์, 2558) การบาดเจ็บนั้นขึ้นอยู่กับแรงกระทำระหว่างผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมภายนอกยานพาหนะ (จากการที่ยานพาหนะหยุดนิ่งฉับพลัน และผู้ป่วยกระเด็นออกนอกยานพาหนะ) และการเพิ่มความเร็วหรือการลดความเร็วอย่างฉับพลันจนทำให้เกิดแรงกระทำต่ออวัยวะภายในของผู้ป่วย (Bowley & Boffard, 2002) ซึ่งรูปแบบของแรงกระทำนั้นขึ้นอยู่กับชนิดของยานยนต์ที่เกิดอุบัติเหตุ

ชนิดของยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุ นั้น National Association of Emergency Medical Technicians (2014) ได้แบ่งการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรออกเป็น 3 รูปแบบ คือ การบาดเจ็บจากยานพาหนะที่เป็นรถยนต์ (Motor vehicle crashes) และการบาดเจ็บจากยานพาหนะที่เป็นรถจักรยานยนต์ และจักรยาน (Motorcycle and bicycle crashes) และการบาดเจ็บของบุคคลเดินเท้า (Pedestrian injuries)

### **การบาดเจ็บจากยานพาหนะที่เป็นรถยนต์**

การบาดเจ็บจากยานพาหนะชนิดนี้จะมีรูปแบบกลไกการบาดเจ็บจากการชนกระแทก (National Association of Emergency Medical Technicians, 2014; Nayduch, 2009) ดังต่อไปนี้

1. การชนจากด้านหน้า (Frontal impact) เป็นลักษณะการชนที่ผู้บาดเจ็บยังคงอยู่ในตัวรถรถมีการเคลื่อนที่ไปข้างหน้า และหยุดอย่างทันทีทันใด ส่วนร่างกายของผู้บาดเจ็บยังคงเคลื่อนที่ไปจนกระทั่งถูกหยุดด้วยบางสิ่งบางอย่าง เช่น คอนโซลรถ พวงมาลัยรถ ตัวรถ หรือถุงลมนิรภัย อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บมักเกิดจากการกระแทกในทันทีทันใด ได้แก่ สะโพก ต้นขา ข้อเท้า และเท้า ในขณะที่เดียวกัน ศีรษะ ต้นคอ และกระดูกสันหลัง (Bowley & Boffard, 2002) โดยมีรูปแบบ

การบาดเจ็บที่แบ่งได้ตามลักษณะท่าทางของของผู้ป่วยในขณะที่เกิดอุบัติเหตุ (กรมแพทยทหารเรือ, 2554; ภูษิต เฟื่องฟู และรัชชชัย กาญจนรินทร์, 2558; Rich, Dean, & Powers, 2005) ดังนี้

1.1 ผู้ป่วยอยู่ในนั่งในท่าเอนหลังและงอเข้ามามาก (Down-and-under pathway) เท้า และขาจึงเป็นส่วนนำแรงกระแทก โดยเท้าข้างที่เหยียบเบรกจะเกิดการบดขี้ของกระดูกข้อเท้า หัวเข่าทั้งสองข้างที่จะกระแทกเข้าที่คอนโซลหน้ารถ จนเกิดการแตกหักของกระดูกหัวเข่า และต้นขา ข้อสะโพกอาจหลุดไปด้านหลัง

1.2 ผู้ป่วยนั่งอยู่ในท่าตรงหรือเอนตัวไปข้างหน้า (Up-and-over pathway) ส่วนบนของร่างกายจะอยู่สูงกว่าพวงมาลัยรถ ศีรษะจะเคลื่อนที่ไปข้างหน้ากระแทกกับกระจกหรือหลังคารถ แล้วหยุด แต่สมองยังเคลื่อนที่ต่อภายใน ทำให้เกิดการฟกช้ำของเนื้อสมอง ส่วนของลำตัว ซึ่งเคลื่อนที่ตามมาจะกดกระดูกคอ (Cervical spine) ในกรณีที่ลำคอเกิดการกระแทกโดยตรง อาจทำให้กล้ามเนื้อแตกตามแนวตั้ง (Padded dash syndrome) ในผู้บาดเจ็บที่ไม่ได้คาดเข็มขัดนิรภัย หน้าอก และท้องจะกระแทกเข้ากับพวงมาลัยรถ ทำให้เกิดการบาดเจ็บจากการกระแทกต่อหัวใจ ปอด หลอดเลือดแดงใหญ่ และกระบังลม เกิดการบีบอัดจากการกระแทกต่ออวัยวะที่ไม่มีช่องว่างภายใน (Solid organs) เช่น ตับ ม้าม หรือไต ทำให้เกิดการฉีกขาดของอวัยวะ และเส้นเลือดแดงใหญ่ (Descending aorta) ในกรณีที่คาดเข็มขัดนิรภัยอาจไม่มีการกระแทกด้านหน้าดังที่กล่าวมา แต่เข็มขัดนิรภัยอาจรัดหน้าท้องอย่างแรงทำให้ลำไส้เล็กแตกได้

2. การชนจากด้านข้าง (Lateral impact) เป็นลักษณะการเกิดอุบัติเหตุที่มักเกิดในจุดตัดของถนน ทำให้รถที่ถูกชนมีการเคลื่อนที่ด้วยผลรวมของความเร็ว และน้ำหนักของรถทั้งสองที่ชนกัน ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ การบาดเจ็บโดยตรงของอวัยวะในตำแหน่งของรถที่เกิดการชน ได้แก่ 1) กระดูกไหปลาร้าที่มีโอกาสจะหัก และขยุบตัวลง 2) กระดูกซี่โครงหัก ปอดช้ำ อาจมีลมรั่วหรือเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด และมีโอกาสที่เส้นเลือดแดงใหญ่จะได้รับบาดเจ็บ 3) กระดูกเชิงกราน และกระดูกข้อสะโพกที่มีโอกาสหัก และขยุบตัวลง ผู้บาดเจ็บที่นั่งด้านซ้ายของรถมีโอกาสจะได้รับบาดเจ็บที่ม้าม และไตข้างซ้าย ในขณะที่ผู้บาดเจ็บที่นั่งด้านขวาจะได้รับบาดเจ็บที่ตับ และไตข้างขวา

ชนิดที่ 2 การบาดเจ็บของอวัยวะที่เกิดจากแรงเฉื่อยของการปะทะ ได้แก่ 1) ศีรษะที่อาจกระแทกกับของประตูดรถ 2) กระดูกต้นคอที่เกิดการเหวี่ยงออกไปด้านข้างทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อกระดูกคอ และเส้นประสาท ซึ่งเกิดจากการบิดไปมาของอวัยวะเนื่องจากการเหวี่ยงของรถที่เกิดอุบัติเหตุ

3. การถูกชนท้าย (Rear impact) เป็นลักษณะการชนที่เกิดจากรถคันหนึ่งหยุดอยู่กับที่ หรือเคลื่อนที่อย่างช้า ๆ แล้วถูกรถอีกคันหนึ่งพุ่งชนจากด้านหลัง การบาดเจ็บชนิดนี้มีความแตกต่าง

ระหว่างรถที่มีเบาะพนักพิงศีรษะ และรถที่ไม่มีพนักพิงศีรษะ รถที่มีพนักพิงศีรษะจะมีลักษณะกลไกการบาดเจ็บเกิดจากภายหลังถูกกระแทกจากด้านท้าย ร่างกายของผู้บาดเจ็บจะเคลื่อนที่ไปด้านหน้า ในขณะที่ศีรษะยังคงพิงอยู่กับพนักพิงศีรษะ แต่ในกรณีที่ไม่มีพนักพิงศีรษะเมื่อรถถูกกระแทกจากด้านหลัง ศีรษะของผู้ได้รับบาดเจ็บจะเคลื่อนที่ไปข้างหน้าพร้อมกับลำตัว เกิดแรง กระชาก ทำให้กระดูกต้นคอบิดขึ้นในท่าแหงน (Hyperflexion) เกิดการหักของโครงสร้างส่วนหลังของกระดูกคอ เรียกการบาดเจ็บชนิดนี้ว่า Whiplash injury

4. รถพลิกคว่ำ (Rollover) เป็นลักษณะการเกิดอุบัติเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บได้อย่างรุนแรง เนื่องจากร่างกายมีการกระแทกกับโครงสร้างภายในรถได้หลายทิศทาง และมีการกระแทกซ้ำ ๆ ตามจำนวนครั้งที่มีการพลิกคว่ำ ทำให้มีเกิดการบาดเจ็บต่อร่างกายหลายระบบ และถ้าผู้บาดเจ็บกระเด็นออกนอกตัวรถ (Ejection) จะทำให้เพิ่มโอกาสของการบาดเจ็บขึ้นเป็น 300 เท่า เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับบาดเจ็บในขั้นตอนที่ร่างกายกระแทกออกนอกตัวรถ และในระยะที่ร่างกายตกกระแทกพื้น และมีโอกาสเสียชีวิตถึงร้อยละ 77

#### การบาดเจ็บจากยานพาหนะที่เป็นรถจักรยานยนต์และจักรยาน

รถจักรยานยนต์ เป็นยานพาหนะที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บมากที่สุด ทั้งจำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บที่มีมากกว่าร้อยละ 75.67 ของอุบัติเหตุจากการจราจรทางบกทั้งหมด (แสง โฉม ศิริพานิช และคณะ, 2552) และความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บที่มีต่ออวัยวะสำคัญของร่างกาย เช่น ศีรษะและสมอง (ภุชิต เฟื่องฟู และรัชชชัย กาญจนรินทร์, 2558) ซึ่งการบาดเจ็บที่รุนแรงที่ศีรษะและสมองนี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตมากถึงร้อยละ 24.2 (ธิดา ธรรมรักษา และคณะ, 2559) ด้วยลักษณะของโครงสร้างของยานพาหนะและการขับขี่ที่มีความแตกต่างกันไปตามชนิดของยานพาหนะนั้น จึงทำให้กลไกการได้รับบาดเจ็บมีความแตกต่างกัน ซึ่ง National Association of Emergency Medical Technicians (2014) ได้แบ่งรูปแบบการได้รับบาดเจ็บตามกลไกการชนของยานพาหนะไว้ ดังนี้

1. การชนจากด้านหน้า (Frontal impact) เนื่องจากรถจักรยานยนต์มีลักษณะแกนจุดหมุนอยู่บริเวณแกนของล้อหน้า เมื่อเกิดการชนจะทำให้รถเกิดการหยุดอย่างฉับพลัน ในกรณีที่ผู้ขับขี่ไม่ได้พุ่งออกจากตัวรถ เขายังคงเหยียบอยู่บนที่พักเท้าของรถอยู่ ร่างกายผู้ขับขี่จะกระแทกไปที่ตัวรถจักรยานยนต์ ทำให้กระดูกต้นขาทั้ง 2 ข้าง และกระดูกเชิงกรานหักในลักษณะที่เรียกว่า Openbook แต่ในกรณีที่เกิดการชนแล้วร่างกายของผู้ขับขี่พุ่งลอยข้ามรถไป ก่อนที่จะตกลงมากระแทกพื้น จึงทำให้เกิดการบาดเจ็บได้ทั้งศีรษะ กระดูกต้นคอ หน้าอก ท้อง กระดูกเชิงกราน และแขนขา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับส่วนของร่างกายที่ตกลงมากระแทกพื้น

2. การชนจากด้านข้าง (Angular impact) การเกิดอุบัติเหตุลักษณะนี้จะทำให้ร่างกายของผู้ขับขี่อยู่ระหว่างยานพาหนะที่มาชน และตัวถังของรถจักรยานยนต์ มีลักษณะการชนแบบเข้ามุม ทำให้กระดุกหัวเข้า และต้นขาหัก และมีโอกาสได้รับบาดเจ็บในช่องท้อง โดยมีกลไกการบาดเจ็บที่คล้ายคลึงกับการชนด้านข้างของรถยนต์ แต่จะมีความรุนแรงของการบาดเจ็บมากกว่าเนื่องจากไม่มีวัสดุหรือโครงสร้างของตัวรถมาผ่อนแรงกระแทก

3. การล้มไปกบกับพื้น (Laying the down) เกิดจากการที่ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์เสียหลักล้มลง หรือปล่อยให้ร่างกายครูดไปกับพื้นจนแยกออกจากตัวรถจักรยานยนต์จากการหักหลบเพื่อลดการชนกับวัตถุข้างหน้าโดยตรง ลักษณะการล้มไปกบพื้นนี้จะทำให้ร่างกายไม่เกิดการบาดเจ็บจากการกระแทกวัตถุที่กีดขวางอยู่ด้านหน้า เพราะการไหลของร่างกายทำให้ความเร็วของรถก่อนการชนลดลงจากการเพิ่มแรงเสียดทานระหว่างร่างกายกับพื้น แต่จะทำให้เกิดการบาดเจ็บจากการเสียดสีระหว่างพื้นกับผิวหนังของผู้ขับขี่ ทำให้เกิดการบาดเจ็บตามร่างกาย ทั้งนี้จะได้รับบาดเจ็บแผลหรือรอยขีดข่วนขึ้นอยู่กับการใส่อุปกรณ์ป้องกันตัวของผู้ขับขี่

**การบาดเจ็บของบุคคลเดินเท้า** ร้อยละ 90 ของบุคคลเดินเท้าจะถูกชนที่ความเร็วต่ำกว่า 48 กิโลเมตรต่อชั่วโมง ตำแหน่งการบาดเจ็บของร่างกายจะขึ้นอยู่กับความสูงของบุคคลเดินเท้า และชิ้นส่วนของรถที่มาชน โดยแบ่งระยะของการดำเนินไปของการได้รับบาดเจ็บ ดังนี้คือ

ระยะที่ 1 ตำแหน่งของการชนในในทันที มักเกิดการบาดเจ็บบริเวณสะโพก และขา ทั้งนี้ไม่สามารถคาดคะเนได้โดยตรงจะเปลี่ยนไปตามความสูงของผู้บาดเจ็บและความสูงของด้านหน้ารถ

ระยะที่ 2 ร่างกายของผู้บาดเจ็บลอยขึ้นจากการชน ทำให้ศีรษะ และลำตัวกระแทกลงบนฝากระโปรงของรถ และ/หรือกระจกหน้ารถ ทำให้เกิดการบาดเจ็บของศีรษะและใบหน้า หน้าอก และช่องท้องกระแทก อาจทำให้เกิดกระดูกซี่โครงร้าว ลมรั่ว หรือเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด หรือมีเลือดออกในช่องท้อง

ระยะที่ 3 ร่างกายของผู้บาดเจ็บจะตกลงสู่พื้น มักมีศีรษะเป็นส่วนนำ ทำให้ผู้บาดเจ็บเกิดการบาดเจ็บของศีรษะ และกระดูกต้นคอ

ในขณะที่เดียวกันถ้าผู้บาดเจ็บเป็นเด็กโต ร่างกายของเด็กจะไม่สูงมากเมื่อเทียบกับส่วนอกกันชนหน้ารถ ส่วนที่เริ่มถูกชนจึงเป็นต้นขา สะโพกหรือท้อง ในระยะที่สองเกิดการกระแทกที่หน้าอก ในระยะที่สาม ศีรษะและใบหน้าจะฟาดเข้ากับฝากระโปรงรถ ในส่วนของเด็กเล็ก ตำแหน่งของผู้ขับขี่รถมักจะมองไม่เห็นก่อนชน เด็กจะกระเด็นไปข้างหน้าซึ่งอาจทำให้ล้อรถที่ชนตามไปทับ หรือกันชนรถลากไปกับพื้นถนนได้

จากกลไกการบาดเจ็บของอุบัติเหตุจราจรทางบกที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่า มีลักษณะการบาดเจ็บของอวัยวะที่แตกต่างกันออกไปตามกลไกที่เกิดขึ้น การทราบกลไกการเกิด



อุบัติเหตุนั้นจะทำให้ทีมการรักษาพยาบาลสามารถคาดคะเนความรุนแรง และอวัยวะที่มีโอกาสได้รับบาดเจ็บ ทำการค้นหาการบาดเจ็บที่อาจมองไม่เห็นจากภายนอก และให้การรักษาพยาบาล และเฝ้าระวังอันตรายจากความรุนแรงของการบาดเจ็บที่อาจเกิดตามมาภายหลังระยะวิกฤตได้

### **การประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ณ จุดเกิดเหตุ**

เมื่อมีผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากอุบัติเหตุจราจรทางบก สิ่งแรกที่ต้องทำ คือ การประเมินสภาพผู้บาดเจ็บเพื่อแบ่งประเภท และจัดลำดับความรุนแรงในการช่วยชีวิต เนื่องจากผู้บาดเจ็บแต่ละรายจะมีความแตกต่างกันทั้งสาเหตุ และความรุนแรงของการบาดเจ็บซึ่งทำให้การพยากรณ์การบาดเจ็บแตกต่างกันออกไป (American College of Surgeons, 2008) การประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (Trauma score) เกิดขึ้นตั้งแต่ ค.ศ. 1981 โดย Champion, Sacco, Carnazzo, Copes, and Fouty (1981) ได้ร่วมกันจัดทำแนวทางการประเมินผู้บาดเจ็บขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินผู้บาดเจ็บภายนอกโรงพยาบาล (Pre-hospital care) โดยใช้หลักการประเมินการบาดเจ็บทางสรีรวิทยา ประกอบด้วย ระบบไหลเวียนโลหิต (Circulatory system) การหายใจ (Respiratory system) และการประเมินระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละระบบ และนำคะแนนที่ได้มารวมกับค่าดัชนีกายวิภาคของการบาดเจ็บ (The injury severity score) และอายุของผู้บาดเจ็บ เพื่อทำนายโอกาสรอดหรือตายของผู้บาดเจ็บ และเพื่อเป็นเกณฑ์ในการส่งต่อผู้บาดเจ็บไปยังสถานพยาบาลที่เหมาะสมกับความรุนแรงของการบาดเจ็บนั้น (Champion et al., 1981) ต่อมาได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ให้กว้างขึ้น โดยศึกษากับผู้ป่วย 1,084 คน ครอบคลุม 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale score) อัตราการหายใจ (Respiratory rate) การเคลื่อนไหวของทรวงอก (Respiratory expansion) ความดันโลหิตเมื่อหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure) และการไหลเวียนโลหิตที่อวัยวะส่วนปลาย (Capillary refill) เพื่อให้ครอบคลุมต่อกายวิภาคศาสตร์ของร่างกายที่ได้รับ ความเสียหาย พบว่า มีความเที่ยงตรงในการคาดคะเนผลลัพธ์การบาดเจ็บจากแรงกระแทก (Blunt injury) และการบาดเจ็บชนิดมีแผลทะลุทะลวง (Penetrating injury) แต่ยังมีการคาดคะเนผลลัพธ์ที่ต่ำกว่าความเป็นจริงในผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ (Champion, 2002; Senkowski & McKenney, 1999)

ต่อมาในปี ค.ศ. 1989 ที่ประชุมของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งอเมริกา ได้มีมติว่า การประเมินเรื่องการไหลเวียนโลหิตที่อวัยวะส่วนปลาย และการเคลื่อนไหวของทรวงอกว่าเป็นเรื่องยุ่งยาก โดยเฉพาะในการประเมินขณะที่ปฏิบัติงานในช่วงกลางคืน (Champion, 2002; Senkowski & McKenney, 1999) ดังนั้น จึงได้นำ Trauma score มาปรับปรุงใหม่ โดยใช้คะแนนของหลักการทางด้านสรีรวิทยาเพียง 3 ระบบ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว อัตราการหายใจ

และความดันโลหิตเมื่อหัวใจบีบตัว และได้นำไปศึกษาในผู้บาดเจ็บจาก 2 แหล่งข้อมูล ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์วอชิงตัน (The Washington Hospital Center) จำนวน 2,166 ราย และวิทยาลัยศัลยแพทย์อเมริกา (The American College of Surgeons) จำนวน 26,000 ราย พบว่า เทียบตรงในการจำแนกผู้บาดเจ็บมากกว่า Trauma Score [TS] ที่เคยใช้กันมาแต่เดิม (Champion et al., 1989; Senkowski & McKenney, 1999) โดยเรียกการประเมินระบบใหม่นี้ว่า Revised Trauma Score [RTS] ค่าคะแนนที่ได้จาก RTS จะสามารถนำไปอธิบายความรุนแรงของการบาดเจ็บซึ่งพบว่ามีความเที่ยงตรงในการจำแนกผู้ป่วย และมีความแม่นยำในการทำนายผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงาน ณ จุดเกิดเหตุได้ประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บ และเลือกนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล หรือศูนย์อุบัติเหตุที่มีความเหมาะสมในการรักษา

ในส่วนของ การประเมินของศูนย์อุบัติเหตุ (Trauma center) นั้น Abbreviated Injury Scale [AIS] เป็นที่นิยมใช้มากที่สุด AIS เป็น Anatomic score ที่สมาคมเวชศาสตร์ยานยนต์อเมริกา (AAAM) สร้างขึ้นเพื่อศึกษาเพื่อศึกษาผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุยานยนต์ชนิด Blunt trauma และเริ่มให้ใช้งาน ในปี ค.ศ. 1971 ต่อมาได้มีการปรับปรุง และเพิ่มการบาดเจ็บชนิด Penetrating injury ลงไป มีการบันทึกข้อมูลโดยใช้รหัสที่เรียกว่า AIS-90 ประกอบไปด้วย ตัวเลข 7 หลัก (6 หลักหน้าจุดทศนิยม และ 1 หลัก หลังจุดทศนิยม) ดังนี้

หลักที่ 1 บอกถึงการแบ่งอวัยวะออกเป็น 9 ส่วน

หลักที่ 2 บอกถึง โครงสร้างทางกายวิภาคศาสตร์ (Type of anatomic structure)

หลักที่ 3 และ 4 บอกถึงกายวิภาคศาสตร์เฉพาะทาง (Specific anatomic structure)

หลักที่ 5 และ 6 บอกถึงระดับ (Level)

หลักที่ 7 (หลังทศนิยม) เป็นค่าความรุนแรง (Severity codes) 1 ถึง 6 ได้แก่ ระดับต่ำ (Minor) ปานกลาง (Moderate) ร้ายแรง (Serious) รุนแรง (Severe) วิกฤต (Critical) และระดับสูงที่สุด (Maximum)

การลงบันทึกข้อมูลของ AIS จำเป็นต้องทราบพยาธิสภาพที่แน่นอน ผู้บันทึกต้องมีความชำนาญในด้านนี้โดยตรง ทำให้เกิดความยุ่งยาก ช้าช้อน ต่อมาในปี ค.ศ. 1974 Baker, O'Neill, Haddon, and Long (1974) จึงได้นำค่า AIS มาประมวลผลให้เป็นตัวเลขชุดเดียวเพื่อแสดงระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ เรียกว่า Injury Severity Score [ISS] ซึ่งมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 75 คะแนน การคิดคะแนนจะใช้ AIS เป็นพื้นฐาน (ปัจจุบันใช้คะแนนจาก Version AIS-90) และแบ่ง Body regions ออกเป็น 6 ส่วน คือ 1) Head and neck 2) Face 3) Chest 4) Abdomen or pelvic contents 5) Extremities or pelvic girdle และ 6) External จากนั้นนำค่าคะแนนของ AIS มาแสดงใน 6 Body regions และเลือก 3 Body regions ที่มีคะแนน Severity ของ AIS สูงที่สุด (ตัวเลขในหลักที่ 7 ของ

AIS) นำค่าคะแนน มายกกำลังสองแล้วบวกกัน ดังสูตร

$$ISS = (\text{Highest AIS in area1})^2 + (\text{Highest AIS in area2})^2 + (\text{Highest AIS in area3})^2$$

ค่าคะแนนที่ได้จะมีค่า 0 ถึง 75 ค่าคะแนนที่สูงมากขึ้น จะแสดงให้เห็นถึงอัตราตายที่สูงขึ้น (Baker, & O'Neill, 1976; Champion, 2002; Revell, Pynsent, Abudua, & Fairbank, 2003)

## สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยและผลกระทบที่ได้รับจากการเกิดอุบัติเหตุจากรถทางบก

### สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย (Family member)

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2550) ให้ความหมายของครอบครัวไว้ว่า คือ กลุ่มบุคคลที่ผูกพัน และใช้ชีวิตร่วมกัน ทำหน้าที่เป็นสถาบันหลักเป็นรากฐานที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต ครอบครัวมีหลากหลายรูปแบบ และหลายลักษณะนอกเหนือจากบิดา มารดา และบุตร

ชะโลม วิเศษโกสิน (2552) ให้ความหมายสมาชิกครอบครัวไว้ว่า เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ครัวเรือนเดียวกัน ทำหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อตอบสนองขั้นพื้นฐานด้านใดด้านหนึ่งหรือทุกด้านอย่างใกล้ชิดโดยไม่หวังผลตอบแทนใด ๆ มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยอาจเป็นคู่สมรส บุตร หลาน และ/ หรือสะใภ้ ซึ่งสัมพันธ์กับ ฐานา ธรรมคุณ, พิมพ์สุรางค์ สุวรรณเจริญ และทรัพย์ทวีทรัพย์มาก (2556) กล่าวว่า สมาชิกครอบครัว คือ บุคคลที่มีความผูกพันทางเครือญาติ มีหน้าที่ในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546) ได้ให้ความหมายของครอบครัวไว้ว่า เป็นสถาบันพื้นฐานของสังคมที่ประกอบได้ด้วย สามิ ภรรยา และหมายรวมรวมถึงลูกด้วย

Weinland (2009) ให้ความหมายของสมาชิกครอบครัวไว้ว่า เป็นบุคคลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยความสมัครใจโดยไม่รับค่าตอบแทน อาจเป็นคู่สมรส บิดามารดา หรือบุตร ซึ่งสอดคล้องกับ Francois, Borgermans, VanCasteren, Vanthomme, and Devroey (2014) ที่ได้กล่าวไว้ว่า สมาชิกครอบครัวเป็นบุคคลที่ไม่ได้รับค่าตอบแทน ไม่เคยฝึกรวมการดูแลโดยหน่วยงานตามกฎหมาย ส่วนใหญ่มักจะเป็นคู่สมรส บุตร หรือบุตรบุญธรรม

Office of Personnel Management (2016) ได้ให้ความหมายของสมาชิกครอบครัวไว้ว่าเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ คู่สมรส บุตรชาย และ/ หรือบุตรสาว บิดา มารดา พี่น้อง ปู่ย่าตายาย และหลาน

ดังนั้นในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงได้ให้ความหมายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยไว้ว่าเป็นบุคคลที่ใช้ชีวิตในครอบครัวเดียวกัน ได้แก่ บิดา มารดา บุตร หรือคู่สมรส มีความผูกพัน และดูแลช่วยเหลือ

ผู้ป่วยในเรื่องกิจวัตรประจำวันเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

ในภาวะปกติสมาชิกครอบครัวจะมีบทบาทหน้าที่ของตน โดย Friedman, Bowden, and Jones (2003) ได้สรุปหน้าที่ได้เป็นด้านต่าง ๆ ได้แก่ 1) หน้าที่ด้านความรักเอาใจใส่ 2) หน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดูสมาชิกของครอบครัว 3) หน้าที่ในการผลิตสมาชิกใหม่สู่สังคม 4) หน้าที่ในการเผชิญปัญหาครอบครัว 5) หน้าที่ในการจัดสรรทรัพยากรทางเศรษฐกิจให้เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย 6) หน้าที่ในการหาสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐานทางกายภาพสำหรับสมาชิกครอบครัว

จากหน้าที่ที่มีต่อกันของสมาชิกครอบครัวจะพบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบกขึ้น จึงเป็นสาเหตุให้สมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์นั้น ซึ่ง กรีณย์พิชญ์ โคตรประทุม (2546) กล่าวว่า สมาชิกครอบครัวผู้ซึ่งอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน มีการใช้ทรัพย์สิน รายได้ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกร่วมกัน จะมีการรับรู้ความทุกข์สุขร่วมกัน มีความรักใคร่ ห่วงใย และผูกพันซึ่งกันและกัน ดังนั้นเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นภาวะวิกฤติเกิดขึ้นต่อบุคคลซึ่งเป็นสมาชิกของครอบครัว ย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัวหรือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

#### **ผลกระทบที่มีต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก**

สมาชิกครอบครัวเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด เป็นส่วนสำคัญในการดูแล ส่งเสริม และรักษาสุขภาพของบุคคลในครอบครัวทั้งในยามปกติ และเจ็บป่วย การเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งระบบ (Wright & Lealey, 2009) ซึ่งการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบกก็นับเป็นภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันรูปแบบหนึ่ง ซึ่งไม่ว่าจะเกิดการบาดเจ็บเล็กน้อยหรือสาหัสย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเช่นกัน เนื่องจากเป็นภาวะวิกฤติที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ก่อนล่วงหน้า ถ้าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยรับรู้สถานการณ์นี้เป็นภาวะคุกคาม มักจะมีผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวเสมอ

การรับรู้เป็นความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่ง Dodd et al. (2001) กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ความสามารถในการรักษา ผลกระทบต่อชีวิตและประเมินผลจากประสบการณ์ของบุคคลที่เหตุการณ์นั้นมีผลต่อสุขภาพของตนเอง ทำให้อุบัติการณ์มีการตอบสนอง โดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย

ในส่วนของการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยนั้น สุปรียา ดันสกุล (2550) กล่าวไว้ว่า เป็นความคิด ความเชื่อที่บุคคล ประเมินความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยที่มีต่อตน ในด้านการเจ็บป่วย พิกัด เสียชีวิต และการเกิดภาวะแทรกซ้อน เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค หรือการเจ็บป่วย จะทำให้อุบัติการณ์ถึงภาวะคุกคามของโรคหรือการเจ็บป่วยนั้นว่ามีมากหรือน้อยเพียงใด ซึ่งสอดคล้องกับ จันทรเพ็ญ สันตวาจา, อภิญญา เพียรพิจารณา และรัตนภรณ์

ศิริวัฒน์ชัยพร (2552) ที่ให้ความหมายของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยไว้ว่า เป็นการรับรู้สถานะที่มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ปกติ ความแปรปรวนของหน่วยย่อยของร่างกาย จิต และสังคมของบุคคล ซึ่งการศึกษาของ มณีรัตน์ หม้ายพิมาย, สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง และอาภาวรรณ หนูคง (2559) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีผลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ดังนั้น เมื่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยนั้นมีความรุนแรงมากก็จะทำให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า นอกจากความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั้นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบกยังได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ดังกล่าว ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด เนื่องจากการได้รับข่าวการเกิดอุบัติเหตุของผู้ป่วย (กนิษฐา จำนงนิตย์, 2551; Davidson, Jones, & Bienvenu, 2012) สมาชิกครอบครัวจะมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น ซึ่งเรียกว่าความวิตกกังวลตามสถานการณ์ มักเกิดขึ้นทันทีภายหลังการเกิดอุบัติเหตุจากความไม่ชัดเจนของข้อมูลที่ได้รับมา (Verhaeghe, Zuuren, Defloor, Duijnste, & Grypdonck, 2007) ในขณะที่เดียวกันทีมการรักษาพยาบาลมุ่งแต่จะแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตของผู้ป่วย โดยไม่ได้ให้ข้อมูลกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยอย่างเพียงพอ (สุดาพรรณ ธัญจิรา, 2550) พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยยังคงได้รับข้อมูลของผู้ป่วยเพียงร้อยละ 64 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (กฤตยา แดงสุวรรณ และคณะ, 2555) ไม่เพียงพอที่จะสร้างความเข้าใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจนทำให้เกิดการคลุ้มคลั่งต่อสถานการณ์และเกิดการคาดคะเนการบาดเจ็บที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง (Wright et al., 2009)

ด้วยลักษณะการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถที่มักเกิดการบาดเจ็บกับอวัยวะพร้อมกันหลายระบบ (ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนน, 2559; แสงโถม ศิริพานิช และคณะ, 2552; Seid et al., 2015) โดยเฉพาะการบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (ธิดา ธรรมรักษา และคณะ, 2559) อาจส่งผลให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลจากการคาดคะเนผลลัพธ์ด้านลบที่จะเกิดขึ้น (Verhaeghe et al., 2005) เมื่อเกิดความวิตกกังวลขึ้นส่งผลให้ไม่สามารถรับรู้หรือเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจนผลกระทบต่อจิตใจและความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย (รุ่งนภา เขียวชะอำ และคณะ, 2556; Davidson et al., 2012; Mitchell, Courtney, & Coyer, 2003) ทำให้เกิดอารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าว กระสับกระส่าย และส่งผลให้เกิดผลกระทบทางร่างกายทำให้เกิดความเจ็บป่วยขึ้นได้ (Verhaeghe et al., 2005)

2. ผลกระทบด้านร่างกาย จากสถิติพบว่า อุบัติเหตุจากรถทางบกมักเกิดในช่วงเวลา 18.00 น. ถึง 23.00 น. ซึ่งพบมากถึงร้อยละ 40 จากช่วงเวลาทั้งหมด (กรมควบคุมโรค กระทรวง

สาธารณสุข, 2555; แสง โฉม ศิริพานิช และคณะ, 2552) สอดคล้องกับสถิติอุบัติเหตุจากการขนส่งของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ที่พบว่า ในช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงเวลาที่เกิดอุบัติเหตุจำนวนมาก (โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา, 2558) เมื่อมีอุบัติเหตุเกิดขึ้นจะทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความยากลำบากในการเดินทางมาที่โรงพยาบาล เนื่องจากเป็นช่วงที่การสัญจรบนท้องถนนอย่างหนาแน่น และเมื่อมาถึงศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ผู้ป่วยอาจยังคงอยู่ในช่วงทำการรักษาพยาบาล ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยยังไม่สามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ และต้องรอคอยอยู่ด้านหน้าศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน (ประยงค์ ทับทิม, 2552) ความไม่สุขสบายทางร่างกายในช่วงนี้ส่วนหนึ่งสืบเนื่องมาจากความไม่สุขสบายทางจิตใจ กล่าวคือ การรอคอยโดยไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยหรือไม่ได้อยู่ดูแล หรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลขึ้น ความวิตกกังวลจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย (Perez-Nunez et al., 2012; Hoang et al., 2008) เกิดอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง (Verhaeghe et al., 2005) ความเครียดกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ทำให้เกิดอาการใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว หายใจถี่ และเร็วขึ้น เหงื่อออกตัวเย็น กล้ามเนื้อเกร็ง จนเกิดการเจ็บป่วยเกิดขึ้น (ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์, 2558)

3. ผลกระทบทางด้านสังคม และเศรษฐกิจ พบว่า ภายหลังจากการเกิดอุบัติเหตุ ผลกระทบด้านสังคมในระยะแรกมักเป็นด้านสัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่ และสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งอาจเกิดได้จากการสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลหรือได้รับข้อมูลของผู้ป่วยอย่างไม่เพียงพอต่อการสร้างความเข้าใจ (Verhaeghe et al., 2007) และสถานการณ์ปัจจุบันที่มีข่าวเรื่องที่มีผลกระทบกับความน่าเชื่อถือในระบบบริการสุขภาพเกี่ยวกับความผิดพลาดจากการรักษาพยาบาล ซึ่งอาจจะทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเกิดความไม่เชื่อถือหรือไม่ไว้วางใจในบุคลากรผู้ให้การรักษาพยาบาล เมื่อเกิดความไม่เชื่อถือต่อกันแล้วก็จะทำให้เกิดความรู้สึกว่าอาจเกิดอันตรายขึ้นกับผู้ป่วย เกิดการจัดทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม และมีการปรับตัวที่ไม่ดี (นิรุบล วัฒนาวรินทร์, 2552; ภัทรนุช ภูมิพาน และคณะ, 2555) สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจะมีการแสดงออกถึงพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ไม่ให้ความร่วมมือกับทีมการรักษาพยาบาล มีอารมณ์แปรปรวน จังหะ การพูด หรือน้ำเสียงเปลี่ยนแปลงไป (ประยงค์ ทับทิม, 2552; สมพร แจ้วจิรา, วัลภา คุณทรงเกียรติ และภาวนา กิริดิยตวงศ์, 2554; อูมา สุขดี, กนกนุช ชื่นเลิศสกุล และอาภรณ์ ดินาน, 2552) ในส่วนด้านบทบาทหน้าที่นั้น เมื่อผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรงที่อวัยวะสำคัญ และกระทบต่อระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย (ชัชวาล จันทะเพชร, 2553) สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจะเข้ามามีบทบาทในส่วนของการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลแทนผู้ป่วย (Lang & Quili, 2004)

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจนั้น ในระยะแรกมักเกิดขึ้นจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย เนื่องจากอุบัติเหตุการจราจรนั้นมักทำให้เกิดการบาดเจ็บต่ออวัยวะที่สำคัญของร่างกาย

จึงส่งผลให้กระบวนการดูแลรักษาพยาบาลมีความซับซ้อน และมีค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัย และรักษาพยาบาลผู้ป่วยค่อนข้างสูง (Perez-Nunez et al., 2012) นอกจากนี้ยังเกิดการสูญเสียรายได้ จากการที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยอาจไม่สามารถไปทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากต้องดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในระหว่างที่ยังได้รับบาดเจ็บ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555; Ditsuwan et al., 2011; WHO, 2016) ในกรณีที่ผู้ป่วยนั้นเป็นบุคคลที่มีหน้าที่หลักในการหารายได้ของครอบครัว สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยอาจคำนึงถึงความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจของครอบครัวจากรายจ่ายที่เพิ่มขึ้น ในการดูแลภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (Dillahunt-Aspillaga et al., 2013; Hanks, Rapport, & Vangel, 2007; Perez-Nunez et al., 2012)

4. ผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณ จิตวิญญาณมีความเกี่ยวข้องกับความเชื่อศรัทธา ทางศาสนาซึ่งเป็นแก่นของชีวิตที่ประสานเชื่อมโยงกับการทำงานในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย (ทัศนีย์ทองประทีป, 2553) ผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยอาจสืบเนื่องมาจาก ทีมการรักษาพยาบาลจำเป็นต้องทำการรักษาเพื่อช่วยชีวิตเป็นอันดับแรก ทำให้การตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยน้อยลง (เพ็ญนภา นุบผา และบำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2555) สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยไม่มีโอกาสแสดงออกถึงความเชื่อของตัวเอง เช่น ทำพิธีกรรม ทางศาสนา ความเร่งด่วนของการทำการรักษาพยาบาลอาจทำให้มองข้ามการให้เวลาต่อสมาชิกครอบครัว รวมถึงการแสดงความเข้าใจหรือความเคารพในความเชื่อส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่อาจแสดงถึงความแตกต่างของศาสนา สังคม และวัฒนธรรม (สุพัตรา อุปนิสากร และจรรุวรรณ บุญรัตน์, 2556) ดังเช่นการศึกษาของ Al-Mutair et al. (2013) ได้ศึกษาสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยชาวซาอุดีอาระเบีย และพบว่า สมาชิกครอบครัวชาวมุสลิมมีความเชื่อว่า ภาวะความเจ็บป่วยเกิดจากการทดสอบความเชื่อมั่นในพระเจ้า และเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤตของชีวิต สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจึงมีความต้องการอ่านคัมภีร์อัลกุรอานให้ผู้ป่วยฟัง เพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ และได้พบพระเจ้าเป็นเจ้าบนสวรรค์ แต่ในงานวิจัยของ นริสา สะมาเอ และคณะ (2556) พบว่า ร้อยละ 50 ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความคับข้องใจที่ไม่สามารถ ให้การดูแลตามความเชื่อทางศาสนาได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องหลักเกณฑ์การเข้าเยี่ยมผู้ป่วยและลักษณะของหอผู้ป่วยที่ไม่เอื้อให้ทำกิจกรรมทางศาสนา และความเชื่อได้ตลอดเวลา

## ทฤษฎีความสุขสบาย

### ความหมายของความสุขสบาย

ความสุขสบายเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลมาตั้งแต่สมัยการพยาบาล ในยุคฟลอเรนซ์ ในดิงเกล (McEwen & Wills, 2011) ปัจจุบันแนวคิดความสุขสบายได้ถูกนำมาใช้

เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพ (Potter & Perry, 2009) ความสุขสบายเป็นคำที่มีต้นกำเนิดมาจากภาษาละตินซึ่งใช้คำว่า Confortaire หรือ Confortare มีความหมายตามรูปศัพท์ว่าทำให้แข็งแรงขึ้นอย่างมากมาย (ยุพิน ถนัดวิชย์, 2554; Kolcaba, 2003) มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของความสุขสบายไว้ ดังต่อไปนี้

Kemp and Heri (1984) ให้ความหมายของความสุขสบายไว้ว่า เป็นภาวะที่บุคคล มีความเป็นอยู่ที่ดี ปราศจากความเจ็บปวดหรือมีสิ่งใดที่มารบกวน

Chandler and Drake (1991) ให้ความหมายของความสุขสบายไว้ว่า เป็นภาวะที่บุคคล รู้สึกพึงพอใจทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ได้แก่ การได้รับอาหาร และน้ำอย่างเพียงพอ มีบรรยากาศที่ดี การมีสุขอนามัยที่ดีในเรื่องการออกกำลังกาย การขับถ่าย มีการดูแลความปลอดภัย หรือป้องกันไม่ให้เกิดอันตราย ตลอดจนการได้รับความรัก และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

Gropper (1992) กล่าวว่า ความสุขสบาย หมายถึง สภาพร่างกายที่มีความผาสุก ปราศจากความเจ็บปวด และเค็ดคร้อน มีความพึงพอใจจากการได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือจิตวิญญาณ

Morse (1992) ความสุขสบาย หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเมื่อได้รับการตอบสนอง ความต้องการทางด้านสุขภาพ จนรู้สึกบรรเทาจากความไม่สุขสบาย ไม่ว่าจะเป็ความเจ็บป่วย หรือการได้รับบาดเจ็บ

Bucholtz (1994) กล่าวว่า ความสุขสบาย คือ การทำให้เกิดกำลังใจ ได้รับความสุข สนุกสนาน ทำให้เกิดความหวัง ปราศจากความเสียใจหรือความเจ็บปวด หรือการรู้สึกบรรเทา จากความทุกข์ทรมาน

Kolcaba and Fisher (1996) กล่าวว่า ความสุขสบาย คือ การทำให้เกิดพลัง โดยได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตวิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อม ได้รับการบรรเทา ความทุกข์ ได้รับความสุข และอยู่ในภาวะเหนือปัญหาของตนเอง

Christensen (1999) กล่าวว่า ความสุขสบายเป็นการทำให้เกิดความหวัง มีความสุข และปราศจากความทุกข์ทรมาน และเค็ดคร้อน

Kolcaba (2003) เป็นนักทฤษฎีทางการพยาบาลผู้ซึ่งพัฒนาทฤษฎีความสุขสบาย และได้ให้ความหมายของความสุขสบายว่า เป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดอันเกิดจากการที่บุคคลมีความเข้มแข็งเกิดขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากความต้องการของบุคคลนั้นได้รับการดูแลตอบสนองความต้องการความสุขสบายอย่างตรงเป้าหมาย โดยจำแนกบริบทของความสุขสบาย ออกเป็น 4 ด้าน ซึ่งเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ได้แก่ ความสุขสบายทางด้านร่างกาย (Physical comfort) ความสุขสบายทางด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ (Psycho-spiritual comfort)



ความสบายทางด้านสังคม-วัฒนธรรม (Socio-cultural comfort) และความสบายทางด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental comfort) (Kolcaba & DiMarco, 2005; Kolcaba, Tilton, & Drouin, 2006) และแบ่งชนิดของความสบายซึ่งมีลักษณะเป็นองค์รวมออกเป็น 3 ชนิด (Kolcaba, 2003) ได้แก่

1. การบรรเทาความไม่สบาย (Relief) หมายถึง การดูแล และบรรเทาความไม่สบายต่าง ๆ (Discomfort หรือ Comfort needs) ของผู้ป่วยหรือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย
2. ภาวะที่มีความสุข (Ease) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยหรือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความสบาย และเกิดความสงบจากร่างกายที่สามารถรักษาความสมดุลไว้ได้
3. การที่สามารถอยู่เหนือปัญหา/ ความทุกข์ทรมาน (Transcendence) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยหรือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยสามารถดำรงอยู่เหนือปัญหาโดยไม่รู้สึกรู้ว่าทุกข์ทรมานแม้จะต้องเผชิญกับความไม่สบายอยู่

จากความหมายความสบายข้างต้นสรุปได้ว่า ความสบาย หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจ สบายใจที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดภายหลังบุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการความสบายในบริบทต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคม-วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม จนทำให้เกิดการบรรเทาความทุกข์ มีความสุข หรือไม่ทุกข์ทรมาน แม้จะต้องเผชิญกับปัญหาความไม่สบาย

ความต้องการความสบาย (Comfort needs) หรือความไม่สบาย (Discomfort) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ความต้องการความสบายด้านร่างกาย (Physical comfort needs) เป็นความต้องการที่เกี่ยวข้องกับการดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย การบรรเทาความเจ็บปวด หรือความไม่สบายจากระบบประสาทการรับรู้ต่าง ๆ ที่ทำให้ร่างกายไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ความไม่สบายทางด้านร่างกายสามารถเห็นได้ชัดเจนจากการแสดงออก เช่น อาการเจ็บปวด คลื่นไส้ อาเจียน หรือกระวนกระวาย ซึ่งง่ายต่อการดูแล และสามารถรักษาพยาบาลได้หลายวิธี (โดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา)

2. ความต้องการความสบายทางด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ (Psycho-spiritual comfort needs) จะรวมถึงการสร้างความมั่นใจ แรงจูงใจ และความไว้วางใจในการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเพื่อที่จะผ่านพ้นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น หรือการก้าวไปสู่ขั้นตอนที่สูงขึ้น (Risk above) หรือการนำตนเองออกจากความเจ็บปวดจากกระบวนการของปัญหาที่ยังไม่สามารถยุติได้ในทันที ความต้องการเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่หล่อเลี้ยงจิตวิญญาณนำไปสู่การอยู่เหนือปัญหาที่มีอยู่ เช่น การส่งข้อความหรือการสัมผัสเพื่อแสดงความเห็นใจ การให้กำลังใจ การอนุญาต และ/ หรือ

อำนวยความสะดวกให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้เข้าเยี่ยมเป็นพิเศษ การอำนวยความสะดวกจากกิจกรรมเหล่านี้พยาบาลมักคิดว่าเป็นปัญหาในการบริหารเวลา และ/ หรือไม่ได้นึกถึง แต่สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งจำเป็นของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่จะนำไปสู่การปรับตัวในการอยู่เหนือปัญหาที่เผชิญอยู่ (Transcendence) ซึ่ง Transcendence นี้เป็นปัจจัยสำคัญ (Key factor) ในการเสียชีวิตอย่างสงบ

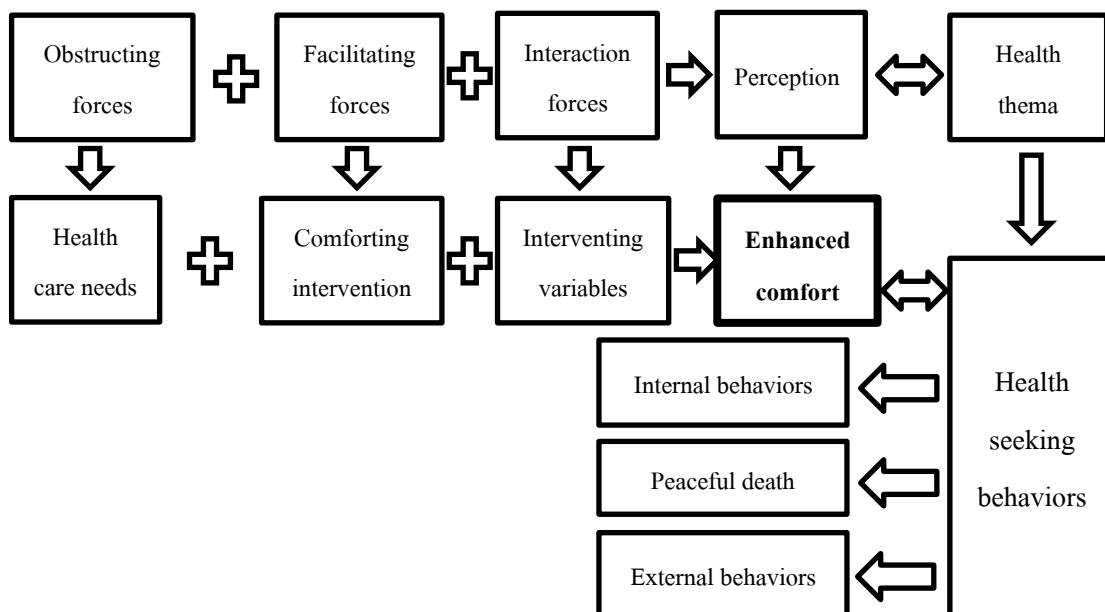
3. ความต้องการความสุขสบายด้านสังคม-วัฒนธรรม (Socio-cultural comfort needs) เป็นความต้องการที่เกี่ยวข้องกับความอ่อนไหว และ/ หรือความแตกต่างทางวัฒนธรรม โดยพยาบาลเป็นผู้ให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองต่อความต้องการเหล่านี้จากการใช้ภาษาของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโดยการสร้างทัศนคติทางบวก การสนับสนุน ให้กำลังใจ หรือรับรองว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้ปฏิบัติอย่างดีที่สุดแล้วในการช่วยเหลือผู้ป่วย การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาล และสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยสามารถทำได้โดยการให้ข้อมูลของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม การให้ความช่วยเหลือในเรื่องเอกสารหรือช่องทางช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาลต่าง ๆ รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือด้านประเพณีความเชื่อต่าง ๆ ของครอบครัว การวางแผนการจำหน่าย เพื่อช่วยให้การเปลี่ยนถ่ายการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปสู่ที่บ้านอย่างราบรื่น เช่น การวางแผนการจัดการเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต และความช่วยเหลือเมื่อเกิดการสูญเสียเหล่านั้น

4. ความต้องการความสุขสบายทางด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental comfort needs) เป็นความสุขสบายที่เกี่ยวข้องกับบรรยากาศของสถานที่ในจุดพักของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่มีความเป็นระเบียบ เรียบสงบ มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม อย่างไรก็ตามถึงแม้จะไม่สามารถจัดการสิ่งแวดล้อมให้สงบได้อย่างสิ้นเชิง แต่ควรมีการวางแผนเพื่อให้มีการลดเสียงรบกวน และแสงสว่างที่พอเหมาะ เพื่อให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยสามารถพักผ่อนระหว่างรอผู้ป่วยทำการรักษา ลดการขัดจังหวะการพักผ่อน เพื่อให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อภาวะสุขภาพ

Kolcaba (2003) ได้สรุปโครงสร้างของความสุขสบายที่สัมพันธ์กันระหว่างชนิดและบริบทของความสุขสบาย คือ เมื่อความสุขสบายในแต่ละบริบทได้รับการตอบสนองแล้วผู้ป่วยหรือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความสุขสบายเป็นอย่างไร ได้แก่ Relief, Ease และ Transcendence

ความสุขสบายหรือความไม่สุขสบายนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือแรงขับ 2 ชนิด คือ แรงขับส่งเสริมความสุขสบาย (Facilitating) และแรงขับยับยั้งความสุขสบาย (Obstructing)

ดั่งภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ทฤษฎีความสุขสบาย (Kolcaba, 2003)

ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. แรงขับยับยั้งความสุขสบาย คือ ผลลัพธ์ด้านลบที่เกิดขึ้นในการดูแลภาวะสุขภาพ ผลข้างเคียงจากการรักษา อันตราย หรือภาวะคุกคามจากสังคม และสิ่งแวดล้อม หรือผลกระทบทางด้านจิตใจ เช่น ความกังวล ความกลัว การรู้สึกหมดพลัง หรือความรู้สึกโดดเดี่ยว เป็นต้น

2. แรงขับส่งเสริมความสุขสบาย คือ กิจกรรมการพยาบาลที่ถูกออกแบบขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการความสุขสบายที่ยังคงเหลืออยู่ หลังจากที่พยายามทำให้แรงขับ ยับยั้งความสุขสบายหมดไป

เมื่อผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความสุขสบายเพิ่มขึ้น พวกเขาที่จะมีส่วนร่วมในการแสวงหาพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้อย่างเต็มที่ ซึ่งก็รวมถึงพฤติกรรมทั้งภายในและภายนอก หรือการเสียชีวิตอย่างสงบ เมื่อผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสวงหาพฤติกรรมสุขภาพที่ดีแล้ว ก็จะมีผลให้เกิดค่าใช้จ่ายที่ลดลง ลดระยะเวลาในการนอน โรงพยาบาล และทำดีที่สุด ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ซึ่งก็คือมีความสุขสบายเกิดขึ้น (Kolcaba et al., 2006) ดังนั้นความสุขสบายจึงถูกนำมาใช้ในการวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ง่ายต่อการสะท้อน การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

### การประเมินความสบาย

จากแนวคิดทฤษฎีความสุขสบาย พบว่า ได้มีการสร้างเครื่องมือวัดความสุขสบายไว้หลายชนิด ในการวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือวัดความสุขสบาย (Perianesthesia comfort questionnaire) ของ Kolcaba (2003) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย สถิตดา นพคุณ (2547) เพื่อใช้ศึกษาเรื่องความสุขสบายในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 24 ข้อ โดยเป็นข้อความทางบวก 12 ข้อ และข้อความทางลบ 12 ข้อเท่ากัน มีลักษณะคำตอบของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 6 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยน้อยมากที่สุด เห็นด้วยน้อยมาก เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ของแบบสอบถามนี้มีค่าเท่ากับ 24-144 คะแนน โดยที่คะแนนมาก หมายถึง มีความสุขสบายมาก คะแนนน้อย หมายถึง มีความสุขสบายน้อย

### ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ผลกระทบที่มีต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่การได้รับทราบข่าวการเกิดอุบัติเหตุ ทั้งนี้เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ได้มีการคาดการณ์ไว้ล่วงหน้า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยไม่มีเวลาเตรียมตัวเพื่อรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น อุบัติเหตุจราจรทางบกเป็นเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ เนื่องจากเกิดเหตุอย่างเฉียบพลัน จนทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเกิดสภาวะความตึงเครียดหรือวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จนเรียกได้ว่าเป็นสถานการณ์ความเครียดซึ่งนำมาซึ่งความไม่สบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีหลายปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความสุขสบาย และความไม่สบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน แต่พบว่า การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษาผู้ป่วย และความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพน่าจะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูล หมายถึง ข้อเท็จจริงหรือสิ่งที่ถือยอมรับว่าเป็นข้อเท็จจริง ใช้เป็นหลักฐานหาความจริงหรือการคำนวณ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546) ข้อมูลจะเป็นประโยชน์เมื่อผู้รับข้อมูลนำไปใช้วางแผนและประกอบการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ได้ (วิลลิกซ์ ประยูรพงษ์, 2543)

ข้อมูลการเจ็บป่วย (Information of illness) คือ ข้อเท็จจริง หรือเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เหตุผลในการรักษา วิธีการปฏิบัติตน รวมถึงผลลัพธ์ที่ความคาดหวัง ในการรักษาพยาบาลในขณะนั้น (วิลเลียมส์ ประยูรพงษ์, 2543) ในระยะแรกของการเกิดอุบัติเหตุ ข้อมูลการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยต้องการเป็นอันดับแรก (Al-Mutair et al., 2013; Falk et al., 2008; Redley et al., 2003) เนื่องจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น อย่างกะทันหัน ไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า (Perez-Nunez et al., 2012) ด้วยลักษณะของ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจรรยาที่ให้เกิดการบาดเจ็บต่อศีรษะ และมีการบาดเจ็บต่อระบบของ ร่างกายพร้อมกันหลายตำแหน่ง (ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนน, 2559; แสง โฉม ศิริพานิช และคณะ, 2552; Seid et al., 2015) จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือหรือรักษาพยาบาลโดยเร็วที่สุด จึงได้รับการส่งตัวเข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลหลังจาก ได้รับอุบัติเหตุทันที ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยไม่ทราบอาการของผู้ป่วย รวมทั้งข้อมูลที่จำเป็น และเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลหรือสาเหตุของการบาดเจ็บมาก่อน จึงเป็นเหตุผลให้สมาชิก ครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลด้านเหล่านี้ ดังเช่นที่ Gaglione (1984); นิตยา จรัสแสง (2549) กล่าวว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจะมีความต้องการด้านข้อมูลเป็นอย่างมากที่สุด โดยเป็นข้อมูล ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจรักษาพยาบาล การดูแลรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค พยาธิสภาพที่หลงเหลืออยู่ เพื่อที่จะสามารถทำความเข้าใจ และรับมือกับปัญหา ที่กำลังเกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ รุ่งนภา เขียวชะอำ และคณะ (2556) ที่ศึกษาเรื่อง ความต้องการของ ญาติผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพระปกเกล้า พบว่า ญาติมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับ อาการของผู้ป่วยมากที่สุดถึงร้อยละ 95.6 และ Al-Mutair et al. (2013) ที่ศึกษาเรื่อง ความต้องการ และประสบการณ์ของครอบครัวของผู้ป่วยหนัก พบว่า การไม่ได้รับข้อมูลเรื่องการรักษาพยาบาล และการพยากรณ์โรคจะเป็นการเพิ่มความวิตกกังวลให้ครอบครัวของผู้ป่วยให้มีมากขึ้น ซึ่ง Kolcaba (2003) ถือว่าเป็นสถานการณ์ความเครียด ดังนั้น การให้ข้อมูลกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจึงเป็น สิ่งสำคัญเพื่อเป็นแรงขับที่ช่วยส่งเสริมความสบายให้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย เพราะจะทำให้ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเกิดการเข้าใจในภาวะสุขภาพและอาการของผู้ป่วย โดยข้อมูลที่สมาชิก ครอบครัวผู้ป่วยต้องการทราบเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาการ การพยากรณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วย และผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการรักษาพยาบาล (พัชรินทร์ ศิลป์กิจเจริญ และคณะ, 2551; Agard & Harder, 2007; Al-Mutair et al., 2013; Redley et al., 2003) การทำหัตถการหรือการรักษาพยาบาล ความจำเป็นที่ต้องทำ และอุปกรณ์ที่ใช้ในการช่วยชีวิตต่าง ๆ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ (Al-Mutair et al., 2013; Perez-Carceles et al., 2010)

มานิกา อยู่สำราญ (2553) ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล ต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของญาติระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดได้ทบทวนและรวบรวม ลักษณะของข้อมูล และจำแนกตามรายละเอียดดังนี้

### 1. จำแนกตามเนื้อหาของข้อมูล ได้แก่

1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการที่ผู้ป่วยจะได้รับ (Procedure information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น อธิบายเป็นลำดับขั้นตอนเพื่อช่วยให้เข้าใจต่อเหตุการณ์ที่คุกคามผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย

1.2 ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก (Sensory information) เป็นข้อมูลที่อธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกจากประสาทสัมผัสทั้ง 5 ของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์คุกคามที่ต้องประสพอยู่ ได้แก่ การรับรส การสัมผัส การได้กลิ่น การได้ยินเสียง การมองเห็นภาพที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนต่าง ๆ ของเหตุการณ์ ความทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการรักษา

1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับการเผชิญต่อภาวะคุกคาม (Coping information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงการเผชิญกับสิ่งคุกคามต่าง ๆ ช่วยทำให้สามารถควบคุมพฤติกรรมและเกิดผลดีต่อตนเอง

### 2. จำแนกตามลักษณะของข้อมูล ได้แก่

2.1 ข้อมูลทั่วไป (General information) เป็นข้อมูลทั่วไปในลักษณะกว้าง ๆ เนื้อหาข้อมูลคล้ายกับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยจะได้รับ

2.2 ข้อมูลเฉพาะเจาะจง (Specific information) เป็นการให้ข้อมูลรายละเอียดเฉพาะในแต่ละสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญต่อภาวะคุกคาม

3. จำแนกตามรายละเอียดของข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรค/ การบาดเจ็บ เหตุผลของการรักษาพยาบาล ขั้นตอนการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญกับอาการที่กำลังจะเกิดขึ้น

จากการทบทวนเรื่องการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยข้างต้น จึงสรุปได้ว่า การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย หมายถึง การได้รับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบไปด้วย อาการและความก้าวหน้าของการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลที่ได้รับในปัจจุบัน ผลการรักษา และการพยากรณ์เจ็บป่วย และแผนการรักษาต่อเนื่องในอนาคต ตลอดจนพยาธิสภาพที่อาจหลงเหลืออยู่เมื่อสิ้นสุดการรักษา และการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับโรค

จากการศึกษาเรื่องความต้องการ และการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรในแผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉินของ ประยงค์ ทับทิม (2552) พบว่า ในด้านความต้องการของญาติผู้ป่วยนั้น มีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุดถึงร้อยละ 84.39 สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศัญญา โพธิ์งาม และคณะ (2555) ที่ได้ทำศึกษาความต้องการ

และการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ฉุกเฉิน พบว่า สมาชิกครอบครัวมีความต้องการด้านข้อมูลในระดับมาก ( $M = 23.40$ ,  $SD = 2.94$ ) แต่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลอยู่ในระดับน้อย ( $M = 6.28$ ,  $SD = 6.60$ ) และ Redley et al. (2003) ได้ศึกษาเรื่องความต้องการของครอบครัวในแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน พบว่า พวกเขาต้องการทราบเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่คาดหวังของการรักษา ความก้าวหน้าของการรักษา และการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย

จากการศึกษาของ สุมามิตา สวัสดิ์ดิโนนาท และคณะ (2556) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียด และผลกระทบต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต พบว่า ภายหลังเข้าโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลเพื่อลดความเครียดของผู้ดูแล โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค อาการและอาการแสดงในระยะ 72 ชั่วโมงแรกของการบาดเจ็บ แผนการรักษา การพยากรณ์โรค ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ มีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t_{27} = -4.35$ ,  $p = .01$ ) จะเห็นได้ว่า ข้อมูลการเจ็บป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการมากที่สุด เพื่อที่จะช่วยลดความวิตกกังวล จากสถานการณ์ความเครียดจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบกที่เกิดขึ้น ซึ่งหมายถึง การมีความสุขสบายเพิ่มขึ้นตามแนวคิดของ Kolcaba (2003) นั่นเอง

#### **การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย**

การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าไปมีส่วนร่วมทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งอาจเป็นการเข้าร่วมแบบทางตรงหรือทางอ้อมก็ได้ (วนิดา แผลมหลัก, 2553) ซึ่งความหมายการมีส่วนร่วมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนี้ พิกุล เจริญสุข (2546) ได้สรุปว่า เป็นการเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแผนการดูแล โดยให้คุณค่า ยอมรับ และไว้วางใจซึ่งกันและกัน มีการตัดสินใจ แลกเปลี่ยนข้อมูล มีการปรึกษาหารือ และตั้งเป้าหมายร่วมกัน

สรินยา ไชยนันท์ (2551) ได้ให้ความหมายของ การมีส่วนร่วมไว้ว่า หมายถึง กระบวนการที่บุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมกระทำในกิจกรรมหรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และทำให้วิธีปฏิบัติต่าง ๆ เป็นไปโดยสะดวกยิ่งขึ้น โดยการค้นหาปัญหา การวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหา การเลือกดำเนิน

Specht, Kelly, Monion, and Mass (2000) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การดูแลซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิก ในการแสดงบทบาท และการมีปฏิสัมพันธ์กัน

Lee and Craft-Rosenberg (2002) ให้ความหมายการมีส่วนร่วมในครอบครัวไว้ว่า เป็นความร่วมมือกันระหว่างสมาชิกครอบครัวกับพยาบาลในการดูแลสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วย ครอบคลุมการดูแลทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน

Tulton and Ager (2003) ได้จำแนกการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัวไว้ 4 ด้าน คือ

- 1) ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล เป็นการแลกเปลี่ยนข้อเท็จจริงระหว่างสมาชิกครอบครัวกับทีมการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือข้อมูลส่วนตัวที่เป็นประโยชน์แก่เจ้าหน้าที่
- 2) ด้านการวางแผนและตัดสินใจในการดูแลเพื่อให้เกิดการวางแผนร่วมกันระหว่างสมาชิกครอบครัวและทีมการรักษาพยาบาล เพื่อธำรงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ และให้เกิดการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่อย่างเหมาะสม
- 3) ด้านปฏิบัติการดูแลเพื่อให้สมาชิกครอบครัวตัดสินใจเลือก และมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ได้เลือกในการดูแลผู้ป่วยไปพร้อมกับทีมการรักษาพยาบาล และ
- 4) ด้านการประเมินผลการดูแล เป็นสิ่งที่ทีมรักษาพยาบาลและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยประเมินการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนแผนได้อย่างเหมาะสม โดยได้ให้ความหมายในส่วนของการวางแผนและตัดสินใจในการดูแลว่าเป็นการวางแผนร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว และเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยรวมไปถึงมีการตัดสินใจร่วมกันในการวางแผนทางการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย

การตัดสินใจ (Decision) หมายถึง การพิจารณาเลือกแนวทางที่ดีที่สุด และเหมาะสมที่สุด รวมทั้งมีความเป็นไปได้มากที่สุดเพื่อนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้หมดไปหรือลดความรุนแรงของปัญหา (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2551) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาเป็นส่วนหนึ่งของหลักจริยธรรมทางการแพทย์ที่เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกการรักษาที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุดเพื่อตนเอง (Autonomy) (Tham & Letendre, 2014) แต่เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะ ไม่รู้สึกตัว หรือขาดความสามารถในการตัดสินใจได้ด้วยตนเอง การตัดสินใจการรักษาพยาบาลจึงเป็นหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่จะเป็นผู้ทำหน้าที่แทนผู้ป่วยในการตัดสินใจการรักษานั้น (Lang & Quili, 2004) ซึ่งสอดคล้องกับระบบบริการสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญกับสิทธิผู้ป่วยซึ่งสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแทนผู้ป่วยที่ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ (สันต์ ใจยอดศิลป์ และปริญญา คุณาวุฒิ, 2551) ดังประกาศรับรองสิทธิ และข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ข้อที่ 9 ซึ่งกล่าวว่า “บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกาย หรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้” (แพทยสภา, 2559) เพื่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย และทีมการรักษาพยาบาลที่ดำเนินไปเพื่อตอบสนองสิทธิขั้นพื้นฐาน (จินตนา วัชรสินธุ์, 2550) โดย Cohen and Uphoff (1980) ผู้ซึ่งเป็นนักทฤษฎีการตัดสินใจได้กล่าวว่าการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นศูนย์กลางการเกิดความคิดที่หลากหลาย มีการกำหนดทางเลือกในตัดสินใจ และเลือกเปรียบเทียบกับการวางแผน เพื่อที่จะนำทางเลือกไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งในอดีตที่ผ่านมาการตัดสินใจการรักษาพยาบาลมักจำกัดอยู่ในเรื่องของการช่วย ฟิ้นคินชีพ แต่ในปัจจุบัน



ได้เปิดกว้างขึ้นที่จะให้มีสิทธิตัดสินใจรักษาหรือไม่รักษาในโรงพยาบาล การทำหัตถการ การให้ยา หรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การใช้เครื่องมือเพื่อช่วยพยุงชีวิต เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นต้น (Lang & Quili, 2004)

จากการทบทวนข้างต้นจึงสรุปว่า การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาล แก่ผู้ป่วย หมายถึง การได้รับ และแลกเปลี่ยนข้อมูล ปรีกษาหารือ รวมทั้งการตั้งเป้าหมายร่วมกับ ทีมการรักษาพยาบาลในการเลือกแนวทางการรักษาที่ดี เหมาะสม มีความเป็นไปได้ และเกิดประโยชน์ กับผู้ป่วยมากที่สุด โดยเป็นไปตามหลักหลักจริยธรรมทางการแพทย์ในการเคารพสิทธิผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย

ในประเทศไทยนั้น ผู้ประกอบวิชาชีพ สภาวิชาชีพ และหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องใน การรักษาพยาบาลผู้ป่วย ได้แก่ แพทย์สภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม กระทรวงสาธารณสุข หันตแพทย์สภา สภาเทคนิคการแพทย์ และสภากายภาพบำบัด และคณะกรรมการการประกอบโรค ศิลปะได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ สูงสุดจากกระบวนการรักษาพยาบาล เมื่อวันที่ 12 สิงหาคม พ.ศ. 2558 (แพทย์สภา, 2559) ซึ่งมี ส่วนที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย ดังคำประกาศสิทธิข้อ 2 และ ข้อ 8 ดังนี้

ข้อที่ 2 “ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษาพยาบาลมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริง และเพียงพอ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดี และผลเสียจากการตรวจการรักษาจากผู้ประกอบ วิชาชีพด้านสุขภาพด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่ายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจ ในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต”

ข้อที่ 8 “ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏ ในเวชระเบียนเมื่อร้องขอตามขั้นตอนของสถานพยาบาลนั้น ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการ ละเมิดสิทธิหรือข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลของผู้อื่น”

ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบกนั้นด้วยกลไกการเกิดอุบัติเหตุทำให้เกิด การบาดเจ็บพร้อม ๆ กันหลายระบบ (ไสว นรสาร และพิรญา ไสไพบ, 2559) และมักได้รับ บาดเจ็บกับศีรษะร่วมด้วยเสมอ (ชัชวาล จันทะเพชร, 2553; แสงโถม ศิริพานิช และคณะ, 2552; Seid et al., 2015) ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจะพร้อมการรู้คิด และตัดสินใจ ผู้ป่วยบางรายไม่รู้สึกรู้ตัว หรือมีระดับความรู้สึกตัวลดลง (นันทิยา โรจนางษ์, 2556) จึงเป็นหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยที่จะเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย (Lang & Quili, 2004) ตามสิทธิโดยชอบธรรม (แพทย์สภา, 2559) สิ่งที่มาชิกครอบครัวผู้ป่วยจะต้องมีการตัดสินใจการรักษาพยาบาลร่วมกับทีมการรักษา พยาบาล มักเกี่ยวข้องกับ 1) การตัดสินใจว่าจะผ่าตัดหรือไม่ 2) การทำหัตถการต่าง ๆ 3) การได้รับยา

4) การใส่หรือถอดเครื่องช่วยหายใจ 5) การกู้ชีวิตผู้ป่วย 6) การตรวจพิเศษต่าง ๆ เช่น เอ็กซเรย์ การอัลตราซาวด์ การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ 7) การวางแผนในการจำหน่ายหรือฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย (ทรรศนีย์ ทับโพ, 2552)

จากการศึกษาของ รัชณี หลงสวาสดี, สุภาภรณ์ ค้วงแพง และเขมรดี มาสิงบุญ (2554) เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า ความต้องการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตด้านต่าง ๆ ได้แก่

- 1) ด้านการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูล 2) ด้านการวางแผน และตัดสินใจการรักษา
- 3) ด้านการช่วยเหลือทางด้านร่างกายและจิตใจ และ 4) ด้านการประเมิน การดูแลรักษา ผลการวิเคราะห์พบว่า ในด้านการวางแผนและตัดสินใจการรักษานั้น ในปัจจุบันมีความจำเป็นมากขึ้น ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากปัญหาเรื่องสิทธิของผู้ป่วย เมื่อเกิดความไม่พึงพอใจในการรักษาพยาบาล ส่งผลให้เกิดการฟ้องร้องบุคลากรทางการแพทย์ที่มีมากขึ้น ดังนั้นปัจจุบันเมื่อพิจารณาเรื่องสิทธิของผู้ป่วย และญาติ/ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย รวมทั้งคุณภาพการรักษาพยาบาล จึงได้มีการเปิดโอกาสให้ญาติ/ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลที่จะให้กับผู้ป่วย

Huffines et al. (2013) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การเพิ่มความพึงพอใจของครอบครัว และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมมีความไม่พึงพอใจที่ไม่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วย แต่เมื่อได้นำแนวปฏิบัติ เรื่อง การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษามาใช้ พบว่า ความพึงพอใจของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการนำแนวปฏิบัติการใช้ เรื่อง การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษามาใช้ ( $z = -2.62, p = .009$ )

สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความพึงพอใจที่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษา ซึ่ง Kolcaba (2003) ถือว่าเป็นการเพิ่มความสุขสบายให้เกิดขึ้น แต่การศึกษาของ Boer et al. (2015) เรื่อง การตัดสินใจการรักษาของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดรุนแรง พบว่า เป็นช่วงเวลา ที่ญาติรู้สึกว่กดดันมาก และญาติรู้สึกว่ตัวเองเป็นใครที่จะต้องตัดสินใจเรื่องการยินยอมให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic drug) เนื่องจากต้องเปรียบเทียบระหว่างการยินยอมให้ยาละลายลิ่มเลือดแล้วได้ผลดีมีโอกาสรอดชีวิตหรือไม่พิกากับความเสี่ยงที่ผู้ป่วยอาจเกิด ความพิการอย่างรุนแรง หรือเสียชีวิตจากผลข้างเคียงของการใช้ยา ญาติผู้ป่วยจึงมีความต้องการให้ การตัดสินใจในสถานการณ์ที่กดดันหรือจำกัดเรื่องเวลาเป็นหน้าที่ของแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นริสา สะมาแเอ และคณะ (2556) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิม ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตสุดท้ายที่ได้รับการรักษาในไอซียู พบว่า ผู้ดูแลหลักเกิดความสับสน ไม่สบายใจ เมื่อต้องตัดสินใจการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตในการเลือกวิธีการรักษาทางการแพทย์

ที่เห็นว่าเหมาะสม เช่น การดูแลรักษาในโรงพยาบาลกับผู้เชี่ยวชาญแต่ขัดแย้งกับหลักศาสนาที่ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะได้อ่านหรือมีผู้อ่านยาจีนให้ฟังที่บ้าน เนื่องจากเชื่อว่าพระเจ้าจะคุ้มครองให้หายจากอาการเจ็บป่วย บางครอบครัวเกิดความขัดแย้งกับความตั้งใจเดิมของผู้ป่วยที่ไม่ต้องการให้ทำการสวดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ การช่วยหายใจหรือนวดหัวใจ แต่เมื่อถึงภาวะวิกฤต ผู้ดูแลจึงตัดสินใจฝืนคำสั่งเสียของผู้ป่วย ดังนั้นในเรื่องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบกซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวเช่นกัน จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจะมีความสุขสบายเกิดขึ้นหรือไม่

จากการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย

### ความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ

ความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะการให้บริการในศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉินที่มักเป็นสถานการณ์ที่มีความคลุมเครือ และความเร่งรีบทางการรักษาพยาบาล จนทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเกิดความสับสน กังวลใจ หรือไม่สบายใจจนส่งผลต่อความเชื่อมั่นไว้วางใจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย สำหรับความหมายของคำว่าเชื่อถือ นั้น สุพิทย์ กาญจนพันธุ์ (2552) ได้ให้ความหมายไว้ว่า คือ ความเชื่อได้ และ Conrad, Leidner, and Schilder (2008) ให้ความหมายของคำว่าเชื่อถือไว้ว่า เป็นความเชื่อมั่นไว้วางใจ ซึ่ง สิริลักษณ์ ลีวัฒนาวงศ์ (2559) ได้กล่าวว่า ความเชื่อถือบางครั้งก็เรียกว่าความน่าเชื่อถือ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าความเชื่อถือและความน่าเชื่อถือจึงมีความหมายเป็นเรื่องเดียวกัน

สำหรับความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพนี้เป็นสิ่งที่องค์กรแต่ละองค์กรรวมทั้งหน่วยงานให้บริการสุขภาพสามารถสร้างขึ้นได้ และต้องมีความเป็นรูปธรรมชัดเจน เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการรับบริการ โดยสะท้อนไปถึงความซื่อสัตย์ ความจริงใจ และความสนใจอย่างแท้จริงของผู้ให้บริการที่มีต่อผู้รับบริการ (ศราวุธ พันธุ์ขง, 2556) และเมื่อผู้รับบริการเกิดการประเมินค่าว่ามีคุณค่า มีประโยชน์ ก็จะส่งผลให้เกิดการยอมรับ (Ajzen & Fishbein, 2005) เกิดความพึงพอใจ และมีการสื่อสารต่อ ๆ กันระหว่างผู้รับบริการจนทำให้มีผู้มารับบริการเพิ่มจำนวนมากขึ้น (สยมภู สนธิภักดี, 2555) ซึ่งแสดงว่า ผู้รับบริการเกิดความเชื่อถือและพึงพอใจในคุณภาพของการบริการของหน่วยงานนั้น (รุ่งโรจน์ สงสระบุญ, 2557) จึงทำให้มีการนำแนวคิดเรื่องความพึงพอใจมาใช้ในการประเมิน/วัดคุณภาพผลลัพธ์ทางการพยาบาลและคุณภาพการบริการ (สราพันธ์ อนุชน, 2556; Zeithaml & Bitner, 2000)

Parasuraman et al. (1985) ได้ศึกษาเรื่อง คุณภาพการบริการพร้อมกับพัฒนารูปแบบคุณภาพการบริการ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่มกับผู้ให้บริการใน 4 องค์กร (Service firms) พบว่า คุณภาพการบริการมีองค์ประกอบ 10 ด้าน คือ 1) ความเป็นรูปธรรมของการบริการ

(Tangibles) หมายถึง ลักษณะภายนอกที่สามารถมองเห็นได้ในการให้บริการว่ามีความเหมาะสม

2) ความเชื่อถือ (Credibility) หมายถึง ความเชื่อถือได้และความซื่อสัตย์ขององค์กรที่ให้บริการ และตัวผู้ให้บริการ 3) การตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness) หมายถึง ความเต็มใจที่จะให้บริการอย่างรวดเร็ว 4) สมรรถนะของผู้ให้บริการ (Competence) หมายถึง ผู้ให้บริการมีความรู้และความสามารถที่จะปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ 5) อหยาศัยไมตรี (Courtesy) หมายถึง ผู้ให้บริการมีความสุภาพเรียบร้อยรอบคอบและเป็นมิตร 6) ความเชื่อมั่น (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์ที่ได้แจ้งไว้ให้กับผู้รับบริการ 7) ความมั่นคงปลอดภัย (Security) หมายถึง การให้บริการที่ปราศจากอันตราย ไม่มีความเสี่ยงหรือความเคลือบแคลงใด ๆ 8) การเข้าถึงบริการ (Access) หมายถึง ความสะดวกในการติดต่อกับผู้ให้บริการซึ่งครอบคลุมทั้งเวลาที่เปิดดำเนินการ สถานที่ตั้ง และวิธีการติดต่อ 9) การติดต่อสื่อสาร (Communication) หมายถึง การให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการด้วยภาษาที่ชัดเจนง่ายต่อการเข้าใจ และการยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการ และ 10) การเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ (Understanding the customer) หมายถึง การรู้จัก และเข้าใจความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งจะเห็นว่าความเชื่อถือเป็นสิ่งสำคัญในผลลัพธ์เรื่องคุณภาพของการบริการ โดยเฉพาะในทีมบุคลากรสุขภาพ ต่อมา Parasuraman et al. (1985) ได้ศึกษาและสร้างแบบวัดคุณภาพของการบริการที่มีชื่อว่า Service quality โดยประกอบด้วยประกอบของคุณภาพการบริการทั้ง 10 ด้าน เหลือเพียง 5 ด้าน ได้แก่

1) ความเป็นรูปธรรมของการบริการ 2) ความเชื่อถือของบริการ 3) การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ 4) ความไว้วางใจ (จากการรวมข้อ 4, 5, 6 และ 7) และ 5) การเข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการ (จากการรวมข้อ 8, 9 และ 10) จะเห็นได้ว่า ความเชื่อเถือยังคงมีความสำคัญในมุมมองของคุณภาพการบริการ

จากการศึกษาของ รุ่งโรจน์ สงสระบุญ (2557) และ Brown and Swartz (1989) กล่าวว่า การบริการที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ การบริการที่ได้มาตรฐานทางการพยาบาล และการวินิจฉัยโรคที่ได้มาตรฐาน มีอิทธิพลโดยตรงที่ทำให้เกิดการรับรู้คุณภาพการบริการที่ดีและจะส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจต่อการให้บริการ ซึ่งนั่นถือว่ามีความสุขสบายเกิดขึ้น (Kolcaba, 2003) ความพึงพอใจกับทัศนคตินั้นมีความสัมพันธ์กัน ซึ่ง Aday and Andersen (1975) ได้กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติของผู้รับบริการที่เกิดจากประสบการณ์ในการรับบริการว่าเป็นไปตามความคาดหวัง โดย Bloom (1964); Traina, Mathias, Colwell, Crosby, and Abraham (2016) ได้ให้ความหมายทัศนคติไว้ว่า เป็นกระบวนการทางด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก และความสนใจต่อการให้คุณค่าต่อการบริการซึ่งจะนำมาซึ่งความเชื่อเถือในการบริการ สอดคล้องกับ สุมิตรา ชูแก้ว, युพาพิน ศิริโพธิ์งาม และวรรณภา ประไพพานิช (2555) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคล

มีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งใดก็จะมี ความเชื่อถือในสิ่งนั้น ๆ

Derogatis (1986) ได้อธิบายการปรับตัวทางด้านจิตสังคมต่อภาวะการเจ็บป่วย (The psychosocial adjustment to illness) และการรักษาทางการแพทย์ของผู้รับบริการไว้ว่า ประกอบไปด้วย 7 ด้าน (Domain) ได้แก่ การดูแลสุขภาพ (Health care orientation) สภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ (Vocational environment) สภาพแวดล้อมภายในบ้าน (Domestic environment) สัมพันธภาพทางเพศ (Sexual relationship) สัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย (Extended family relationships) สภาพแวดล้อมทางสังคม (Social environment) และความไม่สบายทางจิตใจ (Psychological distress) และได้พัฒนาเครื่องมือในการประเมินการปรับตัวทางจิตสังคมต่อภาวะการเจ็บป่วย มีจำนวนทั้งหมด 46 ข้อ โดยศึกษาในผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย พบว่า เครื่องมือมีความตรงเชิงทำนาย (Predictive validity) ความตรงตามทฤษฎี (Convergent validity) และความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) และมีความค่าความเชื่อมั่นโดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคโดยรวมเท่ากับ 0.83

สำหรับในประเทศไทยได้มีคณาจารย์ศึกษาเรื่องความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ (เพ็ญญา พิสัยพันธ์, 2542; ภัทรนุช ภูมิพาน และคณะ, 2555; รัชนก ทรงทรัพย์, 2554; สุกัตรา ไกรโสภา, 2538) โดยเฉพาะ เพ็ญญา พิสัยพันธ์ (2542) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ แต่มุ่งสนใจไปที่องค์ประกอบที่ 1 ด้านการดูแลสุขภาพ (Health care orientation) ซึ่งเกี่ยวข้องกับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ โดยทั่วไป การรับรู้ของผู้ใช้บริการคุณภาพของข้อมูลที่ได้รับ ความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับความผิดปกติต่าง ๆ และการรักษา ซึ่งจะสะท้อนถึงทัศนคติที่ดีหรือไม่ดี และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพได้มากหรือน้อยเพียงใด ดังนั้นเมื่อมีความเชื่อถือและยอมรับก็จะนำมาซึ่งความพึงพอใจและความสุขสบายในที่สุด

เพ็ญญา พิสัยพันธ์ (2542) ได้ศึกษาเรื่อง ความเชื่อถือในบุคลากรทีมสุขภาพกับผู้ป่วยที่มีต่อการรักษาของแพทย์ในการแก้ปัญหาการมีบุตรยาก โดยพัฒนาเครื่องมือในองค์ประกอบที่ 1 ออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ความมั่นใจต่อการตรวจรักษาที่ได้รับจากแพทย์ ความคาดหวังในการรักษาของแพทย์ การได้รับข้อมูลและความรู้จากแพทย์ ความพึงพอใจในการตรวจรักษา และคุณภาพการตรวจรักษา ต่อมา รัชนก ทรงทรัพย์ (2554) ได้พัฒนาเครื่องมือความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ โดยคัดแปลงไปศึกษากับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมอง ซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤต เครื่องมือชุดนี้ประกอบไปด้วย 5 ด้านเช่นกัน

ดังนั้นความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพจึงหมายถึง ความรู้สึกเชื่อมั่นไว้วางใจ อันเป็นผลมาจากประสบการณ์ และทัศนคติของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่มีต่อการรับบริการ

สุขภาพจากแพทย์/ พยาบาลที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน อันประกอบไปด้วย การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป (Health care in general) การรับรู้ของผู้ให้บริการ (Perceptions of health care professionals) คุณภาพของข้อมูลที่ได้รับ (Quality of health information) ความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับความผิดปกติต่าง ๆ และการรักษา (The nature of the patient's expectancies about his/ her disorder and its treatment are all assessed)

สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกต้องเผชิญสถานการณ์ความเครียดหรือสถานการณ์การดูแลสุขภาพที่มีความเครียด (Kolcaba, 2003) ในขณะที่รอผู้ป่วยทำการรักษาพยาบาลที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน การเกิดอุบัติเหตุจราจรทางบกเป็นภาวะที่เกิดอย่างกะทันหันและไม่สามารถวางแผนเพื่อรองรับกับปัญหาได้ล่วงหน้า การเกิดอุบัติเหตุแต่ละครั้งมีความรุนแรงของการบาดเจ็บและการพยากรณ์โรคที่แตกต่างกันออกไปส่งผลให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยต้องมีการรับมือกับปัญหาที่แตกต่างกันออกไป สถานการณ์การดูแลสุขภาพที่มีความเครียดเช่นนี้จะนำมาซึ่งความไม่สุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญเพราะจะช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยสามารถปรับปรับตัวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเกิดความเข้าใจและมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยหรือแรงขับที่มีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก ได้แก่ การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย และความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ ซึ่งสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยนั้นเป็นผู้รับบริการอีกกลุ่มหนึ่งที่พยาบาลต้องให้การดูแล ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพยาบาลเพื่อเพิ่มความสุขสบายให้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย โดยมุ่งคำนึงถึงการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยต่อไป

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย ความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ กับความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ประกอบไปด้วย บุคคลที่มีความผูกพันทางสายเลือด ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง หรือบุตร และ/ หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย ได้แก่ สามีหรือภรรยาของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบกทุกชนิด (ยกเว้นรถไฟ และรถราง) จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

**กลุ่มตัวอย่าง** ในการศึกษาค้างนี้ คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบกที่มีความผูกพันทางสายเลือดกับผู้ป่วย ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง หรือบุตร และ/ หรือผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย ได้แก่ สามีหรือภรรยาของผู้ป่วย จำนวน 1 คน และมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดที่มีบทบาทในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบกขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา โดยได้มาจากการสอบถามจากผู้ป่วย หรือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย
2. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจได้ดี
4. เป็นสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกและได้เข้ารับการรักษาพยาบาลที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา โดยไม่ได้รับการส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น

#### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ โดยใช้วิธีการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G\*Power version 3.0.10 (Faul, Erdfelder, Buchner, &

Lang, 2009) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญที่ .05 ที่มีอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .30 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง และเป็นที่ยอมรับได้ในการวิจัยทางการแพทย์ (Burns & Grove, 2009; Cohen, 1977) กำหนดได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 82 ราย

#### การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

1. เมื่อผู้ป่วยมาถึงศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ผู้วิจัยประสานพยาบาลเจ้าของไข้ เวย์เรซ่า (เวลา 08.00 น.-16.00 น.) และเวย์บาย (16.00 น.-21.00 น.) เพื่อสอบถามหาสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และให้พยาบาลเจ้าของไข้นำพาผู้วิจัยไปพบ
2. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยเลือกสมาชิกครอบครัวที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้แบบรายวันราย โดยเก็บข้อมูลวันละ 4 ราย

#### สถานที่ศึกษา

ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา เป็นหน่วยบริหารของโรงพยาบาล ขนาด 140 เตียง สังกัดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุ ผู้ป่วยฉุกเฉิน และบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ตลอด 24 ชั่วโมง รับผิดชอบพื้นที่ภายใน มหาวิทยาลัยบูรพา ตำบลแสนสุข ตำบลเหมือง และตำบลอ่างศิลา (ด้านซ้ายของถนนลงอ่างศิลา) ภายในศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน แบ่งพื้นที่การปฏิบัติงานออกเป็น 5 ส่วน คือ พื้นที่คัดแยกผู้ป่วย (Triage zone) ห้องช่วยฟื้นคืนชีพ (Resuscitation room) ห้องสังเกตอาการ (Observe room) พื้นที่ผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน (Trauma and non-trauma zone) และห้องทำแผล-ฉีดยา และมีการคัดแยกผู้ป่วยเพื่อแบ่งระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินที่เข้ารับรักษาในศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ระดับที่ 1 ผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามชีวิต (Resuscitation) ระดับที่ 2 ผู้ป่วยวิกฤต (Crisis) ระดับที่ 3 ผู้ป่วยเจ็บพลันเร่งด่วน (Urgent) ระดับที่ 4 ผู้ป่วยเจ็บพลันแต่ไม่เร่งด่วน (Acute-non urgent) และระดับที่ 5 ผู้ป่วยไม่เจ็บพลันไม่เร่งด่วน (Not acute non urgent)

ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบกสามารถมาถึงศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพาได้หลายวิธี ได้แก่ เดินทางมาโรงพยาบาลด้วยตนเอง พลมอเตอร์ไซด์นำส่ง หรือมาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เมื่อมาถึงโรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับการส่งตัวเข้าทำการรักษา ที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉินทันที โดยเจ้าหน้าที่เวชระเบียนเป็นผู้ทำประวัติ และทำใบนำทางผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคผนวก ค) ภายในศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เพื่อนำใบนำทางส่งต่อให้กับพยาบาลของศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉินที่ทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยเพื่อลงข้อมูลผู้ป่วยใน โปรแกรมคอมพิวเตอร์



ระบบงานโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ในหมวดสถิติผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุจากการขนส่ง ทำให้ชื่อของผู้ป่วยถูกแสดงบนหน้าจอสถิติผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุจากการขนส่ง ซึ่งพยาบาลหัวหน้าเวรของศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉินจะเป็นผู้รวบรวมสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา โดยจะเรียงจากลำดับที่ 1 จนถึงสิ้นสุดการรักษาทั้งหมดในช่วงตั้งแต่เวลา 00.00 น. ถึง 23.59 น. ของแต่ละวัน

ในทางปฏิบัติสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยอาจมาพร้อมผู้ป่วย และ/หรือติดตามมาภายหลังเมื่อทราบข่าวการเกิดอุบัติเหตุ เมื่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมาอยู่ที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ในกรณีที่ผู้ป่วยกำลังได้รับการรักษาพยาบาลจากแพทย์/พยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้ออกไปพบและให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยในเบื้องต้น และเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลจนมีอาการคงที่และปลอดภัยในระดับหนึ่ง แพทย์ผู้รักษาจะเชิญสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่มีบทบาทในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงรวมทั้งสมาชิกครอบครัวท่านอื่น ๆ เข้าพบ และอธิบายรายละเอียดของข้อมูลเกี่ยวกับอาการปัจจุบัน การวินิจฉัยโรค การรักษาที่ได้รับเพื่อการช่วยชีวิตในเบื้องต้น และอธิบายแนวทางและผลลัพธ์ทางการรักษาพยาบาลเพื่อร่วมกันตัดสินใจเลือกแนวทางที่จะดำเนินการรักษาต่อไป

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบก สร้างโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (Patient's data form) ข้อคำถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยต่อเดือน สิทธิการรักษาในการรักษาพยาบาลจากการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (ตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย) ได้แก่ วันที่ เวลาที่รับผู้ป่วยไว้รักษาที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน สถานะของผู้ได้รับบาดเจ็บ ชนิดของยานพาหนะที่ได้รับข้อมูลการวินิจฉัยโรค อวัยวะของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บ ความรุนแรงของการบาดเจ็บ คิดว่ามีภาวะคุกคามชีวิตผู้ป่วยหรือไม่

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบก (Family member's data form) สร้างโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ข้อคำถาม ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยของตนเอง ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บทบาทหน้าที่ภายในครอบครัว

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย (Receiving information of illness) เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านข้อมูลให้แก่

สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจนทำให้เกิดความสบายใจหรือพึงพอใจ ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ อาการและความรุนแรง ของการบาดเจ็บของผู้ป่วยในปัจจุบัน ผลที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในอนาคตจากการบาดเจ็บครั้งนี้ (การพยากรณ์โรค) การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน แผนการรักษา ต่อเนื่องในอนาคต ผลการรักษา ความผิดปกติที่อาจหลงเหลืออยู่เมื่อสิ้นสุดการรักษา และข้อมูล การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อออกจากศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบ มาตรฐานส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยมีความหมายของแต่ละคะแนนดังนี้

1 คะแนน หมายถึง ไม่ได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยและรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่พึงพอใจ  
 2 คะแนน หมายถึง ได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยจนรู้สึกสบายใจหรือพึงพอใจเล็กน้อย  
 3 คะแนน หมายถึง ได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยจนรู้สึกสบายใจหรือพึงพอใจปานกลาง  
 4 คะแนน หมายถึง ได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยจนรู้สึกสบายใจหรือพึงพอใจมาก  
 5 คะแนน หมายถึง ได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยจนรู้สึกสบายใจหรือพึงพอใจมากที่สุด

การแปลผลคะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดจากการแบ่งคะแนนโดยรวมออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ น้อย ปานกลาง และมาก (โดยคะแนนรวมสูงกว่า หมายถึง สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยจนรู้สึกสบายใจหรือพึงพอใจมากกว่าคะแนนรวมต่ำกว่า) คะแนนรวม 7-35 คะแนน นำมาแบ่งกลุ่มโดยใช้หลักค่าพิสัย (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2553) แบ่งการแปลผล คะแนนดังนี้

7-16 หมายถึง ได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยจนรู้สึกสบายใจหรือมีความพึงพอใจ ในระดับน้อย  
 17-26 หมายถึง ได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยจนรู้สึกสบายใจหรือมีความพึงพอใจ ในระดับปานกลาง  
 27-35 หมายถึง ได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยจนรู้สึกสบายใจหรือมีความพึงพอใจ ในระดับมาก

แบบสอบถามชุดนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านศัลยกรรม 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้าน การพยาบาลอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญงานการพยาบาล อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน 1 ท่าน โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนแต่ละข้อคำถามมีความสัมพันธ์ตามระดับ 1-4 กับวัตถุประสงค์ ที่ต้องการวัด ข้อคำถามที่มีความสัมพันธ์ระดับ 3-4 หมายถึง ข้อคำถามที่มีความตรงตามเนื้อหา ที่ต้องการวัดข้อคำถามนั้นจะถูกนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) และข้อคำถามที่ได้รับการประเมินต่ำกว่าระดับ 3-4 ผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุง และแก้ไข ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้มีความชัดเจนถูกต้องตามเนื้อหา มีความเหมาะสม

ด้านภาษา และนำไปหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาซ้ำ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553) โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ได้มีค่าเท่ากับ .86

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย (Participation in treatment decision for patients) เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักของ รัชนี หลงสวัสดิ์ และคณะ (2554) ที่พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว โดยใช้แนวคิดของ Tulton and Ager (2003) เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมรับรู้ และการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัว มีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การแลกเปลี่ยนข้อมูล (ข้อคำถามที่ 1-4) ด้านการวางแผนและตัดสินใจดูแลรักษา (ข้อคำถามที่ 5-9) ด้านปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ (ข้อคำถามที่ 10-16) ด้านการประเมินผลการดูแลรักษา (ข้อคำถามที่ 17-18) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .95 และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .89

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เพียงข้อคำถามด้านการวางแผนและตัดสินใจดูแลรักษา และมีการเพิ่มเติมข้อคำถามอีก 1 ข้อ ซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องแบบสอบถามชุดนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมในการดูแลน้อยที่สุด
- 2 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมในการดูแลน้อย
- 3 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมในการดูแลปานกลาง
- 4 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมในการดูแลมาก
- 5 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมในการดูแลมากที่สุด

การแปลผลคะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดจากการแบ่งคะแนนโดยรวมออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ น้อย ปานกลางและมาก (โดยคะแนนรวมสูงกว่า หมายถึง สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยมากกว่าคะแนนรวมต่ำกว่า) นำคะแนนรวม 5-25 คะแนน นำมาแบ่งกลุ่มโดยใช้หลักพิสัย แบ่งการแปลผลคะแนนได้ดังนี้

- 5-11 หมายถึง มีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในระดับน้อย
- 12-18 หมายถึง มีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในระดับปานกลาง

19-25 หมายถึง มีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในระดับมาก  
แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยนี้ได้รับการ  
การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้าน  
ศัลยกรรม 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน 2 ท่าน และพยาบาล  
ผู้เชี่ยวชาญงานการพยาบาล อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน 1 ท่าน โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนน แต่ละข้อคำถาม  
มีความสัมพันธ์ตามระดับ 1-4 กับวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด ข้อคำถามที่มีความสัมพันธ์ระดับ 3-4  
หมายถึง ข้อคำถามที่มีความตรงตามเนื้อหาที่ต้องการวัด ข้อคำถามนั้น ได้ถูกนำมาคำนวณหาค่าดัชนี  
ความตรงตามเนื้อหา โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ได้มีค่าเท่ากับ .80

ชุดที่ 5 แบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ (Credible authority  
on health care service) เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดทัศนคติด้านการดูแล  
สุขภาพซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมต่อภาวะการเจ็บป่วย  
(The psychosocial adjustment to illness) ของ Derogatis (1986) โดยมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการรับรู้  
ของผู้ใช้บริการ คุณภาพของข้อมูลที่ได้รับ ความคาดหวังของผู้รับบริการเกี่ยวกับความผิดปกติต่าง ๆ  
และการรักษา แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วน  
ประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยมีความหมายของแต่ละคะแนนดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยที่สุด
- 2 คะแนน หมายถึง ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย
- 3 คะแนน หมายถึง ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง
- 4 คะแนน หมายถึง ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
- 5 คะแนน หมายถึง ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

การแปลผลคะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดจากการแบ่งคะแนนโดยรวมออกเป็น  
3 ระดับ ได้แก่ น้อย ปานกลางและมาก (โดยคะแนนรวมสูงกว่า หมายถึง สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย  
มีความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพมากกว่าคะแนนรวมต่ำกว่า) นำคะแนนรวม  
5-25 คะแนน มาแบ่งกลุ่มโดยใช้หลักพิสัย แปลผลคะแนนดังนี้

- 5-11 หมายถึง ระดับความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพน้อย
- 12-18 หมายถึง ระดับความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพปานกลาง
- 19-25 หมายถึง ระดับความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพมาก

แบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพนี้ได้ถูกนำมาตรวจสอบ  
ความตรงของเนื้อหา โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้าน  
ศัลยกรรม จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จำนวน

2 ท่าน และพยาบาลชำนาญการงานด้านการพยาบาลอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จำนวน 1 ท่าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ให้คะแนนแต่ละข้อคำถามมีความสัมพันธ์ตามระดับ 1-4 กับวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด ข้อคำถามที่มีความสัมพันธ์ระดับ 3-4 หมายถึง ข้อคำถามที่มีความตรงตามเนื้อหาที่ต้องการวัดข้อคำถามนั้น จะถูกนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ได้มีค่าเท่ากับ .93

ชุดที่ 6 แบบสอบถามความสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัย ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความสบายของ ลลิตา นพคุณ (2547) ที่นำแบบสอบถาม ความสบาย (Perianesthesia comfort questionnaire) ของ Kolcaba (2003) มาแปลเป็นภาษาไทย โดยใช้กระบวนการแปลย้อนกลับ (Backward translation) จากนั้น ได้นำแบบสอบถาม ฉบับแปลภาษาไทยนี้ไปเสนอให้ผู้ทรงคุณตรวจสอบความถูกต้องทางด้านภาษา และนำไปศึกษา ความสบายในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด มีการหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการหาสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 แบบสอบถามชุดนี้มีลักษณะเป็นมาตราส่วน ประเมินค่า (Rating scale) 6 ระดับ ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 24 ข้อ โดยเป็นข้อความทางบวก จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 6, 11, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 23 และ 24 และข้อความทางลบ จำนวน 12 ข้อเท่ากับ ข้อ 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 17 และ 22 โดยมีเกณฑ์ในการตอบ แบบสอบถาม ดังนี้

เห็นด้วยน้อยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยมากที่สุด
เห็นด้วยน้อยมาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยมาก
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

		ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วยน้อยมากที่สุด	ได้	1 คะแนน	6 คะแนน
เห็นด้วยน้อยมาก	ได้	2 คะแนน	5 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ได้	3 คะแนน	4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ได้	4 คะแนน	3 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ได้	5 คะแนน	2 คะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	ได้	6 คะแนน	1 คะแนน

ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ของแบบสอบถามนี้มีค่าเท่ากับ 24-144 คะแนน เกณฑ์ในการกำหนดคะแนนความสบาย แบ่งเป็นช่วงคะแนน (Kolcaba, 2003) ได้ดังนี้

24-35.99	คะแนน	หมายถึง	มีความสุขสบายน้อยมากที่สุด
36-59.99	คะแนน	หมายถึง	มีความสุขสบายน้อยมาก
60-83.99	คะแนน	หมายถึง	มีความสุขสบายน้อย
84-107.99	คะแนน	หมายถึง	มีความสุขสบายปานกลาง
108-131.99	คะแนน	หมายถึง	มีความสุขสบายมาก
132-144	คะแนน	หมายถึง	มีความสุขสบายมากที่สุด

ในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบสอบถามความสบายของ ลลิตา นพคุณ (2547) เพื่อให้เข้ากับบริบทของความสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบก และศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน และนำมาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านศัลยกรรม จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลชำนาญการงานด้านการพยาบาลอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จำนวน 1 ท่าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนแต่ละข้อคำถามที่มีความสัมพันธ์ตามระดับ 1-4 กับวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด ข้อคำถามที่มีความสัมพันธ์ระดับ 3-4 หมายถึง ข้อคำถามที่มีความตรงตามเนื้อหาที่ต้องการวัด ข้อคำถามนั้นจะถูกนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ส่วนข้อคำถามที่ได้รับการประเมินในระดับ 1-2 ผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้มีความชัดเจนถูกต้อง จากนั้นนำไปคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .92

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย แบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ และแบบสอบถามความสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิมาแล้ว ผู้วิจัยจึงนำมาทดสอบความเชื่อมั่น โดยนำแบบสอบถามการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย แบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับ ในการบริการสุขภาพ และแบบสอบถามความสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยนำไปทดลองใช้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถขณะรับการรักษา จำนวน 30 ราย (นันทกา สวัสดิพานิช และสุจิตรา เทียนสวัสดิ์, 2554; บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหา

ค่าความเชื่อมั่นด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) โดยแบบสอบถามการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย แบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ และแบบสอบถามความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94, .87, .93 และ .87 ตามลำดับ

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามลำดับต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการพิจารณาแล้วต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้วิจัยเข้าแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และผลการวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยและสังคมในอนาคต พร้อมทั้งสิทธิของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทั้งนี้ให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ผู้วิจัยขออธิบายให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยทราบว่าการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล และชี้แจงให้ทราบว่าหากเข้าร่วมวิจัยแล้วสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย แบบสอบถามกำหนดรหัสตามลำดับที่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะไม่มีมีการระบุชื่อ นามสกุลจริง คำตอบและข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและจะนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น หลังจากมีการเผยแพร่ผลการวิจัยแล้ว จะมีการทำลายข้อมูลภายในระยะเวลา 1 ปี
3. เมื่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ภายหลังจากโครงร่างวิทยานิพนธ์ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงาน

การพยาบาลและหัวหน้าศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ในการเก็บข้อมูลวิจัย และขออนุญาตใช้ห้องประชุมศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ในการสนทนาและเชิญชวน กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมตอบแบบสอบถาม

2. เริ่มกระบวนการเก็บข้อมูล เวลา 08.00 น. ถึง 21.00 น. (เนื่องจากตามสถิติผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุจากการขนส่งของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จะมีจำนวนมากในช่วงเวลาดังกล่าว)

3. เมื่อผู้ป่วยมาถึงศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ผู้วิจัยประสานพยาบาลเจ้าของไข้ เวย์เรเข้า (เวลา 08.00 น.-16.00 น.) และเวย์ราย (16.00 น.-21.00 น.) เพื่อสอบถามหาสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และให้พยาบาลเจ้าของไข้นำพาผู้ป่วยไปพบ

4. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างเป็นระบบ โดยเลือกสมาชิกครอบครัว ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้แบบรายวันราย โดยเก็บวันละ 4 ราย

5. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามข้อ 4 ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยทราบ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัย จะขอให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

6. ในกรณีที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยไม่ประสงค์เข้าร่วมการศึกษาวิจัยหรือไม่ยินยอม ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยก็จะถูกตัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

7. ผู้วิจัยเชิญกลุ่มตัวอย่างไปยังห้องที่จัดเตรียมไว้ (ห้องประชุมศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เป็นห้องประชุมขนาดประมาณ 12 ตารางเมตร บริเวณหลังห้องทำงานของพยาบาลศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน) โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างและมีสมาธิในการตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้ยังสามารถพบผู้ป่วยตามความประสงค์

8. ขณะที่กลุ่มตัวอย่างกำลังดำเนินการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยอยู่ในห้องประชุม เพื่อคอยตอบข้อสงสัยในการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถ หรือไม่ประสงค์จะลงบันทึกคำตอบในแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างฟังทีละข้อ และช่วยบันทึกการตอบแบบสอบถามตามการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่าง จนครบทุกข้อ ให้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 25-30 นาที

9. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างและสอบถาม เพิ่มเติมจนครบสมบูรณ์ทุกข้อ และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล วิจัย



10. ผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับโดยใช้รหัสเลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัส แทนชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่างและถูกเก็บอย่างมิดชิดและปลอดภัยในตู้เก็บเอกสาร สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยได้รับใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดมีเพียงผู้วิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม และข้อมูลทั้งหมด จะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังจากเผยแพร่ผลงานวิจัย

11. ผู้วิจัยเป็นผู้นำข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย ความเชื่อถือและยอมรับในการบริการ สุขภาพ และความสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก ที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน
3. หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูล การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย ความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ กับความสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation Coefficients) โดยข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย ความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ กับความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบกที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป เป็นบุคคลที่มีความผูกพันทางสายเลือดกับผู้ป่วย (ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง หรือบุตร) และ/หรือเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย (ได้แก่ สามเษภ หรือภรรยา ของผู้ป่วย) เป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดที่มีบทบาทในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบกขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 82 ราย ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560 รวมเป็นระยะเวลา 4 เดือน ผลการวิจัยนำเสนอแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย ความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ และความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย

สำหรับข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก ประกอบไปด้วย ข้อมูล 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก และข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (ตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย) ซึ่งได้นำเสนอในรูปของจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ตารางที่ 1 และตารางที่ 3) ส่วนข้อมูลทั่วไปของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก ได้นำเสนอในรูปของจำนวน และร้อยละ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก ที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ( $n = 82$ )

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	53	64.6
หญิง	29	35.4
อายุ ( $M = 28.38$ , $SD = 15.23$ , $Min = 4$ , $Max = 73$ )		
< 6 ปี	4	4.9
7-12 ปี	3	3.7
13-20 ปี	22	26.8
21-40 ปี	34	41.5
41-60 ปี	16	19.5
> 60 ปี	3	3.7
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้รับการศึกษา	1	1.2
ได้รับการศึกษา	81	98.8
ประถมศึกษา	17	20.7
มัธยมศึกษา	32	39.1
อนุปริญญา	11	13.4
ปริญญาตรี	20	24.4
ปริญญาโท	1	1.2

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	51	62.2
คู่	25	30.5
หม้าย	3	3.7
แยกกันอยู่	2	2.4
หย่า	1	1.2
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ		
นักเรียน/นักศึกษา	33	40.2
แม่บ้าน	7	8.5
ประกอบอาชีพ		
รับจ้าง	27	32.9
ค้าขาย	8	9.9
ข้าราชการ	6	7.3
รัฐวิสาหกิจ	1	1.2
รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยต่อเดือน		
ไม่มีรายได้		
ไม่มีรายได้	31	37.8
มีรายได้		
< 10,000	20	24.4
10,001-20,000	22	26.8
20,001-30,000	7	8.5
> 30,001	2	2.5
สิทธิการรักษาพยาบาลที่ถูกใช้สำหรับการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้		
ชำระเงินด้วยตนเอง	33	40.2
กองทุนคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ	28	34.2
ประกันสังคม	16	19.5
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	6.1

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถทางบกส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.6 มีอายุระหว่าง 21-40 ปี ร้อยละ 41.5 รองลงมา มีอายุระหว่าง 13-20 ปี ร้อยละ 26.8 และมีอายุเฉลี่ยประมาณ 28.38 ปี ( $SD = 15.23$ ) มีการศึกษามากที่สุด ร้อยละ 98.8 โดยจบระดับชั้นมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 39.1 รองลงมามีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 24.4 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 51.3 โดยพบว่า มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 32.9 และกลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 48.7 นั่นคือเป็นนักเรียน/ นักศึกษามากที่สุด ร้อยละ 40.2 สำหรับผู้ป่วยที่มีรายได้นั้น ได้พิจารณาตามเกณฑ์ ธนาคารแห่งประเทศไทย (2561) พบถึง ร้อยละ 62.2 ซึ่งส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 26.8 รองลงมาพบว่า มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 20,001-30,000 บาท ร้อยละ 24.4 ส่วนผู้ที่ไม่มียาได้นั้นพบ ร้อยละ 37.8 ในเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาลที่ถูกใช้สำหรับการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิชำระเงินด้วยตนเองมากถึงร้อยละ 40.2 รองลงมาใช้สิทธิกองทุนคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ร้อยละ 34.1

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบก ที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ( $n = 82$ )

ข้อมูลทั่วไปของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	56	68.3
ชาย	26	31.7
อายุ ( $M = 34.37$ , $SD = 10.81$ , $Min = 20$ , $Max = 69$ )		
20-40 ปี	54	65.9
41-60 ปี	27	32.9
> 60 ปี	1	1.2
ศาสนา		
พุทธ	79	96.3
คริสต์	2	2.5
อิสลาม	1	1.2

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	1	1.2
ได้รับการศึกษา	81	98.8
ประถมศึกษา	8	9.8
มัธยมศึกษา	41	50.0
อนุปริญญา	3	3.7
ปริญญาตรี	27	32.9
ปริญญาโท	2	2.4
สถานภาพสมรส		
คู่	46	56.1
โสด	28	34.2
หม้าย	5	6.1
แยก	2	2.4
หย่า	1	1.2
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11	13.4
นักศึกษา	9	11.0
แม่บ้าน	2	2.4
ประกอบอาชีพ	71	86.6
รับจ้าง	36	43.9
ธุรกิจส่วนตัว (ค้าขาย)	24	29.3
ข้าราชการ/ พนักงานของรัฐ	11	13.4
รายได้เฉลี่ยของตนเองต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	8	9.8
มีรายได้	74	90.2
< 10,000	16	19.5
10,001-20,000	31	37.8

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
20,001-30,000	15	18.3
30,001-40,000	12	14.6
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
พี่/ น้อง	29	35.4
พ่อ/ แม่	21	25.6
สามี/ ภรรยา	14	17.1
บุตร/ ธิดา	9	10.9
ปู่/ ย่า/ ตา/ ยาย	5	6.1
ลุง/ ป้า/ น้า/ อา	3	3.7
หลาน	1	1.2
บทบาทหน้าที่ภายในครอบครัว		
ดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว	44	53.6
ดูแลทั้งชีวิตประจำวัน และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย	30	36.6
ดูแลชีวิตประจำวันของผู้ป่วย	8	9.8

จากตารางที่ 2 สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบกส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.3 มีอายุระหว่าง 20-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 65.9 ( $M = 34.37, SD = 10.81$ ) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.3 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 50 รองลงมา มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 32.9 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 56.1 สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพ มีร้อยละ 86.6 และประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 43.9 รองลงมาประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว (ค้าขาย) ร้อยละ 29.3 สำหรับผู้มีรายได้ ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของตนเองต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 37.8 ส่วนผู้ที่ไม่มียาได้นั้น พบร้อยละ 9.8 ในด้านความสัมพันธ์ พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความสัมพันธ์เป็นพี่/ น้องของผู้ป่วยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.4 รองลงมา มีความสัมพันธ์เป็นบิดา/ มารดาของผู้ป่วย คิดเป็น ร้อยละ 25.6 ส่วนบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยส่วนใหญ่ดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว ร้อยละ 53.7 รองลงมา คือ ให้การดูแลทั้งชีวิตประจำวัน และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ร้อยละ 36.6

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (ตามการรับรู้ของสมาชิก  
ครอบครัวผู้ป่วย) ( $n = 82$ )

ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
เวลาที่รับผู้ป่วยไว้รักษาที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน		
16.00 น.-21.00 น. (นอกเวลาราชการ)	46	56.1
08.00 น.-16.00 น. (ในเวลาราชการ)	36	43.9
สถานะของผู้ได้รับบาดเจ็บ		
ผู้ขับขี่	59	72.0
ผู้โดยสาร	21	25.6
บุคคลเดินเท้า	2	2.4
ชนิดของยานพาหนะ		
รถจักรยานยนต์	70	85.4
รถยนต์	8	9.7
รถจักรยาน	4	4.9
ได้รับข้อมูลการวินิจฉัยโรค		
ไม่ได้รับข้อมูล	6	7.3
ได้รับข้อมูล เกี่ยวกับ	76	92.7
มีการบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง	30	36.5
มีการบาดเจ็บที่ใบหน้า	23	28.1
มีบาดแผลที่แขนและขา	23	28.1
อวัยวะของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บ		
แขนขา	62	75.6
ศีรษะ และคอ	35	42.7
ใบหน้า	24	29.3
ทรวงอก และกระดูกสันหลังส่วนอก	10	12.2
ช่องท้อง และกระดูกสันหลังส่วนเอว	7	8.5
ความรุนแรงของการบาดเจ็บ		
รุนแรงน้อย	9	11.0
รุนแรงปานกลาง	62	75.6



ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
รุนแรงมาก	7	8.5
รุนแรงมากที่สุด	4	4.9
คิดว่ามีภาวะคุกคามชีวิตผู้ป่วยหรือไม่		
ไม่คุกคามชีวิต	67	81.7
คุกคามชีวิต	15	18.3

จากตารางที่ 3 พบว่า ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือระหว่าง 16.00 น.-21.00 น. คิดเป็นร้อยละ 56.1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ขับขี่ ร้อยละ 72 และเป็นอุบัติเหตุที่เกิดจากรถจักรยานยนต์มากที่สุดถึงร้อยละ 85.4 สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับทราบข้อมูลการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยมากถึงร้อยละ 92.7 ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่ศีรษะและสมองถึงร้อยละ 36.5 แขน ขา พบว่า มีการบาดเจ็บมากที่สุด ร้อยละ 75.6 รองลงมาคือ ศีรษะและคอ ร้อยละ 42.7 โดยสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้รับความรุนแรงของการบาดเจ็บว่ามีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.6 และคิดว่าการบาดเจ็บนั้นไม่ได้คุกคามชีวิตของผู้ป่วย ร้อยละ 81.7

## ส่วนที่ 2 การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาล แก่ผู้ป่วย ความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ และความสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบก

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย ความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ และความสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบก ได้นำเสนอในรูปแบบของค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย ความเชื่อถือและยอมรับ ในการบริการสุขภาพ และความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ จราจรทางบกที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ( $n = 82$ )

ปัจจัย	<i>M</i>	<i>SD</i>	พิสัย		ระดับ
			ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง	
การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย	25.32	5.63	7-35	10-35	ปานกลาง
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย	17.15	4.58	5-25	5-25	ปานกลาง
ความเชื่อถือและยอมรับใน การบริการสุขภาพ	19.27	3.88	5-25	7-25	มาก
ความสุขสบาย	95.49	13.17	24-144	68-128	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก มีความเชื่อถือ และยอมรับในการบริการสุขภาพในระดับมาก ( $M = 19.27$ ,  $SD = 3.88$ ) ส่วนการได้รับข้อมูล การเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย และความสุขสบายของ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 25.32$ ,  $SD = 5.63$ ;  $M = 17.15$ ,  $SD = 4.58$ ;  $M = 95.49$ ,  $SD = 13.17$  ตามลำดับ)

### ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับ อุบัติเหตุจราจรทางบกที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

ข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษา พยาบาลแก่ผู้ป่วย ความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ กับความสุขสบายของสมาชิก ครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกได้ถูกทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นแล้ว พบว่า ข้อมูล มีลักษณะการกระจายแบบปกติ (Normal distribution) (ดังภาคผนวก จ) จึงได้ดำเนินการวิเคราะห์ หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย ความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ กับความสุขสบายของกลุ่มสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก ที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบาย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( <i>r</i> )
การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย	.337**
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย	.302**
ความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ	.436**

\*\*  $p < .001$

ตารางที่ 5 ผลการวิจัยพบว่า การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย ความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ  $p < .05$  ( $r = .337, p < .002$ ;  $r = .302, p < .006$ ;  $r = .436, p < .001$  ตามลำดับ)

## บทที่ 5

### อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นวิจัยพรรณนาหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย ความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ กับความสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก ที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก จำนวน 82 ราย ได้มาโดยการเลือกสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด นำมาสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) แบบรายเว้นราย ดำเนินการเก็บข้อมูลใช้ช่วงเวลาตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560 รวมเป็นระยะเวลา 4 เดือน ได้นำเสนอผลการศึกษาเป็น 3 ส่วน ได้แก่ สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกส่วนใหญ่เป็น เพศชาย ร้อยละ 64.6 มีอายุเฉลี่ย 28.38 ปี ( $SD = 15.23$ ) ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 98.8 จำนวนมากที่สุด ร้อยละ 39.1 จบระดับชั้นมัธยมศึกษา มีการประกอบอาชีพมากถึงร้อยละ 51.3 (และเป็นอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 32.9) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 48.7 เนื่องจากยังเป็นนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 40.2 จึงเป็นผู้ไม่มีรายได้ ร้อยละ 37.8 สำหรับผู้ป่วยที่มีรายได้ ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 26.8 ในส่วนค่าใช้จ่ายในการรักษาสำหรับการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้ชำระเงินด้วยตนเอง ร้อยละ 40.2 และใช้กองทุนคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ร้อยละ 34.2

จากการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกเกี่ยวกับข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุอยู่ในช่วงระหว่างเวลา 16.00 น.-21.00 น. หรือนอกเวลาราชการ ร้อยละ 56.1 โดยร้อยละ 72 ของผู้ป่วยเป็นผู้ขับขี่ และเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์มากที่สุดถึงร้อยละ 85.4 อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุด ได้แก่ แขน และขา ร้อยละ 75.6 รองลงมา คือ ศีรษะ และคอ พบได้ร้อยละ 42.7

ในส่วนของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกนั้น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.3 มีอายุเฉลี่ย 34.37 ปี ( $SD = 10.81$ ) (ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-40 ปี ร้อยละ 65.9) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.3 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 56.1

และมีการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 50 การประกอบอาชีพของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการประกอบอาชีพ ร้อยละ 86.6 เป็นอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 43.9 รองลงมาทำธุรกิจส่วนตัว (ค้าขาย) ร้อยละ 29.3 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของตนเองต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 37.8 ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกพบว่าส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นพี่น้องกัน พบร้อยละ 35.4 และรองลงมา มีความสัมพันธ์เป็นพ่อ/แม่ ร้อยละ 25.6 มีบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวมากที่สุด คือ ดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวมากถึงร้อยละ 53.7

2. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน มีความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพในระดับสูง ( $M = 19.27, SD = 3.88$ ) ส่วนการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย และมีความสุขสบายอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 25.32, SD = 5.63; M = 17.15, SD = 4.58; M = 95.49, SD = 13.17$  ตามลำดับ)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก ที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน พบว่า การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย และความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก ที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ( $r = .337, p < .002; r = .302, p < .006; r = .436, p < .001$  ตามลำดับ)

## อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสุขสบาย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน การอภิปรายผลมี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

## ส่วนที่ 1 ความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก ที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกส่วนใหญ่มักมีความสุขสบายอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ก็เพราะได้ว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกขณะอยู่ที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ได้รับทั้งความสุขสบายและความไม่สุขสบายร่วมกัน ทำให้รับรู้ความสุขสบายได้เพียงในระดับปานกลาง ความสุขสบายที่ได้รับจากอาจเป็นผลมาจากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกมีความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง ซึ่งถือเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของคุณภาพการบริการ (Parasuraman et al., 1985) โดย รุ่งโรจน์ สงสระบุญ (2557); Brown and Swartz (1989) กล่าวว่าเมื่อผู้รับบริการได้รับรู้ถึงคุณภาพการบริการจะส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจได้ สอดคล้องกับผลการวิจัย (แบบสอบถามความเชื่อถือ และยอมรับในการบริการสุขภาพ ข้อ 3 และ ข้อ 4) ที่พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกมีความพึงพอใจต่อแพทย์และพยาบาล ในฐานะผู้ให้บริการสุขภาพและต่อการบริการสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ( $M = 3.87$  และ  $3.87$ ) ซึ่ง Kolcaba (2003) กล่าวว่า ความพึงพอใจ คือ ความสุขสบายนั่นเอง

ในส่วนความไม่สุขสบายนั้นอธิบายได้จากลักษณะการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางบก ซึ่งถือได้ว่าเป็นเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า ก่อให้เกิดความตกใจ ตึงเครียดและมีความห่วงใยในอาการบาดเจ็บของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก (Zainah et al., 2016) อีกทั้งสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกมีความใกล้ชิดเป็นพี่น้อง (ร้อยละ 35.4) และพ่อแม่ (ร้อยละ 35.4) ซึ่งตามบริบทของสังคมไทยสมาชิกครอบครัวได้ถือว่ามี ความใกล้ชิดและผูกพันซึ่งกันและกัน (สัมฤทธิ์ ขวัญโพน, 2556) จึงมีความรัก และห่วงใยกัน เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น (สุรียา ฟองเกิด, ศุภรา หิমানันโต และสิบลระกุล ดันตตานุกุล, 2559) และมีความห่วงใยกันมากขึ้นเมื่อมีการบาดเจ็บที่อวัยวะที่สำคัญ (McAdam, Dracup, White, Fontaine, & Punttillo, 2010) เช่น แขน ขา (ร้อยละ 75.6) นั่นหมายถึง จะเป็นอุปสรรคต่อการเดินทางไปทำงาน หรือศึกษาเล่าเรียน หรือมีการบาดเจ็บที่ศีรษะและคอ (ร้อยละ 42.70) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว พุดคุยสับสน หรือไม่รู้สึกร่าง ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นสถานการณ์ความเครียดที่นำมาซึ่งความไม่สุขสบายใจแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย สถานการณ์การดูแลสุขภาพที่มีความเครียดเปรียบเสมือนแรงขั้วยับยั้งความสุขสบาย (Obstructing forces) (Kolcaba, 2003) ทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความไม่สุขสบายหรือมีความสุขสบายลดลง

สรุปได้ว่าความไม่สุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกนั้น ส่วนใหญ่เกิดจากความห่วงใยในอาการบาดเจ็บของผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อทีมการรักษาพยาบาลได้ให้การ

ดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยและไม่ละเลยการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยไปพร้อม ๆ จึงทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น จึงทำให้พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบกมีการรับรู้ความสุสบายว่าอยู่ในระดับปานกลาง

## ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบก ที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

จากผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบก ที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน พบว่า ปัจจัยทั้ง 3 ได้แก่ การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย ความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความสุสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบก ที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โดยอธิบายได้ดังนี้

การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .337, p < .002$ ) อภิปรายได้ว่า เนื่องจากการให้ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในขณะนั้นเป็นการให้ข้อเท็จจริงแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยอย่างครบถ้วนเพียงพอและตรงกับความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย จึงทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยสามารถแปลความหมายหรือเข้าใจสถานการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นโดยปราศจากความคลุมเครือและเตรียมรับมือกับปัญหาที่กำลังจะเกิดขึ้น (Leventhal & Johnson, 1983) รวมทั้งปรับตัวเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม (จินตนา วัชรสินธุ์, 2550) ผลจากการให้ข้อมูลการเจ็บป่วยแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยสามารถช่วยลดความไม่สุขสบายทางด้านจิตใจ เช่น ความเครียดหรือความวิตกกังวลที่กำลังเกิดขึ้น (กนิษฐา จำนงนิตย์, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของ Byczkowski et al. (2015) เรื่อง ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในหน่วยฉุกเฉิน พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการทราบอาการของผู้ป่วยตลอดจนการตรวจวินิจฉัย แผนการรักษา และกระบวนการรักษาเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับ อิศริย์ ศรีศุก โอฟาร และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2559) ได้ศึกษาการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต่อความวิตกกังวล พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการด้านข้อมูลมากที่สุด เมื่อการให้ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยช่วยลดความวิตกกังวล และความเครียดซึ่งเป็นความไม่สุขสบายด้านจิตใจ และยังทำให้เกิดความสุสบาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Karlsson, Tisell, Engstrom, and Andershed (2011) เรื่อง ความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุดที่ได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโดยเฉพาะข้อมูลด้านอาการของผู้ป่วย และคุณภาพของการรักษาพยาบาล ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Ozlu, Ozlu, Yildirim, Yayla, and Bayramoglu (2016) เช่นกัน ที่ศึกษา

การรับบริการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินในประเทศตุรกี และพบว่า เมื่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูลการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยจะทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการรับบริการเพิ่มมากขึ้น ( $p < .05$ ) ดังนั้นจากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจหรือมีความสัมพันธ์กับความสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก

ส่วนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .302, p < .006$ ) สัมฤทธิ์ ขวัญโพน (2556) กล่าวว่า เมื่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยมากขึ้นก็จะมีความสัมพันธ์กับความสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น และ Olsson, Jakobsson, Swedberg, and Ekman (2013) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) พบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลและตัดสินใจการรักษาพยาบาลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยสามารถเพิ่มความพึงพอใจในการรับบริการได้ ซึ่งการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้ร่วมปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนข้อมูล รวมถึงวางแผนร่วมกับผู้ให้การรักษาพยาบาล เพื่อเลือกแนวทางการรักษาที่ดีที่สุด เหมาะสม และเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยสูงสุด โดยจะทำให้สามารถปรับบทบาทการทำหน้าที่ในฐานะสมาชิกครอบครัว เกิดการรักษาสมดุลทางอารมณ์ ส่งผลให้ความวิตกกังวลซึ่งเป็นความไม่สบายทางด้านจิตใจลดลง นั่นหมายถึงมีความสุขสบายเพิ่มขึ้นนั่นเอง (Kolcaba, 2003) จากผลการวิจัยครั้งนี้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบหรือมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาผู้ป่วยในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางระดับมาก ( $M = 3.51, SD = 1.05$ ) (ภาคผนวก จ แบบสอบถามที่ 4 ข้อคำถามที่ 5) (เช่น การเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาจากการผ่าตัดเป็นการรักษาเพื่อประคับประคองอวัยวะ (Conservative treatment) หรือการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษากระดูกขา/ แขนที่หักโดยเปลี่ยนจากการใส่เฝือกเป็นการผ่าตัดใส่เหล็กยึดกระดูก เป็นต้น) ดังนั้นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกย่อมเกิดความพึงพอใจและมีความสุขสบายตามมาแม้จะอยู่ในภาวะเครียด (Stressful situation) ซึ่งพบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ วรุณี ขาวทอง (2559) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยจะทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจขึ้น และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Morphet et al. (2015) ที่ศึกษาสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉิน พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจที่บุคลากรของแผนกฉุกเฉินรับฟัง และให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย ดังนั้นจากผลการศึกษาครั้งนี้จึงแสดงให้เห็นว่า



การที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย จึงมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจหรือความสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก ที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

ความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกเป็นอีกปัจจัยที่พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก ( $r = .436, p < .001$ ) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจากผลการวิจัยเกี่ยวกับความเชื่อถือ และยอมรับในการบริการสุขภาพได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้ให้คะแนนสูงสุดในเรื่องการได้รับบริการตามความคาดหวัง ( $M = 3.89, SD = .83$ ) (ภาคผนวก ฉ แบบสอบถามที่ 5 ข้อคำถามที่ 2) ซึ่งการได้รับบริการตามความต้องการย่อมนำมาซึ่งการรับรู้คุณภาพของการบริการได้ (Parasuraman et al., 1985) และจากผลการวิจัยยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อแพทย์ และพยาบาลในฐานะผู้ให้บริการสุขภาพ ( $M = 3.87, SD = .93$ ) (ภาคผนวก ฉ แบบสอบถามที่ 5 ข้อคำถามที่ 3) และพึงพอใจต่อการรับบริการสุขภาพ ( $M = 3.87, SD = .93$ ) (ภาคผนวก ฉ แบบสอบถามที่ 5 ข้อคำถามที่ 4) ซึ่งความพึงพอใจนี้ Chang, Chen, and Lan (2013) ได้ศึกษาคุณภาพการให้บริการความเชื่อมั่นไว้วางใจ และความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก จากโรงพยาบาลศูนย์ 7 แห่งในไต้หวัน พบว่า คุณภาพการให้บริการที่ดีได้ทำให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่นไว้วางใจ และเมื่อมีความเชื่อมั่นไว้วางใจเกิดขึ้นก็จะนำมาซึ่งความพึงพอใจ เมื่อผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจย่อมนำมาซึ่งความสบาย (Kolcaba, 2003) ดังนั้นจากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ความเชื่อถือ ความไว้วางใจ และการยอมรับในการบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก ที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

จากผลการศึกษาครั้งนี้จึงสรุปได้ว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความสุขสบายอยู่ในระดับปานกลาง และการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย ความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก ที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ดังนั้น เจ้าหน้าที่ผู้ซึ่งให้บริการสุขภาพที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โดยเฉพาะพยาบาลต้องส่งเสริมความสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยให้เพิ่มมากขึ้น (Enhance comfort) ในขณะเดียวกันต้องพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย การเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย และสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้น เพื่อส่งเสริมความสบายให้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก

## ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบก มีความสุขสบายอยู่ในระดับปานกลาง และการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย ความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบก จึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

### ด้านการพยาบาล

1. จากผลการศึกษาที่พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบก มีความสุขสบายเพียงในระดับปานกลางนั้นหมายความว่า การพยาบาลในศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ยังต้องการการปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยให้มากยิ่งขึ้น

2. การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาล แก่ผู้ป่วย และความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความสุขสบาย กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบก ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จึงต้องสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้ข้อมูลกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบก โดยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ ความรุนแรง และผลที่อาจจะเกิดขึ้นจากการบาดเจ็บ และเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบก ได้มีโอกาสร่วมตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย รวมทั้ง การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ตรงตามความคาดหวังของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งจะเป็น การสร้างความพึงพอใจให้เกิดขึ้น และนำมาซึ่งความสุขสบายได้

### ด้านบริหารการพยาบาล

1. ผู้บริหารในสถานบริการสุขภาพควรกำหนดนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการมอบหมาย บุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบ โดยตรงเกี่ยวกับการให้ข้อมูลการเจ็บป่วยและแผนการรักษาของผู้ป่วย ให้แก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งบุคลากรเหล่านี้ควรได้รับการส่งเสริมฝึกอบรม ให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถทางบก และเพื่อให้มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบก

2. ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพควรพิจารณาจัดสรรสถานที่ ส่งเสริมให้มีสถานที่ ที่เอื้อต่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และให้โอกาสสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบก ได้แสดงความรู้สึกตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้

3. ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพต้องตระหนักและส่งเสริมการบริการพยาบาลที่เน้นความสุขสบายแบบองค์รวมของผู้รับบริการ นั้นหมายถึงการดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ด้านสังคม-วัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อม

#### ด้านการวิจัย

1. ควรศึกษาวิจัยความสามารถในการทำนายของตัวแปรทั้ง 3 (การได้รับข้อมูล การเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย และความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ) หรืออาจมีตัวแปรอื่น ๆ ให้มีความเป็นองค์รวมกับความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบก เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาล

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบกระหว่างการบริการการพยาบาลในช่วงการทำงานเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก เนื่องจากช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยอาจมีความเหมือนหรือแตกต่างกันได้ เพื่อจะได้นำข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางในการจัดลำดับความสำคัญในการแก้ปัญหาให้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยตามสถานการณ์การทำงานจริง

3. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งเสริมความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกที่สามารถนำมาพัฒนาคุณภาพการบริการ ที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉินได้อย่างตรงประเด็นปัญหา

4. การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบกเท่านั้น แต่ในสถานการณ์ความเป็นจริงศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉินมีโอกาสให้บริการบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ (เช่น โรคหอบ/ ถุงลมโป่งพอง โรคติดเชื้อในทางเดินอาหาร โรคหัวใจ เป็นต้น) ดังนั้นจึงควรศึกษาความสุขสบายของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในกลุ่มโรคต่าง ๆ เหล่านี้ เพื่อจะได้พัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างครอบคลุม

5. การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาเฉพาะช่วงเวลา 08.00 น.-21.00 น. แต่จากประสบการณ์ทำงานของผู้วิจัยและสถิติของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาได้พบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบกมารับบริการที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบกตลอดช่วงเวลา 24 ชั่วโมง เพื่อจะได้นำข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางในการจัดลำดับความสำคัญในการแก้ปัญหาให้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยตามสถานการณ์การทำงานจริง

6. เนื่องจากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบกได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย มีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย และมีความสุขสบายอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติในการให้ข้อมูล

กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก เปิดโอกาสให้ได้มีโอกาสร่วมตัดสินใจ  
การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย และส่งเสริมให้มีความสุขสบายในกลุ่มสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย  
และใช้การศึกษาวิจัยในการติดตามและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลด้านความสุขสบาย  
ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก ภายหลังจากนำแนวปฏิบัติไปใช้

## บรรณานุกรม

- กนิษฐา จำงนิตย์. (2551). การจัดการกับภาวะวิกฤตทางอารมณ์สำหรับญาติของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). สถานการณ์และสภาพปัญหาอุบัติเหตุทางถนน ปี 2555. นนทบุรี: กลุ่มงานป้องกันการบาดเจ็บ สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมแพทย์ทหารเรือ. (2554). การประเมินสภาพผู้บาดเจ็บ (Patients assessment). กรุงเทพฯ: กรมแพทย์ทหารเรือ.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2550). นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนา สถาบันครอบครัว พ.ศ. 2547-2556. เข้าถึงได้จาก [http://www.msociety.go.th/edoc\\_detail.php?edocid=119](http://www.msociety.go.th/edoc_detail.php?edocid=119)
- กรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม. (2546). การปรับตัวของครอบครัวเมื่อมีสมาชิกได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กฤตยา แดงสุวรรณ, ชฎาพร ฟองสุวรรณ, ชารีนา กาเซ็ง, เพลินพิศ ศรีชัย, เบญจพร จินคง, เรณูกามะแซะ และอรอนงค์ วรรณสกล. (2555). การรับรู้ข้อมูลของญาติผู้มารับบริการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 4(2), 16-28.
- กาญจณีย์ คำนาคแก้ว, พิมพภัทรา เตชะกมลสุข และอนงค์ แสงจันทร์ทิพย์. (2559). ลักษณะการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการใช้รถจักรยานยนต์ในเด็กและเยาวชนไทยระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน-31 กรกฎาคม 2557. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, 47(14), 209-216.
- เกสร ปัญญาใส. (2553). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูล และอารมณ์ต่อความวิตกกังวล และความพึงพอใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักทั่วไป โรงพยาบาลลำปาง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, อภิญญา เพ็ชรพิจารณ์ และรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร. (2552). แนวคิดพื้นฐานทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 5). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.

- จินตนา วัชรสินธุ์. (2550). *ทฤษฎีการพยาบาลครอบครัวขั้นสูง*. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- จุฬาลักษณ์ ลีมีลี้อา. (2547). *ปัจจัยพื้นฐาน ความรุนแรงของการบาดเจ็บและความวิตกกังวลของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บและพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เฉลิม เข้มวงศ์, พรชัย จุลเมตต์ และยุพิน ถนัดวิชย์. (2557). ความสุขสบายและปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยสูงอายุขณะผ่าตัดโดยได้รับยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง. ใน *การประชุมสัมมนาทางวิชาการ มทร.ตะวันออก มรภ. กลุ่มศรีอยุธยา และราชนครินทร์วิชาการและวิจัย* (หน้า 355-358). ชลบุรี: ทริปเฟล็ด เอ็ดดูเคชั่น.
- ชะโลม วิเศษโกสิน. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพของครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุก่อนการผ่าตัดที่เป็นญาติ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ัชชาวล จันทะเพชร. (2553). *รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางจราจร*. เข้าถึงได้จาก <http://www.taem.or.th/node/129>
- ฐานา ธรรมคุณ, พิมพ์สุรางค์ สุวรรณเจริญ และทรัพย์ทวี ทรัพย์มาก. (2556). ประสิทธิภาพของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่บ้าน. *พุทธชินราชเวชสาร*, 30(1), 14-23.
- ทรรศนีย์ ทับโพ. (2552). *ความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2553). *พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนาคารแห่งประเทศไทย. (2561). *ค่าจ้างแรงงานเฉลี่ย*. เข้าถึงได้จาก <http://www2.bot.or.th/statistics/BOTWEBSTAT.aspx?reportID=666&language=TH>
- ธิดา ธรรมรักษา, บุษผา ลากทวี และอมรพล กันเลิศ. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของการบาดเจ็บในผู้ประสบอุบัติเหตุจราจรในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและอุบัติเหตุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. *วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ*, 1(1), 13-25.

- นริสา สะมาเอ, กิตติกร นิลมานัต และวราภรณ์ คงสุวรรณ. (2556). ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตสุดท้ายที่ได้รับการรักษาในไอซียู. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 6(1), 48-59.
- นันทกา สวัสดิพานิช และสุจิตรา เทียนสวัสดิ์. (2554). การแปลเครื่องมือเพื่อใช้ในงานวิจัยข้ามวัฒนธรรม: เทคนิคและประเด็นที่ต้องพิจารณา. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(1), 19-28.
- นันทยา โรจนพานิช. (2556). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้สึกตัวแบบกลาสโกว์กับปริมาตรของเลือดที่วัดได้จากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองในโรงพยาบาลนครพนม: กรณีศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ. *วารสาร โรงพยาบาลนครพนม*, 15(1), 80-88.
- นิตยา จรัสแสง. (2549). แนวทางการพยาบาลในการช่วยเหลือญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรง. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 21(1), 77-83.
- นิรุบล วัฒนาวารินทร์. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยกับการเผชิญความเครียดในผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2551). *ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในทศวรรษที่ 21* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประยงค์ ทับทิม. (2552). *ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พรพิไล บัวสำอาง, วารินทร์ บินโฮเซ็น และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์. (2556). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสื่อสารข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียด. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(4), 76-84.
- พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522. (2522, 18 มกราคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. หน้า 1-45.
- พัชรินทร์ ศิลป์กิจเจริญ, วัลภา คุณทรงเกียรติ และเขมมาดี มาสิงบุญ. (2551). เปรียบเทียบความต้องการข้อมูล และการได้รับข้อมูลจริงของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 16(4), 27-38.

พิกุล เจริญสุข. (2546). *ประสบการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต.*

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

เพ็ญนภา บุบผา และบำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2555). การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วย. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(3), 62-71.

เพ็ญนภา พิสัยพันธ์. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนช่วยเหลือ ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความรู้สึกไม่แน่นอนในการตั้งครรถ์ของสตรีที่มีบุตรยาก.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

แพทยสภา. (2559). *สิทธิของผู้ป่วย.* เข้าถึงได้จาก [http://tmc.or.th/detail\\_news.php?news\\_id=834&id=4](http://tmc.or.th/detail_news.php?news_id=834&id=4)

ภัทรนุช ภูมิพาน, ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, ทศนิ ประสบกิตติคุณ และกวีวรรณ ลิมประยูร. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต. *วารสารการพยาบาลศาสตร์*, 30(3), 15-24.

ภูษิต เฟื่องฟู และรัชชัย กาญจนรินทร์. (2558). The mechanism of injury. ใน ธรรมนูญไวยเนตร (บรรณาธิการ), *คู่มือการสอบสวนการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน* (หน้า 28-35). นนทบุรี: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

มนิรัตน์ หม้ายพิมาย, สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง และอาภาวรรณ หนูคง. (2559). อิทธิพลส่งผ่านของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระหว่างการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ระดับการศึกษาและการสนับสนุนทางสังคม กับความวิตกกังวลของบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 28(3), 84-97.

มาณิกา อยู่สำราญ. (2553). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของญาติระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการรักษาผ่าตัด.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ยุพิน ถนัดฉวีชัย. (2554). *ทฤษฎีความสุขสบาย.* ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.



- รัชนก ทรงทรัพย์. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อถือ และยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ และความรู้สึกไม่แน่นอนของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัชณี หลงสวาสดี, สุภาภรณ์ คิ้วแพง และเขมารดี มาสิงบุญ. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(2), 54-67.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ: นานมีบุคส์พับลิเคชั่นส์.
- รุ่งนภา เขียวชะอำ, ศรีสุดา งามขำ, คงขวัญ จันทรเมธากุล, รัชสุรีย์ จันทเพชร และสาคร พร้อมเพราะ. (2556). ความต้องการของญาติผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 30(1), 24-34.
- รุ่งโรจน์ สงสระบุญ. (2557). รูปแบบการบริการสุขภาพที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลเอกชน. *วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร*, 34(3), 151-170.
- โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา. (2558). *สถิติผู้ป่วยอุบัติเหตุจากการขนส่ง*. ชลบุรี: โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา.
- ลลิตา นพคุณ. (2547). *ความสุขสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วนิดา แหลมหลัก. (2553). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคมของพนักงานบริษัทบริหารสินทรัพย์ กรุงเทพมหานคร จำกัด*. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, สาขาวิชาบริหารธุรกิจ, วิทยาลัยพาณิชยศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรวิณี ขาวทอง. (2559). *ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเทียบพลันตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิไลลักษณ์ ประยูรพงษ์. (2543). *รูปแบบการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- ศราวุธ พันธุ์ขง. (2556). ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพบริการของร้านคัดเลอร์  
แมนเนจเม้นท์ จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต,  
สาขาวิชาบริหารธุรกิจ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์. (2558). ความเครียดและวิธีแก้ความเครียด. เข้าถึงได้จาก  
<http://www.pharmacy.mahidol.ac.th>
- ศิริลักษณ์ ศรีทอง. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อความไว้วางใจของพนักงานที่มีต่อผู้บังคับบัญชาของ  
องค์กรในนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต,  
สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนน. (2559). สถิติรับแจ้งผู้ประสบภัยจากรถ  
ทั่วประเทศ. เข้าถึงได้จาก [http://rvpreport.rvpeservice.com/viewrsc.aspx?report=0464  
&session=16](http://rvpreport.rvpeservice.com/viewrsc.aspx?report=0464&session=16)
- สมพร แจ้วจิรา, วัลภา คุณทรงเกียรติ และภาวนา กิรดิยุดวงศ์. (2554). ความต้องการการพยาบาล  
และการพยาบาลที่ได้รับของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่. วารสาร  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 19(1), 14-29.
- สยมภู สันธิภักดี. (2555). ความคิดเห็นของประชาชนต่อคุณภาพการให้บริการด้านสวัสดิการ  
สังคมของเทศบาลตำบลจันทเขลม อำเภอเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี. งานนิพนธ์  
รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน,  
วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สรานันท์ อนุชน. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน  
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก, 14(3), 159-169.
- สรินยา ไชยนันท์. (2551). การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่  
บ้านในอำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,  
สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สัญญา โพธิ์งาม, วัลภา คุณทรงเกียรติ และสุภาภรณ์ ดั่งแพง. (2555). ความต้องการและการได้รับ  
การตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ฉุกเฉิน.  
วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 20(3), 85-96.
- สันต์ ใจยอดศิลป์ และปริญญา คุณาวุฒิ. (2551). การช่วยชีวิตขั้นสูงในผู้ใหญ่ ACLS 2005.  
กรุงเทพฯ: พิมพ์สว.ย.
- สัมฤทธิ์ ขวัญโพน. (2556). การพยาบาลครอบครัว. มหาสารคาม: วิทยาลัยพยาบาลมหาสารคาม.

- สิริลักษณ์ ธีวิวัฒน์วงศ์. (2559). *ความคิดเห็นที่มีต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่มีใน เว็บไซต์เฟซบุ๊ก*. วิทยานิพนธ์วารสารศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการการสื่อสารองค์กร, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุชัญญา รัตนสัญญา. (2548). *เอกสารประกอบการสอนจิตวิทยาทั่วไป*. ชุมพร: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร วิทยาเขตชุมพรเขตรอุดมศักดิ์.
- สุดาพรรณ รัชฎิรา. (2550). *บทบาทพยาบาลฉุกเฉินปัจจุบันและอนาคต*. ใน *การประชุมวิชาการ เรื่อง หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน*. กรุงเทพฯ: สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทยและโรงพยาบาลราชวิถี.
- สุปรียา ตันสกุล. (2550). *ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์: แนวทางการดำเนินงานในงานสุขศึกษา และส่งเสริมสุขภาพ*. *วารสารสุศึกษา*, 30(105), 1-15.
- สุพัตรา อุนิสากร และจาวรรม บุญรัตน์. (2556). *ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ที่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม*. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 33(3), 37-50.
- สุพิทย์ กาญจนพันธุ์. (2552). *การสร้างความน่าเชื่อถือให้เว็บไซต์*. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น.
- สุภัตรา ไกรโสภา. (2538). *อิทธิพลของการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อมั่น และยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพต่อการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุมาลีดา สวัสดิ์ดิณนาท, วิภา แซ่เซี้ย และประณีต ส่วงวัฒนา. (2556). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูล และอารมณ์ต่อความเครียด และผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต*. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 5(2), 1-13.
- สุมิตรา ชูแก้ว, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และวรรณภา ประไพพานิช. (2555). *ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตามการรับรู้ของพยาบาลในการช่วยเหลือและสร้างเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. *รามาชิตีพยาบาลสาร*, 18(2), 249-258.
- สุรียา ฟองเกิด, ศุภรา หิমানันโต และสิปตระกูล ตันตลานุกูล. (2559). *การพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนักตามบริบทของสังคมไทย*. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 27(1), 70-79.

- แสงโสม สิริพานิช, กาญจนีย์ คำนาคแก้ว และอวยพร คำวงศ์ศา. (2552). วิทยาการระบาดการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนในประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 3(4), 598-605.
- ไสว นรสาร และพีรญา ไส้ไหม. (2559). *การพยาบาลผู้บาดเจ็บ*. นนทบุรี: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- อิสริย์ ศรีสุภโอบาร และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2559). ผลของโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 36(3), 77-93.
- อุมา สุขดี, กนกนุช ชื่นเลิศสกุล และอารักษ์ คีนาน. (2552). ประสิทธิภาพของญาติในการเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 17(2), 32-47.
- Aday, L. A., & Andersen, R. (1975). *Development of inducers of access to medical care*. Michigan Ann Arbor: Health Administration Press.
- Agard, A. S., & Harder, I. (2007). Relatives's experiences in intensive care-finding a place in a world of uncertainty. *Intensive and Critical Care Nurse*, 23(3), 170-177.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behavior. In D. Albarracín, B. T. Johnson, & M. P. Zanna (Eds.), *The handbook of attitudes* (pp. 173-221). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Al-Mutair, A. S., Plummer, V., Clerehan, V., & O'Brien, A. (2013). Needs and experiences of intensive care patient' families: A Saudi qualitative study. *British Association of Critical Nurses*, 19(3), 135-144.
- American College of Surgeons. (2008). *Advanced trauma life support student course manual eight edition*. Chicago: American College of Surgeons.
- Anne, S., & Ingegerd, H. (2007). Relatives' experiences in intensive care-finding a place in a world of uncertainty. *Intensive Critical Care Nurse*, 23(3), 170-177.
- Arango-Lasprilla, J. C., Quijano, M. C., Aponte, M., Cuervo, M. T., Nicholls, E., Rogers, H. L., & Kreutzer, J. (2010). Family needs in caregivers of individuals with traumatic brain injury from Colombia, South America. *Brain Injury*, 24(7-8), 1017-1026.
- Baker, S. P., & O'Neill, B. (1976). The injury severity score: An update. *The Journal of Trauma*, 16(11), 882-885.

- Baker, S. P., O'Neill, B., Haddon, W., & Long, W. B. (1974). The injury severity score: A method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. *The Journal of Trauma, 14*(3), 187-196.
- Bloom, B. S. (1964). *Taxonomy of education objective: The classification of educational goals: Handbook II: Affective domain*. New York: David Mckay.
- Boer, M. E., Depla, M., Wojtkowiak, J., Visser, M. C., Widdershoven, G. A., Francke, A. L., & Hertogh, C. M. (2015). Life-and-death decision-making in the acute phase after a severe stroke: Interviews with relatives. *Palliative Medicine, 29*(5), 451-457.
- Bond, A. E., Draeger, C. R., Mandleco, B., & Donnelly, M. (2003). Needs of family members of patients with severe traumatic brain injury: Implication for evidence-based practice. *Critical Care Nurse, 23*(4), 63-72.
- Bowley, D., & Boffard, K. (2002). *Pattern of injury in motor vehicle accidents*. Retrieved from <http://www.worldwidewounds.com/2002/october/Bowley/Patterns-Of-Injury-MVAS.html>
- Brown, S. W., & Swartz, T. A. (1989). A gap analysis of professional service quality. *Journal of Marketing, 53*(2), 92-98.
- Bucholtz, J. (1994). Comforting children during radiotherapy. *Oncology Nursing Forum, 21*(6), 987-994.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: A appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6<sup>th</sup> ed). St.Louis, Mo: Saunders/ Elsevier.
- Byczkowski, T. L., Gillespie, G. L., Kennebeck, S. S., Fitzgerald, M. R., Downing, K. A., & Alessandrini, E. A. (2015). Family-centered pediatric emergency care: A framework for measuring what parents want and value. *Academic Pediatrics, 16*(4), 327-335.
- Champion, H. R. (2002). Trauma score. *Scandinavian Journal of Surgery, 91*(1), 12-22.
- Champion, H. R., Sacco, W. J., Carnazzo, A. J., Copes, W. S., & Fouty, W. J. (1981). Trauma score. *Critical Care Medicine, 9*(9), 672-676.
- Champion, H. R., Scaao, W. J., Copes, W. S., Gann, D. S., Gennarelli, T. A., & Flanagan, M. E. (1989). A revision of the trauma score. *Journal of Trauma, 29*(5), 623-629.
- Chandler, J., & Drake, M. (1991). *Tabbner's nursing care: Theory and practice*. Melbourne: Churchill Living Stone.

- Chang, C. S., Chen, S. Y., & Lan, Y. T. (2013). Service quality, trust, and patient satisfaction in interpersonal-based medical service encounters. *BMC Health Services Research*, *13*(22), 1-11.
- Christensen, B. L. (1999). Comfort, rest, and sleep. In E. O. Kockrow, & B. L. Christensen (Eds.), *Foundation of nursing* (3<sup>rd</sup> ed.). St. Louis: Mosby.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Academic Press.
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). *Effective behavior in organizations*. New York: Richard D. Irwin.
- Colorado Department of Transportation. (2008). *Statewide traffic records advisory committee [STRAC]*. Colorado: Office of Transportation Safety.
- Conrad, J. G., Leidner, J., & Schilder, F. (2008). *Professional credibility: Authority on the web*. Retrieved from <http://dl.acm.org/citation.cfm?id=1458548>
- Davidson, J. E., Jones, C., & Bienvenu, O. (2012). Family response to critical illness: Postintensive care syndrome-family. *Critical Care Medicine*, *40*(2), 618-624.
- DeBeer, J., & Brysiewicz, P. (2016). The needs of family members of intensive care unit patients: A grounded theory study. *Southern African Journal of Critical Care*, *32*(2), 44-49.
- Derogatis, L. R. (1986). The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). *Journal of Psychosocial Research*, *30*(1), 77-79.
- Dillahunt-Aspillaga, C., Jorgensen-Smith, T., Ehlke, S., Sosinski, M., Monroe, D., & Thor, J. (2013). Traumatic brain injury: Unmet support needs of caregivers and families in Florida. *Public Library of Science*, *8*(12), 1-9.
- Ditsuwan, V., Veerman, L. J., Barendregt, J. J., Bertram, M., & Vos, T. (2011). The national burden of road traffic injuries in Thailand. *Population Health Metrics*, *9*(2), 1-9.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, *33*(5), 668-676.
- Falk, A. C., Wendt, L. V., & Klang, B. (2008). Informational needs in families after their child's mild head injury. *Patient Education and Counseling*, *70*(5), 251-255.

- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods, 41*(1), 1149-1160.
- Francois, S., Borgermans, L., VanCasteren, V., Vanthomme, K., & Devroey, D. (2014). Availability of informal caregivers in surviving stroke patients in Belgium. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 28*(4), 683-688.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. (2003). *Family nursing research, theory & practice* (5<sup>th</sup> ed.). Michigan: Prentice Hall.
- Gaglione, K. M. (1984). Need of relatives of critically ill patients: A descriptive study. *Nursing Clinics of North America, 19*(3), 427-432.
- Gardner, B. P., & Kluger, P. J. (2004). The overall care of spinal cord injured patient. *Current Orthopedics, 18*(1), 33-48.
- Gavaghan, S. R., & Carroll, D. L. (2002). Families of critically ill patients and the effect of nursing interventions. *Dimensions of Critical Care Nurse, 21*(2), 64-71.
- Gropper, E. I. (1992). Promoting health by promotion comfort. *Nursing Forum, 27*(2), 5-8.
- Hanks, R. A., Rapport, L. J., & Vangel, S. (2007). Caregiving appraisal after traumatic brain injury: The effects of functional status, coping style, social support and family functioning. *Neurorehabilitation, 22*(1), 43-52.
- Hoang, H. T., Pham, T. L., Vo, T. T., & Ngugen, P. K. (2008). The costs of traumatic brain injury due to motorcycle accidents in Hanoi, Vietnam. *Cost Effectiveness and Resource Allocation, 6*(17), 1-7.
- Horn, E. V., & Tesh, A. (2000). The effect of critical care hospitalization on family members: Stress and responses. *Dimensions of Critical Care Nursing, 19*(4), 40-49.
- Huffines, M., Johnson, K. L., Naranjo, L. L., Lissauer, M. E., Fishel, M. A-M., Howes, S. M., Pannullo, D., Ralls, M., & Smith, R. (2013). Improving family satisfaction and participation in decision making in an intensive care unit. *Critical Care Nurse, 33*(5), 56-69.
- Karlsson, C., Tisell, A., Engstrom, A., & Andershed, B. (2011). Family members' satisfaction with critical care: A pilot study. *Nursing Critical Care, 16*(1), 11-18.

- Kemp, B., & Heri, A. (1984). *Fundamentals of nursing: Concept and procedures*. Massachusetts: Addison-Wesley.
- Khalaila, R. (2014). Meeting the needs of patients' families in intensive care units. *Nursing Standard, 28*(43), 37-44.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. New York: Springer.
- Kolcaba, K., & DiMarco, M. A. (2005). Comfort theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric Nursing, 31*(3), 187-195.
- Kolcaba, K., & Fisher, E. (1996). A holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Critical Care Nurse Quarterly, 18*(4), 66-76.
- Kolcaba, K., Tilton, C., & Drouin, C. (2006). Comfort theory: A unifying framework to enhance the practice environment. *The Journal of Nursing Administration, 36*(11), 538-544.
- Lang, F., & Quili, T. (2004). Making decision with families at the end of life. *American Family Physician, 70*(4), 719-723.
- Lee, A., & Craft-Rosenberg, M. (2002). Ineffective family participation in professional care: Analysis of a proposed nursing diagnosis. *Nursing Diagnosis, 13*(1), 5-14.
- Leventhal, H., & Johnson, J. E. (1983). Laboratory and field experimentation: Development of a theory of self-regulation. In P. J. Wooldridge, M. H. Schmitt, J. K. Skipper, & R. C. Leonard (Eds.), *Behavioral science and nursing theory* (pp.189-262). St.Louis: Mosby.
- McAdam, J. L., Dracup, K. A., White, D. B., Fontaine, D. B., & Puntillo, K. A. (2010). Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. *Critical Care Medicine, 38*(4), 1078-1085.
- McEwen, M., & Wills, E. (2011). *Theoretical basis for nursing* (3<sup>rd</sup> ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Mitchell, M. L., Courtney, M., & Coyer, F. (2003). Understanding uncertainty and minimizing families' anxiety at the time of transfer from intensive care. *Nursing and Health Sciences, 5*(3), 207-217.
- Morphet, J., Decker, K., Crawford, K., Innes, K., Williams, A. F., & Griffiths, D. (2015). Aged care residents in the emergency department: The experiences of relatives. *Journal of Clinical Nursing, 24*(23-24), 3647-3653.



- Morse, J. M. (1992). Comfort: The refocusing of nursing care. *Clinical Nursing Research, 1*(1), 91-106.
- National Association of Emergency Medical Technicians. (2014). *PHTLS: Prehospital trauma life support* (8<sup>th</sup> ed.). London: Jones & Bartlett Learning.
- National Institute of Statistics and Economic Studies. (2016). *Definition of road accidents*. Retrieved from <http://www.insee.fr/en/methodes/default.asp?page=definitions/accidents-circulation.htm>
- Nayduch, D. (2009). *Nurse to nurse: Trauma care*. New York: McGraw-Hill.
- Office of Personnel Management. (2016). *Definitions related to family member and immediate relative*. Retrieved from <https://www.opm.gov/policy-data-oversight/pay-leave/leave-administration/fact-sheets/definitions-related-to-family-member-and-immediate-relative-for-purposes-of-sick-leave/>
- Olsson, L. E., Jakobsson, U. E., Swedberg, K., & Ekman, L. (2013). Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials-a systematic review. *Journal of Clinical Nursing, 22*(3-4), 456-465.
- Ozlu, Z. K., Ozlu, I., Yildirim, T., Yayla, A. C., & Bayramoglu, A. (2016). Why do relatives of patients at the emergency room get angry? Turkey. *Eurasian Journal of Emergency Medicine, 15*(4), 172-176.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing, 49*(4), 41-50.
- Perez-Carceles, M. D., Gironde, J. L., Osuna, E., Falcon, M., & Luna, A. (2010). Is the right to information fulfilled in an emergency department? patients' perceptions of the care provided. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 16*(3), 456-463.
- Perez-Nunez, R., Pelcastre-Villafuerte, B., Hijar, M., Avila-Burgos, L., & Celis, A. (2012). A qualitative approach to the intangible cost of road traffic injuries. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion, 19*(1), 69-79.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2009). *Fundamentals of nursing* (7<sup>th</sup> ed.). St.Louis MO: Mosby Elsevier.

- Redley, B., LeVasseur, S. A., Peters, G., & Bethune, E. (2003). Families' needs in emergency departments: Instrument development. *Methodological Issues in Nursing Research*, 43(6), 606-615.
- Revell, M. P., Pynsent, P. B., Abudua, A., & Fairbank, J. C. T. (2003). Trauma scores and trauma outcome measures. *Trauma*, 5(1), 61-70.
- Rich, J., Dean, D. E., & Powers, R. H. (2005). *Forensic medicine of the lower extremity* (5<sup>th</sup> ed.). Lublin, Poland: Humana Press.
- Seid, M., Azazh, A., Enquesslassie, F., & Yisma, E. (2015). Injury characteristic and outcome of road traffic accident among victims at adult emergency department of Tikur Anbessa specialized hospital, Addis Ababa, Ethiopia: A prospective hospital based study. *BioMed Central Emergency Medicine*, 15(10), 1-9.
- Senkowski, C. K., & McKenney, M. G. (1999). Trauma scoring system: A review. *Journal American College of Surgeons*, 189(5), 491-503.
- Sousa, V. D., Driessnack, M., & Mendes, I. A. C. (2007). An overview of research designs relevant to nursing: Part 1: Quantitative research designs. *Iowa Research Online*, 15(3), 502-507.
- Specht, J. P., Kelly, L. S., Monion, P., & Mass, M. L. (2000). Who's the boss? family/ staff partnership in care of person with dementia. *Nursing Quarterly*, 24(3), 64-77.
- Stein, D. J., Karam, E. G., Shahly, V., Hill, E. D., King, A., Petukhova, M., Atwoli, L., Bromet, E. J., Florescu, S., Haro, J. M., Hinkov, H., Karam, A., Medina-Mora, M. E., Navarro-Mateu, F., Piazza, M., Shalev, A., Torres, Y., Zaslavsky, A. M., Kessler, R. C. (2016). Post-traumatic stress disorder associated with life-threatening motor vehicle collisions in the WHO World Mental Health Surveys. *BioMed Central Psychiatry*, 16(257), 1-14.
- Tham, S. J., & Letendre, M. C. (2014). Health care decision making: Cross-cultural analysis of the shift from the autonomous to the relational self. *The New Bioethics*, 20(2), 174-185.
- Thom, D. H., Kravitz, R. L., Bell, R. A., Krupat, E., & Azari, R. (2002). Patient trust in the physician: Relationship to patient requests. *Family Practice*, 19(5), 476-483.

- Traina, S. B., Mathias, S. D., Colwell, H. H., Crosby, R. D., & Abraham, C. (2016). The diabetes intention, attitude, and behavior questionnaire: Evaluation of a brief questionnaire to measure physical activity, dietary control, maintenance of a healthy weight, and psychological antecedents. *Patient Preference and Adherence*, 29(10), 213-222.
- Tulton, A., & Ager, L. (2003). Frail older people: Participation in care. *Nursing Older People*, 15(8), 18-22.
- Verhaeghe, S., Derfloor, T., & Grypdonck, M. (2005). Stress and coping among families of patients with traumatic brain injury: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14(8), 1004-1012.
- Verhaeghe, S., Defloor, T., Zuuren, F. V., Duijnste, M., & Grypdonck, M. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14(4), 501-509.
- Verhaeghe, S., Zuuren, F. J., Defloor, T., Duijnste, M. S., & Grypdonck, M. H. (2007). How does information influence hope in family members of traumatic coma patients in intensive care unit?. *Journal of Clinical Nursing*, 16(8), 1488-1497.
- Weinland, J. A. (2009). The lived experience of informal African American male caregivers. *American Journal of Men's Health*, 3(1), 16-24.
- World Health Organization [WHO]. (2016). *World report on road traffic injury prevention 2015*. France: Inis Communication.
- Wright, L. J., Afari, N., & Zautra, A. (2009). The illness uncertainty concept: A review. *Psychiatric Management of Pain*, 13(2), 133-138.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2009). *Nursing and family: A guide to family assessment and intervention*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Zainah, M., Sasikala, M., Nurfarieza, M. A., & Ho, S. E. (2016). Needs of family members of critically ill patients in a critical care unit at University Kebangsaan Malaysia medical centre. *Medicine & Health*, 11(1), 11-21.
- Zeithaml, V., & Bitner, M. J. (2000). *Service marketing: Integrating customer focus across firms*. New York: McGraw Hill.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย  
ที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก ที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

แบบสอบถามประกอบด้วย 6 ชุด ได้แก่

แบบสอบถามชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบก  
ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (ตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย)

แบบสอบถามชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ  
จากอุบัติเหตุจราจรทางบก

แบบสอบถามชุดที่ 3 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย

แบบสอบถามชุดที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาล  
แก่ผู้ป่วย

แบบสอบถามชุดที่ 5 แบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ

แบบสอบถามชุดที่ 6 แบบสอบถามความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย

เลขที่แบบสอบถาม.....

## แบบสอบถามชุดที่ 1

## แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเลขที่แบบสอบถาม.....

คำชี้แจง กรุณานำบันทึกข้อมูล โดยทำเครื่องหมายถูก ✓ ในช่อง  หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ

 ชาย  หญิง

2. อายุ ..... ปี

3. ระดับการศึกษา

 ไม่ได้รับการศึกษา  ประถมศึกษา  
 มัธยมศึกษา  อนุปริญญา  
 ปริญญาตรี  สูงกว่าปริญญาตรี โปรรระบุ .....

4. สถานภาพสมรส

 โสด  คู่ จำนวนบุตร ..... หม้าย/หย่า/แยก จำนวนบุตร .....  อื่น ๆ ระบุ .....

5. อาชีพ

 นักเรียน/นักศึกษา  รับจ้าง  
 ข้าราชการ/ พนักงานของรัฐ  รัฐวิสาหกิจ  
 ธุรกิจส่วนตัว โปรรระบุ .....  อื่น ๆ โปรรระบุ .....

6. รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยต่อเดือน ..... บาท

7. สิทธิการรักษาพยาบาลที่ถูกใช้สำหรับการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้

 ประกันสังคม  กองทุนคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ (พรบ.)  
 ชำระเองด้วยตนเอง  ประกันชีวิต  
 ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ  อื่น ๆ โปรรระบุ .....

เลขที่แบบสอบถาม.....

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (ตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย)**

คำชี้แจง กรุณานำบันทึกข้อมูล โดยทำเครื่องหมายถูก ✓ ในช่อง  หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. วันที่ ..... เวลา..... ที่รับผู้ป่วยไว้รักษาที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน
2. สถานะของผู้ได้รับบาดเจ็บ
  - ผู้ขับขี่       ผู้โดยสาร       คนเดินเท้า
3. ชนิดของยานพาหนะ
  - รถจักรยาน       รถจักรยานยนต์       รถเก๋ง
  - รถปิคอัพ       รถบรรทุก       อื่น ๆ โปรดระบุ .....
4. ได้รับข้อมูลการวินิจฉัยโรค
  - ไม่ได้รับข้อมูล
  - ได้รับข้อมูล
    - 1.....
    - 2.....
5. อวัยวะของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บ
  - ศีรษะ และลำคอ       ศีรษะ       ลำคอและกระดูกต้นคอ
  - ใบหน้า       ใบหน้า
  - ทรวงอก และกระดูกสันหลังส่วนอก       ทรวงอก       หัวใจ       ปอด
  - ช่องท้อง และกระดูกสันหลังส่วนเอว       ช่องท้อง และอวัยวะภายในช่องท้อง
  - แผ่นหลัง       กระดูกสันหลัง
  - กระดูกเชิงกราน และอวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน
  - แขนขา       แขน       มือ       ขา       เท้า
6. ความรุนแรงของการบาดเจ็บ
  - รุนแรงน้อย       รุนแรงปานกลาง
  - รุนแรงมาก       รุนแรงมากที่สุด
7. คิดว่ามีภาวะคุกคามชีวิตผู้ป่วยหรือไม่
  - คุกคามชีวิต       ไม่คุกคามชีวิต



เลขที่แบบสอบถาม.....

## แบบสอบถามชุดที่ 2

แบบบันทึกข้อมูลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบก

คำชี้แจง กรุณานำบันทึกข้อมูล โดยทำเครื่องหมายถูก ✓ ในช่อง  หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ

 ชาย หญิง

2. อายุ ..... ปี

3. ศาสนา

 พุทธ คริสต์ อิสลาม  อื่น ๆ ระบุ.....

4. ระดับการศึกษา

 ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี โปรดระบุ .....

5. สถานภาพสมรส

 โสด คู่ หม้าย/หย่า/แยก อื่น ๆ ระบุ .....

6. อาชีพ โปรดระบุ .....

7. รายได้เฉลี่ยของตนเอง..... บาทต่อเดือน

8. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

 พ่อ/แม่ สามี/ภรรยา บุตร/ธิดา อื่น ๆ โปรดระบุ .....

9. บทบาทหน้าที่ภายในครอบครัว .....

10. ประสบการณ์การดูแลช่วยเหลือ/ รับผิดชอบผู้ป่วย

 ด้านร่างกาย ..... ระยะเวลา..... ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ..... ระยะเวลา..... ด้านสังคม ..... ระยะเวลา..... เศรษฐกิจ ..... ระยะเวลา..... อื่น ๆ โปรดระบุ ..... ระยะเวลา.....

เลขที่แบบสอบถาม.....

**แบบสอบถามชุดที่ 3**  
**แบบสอบถามการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย**

**คำชี้แจง** โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้แต่ละข้อ โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีความหมายของแต่ละคะแนนดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง ไม่ได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยและรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่พึงพอใจ
- 2 คะแนน หมายถึง ได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยจนรู้สึกสบายใจหรือพึงพอใจเล็กน้อย
- 3 คะแนน หมายถึง ได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยจนรู้สึกสบายใจหรือพึงพอใจปานกลาง
- 4 คะแนน หมายถึง ได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยจนรู้สึกสบายใจหรือพึงพอใจมาก
- 5 คะแนน หมายถึง ได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยจนรู้สึกสบายใจหรือพึงพอใจมากที่สุด

**คำถาม** ท่านมีความสบายใจหรือพึงพอใจในระดับใดเมื่อได้รับการข้อมูลการเจ็บป่วยต่อไปนี้จากบุคลากรที่มสุขภาพ

ข้อมูลการเจ็บป่วยที่ได้รับ	ระดับความสบายใจหรือความพึงพอใจ				
	1	2	3	4	5
1. อาการและความรุนแรงของการบาดเจ็บของผู้ป่วยในปัจจุบัน					
2. ผลที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในอนาคต จากการบาดเจ็บครั้งนี้ (การพยากรณ์โรค)					
3. การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน					
.....					
.....					
.....					
7. ข้อมูลการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อออกจากศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน					

เลขที่แบบสอบถาม.....

## แบบสอบถามชุดที่ 4

## แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย

**คำชี้แจง** โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้แต่ละข้อ โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีความหมายของแต่ละคะแนนดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมน้อยที่สุด
- 2 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมน้อย
- 3 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมปานกลาง
- 4 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมมาก
- 5 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมมากที่สุด

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย	คะแนนการมีส่วนร่วม				
	1	2	3	4	5
1. ท่านมีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกับพยาบาล (รวมทั้งแพทย์)					
2. ท่านได้มีโอกาสตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาพยาบาลผู้ป่วย					
.....					
.....					
.....					
5. ท่านได้รับทราบหรือร่วมในการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาผู้ป่วย					

เลขที่แบบสอบถาม.....

## แบบสอบถามชุดที่ 5

## แบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ

**คำชี้แจง** โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้แต่ละข้อ โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีความหมายของแต่ละคะแนนดังนี้

1 คะแนน	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยที่สุด
2 คะแนน	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย
3 คะแนน	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง
4 คะแนน	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
5 คะแนน	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

ความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ	คะแนนความคิดเห็น				
	1	2	3	4	5
1. ท่านรู้สึกว่าคุณได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยครบถ้วนตามความต้องการของท่าน					
2. ท่านคิดว่าผู้ป่วย และท่านได้รับการบริการตรงตามความคาดหวังของท่าน					
.....					
.....					
5. ท่านรู้สึกว่าการบริการสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วย และท่านมีความสุขสบายเพิ่มขึ้น					

เลขที่แบบสอบถาม.....

## แบบสอบถามชุดที่ 6

## แบบสอบถามความสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย

**คำชี้แจง** โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้แต่ละข้อ โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีความหมายของแต่ละคะแนนดังนี้

- |                 |  |
|-----------------|--|
| 1 คะแนน หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนี้น้อยมากที่สุด |
| 2 คะแนน หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนี้น้อยมาก       |
| 3 คะแนน หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนี้น้อย          |
| 4 คะแนน หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนี้ปานกลาง       |
| 5 คะแนน หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนี้มาก           |
| 6 คะแนน หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนี้มากที่สุด     |

ความสบายของท่าน	คะแนนความคิดเห็น					
	1	2	3	4	5	6
1. ท่านรู้สึกสงบในขณะที่รอผู้ป่วยที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน						
2. อากาศที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉินทำให้ ท่านรู้สึกหนาว/ร้อน/ไม่สบายตัว						
3. สิ่งแวดล้อมที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉินทำให้ท่านไม่มีความเป็นส่วนตัว						
.....						
.....						
.....						
.....						
23. ท่านพึงพอใจกับการดูแลที่ท่านได้รับที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน						
24. แพทย์พยาบาลที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉินให้การดูแลช่วยเหลือท่านเป็นอย่างดี						

ภาคผนวก ข  
เอกสารพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย



## เอกสารแจ้งผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ  
จากรถทางบกขณะเข้ารับการรักษา ที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

รหัสจริยธรรมการวิจัย 06-02-2560

ชื่อผู้วิจัย นางสาวปัทมาธิ์ เกียรติสถิตกุล

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของสมาชิก  
ครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบกขณะเข้ารับการรักษา ที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน  
ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับ  
คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 82 ราย เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว  
สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และตอบแบบสอบถามตาม  
ความเป็นจริง แบบสอบถามมีจำนวน 6 ชุด ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ  
จากอุบัติเหตุจากรถทางบก 2) แบบบันทึกข้อมูลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ  
จากอุบัติเหตุจากรถทางบก 3) แบบสอบถามการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย 4) แบบสอบถาม  
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย 5) แบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับ  
ในการบริการสุขภาพ 6) แบบสอบถามความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้น  
ประมาณ 25-30 นาที

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้อาจจะ ไม่ได้เป็นประโยชน์กับท่านโดยตรง แต่จะทำให้  
ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ  
จากรถทางบก ที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน และผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการดูแล  
ความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบกอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป  
ในอนาคต

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วม  
โครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น  
และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลข  
แทนการระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่าน

ที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัย จะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวปัทมาธิ์ เกียรติสถิตกุล หมายเลขโทรศัพท์ 087-1317889 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยุพิน ถนัควณิชย์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102810

นางสาวปัทมาธิ์ เกียรติสถิตกุล  
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร 038-102823





## ใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย  
ที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถทางบก ที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย  
ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความ  
เข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิก  
การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ จะไม่มี  
ผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น  
จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวม  
ที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม  
ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(นางสาวปัทมาธิริย์ เกียรติสถิตกุล)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม  
(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย  
(นางสาวปัทมาภรณ์ เกียรติสถิตกุล)

ภาคผนวก ค

ใบนำทางผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา



ใบนำทางผู้ป่วยนอก



Code: 217

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา VN 610311144809

HN

วันที่ 11 มี.ค. 2561 เวลา 14:48:08

CID



ชื่อ อายุ 36 ปี 6 เดือน 3 วัน เพศ หญิง

ประวัติ Scan

สิทธิการรักษา 'ประกันสังคม รพ.ม.บูรพา'

ขอ  ไม่ขอ ใบรับรองแพทย์

ส่งต่อไปที่ 2410. ห้องตรวจอุบัติเหตุฉุกเฉิน

ซักประวัติเพิ่ม  มี  ไม่มี ประวัติการแพ้ยา

แจ้งแพ้ยาแก้แพ้หลายชนิด , HISTA OPH , MELOXICAM , ETORICOXIB , CELECOXIB

ข้อมูลคัดกรอง	หมายเหตุ
จุดซักประวัติ..... BW.....Kg Height.....CM. T.....°c BP.....mmHg P...../min R...../mim สูบบุหรี่..... ต่อมสุรา.....	
ข้อมูลการเงิน / Note	
<input type="radio"/> ค่าบริการ.....บาท	

ผู้รับบริการ

แพทย์ผู้ตรวจรักษา

จนท.การเงิน

**ภาคผนวก ง**

การทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร  
และการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ

### การทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร

การทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย ความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ กับความสุขสบายของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficients)

#### Correlations

		Information	Decision making	Credible authority	comfort (recode)
Information	Pearson Correlation	1	.600**	.568**	.337**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.002
	N	82	82	82	82
Decision making	Pearson Correlation	.600**	1	.678**	.302**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.006
	N	82	82	82	82
Credible authority	Pearson Correlation	.568**	.678**	1	.436**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000
	N	82	82	82	82
comfort (recode)	Pearson Correlation	.337**	.302**	.436**	1
	Sig. (2-tailed)	.002	.006	.000	
	N	82	82	82	82

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

### การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ

1. ตัวแปรทั้ง 2 ตัว มีระดับการวัดที่ระดับ Interval หรือ Ratio
2. กลุ่มตัวอย่างมีการสุ่มจากประชากร  
 โดยการทดสอบ Runs test ได้  $p = .285$  ซึ่งค่า  $p > 0.05$  แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมาจากการสุ่มจากประชากร
3. ข้อมูลของตัวแปรอย่างน้อย 1 ตัวมีการกระจายแบบปกติ  
 โดยการทดสอบด้วย Kolmogorov-Smirnova test ได้ค่า  $p = .200$  และทดสอบค่า Shapiro-Wilk test ได้ค่า  $p = .458$  ซึ่งค่า  $p > 0.05$  ที่ตั้งไว้ แสดงว่ามีการแจกแจงแบบปกติ
4. ทดสอบค่า Homoscedasticity พบว่า มีความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่
5. ทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship) โดยการทดสอบด้วยการใช้สถิติ F test พบว่า
  - 5.1 ตัวแปรการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย และตัวแปรการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย มีค่า Linearity Sig.  $< 0.01$  แสดงว่าตัวแปรทั้ง 2 มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง
  - 5.2 ตัวแปรการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย และตัวแปรความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง มีค่า Linearity Sig.  $< 0.01$  แสดงว่าตัวแปรทั้ง 2 มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง
  - 5.3 ตัวแปรการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย และตัวแปรความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ มีค่า Linearity Sig.  $< 0.01$  แสดงว่าตัวแปรทั้ง 2 มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

**ภาคผนวก จ**

ผลการวิจัย: คะแนนเฉลี่ยรายชื่อเรียงตามลำดับจากมากไปน้อย



ผลการวิจัย: คะแนนเฉลี่ยรายข้อเรียงตามลำดับจากมากไปน้อย

ตารางที่ 6 แบบสอบถามชุดที่ 3 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อคำถาม การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย	<i>M</i>	<i>SD</i>
3. การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน	3.79	.87
7. ข้อมูลการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อออกจากศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน	3.78	.90
5. ผลการรักษา	3.74	.99
4. แผนการรักษาต่อเนื่องในอนาคต	3.72	.92
6. ความผิดปกติที่อาจหลงเหลืออยู่เมื่อสิ้นสุดการรักษา	3.50	1.03
1. อาการและความรุนแรงของการบาดเจ็บของผู้ป่วยในปัจจุบัน	3.44	1.04
2. ผลที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในอนาคตจากการบาดเจ็บครั้งนี้ (การพยากรณ์โรค)	3.34	1.08

ตารางที่ 7 แบบสอบถามชุดที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย

ข้อคำถาม การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย	<i>M</i>	<i>SD</i>
5. ท่านได้รับทราบหรือร่วมในการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาผู้ป่วย	3.51	1.05
1. ท่านมีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกับพยาบาล (รวมทั้งแพทย์)	3.45	1.07
3. ท่านได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายในการดูแล รักษาพยาบาลร่วมกับแพทย์/พยาบาล	3.41	1.01
2. ท่านได้มีโอกาสตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาพยาบาลผู้ป่วย	3.40	1.06
4. ท่านได้มีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางในการดูแล รักษาพยาบาลผู้ป่วยขณะที่ได้รับการรักษาในศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน	3.39	.97

ตารางที่ 8 แบบสอบถามชุดที่ 5 แบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ

ข้อคำถาม ความเชื่อถือและยอมรับในการบริการสุขภาพ	<i>M</i>	<i>SD</i>
2. ท่านคิดว่าผู้ป่วยและท่านได้รับการบริการตรงตามความคาดหวังของท่าน	3.89	.80
3. ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อแพทย์และพยาบาลในฐานะผู้ให้บริการสุขภาพ	3.87	.93
4. ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อการรับบริการสุขภาพ	3.87	.93
5. ท่านรู้สึกว่าบริการสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยและท่านมีความสุขสบายเพิ่มขึ้น	3.85	.86
1. ท่านรู้สึกว่าท่านได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยครบถ้วนตามความต้องการของท่าน	3.79	.83

**ภาคผนวก จ**

แบบรายงานการพิจารณาจริยธรรม  
และคำแนะนำขอใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน  
Factors Related to Comfort among Family Members of Traffic-accident Patients at Emergency Department

ชื่อนิสิต นางสาวปิ่นทาร์ย์ เกียรติสถิตกุล

รหัสประจำตัวนิสิต 57910058      หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคปกติ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 06 - 02 - 2560

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 82 ราย  
สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วม โครงการวิจัย  
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 14 มีนาคม พ.ศ. 2561

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 14 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2560

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



ที่ ๐๐๕/๒๕๖๐

**เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์**  
**คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา**

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณา	
โครงการวิจัยเรื่อง	“ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก ที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ”
หัวหน้าโครงการ	นางสาวปิ่นพารีย์ เกียรติสถิตกุล
ที่ปรึกษาโครงการ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยุพิน ถนอมวิชัย
สังกัดหน่วยงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

แล้วเห็นว่าโครงการดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้ดำเนินโครงการ เคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ ไม่มีการล่อลวงละเมิดสิทธิ์ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดภัยอันตรายแก่กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ

จึงเห็นสมควรรับรองจริยธรรมการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ ตั้งแต่วันที่ออกเอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฉบับนี้ จนถึงวันที่ ๓๐ เดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๖๐

ออกให้ ณ วันที่ ๒๘ เดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

ลงนาม (มีชื่อ) น.  
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสมจิต พุกกะเริตานนท์)  
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



เลขที่	00504
วันที่	3 มี.ค. 60
เวลา	14:02 น.

- รวบรวมเอกสาร  
- ส่งคืนเอกสารให้เจ้าของ

ที่ ศธ ๖๔๙๓(๒๓)/ ๖๖๓

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
๒๓๔ ถนนห้วยแก้ว ตำบลสุเทพ  
อำเภอเมืองเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๐๒๑๓ ลงวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

ตามที่ มหาวิทยาลัยบูรพา มีความประสงค์จะขออนุญาตให้  
นางสาวปัทมาภรณ์ เกียรติสถิตกุล นำเครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์ของ คุณลลิตา นพคุณ ไปใช้ใน  
งานวิจัยนั้น

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และยินดียินยอม  
ให้นำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล)

รองคณบดี ปฏิบัติการแทน  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

งานบริการการศึกษา

โทร. ๐-๕๓๙๔-๒๔๑๐

โทรสาร. ๐-๕๓๙๔-๒๔๓๕



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะวิทยาศาสตร์ C334 Fกท-60 102 ชั้น	สจ๊วต อนันต์ศักดิ์ อ.ณัฐพร ศุภกมล วิชาเอก
--	---

## บันทึกข้อความ

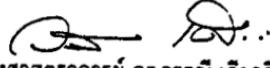
ส่วนงาน มหาวิทยาลัยบูรพา คณะวิทยาศาสตร์ งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) โทร. ๒๘๓๖  
ที่ ศร ๖๒๐๖.๑/๐๑๖ วันที่ ๖ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะวิทยาศาสตร์

ด้วย นางสาวปิ่นขารีย์ เกียรติสถิตกุล รหัสประจำตัว ๕๗๕๑๐๐๕๘ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก ที่ศูนย์อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนันทนิขย์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย เพื่อนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ คือ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก” ของ นางรัชณี หลงสวัสดิ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ดั่งวงแหง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เตียววิเครต)  
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

เรียน คณะบดี

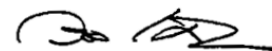
ด้วย นางสาวปิ่นขารีย์ เกียรติสถิตกุล นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย เพื่อนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยหนัก” ซึ่งมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ดั่งวงแหง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ที่ขอใช้ดังกล่าว จึงเรียนมาเพื่อ

- โปรดทราบและพิจารณาอนุญาต
- เห็นควรสำเนาแจ้งรองคณบดีฝ่ายบัณฑิต รมฝ่ายบัณฑิตศึกษาทราบเพื่อดำเนินการส่วนที่เกี่ยวข้องให้บันทึกต่อไป
- สำเนาแจ้ง ผ.ศ.ดร.สุภาภรณ์ ดั่งวงแหง ทราบต่อไป

นว/ศุภก  
อ.ณัฐพร ศุภกมล วิชาเอก

นว

๖ ก.ย. ๖๐



อำเภอ ๖ ก.พ. ๖๐



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ งานบริการการศึกษาและวิเทศสัมพันธ์ (บัณฑิตศึกษา) โทร. ๒๘๓๖  
 ที่ ศธ ๖๒๐๖/๖๒๗๐ วันที่ ๘ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐  
 เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

ตามหนังสือที่ ศธ ๖๖๐๗.๐๑/๐๓๐ ลงวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐ ท่านได้ขออนุญาตให้ นางสาวปัทมาภรณ์ เกียรติสถิตกุล นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย คือ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก” ของ นางรัชณี หลงสวาสดี หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ดั่งวงแพ่ง ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ตามความทราบแล้วนั้น

คณะฯ พิจารณาแล้ว อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้อ้างอิงผู้จัดทำเครื่องมือตามกฎหมายลิขสิทธิ์ด้วย ทั้งนี้ขอให้ผู้ใช้เครื่องมือวิจัย รายงานผลการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ ตามแบบฟอร์มหนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ แล้วส่งกลับมายังงานบริการการศึกษาและวิเทศสัมพันธ์ (ฝ่ายบัณฑิตศึกษา) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รายละเอียดดังเอกสารแนบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
 คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เรียน รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มีหนังสือตอบอนุญาตให้ น.ส.ปัทมาภรณ์ เกียรติสถิตกุล นิสิตหลักสูตร พย.ม. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ใช้สิทธิ์ในเครื่องมือวิจัยของ นางรัชณี หลงสวาสดี พย.ม. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ พ.ศ. ๒๕๕๑ (ดังรายละเอียด)

จึงเรียนมาเพื่อ

๑. โปรดทราบและพิจารณา
๒. เห็นควรสำเนาแจ้ง ประธานหลักสูตรฯ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ผศ.ดร.สุภาภรณ์ ผศ.ดร.บุษิณี (ที่ปรึกษาหลัก) และนิสิต ทราบเพื่อดำเนินการต่อไป

นายพรทนะ สาระสินธุ์