

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยกับการเผชิญความเครียดในผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอก โดยการนำทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย (Uncertainty) ของ Mishel (1990) ร่วมกับแนวคิดการเผชิญความเครียด (Coping) ของ Lazarus & Folkman (1991) มาเป็นแนวทางในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอก จำนวน 126 ราย เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วย ศัลยกรรม และ ศัลยกรรมอุบัติเหตุของ โรงพยาบาลศัลยกรรมสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3 แห่งในภาคตะวันออก การคัดเลือกตามคุณสมบัติดังนี้ คือ มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะบาดเจ็บทรวงอก ที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล 72 – 96 ชั่วโมง เป็นผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอกที่มีระดับความรุนแรงทุกระดับ ยกเว้น ระดับความรุนแรงวิกฤตไม่แน่ใจในโอกาสรอดชีวิต (Critical Survival Uncertain) (ประเมินตาม AIS-85) ไม่มีการบาดเจ็บศีรษะร่วมด้วย หากมีการบาดเจ็บระบบอื่นร่วมต้องมีความรุนแรงในระดับเล็กน้อย (Minor) เท่านั้น (ประเมินตาม AIS-85) รู้สึกตัวดี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ชุด ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอกที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลการบาดเจ็บ เป็นแบบประเมินสาเหตุของการบาดเจ็บ และระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บทรวงอก ซึ่งประเมินได้จาก ระบบการประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บ Abbreviated Injury Scale, 1985 revision (AIS-85) ทดสอบความเชื่อมั่น โดยการประเมินระหว่างผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย (Interrater Reliability) โดยให้ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินครั้งแรก และผู้ช่วยวิจัยประเมินซ้ำในผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอกรายเดียวกันจำนวน 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1

2. แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยสำหรับผู้ใหญ่ (Mishel Uncertainty in Illness for Adult) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยของ ดวงเดือน สุวรรณพันธ์ (2544) ไปทดลองใช้กับผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอกที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ได้เท่ากับ .81 หลังจากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยสำหรับผู้ใหญ่มาปรับปรุงด้านภาษาให้มีความเข้าใจง่ายขึ้นและนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง 126 ราย นำมาหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้เท่ากับ .87

3. แบบสัมภาษณ์การเผชิญความเครียด (Modified Ways of Coping Questionnaire)

เป็นแบบสัมภาษณ์การเผชิญความเครียดที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสัมภาษณ์ Ways of Coping Questionnaire [WCQ] ของ Folkman & Lazarus (Folkman & Lazarus, 1988) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดยพรธิดา ศรีสะอาด (2542) ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 และหลังจากนั้นนำแบบสัมภาษณ์การเผชิญความเครียดมาปรับปรุงด้านภาษาให้มีความเข้าใจง่ายขึ้นและนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง 126 ราย นำมาหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้เท่ากับ .84

การเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 72 – 96 ชั่วโมง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนธันวาคม 2551 แล้วนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 70.6 มีอายุระหว่าง 20- 60 ปี อายุเฉลี่ย 34.97 ปี (SD = 11.44) โดยส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.4 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 96 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 50 การศึกษา อยู่ระหว่าง 6 – 12 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.3 ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 43.6 รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 54 ซึ่งพอเพียงแต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 49.2 เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 69.0 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 88.9 ไม่มีประวัติการใช้ยาหรือสารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 47.6 มีผู้ดูแลเมื่อเข้ารับการรักษา คิดเป็นร้อยละ 85.7 การรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บอยู่ที่ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 58.7 เชื่อมั่นในแพทย์แผนปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 98.4 และ ไม่เคยมีประสบการณ์การรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 88.1

1.2 ข้อมูลการบาดเจ็บ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับบาดเจ็บโดยมีสาเหตุจากแรงกระแทก (Blunt Trauma) คิดเป็นร้อยละ 79.4 มีระดับความรุนแรงมากแต่ไม่คุกคามต่อชีวิต (Serious Not Life Threatening) คิดเป็นร้อยละ 68.3 ไม่มีการบาดเจ็บร่วม คิดเป็นร้อยละ 54.7 รับการรักษาโดยการใส่ท่อระบายทรวงอก คิดเป็นร้อยละ 77.8

2. ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอก

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 99.79 ($SD = 9.31$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยความรู้สึกไม่แน่นอนด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 46.14 ($SD = 6.03$) ด้านความซับซ้อนของการรักษา และระบบบริการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.65 ($SD = 2.53$) ด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.18 ($SD = 3.82$) และด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.68 ($SD = 2.03$)

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยที่มีค่าสูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่ “สิ่งที่ฉันทำได้และไม่ได้ เปลี่ยนแปลงไปเพราะการรักษา” ($\bar{X} = 3.53$, $SD = 1.01$) รองลงมาคือ “การดำเนินความเจ็บป่วยของฉันเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้บางวันฉันรู้สึกดี บางวันฉันรู้สึกไม่ดี” ($\bar{X} = 3.51$, $SD = 0.94$) และ “ฉันรู้สึกไม่ชัดเจนว่าฉันจะดูแลตัวเองอย่างไร หลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว” ($\bar{X} = 3.48$, $SD = 1.03$)

ค่าเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยที่มีค่าสูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่ “ฉันไม่เข้าใจทุกเรื่องที่อธิบายกับฉัน” ($\bar{X} = 3.02$, $SD = 0.97$) รองลงมาคือ “เมื่อฉันมีความเจ็บปวด ฉันไม่รู้ว่าความหมายว่ามันเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของฉันอย่างไร” ($\bar{X} = 2.60$, $SD = 0.85$) และ “ฉันไม่มีความชัดเจนในจุดมุ่งหมายของการรักษาแต่ละอย่าง” ($\bar{X} = 2.56$, $SD = 0.85$)

ค่าเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วย พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยที่มีค่าสูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่ “ความคิดเห็นที่ฉันได้รับเกี่ยวกับความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับฉัน มีความแตกต่างกันมากมาย” ($\bar{X} = 3.14$, $SD = 0.94$) รองลงมาคือ “ฉันมีคำถามมากมายที่ปราศจากคำตอบ” ($\bar{X} = 3.13$, $SD = 1.07$) และ “ฉันรู้สึกงงกับคำอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ฉันได้รับ” ($\bar{X} = 3.09$, $SD = 1.00$)

ค่าเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยที่มีค่าสูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่ “ฉันไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าการเจ็บป่วยของฉันจะสิ้นสุดเมื่อไร” ($\bar{X} = 3.26$, $SD = 1.04$) รองลงมาคือ “ฉันไม่แน่ใจว่าแพทย์/พยาบาลจะพบสิ่งผิดปกติอื่นในตัวฉันอีก” ($\bar{X} = 3.10$, $SD = 0.82$) และ “ฉันไม่สามารถทำนายการดำเนินความเจ็บป่วยของฉันได้” ($\bar{X} = 2.94$, $SD = 0.92$)

2. การเผชิญความเครียดของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอก

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งจัดการกับอารมณ์ (ค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพัทธ์ .78) โดยมีการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียด 3 ลำดับแรก ได้แก่ วิธีการหนีหลีกเลี่ยงปัญหา (ค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพัทธ์ .16) รองลงมาได้แก่วิธีการประเมินค่าใหม่ทางบวก (ค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพัทธ์ .15) และวิธีการควบคุมตนเอง (ค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพัทธ์ .14) วิธีการเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างใช้น้อยที่สุด 3 ลำดับ ได้แก่ วิธีการแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา (ค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพัทธ์ .07) รองลงมา วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา (ค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพัทธ์ .11) และ วิธีการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม, วิธีการวางแผนแก้ปัญหา (ค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพัทธ์ .12)

และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา พบว่า คะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับของแต่ละวิธี ได้แก่ วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา “ฉันระบายความรู้สึกออกมาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง” ($\bar{X} = 1.78, SD = 0.81$) รองลงมาคือ “ฉันทำให้ผู้อื่นลำบากไปด้วย” ($\bar{X} = 1.62, SD = 0.95$) และ “ฉันทำอะไรบางอย่างทั้งที่รู้ว่ามันไม่ได้ช่วยอะไร แต่อย่างน้อยที่สุดฉันก็รู้ว่าฉันได้ทำอะไรลงไป” ($\bar{X} = 1.58, SD = 0.82$)

วิธีการวางแผนแก้ปัญหา “ฉันให้ความสนใจกับสิ่งที่จะทำต่อไปในอนาคต” ($\bar{X} = 2.15, SD = 0.73$) รองลงมาคือ “ฉันยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในเมื่อทำอะไรไม่ได้อีกแล้ว” ($\bar{X} = 1.98, SD = 0.84$) และ “ฉันได้วางแผนแก้ปัญหาและทำตามแผนนั้น” ($\bar{X} = 1.71, SD = 0.74$)

การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งจัดการกับอารมณ์ คะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับของแต่ละวิธี ได้แก่ วิธีการประเมินค่าใหม่ทางบวก “แม้ฉันเกิดการเจ็บป่วยฉันก็ยังรู้สึกมีเกียรติและศักดิ์ศรีอยู่” ($\bar{X} = 2.08, SD = 0.86$) รองลงมาคือ “ฉันผ่านพ้นเหตุการณ์นั้นมาได้ทำให้ฉันรู้สึกดีขึ้นกว่าเดิม” ($\bar{X} = 2.03, SD = 0.89$) และ “ฉันฝันว่าฉันจะได้อยู่ในสถานการณ์ที่ดีกว่านี้” ($\bar{X} = 1.94, SD = 0.98$)

วิธีการแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา “ฉันนึกถึงปัญหาออกหลายวิธีที่แตกต่างกัน” ($\bar{X} = 1.71, SD = 0.82$) รองลงมาคือ “ฉันได้ขอโทษหรือได้ทำอะไรบางอย่างเพื่อทดแทนความผิดนั้น” ($\bar{X} = 1.54, SD = 0.85$) และ “ฉันคิดว่าตนเองหรือสั่งสอนตนเอง” ($\bar{X} = 1.44, SD = 0.84$)

วิธีการควบคุมตนเอง “ฉันคิดถึงคนที่ฉันชื่นชมว่าเขาสามารถจัดการกับปัญหานี้ได้อย่างไรและจะยึดเอาเป็นแบบอย่าง” ($\bar{X} = 1.87, SD = 0.81$) รองลงมาคือ “ฉันพยายามมองหาสิ่งต่าง ๆ จากมุมมองของคนอื่น” ($\bar{X} = 1.83, SD = 0.76$) และ “ฉันอยากเปลี่ยนความรู้สึกที่มีอยู่ หรือเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น” ($\bar{X} = 1.76, SD = 0.99$) “ฉันทำให้เรื่องการเจ็บป่วยเบาลงและไม่อยากจริงจังกับมันอีก” ($\bar{X} = 1.76, SD = 0.66$)

วิธีการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม “ฉันยอมรับความเห็นอกเห็นใจและความเข้าใจจากผู้อื่น” ($\bar{X} = 2.06$, $SD = 0.72$) รองลงมาคือ “ฉันพูดคุยกับคนอื่นมากขึ้นเพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาของฉันให้มากขึ้น” ($\bar{X} = 1.89$, $SD = 0.85$) และ “ฉันขอความช่วยเหลือจากผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ” ($\bar{X} = 1.82$, $SD = 0.81$)

วิธีการลอยห่าง “ฉันพยายามลืมปัญหาที่ฉันกำลังประสบอยู่” ($\bar{X} = 2.02$, $SD = 0.81$) รองลงมาคือ “ฉันพยายามลืมทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้น” ($\bar{X} = 1.98$, $SD = 0.92$) และ “ฉันปล่อยให้สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นไปตาม ชะตากรรม เพราะอาจเป็น โชคร้ายของฉัน” ($\bar{X} = 1.91$, $SD = 0.88$)

วิธีการหนีหลีกเลี่ยงปัญหา “ฉันให้สัญญากับตนเองว่าสถานการณ์นั้นจะต้องแตกต่างกันไปในคราวหน้า” ($\bar{X} = 1.90$, $SD = 0.88$) รองลงมาคือ “ฉันวาดฝันหรือปรารถนาว่าเหตุการณ์นั้นจะมีทางแก้ไขได้” ($\bar{X} = 1.88$, $SD = 0.98$) และ “ฉันสวดมนต์ภาวนาขอความช่วยเหลือจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์” ($\bar{X} = 1.83$, $SD = 0.97$)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย กับการเผชิญความเครียด พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเผชิญความเครียด ด้านมุ่งแก้ปัญหา ($r = .372$, $p < .01$) และ ด้านการมุ่งจัดการกับอารมณ์ ($r = .305$, $p < .01$)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเผชิญความเครียด ด้านมุ่งแก้ปัญหา ($r = .306$, $p < .01$) และ ด้านการมุ่งจัดการกับอารมณ์ ($r = .467$, $p < .01$)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยด้านความซับซ้อนของการรักษา และระบบบริการ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหา ($r = .338$, $p < .01$) และด้านการมุ่งจัดการกับอารมณ์ ($r = .660$, $p < .01$)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับการ วินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความ เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหา ($r = .224$, $p < .05$)

การอภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การเผชิญความเครียด และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยกับการเผชิญความเครียดของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอก ที่เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3 แห่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือระหว่างเดือนสิงหาคมถึง ธันวาคม พ.ศ. 2551 จำนวน 126 ราย ซึ่งส่วน

ใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 70.6 สอดคล้องกับสรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคปี 2546 ที่พบว่าสาเหตุการบาดเจ็บ อันดับแรกที่มีอัตราการบาดเจ็บสูงสุดของประเทศไทย ได้แก่ อุบัติเหตุการขนส่ง และพบว่าผู้บาดเจ็บทั้งหมดของประเทศ ส่วนใหญ่เป็นชาย มากกว่าหญิงจากทุกสาเหตุ อัตราส่วนชายต่อหญิง เท่ากับ 2: 1 สาเหตุการบาดเจ็บที่มีจำนวนผู้บาดเจ็บชายสูงกว่า 2 เท่า ของหญิง คือ อุบัติเหตุจากการขนส่ง การสัมผัสหรือถูกกระแทกกระแทกด้วยแรงเชิงกลของวัตถุสิ่งของ (เพ็ญศรี จิตรนาทรพิชัย, 2546) และพบว่าผู้ชายมีส่วนการเกิดอุบัติเหตุการจราจรบนถนนมากกว่าเพศหญิง อาจเนื่องจากเพศชายมีพฤติกรรมที่ซบเซ่ที่มีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง เช่นการขับรถขณะมึนเมา การขับรถด้วยความประมาทขาดความระมัดระวังและการขับรถด้วยความเร็วเกินกว่ากฎหมายกำหนด (เมธี คุณเจริญ, 2542) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 50 เมื่อได้รับบาดเจ็บกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงมีคู่สมรสมาดูแล คิดเป็นร้อยละ 50 ระดับการศึกษา อยู่ระหว่าง 6 – 12 ปี ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 43.6 ราย และมีได้ต่อเดือน อยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 54

จากผลการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การเผชิญความเครียด และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยกับการเผชิญความเครียดของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอก อภิปรายผลการศึกษาดังนี้

1. ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยในผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอก

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 99.79 (SD = 9.31) อาจเนื่องมาจากผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอก ถือเป็นผู้ที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีปัญหาที่คุกคามต่อชีวิต กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงมากแต่ไม่คุกคามต่อชีวิต (Serious Not Life Threatening) คิดเป็นร้อยละ 68.3 รวมถึงการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 58.7 ทำให้ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอกเกิดความวิตกกังวลเกรงว่าการบาดเจ็บที่ตนเป็นอยู่อาจมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นจนเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ โดยความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยเป็นผลมาจาก การบาดเจ็บ ความรุนแรงของการบาดเจ็บ และความไม่แน่ใจในประสิทธิภาพของการรักษาที่ได้รับ หรือความไม่ชัดเจนของผลของการรักษาที่ได้รับ (Hillton, 1989; Northouse, 1988; Nelson, 1996; Mast, 1998) สอดคล้องกับการศึกษาของ McCormick, Naimark & Tate (2006) ศึกษาในผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจพบว่า ความรุนแรงของอาการและการทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยมีความรุนแรง จะมีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของบุคคล ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาอยู่ระหว่าง 6 – 12 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.3 ทำให้ขาดความสามารถในการทำ

เข้าใจและให้ความหมายต่อสิ่งที่เกิดขึ้น จึงมีโอกาสดเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยได้ (Mishel, 1988) สอดคล้องกับ การศึกษาของ ทิพาพร วงศ์หงส์กุล นิตยา เดชะพรหม ถาวาลย์ ภูมิวิษุเวช และสมาพร โล่ห์สวัสดิ์ (2546) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 150 รายพบว่า ระดับการศึกษาจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ($r = -.266$, $p < .001$) รวมถึงความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ (Event Familiarity) ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ไม่เคยมีประสบการณ์การรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 88.1 กล่าวคือสิ่งที่ต้องประสบกับเหตุการณ์ที่แปลกใหม่ไม่คุ้นเคย ทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดข้อมูลซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกไม่เข้าใจในขั้นตอนการรักษา และไม่สามารถคาดเดาถึงเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ ดังเช่นที่ Mishel ได้กล่าวไว้ว่า ความคุ้นเคยในเหตุการณ์จะช่วยป้องกันการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยได้ (Mishel, 1988)

เมื่อพิจารณาความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกไม่แน่นอนอยู่ในระดับปานกลางทุก ๆ ด้าน โดยความรู้สึกไม่แน่นอนด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 46.14 ($SD = 6.03$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยที่มีค่าสูงสุดได้แก่ “สิ่งที่ฉันทำได้และไม่ได้ เปลี่ยนแปลงไปเพราะการรักษา” ($\bar{X} = 3.53$, $SD = 1.01$) รองลงมาคือ “การดำเนินความเจ็บป่วยของฉันเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้บางวันฉันรู้สึกดี บางวันฉันรู้สึกไม่ดี” ($\bar{X} = 3.51$, $SD = 0.94$) และ “ฉันรู้สึกไม่ชัดเจนว่าฉันจะดูแลตัวเองอย่างไร หลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว” ($\bar{X} = 3.48$, $SD = 1.03$) อาจเนื่องมาจากการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและเฉียบพลัน มีความรุนแรงของอาการมาก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความรุนแรงของการบาดเจ็บอยู่ในระดับรุนแรงมากแต่ไม่คุกคามต่อชีวิต คิดเป็นร้อยละ 68.3 การรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บอยู่ในระดับรุนแรงมาก คิดเป็นร้อยละ 58.7 ไม่มีประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 88.1 และรับการรักษาโดยการใส่ท่อระบายทรวงอก คิดเป็นร้อยละ 77.8 ส่งผลให้ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอกไม่สามารถทำความเข้าใจถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เนื่องจากต้องพบวิธีการรักษา ความสลับซับซ้อน และความแปลกใหม่ของเครื่องมือที่ใช้ในการรักษา ตลอดจนสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย ยิ่งหากผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอกมีอาการที่เปลี่ยนแปลง หรือรุนแรงมากขึ้นจะทำให้ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอกเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยมากขึ้น ดังที่ Mishel ได้กล่าวว่า การที่บุคคลไม่เข้าใจสภาพความเจ็บป่วยของตนเองอย่างชัดเจน อาจเนื่องจากขาดประสบการณ์ขาดความรู้ หรือขาดแหล่งสนับสนุนซึ่งเแนะที่เพียงพอ ทำให้เกิดความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลหรือได้รับข้อมูลที่คลุมเครือไม่ชัดเจน ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยได้สูง (Mishel, 1990)

ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.65 (SD = 2.53) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยที่มีค่าสูงสุดได้แก่ “ฉันไม่เข้าใจทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับฉัน” ($\bar{X} = 3.02$, SD = 0.97) รองลงมาคือ “เมื่อฉันมีความเจ็บปวด ฉันไม่รู้ความหมายว่ามันเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของฉันอย่างไร” ($\bar{X} = 2.60$, SD = 0.85) และ “ฉันไม่มีความชัดเจนในจุดมุ่งหมายของการรักษาแต่ละอย่าง” ($\bar{X} = 2.56$, SD = 0.85) อาจเนื่องมาจากผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอกมีความสับสน ไม่เข้าใจในขั้นตอนของการรักษา การได้ฟังคำศัพท์ทางการแพทย์ที่ไม่คุ้นเคย รวมถึงวิธีการรักษาที่มีความเฉพาะพิเศษค่อนข้างยุ่งยาก ใช้อุปกรณ์พิเศษในการรักษา เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ หรือการใส่สายระบายทรวงอก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อระบายทรวงอก คิดเป็นร้อยละ 77.8 และระเบียบขั้นตอนในการเข้ารับการรักษาของสถานบริการสุขภาพที่ตนไม่คุ้นเคย เกิดความกลัว ไม่กล้า ไม่แน่ใจว่าวิธีการรักษาที่ได้รับและขั้นตอนที่ซับซ้อนนี้จะช่วยให้หาย ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยเกิดขึ้น การเปลี่ยนสถานที่จากบ้านมาอยู่โรงพยาบาลและระบบบริการต่าง ๆ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยได้ นอกจากนี้ยังรวมถึงการที่ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอกไม่สามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับ เนื่องจากผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอกตกอยู่ในภาวะเครียดเกินกว่าจะจดจำคำอธิบายเหล่านั้นได้ทั้งหมด (Patterson, Douglas, Patterson, & Bradle, 1992) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในช่วงเวลา 72 – 96 ชั่วโมงที่ได้รับบาดเจ็บและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งกลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความรุนแรงของการบาดเจ็บอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 58.7 จึงอาจส่งผลให้เกิดความเครียดได้

ด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.18 (SD = 3.82) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยที่มีค่าสูงสุดได้แก่ “ความคิดเห็นที่ฉันได้รับเกี่ยวกับความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับฉัน มีความแตกต่างกันมากมาย” ($\bar{X} = 3.14$, SD = 0.94) รองลงมาคือ “ฉันมีคำถามมากมายที่ปราศจากคำตอบ” ($\bar{X} = 3.13$, SD = 1.07) และ “ฉันรู้สึกงงกับคำอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ฉันได้รับ” ($\bar{X} = 3.09$, SD = 1.00) อาจเนื่องจาก ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอกอยู่ในภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วนและรวดเร็ว ส่งผลถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บ และการรักษาที่ไม่เพียงพอ ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บไม่สามารถประเมินสภาพความเจ็บป่วยที่แน่นอนได้ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบว่า มีการบาดเจ็บในระดับรุนแรงมากแต่ไม่คุกคามต่อชีวิต คิดเป็นร้อยละ 68.3 จึงมีผลต่อการให้การช่วยเหลือ และการรักษาจึงอาจมีการให้ข้อมูลดังกล่าวที่น้อยไป นอกจากนี้การมีเจ้าหน้าที่หลายระดับผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนมาดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอก ทำให้ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอกเกิดความสับสนไม่ทราบว่าใครคือผู้ที่รับผิดชอบโดยตรง การที่ผู้ที่ได้รับ

บาดเจ็บทรวงอกเกรงว่าเป็นการรบกวนเวลาการทำงานของแพทย์ และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยรายอื่น (Coyne, 1995) ทำให้ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่จากทีมสุขภาพได้อย่างเต็มที่ ดังที่ Mishel (1990) ได้กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ๆ หรือบางครั้งข้อมูลที่ได้รับมีน้อย ทำให้ไม่สามารถประเมินสภาพความเจ็บป่วยที่แน่นอนได้ การเปลี่ยนแปลงเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ หรือการที่ไม่มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง ทำให้บุคคลเกิดความสับสนและไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพได้อย่างเต็มที่ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Molleman and others (1984) พบว่า การได้รับข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญจะสามารถลดระดับของความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยได้เช่นกัน (Mishel, 1997) เช่นเดียวกับการศึกษาของ รุจิพลางวรรณ (2547) ศึกษาผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการเพิ่มความมั่นใจต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในขณะหยาเครื่องช่วยหายใจ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยหลังการทดลองต่ำกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม ($p < .001$)

ด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.68 ($SD = 2.03$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยที่มีค่าสูงสุดได้แก่ “ฉันไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าการเจ็บป่วยของฉันจะสิ้นสุดเมื่อไร” ($\bar{X} = 3.26$, $SD = 1.04$) รองลงมาคือ “ฉันไม่แน่ใจว่าแพทย์/พยาบาลจะพบสิ่งผิดปกติอื่นในตัวฉันอีก” ($\bar{X} = 3.10$, $SD = 0.82$) และ “ฉันไม่สามารถทำนายการดำเนินความเจ็บป่วยของฉันได้” ($\bar{X} = 2.94$, $SD = 0.92$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีอาการที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถคาดการณ์ ทำนายหรืออธิบายเกี่ยวกับการบาดเจ็บของตนเองได้อย่างชัดเจน ซึ่งมีผลมาจากความต่อเนื่องจากกลุ่มเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และความไม่สม่ำเสมอในเรื่องของข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บ ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถประเมินการบาดเจ็บได้อย่างถูกต้อง (Mishel, 1990) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพรดา ประสิทธิแพทย์ (2550) พบว่าผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอกมีความรู้สึกไม่ปลอดภัย กลัวตาย ไม่แน่ใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง และต้องการให้แพทย์ พยาบาลสอบถามความต้องการ พร้อมทั้ง ต้องการทราบข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลในแต่ละวัน

2. การเผชิญความเครียดในผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอก

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งจัดการกับอารมณ์ (ค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพัทธ์ .78) มากกว่าการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา (ค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพัทธ์ .23) โดยวิธีการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งจัดการกับอารมณ์ มีการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียด 3 ลำดับแรก ได้แก่ วิธีการหนีหลีกเลี่ยง (ค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพัทธ์

.16) รองลงมาได้แก่วิธีการประเมินค่าใหม่ทางบวก (ค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพัทธ์ .15) และวิธีการควบคุมตนเอง (ค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพัทธ์ .14) ส่วนการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา มีการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียด ได้แก่ วิธีการวางแผนแก้ปัญหา (ค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพัทธ์ .12) และวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา (ค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพัทธ์ .11) เห็นได้ว่าวิธีการเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุด 3 ลำดับนั้นเป็นการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ทั้งหมด อาจเนื่องมาจากสถานการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างเผชิญอยู่นั้นเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน และเป็นสถานการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถควบคุมได้หรือเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงมากแต่ไม่คุกคามต่อชีวิต คิดเป็นร้อยละ 68.3 ได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อระบายทรวงอก คิดเป็นร้อยละ 77.8 และการได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ ร่วมกับการใส่ท่อระบายทรวงอก คิดเป็นร้อยละ 5.5 ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ต้องเป็นไปตามแผนการรักษา กลุ่มตัวอย่างไม่มีประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 88.1 รวมถึงกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดจำพวก บุหรี่ และสุรา คิดเป็นร้อยละ 52.4 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงเลือกที่ใช้การเผชิญกับความเครียดในลักษณะการจัดการกับอารมณ์โดยเลือกใช้วิธีการหนีหลีกเลี่ยงปัญหา วิธีการประเมินค่าใหม่ทางบวก และวิธีการควบคุมตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Folkman & Lazarus (1991) และการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าในสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าไม่สามารถควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงได้ เช่น สถานการณ์ความเครียดเกี่ยวกับสุขภาพ บุคคลจะใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มากกว่าการมุ่งแก้ปัญหา (Folkman & Lazarus, 1991) สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญลี ศรีสุวรรณาสกุล (2542) ศึกษาในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มากกว่าด้านมุ่งแก้ปัญหา เช่นเดียวกับ หทัยรัตน์ น้าเพ็ญแพทย (2544) ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการดัดแปลงกระดูก พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์มากกว่าการมุ่งแก้ปัญหา

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยวิธีการเผชิญความเครียดเป็นรายข้อจากวิธีการเผชิญความเครียดที่ถูกเลือก 3 อันดับคือ วิธีการหนีหลีกเลี่ยงปัญหา ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับได้แก่ “ฉันให้สัญญากับตนเองว่าสถานการณ์นั้นจะต้องแตกต่างกันไปในคราวหน้า” ($\bar{X} = 1.90$, $SD = 0.88$) รองลงมาคือ “ฉันวาดฝันหรือปรารถนาว่าเหตุการณ์นั้นจะมีทางแก้ไขได้” ($\bar{X} = 1.88$, $SD = 0.98$) และ “ฉันสวดมนต์ภาวนาขอความช่วยเหลือจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์” ($\bar{X} = 1.83$, $SD = 0.97$) ซึ่งอธิบายตามแนวคิดของ Folkman & Lazarus (1991) ได้ว่าเป็นความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลพยายามหลีกเลี่ยงปัญหาชั่วคราว เช่นการเพ้อฝัน หวังว่าจะมีปาฏิหาริย์ช่วยลดความตึงเครียดนั้น หรือการดื่มสุรา การนอนหลับมากกว่าปกติ เพื่อให้ตนเองพ้นจากความเครียดไปชั่วระยะเวลาหนึ่ง

อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบดีว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเกิดจากตนเองจึงยอมรับสภาพการบาดเจ็บเพราะตระหนักว่าเกิดจากการกระทำของตนเอง ขณะเดียวกันก็รู้สึกผิดที่ทำให้เกิดปัญหานี้ แต่กลุ่มตัวอย่างก็มีความปรารถนาและมีความหวังว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นจะมีทางแก้ไข หรือผ่านพ้นไปได้ หรือสามารถเอาชนะด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง รวมถึงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 96 จึงมีความเชื่อในการสวดภาวนาขอความช่วยเหลือจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์

รองลงมาคือวิธีการประเมินค่าใหม่ทางบวก ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับได้แก่ “แม้ฉันเกิดการเจ็บป่วยฉันก็ยังรู้สึกมีเกียรติและศักดิ์ศรีอยู่” ($\bar{X} = 2.08, SD = 0.86$) รองลงมาคือ “ฉันผ่านพ้นเหตุการณ์นั้นมาได้ทำให้ฉันรู้สึกดีขึ้นกว่าเดิม” ($\bar{X} = 2.03, SD = 0.89$) และ “ฉันฝันว่าฉันจะได้อยู่ในสถานการณ์ที่ดีกว่านี้” ($\bar{X} = 1.94, SD = 0.98$) ตามแนวคิดของ Folkman and Lazarus (1991) อธิบายได้ว่าเป็นความคิดและพฤติกรรมในการที่จะพยายามให้ความหมายต่อสถานการณ์ใหม่ในทางที่ดีขึ้น เพื่อเอื้อประโยชน์ต่อตนเองในการลดความตึงเครียดของอารมณ์ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณค่ากำลังประสบกับการบาดเจ็บที่รุนแรง จากผลการศึกษาที่ในกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 58.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 88.1 และได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อระบายทรวงอกคิดเป็นร้อยละ 77.8 ดังเช่นการศึกษาของ ทิพรดา ประสิทธิ์แพทย์ (2550) พบว่าการใส่ท่อระบายทรวงอกเป็นสิ่งแปลกปลอมที่น่ากลัวและก่อให้เกิดความเจ็บปวด ความรำคาญ และความกังวลใจ ซึ่งเหตุการณ์ต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนเป็นสถานการณ์ที่เลวร้าย ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจะสามารถดำรงอยู่ได้อย่างสมดุล จึงเลือกวิธีการประเมินค่าใหม่ทางบวกอาจเป็นสิ่งที่ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับอารมณ์และลดความรุนแรงของการรับรู้ปัญหาลงได้

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างใช้ วิธีการควบคุมตนเอง ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับได้แก่ “ฉันคิดถึงคนที่ฉันชื่นชมว่าเขาสามารถจัดการกับปัญหานี้ได้อย่างไรและจะยึดเอาเป็นแบบอย่าง” ($\bar{X} = 1.87, SD = 0.81$) รองลงมาคือ “ฉันพยายามมองหาสิ่งต่าง ๆ จากมุมมองของคนอื่น” ($\bar{X} = 1.83, SD = 0.76$) และ “ฉันอยากเปลี่ยนความรู้สึกที่มีอยู่ หรือเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น” ($\bar{X} = 1.76, SD = 0.99$) “ฉันทำให้เรื่องการเจ็บป่วยเบาลงและไม่อยากจริงจังกับมันอีก” ($\bar{X} = 1.76, SD = 0.66$) ตามแนวคิดของ Folkman and Lazarus (1991) อธิบายได้ว่าเป็นความคิดและพฤติกรรมที่พยายามควบคุมความสม่ำเสมอของอารมณ์ของตนเองหรือเป็นการพึ่งตนเองเพื่อคิดแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น การอยู่คนเดียวเงียบ ๆ เพื่อคิดแก้ปัญหาด้วยตนเอง พยายามเก็บความรู้สึกไว้กับตนเองโดยไม่ให้คนอื่นทราบว่าสถานการณ์นั้นเลวร้ายเพียงใดเพื่อไม่กระทบกระเทือนถึงคนอื่น หรือคิดเปรียบเทียบกับวิธีการกับบุคคลอื่นที่ดีซึ่งสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ตนเองได้อาจ

เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 70.6 ซึ่งเพศชายมักถูกกำหนดโดยสังคมให้เป็นผู้ที่มีความเข้มแข็ง เป็นที่พึ่งพาของบุคคลอื่น อดทนต่อการแสดงได้ตอบกับสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด (Thoits, 1995 อ้างถึงในปองลดา พรหมจันทร์, 2542) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปองลดา พรหมจันทร์ (2542) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศชายและมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียด ด้วยวิธีการควบคุมตนเอง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยกับการเผชิญความเครียดในผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอก

ผลการศึกษาพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเผชิญความเครียด ด้านมุ่งแก้ปัญหา ($r = .372$, $p < .01$) และ ด้านการมุ่งจัดการกับอารมณ์ ($r = .305$, $p < .01$) เช่นเดียวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเผชิญความเครียด ด้านมุ่งแก้ปัญหา ($r = .306$, $p < .01$) และ ด้านการมุ่งจัดการกับอารมณ์ ($r = .467$, $p < .01$) และความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยด้านความซับซ้อนของการรักษา และระบบบริการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหา ($r = .338$, $p < .01$) และด้านการมุ่งจัดการกับอารมณ์ ($r = .660$, $p < .01$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยสูง จะใช้การเผชิญความเครียดทั้งสองด้านมากขึ้นด้วย อาจเนื่องจากผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอกส่วนใหญ่ มีระดับความรุนแรงมากแต่ไม่ถูกคุกคามต่อชีวิต (Serious Not Life Threatening) คิดเป็นร้อยละ 68.3 และไม่เคยมีประสบการณ์การรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 88.1 การบาดเจ็บที่รุนแรง การขาดประสบการณ์และความคุ้นเคยในการเจ็บป่วย สถานที่ บุคลากร อาจทำให้เกิดความรู้สึกสับสน มีความรู้สึกไม่แน่นอน และจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน อาจทำให้อยู่ในภาวะช็อก ไม่เชื่อ จึงมีโอกาประเมินเหตุการณ์ในลักษณะที่รุนแรงกว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ทำให้มีความตึงเครียดทางอารมณ์สูง หรืออาจเนื่องจากการรักษาและระบบการดูแลที่ซับซ้อน และยากต่อการทำความเข้าใจได้ในระยะเวลาอันสั้น (เหมือนฝัน มณีฉาย, 2542) จึงทำให้ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอก มุ่งที่จะลดความเครียดให้ได้โดยเร็ว นั่นคือ เมื่อต้องพบกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอกจะต้องแสวงหาทุกวิถีทาง เพื่อขจัดหรือบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้น โดยไม่ได้พิจารณาว่าแต่ละวิธีที่ตนเลือกใช้นั้นเหมาะสมหรือไม่ในแง่ของการปรับตัวเพื่อดำรงอยู่กับความเครียด แต่พิจารณาเพียงว่าเมื่อใช้วิธีเหล่านั้นแล้ว รู้สึกว่าสามารถบรรเทาอาการหรือขจัดความเครียดได้ตามที่ตนเองปรารถนา สนับสนุนแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) ที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลตกอยู่ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิด

ความเครียด บุคคลจะการใช้การเผชิญความเครียดทั้งสองด้านร่วมกันผสมผสานกันมากขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่เผชิญ โดยทั้งสองด้านต่างผ่านกระบวนการทางความคิดและมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน เพื่อจัดการกับความต้องการทั้งภายในและหรือภายนอกจากเหตุการณ์นั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Redeker (1992) ศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีพบว่าหลังการผ่าตัด 6 สัปดาห์พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาและการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหา ($r = .224, p < .05$) นั่นคือเมื่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยในด้านดังกล่าวสูง กลุ่มตัวอย่างจะการใช้การเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหาเพียงอย่างเดียว อาจเนื่องมาจากผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอกอยู่ในการบาดเจ็บที่เฉียบพลัน โดยต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ขณะที่เข้ารับการรักษา เช่น การถูกรุมล้อมด้วยแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ให้การช่วยเหลือรักษาอย่างรีบเร่ง ส่งผลให้การให้ข้อมูลต่าง ๆ จากเจ้าหน้าที่ที่มีความไม่กระฉับกระเฉงในข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บ และการรักษา รวมถึงสถานการณ์ในขณะนั้น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างขาดต่อการเข้าใจได้ในระยะเวลาอันสั้น (เหมือนฝัน มณีฉาย, 2542) ทำให้ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บขาดข้อมูลเกี่ยวกับการ วินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วยได้ กลุ่มตัวอย่างจึงมีการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการมุ่งแก้ปัญหาเพื่อให้ได้ข้อมูลต่าง ๆ มาเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในด้านดังกล่าว

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอกมีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยรายชื่อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงนั้น ได้แก่ “ฉันรู้สึกไม่ชัดเจนว่าฉันจะดูแลตัวเองอย่างไร หลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว” “ความคิดเห็นที่ฉันได้รับเกี่ยวกับความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับฉัน มีความแตกต่างกันมากมาย” “ฉันมีคำถามมากมายที่ปราศจากคำตอบ” “ฉันรู้สึกงงกับคำอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ฉันได้รับ” “ฉันไม่เข้าใจทุกเรื่องที่อธิบายกับฉัน” “ฉันไม่มีความชัดเจนในจุดมุ่งหมายของการรักษาแต่ละอย่าง” “ฉันมีคำถามมากมายที่ปราศจากคำตอบ” “ฉันรู้สึกงงกับคำอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ฉันได้รับ” “ฉันไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าการเจ็บป่วยของฉันจะสิ้นสุดเมื่อไร” และ “ฉันไม่สามารถทำนายการดำเนิน

ความเจ็บป่วยของฉันได้” ดังนั้น ควรมีการพัฒนาแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนที่สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริงเช่น การประเมิน การวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสมในภาวะวิกฤติ รวมถึงพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอก ควรมีบทบาทในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บ การรักษา คำแนะนำในการปฏิบัติตัวต่างๆ รวมทั้งระยะเวลาในการรักษาและการพยากรณ์ของการฟื้นหาย เช่น ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจะต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานกี่วัน หลังจากที่ออกจากโรงพยาบาลแล้วเมื่อไหร่จะสามารถทำกิจกรรมได้อย่างปกติ ไปพร้อม ๆ กับการให้การดูแลรักษาแก่ ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอกเป็นต้น เพื่อให้ผู้ที่บาดเจ็บทรวงอกเกิดความรู้ความเข้าใจและสามารถคาดเดาถึงผลที่จะเกิดขึ้นได้

1.2 จากการศึกษาพบว่าผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอกจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งสองด้านควบคู่กัน โดยมีการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งจัดการกับอารมณ์เป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอก จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในวิธีการเผชิญความเครียดที่ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอกได้ใช้ และส่งเสริมให้ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอกมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญปัญหาให้มากขึ้น

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

ควรมีการพัฒนาความสามารถ และทักษะของบุคลากรทางการพยาบาล เพื่อสร้างความตระหนักและความสามารถให้กับบุคลากรทางการพยาบาล ถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดในผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอกให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น การจัดอบรมหรือสัมมนาทางวิชาการขึ้นทั้งภายในโรงพยาบาลและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้การดูแลแก่ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอก เพื่อป้องกันการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน และการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม

3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

3.1 ควรมีการศึกษารู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย และการเผชิญความเครียดในผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอกซ้ำ โดยขยายการศึกษาตั้งแต่ระยะวิกฤติไปจนถึงระยะการฟื้นหายเพื่อทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย และการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย

3.2 ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียด โดยหาความสัมพันธ์ และอำนาจการทำนาย เพื่อนำผลงานวิจัยไปพัฒนาเพื่อลดระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและส่งเสริมการเผชิญความเครียดแก่ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอกต่อไป

3.3 ควรมีการศึกษาซ้ำเพื่อให้สามารถสรุปอ้างอิงถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดในผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอกได้กว้างขวางมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับของความรู้สึกไม่แน่นอน เนื่องจากแบบสัมภาษณ์ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยไม่ได้มีกำหนดแบ่งระดับคะแนนไว้อย่างชัดเจน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้เกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย โดยคำนวณจากคะแนนดิบ (Raw Score) เพื่อบ่งบอกถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยทั้งโดยรวม และแต่ละด้านที่เกิดขึ้นว่า มากน้อยเพียงใด อาจทำให้มีการคลาดเคลื่อนในการแปลผลของความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยได้

บรรณานุกรม

- กิตติกร นิลมานัต. (2538). ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและวิธีการเผชิญกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมะเร็งไอวีที่มีอาการขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2547). การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กำพล เลหาเพ็ญแสง. (2540). บาดเจ็บทรวงอก. ใน กำพล เลหาเพ็ญแสง, วีระชัย นาวารวงศ์, ศักดิ์ชัย ผลประเสริฐ และมงคล เลหาเพ็ญแสง (บรรณาธิการ). ศัลยศาสตร์ปริทัศน์ (หน้า 143-151). กรุงเทพฯ: พี.บี. ฟอเรน บั๊กเซนเตอร์.
- ขวัญเรือน แพร้งสกุล. (2544). สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลในหน่วยวิกฤตศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอาชีวศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฑามาส วงศ์นินดา. (2547). การรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยบุคลิกภาพที่เข้มแข็งแรงสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชุมพร พงษ์นุ่มกุล. (2547). Thoracic injury. ใน จงจิตต์ คณากุล, ปรีดาภรณ์ สีปากดี และประชิด ศราทพันธ์ (บรรณาธิการ). ภาวะวิกฤตในหออภิบาล การบำบัดรักษาพยาบาลเล่ม 1. (หน้า 141-183). กรุงเทพฯ: สิริยอดการพิมพ์ (ประเทศไทย).
- ชุดิมา อรุโณทยานันท์. (2547). การพยาบาลผู้ที่ใส่ท่อระบายทรวงอก: การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต เล่ม 2. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลศิริราช.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2544). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: พี.บี. ฟอเรน บั๊กเซนเตอร์.

- ดวงเดือน สุวรรณพันธ์. (2544). ผลของการได้รับข้อมูลและการรับรู้แบบไม่รู้ตัวต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดาววรรณ คุณยศยิ่ง. (2536). ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและการลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอก. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสมหาราช นครเชียงใหม่.
- ทิพรดา ประสิทธิ์แพทย์. (2550). ประสบการณ์การได้รับการใส่สายระบายทรวงอกของผู้บาดเจ็บทรวงอก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ทิพาพร วงศ์หงส์กุล. (2533). ผลของการใช้ระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล, นิตยา เดชะพรหม, ลดาวัลย์ ภูมิวิเศษ และสมพร โล่ห์สวัสดิ์. (2546). ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย การประเมินภาวะเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธานินทร์ ศิลปจารุ. (2548). การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วี อินเตอร์ พรินท์.
- ธวัชชัย กาญจนรินทร์. (2544). Trauma Scoring Systems. ใน อวยชัย เปลื้องประสิทธิ์, สุพงษ์ เขมโมชนิด, ฉัตรชัย สุนทรธรรม และวัฒนา สุพรหมจักร (บรรณาธิการ), ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 20 (หน้า 138- 156). กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- นงลักษณ์ บุญเย็บ. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นวลอนงค์ บุญจรรณศิลป์. (2544). การวิเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับความไม่แน่นอน. วารสารวิจัยทางการแพทย์, 5(1), 24-30.

นฤมล ชีระรังสีกุล, ศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์ และอัญชัญ เตชะวีรากร. (2545). ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

นิตยา เวียงพิทักษ์. (2546). ความเครียดและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและญาติในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นิตยา โรจน์ทินกร. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บุญลี ศรีสุวรรณาสกุล. (2542). การเผชิญความเครียดจากความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์. (2533). ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่กำลังรับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2547). ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เบญจวรรณ เอกะสิงห์. (2541). ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและวิธีการเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลมารดาและทารก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปราณี มิ่งขวัญ. (2542). ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ประกิตพันธุ์ ทมทิศพงศ์ และจิตตินันต์ หะวานนท์. (2544). การรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บ. ใน วีรวัฒน์ เหลืองชนะ (บรรณาธิการ), ตำราพื้นฐานทางศัลยศาสตร์ (หน้า 139-213). กรุงเทพฯ: บุ๊คเน็ต จำกัด.

- ประไพ บุรินทรามาตย์, มาลี เลิศมาลีวงศ์ และกิตติกร นิลมานัต. (2541). ความรู้สึกไม่แน่นอนใน การเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ ภาวะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล. วารสารวิจัยทางการแพทย์, 2(1), 76-90.
- ประทุม สร้อยวงศ์ และชวพรรณ จันทร์ประสิทธิ์. (2546). อาการไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมาน ทางอารมณ์ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และคุณภาพชีวิตในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประเสริฐ วสินานุกร และเจริญเกียรติ ฤกษ์เกลี้ยง. (2547). ภาวะการบาดเจ็บทรวงอก ข้อบ่งชี้ของ การผ่าตัดทรวงอก. ใน ปรีชา ศิริทองถาวร, เรวัต ชุนหสุวรรณกุล, กฤษณ์ แก้วโรจน์ และ อนันต์ ดัฒนขกุล (บรรณาธิการ), ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ 13 (หน้า 270- 307). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- ปองลดา พรหมจันทร์. (2542). วิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- แผนกเวชระเบียนและข้อมูลสถิติ โรงพยาบาลชลบุรี. (2551). จำนวนผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอกในปี พ.ศ.2548-2550. ชลบุรี: แผนกเวชระเบียนและข้อมูลสถิติ โรงพยาบาลชลบุรี.
- แผนกเวชระเบียนและข้อมูลสถิติ โรงพยาบาลระยอง. (2551). จำนวนผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอกใน ปี พ.ศ.2548-2550. ระยอง: แผนกเวชระเบียนและข้อมูลสถิติ โรงพยาบาลระยอง.
- แผนกเวชระเบียนและข้อมูลสถิติ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. (2551). จำนวนผู้ที่ได้รับ บาดเจ็บทรวงอกในปี พ.ศ.2548-2550. จันทบุรี: แผนกเวชระเบียนและข้อมูลสถิติ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี.
- พรจันทร์ สุวรรณมนตรี. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ระดับปานกลางระยะฟื้นฟูสภาพ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขา การพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พรธิดา ศรีสะอาด. (2542). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาความเป็นจริง ต่อการเผชิญความเครียดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขา จิตวิทยาการศึกษา, คณะจิตวิทยา, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญศรี จิตนันททรัพย์. (2546). การบาดเจ็บ 19 สาเหตุ. วันที่ค้นข้อมูล 27 กุมภาพันธ์ 2552, เข้าถึงได้จาก [http://epid.moph.go.th/Homepage_Annual46/Annual/Part1/58Injury%2019%20 Cause.doc](http://epid.moph.go.th/Homepage_Annual46/Annual/Part1/58Injury%2019%20Cause.doc)

- มนชยา ปิ่นทอง. (2547). ความรู้สึกไม่แน่นอนและการเผชิญความเครียดของสตรีที่รอผลชิ้นเนื้อ
ภายหลังผ่าตัดเนื้องอกอวัยวะสืบพันธุ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาการพยาบาลสตรี, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มณฑา ลิ้มทองกุล. (2535). ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอน และวิธีการเผชิญความปฏิกิริยา
รอผลชิ้นเนื้อในผู้ป่วยที่มีก้อนบริเวณเต้านม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาการพยาบาลสตรี, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เมธิ คุณเจริญ. (2542). ปัจจัยด้านผู้รับใช้ที่มีผลต่อระดับความรุนแรงของอุบัติเหตุในเขต
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิศวกรรมศาสตร์,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี.
- รุจิ พลาจวรรณ. (2547). ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการเพิ่มความมั่นใจต่อความรู้สึก
ไม่แน่นอนในขณะห้อยเครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขา
การพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วชิราภรณ์ สุนนวงศ์. (2548). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอก. ชลบุรี: ทรีโอ แอนด์เวอร์ไทซ์
แอนด์ มีเดีย.
- วิไลรัตน์ ชัยนนท์. (2549). การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน. รายงานการศึกษาระดับพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วันวิสาข์ ชูจิตร. (2543). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแล
ตนเองและการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิต
วิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิภา คุณทรงเกียรติ. (2540). บาดเจ็บทรวงอก. ใน คณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ
ศัลยศาสตร์. การพยาบาลผู้ใหญ่ 1 (หน้า 2-12). ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
บูรพา.
- ศรัณญา ครั่งมี. (2543). การรับรู้การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดหัวใจ ใน โรงพยาบาล
ศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการ
พยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). ความเครียดกับการดูแลตนเอง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ),
การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. (หน้า 95-120). กรุงเทพฯ: วี.จี.
พรินติ้ง.

สมพร ชินโนรส, สุภาณี แก้วธำรงค์, ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ และกิตติ โตเต็มโชคชัยการ.

(2544). ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของความเจ็บป่วยของโรคเอสแอลอี. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 7(2), 111-123.

สมพร ชินโนรส และวรรณกร รักอิสสระ. (2544). ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกรณีเลื่อนผ่าตัด. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 7(2), 164-171.

สันต์ชัย เตชะโสภามณี. (2547). Trauma Score. ใน ปรีชา ศิริทองถาวร, เรวัต ชุนหสุวรรณกุล, กฤษณ์ แก้วโรจน์ และอนันต์ ดันมขยกุล (บรรณาธิการ), *ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ 13* (หน้า 270- 307). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สำนักงานระบาดวิทยา กองควบคุมโรค. (2551). *สถิติการอุบัติเหตุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2550*.

สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์. (2539). *วิธีการปรับแก้และกรปรับทางจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี*.

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุกษม อัดนวนนิช. (2542). การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อระบายทรวงอก. ใน สุกษม อัดนวนนิช และวิวัฒน์ วรรณะวิศิษฐ์ (บรรณาธิการ). *บาดเจ็บหลายระบบ* (หน้า 413-428). กรุงเทพฯ: วรานนท์เอ็นเตอร์ไพรส์.

_____. (2542). การบาดเจ็บทรวงอก. ใน สุกษม อัดนวนนิช และวิวัฒน์ วรรณะวิศิษฐ์ (บรรณาธิการ). *บาดเจ็บหลายระบบ* (หน้า 159-412). กรุงเทพฯ: วรานนท์เอ็นเตอร์ไพรส์.

สุขุมล ค้อยแก้ว. (2540). *การประเมินค่าทางปัญญาและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุพัฒนา ศักดิชฐานนท์. (2545). *ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการเผชิญความไม่แน่นอนในเด็กวัยรุ่นโรคเอสแอลอี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุนี สุวรรณพสุ. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุภาณี แก้วธารง. (2543). ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเอสแอลอี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุภาณี คุ่มเพชร. (2543). ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของบุตรและพฤติกรรมการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยวัยแรกเกิดถึง 18 เดือน ของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุมาพร บรรณสาร. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรัตณี มณีแสง. (2543). ความต้องการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาล ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สุริภรณ สุวรรณโอสถ. (2547). ความรู้สึกไม่แน่นอน การสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุวิทย์ ศรีอภัยพร. (2550). Trauma general principles. ใน ทวีสิน ดันประยูร สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และ พัฒน์พงษ์ นาวิเจริญ (บรรณาธิการ), ตำราศัลยศาสตร์ (หน้า 296-307). กรุงเทพฯ: ปรีชาธร อินเตอร์พริ้น.

สุขวิไล อิงคนินันท์. (2544). การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยขณะใส่คาท่อระบายทรวงอกในโรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์. รายงานการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เสรี สิงหนัดกิจ. (2550). Chest injury. ใน ทวีสิน ดันประยูร สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และ พัฒน์พงษ์ นาวิเจริญ (บรรณาธิการ), ตำราศัลยศาสตร์ (หน้า 366-382). กรุงเทพฯ: ปรีชาธร อินเตอร์พริ้น.

หทัยรัตน์ บำเพ็ญแพทย์. (2544). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับการถึงถ่วงกระดูก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- เหมือนฝัน มณีฉาย. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพกับการเผชิญปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลพระมงกุฎฯ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภรชา ลำดับวงศ์. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับ และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดขณะอยู่ในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อมรรัตน์ พุฒิมวงส์. (2541). ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่ได้รับการขูดมดลูกในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรพิน เกตุแก้วมณี. (2541). การศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และพฤติกรรมเผชิญความเครียด ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ เอชไอ วี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Aldwin, C. M. (1994). *Stress, Coping, and Development: An Integrative Prespective*. New York: Guilford Press.
- Apfelbaum, J. A., Gan, T. J., Zhao, S., Hanna, D. B., & Chen, C. (2004). Reliability and validity of the perioperative opioid-Related symptom distress scale. *Anesth Anslg*, 99, 699-709.
- Beare, P. G., & Myers, J. L. (1994). *Principles and Practice of Adults Health Nursing*. (2nd ed.). St. Louis: Mosby.
- Borman, J. B., Aharonson-Daniel, L., Savitsky, B., & Peleg, K. (2006). The Israeli Trauma Group. Unilateral flail chest is seldom a lethal injury. *Emergency Medical Journal*, 23, 903-905.
- Bradley, N., Davis, L., & Chow, E. (2005). Symptom distress in patients an outpatient palliative radiotherapy clinic. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30(2), 123-131.
- Brasel, K. L., Guse, C. E., Layde, P., & Weigelt, J. A. (2006). Rib fractures: relationship with pneumonia and mortality. *Critical Care Med*, 34, 1642-1646.
- Carrillo E. H and other. (2006) Thoracoscopic application of a topical sealant for the management of persistent posttraumatic pneumothorax. *Journal of Trauma*, 60, 111-114.

- Chang, V. T., Hwang, S. S., Feuerman, M., Kasimis, B. S., & Thaler, H. T. (2000). The memorial symptom assessment scale short form. *Cancer*, 89, 1162-1171.
- Champion, H. R., Sacco, W. J., & Copes, W. S. (1989). A revision of the trauma score. *J Trauma*, 29, 623.
- Chistman, N. J., McConnell, E. A., Pfeiffer, C., Webster, K. K., Schmitt, M., & Reis, J. (1988). Uncertainty, coping, and distress following Myocardial Infarction: Transition from hospital to Home. *Research in Nursing & Health*, 11(2), 71-82
- Cohen, F., & Lazarus, R. E. (1973). Active coping processes, coping dispositions, and recovery from surgery. *Psychosomatic Medicine*, 35, 357-389.
- Costantino, M., Gosselin, M. V., & Primack, S. L. (2006). The ABC's of thoracic trauma imaging. *Seminars in Roentgenology*, 209-225.
- Coyne, T. T. (1995). Partnership in care : Parent's view of participation in their hospitalized child's care. *Journal of Clinical Nursing*, 4, 71-79.
- Dennison, R. D. (1997). Nurse's guide to common postoperative complications. *Nursing*, 97, 27 (11), 56-59.
- Esme, E., Solak, O., Yurumez, Y., Terzi, Y., Sezer, M., & Kucuker, H. (2007). The prognostic importance of trauma scoring systems for blunt thoracic trauma . *Thoracic Cardiovascular Sugery*, 55, 190-195.
- Finkelmeir, B. A. (1995). *Cardiothoracic Surgical Nursing*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal. Coping and encounter outcomes. *Journal of Personarity and Social Psychology*, 50(5), 992-1003.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1991). Coping and emotion. In A. Monat & R.S. Lazarus (Eds.), *Stress and coping: An anthology* (pp. 207-227). New York: Columbia University.
- Goodrich, C. (1995). Thoracic trauma. In N. Urban, K.K. Greenlce, J. Krumberger & C. Winkelman (Eds.). *Guildlines for critical care nursing* (pp. 372-381). St. Louis: Mosby.
- Gopinath, N. (2004). Thoracic trauma. *IJTCVS*, 20, 144-148.
- Grimal, Q., Naili, S., & Watzky, A. (2004). A high-frequency lung injury mechanism in blunt thoracic impact. *Journal of Biomechanics*, 38, 1247-1254.

- Heidari, F., Dumbrell, A., Galvin, K., & Holloway, I. (2001). Brain injury: The uncertainty of Using complementary therapies. *Complementary Theropies in Nursing & Midwifery*, 7, 66-71.
- Hickmen, S. E., Tilden, V. P., & Tolle, S. W. (2001). Family reports of dying patients' distress: The adaptation of a research tool to assess Global symptom distress in the last week of life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(1), 565-574.
- Hildebrand, F., Griensven, M., Garapati, R., Krettek, C., & Pape, H. (2002). Dianosis and scoring in blunt chest trauma. *European Journal of Trauma*, 3, 157-167.
- Hillton, B. A. (1989). The relationship of uncertainty, control, commitment, and threat of recurrence to coping strategies used by women diagnosed with breast cancer. *J Behav Med*, 12, 39-54.
- _____. (1992). Perceptions of uncertainty: Its relevance to life-threatening and chronic illness. *Critical care Nurse*, 12(1), 70-73.
- _____. (1994). The uncertainty stress scale: Its development and psychometric properties. *Canadian Journal of Nursing Research*, 26(3), 15-30.
- Hoesley, A., Jones, L., White, J., & Henry, M. (2006). Efficacy and complication of small-bore, Wire-guided chest drains. *CHEST*, 130, 1857-1863.
- Hommel, K. A. (2003). Anxiety and depression in older adolescents with long-standing Asthma: The role of illness uncertainty. *Children's Health Care*, 32(1), 51-63.
- Hunt, P. A., Greaves, I., & Owens, W. A. (2005). Emergency thoracotomy in thoracic trauma-a review. *Injury, Int.I. Care Injured*, 36, 1-19.
- Hymovich, D. P., & Hagopian, G. A. (1992). *Chronic Illness in Children and Adult: A Psychosocial Approach*. Toronto: W.B.Saunders.
- Jalowiec, A. (1988) Confirmatory factor analysis of the Jalowiec coping scale. In Waltz CF., Strickland OL, ed. *Measurement of Nursing Outcome: Volume One: Measurement of client Outcome*. New York: Springer Publish Company.
- Jalowiec, A., Murphy, S. P., & Power, M. J. (1984). Psychometric assessment of the Jalowiec Coping Scalc. *Nursing Research*, 33, 157-160.
- Keel, M., & Meier, C. (2007). Chest injury-What is new?, *Current Opinion in Ceitical Care*, 13, 674-679.

- Keough, V., & Pudelek, B. (2001). Blunt chest trauma: Review of selected pulmonary injuries focusing on pulmonary contusion. *AACN Clinical Issues*, 12(2), 270-281.
- Ko, N. Y., & Hsu, S. T. (2005). Informational needs, Health locus of control and uncertainty among women hospitalized with gynecological diseases. *Chang Gung Med J*, 28, 559-566.
- Kutner, J. S., Bryant, L. L., Beaty, B. L., & Fairclough, D. L. (2007). Time course and characteristic of symptom distress and quality of life at the end of life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(3), 227-236.
- Ladanyi, N., & Elliott, D. (2007). Experience of uncertainty for relatives in ICU: A review of a qualitative Danish study. *Australian Critical Care*, 20, 146-148.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- . (1991). The concept of coping. In A. Monat, & R. Lazarus. (Eds). *Stress and Coping: An Anthropology* (3rd ed.). (pp. 189-206). New York: Columbia University Press.
- Lewis, S. M., Heitkemper, M. M., & Dirksen, S. R. (2000). *Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems* (5th ed.). Philadelphia: Mosby.
- Lin, M. Y., Wu, M. H., Chan, C. S., Lai, W. W., Chou, N. S., & Tseng, Y. L. (1995). Bronchial rupture caused by blunt chest injury. *Ann Emerg Med*, 25, 412-415.
- Linn, S. (1995). The injury severity score-importance and uses. *AEP*, 5(6), 440-446.
- Lin, S. Y., & Dougherty, M. C. (2005). Incontinence impact symptom distress and treatment-seeking behavior in women with involuntary urine loss in Southern Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 227-234.
- Lomoschitz, F. M., Eisenhuber, E., Linnau, K. F., Peloschek, P., Schoder, M., & Bankier, A. A. (2003). Imaging of chest trauma: radiological patterns of injury and diagnostic algorithms. *European Journal of Radiology*, 48, 61-70.
- Lumdubwong, A. (2001). *The relationship between the characteristics of information and uncertainty in illness in post-operative colorectal cancer patients during hospitalization*. Master of Nursing Science, Adult Nursing, Mahidol University.
- Mast, M. E. (1995). Adult uncertainty in illness: A critical review of research. *Springer Publishing Company*, 9(1), 3-29.

- Mast, M. E. (1998). Survivors of breast cancer: Illness uncertainty, positive reappraisal, and emotional distress. *Oncology Nursing Forum*, 25, 555-562.
- McCormick, K. M., Naimark B. J., & Tate R. B. (2006). Uncertainty, symptom distress, anxiety, and functional status in patients awaiting coronary artery bypass surgery. *Heart & Lung*, 35(1), 34-45.
- McNett, S. C. (1984). Social support, Threat and coping response and effectiveness in the functionally disabled. *Nursing Research*, 36(2), 98-103.
- Miller, K. S., & Sahn, S. A. (1987). Chest tube: Indication, technique, management and complication. *Chest*, 91, 258-264.
- Mirvis, S. E. (2004). Diagnostic imaging of acute thoracic injury. *Seminars in Ultrasound, CT, and MRI*, 25(2), 156-179.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 21(4), 225-232.
- (1990). Reconceptualization of the Uncertainty in Illness Theory. *Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 256-262.
- (1997). Uncertainty in acute illness. *Annual Review of Nursing Research*, 15, 57-80.
- (2006). Uncertainty in illness theory. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood (Eds.), *Nursing Theorists and Their Work* (pp. 623-642). St. Louis: Mosby.
- Mishel, M. H., & Braden, C. J. (1988). Finding meaning: Antecedents of uncertainty in illness. *Nursing Research*, 37(2), 90-103.
- Mishel, M. H., & Epstein, D. (1990). *Uncertainty in illness scales manual*. Available from M. H. Mishel, University of North Carolina at Chapel Hill, School of Nursing, CB #7140 Carrington Hall, Chapel Hill, NC 27599-7140.
- Mishel, M. H., & Sorenson, D. (1993). Uncertainty in gynecological cancer: A test of the mediating function of mastery and coping. *Nursing Research*, 40, 167-171.
- Molleman, E., Krabbendam, P. J., Annyas, A. A., Koops, H. S., Sleijfer, D. T., & Vermeij, A. (1984). The significance of the doctor-patient relationship in coping with cancer. *Social Science & Medicine*, 18, 475-480.
- Monahan, F., Drake, T., & Neighbors, M. (1994). Nursing care of adults. *Pennsylvania: Saunders*, 7, 1513.

- Moore, E. E., Cogbill, T. H. & Jurkovich, G. J. (1992). Organ injury scaling. III: Chest wall, abdominal vascular, ureter, bladder and urethra. *Journal Trauma Injury Infection Critical Care*, 33(3), 337-339.
- Nelson, J. P. (1996). Stuggling to gain meaning: Living with the uncertainty of breast cancer. *Advance in Nursing Science*, 18(3), 59-76.
- Ngamdee, N. (2002). *The relationship between nurse support, selected factors and uncertainty in patient's illness among the emergency patients' relatives*. Master of Science, Public Health Nursing, Mahidol University.
- Nittina, S. M. (1996). Traumatic disorders, In S. Lisa (Ed.), *The Lippincott Manual of Nursing practice* (pp. 242-243). Philadelphia: Lippincott.
- Northouse, L. (1984). The impact of cancer on the family: An overview. *Journal of Psychiatry In Medicine*, 14, 215-242.
- Northouse, L. L. (1988). Social support in patients and husband's adjustment to breast cancer. *Nursing Research*, 37, 91-95.
- Pape, H. C., Remmers, D., Rice, J., Ebisch, M., Krettek, C., & Tscherne, H. (2000). Appraisal of early evaluation of blunt chest trauma: development of a standardized scoring system for initial clinical decision making. *Journal Trauma*, 49, 496-504.
- Patterson, E. T., Douglas, A. B., Patterson, P. M., & Bradle, J. B. (1992). Symptom of preterm labor and Self-diagnostic confusion. *Nursing Research*, 41(6), 38-39.
- Polaski, A. L., & Tatro, S. E. (1996). *Luckmann's care: Principles and Practice of Medical Surgical Nursing*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Polit, D. F., & Hungler, S. K. (1999). *Nursing Research: Principle and Methods* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Redeker, N. S. (1992). The relationship between uncertainty and coping after coronary bypass surgery. *Western Journal of Nursing Research*, 14(1), 48-68.
- Reeves, C. J., Roux, G., & Lochhart, R. (1999). *Medical-surgical Nursing*. New York: McGraw-Hill.
- Richard, W. L. (1995). Open drainage. In C.R. David (Ed). *Pleural Disease* (3rd ed.) (p. 146) Baltimore: J.B. Lippincott.

- Ruppert, S. D. & Meisel, M. (1996). Psychosocial implications in the care of the critically ill Patient and the family in critical care. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 372-381.
- Santacroce, S. J. (2000). Support from health care providers and parental uncertainty during the diagnosis phase of perinatally acquired HIV infection. *The Association of Nurses in Aids Care*, 11(2), 63-75.
- Scaglione, M., Pinto, A., Pedrosa, I., Sparano, A., & Romano, L. (2007). Multi-detector row computed tomography and blunt chest trauma. *European Journal of Radiology*, 23, 1-12.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (1996). *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-surgical Nursing* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Swan, B. A., Maislin, G., & Traber, K. B. (1998). Symptom distress and functional status changes during the first seven days after ambulatory surgery. *Anesth Analg*, 86, 739-745.
- Tanghe, A., Evers, G., & Paridaens, R. (1998). Nurses' assessments of symptom occurrence and symptom distress in chemotherapy patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 2(1), 14-26.
- Taylor-Piliae, R. E., & Molassiotis, A. (1999). An exploration of the relationships between uncertainty, psychological distress and type of coping strategy among Chinese men after cardiac catheterization. *Journal of Advanced Nursing*, 33(1), 79-88.
- Teasdale, G. & Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness. A practical Scale. *Lancet*, 2(7872), 81-84.
- Tianjie, S. (2000). *Stress Appraisal and Coping among open-heart surgery patients*. Master of Nursing Science, Medical and Surgical Nursing, Chiang mai University.
- Tucker, S. M., Canobbio, M. M., Paguette, E. V., & Wells, M. F. (1996). *Patient Care Standards Collaborative Practice Planning Guide* (6th ed.). Toronto: Mosby.
- Van Den Borne, H. W., Pruyn, J. F. A., & Van Den Heuvel, W. J. A. (1987). Effects of contacts between cancer patients on their psychosocial problems. *Patient Education & Counseling*, 9, 33-51.
- Webster, K. K., & Christman, N. J. (1988). Perceived uncertainty and coping post myocardial infarction. *Western Journal of Nursing Research*, 10, 384-400.

- White, R. E., & Smith, N. F. (1995). Uncertainty and psychologic stress after coronary angioplasty and coronary bypass surgery. *Hearth & Lung*, 24(1), 19-27.
- Wineman, N. M., Schwetz, K. M., Goodkin D. E., & Rudick R. A. (1996). Relationships among illness uncertainty, stress, coping, and emotional well-being at entry into a clinical drug trial. *Applied Nursing Research*, 9(2), 53-60.
- Wonghongkul, T., Moore, S. M., Musil, C., Schneider, S., & Deimling, G. (1999). Relationships among uncertainty in illness, stress appraisal, hope, and coping in breast cancer survivors. *Thai J Res*, 3(3), 200-215.
- Woods-Mc Cormick, K. (1995). Cardiac trauma. In N. Urban, K. K. Greenlee, J. Lumberger, & C. Winkelman (Eds.). *Guidelines for critical care nursing* (pp. 211-217). St. Louis: Mosby.
- Xianhua, C. (1999). *Uncertainty and coping of hospitalized acute myocardial infarction patients*. Master of Nursing Science, Medical and Surgical Nursing, Chiang mai University.