

ความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุการจราจรทางบก ที่พักรักษาตัว แผนกอุบัติเหตุ
ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



นางสาวบุษบา สุวรรณทေးคุปต์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2548

ISBN 974-14-2136-2

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

STRESS AMONG TRAFFIC ACCIDENTAL PATIENTS AT TRAUMATIC
DEPARTMENT IN KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL



Miss Busaba Suwuntavakup

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2005


ISBN 974-14-2136-2

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุการจราจรทางบก ที่พักรักษาตัว
แผนกอุบัติเหตุ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
โดย นางสาวนุชบา สุวรรณเทวะคุปต์
สาขาวิชา สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิง ศิริลักษณ์ สุภปีติพร


คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิง รวีวรรณ นิวัตพันธุ์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิง ศิริลักษณ์ สุภปีติพร)


..... กรรมการ
(อาจารย์แพทย์หญิง ปรัชวัน จันทร์ศิริ)

นุชบา สุวรรณเทวะคุปต์ : ความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุการจราจรทางบก ที่พักรักษาตัว
 แผนกอุบัติเหตุ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (STRESS AMONG TRAFFIC ACCIDENTAL
 PATIENTS AT TRAUMATIC DEPARTMENT IN KING CHULALONGKORN
 MEMORIAL HOSPITAL) อาจารย์ที่ปรึกษา : ผศ.พญ.ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร ; 104 หน้า .
 ISBN ๙74-14-2136-2

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ
 ความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ ที่พักรักษาตัว แผนกอุบัติเหตุ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 106 คน เป็น
 ชาย 87 คน หญิง 19 คน ทำการวิจัยช่วงเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2548 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล
 ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินบุคลิกภาพ และแบบวัดความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับ
 อุบัติเหตุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows สถิติที่ใช้คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบน
 มาตรฐาน, t-test, One way ANOVA, Chisquare test, Pearson Correlation และ Stepwise Multiple Linear Regression

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุที่รับไว้ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ใน
 ระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 49.06 รองลงมาคือมีความเครียดระดับปานกลางและระดับสูงจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ
 25.47 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความรุนแรงของการบาดเจ็บ
 แบบมีภาวะทุพพลภาพชั่วคราว ค่ารักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยใช้สิทธิประกันสังคม สังคมสงเคราะห์ และผู้ป่วยที่ไม่มี
 สิทธิบัตรทอง 30 บาท บุคลิกภาพแบบมั่นคงและหวั่นไหวในสภาวะอารมณ์ ความเกี่ยวข้องกับกฎหมายหรือคดี
 ความในกรณีที่ถูกกรณีเป็นฝ่ายถูก แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยที่มีญาติและในกรณีที่ไม่มีความสมรส บทบาทที่
 ไม่ได้เป็นหัวหน้าครอบครัว บริเวณที่ได้รับบาดเจ็บอื่นที่ไม่ใช่บริเวณหน้า และความพึงพอใจในการได้รับความ
 ช่วยเหลือจากรอบครัว ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องสามารถเป็นตัวพยากรณ์ความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ ที่รับไว้
 ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ บุคลิกภาพแบบมั่นคงและหวั่นไหวใน
 สภาวะอารมณ์ ผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิบัตรทอง 30 บาท ส่วนที่ระดับ .05 ได้แก่ บทบาทที่ไม่ได้เป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่ง
 ตัวแปรทั้ง 3 ตัวนี้ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุได้ดี โดยมี
 ประสิทธิภาพในการทำนายร้อยละ 58

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาควิชา.....จิตเวชศาสตร์.....
 สาขา.....สุขภาพจิต.....
 ปีการศึกษา2548.....

ลายมือชื่อนิติ..... นุชบา.....สุวรรณเทวะคุปต์
 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

#4774807130 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEY WORDS : STRESS/TRAFFIC ACCIDENTAL PATIENTS

BUSSABA SUWUNTAVAKUP : STRESS AMONG TRAFFIC ACCIDENTAL PATIENTS AT TRAUMATIC DEPARTMENT IN KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL. THESIS ADVISOR : ASSIST.PROFESSOR SIRILUCK SUPPAPITIPORN, M.D., 104 pp. ISBN 974-14-2136-2

The purposes of this descriptive research were to study the level of stress and factors correlated with stress among traffic accidental patients at traumatic department in King Chulalongkorn Memorial Hospital. The population samples were 106 patients, 87 males and 19 females. The study conducted during November to December 2005. Data were collected by using Self Report Questionnaire, Personality Test : (MPI) and Stress Test. Statistical analysis was done by using SPSS for Windows. The data were analyzed for percentage, mean, standard deviation, t-test, One way ANOVA, Chi-square test, Pearson’s Movement Correlation Coefficiency and Stepwise Multiple Linear Regression Analysis.

The result of this research were as follows: the low level of stress among traffic accidental patients was 49.06 % . The moderate level and the high level of stress among traffic accidental patients were the same, 25.47 %. The factors related to stress statistical significance at $p < .05$ were severity of injury was temporary disable, social security, social workers and patient whom Universal Coverage Project was not covered, the stability-neuroticism personality, correlation with an opponents when the opposite side to right, social support of relatives and no marriage, a patient who had been just a family member (not a family leader), no facial injury and satisfactory of patient from family support. By using Stepwise Multiple Regression Analysis, the most salient factors at $p < .05$ which can be predictive variable for approximately 58 % are the stability-neuroticism personality , patient whom Universal Coverage Project was not covered and patient who had been just a family member (not a family leader) .

DepartmentPsychiatry.....

Field of study.....Mental Health.....

Academic year.....2005.....

Student’s Signature.....*Bussaba Suwuntavakup*.....

Advisor’s Signature.....*Siriluck Suppapatiporn*.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความเมตตากรุณาอย่างสูงของผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น เสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์เพื่อการแก้ไขข้อบกพร่อง รวมทั้งให้ความเมตตา และเป็นกำลังใจที่สำคัญตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิง รวิวรรณ นิเวศพันธ์ ผู้ให้เกียรติมาเป็นประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์แพทย์หญิง ปรีชวัน จันทร์ศิริ ผู้ให้เกียรติมาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีค่ายิ่งตลอดการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยพยาบาล ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

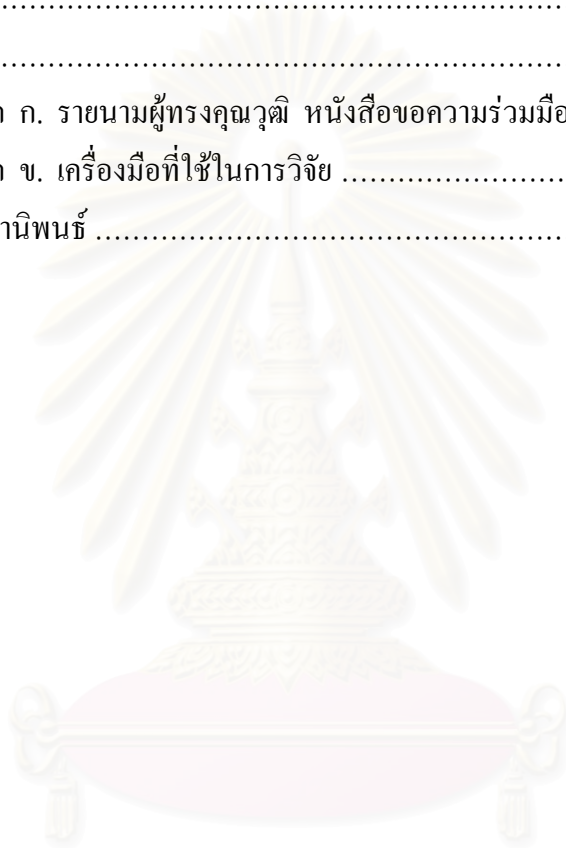
สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และสมาชิกครอบครัวทุกคน ที่คอยเป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยตลอดมาจนสำเร็จการศึกษา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
ข้อจำกัดในการวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	4
คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย.....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด	8
แนวคิดเกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุ	19
แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดและความเจ็บป่วยจากการเกิดอุบัติเหตุ.....	23
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	27
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	33
รูปแบบการวิจัย.....	33
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	33
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	34
การแปลผล	35
การเก็บรวบรวมข้อมูล	35
การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ.....	36
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	37

บทที่	หน้า
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... 68
	สรุปผลการวิจัย..... 68
	การอภิปรายผล..... 71
	ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งนี้ 77
	ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป..... 77
	รายการอ้างอิง..... 79
	ภาคผนวก 88
	ภาคผนวก ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ หนังสือขอความร่วมมือ..... 89
	ภาคผนวก ข. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 91
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ 104



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตามอายุ เพศ	38
2	แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยด้านอุบัติเหตุและปัจจัยด้านการบาดเจ็บ.....	43
3	แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามบุคลิกภาพ.....	47
4	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความเครียด.....	48
5	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับปัจจัยส่วนบุคคล.....	49
6	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับปัจจัยด้านอุบัติเหตุและปัจจัยด้านการบาดเจ็บ.....	52
7	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับปัจจัยด้านจิตสังคม.....	56
8	แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเครียดกับปัจจัยส่วนบุคคลโดยใช้ t-test	57
9	แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเครียดกับปัจจัยด้านอุบัติเหตุและปัจจัยด้านการบาดเจ็บ โดยใช้ t-test.....	58
10	แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเครียดกับปัจจัยด้านจิตสังคม โดยใช้ t-test	61
11	แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเครียดกับปัจจัยส่วนบุคคลโดยใช้ one way ANOVA.....	62
12	แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเครียดกับปัจจัยด้านอุบัติเหตุและปัจจัยด้านการบาดเจ็บ โดยใช้ one way ANOVA.....	64
13	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความเครียด.....	65
14	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างตัวพยากรณ์กับความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ.....	66
15	แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุของตัวแปรพยากรณ์กับความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ.....	67

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

อุบัติเหตุเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ทำให้เกิดความสูญเสียและผลกระทบหลายประการทั้งชีวิต ทรัพย์สิน และการสูญเสียทางเศรษฐกิจ อุบัติเหตุนับเป็นปัญหาความเจ็บป่วยที่สำคัญที่เกิดขึ้นตั้งแต่เด็กดำบรรพ์จนถึงปัจจุบัน ในอดีตกาลการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเกิดขึ้นเนื่องจากความผิดพลาดของมนุษย์หรือพิสัยที่มีอยู่ตามธรรมชาติ แต่เมื่อโลกมีวิวัฒนาการเจริญก้าวหน้ามากขึ้นเป็นยุคแห่งความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุมิได้เกิดขึ้นจากความผิดพลาดของมนุษย์เท่านั้นแต่ยังมีความผิดพลาดของเทคโนโลยีต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมด้วย จำนวนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจึงทวีขึ้นตามความเจริญของโลกไปด้วย (1) ซึ่งในปัจจุบันอุบัติเหตุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีและมีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ทำให้มีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอุบัติเหตุจากรถทางบก นับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญสำหรับประเทศไทยและของโลก ในแต่ละปีมีผู้ได้รับบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก อุบัติเหตุเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นตั้งแต่ พ.ศ.2512 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้การควบคุมป้องกันอุบัติเหตุเป็นนโยบายหลักมาตั้งแต่ พ.ศ.2534 แต่อุปสรรคที่สำคัญคือ ไม่มีข้อมูลทางระบาดวิทยาที่เพียงพอสำหรับกำหนดแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหา (2) จากสถิติความเสียหายจากอุบัติเหตุจากรถทางบก ปี 2531-2540 จำนวนผู้เสียชีวิตสูงมากที่สุดคือ ในปี 2538 มีจำนวน 1672 ราย ก่อให้เกิดการเสียหายของทรัพย์สินมากที่สุดถึง 1631 ล้านบาท (3) และจากสถิติจำนวนอุบัติเหตุจากรถทางบกที่ผ่านมาเฉลี่ยปีละ 15000 คน หรือชั่วโมงละ 1.5 คน และกว่าร้อยละ 50 ของอุบัติเหตุเกิดจากผู้ขับขี่อยู่ในอาการมึนเมาโดยเฉพาะเทศกาลต่างๆ สร้างความสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สินของทั้ง ผู้ขับขี่และผู้ใช้ท้องถนนอื่นๆ โดยกว่าครึ่งเป็นเด็กเยาวชนและผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งอายุต่ำกว่า 35 ปี ในปี 2545 ที่ผ่านมา ตัวเลขความเสียหายจากอุบัติเหตุระหว่างปี 2540-2546 มีผู้เสียชีวิตอยู่ระหว่าง 15000-20000 คน และมีการสูญเสียทางทรัพย์สินระหว่าง 1240-1571 ล้านบาทต่อปี (4) แม้ว่าจะมีการออกกฎหมายและรณรงค์ให้ลด ละ เลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และของมึนเมาต่างๆ รวมทั้งการรณรงค์หลายรูปแบบ ก็ยังไม่สามารถแก้ปัญหาได้ (5) และจากรายงานของกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ได้ประเมินผลการควบคุมการบาดเจ็บระหว่างปี พ.ศ.2544 และ ปี พ.ศ.2545 พบว่ามีสถิติเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวและบาดเจ็บรุนแรงขึ้นเกือบร้อยละ 10 (6) โดยกลุ่มผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 20-24 ปี รองลงมา 25-29 ปี และ 15-19 ปีตามลำดับ ทั้งนี้อุบัติเหตุส่วนใหญ่มาจากคน ยานพาหนะและสภาพแวดล้อม

โดยร้อยละ 80 เกิดจากพฤติกรรมของคน มีเพียงส่วนน้อยที่เกิดจากสภาพท้องถนนหรือยานพาหนะ (7)

ผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่ที่ได้รับอุบัติเหตุต้องรับไว้สังเกตอาการ หรือรักษาในโรงพยาบาล พบว่าได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งอุบัติเหตุที่ศีรษะในผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุส่วนใหญ่มาจากรถจักรยานยนต์ เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการเสียชีวิต โดยพบว่า 95% ของผู้เสียชีวิตเกิดจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (8) โดยมีผลงานวิจัยมากมายแสดงประโยชน์ของการสวมหมวกนิรภัยในการลดความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ การตายรวมทั้งภาวะในการรักษา ลดการบาดเจ็บรุนแรงที่สมองได้ร้อยละ 22-40 ลดอัตราตายลงได้ครึ่งหนึ่งจากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 10 และลดค่ารักษาพยาบาลได้ร้อยละ 40-60 รวมทั้งลดภาระการดูแลรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (9) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mulleman และคณะ (1992) ยืนยันว่าพฤติกรรมสวมหมวกนิรภัยเป็นสิ่งสำคัญ ในการเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ใช้รถจักรยานยนต์ และไม่ทำให้มีอุบัติเหตุเพิ่มขึ้น โดยพบว่าหลักการประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาหมวกนิรภัย จำนวนครั้งอุบัติเหตุลดลงถึงร้อยละ 26 การบาดเจ็บรุนแรงของศีรษะลดลงร้อยละ 22 (10)

โดยทั่วไปอุบัติเหตุการจราจรทางบกเกิดขึ้นจากปัจจัยต่างๆ โดย Hardon Matrix (11) ได้สรุปปัจจัยที่จะทำให้เกิดการบาดเจ็บได้ 4 ประการ คือ ผู้ใช้ทาง (รวมถึงผู้ขับขี่ คนเดินเท้า และผู้โดยสาร) อุบัติเหตุที่เกิดจากการจราจรในถนนที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บล้มตายส่วนใหญ่เกิดจากผู้ขับขี่เอง เช่น ขับรถด้วยความประมาท ไร้วินัยการขับขี่ รวมทั้งไร้ศีลธรรม อารมณ์ไม่ดีมาก่อนการขับขี่จากเหตุการณ์ในครอบครัว เกิดความเครียด และสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์ของผู้ขับขี่ มีโอกาสมากที่จะก่ออุบัติเหตุการจราจรในถนนได้ ยานพาหนะ คุณภาพรถ ท้องถนนในประเทศไทยยังคงเห็นรถที่หมดสภาพใช้งานวิ่งอยู่ในถนนจำนวนมาก รถปล่อยควันดำก็ยังมีอยู่ บ่อยครั้งจึงเป็นสาเหตุของอุบัติเหตุการจราจร การรักษาถูกดัดการจราจร ผู้ขับขี่ขาดวินัยในการรักษาถูกดัดการจราจร สภาพถนน สภาพแวดล้อม ถนนที่มีผิวถนนขรุขระเป็นหลุมเป็นบ่อ และที่เป็นต้นเหตุสำคัญของอุบัติเหตุ โดยก่อให้เกิดการสูญเสียทรัพย์สิน และการสูญเสียทางด้านร่างกาย ซึ่งอาจเป็นการสูญเสียชีวิตหรือมีความพิการ ทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจตามมา เนื่องจากอุบัติเหตุเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด และเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดคิดมาก่อน (12)

เมื่อศึกษาถึงจำนวนผู้บาดเจ็บที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีผู้ป่วยอุบัติเหตุมาขอรับการรักษาในปี 2545 จำนวน 3437 ราย และเพิ่มขึ้นเป็น 4214 ราย ในปี พ.ศ.2546 โดยพบว่าอุบัติเหตุการจราจรมีผู้ป่วย 612 ราย ในปี พ.ศ.2545 และเพิ่มเป็น 696 ราย ในปี พ.ศ.2546 (13) ผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่จะมีอายุอยู่ในช่วง 17-35 ปี เพศชายมากกว่าเพศหญิง และผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่ที่ได้รับการรักษาพบว่าอุบัติเหตุจราจร โดยเฉพาะรถยนต์และรถจักรยานยนต์มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุด จากการสำรวจจำนวนผู้บาดเจ็บที่เข้าพักรักษาตัวในแผนกศัลยกรรมศัลยกรรม-

อุบัติเหตุ ตึกมงกุฎ-เพชรรัตน ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าในปี พ.ศ.2545 และปี พ.ศ. 2546 มีจำนวน 280 รายและ 307 ราย ตามลำดับ

ผลที่เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บเนื่องจากอุบัติเหตุ นอกเหนือจากบาดแผลและความเจ็บป่วย ทางด้านร่างกายที่สามารถมองเห็นได้หรือตรวจวินิจฉัยได้โดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆ แล้ว ยังมีผลอีกด้านหนึ่งที่เรามักจะลืมหรือละเลยไม่ได้คำนึงถึง นั่นคือผลกระทบด้านจิตใจ (14) ทำให้ผู้ป่วยได้รับความอบอุ่นและเห็นอกเห็นใจน้อยลง ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจะเกิดความ เสรีาโศก ตกใจ มีความตึงเครียดทางอารมณ์ หงุดหงิด วิตกกังวล กลัวความพิการ ความรู้สึก ภาควิชาใจในตนเองลดลงหรืออาจมีการสูญเสียสภาพลักษณะ บางครั้งรู้สึกผิดและยังมีความรู้สึก อื่นๆ อีกมากมาย ซึ่งเป็นภาวะทางอารมณ์ที่ตอบสนองต่อการสูญเสีย โดยการสูญเสียเกิดจากการ ถูกแยกจากสิ่งที่รัก ทั้งบุคคล สิ่งของ ความเชื่อ สัมพันธภาพที่มีความหมาย ตลอดจนสิ่งที่มี คุณค่าต่อชีวิต (15) เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานที่ไม่คุ้นเคย แพทย์ พยาบาล และ บุคลากรอื่นๆ ต่างรุมล้อมปฏิบัติสิ่งต่างๆ กับผู้ป่วย ทั้งการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การเอกซเรย์ การให้ยาต่างๆ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความเจ็บป่วยและการอยู่โรงพยาบาล สิ่งต่างๆ เหล่านี้ก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งปฏิกิริยาดังกล่าวมี อิทธิพลในทางลบต่อพยาธิสภาพของโรค หรือความเจ็บป่วยทำให้โรคหรือความเจ็บป่วยมีความ รุนแรงเพิ่มขึ้น ทำให้ระบบการทำงานของร่างกายเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา เป็นผลเสีย ต่อผู้ป่วยยิ่งขึ้น (16) ทำให้เกิดความเครียดกับผู้ป่วยและยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยด้วย โดยเฉพาะอุบัติเหตุที่รุนแรงจนทำให้มีการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รักอย่าง กะทันหัน และเป็นการเจ็บป่วยที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน ไม่มีการเตรียมตัวเตรียมใจไว้ล่วงหน้า ทำให้บุคคลและครอบครัวต้องเผชิญกับความเครียด บางครั้งการบาดเจ็บยังคงทำให้เกิดความ พิจารหรือสูญเสียสภาพลักษณะได้ต่อไป (17) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความเครียดมักมีผลกระทบต่อ บุคคลทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด การตัดสินใจ โดยบุคคลมักเกิดความรู้สึกอึดอัด อารมณ์ หงุดหงิด กล้ามเนื้อเกร็ง หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง และประสิทธิภาพในการคิดและการ กระทำลดลง ซึ่งมีผลต่อการดำเนินของโรค ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา เป็นผลเสีย ต่อผู้ป่วย ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวจะก่อให้เกิดปัญหาในการวิเคราะห์ วางแผน ดูแลรักษานาน กว่าที่ควรจะเป็น ลื่นเปลืองค่าใช้จ่ายและงบประมาณของโรงพยาบาล ส่งผลกระทบต่อคุณภาพ การบริการได้

ดังนั้นจากสาเหตุดังกล่าว ผู้วิจัยเป็นบุคลากรที่รับผิดชอบงานพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ซึ่งต้องให้การดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจไปพร้อมๆ กัน ในขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวใน โรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความเครียดตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำ

ผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การดูแลรักษาและให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมในผู้ป่วยอุบัติเหตุได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพต่อไป

คำถามของการวิจัย

1. ความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุการจราจรทางบกที่พักรักษาตัวแผนกอุบัติเหตุ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีความเครียดอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีความเกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุการจราจรทางบกที่พักรักษาตัวแผนกอุบัติเหตุ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุที่พักรักษาตัวแผนกอุบัติเหตุ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุที่พักรักษาตัวแผนกอุบัติเหตุ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความเครียดของผู้ป่วยอุบัติเหตุการจราจรทางบก ที่เข้าพักรับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แผนกศัลยศาสตร์-อุบัติเหตุ ตึกมงกุฏ-เพชรรัตน ชั้น 3

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะผู้ป่วยอุบัติเหตุการจราจรทางบก ที่เข้าพักรับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แผนกศัลยศาสตร์-อุบัติเหตุ ตึกมงกุฏ-เพชรรัตน ชั้น 3 เท่านั้น โดยไม่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก จึงไม่สามารถสรุปว่าผลการวิจัยครั้งนี้เป็นตัวแทนของผู้ป่วยอุบัติเหตุการจราจรทางบกทั่วประเทศได้

คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย

ความเครียด หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองทางร่างกายและจิตใจต่อสิ่งเร้าต่างๆ ที่มากดดัน คุกคาม ทำให้ร่างกายและจิตใจเกิดการปรับตัวแล้วแสดงออกในลักษณะของอาการต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง ใจสั่น รวมทั้งแสดงออกในลักษณะของความรู้สึกวิตกกังวล สับสน หงุดหงิด โดยที่แต่ละคนจะแสดงออกแตกต่างกันไปตามระดับความเครียด ซึ่งในการวิจัยนี้ผู้วิจัยดัดแปลงแบบวัดความเครียดของอุษา ปันบุญมี ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยอุบัติเหตุ

ผู้ป่วยอุบัติเหตุการจราจรทางบก ที่รับการรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยที่บาดเจ็บโดยไม่คาดคิดมาก่อนอย่างทันทีทันใดเนื่องจากอุบัติเหตุการจราจรทางบก เช่น ถูกรถยนต์ชน อุบัติเหตุมอเตอร์ไซด์ อุบัติเหตุรถอื่นๆ คนเดินถนน ผู้ใช้รถใช้ถนน เป็นต้น ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยไม่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

บุคลิกภาพ หมายถึง ลักษณะพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 4 แบบ คือ บุคลิกภาพแบบเก็บตัว บุคลิกภาพแบบแสดงตัว บุคลิกภาพแบบมั่นคงและบุคลิกภาพแบบหวั่นไหวในสภาวะอารมณ์ ที่วัดได้จากแบบทดสอบ The Maudsley Personality Inventory (MPI)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง และเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลได้มีความเข้าใจถึงความเครียดของผู้ป่วยอุบัติเหตุ นำไปสู่แนวทางการประเมิน และนำไปสู่การพยาบาลโดยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม
2. ด้านการวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้องต่อไป
3. ด้านการศึกษา เพื่อนำผลการวิจัยนำไปสู่แนวทางการประเมินปัญหา และวางแผนการพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและได้รวบรวมไว้เป็นหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด
2. แนวคิดเกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุ
3. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดและความเจ็บป่วยจากการเกิดอุบัติเหตุ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

ความหมายของความเครียด

ความเครียดเป็นภาวะที่เกิดขึ้นในบุคคลเมื่อมีสิ่งเร้ามากระทบทางร่างกายหรือจิตใจและก่อให้เกิดการเสียสมดุล บุคคลจะพยายามปรับสภาวะด้วยการปรับตัวรูปแบบต่างๆ เพื่อรักษาความสมดุลไว้ ผู้ที่มีความสามารถในการปรับตัวได้ดีย่อมรักษาสภาวะสมดุลได้ในเวลาอันรวดเร็ว ผู้ที่เผชิญกับสภาวะเครียดมาก และไม่สามารถปรับตัวได้ในเวลาอันรวดเร็วหรือปรับตัวไม่ดี ระดับความเครียดอาจเพิ่มสูงขึ้นจนมีผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต (18)

ความเครียดเป็นการทำหน้าที่ป้องกันตัวตามธรรมชาติของสิ่งมีชีวิต เป็นสิ่งก่อให้เกิดได้ทั้งประโยชน์และโทษ ไมเคิล (Michael) (19) กล่าวว่าความเครียดเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเจริญเติบโตและพัฒนาาร่างกายและจิตใจแต่ขณะเดียวกันความเครียดที่มากเกินไป ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ และหากความเครียดนั้นรุนแรงมากอาจเป็นสาเหตุการตายได้ด้วย

ความหมายของความเครียดนั้น ได้มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายไว้ ดังนี้

Selye (20) ให้ความหมายว่า ความเครียดเป็นภาวะที่ร่างกายและจิตใจ มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นทั้งภายในและภายนอกร่างกาย ซึ่งมาคุกคามหรือขัดขวางการทำงาน การเจริญเติบโต และความต้องการของมนุษย์ เป็นผลให้มีการเปลี่ยนแปลงร่างกายเกี่ยวกับโครงสร้าง และปฏิกิริยาทางเคมี เพื่อต่อต้านการคุกคามนั้นทำให้ร่างกาย และจิตใจขาดสมดุล แสดงให้รู้โดยมีกลุ่มอาการทางร่างกายที่มีลักษณะเฉพาะการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้น ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด และการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม

Robert (21) (อ้างถึงใน อัมพร โอตระกูล) อธิบายความเครียดว่า หมายถึงกลุ่มพฤติกรรมตอบสนองที่เกิดขึ้นเมื่อมีความวิตกกังวล มีความคับข้องใจ มีความโกรธ ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์หรือมีความลำบากในการพิจารณาตัดสินใจ

Feldman (22) ได้กล่าวว่าความเครียด คือ ปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายต่อเหตุการณ์ที่คุกคามหรือท้าทายบุคคลนั้น เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดมีทั้งเหตุการณ์ที่ดีและเหตุการณ์ไม่ดี ซึ่งเหตุการณ์ที่ไม่ดีจะก่อให้เกิดการคุกคามต่อร่างกายมากกว่าเหตุการณ์ที่ดี

Lazarus and Folkman (23) ได้กล่าวว่าความเครียดเป็นผลจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน โดยที่บุคคลเป็นผู้ที่ประเมินด้วยสติปัญญา (Cognitive appraisal) ว่าความสัมพันธ์นั้นเกินขีดความสามารถ หรือขุมกำลัง (Resource) ที่ตนเองจะใช้ต่อต้านได้ และรู้สึกว่าถูกคุกคามหรือเป็นอันตรายต่อความเป็นสุข

Luckman and Sorensen (24) ได้กล่าวว่าความเครียดเป็นสิ่งที่มาคุกคามหรือพยายามทำลายบุคคลหรือสิ่งที่ทำให้บุคคลประสบความไม่พึงพอใจในสิ่งที่ต้องการ เป็นสิ่งที่ขัดขวางพัฒนาการด้านร่างกาย และจิตใจของมนุษย์ ทำให้เกิดสภาวะขาดดุล

Baron and Paulus (25) ได้กล่าวว่าความเครียดเป็นผลรวมของปฏิกิริยาทางชีววิทยาต่อสิ่งกระตุ้นที่ไม่พึงปรารถนาในด้านกายภาพ อารมณ์ จิตใจทั้งภายในและภายนอก ที่มีแนวโน้มจะรบกวนภาวะสมดุลของสิ่งมีชีวิตนั้นๆ หากว่าปฏิกิริยาดังกล่าวนั้นไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสมก็จะอาจนำไปสู่ความผิดปกติได้

กรมสุขภาพจิต (26) ให้ความหมายว่าความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย จิตใจ ความคิด และพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกซึ่งอาจเป็นบุคคล ความรู้สึกนึกคิด สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะรับรู้ว่าเป็นภาวะที่ถูกกดดัน คุกคาม หรือบีบคั้น ถ้าบุคคลนั้นสามารถปรับตัว และมีความพึงพอใจจะทำให้เกิดการตื่นตัว เกิดพลังในการจัดการกับสิ่งต่างๆ อีกทั้งเป็นการเสริมความแข็งแกร่งทางร่างกาย และจิตใจ แต่ถ้าไม่มีความพึงพอใจและไม่สามารถปรับตัวได้ จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียด ซึ่งส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อการดำเนินชีวิตในสังคมได้

กิติกร มีทรัพย์ (27) ให้ความหมายว่าความเครียดเป็นสภาวะทางร่างกาย หรือจิตใจที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งในตัวคนหรือนอกตัวคน เป็นผลให้ร่างกายและจิตใจเสียสมดุล ซึ่งมีภาวะทางร่างกาย เช่น ความเหนื่อยล้า การพักผ่อนไม่เพียงพอ การเจ็บป่วยตั้งแต่ระดับที่ไม่รุนแรงไปจนถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคที่รุนแรงและเรื้อรัง ส่วนสภาวะทางจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกและอารมณ์ต่างๆ เช่น ความโกรธ ความเศร้า ความวิตกกังวลต่างๆ และความกลัว เป็นต้น

Beck (28) ได้กล่าวว่าความเครียดจะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการต่อสถานการณ์หนึ่งๆ ของบุคคลมีมากกว่าความสามารถในการที่จะกระทำต่อสถานการณ์นั้น ให้ประสบความสำเร็จเป็นที่พึงพอใจ

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล วนิตา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา (29) ได้ให้ความหมายของความเครียดหมายถึง ปฏิกิริยาของร่างกายและจิตใจที่มีต่อการคุกคามทำลายด้านจิตใจและร่างกาย จากเหตุการณ์ต่างๆ ตั้งแต่ที่เป็นสาเหตุเล็กๆ น้อยๆ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นประจำจนถึงเหตุการณ์สำคัญ

นายแพทย์สุจริต สุวรรณชีพ (30) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นภาวะของจิตใจเราเองที่ตื่นตัวเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์ หรือความกดดันอย่างใดอย่างหนึ่งอันไม่พึงประสงค์ ซึ่งเราคาดคิดว่าสถานการณ์หรือความกดดันนั้นๆ หนักหนาหรือเกินกว่ากำลังความสามารถในยามปกติของเราที่จะแก้ไข หรือจัดปัดเป่าให้หมดสิ้น หรือบรรเทาเบาบางลงได้

ชูทิพย์ ปานปรีชา (31) ได้ให้ความหมายของความเครียดดังนี้

1. ความเครียดเป็นภาวะทางจิตใจที่กำลังเผชิญกับปัญหาต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาในตัวคนหรือนอกตัวคน เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริง หรือคาดว่าจะเกิดขึ้น เป็นปัญหามาจากความผิดปกติทางร่างกาย หรือความผิดปกติทางจิตใจ

2. ความเครียดเป็นปฏิกิริยาของจิตใจตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือสิ่งที่มากระตุ้นซึ่งเป็นปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่

3. ความเครียดเป็นความรู้สึกไม่พอใจ ไม่สบายใจ เหมือนจิตใจถูกบีบคั้น บังคับให้ต้องเผชิญกับสิ่งเร้า ความรู้สึกดังกล่าวนี้ทำให้เกิดความแปรปรวนทั้งทางร่างกายและจิตใจ

Rice PL. (32) ได้กล่าวว่าความเครียดเป็นการตอบสนองต่อการปรับตัวของเราเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้าจากภายนอก และความวิตกกังวล เป็นปฏิกิริยาของคนเราต่อสิ่งเร้าจากภายใน ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพทั้งจากร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งคุณภาพชีวิตด้วย

จากความหมายของความเครียดที่กล่าวมาข้างต้นนี้ สรุปได้ว่าความเครียดคือภาวะที่ร่างกายและจิตใจ มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม ทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ก่อให้เกิดการปรับตัวทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อรักษาความสมดุลของตนได้ โดยแสดงออกมาทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม

ชนิดของความเครียด

เมื่อกล่าวถึงความเครียดโดยทั่วๆ ไปเราสามารถมองความเครียดได้ใน 2 ลักษณะคือ ความเครียดในลักษณะปกติหรือความเครียดในลักษณะต่ำจะมีประโยชน์ต่อความเจริญเติบโตและพัฒนาของร่างกายและจิตใจของมนุษย์ แต่ถ้าความเครียดในระดับสูงหรือรุนแรงจะมีผลทำให้เกิดความผิดปกติหรือเจ็บปวดตามมาได้ เซลเย่ (Selye) (33) แบ่งความเครียดออกเป็น 2 ชนิดคือ

1. ความเครียดที่ก่อให้เกิดผลที่พึงปรารถนา (Eustress) เป็นความเครียดในทางบวก เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับสิ่งเร้าที่ไม่รุนแรง ไม่ทำให้เกิดอันตราย

2. ความเครียดที่ก่อให้เกิดผลที่ไม่พึงปรารถนา (Distress) เป็นความเครียดในทางลบ เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับสิ่งเร้าที่รุนแรง ไม่ทำให้เกิดโทษขึ้นกับบุคคลนั้นๆ ได้

เบนจามิน เอฟ. มิลเลอร์ (Benjamin F. Miller) (34) กล่าวถึงความหมายของความเครียดว่าคือ การที่มีความกดดันเกิดขึ้นกับบุคคล โดยแบ่งความเครียดออกเป็นความเครียดทางร่างกาย และความเครียดทางจิตใจ

1. ความเครียดทางร่างกาย แบ่งออกเป็น

1.1 ความเครียดชนิดเฉียบพลัน (Emergency stress) เมื่อมีสิ่งคุกคามชีวิตเกิดขึ้นทันทีทันใด

1.2 ความเครียดต่อเนื่อง (Continuing stress) สิ่งคุกคามชีวิตเกิดขึ้นต่อเนื่อง เช่น การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ

2. ความเครียดทางด้านจิตใจคือ การตอบสนองจะเกิดขึ้นทันทีทันใด เมื่อคิดว่าจะเกิดอันตราย ซึ่ง จอร์จ แอล เองเจล (George L. Engel) (35) กล่าวถึงความเครียดทางด้านจิตใจ

(Psychological stress) ว่าหมายถึงกระบวนการทั้งหมด ไม่ว่าจะมีความเครียดจากสิ่งแวดล้อมภายนอก หรือภาวะภายในร่างกายที่เป็นเหตุให้มนุษย์ต้องใช้พลังจิตใจในการแก้ปัญหา ก่อนที่ระบบอื่นๆ ของร่างกายจะลงมือทำงานหรือตอบโต้ต่อภาวะเครียดนั้น

สาเหตุของความเครียด

ความเครียดนั้นเกิดได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัย สาเหตุของความเครียดนี้เกิดขึ้นได้จาก ปัจจัยหลายอย่างตามที่นักวิชาการหลายท่านได้จำแนกไว้หลายรูปแบบ

Neuman (36) (อ้างถึงใน อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545: 252-253) ได้กล่าวถึงต้นเหตุของความเครียดว่าหมายถึงสิ่งที่ทำให้เกิดเป็นปัญหาหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะไม่สมดุลในระบบของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นด้านสรีระ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ ซึ่งอาจจะคุกคามบุคคลอย่างเดียว หรือหลายอย่างพร้อมกันก็ได้ แบ่งออกเป็น 3 ประเภทคือ

1. ต้นเหตุของความเครียดภายในบุคคล ได้แก่ ความสามารถในการทำงาน การเคลื่อนไหว ความเจ็บปวด การสูญเสีย ทักษะคติ ค่านิยม ความคาดหวัง รูปแบบพฤติกรรม วิธีการปรับตัว อายุ และระดับพัฒนาการของจิตใจ อารมณ์มีผลต่อการรับรู้ และแปลเหตุการณ์ ระดับพัฒนาการที่ไม่ดี ทำให้มีการรับรู้เหตุการณ์และแก้ไขปัญหาไม่ได้ ก่อให้เกิดความเครียดติดตามมา

2. ต้นเหตุของความเครียดระหว่างบุคคล ได้แก่ การติดต่อสื่อสาร สังคม และสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ สถานการณ์บางอย่างก่อให้เกิดความชื่นชมยินดี เช่น การสร้างครอบครัวใหม่ การเข้าทำงานใหม่ บางสถานการณ์ก่อให้เกิดความรังเกียจ เป็นสาเหตุของความเครียด เช่น การหย่าร้าง สมาชิกในครอบครัว เจ็บป่วย เสียชีวิต ตกงาน เป็นต้น

3. ต้นเหตุของความเครียดภายนอกบุคคล ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เป็นสิ่งของรอบตัวเราที่เราสัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัสที่ห้า เช่น แสง สี กลิ่น ทำให้ร่างกายไม่สุขสบาย ทำให้เกิดความเครียด นอกจากนี้การขาดแคลนปัจจัยที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เช่น อาหาร น้ำ เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค เป็นสาเหตุของความเครียดได้

อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย (2545: 253-254) (37) ได้กล่าวถึงสาเหตุของความเครียดว่าเกิดจาก

1. การคุกคามและถูกทำลายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
2. ความต้องการพื้นฐานถูกขัดขวาง
3. ภาวะร่างกายและ/หรือจิตใจถูกรบกวน เช่น การเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ
4. พัฒนาการทางร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงตามวัย
5. ภาวะวิกฤติ-สถานการณ์ต่างๆ ที่เผชิญ

Beare & Myers (1994: 38) (38) และ Cassmeyer, Mitchell & Betrus (1995: 164) ได้แบ่งต้นเหตุของความเครียดในลักษณะคล้ายๆ กัน สามารถสรุปและแบ่งออกเป็น 6 ด้านคือ

1. ด้านร่างกาย
2. ด้านพัฒนาการ
3. ด้านอารมณ์
4. ด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งแบ่งออกเป็นด้านชีวภาพ ด้านกายภาพ และเคมี
5. ด้านสังคม
6. ด้านจิตใจ

Beck (1992) (28) ได้กล่าวว่าสาเหตุของความเครียดนั้นเกิดจากการประสบกับเหตุการณ์ที่รุนแรง เช่น การถูกปล้นจี้ การเป็นเหยื่อศึกสงคราม ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เลวร้าย ผู้ประสบกับเหตุการณ์รู้สึกซึมเศร้า ฝันร้ายเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นๆ

Sarafino (1998) (39) ได้แบ่งสาเหตุของความเครียดออกเป็น 3 ประเภทดังนี้

1. ความเครียดที่เกิดขึ้นจากตัวบุคคล
 - ความเจ็บป่วย ซึ่งระดับความเครียดจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและอายุของบุคคลเนื่องจากเด็กจะมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ดังนั้นเด็กจึงมีความเครียดจากอาการของโรคที่เป็นอยู่ในขณะนั้น ในขณะที่ผู้ใหญ่จะเกิดความเครียดทั้งจากอาการของโรคขณะนั้น และจากความกังวลเกี่ยวกับอนาคต เช่น ความพิการ และการเสียชีวิตจากโรค
 - ความขัดแย้งภายในของบุคคล เช่น การเลือกเอาสิ่งหนึ่งจากทั้งสองสิ่งที่ไม่ต้องการ หรือการเลือกเอาสิ่งหนึ่งจากทั้งสองสิ่งที่ต้องการ
2. ความเครียดที่เกิดขึ้นจากครอบครัว
 - การเพิ่มสมาชิกในครอบครัว เช่น การมีบุตรใหม่ เป็นสาเหตุของความเครียดให้แก่พ่อแม่และเด็กๆ ในครอบครัว
 - การหย่าร้าง เป็นการสร้างความเครียดให้กับทุกคนในครอบครัวเนื่องจากพวกเขาต้องพบกับการเปลี่ยนแปลงในด้านสังคม ที่อยู่อาศัย และการเงิน
 - การเจ็บป่วย ความพิการ และการเสียชีวิตของสมาชิกในครอบครัว
3. ความเครียดที่เกิดขึ้นจากชุมชน และสังคม
 - การทำงาน เช่น สภาพแวดล้อมในที่ทำงาน ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานและการตกงาน

- สิ่งแวดล้อม เช่น เสียงดัง ความแออัดของประชากร น้ำเสีย อากาศเป็นพิษ เป็นต้น

จำลอง ดิษยวณิช, พร็ิมเพรา ดิษยวณิช (40) ได้กล่าวถึงสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียด มีอยู่ 5 ประเภทคือ

1. สาเหตุทางด้านฟิสิกส์ ได้แก่ ความร้อน ความเย็น สิ่งที่มากระตุ้นทำให้การรับรู้รู้สึกแปลกออกไป หรือการได้รับสิ่งมากระตุ้นมากเกินไป หรือน้อยเกินไป

2. สาเหตุทางด้านเคมี เช่น การได้รับยาต่างๆ หรือได้รับสารพิษในร่างกาย

3. สาเหตุทางด้านชีววิทยา ได้แก่ สิ่งที่มีชีวิตที่สามารถทำให้เกิดโรคได้ เช่น แบคทีเรีย ไวรัส เป็นต้น

4. สาเหตุทางด้านสรีระ เช่น ถูกน้ำร้อนลวก ไฟไหม้ การผ่าตัด การได้รับบาดเจ็บ เป็นต้น

5. สาเหตุทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัวการเปลี่ยนแปลงบทบาท การถูกแยกจากบุคคลที่มีความสำคัญต่อตน เป็นต้น ซึ่ง เองเกล (Engel) (35) ได้สรุปสาเหตุความเครียดทางด้านจิตใจมีสาเหตุ 3 ประการคือ

5.1 การสูญเสียหรือกลัวว่าจะสูญเสียสิ่งมีค่า สิ่งที่รัก หรือสิ่งที่มีความสำคัญ เช่น อวัยวะ วัตถุสิ่งของมีค่า บทบาทในสังคม บุคคล การสูญเสียความเป็นสมาชิกในกลุ่มสังคม แผนงานล้มเหลวหรือมีการเสี่ยงภัย การสูญเสียหรือกลัวว่าจะสูญเสียมีผลต่อจิตใจทั้งสิ้น

5.2 การได้รับอันตรายหรือกลัวว่าจะได้รับอันตราย เช่น กลัวบาดเจ็บ ภาวะหรือสถานการณ์ต่างๆ ที่เกรงว่าจะเกิดอันตราย และทำให้เกิดความเครียดทางด้านจิตใจ ได้แก่

- สถานการณ์ใหม่ หรือสถานที่ใหม่ ซึ่งยังไม่คุ้นเคย และการที่ต้องพลัดพรากจากบุคคลใกล้ชิด
- รับผิดชอบต่อหน้าที่ใหม่
- การสอบ การโต้แย้ง กลัวจะมีความผิดพลาด
- สภาพที่มีการแข่งขัน
- ประสบเหตุการณ์ที่น่าตกใจ
- สิ่งเร้าที่ประสาทสัมผัสรุนแรง เกิดกะทันหันไม่ได้คาดคิดมาก่อนหรือสิ่งที่เร้าประสาทสัมผัสน้อยเกินไป เช่น ตกอยู่ในความมืด ความเงียบ การต้องแยกจากบุคคลอื่นๆ
- ความเชื่อผิดๆ ปราศจากเหตุผล ก่อให้เกิดความกลัวได้

5.3 ความคับข้องใจ เมื่อบุคคลไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จะเกิดความคับข้องใจและมีความขัดแย้งเกิดขึ้น

สุจริต สุวรรณชีพ (41) พบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดจำแนกได้เป็น 3 ปัจจัยดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านร่างกายหรือปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ ความไม่สบาย เช่น ความไม่สบายกาย เช่น การเจ็บป่วยต่างๆ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง การได้รับบาดเจ็บ การติดเชื้อ หรือปัจจัยทางชีวภาพอื่นๆ เช่น การเปลี่ยนวัย
2. ปัจจัยทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความกลัว ความขัดแย้งภายในจิตใจ ความคับข้องใจ ความไม่สมหวัง รู้สึกว่าสูญเสีย ไม่สามารถแก้ปัญหา หรือกำลังเผชิญปัญหาหนักที่ต้องแก้ไขตามลำพัง
3. ปัจจัยทางสังคมหรือปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การขาดการสนับสนุนทางสังคม ปัญหาในการดำรงชีวิต ปัญหาครอบครัว และการทำงาน

Miller and Keane (42) (อ้างถึงใน เครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ, 2542: 14) ได้แบ่งสาเหตุความเครียดออกเป็น 2 ชนิดคือ

1. ภาวะความเครียดชนิดเฉียบพลัน (Emergency stress) เป็นสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เช่น การได้รับบาดเจ็บ หรือเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น ภาวะเครียดชนิดต่อเนื่อง (Continuing stress) เป็นสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความพิการหรือทุพพลภาพ เป็นต้น

2. ภาวะเครียดด้านจิตใจ ได้แก่ เหตุการณ์ต่างๆ ที่สร้างความปวดร้าว เหตุการณ์ในชีวิต ความขัดแย้งในใจ ยอร์จ (George, 1985: 27-28) ได้กล่าวถึงสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเครียดด้านจิตใจไว้ 3 ประการคือ สูญเสียหรือการสูญเสียสิ่งที่มีค่า ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค ความคับข้องใจเนื่องจากความต้องการขั้นพื้นฐานไม่ได้รับการตอบสนอง

ระดับของความเครียด

Janis (43) (อ้างถึงใน อัมพร โอตระกูล) ได้แบ่งระดับความเครียดได้ 3 ระดับดังนี้

1. ความเครียดระดับต่ำ (Mild stress) คือ มีความเครียดเกิดขึ้นน้อยมาก และหมดไปในระยะเวลาอันสั้นเพียงวินาที หรือภายในชั่วโมงเท่านั้น มักเกี่ยวข้องกับสาเหตุเพียงเล็กน้อย ได้แก่ เหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน ฯลฯ

2. ความเครียดระดับกลาง (Moderate stress) ความเครียดระดับนี้รุนแรงกว่า โดยมีระยะเวลาอันยาวนานเป็นชั่วโมงหรือหลายๆ ชั่วโมง จนกระทั่งนานเป็นวันก็ได้ เช่น การเจ็บป่วยที่รุนแรง ความเครียดจากความกังวลมากเกินไป ความขัดแย้ง เป็นต้น

3. ความเครียดระดับสูง (Severe stress) ความเครียดระดับนี้จ้อยู่ยาวนานเป็นสัปดาห์เป็นเดือน เป็นปีก็ได้ เช่น การตายจากการเจ็บป่วยที่รุนแรง การเจ็บป่วยที่เรื้อรัง การสูญเสียของอวัยวะที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตจิตใจ

จะเห็นได้ว่าเมื่อมีความเครียดสูงมาก และเกิดเป็นเวลานานและรุนแรงถึงแม้ว่าบุคคลจะพยายามปรับตัวต่อสู้แล้วก็ตาม ก็จะทำให้ความสามารถในการต่อสู้เหนื่อยล้า และหมดแรงได้ จะเกิดผลเสียนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตตามมา

นอกจากนี้ ซูทิตย์ ปานปรีชา (44) ได้แบ่งความเครียดเป็น 3 ระดับคือ

1. ความเครียดระดับต่ำ เป็นภาวะปกติพบได้ในชีวิตประจำวันของทุกๆ คน ไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกาย อารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อการดำเนินชีวิตและสิ้นสุดลงในระยะเวลาอันสั้น

2. ความเครียดระดับปานกลาง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม เป็นสัญญาณเตือนภัยว่ามีความเครียดมากกว่าปกติ ต้องรีบหาทางแก้ไข ก่อนที่ความเครียดจะเพิ่มมากขึ้น จะทำให้เกิดพยาธิสภาพของร่างกายและจิตใจ มักเกิดนานเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน

3. ความเครียดระดับสูง เป็นภาวะที่มีความเครียดรุนแรง มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจอย่างเห็นได้ชัด มีพยาธิสภาพหรือป่วยเป็นโรคขึ้น ทำให้การดำเนินชีวิตเสียไป การตัดสินใจผิดพลาด ระบบนี้ต้องการการดูแลช่วยเหลือและรักษาตัวจากผู้เชี่ยวชาญระดับวิชาชีพ

จะเห็นได้ว่า ความเครียดในระดับแรกหรือระดับต่ำ ยังเป็นภาวะของความเครียดปกติ ไม่มีผลเสียต่อการดำรงชีวิต ภาวะความเครียดระดับนี้ ถือเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตเพราะจะช่วยกระตุ้นให้ร่างกายและจิตใจมีปฏิกิริยาตอบสนอง และมีการปรับตัวที่เป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต ความเครียดในระดับที่สองหรือระดับปานกลางนั้น ถือเป็นสัญญาณเตือนภัย ซึ่งต้องรีบหาทางขจัดสาเหตุหรือผ่อนคลายความเครียดลง หากทำได้ในระยะเวลาอันสั้น ร่างกายก็จะกลับเข้าสู่ภาวะปกติถ้าหากทำไม่ได้ก็จะเข้าสู่ระดับที่สามคือ ระดับสูง ซึ่งถือว่าเป็นอันตรายต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต

ปฏิกิริยาและการปรับตัวของร่างกายเมื่อมีความเครียด

ตามแนวคิดของ Selye (1976: 20) และ Quick, et al. (1997) (45) ได้ศึกษาปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกายต่อความเครียด พบว่าการปรับตัวของร่างกายต่อความเครียดเมื่อร่างกายได้รับการกระตุ้นจากต้นเหตุของความเครียดใดๆ ร่างกายจะตอบสนองอย่างไม่เฉพาะเจาะจงเกิดขึ้นซึ่งเรียกว่า “กลุ่มอาการปรับตัว” มีอยู่ 2 ลักษณะคือ

1. กลุ่มอาการปรับตัวเฉพาะที่ (Local Adaptation Syndrome : LAS) เป็นกลุ่มอาการปรับตัวเฉพาะที่ได้รับอันตรายเท่านั้น เช่น เมื่อมีบาดแผลหรือบาดเจ็บเกิดขึ้น ซึ่งเกิดขึ้นที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายโดยเฉพาะ เช่น การอักเสบ เป็นต้น

2. กลุ่มอาการปรับตัวทั่วไป (General Adaptation Syndrome : GAS) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากการปรับตัวของร่างกายระบบต่างๆ ของร่างกายทั่วไป เช่น ต่อมาได้สมองต่อมไร้ท่อ และระบบภูมิคุ้มกันโรคของร่างกายจะถูกกระตุ้น การปรับตัวแบบนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะได้แก่

2.1 ระยะเตือน (Alarm Reaction) เป็นปฏิกิริยาตอบโต้ภาวะเครียดในระยะเริ่มต้น มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเกิดขึ้น เพื่อป้องกันอันตราย หรือสิ่งรบกวน แบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ

2.1.1 ระยะช็อก (Shock Phase) เป็นการเปลี่ยนแปลงขั้นต้นที่เกิดขึ้นทั่วไปในร่างกายทันทีที่ถูกรบกวน โดยการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาธิติก (Sympathetic Nerve) และต่อม Adrenal Medulla ทำให้หลั่ง Catecholamines เพิ่มขึ้น นอกจากนี้การกระตุ้นต่อม Pituitary Gland ส่วนหน้า ทำให้หลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต (Adrenal Cortex) กับกรณีที่ Vagus Nerve ถูกกระตุ้น จะกระตุ้นการทำงานของกระเพาะอาหาร เป็นผลให้กระเพาะอาหารหลั่งน้ำย่อยมากขึ้น จึงอาจเกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ นอกจากนี้ อาจทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ ซึ่งแสดงออกมาให้เห็นได้ด้วยอาการต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ การหายใจเพิ่มขึ้นเร็ว อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น เบื่ออาหาร ท้องผูก เป็นต้น และมีผลกระทบเกิดขึ้นทางจิตใจจากสิ่งที่มาคุกคาม เช่น เกิดความวิตกกังวล ความกลัว ความโกรธ ความรู้สึกผิด และความอับอาย เกิดความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง และใช้กลไกการป้องกันตัวเองบางอย่างในระดับจิตไร้สำนึก การเปลี่ยนแปลงระยะนี้ยังไม่มีการปรับตัว

2.1.2 ระยะต่อต้านช็อก (Counter Shock Phase) เป็นระยะต้นมีการปรับตัวที่มีการประสานงานมีระเบียบดีขึ้น เพื่อพยายามเข้าสู่ภาวะสมดุล ในระยะนี้ต่อมพิทูอิทารี (Pituitary Gland) จะเร่งผลิต ฮอร์โมนมากขึ้น และมีการเร่งทั่วไปทางประสาทซิมพาธิติก เพื่อขจัดสิ่งรบกวน และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ

2.2 ระยะต่อต้าน (Stage of Resistance) เป็นระยะที่ร่างกายตอบสนองต่อความเครียดด้วยวิธีการปรับตัว โดยผ่านการตอบสนองด้วยการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ซึ่งทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ อันจะนำไปสู่ความพร้อมที่จะต่อสู้ปกป้องตนเอง รวมทั้งเพิ่มการใช้คุณสมบัติของตนเอง เช่น ความอดทน และความเข้มแข็ง การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ได้แก่ ร่างกายสร้างภูมิต้านทานโรค การหลั่งฮอร์โมนต่างๆ อาจรู้สึกวิตกกังวลระดับปานกลาง จะมีการใช้กลไกทางจิตป้องกันตนเองที่ใช้อยู่เป็นประจำ ในที่สุดการตอบสนองจะกลับ

เข้าสู่ความปกติ เมื่อสิ่งกระตุ้นความเครียดน้อยลงแต่ถ้าบุคคลไม่สามารถจัดการกับความเครียดในระดับเล็กน้อยที่เพิ่มเข้ามานั้นได้ก็จะเข้าสู่ระยะหมดกำลัง

2.3 ระยะหมดกำลัง (Stage of Exhaustion) เป็นระยะสุดท้ายของการปรับตัว เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างรุนแรง ระบบต่างๆ ของร่างกายจะเริ่มอ่อนแรงลง การเร่งกลไกต่อสู้ครั้งนี้จะประสบความล้มเหลวได้ง่าย ถ้าไม่ได้รับความช่วยเหลืออย่างเพียงพอ เมื่อกลไกการปรับตัวล้มเหลวสิ้นเชิงบุคคลจะเสียชีวิตได้ในที่สุด

ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเมื่อมีความเครียดทางจิตใจ

ในภาวะเครียด สภาพอารมณ์ ความรู้สึก การรับรู้ ความสามารถในการคิด การตัดสินใจ มีการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ สภาพความรู้สึกในภาวะเครียดเป็นไปในทางลบได้แก่ หงุดหงิด วิตกกังวล กลัว โกรธ Murray (45) (อ้างถึงใน อุษา ปิ่นบุญมี, 2541) ได้กล่าวถึงปฏิกิริยาตอบสนองที่แสดงออกเมื่อมีความเครียดทางจิตใจดังนี้คือ

1. มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพ เช่น มีพฤติกรรมถอยหลัง แยกตัวเอง เลือยชา ไม่ให้ความร่วมมือ อารมณ์แปรปรวนเสมอ
2. มีปฏิกิริยาทางอารมณ์ไปในทางไม่เหมาะสม เช่น โกรธ ร้องไห้ หัวเราะโดยไม่มีเหตุผล กระวนกระวายใจ หงุดหงิด
3. สูญเสียระดับความรู้สึก ความจำและสมาธิ สติปัญญาเสื่อมลง การแก้ปัญหาต่างๆ ได้ไม่ดี
4. ขบวนการทางความคิดถูกรบกวน เช่น กลัว ตัดสินใจไม่ได้ สับสน เป็นต้น
5. มีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ หรือความเข้าใจถูกรบกวน เช่น มองเห็นภาพหลอน ความรู้สึกของประสาทสัมผัสผิดปกติ
6. สูญเสียความสนใจ ไร้อารมณ์ ขาดสมาธิ ไม่มีความสนใจที่จะพูดคุย
7. มีการเปลี่ยนแปลงในการสื่อสาร เช่น พูดซ้ำๆ กัน พูดในเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกับสภาพปัจจุบัน ระดับเสียงเปลี่ยนแปลง แบบแผนของการไอและการออกเสียงเปลี่ยนไป
8. ใช้กลไกการป้องกันตนเองโดยไม่รู้สึกตัว เช่น มีพฤติกรรมถอย ให้เหตุผลตนเอง ปฏิเสธ ฝันกลางวัน เป็นต้น
9. มีอาการซึ่งแสดงว่ามีการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะของตนเอง เช่น การแสดงออกโดยพูดบิดเบือน รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของผู้อื่น อาจมีความรู้สึกไม่ปลอดภัย เรียกร้องความต้องการของตนเองมากเกินไป

ผลของความเครียด (47)

ความเครียดเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคทางกายและทางจิต ทำให้เกิดความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมน ซึ่งเป็นชีวเคมีที่สำคัญของร่างกาย ฮอร์โมนช่วยควบคุมการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย เมื่อร่างกายเกิดภาวะฮอร์โมนไม่สมดุลการทำงานของระบบต่างๆ ภายในก็จะบกพร่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบไหลเวียนโลหิต ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังมีผลต่อระบบการสร้างภูมิคุ้มกันโรคของร่างกาย โดยจะกดระบบสร้างภูมิคุ้มกันโรคทำให้เกิดโรคติดเชื้อและโรคต่างๆ ได้ จึงอาจสรุปได้ว่า

1. ความเครียดทำให้คนเรามีโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยได้สูง
2. ภาวะความเครียดทางอารมณ์ ทำให้เกิดความแปรปรวนของระบบฮอร์โมนทำให้เสียความสมดุลของฮอร์โมน ทำให้ระบบต่างๆ ภายในร่างกายทำหน้าที่บกพร่อง ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ จึงทำให้เกิดโรคได้
3. ความเครียดที่มีเป็นเวลานาน มีผลทำให้ระบบสร้างภูมิคุ้มกันโรคของร่างกายถูกกดดัน กลไกต่อต้านเชื้อโรคทางธรรมชาติเสียไป จึงทำให้เกิดติดเชื้อได้ง่าย

นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์ (48) กล่าวถึงผลกระทบของความเครียดว่า ความเครียดก่อให้เกิดความกังวลใจและในระยะยาวจะก่อให้เกิดอาการเศร้า (Depression) อาการปวดหัวที่เกิดจากอารมณ์อันรุนแรง กรดในกระเพาะอาหาร ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หอบ อาการตกใจ โรคไมเกรน หงุดหงิด เป็นต้น

Stanton (49) ได้แบ่งอาการที่แสดงให้รู้ว่ามีเครียดเกิดขึ้นออกเป็น 3 ด้านคือ

1. ทางด้านจิตใจ ผู้ที่มีความเครียดจะมีความวิตกกังวล ความไม่สบายใจ ซึ่งเป็นอาการสำคัญที่แสดงว่ามีความเครียดเกิดขึ้น มีความยากลำบากในการตั้งสมาธิ การคิด การตัดสินใจที่ขาดประสิทธิภาพ
2. ทางด้านร่างกาย ผู้ที่มีความเครียดจะหมกมุ่นอยู่กับปัญหา ไม่สามารถที่จะผ่อนคลายได้จะมีอาการทางกายเกิดขึ้น เช่น ปวดศีรษะ ไม่สบายในท้อง มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ และถ้าไม่สามารถกำจัดความเครียดได้ก็จะก่อให้เกิดการผิดปกติทางกาย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง มีแผลในกระเพาะอาหาร มีอาการท้องผูกหรือท้องร่วงประจำ
3. ทางด้านพฤติกรรม ผู้ที่มีความเครียด พฤติกรรมของบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น มีการเปลี่ยนแปลงนิสัยการรับประทานอาหาร สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หนักขึ้นหรือนอนไม่หลับ

สรุปได้ว่าความเครียดมีผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสรีระ ด้านจิตใจ อารมณ์ ด้านสติปัญญา และด้านพฤติกรรม ทำให้บุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยอยู่แล้ว มีโอกาสเสี่ยงต่อการเพิ่มแนวโน้มของการเกิดโรค หรือการบาดเจ็บ นำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพกายและสุขภาพจิตมาก

ขึ้น ดังที่ Woodhouse (50) กล่าวไว้ว่าถ้าความเครียดมีขนาดที่พอเหมาะ และบุคคลสามารถปรับตัวได้จะเกิดผลดีต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ทำให้บุคคลตื่นตัวอยู่เสมอและมีแรงจูงใจที่จะฝ่าฟันอุปสรรคต่างๆ นำไปสู่ความสำเร็จในชีวิตได้

แนวคิดเกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุ

ความหมายของอุบัติเหตุ

อุบัติเหตุ (Accident) จาก The World Health Organization (WHO) ให้ความหมายว่า “An event, independent of the will of man, caused by action a quickly extraneous manifesting itself by injury to body or mind”

อุบัติเหตุ (Accident) (51) หมายถึง เหตุการณ์ซึ่งเกิดขึ้นโดยไม่คาดฝันมาก่อน โดยไม่เจตนาและไม่ต้องการให้เกิดขึ้น เป็นผลให้เกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สินเป็นอันตรายแก่ร่างกายและจิตใจและอาจทำให้สูญเสียชีวิตได้ด้วย

อุบัติเหตุ (52) เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด และเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดคิดมาก่อน ผลจากการเกิดอุบัติเหตุไม่เพียงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้นแต่ยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกอื่นในครอบครัวด้วย

อาจสรุปกล่าวได้ว่า อุบัติเหตุ หมายถึง เหตุการณ์หรืออันตรายที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดคิดหรือตั้งใจมาก่อน ซึ่งเป็นผลให้บุคคลได้รับบาดเจ็บ อันตรายต่อร่างกายและจิตใจ สูญเสียชีวิตหรือทรัพย์สิน

ชนิดของอุบัติเหตุ (53)

อุบัติเหตุสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. อุบัติเหตุในการขนส่ง (Transport accident) แบ่งตามแหล่งที่เกิดอุบัติเหตุได้ดังนี้คือ ทางบก ทางน้ำ ทางอากาศ และทางอื่นๆ ที่นอกจากที่กล่าวข้างต้น

2. อุบัติเหตุอื่นๆ นอกเหนือจากการขนส่ง (Other external causes of accident injury) ได้แก่

- อุบัติเหตุจากการทำงาน
- อุบัติเหตุในบ้าน
- อุบัติเหตุในสาธารณชน

ปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศไทยโดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร คือปัญหาด้านอุบัติเหตุซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องในด้านความถี่และความรุนแรง เป็นสาเหตุที่สำคัญ

ของการเสียชีวิตของประเทศไทยและของโลก โดยเฉพาะอุบัติเหตุจราจรทางบกอันจัดเป็นสาเหตุการตายอันดับแรกของการตายจากอุบัติเหตุทั้งหมด (54)

สาเหตุของอุบัติเหตุ (55, 56)

สาเหตุที่สำคัญของการเกิดอุบัติเหตุ คือพฤติกรรมของมนุษย์ หรือการกระทำที่ไม่ปลอดภัย (Unsafely Behavior) และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดอุบัติเหตุ (Environmental conditions)

สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุตามหลักการทางระบาดวิทยา มีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการคือ

1. บุคคล (Host)
2. สิ่งที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ (Agent)
3. สิ่งแวดล้อม (Environment)

บุคคล (Host)

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคล มีสาเหตุสำคัญ 2 ประการดังนี้

1. การคิดที่ไม่ปลอดภัย ได้แก่ การประเมินอันตรายไม่ถูกต้อง คาดการณ์ความเสี่ยงต่ำ หรือคาดการณ์เกินไปว่าตนเองสามารถควบคุมอันตรายนั้นได้ ซึ่งอาจสืบเนื่องมาจาก

- การขาดความรู้และประสบการณ์
- การรู้เท่าไม่ถึงการณ์
- ไม่รู้กฎจราจร
- มีทัศนคติหรือความเชื่อที่ผิด เช่น เชื่อถือว่าอุบัติเหตุเป็นเรื่องเคราะห์กรรม

โชคชะตา เป็นต้น

2. การกระทำที่ไม่ปลอดภัย ได้แก่ การไม่ปฏิบัติตามระเบียบหรือข้อบังคับ การใช้เครื่องมืออุปกรณ์ไม่ถูกต้อง ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับเทคโนโลยีใหม่ๆ ได้ ขาดความระมัดระวัง รวมถึงขาดทักษะในการปฏิบัติงาน ขับรถด้วยความประมาท ทั้งนี้เนื่องมาจากปัจจัยคือ

- ปัจจัยด้านร่างกาย (Physiological factors)
- ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors)
- ปัจจัยด้านวัฒนธรรมหรือสังคม (Cultural or Social factors)

ปัจจัยด้านร่างกาย

ความบกพร่องของสภาพร่างกาย หรือสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์ของผู้ขับขี่เป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุขึ้นได้ ผู้ขับขี่ที่มีร่างกาย จิตใจ ไม่สมบูรณ์พร้อมสำหรับควบคุมการขับขี่รถอย่าง

ปลอดภัย อ่อนเพลีย เจ็บป่วยเป็นโรค มีโอกาสมากที่จะก่ออุบัติเหตุการจราจรในถนนได้ เช่น ผู้ที่เป็นโรคหัวใจ โรคเบาหวาน จะต้องได้รับการดูแลหรือการแนะนำจากแพทย์ก่อน นอกจากนี้ยังรวมทั้งการใช้ยารักษาเบาหวานและการใช้ยาเสพติดกระตุ้น อาจมีผลต่อสุขภาพ เช่น ยากล่อมประสาทจะทำให้สมองมึนงง ง่วงนอน ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ ดังนั้นรายละเอียดเกี่ยวกับโรคต่างๆ และผู้ขับขี่รถจะหาอ่านได้จากบทความคู่มือการออกใบรับรองแพทย์แก่ผู้ขอใบขับขี่ (57)

ปัจจัยทางด้านจิตใจ

1. สภาพจิตใจที่บกพร่องหรืออยู่ในสภาวะตึงเครียด เช่น วิตกกังวล กลัว โกรธ มักเป็นผู้ที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย
2. การตัดสินใจหรือคาดการณ์เหตุการณ์ต่างๆ ที่ไม่ถูกต้อง การขาดข้อมูลที่เพียงพอ มักก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้
3. การที่บุคคลให้ความสำคัญในตัวเอง เห็นความสำคัญของตนเองมากเกินไป
4. บุคคลมีความเชื่อมั่นสูงเกินไปในเรื่องความสามารถของตนเอง ทำให้ขาดสมาธิขาดความระมัดระวัง

ปัจจัยทางด้านวัฒนธรรมหรือสังคม

ปัจจัยทางด้านวัฒนธรรมหรือสังคม เป็นตัวประสานปัจจัยทางด้านร่างกายและจิตใจที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ สภาพพื้นฐานทางครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม ขนบธรรมเนียม ค่านิยมต่างๆ มีส่วนทำให้บุคคลมีความรู้ สติปัญญา และอารมณ์ในการปฏิบัติเรื่องความปลอดภัย

Shaw และ Sichel (58) ได้รวบรวมลักษณะบุคลิกภาพโดยทั่วไปที่มีความเกี่ยวข้องกับ การเกิดอุบัติเหตุดังนี้คือ

1. ผู้ที่มีสภาพจิตใจบกพร่อง มีอาการของโรคจิตหรือโรคประสาท
2. ผู้ที่ขาดสมาธิ ขาดการสังเกตสภาพแวดล้อมต่างๆ
3. ผู้ที่ชอบฝ่าฝืนกฎระเบียบวินัย
4. ผู้ที่มีสภาพอารมณ์หุนหันไหว หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย
5. ผู้ที่ไม่สามารถปรับตัวให้เข้าสิ่งแวดล้อมได้ หรือปรับตัวได้ไม่ดี
6. ผู้ที่ขาดความพึงพอใจในตนเอง
7. ผู้ที่ขาดความอดทน
8. ผู้ที่มุ่งผลประโยชน์ตนเองเป็นใหญ่
9. ผู้ที่ขาดวุฒิภาวะ แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับวัย
10. ผู้ที่ขาดความมั่นใจในตนเอง ไม่สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้

สิ่งที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ (Agent)

สิ่งที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุหรือก่อให้เกิดการบาดเจ็บ อาจแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะดังนี้

1. พลังงานในรูปแบบต่างๆ ที่เป็นตัวการก่อให้เกิดอุบัติเหตุ เช่น ความร้อน เคมี ไฟฟ้า เป็นต้น
2. พาหะหรือตัวนำพลังงานที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ ซึ่งมักจะเป็นวัตถุ สิ่งของ หรือสิ่งมีชีวิต

สิ่งแวดล้อม (Environment)

1. ธรรมชาติ ได้แก่ สภาพดินฟ้าอากาศ ภัยธรรมชาติ
2. สิ่งที่มีมนุษย์สร้างขึ้น ได้แก่ เครื่องจักร อุปกรณ์เครื่องใช้

ตามหลักนิเวศน์วิทยา ซึ่งเกี่ยวข้องกับมนุษย์และสิ่งแวดล้อม เอ็มอัชมา (55) ได้กล่าวไว้ว่าอุบัติเหตุเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุด้วยกัน เช่น ความเร็ว การดื่มแอลกอฮอล์ ถนนที่เปียกและ/หรือลื่น ทางเป็นหลุมเป็นบ่อ มีส่วนทำให้เกิดอุบัติเหตุขึ้นได้ สภาพดินฟ้าอากาศ เป็นต้น

จากปัจจัยทั้งสามเป็นองค์ประกอบที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ จนทั้งตัวมนุษย์เองทั้งภายในและภายนอก ความบกพร่องของบุคคล องค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อม จากการศึกษาพบว่าบุคคลก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้มากที่สุดเนื่องจากบุคคลที่เป็นผู้กระทำการต่างๆ ในสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุขึ้นคือ พฤติกรรมการขับขี่ของผู้ที่ขับขี่รถ ซึ่ง Johnston (1992) (59) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมของแต่ละบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดความปลอดภัยในการขับขี่

ผลกระทบจากการเกิดอุบัติเหตุ

ผลกระทบจากการเกิดอุบัติเหตุ เกิดได้ 3 ประการคือ (60)

1. สุขภาพทางกาย (Physical hazard) ของมนุษย์ประกอบด้วย ผลที่เกิดพร้อมกับการเกิดอุบัติเหตุ ได้แก่ การบาดเจ็บ ความพิการ และตาย และผลที่เกิดทางอ้อม เป็นผลทำให้เสียสุขภาพ ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น
2. สุขภาพทางจิต (Psychological hazard) ประกอบด้วยผลที่เกิดพร้อมกับการเกิดอุบัติเหตุ มีผลกระทบต่อผู้ป่วย ญาติพี่น้อง และสังคม ส่วนผลที่ตามมาของอุบัติเหตุ เช่น การถูกทอดทิ้ง ขาดที่พึ่ง สำหรับผู้ป่วยจะมีความรู้สึกสูญเสีย เกิดความเศร้าโศก ความเครียด ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองลดลง มีการสูญเสียภาพลักษณ์ (Herron & Nance, 1990) (61)
3. เศรษฐกิจ (Economic hazard) สูญเสียทรัพย์สิน ขาดรายได้ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ครอบครัวอาจต้องรับภาระในการช่วยเหลือดูแลขณะเจ็บป่วย

จะเห็นได้ว่าผลจากการเกิดอุบัติเหตุส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย นำมาซึ่งความเครียด โดยส่วนใหญ่เป็นเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยไม่เคยเผชิญมาก่อนทั้งระดับความรุนแรง และความซับซ้อนของการ

บาดเจ็บ โดยผู้ป่วยไม่มีโอกาสเตรียมตัวตัวใจมาก่อน และไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า และยังมีประสบการณ์น้อยต่อการปรับตัวในการเผชิญต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์ เป็นช่วงเวลาที่สิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา นอกจากนี้ระยะเวลาของการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลขณะได้รับบาดเจ็บก็เป็นปัจจัยหนึ่งของสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อปัญหาทางด้านจิตใจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกาย (Mcgrath, Reid and Boore, 1989) (62) รวมทั้งบทบาทความรับผิดชอบกิจวัตรประจำวันและสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว

แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด และความเจ็บป่วยจากการเกิดอุบัติเหตุ (63)

การเกิดอุบัติเหตุเป็นปัญหาความเจ็บป่วยที่สำคัญ ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียทั้งทางด้านร่างกายซึ่งอาจเป็นการสูญเสียชีวิต หรือมีความพิการเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจตามมา เนื่องจากอุบัติเหตุเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด และเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดคิดมาก่อนทำให้บุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ทันทีทันใด ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะอารมณ์วิกฤติได้ (64) ถ้าการปรับตัวล้มเหลวทำให้โรคหรือความเจ็บป่วยมีความรุนแรงยิ่งขึ้น จะเห็นได้ว่าความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความเครียดดังนี้ (65)

1. ความเครียดอาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยได้ คือ การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทภูมิคุ้มกันหรือต่อมไร้ท่อ ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาหลายๆ อย่าง เช่น มีการปรับเปลี่ยนในอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต การทำงานของ hypothalamus, pituitary และกระบวนการทางสรีรวิทยาอื่นๆ ในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด (66)

การที่ระบบประสาท Sympathetic ถูกกระตุ้นเมื่อเกิดความเครียดนั้น เป็นปัจจัยทำให้เกิดโรคหัวใจ เนื่องจากร่างกายมีระดับ Catecholamine ในพลาสมาเพิ่มสูงขึ้น กระบวนการนี้อาจช่วยเพิ่มการหดตัวหรือการทำลายของ Endothelial cells ของหลอดเลือด (67) ภาวะสมดุลระหว่างระบบประสาท Sympathetic และ Parasympathetic ที่เปลี่ยนไปอาจทำให้เกิด Arrhythmias อย่างรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ ยิ่งไปกว่านั้นงานวิจัยทางด้านจิตใจ ต่อมไร้ท่อและภูมิคุ้มกัน ได้แสดงให้เห็นว่าสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดอาจนำไปสู่การกดระดับของหน้าที่ภูมิคุ้มกัน สถานการณ์ที่เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีกอาจมีผลต่อความสามารถของคนเราในการปรับตัว เช่น ความเป็นอยู่ที่แออัด การพรากจากแม่ การแยกตัวเองจากสังคม เป็นต้น และยังมีความเชื่อมโยงกับความถี่ที่เพิ่มขึ้นของความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และแผลในกระเพาะอาหาร และโรคติดเชื้อไวรัส

2. ความเครียดอาจทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ คือ การสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ที่เพิ่มแนวโน้มของการเกิดโรค หรือการบาดเจ็บ เช่น การใช้วิธีการจัดการกับปัญหาไม่ถูกวิธี การดำเนินชีวิตแบบเดิมๆ การรับประทานอาหารอย่างไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย

การแก้ไขปัญหาชีวิตด้วยการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ทำให้มีอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายเพิ่มขึ้น

3. ความเครียดและวิธีจัดการที่ปรับตัวไม่ได้อาจนำไปสู่ความเจ็บป่วย หมายถึง อิทธิพลทางจิตใจและสังคมที่พยายามทำให้คนเราลดความสำคัญของอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้น้อยลง หรือความล้มเหลวในการปฏิบัติตามกฎเกณฑ์การรักษา การปฏิเสธความสำคัญของการประเมินทางการแพทย์และการรักษา สิ่งเหล่านี้อาจทำให้เกิดความล่าช้าในการดูแลทางการแพทย์ และอาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยได้ในที่สุด

ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้อาจทำงานพร้อมกันในผู้ป่วยจนทำให้เกิดความเสี่ยงหลายๆ อย่างต่อการเกิดโรค คนที่มีพื้นฐานทางอารมณ์ ชอบหงุดหงิด และก้าวร้าวง่ายอาจเกิดการกระตุ้นทางสรีรวิทยาแบบเรื้อรังและการเพิ่มแนวโน้มของนิสัยที่ไม่ดีเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การไม่ดูแลสุขภาพของตน สิ่งทั้งหลายเหล่านี้อาจเพิ่มความกดดันต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ประสาทต่อมไร้ท่อ และภูมิคุ้มกัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดโรคทางกายเพิ่มขึ้น

สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการเข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาล (68, 69) ได้แก่

1. สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล บรรยากาศ สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลซึ่งแตกต่างไปจากสังคมภายนอก เช่น สถานที่ แสง เสียง กลิ่น และแวดล้อมไปด้วยผู้ป่วยเจ็บ ซึ่งมีความทุกข์ทรมาน นอกจากนั้นยังมีกฎ ระเบียบ ซึ่งผู้ป่วยต้องปฏิบัติตาม สิ่งต่างๆ เหล่านี้ย่อมก่อให้เกิดความเครียดได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- สถานที่ การที่บุคคลจะต้องมาอยู่กับคนแปลกหน้าในที่จำกัด ไม่มีอิสระ ซึ่งบุคคลย่อมต้องการสถานที่เพื่อทำกิจวัตรประจำวันเป็นสัดส่วน ต้องแยกจากบุคคลที่รักใกล้ชิด ที่ช่วยทำให้มีความสุขสบาย สนับสนุนให้กำลังใจซึ่งขณะเจ็บป่วยย่อมมีความต้องการมากกว่ายามปกติ แต่ต้องแยกมาอยู่โรงพยาบาล นอกจากนั้นห่อผู้ป่วยยังเต็มไปด้วยบรรยากาศความเศร้าหมอง มีเสียงร้องครวญครางจากความเจ็บปวด เป็นต้น สิ่งต่างๆ เหล่านี้ย่อมก่อให้เกิดความเครียดให้กับผู้ป่วย
- การต้อนรับ พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในการรับผู้ป่วยใหม่ ปฏิบัติงานเพื่อให้งานเสร็จสิ้นไปโดยไม่คำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม ย่อมจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และมีความวิตกกังวลมากเพราะผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะสับสนตกใจ ไม่สบายใจ ถ้าวิธีการรับผู้ป่วยใหม่ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองทางด้านอารมณ์ย่อมก่อให้เกิดความเครียดมากขึ้น
- ความเป็นสัดส่วน สาเหตุสืบเนื่องมาจากเรื่องสถานที่และวิธีการรักษาพยาบาลที่กระทำอย่างเปิดเผย การตรวจร่างกายโดยมีแพทย์ พยาบาล และนักศึกษาเข้ามา

เกี่ยวข้องมากมาย การชักประวัติส่วนตัวด้วยเสียงดัง ในขณะที่ผู้ป่วยถือว่า
สิ่งเหล่านั้นเป็นความลับสำหรับเขา

- บุคลากร เป็นแหล่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยรับใหม่อีกอย่างหนึ่ง การที่
บุคลากรปฏิบัติงานในสิ่งแวดล้อมที่มีคนเจ็บป่วย ทุกข์ทรมาน และเสียชีวิตเป็น
เวลานานจนเกิดความเคยชิน ทำให้ความเห็นอกเห็นใจน้อยลง จะยิ่งก่อให้เกิด
ความรู้สึกเศร้าโศก ทุกข์ทรมานใจ และความไม่สบายใจให้ผู้ป่วยได้ (70)
- วิธีปฏิบัติและกิจกรรมประจำวัน บางครั้งผู้ป่วยก็มีความคับข้องใจเช่นเดียวกัน
ผู้ป่วยทำไปโดยไม่ทราบเหตุผล ไม่เข้าใจ ผู้ป่วยพยายามปรับตัวเพื่อต้องการเป็น
ผู้ป่วยที่ดี ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ผู้ป่วยคาดว่าเป็นพฤติกรรมที่เจ้าหน้าที่พอใจ

2. ความเครียดจากความเจ็บป่วย เมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือมีความผิดปกติเกิดขึ้น คน
มักจะคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดล่วงหน้าเสมอ เกิดความกลัวว่าจะเป็นโรคร้ายแรง กลัวพิการ กลัวตาย
เกรงจะเป็นภาระคนอื่น กลัวสังคมรังเกียจ เป็นต้น

3. การขาดความรู้ ความเข้าใจ ผู้ป่วยที่เข้ามาอยู่โรงพยาบาลเป็นครั้งแรก ย่อมมีสิ่ง
กระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ และความเครียดที่เกิดขึ้นจากความไม่เข้าใจ เช่น ใช้ศัพท์ทาง
การแพทย์ หรือให้การพยาบาลโดยไม่ได้อธิบายถึงจุดประสงค์ของการกระทำ และถ้าหากผู้ป่วย
นั้นถูกตัดขาดจากสังคมภายนอก เช่น ไม่มีญาติมาเยี่ยม จะทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดมากขึ้น

4. องค์ประกอบทางด้านครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม เนื่องจากคนที่อยู่ในสังคม
ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยก็เป็นบุคคลที่อยู่ในสังคม ย่อมไม่สามารถแยกออกจาก
สังคมได้ เมื่อต้องเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลผู้ป่วยจะมีความรู้สึกสูญเสีย และเป็นกังวลห่วงใยบุคคล
ใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา และยังกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายสำหรับ
ครอบครัว

ดังนั้นจากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลจะ
เกิดผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อบุคคลโดยมีความเครียดเกิดขึ้นตั้งแต่การเข้ามาอยู่ใน
โรงพยาบาล จะเกิดผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อบุคคลโดยมีความเครียดเกิดขึ้นตั้งแต่การเข้ามา
อยู่ในโรงพยาบาล โดยไม่รู้ตัวหรือเตรียมตัวเตรียมใจมาก่อน ทำให้บุคคลกลายเป็นคนพึ่งพา
อาศัยคนอื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน ช่วยตนเองได้น้อย ต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทจากที่เคย
กระทำมาเป็นบทบาทผู้ป่วย สถานที่ที่ไม่คุ้นเคย และทำให้บุคคลนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงใน
ภาวะเศรษฐกิจของบุคคล ก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม
ซึ่งปฏิกิริยาดังกล่าวมีอิทธิพลในทางลบต่อพยาธิสภาพของโรคหรือความเจ็บป่วย ทำให้โรคหรือ
ความเจ็บป่วยมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น เป็นผลเสียต่อบุคคลยิ่งขึ้น

ความเครียดของผู้ป่วยอุบัติเหตุ (71)

ความเจ็บป่วย เป็นภาวะเครียดสำหรับผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งความเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างกะทันหัน สิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่รับการรักษาในโรงพยาบาล คือความเครียดที่เกิดจากการที่ต้องมาอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมใหม่ การเจ็บป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ การรักษาที่ได้รับ และความเครียดที่เกิดจากองค์ประกอบด้านครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม

- ความเครียดจากสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

เป็นความเครียดที่เกิดจากการที่ได้เข้ามาอยู่ในสถานที่ไม่คุ้นเคย เช่น บุคลากร สถานที่กฎระเบียบของโรงพยาบาล ต้องนอนร่วมกับคนแปลกหน้า การรักษาพยาบาล ทำอย่างเปิดเผย ทำให้รู้สึกขาดความเป็นส่วนตัว บุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้อธิบายถึงเหตุผลที่ให้ปฏิบัติตาม ผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจหรือยอมรับไม่ได้ในระยะแรกจึงปฏิเสธไม่ได้ทั้งหมด (72)

- ความเครียดจากการเจ็บป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์

ความเจ็บป่วยนับเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์โดยเฉพาะถ้าความเจ็บป่วยนั้นก่อให้เกิดความสูญเสียอวัยวะของร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ หรือทำให้อวัยวะนั้นขาดความสวยงาม

การบาดเจ็บจากการเกิดอุบัติเหตุ ในระยะแรกผู้ป่วยจะได้รับการรักษาที่เร่งด่วนเพื่อช่วยกู้ชีวิต ในระยะนี้ความรู้สึกต่อตนเองของผู้ป่วยอาจจะยังไม่สามารถประเมินได้ชัดเจนเนื่องจากผู้ป่วยมักนึกถึงเหตุการณ์ที่กำลังคุกคามชีวิตในขณะนั้น เมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤติไปแล้วผู้ป่วยจะเริ่มพิจารณาถึงลักษณะปรากฏของตน มองเห็นรูปร่างเปลี่ยนแปลงไป ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่พึงพอใจ มีความวิตกกังวล รู้สึกสูญเสีย ปัจจัยเหล่านี้จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปมากขึ้น (73)

- ความเครียดจากการรักษาที่ได้รับ

ผู้ป่วยอุบัติเหตุอาจมีบาดแผล อวัยวะต่างๆ ได้รับบาดเจ็บ กระดูกหัก หรือได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งเป็นสาเหตุของความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งการจำกัดการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แม้สิ่งเหล่านี้จะก่อให้เกิดผลดีแก่ผู้ป่วยมากเพียงใด แต่ผลเสียที่ตามมาและกระทบกระเทือนต่อผู้ป่วยทั้งทางกายและทางจิตใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความกลัวต่อการทำแผลที่ได้รับ ผู้ป่วยจะเกิดความตึงเครียด และมีอารมณ์แปรปรวนได้ง่าย (74) นอกจากนั้นการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพต่อผู้ป่วยก็เป็นแหล่งที่ก่อให้เกิดความเครียดให้ผู้ป่วยได้ เนื่องจากพยาบาลแสดงความไม่พอใจถ้าผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตาม

กฎระเบียบ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเศร้าโศก ทุกข์ทรมานและความไม่สบายใจได้ จะมีผลทำให้ผู้ป่วยเป็นอันตรายเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาทำให้มีผลในการรักษาพยาบาล (75)

- ความเครียดเกี่ยวกับครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม

การที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตามจะเกิดความสูญเสียเนื่องจากต้องแยกจากครอบครัว เพื่อนฝูง และความวิตกกังวลเป็นห่วงคนใกล้ชิด วิตกกังวลเกี่ยวกับงาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและสำหรับครอบครัว เนื่องจากตนเองต้องขาดรายได้จากการประกอบอาชีพ จะเห็นได้ว่าความเจ็บป่วยของผู้ป่วยไม่เพียงแต่จะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้น ยังจะส่งผลถึงครอบครัวของผู้ป่วยด้วย ซึ่งผลอันนี้จะย้อนกลับมาทำให้เกิดความเครียดกับผู้ป่วย ผลกระทบต่อครอบครัว บทบาทสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลง เกิดปัญหาทางการเงิน (76)

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะเกิดความเครียดได้จากปัจจัยหลายๆ อย่างที่กล่าวมาแล้ว ผู้ป่วยจะต้องปรับตัวเพื่อให้พ้นจากความไม่สบายใจ และหาวิธีการในการลดหรือขจัดความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อให้ร่างกายกลับมาอยู่ในภาวะสมดุล และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

งานวิจัยภายในประเทศที่เกี่ยวข้อง

ผ่องศรี ศรีมรกต (2526) (77) ได้ศึกษาถึงวิธีการเผชิญปัญหาและการปรับตัวด้านจิตใจในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลรามธิบดี ศิริราช ตำรวจ พระมงกุฎและจุฬาลงกรณ์ จำนวน 76 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยวิธีที่ผู้ป่วยใช้บ่อยที่สุดเป็นวิธีการยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของตัวเอง ส่วนวิธีพึ่งยาเป็นวิธีที่ใช้น้อยที่สุด

ธนพล ปิยะอิสรากุล และคณะ (2533) (78) ได้ทำการศึกษาย้อนหลังถึงคุณสมบัติทางจิตใจของพลขับรถยนต์ที่เกิดอุบัติเหตุสูง กลุ่มตัวอย่างคือ พลขับรถยนต์ของส่วนราชการทหารอากาศ จำนวน 102 ราย โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ตามสภาพการขับรถ คือ กลุ่มขับรถปลอดภัย กลุ่มเกิดอุบัติเหตุสูง และกลุ่มควบคุม โดยให้ทำแบบทดสอบทางจิตวิทยา ผลการศึกษาพบว่าคุณสมบัติทางจิตใจของพลขับรถยนต์ทั้ง 4 ด้านคือ บุคลิกภาพ การทนต่อแรงกดดัน สมาธิการรับรู้ และเซาว์ปัญญา มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คณิงนิจ อนุโรจน์ (2535) (79) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา เนื้อหาของแบบสอบถามได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ 1) ด้านรูปร่างลักษณะภายนอกของตน 2) ด้านการทำหน้าที่และ

ความสามารถของร่างกาย 3) ด้านการรับรู้ของตนเองจากปฏิกิริยาของบุคคลอื่นในครอบครัวและสังคมที่มีต่อร่างกายของตน เป็นแบบสอบถามความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์เป็นแบบเลือกตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าทั้งหมด 22 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82

ผจงพร สุภาวิตา และคณะ (2536) (80) ศึกษาผลของสื่ออารมณ์ขันต่อระดับความเครียดในผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกขาและได้รับการดัดวงกระดูก ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสื่ออารมณ์ขัน (หนังสือการ์ตูน) มีระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับสื่ออารมณ์ขัน

บุญวาทิ เพชรรัตน์ และจรัสศรี บัวบาน (2538) (81) ศึกษาถึงปัญหาและความต้องการการปฏิบัติพยาบาลด้านจิตสังคมของผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยการสนทนากลุ่ม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุและได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 1 สัปดาห์ เป็นเพศหญิง 2 ราย และเพศชาย 5 ราย ผลการศึกษาพบว่าสิ่งกระตุ้นที่รบกวนภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยได้แก่ ปัญหาที่เกิดจากการแยกจาก ความไม่คุ้นเคยต่อสถานที่ ความเจ็บปวด การถูกจำกัดด้านเคลื่อนไหว ส่วนการเผชิญปัญหาจิตสังคมของผู้ป่วย โดยใช้กลไกป้องกันทางจิตชนิคมดระงับ โดยการพยายามกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อแก้ปัญหา

สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ และอาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์ (2538) (82) ศึกษาถึงการรับรู้ต่อการเกิดอุบัติเหตุและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกขาหักจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ จำนวน 20 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกระดูกขาหักรู้สึกตกใจ เสียใจ ยอมรับสภาพไม่ได้ในระยะแรก โดยมีการรับรู้ต่ออุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นเหตุการณ์สุดวิสัยที่เกิดขึ้นโดยบังเอิญจากความประมาทของตนเองหรือคู่กรณี ก่อนได้รับอุบัติเหตุผู้ป่วยกระดูกขาหัก 5 รายมีคุณภาพชีวิตดี 13 ราย มีคุณภาพชีวิตค่อนข้างดี และ 2 ราย มีคุณภาพชีวิตไม่ค่อยดี หลังได้รับอุบัติเหตุผู้ป่วยกระดูกขาหัก 16 ราย มีคุณภาพชีวิตลดลง ผู้ป่วย 3 รายมีคุณภาพชีวิตเหมือนเดิม และผู้ป่วย 1 ราย มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

วัลภา วงศ์สารศรี (2539) (83) ศึกษาถึงความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขับรถประสบอุบัติเหตุของผู้ขับขีรถแท็กซี่ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 648 คน ผลการศึกษาพบว่าความชุกของการขับรถประสบอุบัติเหตุของผู้ขับขีรถแท็กซี่คิดเป็นร้อยละ 61.5 ปัจจัยด้านชีวิตจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการขับรถประสบอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05-.001 ได้แก่ การใช้จ่ายและสารเสพติด ประสบการณ์ในการขับขี ความรู้เกี่ยวกับการขับขีรถ บุคลิกภาพ ปัญหาทางสุขภาพจิต และการตรวจสภาพรถ

ชญาณิช ลือวานิช (2540) (84) ได้ทำการศึกษาถึงบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง ความเครียดและการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวน 110 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ของผู้ป่วยและญาติ บุคลิกภาพที่เข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ แบบวัดการให้ความหมายของญาติต่อเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บ และแบบวัดการเผชิญปัญหา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งก่อนไปทางสูง มีความเครียดปานกลาง ใช้วิธีการเผชิญปัญหาทั้งด้านการมุ่งแก้ปัญหา และการจัดการด้านอารมณ์ และผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า เมื่อควบคุมปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา ความรุนแรงจากการบาดเจ็บของผู้ป่วยแล้ว ความเครียดสามารถอธิบายความแปรปรวนที่มีต่อการเผชิญปัญหาด้านการมุ่งแก้ปัญหา การจัดการด้านอารมณ์ และการบรรเทาความรู้สึกเครียด ร้อยละ 9, 15 และ 14 ตามลำดับ

สมพร ชินโนรส (2540) (85) ได้ทำการศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากกรณีตัวอย่างเป็นหญิงสาวอายุ 16 ปี อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ล้ม ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความกลัวและวิตกกังวลในเรื่องของการกลัวว่าจะไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม และกลัวเรื่องฐานะความเป็นอยู่ กลัวการดำเนินโรค ซึ่งทำให้เกิดความเครียดกับผู้ป่วย

อุษา ปันบุญมี (2541) (75) ได้ศึกษาถึงความเครียดของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษา จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยอุบัติเหตุที่รับไว้ในโรงพยาบาลมีความเครียดอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 50 และเปรียบเทียบความเครียดของผู้ป่วยอุบัติเหตุตามตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ อายุ ตำแหน่งบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่มีมือ ที่แขน ที่เท้า จำนวนตำแหน่งบาดเจ็บ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปราณี มิ่งขวัญ (2542) (86) ศึกษาถึงความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรมประสาท งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 50 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเครียดของโคเฮนแคมาร์ค และเมอเมลสตี (1983) แบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวิก ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุในระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกและระยะหลังมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยความเครียดของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ส่วนการใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งสองกลุ่มใช้วิธีการจัดการกับปัญหาทางอ้อมมากที่สุด ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$)

ชนกพร จิตปัญญา (2545) (87) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยระยะวิกฤติ กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวของผู้ป่วยที่มารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 205 คน ผลการวิจัยพบว่าการเผชิญความเครียดที่ใช้มากได้แก่ การตั้งความหวัง การทำกิจกรรมความเชื่อทางศาสนา การควบคุมตนเอง การทำใจยอมรับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค

เสาวนีย์ ดีมูล (2546) (88) ได้ศึกษาถึงระดับวิทยาของผู้บาดเจ็บการขับขีรถจักรยานยนต์ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 111 ราย ผลการวิจัยพบว่าผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นผู้ชายร้อยละ 74.8 ช่วงอายุ 16 ถึง 30 ปี ร้อยละ 58.5 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 38.8 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 37.7 ผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่ไม่สวมหมวกนิรภัย และขับขีรถด้วยความเร็วเกิน 60 กิโลเมตรต่อชั่วโมง ลักษณะถนนที่เกิดอุบัติเหตุเป็นถนนลาดยางร้อยละ 68.6 สรุปได้ว่าปัจจัยสำคัญทำให้เกิดอุบัติเหตุเกิดจากตัวบุคคลทั้งสิ้น

กิตติ อินทราสุขพร (2547) (89) ได้ศึกษาถึงผลการรณรงค์การป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรในจังหวัดกาญจนบุรี ในช่วงเทศกาลวันหยุดปีใหม่ 2547 เปรียบเทียบกับปี 2546 ผลการศึกษาพบว่าในช่วงปีใหม่ 2547 มีผู้บาดเจ็บลดลง 52.5% ผู้บาดเจ็บเป็นชายมากกว่าหญิง และส่วนมากเป็นผู้ที่ขับขีหรือโดยสารรถจักรยานยนต์ทั้งสองปี 73.3% และ 78.9% ในปี 2546, 2547 ตามลำดับ ความรุนแรงลดลงจากจำนวนผู้ป่วยที่ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 22.8% ในปี 2547 เทียบกับ 52.5% ในปี 2546

งานวิจัยต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง

ซิลเวสโตน (Silverstone, 1988: 59-66) (90) ได้ศึกษาเกี่ยวกับอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางรถ ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีความวิตกกังวล และมีความเครียดเกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิตเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุทางรถ และพบว่าการดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุเช่นกัน

แร็กแกต (Raggatt, 1991: 565-579) (91) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดจากการทำงานของพนักงานขับรถที่ต้องขับรถในระยะไกล จำนวน 93 คน อายุ 23-56 ปี ผลการศึกษาพบว่าผู้ขับขีต้องขับรถเป็นระยะเวลายาวนาน สามารถที่จะคาดเดาพฤติกรรมการปรับตัวที่ผิดปกติได้แก่ พฤติกรรมการใช้ยาและสารเสพติด การมีปัญหากับการนอนหลับ ซึ่งเป็นสาเหตุที่นำไปสู่ความเครียดและการเกิดอุบัติเหตุได้

ดอร์น (Dorn, 1992: 49-56) (92) ได้ทำการศึกษาถึงความแตกต่างของกลุ่มบุคคลกับพฤติกรรมขับรถ ผลการศึกษาพบว่าเกิดการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนส่วนใหญ่จะพบมากในผู้ขับขีเพศชายที่มีอายุน้อยและผู้ขับขีเพศหญิง พวกที่มีอาการทางประสาทจะสัมพันธ์กับความเครียดจากการขับขี การใช้พฤติกรรมปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ

อีวาล (Evans, 1994: 181-193) (93) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความเครียด ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ และสถานการณ์ของพนักงานขับรถโดยสารในเมืองหลวง จำนวน 60 คน อายุ 21-63 ปี ผลการศึกษาพบว่าเป็นงานที่ทำให้เกิดความเครียดในระดับสูงมีความสัมพันธ์

ระหว่างการศึกษาที่เชื่อมโยงกับสภาพการจราจรที่ติดขัดกับการเพิ่มขึ้นของระดับ Catecholamine ในปัสสาวะ และการมีโรคทางกาย กับความเครียดจากการทำงาน

เฮอร์เบอแมนและคณะ (Herberman, et al, 1997: 560-567) (94) ศึกษาถึงความเครียดของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงจากรถจักรยานยนต์ทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรังจำนวน 130 คน ภายในระยะเวลา 14 ถึง 21 วัน และ 3, 6, 12 เดือน หลังจากได้รับอุบัติเหตุ และกลุ่มควบคุม 43 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงมีความเครียดอยู่ในระดับสูง และอยู่ในเกณฑ์การวินิจฉัยของโรค PTSD และยังคงมีอาการอยู่ในระยะ 6 เดือน และ 12 เดือน หลังเกิดอุบัติเหตุ

ฟูเลตัน (Fullerton, 1998: 337-349) (95) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุจราจร ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของอัตราเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุของผู้ใช้ถนน ได้แก่ การขับซัดด้วยความเร็ว การดื่มขณะขับและการใช้สารเสพติด และพบว่า การขับซัดด้วยความเร็วที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยหลักของการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน เป็นอันดับที่ 3 และพบว่า 13% ของผู้ใช้ถนนที่เกิดอุบัติเหตุวัดระดับแอลกอฮอล์ได้

เออร์ซานโน และคณะ (Ursano, et al, 1999: 589-595) (96) ศึกษาถึงความเครียดของผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง ในเมือง Suburban จำนวน 122 คน ที่รุนแรง เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุไม่รุนแรง 42 คน ทำการศึกษาในระยะเวลา 12 เดือน ผลการศึกษาพบว่า 34.4% ของผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุพบอยู่ในเกณฑ์ของโรค PTSD เปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ 2.4% เพศหญิงมีอัตราเสี่ยงเพิ่มสูง และผู้ที่มีประวัติเป็นโรค PTSD มีอัตราเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรค PTSD

ลารีย์ และคณะ (Larry, et al, 2000: 423-434) (97) ศึกษาถึงระดับของสาร Catecholamine และ Cortisol ในปัสสาวะของผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ จำนวน 55 คน ที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรง ผลการศึกษาพบว่า การหลั่งของสาร Catecholamine เกี่ยวข้องกับเกณฑ์วินิจฉัยโรค PTSD โดยเฉพาะในเพศชายและระดับของฮอร์โมน epinephrine จะสูงขึ้นใน 5 เดือนต่อมาหลังจากเกิดอุบัติเหตุ แต่ระดับของ Cortisol จะสูงขึ้นใน 1 เดือนแรกหลังจากได้รับอุบัติเหตุ

อัลริช และคณะ (Ulrich, et al, 2001: 594-599) (98) ศึกษาถึงอุบัติการณ์ของการเกิด PTSD ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุ จำนวน 106 คน ที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยหนัก ศัลยศาสตร์ อุบัติเหตุในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ การสัมภาษณ์ แบบทดสอบ Impact of Event และ Clinician-Administered PTSD Scale ผลการศึกษาพบว่าหลังจากเกิดอุบัติเหตุ 13 วัน ผู้ป่วย 5 คน คิดเป็น 4.7% พบอยู่ในเกณฑ์ของ PTSD และ 22 คน คิดเป็น 20.8% อยู่ในเกณฑ์ Subsyndromal PTSD

เจมส์ และคณะ (James, et al, 2002: 363-368) (99) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการของความเครียด ในช่วงระยะก่อน ระหว่าง และหลังจากได้รับอุบัติเหตุการจราจร กลุ่มตัวอย่าง 176 คนที่ได้รับอุบัติเหตุการจราจร ติดตามภายในระยะเวลา 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่าหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับอุบัติเหตุอาการของความเครียดยังคงอยู่ต่อมาในระยะ 4 สัปดาห์ หลังจากได้รับอุบัติเหตุ และอาการของผู้ป่วยอาจรุนแรงขึ้นจนเข้าอยู่ในเกณฑ์ของ PTSD และอาจมีปฏิกิริยาต่างๆ เกิดขึ้นกับร่างกาย

เบอร์กามาสโก และคณะ (Bergamasco, et al, 2002: 47-52) (100) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และมีการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ จำนวน 35 ราย ผลการศึกษาพบว่าในช่วงระยะหลังผ่าตัดเป็นช่วงที่ผู้ป่วยพักฟื้นภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงรูปร่างภายนอก โครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของร่างกาย แต่การแสดงออกถึงความรู้สึกยังไม่ชัดเจนเนื่องจากอยู่โรงพยาบาลแต่เมื่อใกล้กลับบ้านผู้ป่วยจะเริ่มแสดงอาการวิตกกังวล เกิดความกลัวต่อสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไป การเผชิญกับปัญหาจากการผ่าตัดและปฏิกิริยาของผู้อื่นที่มีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross Sectional Descriptive Study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุการจราจรทางบกที่พักรักษาตัวแผนกอุบัติเหตุ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือ ผู้ป่วยอุบัติเหตุการจราจรทางบกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประชากรตัวอย่าง (Sample population) คือ ผู้ป่วยอุบัติเหตุการจราจรทางบกที่เข้ารับการรักษา แผนกศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ ตึกมงกุฎ-เพชรรัตน ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งในปี 2547 ที่ผ่านมามีผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุการจราจรทางบกประมาณ 302 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ ผู้ป่วยอุบัติเหตุการจราจรทางบกที่เข้ารับการรักษา แผนกอุบัติเหตุ ตึกมงกุฎ-เพชรรัตน ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปี 2548 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ดังนี้ อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป สามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้ สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลได้ดี ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลในช่วงวันที่ 3-10 ของการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงการศึกษาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2548 เป็นต้นไป จนกว่าจะครบตามจำนวนที่คำนวณไว้จำนวน 106 คน โดยการใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างในการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive studies) โดยใช้สูตรคำนวณ

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

Z = ค่าวิกฤติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 จากตารางการแจกแจงค่าปกติซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.96

p = ความชุกของความเครียดของผู้ป่วยอุบัติเหตุในการจราจรทางบก(75)ใช้ความชุกเท่ากับ 0.50

$$\begin{aligned}
 q &= 1 - p \text{ มีค่าเท่ากับ } 0.5 \\
 d &= \text{ค่าความคลาดเคลื่อนของโอกาสที่ยอมรับได้เท่ากับ } 0.1 \\
 \text{แทนค่า } n &= \frac{(1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5)}{(0.1)^2} = 96.04 \text{ คน}
 \end{aligned}$$

ในการวิจัยนี้เพิ่มขนาดตัวอย่าง 10% จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา = 106 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถาม ซึ่งมี 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป แบ่งเป็น 2 ชุด ชุดที่ 1 มีจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส บทบาทในครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว โรคทางจิตเวช การใช้สารเสพติด ชุดที่ 2 มีจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มประสบอุบัติเหตุถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม ตำแหน่งขณะเกิดอุบัติเหตุ ตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ ความรุนแรงการบาดเจ็บ การรับรู้การบาดเจ็บ ชนิดการรักษา ค่ารักษาพยาบาล การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอื่นมาก่อน ความเกี่ยวข้องกับกฎหมาย

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบบุคลิกภาพ ใช้ The Maudsley Personality Inventory (MPI) (101) ซึ่งแบ่งบุคลิกภาพออกเป็น 2 มิติ ที่มีอิสระต่อกัน มิติที่หนึ่งคือ การหวั่นไหวในสภาวะอารมณ์ซึ่งตรงข้ามกับอารมณ์มั่นคง (Neuroticism-Stability Emotional) และมิติที่สองคือการแสดงออกซึ่งตรงข้ามกับการเก็บตัว (Extraversion-Introversion) แบ่งบุคลิกภาพเป็น 4 แบบ คือ

1. บุคลิกภาพแบบมั่นคงในสภาวะอารมณ์ (Stable)
2. บุคลิกภาพแบบหวั่นไหวในสภาวะอารมณ์ (Neurotic)
3. บุคลิกภาพแบบเก็บตัว (Introvert)
4. บุคลิกภาพแบบแสดงออก (Extrovert)

ค่าความเที่ยงที่ได้จากการวัดค่าคงที่ภายในจากสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach 's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.758

แบบทดสอบประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 48 ข้อ โดยให้ผู้ตอบเลือกคำตอบที่ตรงกับลักษณะนิสัยของตนเอง โดยตอบ “ใช่” “ไม่แน่ใจ” และ “ไม่ใช่” แบ่งเป็น Extraversion-Introversion Scale ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ และ Neuroticism-Stability Scale ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ

การให้คะแนน : แบ่งเป็น 2 Scale คือ Scale-E และ Scale-N ตามที่กำหนดไว้แต่ละ Scale แต่ถ้าตอบตรงกับ Scale ใด Scale หนึ่งในแต่ละข้อในช่อง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่”” จะได้คะแนนข้อละ 2 และ 0 คะแนน แต่ถ้าตอบ “ไม่แน่ใจ” จะได้ข้อละ 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเครียด ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบทดสอบความเครียดซึ่งพัฒนาโดยอุษา ปันบุญมี (102) ซึ่งได้นำไปทดลองกับผู้ป่วยอุบัติเหตุที่โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยง 0.95 ข้อคำถามมีทั้งหมด 38 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 คำตอบ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย ไม่มีเลย โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก

เกณฑ์การให้คะแนน

เครียดมากที่สุด	=	5	คะแนน
เครียดมาก	=	4	คะแนน
เครียดปานกลาง	=	3	คะแนน
เครียดน้อย	=	2	คะแนน
ไม่เครียดเลย	=	1	คะแนน

การแปลผล

หลังจากนั้นจึงนำค่าคะแนนระดับความเครียดมาจัดกลุ่มเป็น 3 ระดับคือ สูง ปานกลาง ต่ำ โดยใช้ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 และ 75 เป็นเกณฑ์ในการแบ่ง โดย

- ระดับสูง คือ กลุ่มที่ได้คะแนนตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ขึ้นไป หมายถึง มีความเครียดในระดับสูง
- ระดับปานกลาง คือ กลุ่มที่ได้คะแนนรวมตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 ถึง เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 74 หมายถึง มีความเครียดในระดับปานกลาง
- ระดับต่ำ คือ กลุ่มที่ได้คะแนนรวมต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 หมายถึง มีความเครียดในระดับต่ำ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อเสนอเรื่องขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้ตรวจการแผนกศัลยกรรมอุบัติเหตุ ดึงมงกุฎ-เพชรรัตน์ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยอุบัติเหตุการจราจรทางบก ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยผู้วิจัยแนะนำคำชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ให้ลงชื่อในใบยินยอมและตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบบุคลิกภาพ แบบวัดความเครียด ระยะเวลาในการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ และความถูกต้องของข้อมูล นำข้อมูลที่ได้ไปทำการวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FOR WINDOW ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของปัจจัยส่วนบุคคล

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ Chi-square test เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

3. วิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้ Pearson 's Product Movement Correlation Efficiency และวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยโดยใช้ t-test, One way ANOVA และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ(Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อค้นหาตัวแปรพยากรณ์ที่สามารถพยากรณ์ความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุการจราจรทางบก

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก ที่พักรักษาตัวแผนกอุบัติเหตุ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 106 คน ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2548 ถึงเดือนธันวาคม 2548 ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล
- 1.2 ปัจจัยด้านอุบัติเหตุ และปัจจัยด้านการบาดเจ็บ
- 1.3 ปัจจัยด้านจิตสังคม

ส่วนที่ 2 การประเมินความเครียด

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์สถิติระหว่างความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

- 3.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับปัจจัยส่วนบุคคล
ปัจจัยด้านอุบัติเหตุ ปัจจัยด้านการบาดเจ็บ และปัจจัยด้านจิตสังคม
- 3.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเครียดกับปัจจัยส่วนบุคคล
ปัจจัยด้านอุบัติเหตุ ปัจจัยด้านการบาดเจ็บ และปัจจัยด้านจิตสังคม
- 3.3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความเครียด
- 3.4 การวิเคราะห์ตัวแปรที่ใช้พยากรณ์ความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ
การจราจรทางบก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน) n = 106	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	87	82.1
หญิง	19	17.9
อายุ (Min = 18 ปี, Max = 71 ปี, Mean = 34.51 ปี S.D. = 14.03)		
น้อยกว่า 25 ปี	28	26.42
25-35 ปี	40	37.74
36-45 ปี	17	16.04
46-55 ปี	10	9.4
มากกว่า 55 ปีขึ้นไป	11	10.4
สถานภาพสมรส		
โสด	51	48.1
คู่	51	48.1
หย่าร้าง	1	0.9
หม้าย	2	2
แยกกันอยู่	1	0.9
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	1	0.9
ประถมศึกษา	43	40.6
มัธยมต้น	16	15.1
มัธยมปลาย	28	26.4
อนุปริญญา-อาชีวศึกษา	10	9.4
ปริญญาตรี	8	7.6

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน) n = 106	ร้อยละ
อาชีพ		
รับจ้าง	67	63.21
ค้าขาย	11	10.4
รับราชการ	8	7.6
รัฐวิสาหกิจ	3	2.8
เกษตรกรกรรม	1	0.9
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	16	15.09
รายได้ต่อเดือน (Min = 3,000 บาท, Max = 30,000 บาท, Mean = 7968.18 S.D. = 4358.91)		
≤ 10,000 บาท	77	72.6
10,001-15,000 บาท	6	5.7
15,001-20,000 บาท	3	2.8
20,001-30,000 บาท	2	1.9
ไม่ตอบ	18	17
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (Min = 3,200 บาท, Max = 120,000 บาท, Mean = 14139.22 S.D. = 13930.93)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	56	52.8
10,001-15,000 บาท	26	24.5
15,001-20,000 บาท	11	10.4
20,001-30,000 บาท	5	4.7
> 30,001 บาท	4	3.8
ไม่ตอบ	4	3.8
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1 - 2 คน	15	14.15
3 - 5 คน	74	69.81
มากกว่า 5 คนขึ้นไป	17	16.04
บทบาทในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว		
เป็นหัวหน้าครอบครัว	44	41.5
ไม่เป็นหัวหน้าครอบครัว	62	58.5
ภาระการดูแลของครอบครัว		
มีภาระที่ต้องรับผิดชอบทางครอบครัว	52	49.1
ไม่มีภาระที่ต้องรับผิดชอบทางครอบครัว	54	50.9

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน) n = 106	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
มี (เช่น โรคความดัน, ไทรอยด์, เบาหวาน, หัวใจ หอบหืด, โรคหัวใจ และโรคกระเพาะ)	10	9.4
ไม่มี	96	90.6
โรคทางสุขภาพจิต		
มี	2	1.9
ไม่มี	104	98.1
การใช้สารต่างๆ		
การสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	46	43.4
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	40	37.7
ปัจจุบันสูบ	20	18.9
ความถี่ในการสูบบุหรี่ต่อวัน		
1-2 มวน	3	2.8
4-5 มวน	6	5.7
10 มวน	4	3.8
20 มวน	7	6.6
การดื่มสุรา		
ไม่ดื่มสุรา	44	41.5
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	35	33
ปัจจุบันดื่ม	27	25.5
ความถี่ในการดื่มต่อวัน		
1/3 ขวด	6	5.7
1/2 ขวด	14	13.2
1 ขวด	7	6.6
การใช้สารเสพติดอื่นๆ		
ไม่เคย	98	92.5
เคย (กัญชา, กาว, ยาบ้า)	8	7.5

จากตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุการจราจรทางบกที่พักรักษาตัว แผนกอุบัติเหตุ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 106 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 82.1 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 17.9 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 25-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.74 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 34.51 ปี

สถานภาพสมรส พบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดและคู่จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 48.1 และมีสถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 3.8

ระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40.6 รองลงมาคือ มีการศึกษาในระดับมัธยมปลาย คิดเป็นร้อยละ 26.4 และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการศึกษามีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 0.9

อาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 63.21 รองลงมาคือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 15.09 และประกอบอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 10.4

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เกิน 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 72.6 รองลงมาคือ มีรายได้ 10,001-15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 5.7

รายได้เฉลี่ยของครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวไม่เกิน 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 52.8 รองลงมาคือ มีรายได้ 10,001-15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 24.5

จำนวนสมาชิกในครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-5 คน คิดเป็นร้อยละ 69.81 รองลงมาคือ มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 5 คนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 16.04

บทบาทในครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 58.5 และไม่มีภาระที่ต้องรับผิดชอบทางครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 50.9

โรคประจำตัว พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 90.6 และกลุ่มที่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 9.4 โรคประจำตัวที่พบส่วนใหญ่ได้แก่ โรคกระเพาะ คิดเป็นร้อยละ 1.9 รองลงมาคือ ความดัน, ไทรอยด์, โรคหัวใจ, โรคหัดเรื้อรัง, หอบหืด พบจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 0.9

โรคทางสุขภาพจิต พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคทางสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 98.1 กลุ่มที่มีโรคทางสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 1.9

การสูบบุหรี่ พบว่าไม่เคยสูบบุหรี่เลย คิดเป็นร้อยละ 43.4 และกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 56.6 แบ่งเป็นกลุ่มที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 18.9 และกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว คิดเป็นร้อยละ 37.7 สำหรับกลุ่มที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีความถี่ ในการสูบ 20 มวนต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 6.6 รองลงมาคือ มีความถี่ในการสูบ 4-5 มวนต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 5.7

การต้มสุรา พบว่าไม่เคยต้มสุรา คิดเป็นร้อยละ 41.5 และกลุ่มตัวอย่างที่ต้มสุรา คิดเป็นร้อยละ 58.5 แบ่งเป็นกลุ่มที่ยังคงต้มสุราในปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 25.5 และกลุ่มที่เลิกต้มสุราแล้ว คิดเป็นร้อยละ 33 สำหรับกลุ่มที่ต้มสุรา ส่วนใหญ่มีความถี่ ในการต้มครั้งขวดต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 13.2 รองลงมาคือ มีความถี่ในการต้ม 1 ขวดต่อวัน และ 1/3 ขวดต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 6.6 และ 5.7 ตามลำดับ

การใช้สารเสพติดอื่นๆ พบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 92.5 และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 7.5 สารเสพติดอื่นๆ ที่ใช้คือ กัญชา, กาว, ยาบ้า



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.2 ปัจจัยด้านอุบัติเหตุและปัจจัยด้านการบาดเจ็บ

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านอุบัติเหตุและปัจจัยด้านการบาดเจ็บ

ปัจจัยด้านอุบัติเหตุและปัจจัยด้านการบาดเจ็บ	จำนวน (คน) n = 106	ร้อยละ
ตำแหน่งขณะที่เกิดอุบัติเหตุ		
คนขับ	55	51.9
คนนั่ง	29	27.4
คนเดินข้ามถนน	20	18.8
อื่นๆ (คนเดินริมทาง)	2	1.9
บริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
แขน	51	48.1
ขา	37	34.9
หน้า	16	15.1
ศีรษะ	13	12.3
ท้อง	10	9.4
ไหล่	3	2.8
ไต	3	2.8
กระดูกสันหลัง	2	1.9
กระดูกซี่โครง	2	1.9
ตับ	2	1.9
สะโพก	2	1.9
ลำตัว	1	0.9
หน้าอก	1	0.9
ม้าม	1	0.9
ลำไส้	1	0.9
หัวเข่า	1	0.9
กระดูกเชิงกราน	1	0.9
ท่อน้ำดี	1	0.9
กระดูกหน้าอก	1	0.9
ไหล่	1	0.9
คอ	1	0.9
ช่องท้อง	1	0.9
คาง	1	0.9
ปาก	1	0.9
หลัง	1	0.9

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านอุบัติเหตุและปัจจัยด้านการบาดเจ็บ

ปัจจัยด้านอุบัติเหตุและปัจจัยด้านการบาดเจ็บ	จำนวน (คน) n = 106	ร้อยละ
ความรุนแรงของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
กระดูกหัก	45	42.5
บาดแผลถลอก	42	39.6
บาดเจ็บช่องท้อง	17	16
ได้รับการกระทบกระเทือนทางสมอง	11	10.4
มีความพิการเกิดขึ้น		
ทุพพลภาพชั่วคราว(การใส่เฝือก)	8	7.5
ทุพพลภาพถาวร(ถูกตัดแขนและขา)	7	6.6
การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บจากบุคลากร		
ได้รับข้อมูล		
สามารถรักษาหายได้	100	94.4
มีความพิการเกิดขึ้น	3	2.8
ไม่ได้รับข้อมูล	3	2.8
การดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดขณะเกิดอุบัติเหตุ		
ใช่ (เช่น เบียร์, สุรา)	29	27.4
ไม่ใช่	76	71.7
ไม่ตอบ	1	0.9
ระยะเวลาตั้งแต่ประสบอุบัติเหตุจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม		
3 วัน	3	2.8
4 วัน	4	3.8
5 วัน	77	72.6
6 วัน	15	14.2
7 วัน	4	3.8
8 วัน	3	2.8
การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอื่นจากอุบัติเหตุครั้งนี้มาก่อน		
เคย	4	3.8
ไม่เคย	102	96.2
ความเกี่ยวข้องกับกฎหมายหรือคดีความ		
มีคู่กรณี		
คู่กรณีเป็นฝ่ายถูก	18	16.98
คู่กรณีเป็นฝ่ายผิด	31	29.25
ไม่มีคู่กรณี	57	53.77

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านอุบัติเหตุและปัจจัยด้านการบาดเจ็บ(ต่อ)

ปัจจัยด้านอุบัติเหตุและปัจจัยด้านการบาดเจ็บ	จำนวน (คน) n = 106	ร้อยละ
บุคคลหลักที่ช่วยเหลือขณะเข้ารับการรักษา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
บิดามารดา	47	44.3
ญาติ	13	12.3
คู่สมรส	37	34.9
พี่น้อง	11	10.4
อื่นๆ (เช่น นายจ้าง, บุตร, เพื่อน)	24	22.6
ความพึงพอใจในการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว		
พอใจมาก	97	91.5
พอใจปานกลาง	7	6.6
พอใจน้อย	2	1.9
การรักษาที่ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ผ่าตัดโดยเข้าห้องผ่าตัด	61	57.5
เย็บแผล	43	40.6
ยา		
กลุ่ม Non- Narcotic drugs	28	26.4
กลุ่ม Narcotic drugs	8	7.5
อื่นๆ (สังเกตอาการ, ใส่เฟือก)	5	4.7
ค่ารักษาพยาบาล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
พ.ร.บ.	85	80.2
สิทธิบัตรทอง 30 บาท	55	51.9
สิทธิประกันสังคม	5	4.7
สังคมสงเคราะห์	3	2.8
จ่ายค่ารักษาเอง	2	1.9
กองทุนทดแทน	1	0.9

จากตารางที่ 2 ปัจจัยด้านอุบัติเหตุและปัจจัยด้านการบาดเจ็บพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ขณะที่เกิดอุบัติเหตุอยู่ตำแหน่งคนขับ คิดเป็นร้อยละ 51.9 รองลงมาอยู่ตำแหน่งคนนั่ง คิดเป็นร้อยละ 27.4

บริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ พบว่าส่วนใหญ่เป็นบริเวณแขน คิดเป็นร้อยละ 48.1 รองลงมาคือ บริเวณขา, หน้า, ศีรษะ และท้อง คิดเป็นร้อยละ 34.9, 15.1, 12.3 และ 9.4 ตามลำดับ

ความรุนแรงของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ พบว่าส่วนใหญ่กระดูกหัก คิดเป็นร้อยละ 42.5 รองลงมาคือ บาดแผลถลอก คิดเป็นร้อยละ 39.6

การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บ พบว่าส่วนใหญ่ได้รับข้อมูล สามารถรักษาหายได้ คิดเป็นร้อยละ 94.4 รองลงมาคือ ได้รับข้อมูลว่ามีความพิการเกิดขึ้นและไม่ได้รับข้อมูลจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 2.8

การดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดขณะเกิดอุบัติเหตุ พบว่าส่วนใหญ่ไม่ใช้สารเสพติด ขณะเกิดอุบัติเหตุ คิดเป็นร้อยละ 71.7 และที่ใช้สารเสพติดขณะเกิดอุบัติเหตุ คิดเป็นร้อยละ 27.4 สารเสพติดที่ใช้ได้แก่ เบียร์และสุรา

ระยะเวลาตั้งแต่ประสบอุบัติเหตุจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม พบว่าส่วนใหญ่ประมาณ 5 วัน คิดเป็นร้อยละ 72.6 รองลงมาคือ 6 วัน คิดเป็นร้อยละ 14.2

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอื่นจากอุบัติเหตุครั้งนี้มาก่อน พบว่าส่วนใหญ่ ไม่เคยเข้ารักษาในโรงพยาบาลอื่น คิดเป็นร้อยละ 96.2 และเคยรักษาในโรงพยาบาลอื่นมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 3.8

ความเกี่ยวข้องกับกฎหมายหรือคดีความ พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีคู่กรณี คิดเป็นร้อยละ 53.77 และมีคู่กรณี คิดเป็นร้อยละ 46.23

บุคคลหลักที่ช่วยเหลือขณะเข้ารับการรักษา พบว่าส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 44.3 รองลงมาคือ คู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 34.9

ความพึงพอใจในการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่พอใจมาก คิดเป็นร้อยละ 91.5 รองลงมาคือ พอใจปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 6.6 และพอใจน้อย น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.9

การรักษาที่ได้รับ พบว่าส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดโดยเข้าห้องผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 57.5 รองลงมาคือ ได้รับการเย็บแผล คิดเป็นร้อยละ 40.6

ค่ารักษาพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่ใช้สิทธิ พ.ร.บ. คิดเป็นร้อยละ 80.2 รองลงมาคือ ใช้สิทธิบัตรทอง 30 บาท คิดเป็นร้อยละ 51.9

1.3 ปัจจัยด้านจิตสังคม

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามบุคลิกภาพ

บุคลิกภาพ	จำนวน (คน) n = 106	ร้อยละ
บุคลิกภาพมิติที่ 1 N - scale		
1. บุคลิกภาพแบบมั่นคง ในสภาวะอารมณ์ (Stable)	53	50
2. บุคลิกภาพแบบหวั่นไหวในสภาวะอารมณ์ (Neurotic)	53	50
บุคลิกภาพมิติที่ 2 E - scale		
3. บุคลิกภาพแบบเก็บตัว (Introvert)	57	53.8
4. บุคลิกภาพแบบแสดงออก (Extrovert)	49	46.2

\bar{x} N - scale = 52.24 (S.D. = 10.55), \bar{x} E - scale = 43.15 (S.D. = 7.19)

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุการจราจรทางบกที่พักรักษาตัว แผนกอุบัติเหตุ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีบุคลิกภาพแบบเก็บตัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.8 รองลงมาคือ มีบุคลิกภาพแบบมั่นคงในสภาวะอารมณ์ และบุคลิกภาพแบบหวั่นไหวในสภาวะอารมณ์ คิดเป็นร้อยละ 50 จำนวนเท่ากัน และมีบุคลิกภาพแบบแสดงออกน้อยที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 46.2

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 การประเมินความเครียด

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความเครียด

ระดับความเครียด	จำนวน (คน) n = 106	ร้อยละ
ระดับต่ำ (39-73 คะแนน)	52	49.06
ระดับปานกลาง (74-88 คะแนน)	27	25.47
ระดับสูง (89-157คะแนน)	27	25.47
(Min = 39 , Max = 157 , X = 78.31 , S.D. = 4.124)		
(เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 = 74 , เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 = 89)		

จากตารางที่ 4 พบว่าเมื่อวัดระดับความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุการจราจรทางบกที่พักรักษาตัว แผนกอุบัติเหตุ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 49.06 รองลงมาคือมีความเครียดระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 25.47 และมีความเครียดระดับสูง จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 25.47

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ทางสถิติระหว่างความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

3.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านอุบัติเหตุ ปัจจัยด้านการบาดเจ็บ และปัจจัยด้านจิตสังคม

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความเครียด						df	X ²	P-value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ									
ชาย	44	50.57	21	24.14	22	25.29	2	0.573	0.751
หญิง	8	42.11	6	31.58	5	26.32			
อายุ									
น้อยกว่า 35 ปี	31	47.69	18	27.69	16	24.62	4	1.435	0.838
35-55 ปี	14	46.67	7	23.33	9	30			
มากกว่า 55 ปีขึ้นไป	7	63.64	2	18.18	2	18.18			
สถานภาพสมรส									
โสด	22	43.14	15	29.41	14	27.45	4	1.491	0.828
คู่	28	54.90	11	21.57	12	23.53			
หย่าร้าง, หม้าย, แยกกันอยู่	2	50	1	25	1	25			
ระดับการศึกษา									
ไม่ได้รับการศึกษา	-	-	-	-	1	100	10	13.450	0.200
ประถมศึกษา	18	41.86	11	25.58	14	32.56			
มัธยมต้น	11	68.75	3	18.75	2	12.5			
มัธยมปลาย	15	53.57	7	25	6	21.43			
อนุปริญญา- อาชีวศึกษา	2	20	5	50	3	30			
ปริญญาตรี	6	75	1	12.5	1	12.5			
อาชีพ									
รับจ้าง	31	46.27	19	28.36	17	25.37	10	11.894	0.292
ค้าขาย	5	45.46	3	27.27	3	27.27			
รับราชการ	6	75	2	25	-	-			
รัฐวิสาหกิจ	1	33.33	2	66.67	-	-			
เกษตรกรรม	1	100	-	-	-	-			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	50	1	6.25	7	43.75			

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับปัจจัยส่วนบุคคล (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความเครียด						df	X ²	P-value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
รายได้ต่อเดือน									
≤ 10,000 บาท	39	50.66	19	24.67	19	24.67	6	5.838	0.442
10,001-15,000 บาท	3	50	2	33.33	1	16.67			
15,001-20,000 บาท	-	-	2	66.67	1	33.33			
20,001-30,000 บาท	2	100	-	-	-	-			
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน									
≤ 10,000 บาท	28	50	12	21.43	16	28.57	8	7.974	0.436
10,001-15,000 บาท	15	57.69	9	34.62	2	7.69			
15,001-20,000 บาท	4	36.36	3	27.28	4	36.36			
20,001-30,000 บาท	2	40	2	40	1	20			
มากกว่า 30,001 บาท	1	25	1	25	2	50			
จำนวนสมาชิกในครอบครัว									
1 - 2 คน	9	60	3	20	3	20	4	0.980	0.913
3 - 5 คน	35	47.29	19	25.68	20	27.03			
มากกว่า 5 คนขึ้นไป	8	47.06	5	29.41	4	23.53			
หัวหน้าครอบครัว									
เป็นหัวหน้าครอบครัว	25	56.82	9	20.45	10	22.73	2	1.890	0.389
ไม่เป็นหัวหน้าครอบครัว	27	43.55	18	29.03	17	27.42			
ภาระการดูแลของครอบครัว									
มีภาระที่ต้องรับผิดชอบ	25	48.08	11	21.15	16	30.77	2	1.892	0.388
ทางครอบครัว									
ไม่มีภาระที่ต้องรับผิดชอบ	27	50	16	29.63	11	20.37			
ทางครอบครัว									
โรคประจำตัว									
มี	2	20	3	30	5	50	2	4.597	0.100
ไม่มี	50	52.08	24	25	22	22.92			
โรคทางสุขภาพจิต									
มี	-	-	-	-	2	100	2	5.964	0.051
ไม่มี	52	50	27	25.96	25	24.04			

* p < .05

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับปัจจัยส่วนบุคคล (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความเครียด						df	X ²	P-value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การใช้สารต่างๆ									
การสูบบุหรี่									
ไม่สูบ	45	52.33	22	25.58	19	22.09	2	3.038	0.219
สูบ	7	35	5	25	8	40			
การดื่มสุรา									
ไม่ดื่ม	39	49.37	22	27.85	18	22.78	2	1.573	0.455
ดื่ม	13	48.15	5	18.52	9	33.33			
การใช้สารเสพติดอื่นๆ									
ไม่เคย	49	50	26	26.53	23	23.47	2	2.851	0.240
เคย	3	37.5	1	12.5	4	50			

* p<.05

จากตารางที่ 5 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลทั้งหมดไม่พบความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับปัจจัยด้านอุบัติเหตุและปัจจัยด้านการบาดเจ็บ

ปัจจัยด้านอุบัติเหตุและ ปัจจัยด้านการบาดเจ็บ	ระดับความเครียด						df	X ²	P-value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ปัจจัยด้านอุบัติเหตุ									
ระยะเวลาที่ได้รับอุบัติเหตุจนถึง									
วันที่ตอบแบบสอบถาม									
3 วัน	-	-	1	33.33	2	66.67	10	10.002	0.440
4 วัน	2	50	1	25	1	25			
5 วัน	41	53.25	21	27.27	15	19.48			
6 วัน	5	33.33	4	26.67	6	40			
7 วัน	2	50	-	-	2	50			
8 วัน	2	66.67	-	-	1	33.33			
ตำแหน่งขณะที่เกิดอุบัติเหตุ									
คนขับ	27	49.09	13	23.64	15	27.27	6	4.934	0.552
คนนั่ง	14	48.28	10	34.48	5	17.24			
คนเดินข้ามถนน	11	55	3	15	6	30			
อื่นๆ (คนเดินริมทาง)	-	-	1	50	1	50			
ปัจจัยด้านการบาดเจ็บ									
บริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ									
แขน									
มี	29	56.86	12	23.53	10	19.61	2	2.693	0.260
ไม่มี	23	41.82	15	27.27	17	30.91			
ขา									
มี	16	43.24	9	24.33	12	32.43	2	1.502	0.472
ไม่มี	36	52.17	18	26.09	15	21.74			
หน้า									
มี	10	62.5	5	31.25	1	6.25	2	3.675	0.159
ไม่มี	42	46.67	22	24.44	26	28.89			
ศีรษะ									
มี	8	61.54	2	15.38	3	23.08	2	1.096	0.578
ไม่มี	44	47.31	25	26.88	24	25.81			
ท้อง									
มี	6	60	3	30	1	10	2	1.396	0.498
ไม่มี	46	47.92	24	25	26	27.08			

*p<.05

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับปัจจัยด้านอุบัติเหตุและปัจจัยด้านการบาดเจ็บ (ต่อ)

ปัจจัยด้านอุบัติเหตุและ ปัจจัยด้านการบาดเจ็บ	ระดับความเครียด						df	X ²	P-value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ความรุนแรงของการบาดเจ็บ									
กระดูกหัก									
มี	20	44.44	8	17.78	17	37.78	2	7.315	0.120
ไม่มี	32	52.46	19	31.15	10	16.39			
บาดแผลถลอก									
มี	22	52.38	13	30.95	7	16.67	2	3.094	0.213
ไม่มี	30	46.88	14	21.87	20	31.25			
บาดเจ็บช่องท้อง									
มี	8	47.06	4	23.53	5	29.41	2	0.170	0.919
ไม่มี	44	49.44	23	25.84	22	24.72			
ได้รับความกระทบกระเทือน ทาง									
สมอง									
มี	6	54.55	2	18.18	3	27.27	2	0.347	0.841
ไม่มี	46	48.42	25	26.32	24	25.26			
มีความพิการ									
แบบทุพพลภาพชั่วคราว	2	25	1	12.5	5	62.5	4	8.544	0.003*
แบบ ทุพพลภาพถาวร	2	28.57	1	14.29	4	57.14			
ไม่มีความพิการ	50	54.95	21	23.08	20	21.98			
ชนิดการรักษา									
ผ่าตัดโดยเข้าห้องผ่าตัด									
มี	28	45.90	14	22.95	19	31.15	2	2.467	0.291
ไม่มี	24	53.33	13	28.89	8	17.78			
เย็บแผล									
มี	25	58.14	12	27.91	6	13.95	2	5.153	0.076
ไม่มี	27	42.86	15	23.81	21	33.33			
ยาและการสังเกตการ									
มี	19	46.34	11	26.83	11	26.73	2	0.197	0.906
ไม่มี	33	50.77	16	24.62	16	24.61			

*p<.05

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับปัจจัยด้านอุบัติเหตุ และปัจจัยด้านการบาดเจ็บ (ต่อ)

ปัจจัยด้านอุบัติเหตุและ ปัจจัยด้านการบาดเจ็บ	ระดับความเครียด						df	X ²	P-value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ค่ารักษาพยาบาล									
พ.ร.บ.									
มี	44	51.76	22	25.88	19	22.36	2	2.308	0.315
ไม่มี	8	38.10	5	23.81	8	38.09			
สิทธิบัตรทอง 30 บาท									
มี	31	56.36	13	23.64	11	20	2	2.739	0.254
ไม่มี	21	41.18	14	27.45	16	31.37			
สิทธิประกันสังคม									
มี	-	-	1	20	4	80	2	8.761	0.013*
ไม่มี	52	51.48	26	25.74	23	22.77			
สังคมสงเคราะห์									
มี	-	-	-	-	3	100	2	9.033	0.011*
ไม่มี	52	50.49	27	26.21	24	23.30			
จ่ายค่ารักษาเอง									
มี	-	-	1	50	1	50	2	1.963	0.375
ไม่มี	52	50	26	25	26	25			
กองทุนทดแทน									
มี	-	-	1	100	-	-	2	5.889	0.208
ไม่มี	52	49.53	26	24.76	27	25.71			
การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บ									
จากบุคลากร									
ได้รับข้อมูล	52	50.49	26	25.24	25	24.27	2	3.646	0.162
ไม่ได้รับข้อมูล	-	-	1	33.33	2	66.67			
การดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติด									
ขณะเกิดอุบัติเหตุ									
ใช่	18	62.07	4	13.79	7	24.14	2	3.756	0.153
ไม่ใช่	33	43.42	23	30.26	20	26.32			

*p<.05

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับปัจจัยด้านอุบัติเหตุ และปัจจัยด้านการบาดเจ็บ (ต่อ)

ปัจจัยด้านอุบัติเหตุและ ปัจจัยด้านการบาดเจ็บ	ระดับความเครียด						df	X ²	P-value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ความเกี่ยวข้องกับกฎหมายหรือคดี									
ความ									
มีคู่กรณี									
คู่กรณีเป็นฝ่ายถูก	5	27.78	2	11.11	11	61.11	4	15.892	0.003*
คู่กรณีเป็นฝ่ายผิด	19	61.29	7	22.58	5	16.13			
ไม่มีคู่กรณี	28	49.12	18	31.58	11	19.30			
ความพึงพอใจในการได้รับความ									
ช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว									
พอใจมาก	50	51.55	25	25.77	22	22.68	4	6.048	0.196
พอใจปานกลาง	2	28.57	1	14.29	4	57.14			
พอใจน้อย	-	-	1	50	1	50			

* p<.05

จากตารางที่ 6 พบว่า ปัจจัยด้านอุบัติเหตุและปัจจัยด้านการบาดเจ็บ ได้แก่ ความรุนแรงของการบาดเจ็บแบบมีความพิการเกิดขึ้นแบบทุพพลภาพชั่วคราว ค่ารักษาที่ใช้สิทธิประกันสังคม และสิทธิสังคมสงเคราะห์ มีความเกี่ยวข้องกับกฎหมายหรือคดีความ มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับปัจจัยด้านจิตสังคม

ปัจจัยด้านจิตสังคม	ระดับความเครียด						df	X ²	P-value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
บุคลิกภาพ									
บุคลิกภาพมิติที่ 1 N-scale									
1.บุคลิกภาพแบบมั่นคง									
ในสภาวะอารมณ์	11	20.75	20	37.74	22	41.51	2	34.271	0.000*
2.บุคลิกภาพแบบหวั่นไหวใน									
สภาวะอารมณ์	41	77.36	7	13.21	5	9.43			
บุคลิกภาพมิติที่ 2 E-scale									
3. บุคลิกภาพแบบเก็บตัว	30	52.63	13	22.81	14	24.56	2	0.705	0.703
4. บุคลิกภาพแบบแสดงตัว	22	44.89	14	28.57	13	26.54			
แรงสนับสนุนทางสังคม									
บิดามารดา									
มี	22	46.81	14	29.79	11	23.40	2	0.846	0.655
ไม่มี	30	50.85	13	22.03	16	27.12			
ญาติ									
มี	3	23.08	2	15.38	8	61.54	2	10.197	0.006*
ไม่มี	49	52.69	25	26.88	19	20.43			
คู่สมรส									
มี	22	59.46	8	21.62	7	18.92	2	3.220	0.522
ไม่มี	30	43.48	19	27.54	20	28.98			
พี่น้อง									
มี	6	54.55	2	18.18	3	27.27	2	0.347	0.841
ไม่มี	46	48.42	25	26.32	24	25.26			
อื่นๆ(เช่นนายจ้าง, บุตร, เพื่อน)									
มี	13	54.17	6	25	5	20.83	2	0.430	0.807
ไม่มี	39	47.56	21	25.61	22	26.83			

* p<.05

จากตารางที่ 7 พบว่า ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพมิติที่ 1 ได้แก่บุคลิกภาพแบบมั่นคงในสภาวะอารมณ์และแบบหวั่นไหวในสภาวะอารมณ์ และแรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นญาติ มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเครียดกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านอุบัติเหตุ ปัจจัยด้านการบาดเจ็บ และปัจจัยด้านจิตสังคม

ตารางที่ 8 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเครียดกับปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้ t-test

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	Mean	S.D.	t	P-value
เพศ					
ชาย	87	77.78	22.763	-0.515	0.608
หญิง	19	80.74	22.196		
หัวหน้าครอบครัว					
เป็นหัวหน้าครอบครัว	44	72.41	18.379	-2.313	0.023*
ไม่เป็นหัวหน้าครอบครัว	62	82.50	24.434		
ภาระการดูแลของครอบครัว					
มีภาระที่ต้องรับผิดชอบ	52	79.65	23.472	0.599	.0551
ไม่มีภาระที่ต้องรับผิดชอบ	54	77.02	21.841		
โรคประจำตัว					
มี	10	83	29.208	1.133	0.260
ไม่มี	96	77.51	21.821		
โรคทางสุขภาพจิต					
มี	2	95	5.657	1.056	0.294
ไม่มี	104	77.99	22.676		
การสูบบุหรี่					
สูบ	20	84.85	22.558	-1.445	0.152
ไม่สูบ	86	76.79	22.451		
การดื่มสุรา					
ดื่ม	27	81.30	23.841	-0.794	0.429
ไม่ดื่ม	79	77.29	22.207		
การใช้สารเสพติดอื่นๆ					
เคย	8	92.50	29.871	-1.870	0.064
ไม่เคย	98	77.15	21.676		

* p<.05

จากตารางที่ 8 พบว่าเมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความเครียดกับปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความเครียดกับบทบาทการเป็นหัวหน้าครอบครัว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ตารางที่ 9 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเครียดกับปัจจัยด้านอุบัติเหตุและปัจจัยด้านการบาดเจ็บ โดยใช้ t-test (ต่อ)

ปัจจัยด้านอุบัติเหตุและปัจจัยด้านการบาดเจ็บ	n	Mean	S.D.	t	P-value
บริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ					
แขน					
มี	51	75.22	22.033	1.364	0.175
ไม่มี	55	81.18	22.913		
ขา					
มี	37	80.22	25.230	-0.634	0.527
ไม่มี	69	77.29	21.158		
หน้า					
มี	16	67.50	17.201	2.112	0.037*
ไม่มี	90	80.23	22.962		
ศีรษะ					
มี	13	71.38	20.292	1.183	0.240
ไม่มี	93	79.28	22.821		
ท้อง					
มี	10	74.50	21.350	0.559	0.577
ไม่มี	96	78.71	22.781		
ความรุนแรงของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ					
กระดูกหัก					
มี	45	81.67	23.100	-1.279	0.204
ไม่มี	59	75.92	22.434		
บาดแผลถลอก					
มี	42	76.38	26.494	0.711	0.479
ไม่มี	64	79.58	19.731		
บาดเจ็บช่องท้อง					
มี	17	86.82	31.493	-1.711	0.090
ไม่มี	89	76.69	20.290		

*p<.05

ตารางที่ 9 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเครียดกับปัจจัยด้านอุบัติเหตุและปัจจัยด้านการบาดเจ็บ โดยใช้ t-test (ต่อ)

ปัจจัยด้านอุบัติเหตุและปัจจัยด้านการบาดเจ็บ	n	Mean	S.D.	t	P-value
ได้รับความกระทบกระเทือนทางสมอง					
มี	11	74.45	19.460	0.596	0.552
ไม่มี	95	78.76	22.970		
ชนิดการรักษา					
ผ่าตัดโดยเข้าห้องผ่าตัด					
มี	61	81.67	22.657	-1.803	0.074
ไม่มี	45	73.76	21.919		
เย็บแผล					
มี	43	73.74	23.882	1.736	0.085
ไม่มี	63	81.43	21.290		
ยาและอื่นๆ					
มี	41	79.22	22.682	-0.327	0.744
ไม่มี	65	77.74	22.683		
คำรักษาพยาบาล					
พ.ร.บ.					
มี	85	76.55	20.965	1.625	0.107
ไม่มี	21	85.43	27.674		
สิทธิบัตรทอง 30 บาท					
มี	55	74.13	17.548	2.009	0.047*
ไม่มี	51	82.82	26.433		

*p<.05

ตารางที่ 9 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเครียดกับปัจจัยด้านอุบัติเหตุและปัจจัยด้านการบาดเจ็บ โดยใช้ t-test (ต่อ)

ปัจจัยด้านอุบัติเหตุและปัจจัยด้านการบาดเจ็บ	n	Mean	S.D.	t	P-value
สิทธิประกันสังคม					
มี	5	105.60	28.615	-2.861	0.005*
ไม่มี	101	76.96	21.536		
สังคมสงเคราะห์					
มี	3	111.33	12.662	-2.641	0.010*
ไม่มี	103	77.35	22.113		
จ่ายค่ารักษาเอง					
มี	2	86.00	15.556	-0.484	0.629
ไม่มี	104	78.16	22.727		
กองทุนทดแทน					
มี	1	83	-	-0.215	0.830
ไม่มี	105	78.09	22.724		
การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บ					
จากบุคลากร					
ได้รับข้อมูล	103	77.78	22.614	-1.435	0.154
ไม่ได้รับข้อมูล	3	96.67	13.429		
การดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติด					
ขณะเกิดอุบัติเหตุ					
ใช้	29	75.59	24.484	-0.876	0.383
ไม่ใช้	76	79.87	21.551		

* p<.05

จากตารางที่ 9 พบว่า เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความเครียดกับปัจจัยด้านอุบัติเหตุและปัจจัยด้านการบาดเจ็บโดยใช้สถิติ t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความเครียดกับบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณหน้า ค่ายรักษาที่ใช้สิทธิบัตรทอง 30 บาท สิทธิประกันสังคมและสิทธิสังคมสงเคราะห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 10 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเครียดกับปัจจัยด้านจิตสังคม โดยใช้ t-test

ปัจจัยด้านจิตสังคม	n	Mean	S.D.	t	P-value
บุคลิกภาพ					
บุคลิกภาพมิติที่ 1 N-scale					
1. บุคลิกภาพแบบมั่นคงใน สภาวะอารมณ์	53	89.30	24.817	5.716	0.000*
2. บุคลิกภาพแบบหวั่นไหวใน สภาวะอารมณ์	53	67.32	12.960		
บุคลิกภาพมิติที่ 2E-scale					
3. บุคลิกภาพแบบเก็บตัว	57	77.58	21.529	-0.359	0.721
4. บุคลิกภาพแบบแสดงตัว	49	79.16	23.954		
แรงสนับสนุนทางสังคม					
บิดามารดา					
มี	47	80.87	23.518	-1.042	0.300
ไม่มี	59	76.27	21.801		
ญาติ					
มี	13	88.62	23.447	-1.774	0.079
ไม่มี	93	76.87	22.213		
คู่สมรส					
มี	36	71.33	15.362	2.410	0.018*
ไม่มี	69	82.28	24.844		
พี่น้อง					
มี	11	82.09	26.939	-0.584	0.560
ไม่มี	95	77.87	22.153		
อื่นๆ (เช่น นายจ้าง, บุตร, เพื่อน)					
มี	24	75.29	22.290	0.743	0.459
ไม่มี	82	79.20	22.732		

* $p < .05$

จากตารางที่ 10 พบว่า เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความเครียดกับปัจจัยด้านจิตสังคมโดยใช้สถิติ t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความเครียดกับบุคลิกภาพของผู้ป่วยแบบมิติที่ 1 คือ บุคลิกภาพแบบมั่นคงในสภาวะอารมณ์และบุคลิกภาพแบบหวั่นไหวในสภาวะอารมณ์ และแรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นคู่สมรส มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 11 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเครียดกับปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้ One-way ANOVA

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	Mean	S.D.	F	P-value
อายุ					
น้อยกว่า 35 ปี	65	81.34	25.153	2.259	0.110
36-55 ปี	30	76.03	16.788		
มากกว่า 55 ปีขึ้นไป	11	66.64	16.280		
สถานภาพสมรส					
โสด	51	83.12	26.035	2.358	0.100
คู่	51	73.53	18.079		
หย่าร้าง,หม้าย,แยกกันอยู่	4	78	18.129		
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้รับการศึกษา	1	116	-	1.916	0.098
ประถมศึกษา	43	80.07	20.843		
มัธยมต้น	16	69.44	18.608		
มัธยมปลาย	28	77.75	25.082		
อนุปริญญา-อาชีวศึกษา	10	89.60	28.749		
ปริญญาตรี	8	69.75	12.056		
อาชีพ					
รับจ้าง	67	80.13	22.649	0.924	0.469
ค้าขาย	11	73.91	15.195		
รับราชการ	8	64.88	15.292		
รัฐวิสาหกิจ	3	75	8.000		
เกษตรกรกรรม	1	63	-		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	16	82	29.741		
รายได้ต่อเดือน					
≤ 10,000 บาท	77	78.34	22.359	0.893	0.449
10,001-15,000 บาท	6	75.17	11.303		
15,001-20,000 บาท	3	83.33	9.074		
20,001-30,000 บาท	2	54.50	12.021		

ตารางที่ 11 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเครียดกับปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้ One-way ANOVA (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	Mean	S.D.	F	P-value
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน					
≤ 10,000 บาท	56	79.63	24.531	0.979	0.423
10,001-15,000 บาท	26	72.08	15.735		
15,001-20,000 บาท	11	87.09	26.140		
20,001-30,000 บาท	5	78.80	15.369		
มากกว่า 30,001 บาท	4	77.75	21.670		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว					
1 - 2 คน	15	69.60	19.693	1.519	0.224
3 - 5 คน	74	80.47	23.269		
มากกว่า 5 คนขึ้นไป	17	76.59	21.030		

* $p < .05$

จากตารางที่ 11 พบว่า เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความเครียดกับปัจจัยส่วนบุคคลโดยใช้สถิติ One way ANOVA พบว่า อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน รายได้ของครอบครัวต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 12 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเครียดกับปัจจัยด้านอุบัติเหตุและปัจจัยด้านการบาดเจ็บ โดยใช้ One-way ANOVA (ต่อ)

ปัจจัยด้านอุบัติเหตุและปัจจัยด้านการบาดเจ็บ	n	Mean	S.D.	F	P-value
ตำแหน่งขณะที่เกิดอุบัติเหตุ					
คนขับ	55	79.07	21.510	0.308	0.819
คนนั่ง	29	77.90	21.217		
คนเดินข้ามถนน	20	75.60	28.391		
อื่นๆ (คนเดินริมทาง)	2	90.50	13.435		
ระยะเวลาตั้งแต่ประสบอุบัติเหตุจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม					
3 วัน	3	95	18.028	1.626	0.160
4 วัน	4	74	20.897		
5 วัน	77	75.22	19.489		
6 วัน	15	90.53	33.483		
7 วัน	4	84.25	29.748		
8 วัน	3	77.67	13.429		
ความพึงพอใจในการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว					
พอใจมาก	97	76.59	21.773	3.558	0.032*
พอใจปานกลาง	7	95.43	26.457		
พอใจน้อย	2	102	19.799		
ความเกี่ยวข้องกับกฎหมายหรือคดีความ					
มีความ					
มีคู่กรณี					
คู่กรณีเป็นฝ่ายถูก	18	91.67	28.487	4.182	0.018*
คู่กรณีเป็นฝ่ายผิด	31	73.77	22.530		
ไม่มีคู่กรณี	57	76.56	19.141		
มีความพิการแบบทุพพลภาพชั่วคราว					
แบบทุพพลภาพถาวร	7	88.86	29.830	3.102	0.049*
ไม่มีความพิการ	91	76.16	21.841		

จากตารางที่ 12 พบว่า เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความเครียดกับปัจจัยด้านอุบัติเหตุและปัจจัยด้านการบาดเจ็บโดยใช้สถิติ One way ANOVA พบว่าความพึงพอใจในการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับกฎหมายหรือคดีความ การมีความพิการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความเครียด

ตารางที่ 13 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความเครียด

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความเครียด	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
อายุ	-.202	.038*
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	.077	.430
รายได้ต่อเดือน	-.107	.323
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน	.009	.925

* $p < .05$

จากตารางที่ 13 พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.4 การวิเคราะห์เพื่อค้นหาตัวแปรพยากรณ์ที่สามารถพยากรณ์ความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับ
อุบัติเหตุการจราจรทางบก โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression
Analysis) แบบ Stepwise

ตารางที่ 14 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างตัวพยากรณ์กับความเครียดของผู้ป่วย
ที่ได้รับอุบัติเหตุการจราจรทางบก

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
Regression	3	15901.68	5300.561	17.323	0.000*
Residual	37	11321.10	305.976		
Total	40	27222.78			

* $p < .05$

จากตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน พบว่า ความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับ
อุบัติเหตุการจราจรทางบก มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพมิติที่ 1 ได้แก่แบบ
มั่นคงในสภาวะอารมณ์และแบบหัวน้ําในสภาวะอารมณ์ ค่ารักษาที่ใช้สิทธิบัตรทอง 30 บาท
และบทบาทหัวหน้าครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สามารถสร้างเป็นสมการ
พยากรณ์เชิงเส้นตรงได้ กำหนดหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ดังแสดงในตารางที่ 15

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 15 การวิเคราะห์ถดถอยพหุของตัวแปรพยากรณ์กับความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ การจราจรทางบก

ตัวพยากรณ์	B	SE.B	β	t	p
บุคลิกภาพมิติที่ 1	-30.308	5.513	-0.587	-5.498	0.000*
ค่ารักษาที่ใช้สิทธิบัตรทอง 30 บาท	-16.794	5.625	-0.321	-2.986	0.005*
บทบาทหัวหน้าครอบครัว	13.247	5.511	0.257	2.404	0.021*

* p < .05 * p < .01

a = 178.91 SE = 17.49

R = 0.76 R² = 0.58

จากตารางที่ 15 พบว่า ตัวพยากรณ์ที่สามารถพยากรณ์ความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ การจราจรทางบกมี 3 ตัวแปร โดยเรียงลำดับจากตัวแปรที่ส่งผลมากที่สุดไปน้อยที่สุด คือ บุคลิกภาพแบบมิติที่ 1 ค่ารักษาที่ใช้สิทธิบัตรทอง 30 บาทและบทบาทหัวหน้าครอบครัว ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 ตัวนี้ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ การจราจรทางบก ได้ร้อยละ 58 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุการจราจรทางบก ที่พักรักษาตัว แผนกอุบัติเหตุ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 106 คน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2548 ถึงเดือนธันวาคม 2548

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดบุคลิกภาพ และแบบวัดความเครียด

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการบรรยายลักษณะข้อมูล ใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square) เพื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านอุบัติเหตุ ปัจจัยด้านการบาดเจ็บและปัจจัยด้านจิตสังคม , ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson 's Product Movement Correlation Coefficiency) เพื่อวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา, ใช้สถิติ t-test และ One way ANOVA เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย และใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อค้นหาตัวแปรพยากรณ์ที่สามารถพยากรณ์ความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุการจราจรทางบก

ปัจจัยส่วนบุคคล

ผู้ป่วยอุบัติเหตุการจราจรทางบก ที่พักรักษาตัว แผนกอุบัติเหตุในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 106 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 82.1 มีอายุระหว่าง 25-35 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีสถานภาพโสดและคู่จำนวนเท่ากันมากที่สุด ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เกิน 10,000 บาท และมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวน 3-5 คน มากสุด บทบาทในครอบครัวส่วนใหญ่ ไม่มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว ไม่มีภาระที่ต้องรับผิดชอบทางครอบครัวจำนวนมากที่สุด

ผู้ป่วยอุบัติเหตุการจราจรทางบกส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวแต่ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวพบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคกระเพาะ และส่วนใหญ่ไม่มีโรคทางสุขภาพจิต

การสูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มที่ไม่เคยสูบบุหรี่มีจำนวนมากที่สุด แต่ในกลุ่มที่ปัจจุบันสูบบุหรี่ มีความถี่ในการสูบ 20 มวนต่อวันจำนวนมากที่สุด

การดื่มสุรา พบว่าส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา ความถี่ในการดื่มครั้งขวดต่อวันจำนวนมากที่สุด การใช้สารเสพติดอื่นๆ พบว่าไม่เคยใช้สารเสพติดจำนวนมากที่สุด

ปัจจัยด้านอุบัติเหตุและปัจจัยด้านการบาดเจ็บ

ตำแหน่งขณะที่เกิดอุบัติเหตุ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มอยู่ในตำแหน่งที่คนขับมากที่สุด บริเวณที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุด คือ บริเวณแขน รองลงมา คือ บริเวณขา และหน้า ความรุนแรงของการบาดเจ็บ จากอุบัติเหตุที่พบ พบว่ามีกระดูกหักมากที่สุด รองลงมาคือ มีบาดแผลลลอก

การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บ พบว่ากลุ่มได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บ ขณะพัก รักษาตัว จำนวนมากที่สุด โดยรับรู้ว่าจะสามารถรักษาหายได้ ร้อยละ 94.4

การดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดขณะเกิดอุบัติเหตุ พบว่า ขณะเกิดอุบัติเหตุกลุ่มไม่ใช้สารเสพติดจำนวนมากที่สุด ส่วนกลุ่มที่ใช้สารเสพติดจะใช้เบียร์และสุรา ขณะเกิดอุบัติเหตุ

ระยะเวลาตั้งแต่ประสบอุบัติเหตุจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่ประมาณ 5 วัน ส่วนการเข้ารับการนอนพักรักษาใน โรงพยาบาลอื่นมาก่อนจากอุบัติเหตุครั้งนี้พบว่ามีกลุ่มไม่เคยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลอื่นมาก่อนจำนวนมากที่สุด

ความเกี่ยวข้องกับกฎหมายหรือศีลธรรม พบว่าส่วนใหญ่มีคู่กรณี โดยจะเป็นรถแท็กซี่ รถมอเตอร์ไซด์ รถเมล์ รถยนต์ เป็นฝ่ายผิด

บุคคลหลักที่ช่วยเหลือขณะเข้ารับการรักษา ส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา รองลงมาคือคู่สมรส, ระดับความพึงพอใจ ในการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว พบว่า มีความพอใจมาก จำนวนมากที่สุด

การรักษาที่ได้รับส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดโดยเข้าห้องผ่าตัด รองลงมาคือ ได้รับการเย็บแผล ค่ารักษาพยาบาลส่วนมากใช้สิทธิ พ.ร.บ.มากที่สุด รองลงมาคือ ใช้สิทธิบัตรทอง 30 บาท

ปัจจัยด้านจิตสังคม

ผู้ป่วยอุบัติเหตุการจราจรทางบก ที่พักรักษาตัว แผนกอุบัติเหตุในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ พบว่า มีบุคลิกภาพแบบเก็บตัว คิดเป็นร้อยละ 53.8 รองลงมา คือ มีบุคลิกภาพแบบมั่นคงและแบบหัวน่ไหวใน สภาวะอารมณ์ จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50 และบุคลิกภาพแบบแสดงออก ร้อยละ 46.2

การประเมินความเครียด

พบว่าผู้ป่วยอุบัติเหตุการจราจรทางบกส่วนใหญ่มักมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 49.06 รองลงมาที่มีความเครียดระดับปานกลางร้อยละ 25.47 และมีความเครียดระดับสูงร้อยละ 25.47

การวิเคราะห์ทางสถิติระหว่างความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านอุบัติเหตุและปัจจัยด้านการบาดเจ็บ ปัจจัยด้านจิตสังคม

ปัจจัยส่วนบุคคลทั้งหมด พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยด้านอุบัติเหตุและปัจจัยด้านการบาดเจ็บ พบว่า ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่มีความพิการเกิดขึ้นแบบทุพพลภาพชั่วคราว , ค่ารักษาพยาบาลที่ใช้สิทธิประกันสังคมและสิทธิสังคมสงเคราะห์ , ความเกี่ยวข้องกับกฎหมายหรือคดีความมีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยด้านจิตสังคม พบว่าผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบมิติที่ 1 ได้แก่นบุคลิกภาพแบบมั่นคงในสภาวะอารมณ์ และแบบหวั่นไหวในสภาวะอารมณ์ , แรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นญาติ มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเครียดกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านอุบัติเหตุ ปัจจัยด้านการบาดเจ็บและปัจจัยด้านจิตสังคม

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า บทบาทการเป็นหัวหน้าครอบครัวที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยด้านอุบัติเหตุและปัจจัยด้านการบาดเจ็บ พบว่า บริเวณที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณหน้า, ความรุนแรงของการบาดเจ็บแบบมีความพิการแบบทุพพลภาพชั่วคราว, ค่ารักษาที่ใช้สิทธิบัตรทอง 30 บาท, สิทธิประกันสังคมและสิทธิสังคมสงเคราะห์, ความพึงพอใจในการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว, ความเกี่ยวข้องกับกฎหมายหรือคดีความ ทำให้เกิดความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยด้านจิตสังคม พบว่า ผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบมิติที่ 1 คือบุคลิกภาพแบบมั่นคงในสภาวะอารมณ์และบุคลิกภาพแบบหวั่นไหวในสภาวะอารมณ์ , แรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นคู่สมรส ทำให้เกิดความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ผลการวิเคราะห์ทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความเครียด

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .05 คือ ผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีความเครียดต่ำ หรือในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีความเครียดสูง

4. ผลการค้นหาค้นหาตัวพยากรณ์ที่สามารถพยากรณ์ความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ การจราจรทางบกกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านอุบัติเหตุ ปัจจัยด้านการบาดเจ็บและปัจจัยด้านจิตสังคม พบว่า ตัวพยากรณ์เกี่ยวกับความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ บุคลิกภาพแบบมิติที่ 1 คือบุคลิกภาพแบบมั่นคงในสภาวะอารมณ์และบุคลิกภาพแบบหวั่นไหวในสภาวะอารมณ์, ค่ารักษาที่ใช้สิทธิบัตรทอง 30 บาท,และบทบาทการเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 ตัวสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุการจราจรทางบกได้ร้อยละ 58 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ พบประเด็นที่น่าสนใจนำมาอภิปรายได้ ดังนี้

1. ความเครียด

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 106 คน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุการจราจรทางบก ที่พักรักษาตัวแผนกอุบัติเหตุ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 49.06 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการวิจัยของ อูษา ปิ่นบุญมี (75) ที่ศึกษาถึงความเครียดของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจำนวน 100 คน พบว่าผู้ป่วยอุบัติเหตุที่รับไว้ในโรงพยาบาลมีความเครียดอยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุการจราจรทางบก เมื่อได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้รับทราบข้อมูลจากบุคลากร เกี่ยวกับการบาดเจ็บและการรักษาจากบุคลากรในโรงพยาบาลทำให้ทราบเกี่ยวกับโรคและการรักษา นอกจากนี้ยังมีแรงสนับสนุนจากครอบครัวในการให้ความช่วยเหลือดูแลขณะอยู่โรงพยาบาล ในการเข้ารับการรักษา และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคทางสุขภาพจิต จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดระดับน้อย ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาของเฮร์เบอร์แมนและคณะ (Herberman, et al) (94) ที่ศึกษาถึงความเครียดของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงจากรถจักรยานยนต์ทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง จำนวน 130 คน หลังจากรับอุบัติเหตุ ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงมีความเครียดในระดับสูง และอยู่ในเกณฑ์การวินิจฉัยของโรค PTSD ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราเสี่ยงสูงต่อการเกิดความเครียดได้ง่าย

2. ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยส่วนบุคคล

เพศ พบว่า ผู้ป่วยอุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 82.1 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ คาเรย์และคณะ (Carey, et al) (102) ได้ศึกษาถึงอุบัติการณ์และการได้รับบาดเจ็บใน

อุบัติเหตุรถยนต์ในรัฐโอไฮโอ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 79 และผลการศึกษาของ เสาวนีย์ ดิมูล (88) ได้ศึกษาถึงระดับความวิตกกังวลของผู้บาดเจ็บจากการขับขีรถจักรยานยนต์ ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลพุทธชินราช พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นเพศชายร้อยละ 74.8 เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เป็นเพศชาย เป็นวัยหนุ่มสาวที่กำลังศึกษาคณะศึกษามีความอยากรู้อยากเห็นมากกว่าเพศหญิงและไม่กลัวถึงอันตรายที่เกิดขึ้น และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้อยู่ในวัยใกล้เคียงกัน การปรับตัวจึงไม่แตกต่างกัน และได้รับการดูแลได้ถูกต้องตามแผนการรักษา ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไวท์(103) กล่าวว่าเพศอายุ ประสบการณ์ในการทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อความเครียด

อายุ พบว่า ผู้ป่วยอุบัติเหตุส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 35 ปี ร้อยละ 37.74 ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของมาร์เมอร์ และคณะ (Marmor, et al)(104) ที่ศึกษาถึงลักษณะของอุบัติเหตุการจราจรทางบกในเขตเมืองหลวง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุ 20-30 ปี ร้อยละ 47 ซึ่งเป็นช่วงวัยหนุ่มสาวทำให้เกิดความตึงเครียดในการขับขี่ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายและขาดความระมัดระวัง และจากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเครียด อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยจะเกิดความเครียดได้สูงกว่า ในขณะที่เดียวกันกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมาก จะเกิดความเครียดต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ สตอร์คอลและคณะ (Stordal, E. et al)(105) ที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะซึมเศร้าพบว่า ภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่พบในคนที่มีความอายุน้อย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยหนุ่มสาว มีความอยากรู้อยากเห็น เมื่อเจ็บป่วยด้วยอุบัติเหตุแล้วมักจะต้องอยู่โรงพยาบาลนาน และมีความจำเป็นจะต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ ตลอดจนการปรับตัวในขณะที่เจ็บป่วยของกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้เป็นไปได้ไม่ดี จึงเกิดความเครียดได้ง่าย

สถานภาพสมรส พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีสถานภาพโสดและคู่ จำนวนมากเท่า ๆ กัน ส่วนสถานภาพหม้าย / หย่า / แยก มีจำนวนน้อยมาก ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพใกล้เคียงกันจึงทำให้ไม่มีความเครียดที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของไวท์แมน (Weinman) (106) ที่ว่า นอกจากคู่สมรสแล้ว บุคคลในครอบครัวมีบทบาทเป็นผู้ให้กำลังใจ ปลอบใจให้ผู้ป่วยคลายความตึงเครียด และความกังวลได้ ซึ่งมีผลให้สภาพจิตใจของผู้ป่วยดีขึ้น

ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในระดับการศึกษา กลุ่มอาชีพ และรายได้ที่ใกล้เคียงกัน การปรับตัวจึงไม่แตกต่างกัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดที่ไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของเสนาะ สีนอาษา (107) พบว่าความแตกต่างของรายได้ของบุคคลไม่มีความเกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในเขตอุตสาหกรรมซึ่งขัดแย้งกับผลการวิจัยของ

ศิริวรรณ ศิริบุญ(108) ที่ได้ศึกษาและพบว่ากลุ่มคนที่ถูกปลดออกจากงาน และต้องพึ่งพาทางด้านเศรษฐกิจจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวจะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าในรายที่มีรายได้เป็นของตัวเอง

บทบาทในครอบครัว เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ chi-square พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด แต่เมื่อวิเคราะห์ด้วย t-test พบว่าบทบาทที่ต่างกัน ทำให้มีค่าเฉลี่ยของความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยบทบาทที่ไม่เป็นหัวหน้าครอบครัวมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดสูงกว่าบทบาทที่เป็นหัวหน้าครอบครัว เนื่องจาก สมาชิกครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยทำให้ต้องหยุดงาน ทำให้รายได้ของตัวเองลดลงและรายจ่ายเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยมาจากครอบครัวที่มีรายได้น้อย ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นต้นเหตุ ทำให้เกิดปัญหาเป็นผู้ก่อภาระให้กับครอบครัว มีความเคียดแค้นจากค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต้องใช้ในการรักษา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจนี้ ยิ่งเพิ่มความเครียดให้ผู้ป่วยมากขึ้น(109)ซึ่งได้ผลเช่นเดียวกันกับการศึกษาของแฟรดเด็น และคณะ (Fadden G. et al) (110) ที่ให้แก่วัดความสำคัญทางด้านเศรษฐกิจ โดยกล่าวว่า นอกจากความจำเป็นที่ครอบครัวจะต้องจ่ายเงิน เพื่อการรักษาแล้ว และเมื่อผู้ป่วยเป็นผู้ประกอบอาชีพทำมาหาเลี้ยงครอบครัว และความเจ็บป่วยนั้นเป็นอุปสรรคกับครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดเพิ่มขึ้น

โรคประจำตัว / โรคทางจิตเวช / ประวัติการใช้สารเสพติด พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว และโรคทางจิตเวช จึงมีข้อมูลพื้นฐานใกล้เคียงกัน ทำให้การปรับตัวไม่แตกต่างกัน ส่วนประวัติการใช้สารเสพติด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด และจากการวิจัยนี้พบว่าผู้ป่วยอุบัติเหตุใช้บุหรี่ถึงร้อยละ 56.6 มีทั้งกลุ่มที่ยังคงสูบบุหรี่ในปัจจุบันและกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแคปแลนและซาด็อก (Kaplan HI, Sadock BJ .)(111) พบว่า 3 ใน 4 ของผู้ป่วยจิตเวชสูบบุหรี่ เนื่องจากผู้ป่วยสูบบุหรี่แล้วรู้สึกว่าเกิดความสุข ลดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล

ปัจจัยด้านอุบัติเหตุและปัจจัยด้านการบาดเจ็บ

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มประสบอุบัติเหตุ จนถึง วันที่ตอบแบบสอบถาม พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด แสดงว่า ไม่ว่าจะกลุ่มตัวอย่างจะอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานานเท่าใด ความเครียดไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสภาพความเจ็บป่วยของกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้คล้ายคลึงกัน แบบแผนการปฏิบัติตนใกล้เคียงกัน การปรับตัวจึงไม่แตกต่างกัน ทำให้ความเครียดไม่แตกต่างกัน ซึ่งจากการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลนานจะมีความเครียดน้อยกว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลน้อย เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลนานกว่าสามารถปรับตัวได้ดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลน้อย และอาการทั่วไปของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น นอกจากนั้นยังได้รับการดูแลและการเอาใจใส่ที่ดีจาก

พยาบาลทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะเครียด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ผ่องศรี ศรีมรกต (77) ได้ศึกษาถึงวิธีการเผชิญปัญหาและการปรับตัวด้านจิตใจในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จำนวน 76 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการปรับตัวด้านจิตใจดี จะมีระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาลนานกว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับตัวด้านจิตใจได้

ตำแหน่งขณะที่เกิดอุบัติเหตุ พบว่า ตำแหน่งคนขับมีจำนวนมากสุด คิดเป็นร้อยละ 51.9 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของโอจินี และคณะ (Oginni FO.et al)(112) ที่ศึกษาเรื่องอุบัติเหตุรถมอเตอร์ไซด์ของชาวไนจีเรีย ที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณใบหน้าที่ใช้ถนนในเมือง พบว่า ผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้ขับขี่ร้อยละ 50.5 และจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ตำแหน่งขณะที่เกิดอุบัติเหตุไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด เนื่องจากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นๆ โดยไม่ได้ตั้งใจ และไม่คาดคิดล่วงหน้า ไม่ว่าจะอยู่ตำแหน่งใด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทวิ ท้าวคำลือ (113) ที่ทำการศึกษาค้นคว้าสุขภาพจิตของพนักงานขับรถเมล์ พบว่าประสบการณ์ในการขับรถที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อสุขภาพจิต

ตำแหน่งที่บาดเจ็บ พบว่า บริเวณที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุดคือ บริเวณแขน ร้อยละ 48.1 รองลงมาคือบริเวณขา, หน้า, ศรีษะ, ท้อง ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ chi-square พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด แต่เมื่อวิเคราะห์ด้วย t-test พบว่า บริเวณที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณหน้ามีค่าเฉลี่ยของความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่ไม่ได้รับบาดเจ็บที่หน้า มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความเครียดสูงกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่หน้า เนื่องจากข้อมูลที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนผู้ป่วยเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง และผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เป็นเพศชายจะได้รับบาดเจ็บบริเวณอื่นที่สำคัญกว่า เช่น ที่ แขน , ขา ซึ่งเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยในการประกอบอาชีพ ส่วนบริเวณหน้าได้รับบาดเจ็บน้อยและบุคลิกลักษณะส่วนใหญ่ของเพศชายมีความสนใจในการบาดเจ็บที่หน้าน้อยกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของชาร์ล และวินสตัน (Charles and Weinstein)(114) ได้ศึกษาเปรียบเทียบ การเกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกตัดอวัยวะแขนขา กับกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปในโรงพยาบาล พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกตัดอวัยวะแขนขาจะมีความวิตกกังวลและมีภาวะซึมเศร้ามากกว่า

ความรุนแรงของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ chi-square และ t-test พบว่า ความรุนแรงของการบาดเจ็บแบบมีความพิการทุพพลภาพชั่วคราว มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความเครียดสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับบาดเจ็บแบบมีความพิการทุพพลภาพชั่วคราว ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วยที่มีความพิการแบบทุพพลภาพชั่วคราวว่าจะสามารถรักษาหายหรือไม่ และมีความกังวลว่าจะเดินได้ไม่เหมือนเดิม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้ และหมดหวังในชีวิตว่าตนจะใช้อวัยวะแขนขาได้เหมือนคนปกติหรือไม่ และจากข้อมูลการศึกษาครั้งนี้พบว่าบุคลิกภาพส่วนใหญ่ของผู้ป่วยมีบุคลิกภาพแบบเก็บตัวมากที่สุด โดยลักษณะของบุคคลชอบเก็บตัวเป็นคนเอา

จริงเอางัง เจ้าระเบียบ ยิ่งส่งผลทำให้เกิดความเครียดสูงกว่าคนที่มีความพิการแบบทพพลาภาถาวร โดยบุคคลเหล่านี้จะเรียนรู้และยอมรับสถานการณ์ต่างๆที่เปลี่ยนแปลงไปได้ดีกว่า(115)ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของอรวรรณ จุลวงษ์ (116) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรกับการปรับตัวของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่ถูกตัดอวัยวะขาที่ พบว่า ผู้ป่วยที่ถูกตัดอวัยวะขา เมื่อระยะเวลาผ่านไปผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าตัวเองโชคดีอยู่ เนื่องจากไม่ได้สูญเสียชีวิตและหลังจากสูญเสียแขนหรือขา ผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนในเรื่องของแขน ขาเทียม ทดแทนอวัยวะที่สูญเสียไป

ชนิดการรักษา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด แต่จะพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความเครียดสูงกว่า ผู้ที่ไม่ได้รับการผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับอุบัติเหตุจะเกิดความเครียดอยู่แล้ว เนื่องจากการเจ็บป่วยที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน ไม่มีการเตรียมตัวเตรียมใจไว้ล่วงหน้า และไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และต้องเจอกับวิธีการรักษาโดยการผ่าตัด ยิ่งทำให้เกิดความเครียดกับผู้ป่วยมากขึ้น(17)

การรักษาพยาบาล เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ chi - square พบว่า สิทธิประกันสังคมและสิทธิสังคมสงเคราะห์ มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ t- test พบว่าสิทธิประกันสังคม สิทธิบัตรทอง 30 บาทและสิทธิสังคมสงเคราะห์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยผู้ป่วยที่มีสิทธิประกันสังคม และสังคมสงเคราะห์จะมีความเครียดมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิประกันสังคม เนื่องจากในเรื่องของอุบัติเหตุจากกรณีที่มีพ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถจะต้องใช้สิทธิจากพ.ร.บ.ก่อนส่วนเกินจึงจะใช้สิทธิจากประกันสังคมได้(117) ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในเรื่องค่ารักษา และในผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิบัตรทอง 30 บาทจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความเครียดสูงกว่าผู้ป่วยที่มีสิทธิบัตรทอง 30 บาท เนื่องจากผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิบัตรทอง 30 บาทจะมีความกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง และมีรายได้ต่ำแรงจะเป็นภาระแก่ครอบครัวของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดมากขึ้น ดังที่ ฮาร์แฟม (Harpham) (118) ได้กล่าวว่าการที่มีรายได้ต่ำ สภาพความเป็นอยู่ที่ไม่ดี ขาดความมั่นคงของที่อยู่อาศัย จะมีผลต่อสภาพจิตใจของบุคคลนั้น และจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า สิทธิบัตรทอง 30 บาทสามารถพยากรณ์การเกิดความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ ได้ร้อยละ 58

การรับรู้การบาดเจ็บ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องพยาธิสภาพของโรคที่เป็นอยู่,การรักษาพยาบาลและสิทธิการรักษาที่ควรจะได้รับจากบุคคลากรในทีมสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 94.4 ทำให้ไม่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา

ความเกี่ยวข้องกับกฎหมายหรืออคติความ พบว่า เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ chi - square และ One way ANOVA พบว่า มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยในกรณี ที่คู่กรณีเป็นฝ่ายถูก จะมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความเครียดสูงกว่า คู่กรณีที่เป็นฝ่ายผิด

เนื่องจากตัวผู้ป่วยเองเป็นฝ่ายผิดและตัวผู้ป่วยเองยังได้รับบาดเจ็บ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล และมีความเครียดได้ง่าย เพราะต้องรับผิดชอบเกี่ยวกับตัวเองและมีyingกฎหมายเข้ามาเกี่ยวข้อง

ปัจจัยด้านจิตสังคม

บุคลิกภาพ เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ chi – square และ t – test พบว่า บุคลิกภาพมิติที่ 1 แบบมั่นคงในสภาวะอารมณ์และแบบหวั่นไหวในสภาวะอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าบุคลิกภาพแบบมั่นคงในสภาวะอารมณ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความเครียดสูงกว่า ผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบหวั่นไหวในสภาวะอารมณ์ เนื่องจาก ผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบมั่นคงเป็นบุคคลที่มีความรับผิดชอบต่อตัวเองและผู้อื่น มีลักษณะเป็นทั้งผู้นำและผู้ตามใน โอกาสอันควร เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นจากอุบัติเหตุ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดทำให้บุคคลเกิดความเครียดขึ้น โดยที่ตัวเองต้องมาเจ็บป่วยนอนโรงพยาบาลและจากข้อมูลของผู้ป่วยมีอาการ chronic ต้องนอนโรงพยาบาลนาน ไม่สามารถปกป้องหรือให้ความช่วยเหลือบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลอื่นๆที่สำคัญสำหรับตนได้ นอกจากนั้นความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งทำให้รู้สึกขัดแย้งกับความรู้สึกของตนเอง ทำให้ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองลดลง ผู้ป่วยจึงเกิดความเศร้าโศก ความวิตกกังวลและความเครียดเกิดขึ้นดังที่ Herron&Nance(61) ได้กล่าวไว้ซึ่งผลการวิจัยนี้ขัดแย้งกับทฤษฎีของ Eysenck (119) ที่ให้คำอธิบายไว้ว่า บุคลิกภาพแบบอ่อนไหวทางอารมณ์ เป็นลักษณะของบุคคล ที่มักจะเชื่อมโยงความวิตกกังวลเข้ากับสิ่งเร้าที่เป็นกลางรู้สึกกังวลต่อทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นจะเกิดความเครียดได้ง่ายกว่าและจากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า บุคลิกภาพมิติที่ 1 สามารถพยากรณ์การเกิดความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ ได้ร้อยละ 58

แรงสนับสนุนทางสังคม เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ chi – square พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นญาติของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยรุ่น ในกรณีที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นญาติของผู้ป่วยมาเยี่ยม ทำให้เกิดความรู้สึกไม่ดีกับตัวเอง เนื่องจากทำให้เกิดเป็นภาวะกับญาติของตนเอง โดยไม่ใช่เป็นบิดามารดา จึงทำให้เกิดความเครียดได้สูงกว่า ในกรณีไม่มีญาติมาเยี่ยม และเมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ t – test พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่ไม่มีคู่สมรสจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความเครียดสูงกว่าผู้ป่วยที่มีคู่สมรส ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด จำนวนเท่ากับผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ ทำให้เกิดความรู้สึกเปรียบเทียบ อยากมีคนรู้ใจ เข้าใจความรู้สึก มาให้การสนับสนุน มากอวยให้กำลังใจกับตนบ้าง และส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นบิดามารดา ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ ซาราสัน และคณะ(Sarason et al. อ้างใน Sarafino)(120) ได้เสนอไว้ว่า การได้รับการสนับสนุนจากญาติหรือเพื่อนเพียงไม่กี่คน ก็สามารถทำให้ได้รับการสนับสนุนเพียงพอได้ แสดงว่าประสิทธิภาพของแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่ได้ขึ้นอยู่กับ

กับปริมาณของแรงสนับสนุนเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ขึ้นอยู่กับความพึงพอใจต่อแรงสนับสนุนที่ได้รับ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้

1. ในการดูแลพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่รับการรักษาในโรงพยาบาลนั้นการปฏิบัติการพยาบาลควรมุ่งให้ความสนใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบหรือมีอิทธิพลต่อภาวะเครียดของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยลดภาวะเครียดและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถแสวงหาและใช้พฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดที่เหมาะสม
2. นำผลการวิจัยที่ได้ไปเผยแพร่ เพื่อให้บุคลากรในทีมสุขภาพได้ตระหนักถึงปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วย เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติต่อไป รวมทั้งให้การพยาบาลได้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม
3. นำผลการวิจัยที่ได้ใช้เป็นข้อมูลในการทำวิจัย และฟื้นฟูความรู้และพฤติกรรมบริการแก่บุคลากรในทีมสุขภาพ
4. ควรมีการศึกษาถึงอายุเพศของผู้ป่วยกับตำแหน่งของการบาดเจ็บว่ามีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างไร เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
5. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดกลุ่มภายในตึก โดยพยาบาลเป็นผู้นำกลุ่ม เพื่อพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ เมื่อบุคคลอื่นก็มีปัญหาเช่นเดียวกัน
6. ในการจัดการเรียนการสอนแก่นักศึกษาพยาบาล ควรเน้นให้นักศึกษาได้มองเห็นความสำคัญถึงปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยอุบัติเหตุควบคู่ไปกับปัญหาทางด้านร่างกาย รวมทั้งปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อภาวะเครียด เพราะผู้ป่วยต้องการกำลังใจอย่างมาก

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ในการวิจัยครั้งนี้ได้ทำเฉพาะโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เท่านั้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับผู้ป่วยอุบัติเหตุการจราจรทางบกในโรงพยาบาลอื่นๆ
2. ควรศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่จะมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยอุบัติเหตุการจราจรทางบก เช่น ทัศนคติ ความคาดหวัง การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น ซึ่งถือว่ามีความสำคัญ โดยจะเป็นประโยชน์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหของภาวะเครียดได้มากยิ่งขึ้น
3. ควรมีการศึกษาถึง รูปแบบพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยอุบัติเหตุการจราจร เพื่อศึกษาถึงรูปแบบการแก้ปัญหา และการปรับตัวที่เหมาะสม ซึ่งจะสามารถช่วยลดความเครียดได้

4. การศึกษาในเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับความเครียด และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของ ผู้ป่วยอุบัติเหตุการจราจร ที่รับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก เพื่อช่วยให้เข้าใจกระบวนการการรับรู้ถึงความเครียดของผู้ป่วย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

1. มนุษย ตนะวัฒนา. การบริหารความเครียด. กรุงเทพมหานคร: ซีรพงษ์การพิมพ์, 2539 .หน้า 10.
2. ชไมพันธ์ สันติกาญจน์. รูปแบบใหม่ของการเฝ้าระวังการบาดเจ็บในระดับจังหวัด. วารสารวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (สิงหาคม 2542) : 12-24.
3. ยงยุทธ สารสมบัติ. อุบัติเหตุจากรถ : Vision Mission and Action ในแผนหลักการพัฒนาระบบจากรถและขนส่ง. การสัมมนาเรื่อง “อุบัติเหตุจากรถ” ขอนแก่น : โรงแรมเจริญธานี ปริ้นเซส, 2541.
4. โรงพยาบาลตำรวจ, “สถิติอุบัติเหตุจากรถทางบก-จำนวนทรัพย์สินเสียหาย พ.ศ.2546” , สถิติการคมนาคมและขนส่ง, กรุงเทพมหานคร : สำนักงานตำรวจแห่งชาติ, 2546.
5. ชื่นกมล ลาภมา. แนวคิดในการช่วยเหลือผู้ป่วยอุบัติเหตุจากรถถึงโรงพยาบาล. วารสารกองการพยาบาล (ตุลาคม 2534) : 63-65.
6. ศิริวรรณ สันติเชียรกุล. ประมวลสถานการณ์ปัญหาการสวมหมวกนิรภัยในผู้ใช้รถจักรยานยนต์ประเทศไทย พ.ศ.2538-2545. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา. กรุงเทพมหานคร : สำนักระบาดวิทยา, 2547.
7. ชไมพันธ์ สันติกาญจน์. ปัญหาอุบัติเหตุในประเทศไทยและแนวทางแก้ไข, ตำราเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมฉบับเฉลิมพระเกียรติ 70 พรรษา, 2542 : 690.
8. วิทยา ซาติปัญชาชัย. บทเรียนการพัฒนาโครงการป้องกันอุบัติเหตุ กรณีจังหวัดขอนแก่น. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น : พระธรรมจันทร์ , 2545.
9. สุชาดา เกิดมงคลการ, ศิริวรรณ พูลทวี, ชไมพันธ์ สันติกาญจน์. พฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยในประเทศไทยและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. กรุงเทพมหานคร : กองระบาดวิทยา สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข/สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ; 2545.
10. สำนักงานระบาดวิทยา รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา แหล่งที่มา <http://epid.moph.go.th>
11. ต้อย ยิ่งน้อย. วิทยาระบาดในงานอนามัยชุมชน. กรุงเทพมหานคร : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
12. สุปรียา ควระเดชะคุปต์, ไชยยศ เหมารัชตะ, สมชัย บวรกิตติ. ปัญหาการจราจรทางบกในเมือง. วารสารราชบัณฑิตยสถาน (2547) : 875-879.
13. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติ. สถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี 2545-2546. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2547.

14. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล.
ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์, 2537, หน้า 12.
15. นิตยา สมบัติแก้ว. ภาวะสูญเสีย : บทบาทพยาบาล. วิทยาสารพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสภา
กาชาดไทย 2540: 22 :117-123.
16. ทศนี อนันตพันธุ์พงศ์. ญาติกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย. วิทยาสารพยาบาลวิทยาลัย
พยาบาลสภากาชาดไทย (ตุลาคม 2540) : 110.
17. Lambert, 1985 อ่างใน ช่อลดดา พันธุเสนา. การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤติตาม
แบบแผนสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป จำกัด, 2536.
18. Keltner, N. L., Schwecke, L. H., and Bostrom, C.E. Psychiatric Nursing. 2nd Ed. St. Louis :
Mosby comp. (1995).
19. Michael, R. Z. Stress in Health and Disease. New York : Brunner, 1984.
20. Selye, H. The Stress of Life. 2nd Ed. New York : McGraw-Hill Book, 1976.
21. อัมพร โอตระกูล. สุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร : วิทยพัฒน์, 2538 : 50.
22. Feldman, R. S. Health Psychology : Stress Coping and Health. 2nd Ed. USA: McGraw-Hill
Book, 1990.
23. Lazarus, R.S. and Folkman, S. Stress, Appraisal and Coping. New York : Springer
Publishing Company, 1984.
24. Luckman, John and Soernson, Karun C. Medical Nursing : a Psychological Approach
2nd Ed. Philadelphia : W.B. Baunders , 1980.
25. Baron, Robert A. and Paulus, Paul B. Understanding Human Relations. 2nd Ed. Boston :
Allyn and Bacon, 1991.
26. กรมสุขภาพจิต. การพัฒนาแบบประเมินและการวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองสำหรับ
ประชากรไทยด้วยคอมพิวเตอร์. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข, 2541.
27. กิติกร มีทรัพย์. พฤติกรรมความเครียด และการตอบสนองต่อความเครียด : ทบทวนองค์
ความรู้สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ภายใต้โครงการสืบสานวัฒนธรรมไทยสุขภาพที่
ยืนยาว. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2541.
28. Beck, R. C. Applying Psychology : Frustration, Conflict, Anxiety, Stress and Coping.
3rd Ed. USA : Prentice-Hill , 1992.
29. สุวัฒน์ มหัตถ์นิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ดาปัญญา. การสร้างแบบ
ความเครียดสวนปรง. วารสารสวนปรง 3 (2541) : 1-20.

30. สุจริต สุวรรณชีพ. ความเครียด หน้า 1-4 บทความในสุขภาพจิต 12. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์การศาสนา, 2532.
31. ชูทิศย์ ปานปรีชา. อารมณ์ ความเครียด และการปรับตัว ใน : เอกสารการสอนชุดวิชา จิตวิทยาทั่วไป สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ หน่วยที่ 8-15 พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2531 : 480-529.
32. Rice PL. Stress and Health. 3rd Ed. Pacific Grove : Brooks/Cole, 1999.
33. Selye H. History of Stress Concept : Handbook of Stress : Theoretical and clinical aspects. 2nd Ed. New York : Free Press, 1993: 7-17.
34. Miller, B. F. Behavioral Medicine : Symbiosis between Laboratory and Clinic. Ann. Rev. Psych., 34 : 1-31, 1983.
35. Engel, G. L. Sudden and Rapid Death during Psychological Stress : Folk lore or Folk wisdom? Ann. Intern. Med., 74 : 771-782, 1971.
36. Neuman. อังใน อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : ด้านสุขภาพการพิมพ์, 2545:252-253.
37. อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : ด้านสุขภาพการพิมพ์, 2545 : 253-254.
38. Beare, G. P. and Myers, L. J. Adult Health Nursing. United States of America : Mosby Year Book, 1994.
39. Sarafino, EP. Health Psychology : Biopsychosocial Reactions. 3rd Ed. New York : John Wiley & Sons, 1998 : 67-155.
40. จำลอง ดิษขวนิช, พร้มเพรา ดิษขวนิช. ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์แสงศิลป์, 2545 : 46-59.
41. สุจริต สุวรรณชีพ. ความเครียด. ใน กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (บรรณาธิการ). สุขภาพจิต 12. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ศาสนา, 2532 : 1-4.
42. Miller & Keane. อังใน เครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
43. Janis. อังใน อัมพร โอตระกูล. สุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร : วิทยพัฒน์, 2538 : 55.
44. ชูทิศย์ ปานปรีชา. จิตวิทยาทั่วไป. นนทบุรี : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2529.

45. Quick, C.J., Nelson, L.D. & Hurrell, J.J. Preventive Stress Management in Organizations. Washington, DC ; McGraw-Hill, 1997.
46. Murray. อ่างในอุษา ปั่นบุญมี. การศึกษาความเครียดของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จ.สุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
47. สุวินัย เกียวกิ่งแก้ว. การพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก : รัตนสุวรรณการพิมพ์ 2545 : 85.
48. นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์. การลดความเครียดและการเสริมสร้างสุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร : สำนักพัฒนามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2540 : 24.
49. Stanton, H. E. The Stress Factor : A Guide to More Relaxed Living. 2nd Ed. Great Britain : Macdonald , 1988.
50. Woodhouse, P. Comprehensive Stress Management. USA : WCB ; Brown & Benchmark, 1993.
51. การแพทย์, กรม. สถิติอุบัติเหตุประเทศไทย. สถาบันการแพทย์ด้านอุบัติเหตุและสาธารณสุข, กรุงเทพมหานคร : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2535.
52. Kleeman. อ่างใน ชญานิศ ลือวานิศ. บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง ความเครียด และการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะพักรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
53. วิจิตร บุญยะโทตระ. สถิติศึกษา. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุแห่งชาติ. สำนักนายกรัฐมนตรี, กรุงเทพมหานคร, 2538.
54. วันสสนันท์ รุจิวิวัฒน์. การบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุขนส่งช่วงวันหยุดเทศกาลปีใหม่ประเทศไทย พ.ศ.2543-2547. วารสารกรมการแพทย์ (กรกฎาคม 2547) ;7: 432-434.
55. เอ็มอัชมา วัฒนบูรานนท์. สถิติศึกษา. คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์บรรณกิจ, 2538.
56. นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ, สนธยา พริงคำภู, สมชัย บวรกิตติ. ความเสี่ยงสุขภาพและอันตรายต่อผู้ป่วยขับขีรถยนต์. วารสารราชบัณฑิตยสถาน (2547) ; 29 : 531-532.
57. Hartenbaum, N. P. The DOT Medical Examination : A Guide to Commercial Drivers Medical Certification. 3rd Ed. Beverly Farms, MA : OEM Press, 2003.
58. Shaw, L., Sichel, H.S. Accident process. Oxford : Pergamon Press, 1991 : 335-338.
59. Johnston, I. R. Action to Reduce Road Casualties. World Health Forum, 1992 : 154-162.
60. Kleeman, K. M. "Family Systems Adaptation". In Irauma Nursing : From Resuscitation to Rehabilitation. 2nd Ed. Philadelphia : W.B. Saunders, 1994 : 199-200.

61. Herron, D.G. & Nance, J.A. Emergency Department Nursing Management of Patients with Orthopedic Fractures Resulting from Motorvehicle Accidents. Nursing Clinics of North America, 1990 : 71-83.
62. Mcgrath, A., Reid, N. & Boore, J. Occupational Stress in Nursing. Int. J. Nurse Stud., 1989 : 26.
63. จำลอง ดิษยวณิช. ความเครียด ความวิตกกังวลและสุขภาพ. เชียงใหม่ : แสงศิลป์การพิมพ์, 2545.
64. Hoff, L.A. People in Crisis Understanding and Helping. San Francisco : Jossy-Bass, 1995.
65. สมภพ เรื่องตระกูล. ความเครียดและอาการทางจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์, 2547 : 11-12.
66. Varcarolis, E. M. Fundamental of Psychiatric Mental Health Nursing. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1998.
67. Matthew, K. A. Weiss, S.M. Detre, T. Et al. Handbook of Stress, Reactivity, and Cardiovascular Disease. New York : John Wiley & Sons, 1986 : 35-47.
68. Natalic, K. Mental Health Concepts. 3rd Ed. Delmar Publishers , 1993.
69. Howard, B. K. Psychosocial Stress : Analysis of Psychosocial Stress . New York, 1996 : 349-353.
70. อ่ำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวทางปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพมหานคร : ธรรมสารการพิมพ์, 2543 : 261-265.
71. วิภา ชุรงค์พิศัญกุล. ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารการพยาบาล 8 (มกราคม 2545) : 56-60.
72. ช่อลดา พันธุเสนา. การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤติตามแบบแผนสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : อัมรินทร์ พริ้งดั่งกรุป, 2536.
73. นิตยา ปัญจมีดิถี. บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วย. วารสารการพยาบาล (มิถุนายน-กันยายน 2543) ; 48(3) :148-152.
74. เกษม ดันติผลาชีวะ ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.
75. อุษา ปิ่นบุญมี. การศึกษาความเครียดของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่รับไว้ในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17. จุ.สุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

76. กนกรัตน์ สุชะตุงคะ. ความเครียด-คลายเครียด. วารสารจิตวิทยาคลินิก (มกราคม-มิถุนายน 2537) ; 25(1) : 7-15.
77. ผ่องศรี ศรีมรกต. วิธีการเผชิญปัญหาและการปรับตัวด้านจิตใจในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
78. ธนพล ปิยะอิสรางกุล, และคณะ. คุณสมบัติทางจิตใจของพลขับรถยนต์ที่เกิดอุบัติเหตุสูง. วารสารจิตวิทยาคลินิก (กรกฎาคม-ธันวาคม 2533) ; 21: 65-71.
79. คณินิจ อนุโรจน์. ความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
80. ผจงพร สุภาวิตา, เพ็ญศรี ระเบียบ และวรรณิ สัตยวิวัฒน์. ผลของสื่ออารมณ์ขันต่อระดับความเครียดในผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกขาและได้รับการดัดง่ากระดูก. วารสารพยาบาล 2536 : 174-783.
81. บุญวดี เพชรรัตน์ และจรัสศรี บัวบาน. ปัญหาและความต้องการการปฏิบัติพยาบาลด้านจิตสังคมของผู้ป่วยอุบัติเหตุ. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2538 : 29-36.
82. สุนันทา ย่างนิชเศรษฐ และอาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. การรับรู้ต่อการเกิดอุบัติเหตุและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกหักจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ (กรกฎาคม-ธันวาคม 2538) ; 3 : 29-40.
83. วัลภา วงศ์สารศรี. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขับรถประสบอุบัติเหตุของผู้ขับขี่รถแท็กซี่ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
84. ชญานิศ ลือวานิช. บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง ความเครียด และการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
85. สมพร ชินโนรส. ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ. วารสารพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
86. ปราณี มิ่งขวัญ. ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.
87. ชนกพร จิตปัญญา. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยระยะวิกฤติ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 16, 1 (มกราคม-มิถุนายน 2545)

88. เสาวนีย์ ดีมูล. ระบาดวิทยาของผู้บาดเจ็บจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2546.
89. กิตติ อินทราสุขพร. ประเมินผลการรณรงค์ป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ช่วงเทศกาลวันหยุดปีใหม่ 2547 เปรียบเทียบกับเทศกาลปีใหม่ 2546. วารสารอุบัติเหตุ (กันยายน-ธันวาคม 2547) ; 3: 23.
90. Silverstone, T. The influence of psychiatric disease and its treatment on driving performance. Special issues: Medicines and road traffic safety. International Clinical Psychopharmacology. 3 (May 1988) : 59-66.
91. Raggatt, P. T. Work stress among long distance coach drivers : A Survey and correlation study. J Organiz Behav 12 (1991) : 565-579.
92. Dorn, L. Individual and group differences in driving behavior. 53 (March 1993) : 49-56.
93. Evan, G.W. Working on the hot seat : Urban bus operators. Accident Analysis and Prevention. 26 (April 1994) : 181-193.
94. Herberman, H. B., et al. "Acute and chronic distress and posttraumatic stress disorder as a function of responsibility for serious motor vehicle accidents". Journal of Psychological Studies 65 (August 1997) : 560-567.
95. Fullerton, C. S. "Casualties from road accidents involving illegal alcohol levels." Journal of Health and Social Behavior 24 (December 1998) : 337-349.
96. Ursano, R. J., et al. "Acute and chronic posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident victims". The American Journal of Psychiatry 4 (April 1999) : 589-595.
97. Larry, W. H., et al. "Urinary catecholamine and cortisol in recent-onset posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents". American Psychosomatic Society (2000) : 423-434.
98. Ulrich, S., et al. "Incidence and prediction of posttraumatic stress disorder symptoms in severely injured accident victims". American Journal of Psychiatry (April 2001) : 594-599.
99. James, M., et al. "Dissociation and posttraumatic stress disorder : Two prospective studies of road traffic accident survivors". The British Journal of Psychiatry (March 2002) : 363-368.

100. Bergamasco, E. C., et al. Body image of patients with burns sequellae : evaluation through the critical incident technique. (2002) : 47-52.
101. ชัญพร ตั้งชีวินศิริกุล. การศึกษาบุคลิกภาพแบบ MPI ของนักเรียนวัยรุ่นใน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศาสตรบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2539.
102. Carey, J., et al. “ Car Surfing in Southwest Ohio : incidence and injuries ,” Journal of Trauma (September 2005) : 734 -736.
103. White, L.J., A Survey of stress and coping among Massachusetts principles. Dissertation Abstracts international.56 (March 1996) : 34.
104. Marmor, M., et al. “Characteristics of road traffic accidents treated in an Urban trauma Center,” Journal of Medicine Association (January 2005) : 41-42.
105. Stordal, E., et al. The association between age and depression in the general population : A multivariate examination . Acta Psychiatr Scand (2003) : 132-141.
106. Weinman, J. Psychological Reception to Physical ill and Handicap, An Outline of Psychology. Bristol : John Wright and Son Ltd., 1981.
107. เสนาะ สีนอาษา. ปัญหาสุขภาพจิตของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม 6 โรงงานในเขต จังหวัดนนทบุรี. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา (2536) : 51-62.
108. ศิริวรรณ ศิริบุญ . การตอบสนองของชุมชนต่อปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการประชุมวิชาการ ครบรอบ 20 ปี สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข เรื่องสังคมศาสตร์ ผู้สูงอายุไทยในทศวรรษหน้า . วันที่ 3-4 ธ.ค. 2539; ณ โรงแรมเอส ดี อเวนิว. กรุงเทพฯ, 2539.
109. Rutgers, N .” Relationship of age, injury severity, injury type, comorbid conditions, level of care, and survival among older motor vehicle trauma patients,” Journal of nurse health 28 (June 2005): 198-209.
110. Fadden, G., et al. The burden of care : “ The Impact of functional psychiatric illness on the Patient ’ s family , ” The British Journal of Psychiatry (1987) ; 150: 285-292.
111. Kaplan HI ,Sadock BJ. Synopsis of psychiatry : behavioral sciences. In : Clinical psychiatry. 8th ed. New York : Williams & Wilkins (1997): 459.
112. Oginni ,FO., et al . Motorcycle related maxillofacial injuries among Nigerian intracity road users. Journal of Maxilofac. Surg. (January 2006) : 56-62.

113. ทวี ท้าวคำลือ . ปัญหาสุขภาพจิตของพนักงานขับรถเมล์. วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
114. Charles, L. & Weinstein , M . “ Assertiveness , Anxiety and Interpersonal Discomfort Among Amputate : Implications for Assertiveness Training . “ Archive Physical Medical and Rehabilitation . 10 (October 1985) : 687-689.
115. สุริดา กาญจนรังษี. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูญเสียขา. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
116. อรวรรณ จุลวงษ์. ปัจจัยคัดสรรกับการปรับตัวของผู้ป่วยทหารอากาศสนามที่ถูกตัดอวัยวะ แขน ขา . วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ,2533.
117. กรมการประกันภัย, ทำอย่างไร เมื่อประสบภัยจากรถ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พุทธศักราช 2535. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงพาณิชย์, 2546.
118. Harpham , T . Urbanization and Mental Health in developing countries . Social Science and Medicine . 39 (July 1994) : 233-245.
119. Eysenck , Hans J . The Structure of Human Personality . London , 1970.
120. Sarafino , E.P. Health Psychology : Biosocial interaction 2nd ed New York : John Wiley & Sons , 1994.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ที่ จว. พิเศษ ๕๕๘ /2548

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปทุมวัน
พญาไท กรุงเทพฯ 10330

21 ตุลาคม 2548

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่ให้นิสิตเก็บข้อมูล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

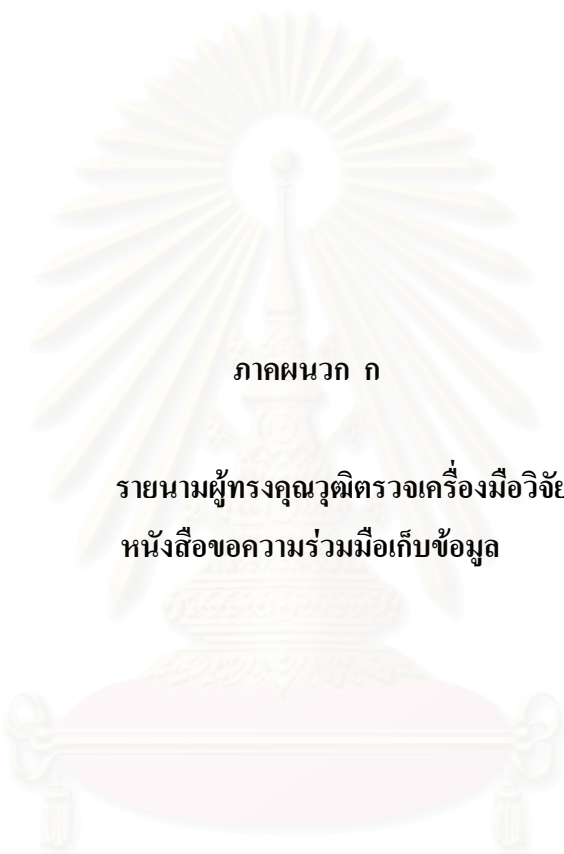
ด้วย นางสาวบุษบา สุวรรณเทวะคุปต์ รหัสประจำตัวนิสิต 4774807130 นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุการจราจรทางบก ที่พักรักษาตัว แผนกอุบัติเหตุ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ใคร่ขออนุญาตเผยแพร่ให้นางสาวบุษบา สุวรรณเทวะคุปต์ เข้าทำการเก็บข้อมูลการวิจัย ณ แผนกอุบัติเหตุ ตึกมงกุฎ-เพชรรัตนชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน ถึงเดือนธันวาคม 2548 โดยการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ มีกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยอุบัติเหตุการจราจรทางบก ที่พักรักษาตัว แผนกอุบัติเหตุ ตึกมงกุฎ-เพชรรัตนชั้น 3 จำนวน 106 คน เป็นผู้ตอบแบบสอบถามคนละ 1 ชุด ซึ่งประกอบไปด้วย คำถาม 3 ส่วน คือ แบบสอบถามส่วนบุคคล แบบทดสอบบุคลิกภาพ และแบบวัดความเครียด

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงดวงใจ กษานติกุล)
รักษาการหัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย
หนังสือขอความร่วมมือเก็บข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิง ศิริลักษณ์ ศุภปีดิพร
อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิง บุรณี กาญจนถวัลย์
อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. อาจารย์วรุณยุพา รอยกุลเจริญ
อาจารย์ประจำภาควิชาศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
4. อาจารย์รัฐพลี ภาคอรรษ
อาจารย์ประจำภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยเรื่อง **ความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุการจราจรทางบก
ที่พักรักษาตัว แผนกอุบัติเหตุ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**

เรียน ท่านผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ได้รับเชิญจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมศึกษาในงานวิจัยเกี่ยวกับความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุการจราจร ทางบก ที่พักรักษาตัว แผนกอุบัติเหตุ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ก่อนที่ท่านจะตกลงเพื่อเข้าร่วมการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาถึงความเครียดของผู้ป่วยอุบัติเหตุ ระดับความเครียด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด ซึ่งผลจากการศึกษาจะนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการหาวิธีการที่ถูกต้องในการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วย และเพื่อเป็นแนวทางในการนำไปใช้วางแผนส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุต่อไป

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยจะมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ท่านจะได้รับแบบสอบถามซึ่งท่านต้องเป็นผู้ตอบและประเมินด้วยตัวเองทั้งหมด ประกอบด้วยข้อมูลทั้งหมด 3 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป 20 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบทดสอบบุคลิกภาพ 48 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบวัดความเครียด 38 ข้อ รวม 106 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่า การสัมภาษณ์ทั้งหมดนี้จะใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ประการสำคัญที่ท่านควรทราบ คือ

การเข้าร่วมในการศึกษานี้ ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใดๆ เป็นพิเศษทั้งสิ้น และการเข้าร่วมการศึกษานี้ เป็นไปโดยสมัครใจท่านสามารถถอนตัวหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ โดยไม่กระทบต่อสิทธิและการรักษาดูแลที่ท่านจะได้รับจากแพทย์ผู้รักษา และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัยการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีที่ได้รับการยินยอมจากท่านเท่านั้น

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใดกรุณาติดต่อ นางสาวบุษบา สุวรรณทေး คุปต์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ตึกธนาคารกรุงเทพ โทร. 01-9102739 ซึ่งยินดีให้คำตอบท่านทุกประการ

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ. ที่นี้

ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์
การวิจัยเรื่อง ความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุการจราจรทางบก ที่พักรักษาตัว แผนก
อุบัติเหตุในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2548

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบยินยอมในการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการหาวิธีการที่ถูกต้องในการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ และเพื่อเป็นแนวทางในการนำไปใช้วางแผนส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุต่อไป

วิธีการวิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งจะครอบคลุมเรื่องเกี่ยวกับความเครียด ระดับความเครียด ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยข้อมูลที่ได้จะถูกนำไปวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของแต่ละคนไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปสรุปผลรวมของการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ อีกทั้งข้าพเจ้าสามารถถอนตัวหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่กระทบต่อสิทธิและการรักษาดูแลที่ข้าพเจ้าจะได้รับ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
 (.....)

ลงนาม.....พยาน
 (.....)

ลงนาม.....พยาน
 (.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
 (นางสาวบุษบา สุวรรณเทวะคุปต์)

ในกรณีที่ผู้ยินยอมยังไม่บรรลุนิติภาวะจะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ผู้อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย
 (.....)

ลงนาม.....พยาน
 (.....)

ลงนาม.....พยาน
 (.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
 (นางสาวบุษบา สุวรรณเทวะคุปต์)

แบบสอบถาม

เรื่อง ความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุการจราจรทางบก ที่พักรักษาตัว แผนกอุบัติเหตุ
ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้ จัดทำขึ้นมาเพื่อศึกษาความเครียด และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุการจราจรทางบก ที่พักรักษาตัว ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และนำผลการวิจัยครั้งนี้มาใช้เป็นแนวทาง ในการนำไปใช้วางแผนส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุให้ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ ดังนั้นขอให้ท่านพิจารณาข้อความแต่ละข้อความโดยละเอียด กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ แต่ละข้อตอบเพียงคำตอบเดียว ผู้วิจัยจะเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม ซึ่งจะไม่เป็นผลกระทบต่อท่านหรือผู้อื่นแต่อย่างใด

แบบสอบถามมี 3 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป
- ส่วนที่ 2 แบบทดสอบบุคลิกภาพ
- ส่วนที่ 3 แบบวัดความเครียด

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้ด้วย

นางสาวบุษบา สุวรรณทေးคุปต์
นิสิตปริญญาโท ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป (ชุดที่ 1)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ

ชาย หญิง

2. อายุปี.....เดือน

3. สถานภาพสมรส

โสด คู่ หย่าร้าง หม้าย แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมต้น
 มัธยมปลาย อนุปริญญา-อาชีวศึกษา ปริญญาตรี
 สูงกว่าปริญญาตรี อื่นๆ.....

5. อาชีพ

ไม่ได้ทำงาน ค้าขาย รับจ้าง รัฐวิสาหกิจ
 เกษตรกรรม รับราชการ อื่นๆ.....

6. รายได้เฉลี่ยของตัวเอง

มี จำนวนบาทต่อ
 ไม่มี

รายได้เฉลี่ยของครอบครัว.....บาทต่อเดือน

7. จำนวนสมาชิกในครอบครัวคน (รวมตนเอง)

ท่านมีบทบาทในครอบครัวเป็น

หัวหน้าครอบครัว
 มีภาระทางครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ
 ไม่มีภาระทางครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ
 สมาชิกครอบครัว
 มีภาระทางครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ
 ไม่มีภาระทางครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ

8. ท่านมีโรคประจำตัวหรือเคยมีความผิดปกติทางกายหรือไม่

มี ระบุ.....

ไม่มี

9. ท่านมีโรคทางสุขภาพจิตหรือไม่

มี ระบุ.....

ไม่มี

10. การใช้สารต่างๆ

ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ ไม่เคยสูบบุหรี่

เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว

สูบบุหรี่วันละ.....มวน โดยสูบมานาน.....ปี.....เดือน

ท่านดื่มสุราหรือไม่ ไม่เคย

เคย แต่หยุดดื่มแล้วประมาณ.....เดือน.....ปี

เคย ปริมาณ.....ระยะเวลา.....

ท่านเคยใช้สารเสพติดหรือไม่

ไม่เคย

เคย ระบุ.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป (ชุดที่ 2) ด้านอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างหรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. ขณะที่ท่านเกิดอุบัติเหตุท่านเป็น

<input type="checkbox"/>	คนขับ
<input type="checkbox"/>	คนนั่ง
<input type="checkbox"/>	คนเดินข้ามถนน
<input type="checkbox"/>	อื่นๆ ระบุ.....
2. บริเวณหรืออวัยวะที่ท่านได้รับบาดเจ็บคือ.....
3. ความรุนแรงของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุครั้งนี้

<input type="checkbox"/>	บาดแผลถลอก	<input type="checkbox"/>	กระดูกหัก
<input type="checkbox"/>	ได้รับการกระทบกระเทือนทางสมอง		
<input type="checkbox"/>	บาดเจ็บช่องท้อง		
<input type="checkbox"/>	มีความพิการเกิดขึ้น	<input type="checkbox"/>	ทุพพลภาพชั่วคราว
		<input type="checkbox"/>	ทุพพลภาพถาวร
4. ท่านรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บครั้งนี้หรือไม่

<input type="checkbox"/>	ได้รับข้อมูล	<input type="checkbox"/>	สามารถรักษาหายได้
		<input type="checkbox"/>	มีความพิการเกิดขึ้น
<input type="checkbox"/>	ไม่ได้รับข้อมูล เนื่องจาก.....		
5. ขณะเกิดอุบัติเหตุท่านดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดอื่นหรือไม่ ใช่ ระบุ.....
 ไม่ใช่
6. วันที่ได้รับอุบัติเหตุคือวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
รวมระยะเวลาที่ได้รับอุบัติเหตุจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม.....วัน
7. ท่านเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอื่นจากอุบัติเหตุครั้งนี้มาก่อนหรือไม่

<input type="checkbox"/>	เคย ระบุชื่อโรงพยาบาล..... รักษามาแล้ว.....วัน
<input type="checkbox"/>	ไม่เคย
8. อุบัติเหตุครั้งนี้มีความเกี่ยวข้องกับกฎหมายหรือคดีความหรือไม่

<input type="checkbox"/>	มีคู่กรณี ระบุฝ่ายถูก..... ฝ่ายผิด.....
<input type="checkbox"/>	ไม่มีคู่กรณี

9. บุคคลหลักที่ช่วยเหลือท่านขณะเข้าพักรับการรักษา มีความสัมพันธ์เป็น

- บิดามารดา ญาติ คู่สมรส
 พี่น้อง อื่นๆ ระบุ.....

10. ท่านพึงพอใจในการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวระดับใด

- พอใจมาก รู้สึกได้รับการช่วยเหลือเป็นอย่างดี
 พอใจปานกลาง รู้สึกได้รับการช่วยเหลือพอสมควรแต่ยังคิดว่าไม่เต็มที่
 พอใจน้อยหรือไม่พอใจ รู้สึกว่าไม่ได้รับการช่วยเหลือเท่าที่ควร

การรักษาที่ได้รับ (บันทึกโดยผู้วิจัย)

- เย็บแผล
 ผ่าตัด โดยต้องเข้าห้องผ่าตัด
 ยาระงับ กลุ่ม Narcotic drugs
 กลุ่ม Non-Narcotic drugs
 อื่นๆ ระบุ.....

ค่ารักษาพยาบาล ท่านได้ใช้สิทธิ (บันทึกโดยผู้วิจัย)

- สิทธิประกันสังคม
 สิทธิบัตรทอง 30 บาท
 กองทุนทดแทน
 จ่ายค่ารักษาเอง
 พ.ร.บ.
 สังคมสงเคราะห์

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบบุคลิกภาพ

คำชี้แจง

ข้อความต่อไปนี้เป็นสถานการณ์ความเป็นไป ความรู้สึก และการกระทำที่คาดว่าท่านจะมี ขอให้ท่านอ่านและทำความเข้าใจทันที อย่าใช้เวลานาน เพราะต้องการให้ท่านตอบสิ่งที่ท่านคิดได้ เป็นครั้งแรกเมื่ออ่านข้อความแต่ละประโยคจบ แต่ละข้อความไม่มีถูก หรือ ไม่มีผิด เนื่องจากเป็น สถานการณ์ และความรู้สึกที่เกิดขึ้น โปรดตอบทุกข้อ โดยทำเครื่องหมาย “✓” ถ้าข้อความนั้นตรงกับ ความรู้สึก ความคิดเห็นหรือการกระทำของท่านให้ตอบว่า “ใช่” ถ้าไม่ตรงก็ตอบว่า “ไม่ใช่” และ ถ้าไม่แน่ใจก็ให้ตอบว่า “ไม่แน่ใจ”

ข้อความ	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่
1. ท่านรู้สึกเป็นสุขที่สุดที่ได้ร่วมในการทำงานที่ต้องใช้ความรวดเร็ว.....
2. บางครั้งท่านรู้สึกเป็นสุข บางครั้งเศร้าโดยไม่มีเหตุผล.....
3. ท่านมักใจลอยในเวลาที่ท่านต้องการสมาธิ.....
4. ในการคบเพื่อนใหม่ท่านมักเป็นฝ่ายทำความรู้จักกับเขาก่อน.....
5. ท่านมักจะทำอะไรด้วยความรวดเร็วและเชื่อมั่นในการกระทำของท่าน
6. บ่อยทีเดียวที่ท่านคิดถึงเรื่องอื่น ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ท่านกำลังพูดถึง
7. บางครั้งท่านมีความกระตือรือร้นอย่างมาก บางครั้งก็เฉื่อยชา.....
8. ท่านมีความเห็นว่าตัวท่านมีความกระฉับกระเฉง กระปรี้กระเปร่า.....
9. ท่านรู้สึกไม่มีความสุขเลยถ้าไม่พบปะติดต่อกับคนอื่น หรือสังคมบ่อย
10. ท่านมักมีอาการซึมเศร้า.....
11. ท่านมักมีอาการเปลี่ยนแปลงโดยไม่มีเหตุผลบ่อยๆ.....
12. ท่านมักเป็นคนชอบบลบงมือมากกว่า เพียงแต่คิดจะทำ.....
13. ท่านมักคิดฝันในสิ่งที่เป็นไปไม่ได้เสมอ.....
14. เมื่อไปงานสังคมท่านมักไม่ใคร่แสดงตัว.....
15. ท่านมักคิดถึงอดีต.....
16. ท่านรู้สึกลำบากที่จะปล่อยให้สนุกสนานเต็มที่แม้จะอยู่ท่ามกลางงาน รื่นเริง.....
17. ท่านเคยรู้สึกไม่สบายใจโดยไม่มีเหตุผล.....
18. ท่านเป็นคนที่มีความรู้สึกรับผิชอบชั่วดีมากเกินไป.....
19. บ่อยทีเดียวที่ท่านมักตัดสินใจช้า.....
20. ท่านเป็นคนชอบทำความรู้จักกับคนอื่น.....

ข้อความ	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่
21. ท่านมักนอนไม่หลับบ่อยๆ เมื่อมีความวิตกกังวล.....
22. ท่านเป็นคนพิถีพิถันในการคบเพื่อน.....
23. ท่านเคยรู้สึกไม่สบายใจเมื่อทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดไม่ถูกต้อง.....
24. เวลาที่ท่านทำงานอะไรก็ตามท่านมักคิดว่าเป็นเรื่องคอขาดบาดตายเสมอ
25. ท่านเป็นคนใจน้อย.....
26. ท่านชอบสังคม.....
27. ท่านมีความเห็นว่าท่านเป็นคนมีอารมณ์ดิ่งเครียด.....
28. ท่านมักชอบเป็นผู้นำของกลุ่ม.....
29. ท่านเคยรู้สึกหงอยเหงาเปล่าเปลี่ยวบ่อยๆ.....
30. ท่านรู้สึกกระดากอายเมื่ออยู่ต่อหน้าเพศตรงข้าม.....
31. ท่านชอบฝันกลางวัน.....
32. ท่านมักมีคำแก้ตัวทันทีเมื่อถูกวิพากษ์วิจารณ์.....
33. ท่านมักใช้เวลามากในการนึกถึงความหลังที่น่าชื่นชม.....
34. ท่านมีความเห็นว่าตัวท่านเป็นคนทำอะไรตามสบาย.....
35. ท่านรู้สึกเหน็ดเหนื่อยและเบื่อหน่ายโดยไม่มีเหตุผลบ่อยๆ
36. เมื่ออยู่ในกลุ่มที่มีการปะทะสังสรรค์ท่านมักเป็นฝ่ายเจียบเฉย.....
37. หลังจากเหตุการณ์ร้ายแรงผ่านพ้นไปแล้วท่านมักคิดได้ว่าท่านควรจะได้ ทำอย่างใดอย่างหนึ่งลงไปในวันนั้นแต่ไม่ได้ทำอย่างที่คิด.....
38. ท่านมักสนุกสนาน ได้เต็มที่ในงานรื่นเริง.....
39. ท่านมักคิดมากจนนอนไม่หลับ.....
40. ท่านมักชอบทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจอย่างเต็มที่.....
41. ท่านเคยรู้สึกรำคาญตัวเองที่เกิดความคิดไร้สาระขึ้นบ่อยๆ
42. ท่านมักเป็นคนใจน้อยไม่ว่าเรื่องอะไร.....
43. ท่านมักทำงานอย่างไม่ใคร่เอาจริงเอาจังนัก.....
44. คนอื่นๆ มีความเห็นว่าท่านเป็นคนช่างพูด.....
45. ท่านมักมีอารมณ์ขุ่นมัวบ่อยๆ
46. ท่านมีความเห็นว่าท่านเป็นคนช่างพูด.....
47. ท่านเคยรู้สึกกระวนกระวายจนนั่งไม่ติด.....
48. ท่านมักชอบเล่นไม่ซื่อกับคนอื่น

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเครียด

คำชี้แจง เป็นแบบสอบถามความเครียดของผู้ป่วยอุบัติเหตุ จำนวน 38 ข้อ โดยทำเครื่องหมายถูกลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	เมื่อเห็นว่าข้อความทั้งหมดในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นจริงทั้งหมด
มาก	หมายถึง	เมื่อเห็นว่าข้อความทั้งหมดในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นเกือบทั้งหมด
ปานกลาง	หมายถึง	เมื่อเห็นว่าข้อความทั้งหมดในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นเป็นบางครั้ง
น้อย	หมายถึง	เมื่อเห็นว่าข้อความทั้งหมดในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นน้อยมาก
ไม่มีเลย	หมายถึง	เมื่อเห็นว่าข้อความทั้งหมดไม่ตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนื้อหาของความเครียด/ตัวชี้วัดความเครียด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีเลย
1. ท่านกังวลว่าการบาดเจ็บครั้งนี้ทำให้ครอบครัว/คู่สมรสห่างเหินหรือนอกใจท่าน.....
2. ท่านกลัวถูกทอดทิ้งจากครอบครัว.....
3. ท่านเกรงว่าตัวเองจะเป็นภาระแก่ญาติพี่น้องหรือครอบครัว.....
4. ท่านรู้สึกเป็นห่วงบุคคลที่อยู่ในความรับผิดชอบดูแลที่อยู่ทางบ้าน
5. ท่านกลัวความเจ็บปวดจากการบาดเจ็บ.....
6. ท่านกังวลว่าอุบัติเหตุครั้งนี้จะทำให้เกิดความพิการ.....
7. ท่านวิตกกังวลว่าการบาดเจ็บจะมีผลถึงสมรรถภาพทางเพศ.....
8. ท่านกลัวว่าการบาดเจ็บครั้งนี้รักษาไม่หาย.....
9. ท่านวิตกกังวลว่าสุขภาพจะไม่แข็งแรงเหมือนเดิม.....
10. ท่านกังวลใจเรื่องค่ารักษาพยาบาล.....
11. การบาดเจ็บครั้งนี้ทำให้ท่านขาดรายได้.....
12. ท่านรู้สึกว่าบุคคลรอบข้างแสดงอาการรังเกียจท่าน.....
13. ท่านรู้สึกไร้ค่าญาติข้างเคียง.....
14. ท่านรู้สึกกลัวผู้ป่วยที่มีอาการหนัก.....
15. ท่านกลัวติดโรคจากผู้ป่วยอื่น.....
16. ท่านลำบากใจที่ต้องนอนพักบนเตียงร่วมกับผู้ป่วยอื่น.....
17. ท่านลำบากใจที่ต้องใช้ห้องน้ำ ห้องส้วมร่วมกับผู้ป่วยอื่น.....
18. ท่านรู้สึกเบื่อที่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล.....
19. ท่านรู้สึกหงุดหงิดจากเสียงต่างๆ ในโรงพยาบาล.....
20. ท่านกลัวเครื่องมือ เครื่องใช้ในการรักษาพยาบาล.....
21. ท่านมีความกังวลว่าแพทย์และพยาบาลอาจไม่ให้ความสนใจในการเจ็บป่วย.....

เนื้อหาของความเครียด/ตัวชี้วัดความเครียด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีเลย
22. ท่านรู้สึกเครียดเมื่อแพทย์และพยาบาลพูดเร็วมากหรือใช้คำพูดที่ท่านไม่เข้าใจ.....
23. ท่านรู้สึกหวาดกลัวเมื่อถึงเวลาทำแผล.....
24. ท่านกลัวจะได้รับอันตรายจากการรักษาพยาบาล
25. ท่านกังวลว่าแพทย์และพยาบาลอาจจะไม่รักษาความลับของท่าน.....
26. ท่านกังวลว่าจะปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะอยู่โรงพยาบาล.....
27. ท่านกังวลว่าเมื่อได้รับคำอธิบายถึงเหตุผลในการรักษาพยาบาลแล้วแต่ท่านยังไม่เข้าใจชัดเจน.....
28. ท่านรู้สึกอึดอัดใจในการที่จะสอบถามข้อสงสัยต่างๆ จากเจ้าหน้าที่.....
29. ท่านรู้สึกอึดอัดเมื่อถูกซักถามประวัติส่วนตัว
30. ท่านรู้สึกอึดอัดในที่ที่ต้องสวมเสื้อผ้าของโรงพยาบาล.....
31. ท่านรู้สึกอึดอัดใจที่ต้องรับประทานอาหารตามที่โรงพยาบาลจัดให้.....
32. ท่านรู้สึกอึดอัดในกฎระเบียบ การเยี่ยมชมไข้ของทางโรงพยาบาล.....
33. ท่านกลัวการรักษาโดยการผ่าตัด.....
34. ท่านมีอาการนอนไม่หลับ.....
35. ท่านวิตกกังวลว่าจะอยู่โรงพยาบาลนาน.....
36. ท่านรู้สึกว่าการบาดเจ็บครั้งนี้ทำให้ท่านรู้สึกสิ้นหวัง หมดกำลัง.....
37. ท่านรู้สึกเหงา ไม่มีเพื่อน.....
38. ท่านรู้สึกหงุดหงิดเมื่อถูกปลุก ขณะนอนหลับ.....

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวบุษบา สุวรรณเทวะคุปต์ เกิดวันที่ 12 ตุลาคม 2514 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อปี พ.ศ.2536 หลังจากนั้นเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ.2547 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับ 6 หอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย