การประเมินตัดสินและการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

Caregiver's Appraisal and Coping in Emergency Situation of Patients Attending at an Emergency Department

มณทิพย์ เกสโร

Montip Kessaro

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements for the Degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing)
Prince of Songkla University
2558

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

.

ชื่อวิทยานิพนธ์ การประเมินตัดสินและการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ผู้เขียน นางสาวมณทิพย์ เกสโร

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขนิษฐา นาคะ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา)

คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขนิษฐา นาคะ)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา)

..... กรรมการ
(ดร.รจนา วิริยะสมบัติ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)
คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย

.

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขนิษฐา นาคะ)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....
(นางสาวมณทิพย์ เกสโร)
นักศึกษา

.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อนและไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....
(นางสาวมณทิพย์ เกสโร)
นักศึกษา

.

ชื่อวิทยานิพนธ์ การประเมินตัดสินและการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
ผู้เขียน นางสาวมณทิพย์ เกสโร
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา 2557

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการประเมินตัดสินและการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินมารับบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติของผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกฉิน โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งของภาคใต้ ที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 380 ราย เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล พัฒนาจากกรอบแนวคิดของลาซารัสและโฟล์คแมน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติ และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย 2) แบบสอบถามความคิดเห็นของญาติ เกี่ยวกับการประเมินตัดสินและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วย 3) แบบสอบถามความคิดเห็นของญาติเกี่ยวกับการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วย ผู้วิจัยนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา แล้วนำไปหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest) กับแบบสอบถามส่วนที่ 2 ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแบบสอบถามความคิดเห็นของญาติ การประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นรายข้อ เท่ากับ .81, .71 และ .92 ตามลำดับ ส่วนการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วยทดสอบ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในกลุ่ม ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .87 ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์และนำเสนอด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า

1. การประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินตัดสินเกี่ยวกับความเจ็บป่วยฉุกเฉินในระดับมาก โดยประเมินว่า อาการเจ็บป่วยมีความสำคัญกับผู้ป่วย (ร้อยละ 55.5), ทำให้เกิดอันตราย/สูญเสียกับผู้ป่วย (ร้อยละ 42.1), มีภาวะคุกคามชีวิตผู้ป่วย (ร้อยละ 40.0) และประเมินตัดสินเกี่ยวกับความเจ็บป่วยฉุกเฉินในระดับปานกลาง โดยประเมินในเรื่อง การมีผลในทางที่ดีกับผู้ป่วย (ร้อยละ 36.1) และเป็นเรื่องท้าทาย (ร้อยละ 33.7)

2. กลุ่มตัวอย่างให้การประเมินว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินเกี่ยวกับความเจ็บป่วยฉุกเฉินหลายด้าน ที่ประเมินว่าอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านความรู้เดิมของบุคคล

.

ด้านความเชื่อในการควบคุมอาการเจ็บป่วย, ด้านการทำนายการดำเนินโรค, ด้านความไม่แน่นอนของอาการเจ็บป่วย และด้านประสบการณ์การเจ็บป่วย (ร้อยละ 53.4 52.4 50.8, 48.7 และ 42.4 ตามลำดับ) ยกเว้น ด้านความรุนแรงที่ประเมินว่าอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 37.1)

3. การเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างรายงานการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินแต่ละด้าน โดยการจัดการกับอาการเจ็บป่วยด้วยตัวเองในระดับมาก (ร้อยละ 47.1), การหาข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจ เพื่อแก้ไขอาการเจ็บป่วยในระดับปานกลาง (ร้อยละ 41.6), การเบี่ยงเบนความสนใจในระดับมาก (ร้อยละ 40.0) และการขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างในระดับมาก (ร้อยละ 36.8)

ผลการศึกษานี้ ช่วยพยาบาลฉุกเฉินในการออกแบบการให้ความรู้หรือจัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินสำหรับญาติผู้ป่วย นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินของญาติผู้ป่วย

.

Thesis Title Caregiver's Appraisal and Coping in Emergency Situation of Patients Attending at an Emergency Department

Author Miss Montip Kesaro

Major Program Nursing Science (Adult Nursing)

Academic Year 2014

ABSTRACT

This descriptive research is aimed to describe caregivers' appraisal and coping in emergency situation of patients attending at an Emergency Department. Three hundred and eighty caregivers who brought a patient to receive medical care at the Accident and Emergency Department of a central hospital in Southern Region of Thailand were purposively selected. Data were collected using a set of questionnaires developed based on Lazarus and Folkman's theory, which included 1) demographic data, caregiver's characteristics, patient illness; 2) caregiver's opinion and appraisal including factors related to their appraisal in emergency situations; and 3) caregiver's coping on emergency situation. Instruments were tested for content validity by three experts. The test-retest reliability was used for the following questionnaires: caregiver's opinion, their appraisal and factors related to their appraisal yielding values of .81, .71 and .92, respectively. Intra-class correlation coefficient (ICC) was used for caregiver's appraisal related to coping questionnaire, which yielded a value of .87. Data were analyzed using descriptive statistics.

Results showed that

1. For caregiver's appraisal in emergency situation, it was found that the subjects reported emergency situation as accounting for the highest level in terms of significance to the patient (55.0%), harm and loss (42.1%), threat to life (40.0%), and accounting for moderate level regarding its positive outcome (36.1 %) and its challenge (33.7 %).

2. The subjects assessed that there were various factors related to caregiver's appraisal in emergency situation. Factors that were most commonly assessed as being at a moderate level were previous knowledge, the beliefs in illness control, the predictability, the illness uncertainty and the illness experience (53.4 %, 52.4 %, 50.8 %, 48.7 % and 42.4 % respectively) Illness severity was most commonly assessed at a high level (37.1 %)

.

3. The subjects used various coping when faced with an emergency situation. They most commonly used managing the patient's illness by themselves at high level (47.1%), seeking information for decision making to relieve illness at moderate level (41.6 %), using distraction (40.0%), and asking for help or support at a high level (36.8%).

The result of this study would help emergency nurses in designing the education or developing a guideline for caregivers to help patient in an emergency situation. In addition, factors related to caregiver's appraisal should be considered.

.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.ขนิษฐา นาคะ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา ถ่ายทอดความรู้ ให้คำแนะนำ ให้ข้อคิดอันเป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัยในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจที่ดี และเข้าใจผู้วิจัยเสมอมา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ทุกท่าน ที่ได้ถ่ายทอดความรู้ ในระหว่างการศึกษา ให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและให้กำลังใจเสมอมา ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง นอกจากนี้ ขอขอบพระคุณกรรมการผู้สอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะตลอดจนข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และผู้ช่วยวิจัย ตลอดจนเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่เสียสละรับภาระงานระหว่างผู้วิจัยศึกษา

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณบิดา มารดา ครอบครัว และผู้มีพระคุณ ที่เป็นแรงบันดาลใจให้กำลังใจ และสนับสนุน ด้านการศึกษามาตลอด จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี คุณประโยชน์ที่เกิดจากการวิจัยครั้งนี้ ขอมอบแด่ทุกท่านที่ได้เอ่ยนามมาและญาติผู้ป่วยทุกท่าน

มณทิพย์ เกสโร

.

สารบัญ

		หน้า
บทคัดย่อ		(5)
ABSTRACT		(7)
กิตติกรรมประกาศ		(9)
สารบัญ		(10)
รายการตาราง		(12)
บทที่ 1	บทนำ	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	วัตถุประสงค์การวิจัย	3
	คำถามการวิจัย	4
	กรอบแนวคิดการวิจัย	4
	นิยามศัพท์	5
	ขอบเขตการวิจัย	6
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2	วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง	7
	แนวคิดเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน	7
	แนวคิดการประเมินตัดสิน และการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน	13
	การประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วย	16
	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วย	19
	แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วย	21
	สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง	24

.

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
บทที่ 3	วิธีการดำเนินการวิจัย	26
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	26
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	27
	การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	29
	การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	30
	การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล	30
	การวิเคราะห์ข้อมูล	32
บทที่ 4	ผลการวิจัยและอภิปรายผล	33
	ผลการวิจัย	33
	อภิปรายผลการวิจัย	48
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	57
	สรุปผลการวิจัย	57
	ข้อเสนอแนะ	58
เอกสารอ้างอิง		59
ภาคผนวก		63
	ก การพิทักษ์สิทธิของญาติที่เข้าร่วมงานวิจัย (ผู้วิจัย)	64
	ข การพิทักษ์สิทธิของญาติที่เข้าร่วมงานวิจัย (ผู้ช่วยวิจัย)	65
	ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	66
	ง รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	75
ประวัติผู้เขียน		76

.

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	ความถี่และร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป	34
2	ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา	37
3	ความถี่และร้อยละของญาติผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน จำแนกตามการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน	41
4	ความถี่และร้อยละของญาติผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน จำแนกตามการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน	44
5	ความถี่และร้อยละของญาติผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน จำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน	46

.

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก และเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนไทย ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ประชากรเสียชีวิต และมีความพิการจำนวนมาก เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน เป็นภาวะเจ็บป่วยวิกฤติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแบบทันทีทันใดไม่รู้ตัว ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้เตรียมสภาพร่างกายและจิตใจให้พร้อมสำหรับการเผชิญกับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินยังเป็นสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อความสมดุลของชีวิตมนุษย์ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งผลเกิดขึ้นที่สำคัญนั้น ทำให้การทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆ ของร่างกายมนุษย์เกิดการเสียสมดุล ส่งผลให้ระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกายล้มเหลว เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบหายใจ ระบบการทำงานของไต และเกิดความผิดปกติของการเคลื่อนไหว เป็นต้น (กันยารัตน์, 2552; ศศิลักษณ์, 2545; สุชีรา, 2549) เพราะฉะนั้นอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ แก้ไขอย่างถูกต้องรวดเร็วและเหมาะสม ก่อนที่จะนำส่งโรงพยาบาล หากไม่ได้รับดูแลการช่วยเหลือ แก้ไขอย่างถูกต้อง รวดเร็วและเหมาะสมแล้วนั้น อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือพิการ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา กลายเป็นภาระของบุคคลอื่น ซึ่งในระยะยาวอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความพิการที่หลงเหลืออยู่ตามมา จนกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ทำให้เกิดผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวและกระทบต่อเศรษฐกิจประเทศได้ (กันยารัตน์, 2552) และเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินมักมีอาการรุนแรง เสี่ยงที่จะทำผู้ป่วยให้เสียชีวิตได้ ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่จึงจัดเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติ อาจจะไม่รู้สึกตัว หรืออาจจะช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ไม่สามารถจะรับรู้และดูแลสุขภาพของตนเองได้ และไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ (Hunt, Dehart, Allison, & Whitley, 1996) ดังนั้น ผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินจึงต้องการการดูแลจากญาติหรือผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด

จากการทบทวนสถิติการมารับบริการของผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ ย้อนหลัง 3 เดือน คือ เดือนกันยายน, ตุลาคม และพฤศจิกายน พ.ศ. 2555 พบว่าผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการคัดกรองจากพยาบาลวิชาชีพแล้วและได้รับการจัดให้เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยอยู่ในกลุ่มฉุกเฉินมาก (emergency) และกลุ่มฉุกเฉิน (urgency) ร้อยละ 85 เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล โดยมีญาติเป็นผู้ดูแลและนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลหาดใหญ่, 2555) ซึ่งสอดคล้องกับ ลอทต้าและคณะ

(Lotta, Sari, & Eija, 2012) กล่าวว่าผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่วนใหญ่มักจะมาพร้อมกับญาติ และญาติเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในประเมินตัดสินและเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ก่อนที่จะนำผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล (Lotta et al., 2012) ซึ่งสมาคมพยาบาลฉุกเฉินแห่งสหรัฐอเมริกาได้ให้ความสำคัญกับประเด็นการดูแลแบบองค์รวม คือ การดูแลผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ซึ่งหมายความว่าเจ้าหน้าที่จะต้องดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย และญาติด้วย (Tucker, 2002 อ้างตามสหัธยา, 2547) เมื่อญาติเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ทั้งก่อนและหลังที่ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว หากญาติประเมินตัดสินอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วยไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสมก่อนที่จะนำผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ก็จะส่งผลให้ญาติเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วยและให้การดูแลผู้ป่วยได้ไม่ถูกต้องเหมาะสมด้วยเช่นกัน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงมากยิ่งขึ้นได้ (ศิราณี, 2548)

อย่างไรก็ตามจากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า สถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน คือ ตัวผู้ป่วยเองไม่สามารถบอกอาการเจ็บป่วยหรือบอกความต้องการของตนเองได้ในขณะที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เนื่องจาก สภาพร่างกายไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูลแก่แพทย์และพยาบาล ซึ่งจากอาการหายใจเหนื่อยหอบมาก เจ็บแน่นหน้าอกมากพูดไม่ออก ปวดท้องอย่างรุนแรง ซึม กระสับกระส่าย หรืออาจไม่รู้สึกตัว เพราะฉะนั้นญาติจึงเป็นบุคคลที่ให้ข้อมูลอาการเจ็บป่วยแก่ แพทย์และพยาบาลแทน และข้อมูลที่ได้นั้นมาจากการที่ญาติได้ประเมินตัดสินแล้วว่าอาการเจ็บป่วยนั้นเป็นอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินตามความคิดเห็นของญาติ และบางคนที่เคยมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยมาก่อนก็จะจัดการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น เช็ดตัวลดไข้ ให้รับประทานยาเดิมของผู้ป่วย ให้พ่นยาหอบ หรือบางคนที่มีความรู้ก็อาจช่วยนวดหัวใจให้ผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว หรือญาติผู้ป่วยบางคนที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อนเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วย ก็รีบนำผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทันทีเนื่องจากประเมินตัดสินว่าอาการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยไม่เคยเจ็บป่วยมาก่อนนี้หรืออาการเจ็บป่วยที่ญาติเองไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อนนี้ เป็นอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน แต่เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีจำนวนมาก 160 – 210 ราย ในแต่ละวัน (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลหาดใหญ่, 2557) ทำให้เกิดความแออัดขึ้นภายในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบกับเจ้าหน้าที่ที่มีไม่เพียงพอ ทำให้การดูแลผู้ป่วยและญาติได้ไม่ทั่วถึง จึงทำให้ผู้ป่วยและญาติที่ประเมินว่าตนเองมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินแต่ไม่ได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ทันที เกิดความไม่พึงพอใจ และเกิดการฟ้องร้องตามมา

เนื่องจากขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอยู่ในภาวะวิกฤติ เพราะฉะนั้นการดูแลผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงต้องให้การดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลของกองการพยาบาล สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กฤษดา, ธีรพร, สุวิภา, เรวดี, และมนทกานต์,

2542) ซึ่งแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม ตามความรุนแรง คือ ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก ผู้ป่วยฉุกเฉิน และผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน และให้การช่วยเหลือตามลำดับความต้องการการช่วยเหลือ ทำให้ผู้ป่วยที่ญาตินำส่งโรงพยาบาลด้วยความคิดว่าเป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน แต่ได้รับการประเมินโดยแพทย์และพยาบาลว่า ไม่ฉุกเฉินต้องรอรับบริการตรวจรักษาเป็นลำดับหลัง จึงอาจทำให้ญาติและเจ้าหน้าที่มีความขัดแย้งกันเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการคัดกรองและการดูแลผู้ป่วย ทำให้ญาติไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับ และแสดงพฤติกรรมออกมาในรูปแบบต่างๆ และมักจะก่อให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในการรักษาพยาบาล เช่น ผู้ป่วยและญาติอาจจะปฏิเสธการรักษา ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการแก้ไขภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินอย่างถูกต้องและรวดเร็ว อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือพิการ สิ่งสำคัญที่จะช่วยลดหรือแก้ไขปัญหาและอุปสรรคดังกล่าว คือ การที่ญาติสามารถประเมินตัดสินและเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและรวดเร็ว (กันยารัตน์, 2552; Wellstood, Wilson, & Eyles, 2005)

แนวคิดความเครียดและการจัดการความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างตาม สมจิต, 2542) อธิบายการประเมินตัดสินสถานการณ์ที่เป็นความเครียด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสิน และวิธีการจัดการ ซึ่งให้แนวทางในการศึกษาเพื่อประเมินการประเมินตัดสินและการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วย ผู้ซึ่งนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ที่จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาและปรับปรุงการดูแลรักษาพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ และเป็นแนวทางในการพัฒนาความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ถูกต้อง เพื่อลดความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย ลดความพิการที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นกับญาติและครอบครัว และสร้างความพึงพอใจให้กับญาติ ลดความขัดแย้ง ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ กับญาติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้แก่ ปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า และปัจจัยด้านบุคคล
3. เพื่อศึกษาวิธีการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

คำถามการวิจัย

1. การประเมินตัดสิน ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นอย่างไร และอยู่ในระดับใด

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสิน และวิธีการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอยู่ในระดับใด

3. วิธีการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นอย่างไร และอยู่ในระดับใด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษา การประเมินตัดสินและเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยมารับบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้นเป็นเหตุการณ์ที่เกิดกับผู้ป่วยแบบทันทีทันใดโดยไม่ทันได้เตรียมตัว และภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้นนั้นทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตหรืออาจทำให้ไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถประเมินตัดสินและจัดการแก้ไขภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ด้วยตนเอง เพราะฉะนั้นญาติผู้ป่วย จึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่ดังกล่าวแทนผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความเครียดและการจัดการความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างตาม สมจิต, 2542) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินตัดสินปฐมภูมิ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสิน และการจัดการความเครียด เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

1. การประเมินตัดสินปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นขั้นตอนการใช้สติปัญญาในการประเมินตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรือเหตุการณ์ที่เผชิญว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนหรือไม่ (cognitive appraisal) โดยจะประเมินตัดสินเหตุการณ์ที่เผชิญออกมา 3 ลักษณะ คือ 1) ไม่มีความสำคัญกับตนเอง (irrelevant) 2) มีผลในทางที่ดีกับตนเอง (benign positive) และ 3) เป็นภาวะเครียด (stressful) ซึ่งความเครียดสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะ คือ 3.1) เป็นอันตรายหรือการสูญเสีย (harm & loss) 3.2) เป็นสิ่งคุกคาม (threat) และ 3.3 เป็นสิ่งท้าทาย (challenge)

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสิน ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านสถานการณ์เฉพาะหน้า ได้แก่ 1.1) ความรุนแรงของเหตุการณ์ 1.2) ความสามารถในการทำนาย และ 1.3) ความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ และ 2) ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ 2.1) ความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นได้ 2.2) สติปัญญาและการศึกษา และ 2.3) ประสบการณ์การเจ็บป่วย

3. การเผชิญความเครียด (coping) เป็นการพยายามจัดการเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรือเหตุการณ์ที่เผชิญใน 5 วิธี คือ 1) การแสวงหาข้อมูล (information seeking) 2) การกระทำโดยตรง

(direct action) 3) การหยุดยั้งการกระทำ (inhibition of action) 4) การแสวงหาความช่วยเหลือหรือแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง (social support) และ 5) การใช้กลไกทางจิต (intrapsychic)

การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ อธิบายได้ว่า ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นเหตุการณ์ที่ญาติผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินตัดสินและเผชิญ จึงประเมินตัดสินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของผู้ป่วยหรือไม่ โดยประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินออกมาใน 3 ลักษณะ และเลือกใช้วิธีการเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินใน 5 วิธีดังกล่าวข้างต้น สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินนั้น ผู้วิจัยนำทุกปัจจัยมาศึกษา และสรุปเป็นกรอบแนวคิด

นิยามศัพท์

การประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน หมายถึง กระบวนการคิดของญาติในการพิจารณาตัดสินความสำคัญของอาการหรือกลุ่มอาการของโรคหรืออุบัติเหตุที่เกิดขึ้นทันทีทันใด จากสาเหตุต่างๆ ที่มีความรุนแรงและทำให้เกิดภาวะเจ็บป่วยขึ้นอย่างเฉียบพลัน และมีผลต่อสวัสดิภาพของผู้ป่วย โดยผ่านกระบวนการความรู้สึกนึกคิดของญาติผู้ป่วย ที่มีต่อภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และตัดสินด้วยตนเองได้ว่า ภาวะเจ็บป่วยใดเป็นภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือภาวะเจ็บป่วยใดเป็นภาวะเจ็บป่วยไม่ฉุกเฉิน โดยประเมินการรับรู้ของญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับสถานะของผู้ป่วยใน 4 ด้าน คือ ด้านอาการเจ็บป่วยมีความสำคัญกับผู้ป่วย ด้านอาการเจ็บป่วยมีผลในทางที่ดีกับผู้ป่วย ด้านอาการเจ็บป่วยทำให้เกิดอันตราย/สูญเสียกับผู้ป่วย และ ด้านอาการเจ็บป่วยมีภาวะคุกคามชีวิตผู้ป่วย และประเมินการรับรู้ของตัวญาติเองในเรื่องความท้าทายในการให้การดูแลผู้ป่วย โดยประเมินจากแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างตาม สมจิต, 2542)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน หมายถึง ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ความสามารถในการทำนายเหตุการณ์การเจ็บป่วย ความไม่แน่นอนของอาการการเจ็บป่วย ความเชื่อ สติปัญญาและการศึกษา และประสบการณ์การเจ็บป่วย ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความคิดเห็นของญาติผู้ป่วย ที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ต่อภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ส่งผลให้ญาติผู้ป่วยประเมินตัดสินด้วยตนเองได้ ว่าภาวะเจ็บป่วยใดเป็นภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือภาวะเจ็บป่วยใดเป็นภาวะเจ็บป่วยไม่ฉุกเฉินโดยประเมินจากแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด ของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างตาม สมจิต, 2542)

การเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน หมายถึง วิธีการต่างๆ ที่ญาติใช้ในการจัดการกับภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งเป็นการจัดการที่ครอบคลุม เป็นการจัดการที่มุ่งเน้นแก้ปัญหาหรือสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย และการจัดการกับอารมณ์ ตามข้อมูลที่มีอยู่และการรับรู้ของผู้ดูแลโดยประเมินจาก

แบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างตามสมจิต, 2542)

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาในญาติของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งเป็นบุคคลที่มีหรือไม่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตกับผู้ป่วย โดยเป็นผู้ที่ดูแลและนำผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินขณะนั้นส่งโรงพยาบาล และเข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ ในเดือนพฤษภาคม 2556 ถึงเดือนกรกฎาคม 2556

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินตระหนักถึงความสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ตรงตามความเป็นจริง โดยเข้าใจการประเมินตัดสินและการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินตามมุมมองของญาติผู้ป่วย
2. ผลที่ได้จากการศึกษาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาสื่อ หรือคู่มือให้กับญาติผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ที่มารับบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อไป
3. ผลที่ได้จากการศึกษาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพด้วยความรวดเร็ว เหมาะสม และปลอดภัย
4. ผลที่ได้จากการศึกษาเป็นข้อมูลที่นำไปสู่แนวทางในการศึกษาวิจัยขั้นต่อไปเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและญาติผู้ป่วย บนพื้นฐานของปรากฏการณ์ที่แท้จริงได้อย่างมีทิศทางที่ชัดเจน
5. เป็นแนวทางในการกำหนดเนื้อหาการสอน สำหรับใช้ในการสอนนักศึกษาพยาบาลให้เข้าใจกระบวนการพยาบาล ที่มุ่งเน้นให้เห็นความสำคัญกับการประเมินตัดสินและการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วย

บทที่ 2
วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา การประเมินตัดสินและการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดทฤษฎี ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน
   1.1 ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน
   1.2 การแบ่งประเภทภาวะเจ็บป่วยป่วยฉุกเฉิน
   1.3 การรักษาพยาบาลผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน
2. แนวคิดการประเมินตัดสิน และการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน
3. แนวคิดเกี่ยวการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วย
4. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วย
5. แนวคิดการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วย

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน เกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกคนที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยกะทันหัน และอยู่ในภาวะวิกฤติที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างรีบด่วน ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล (อัญชลี, 2546) ซึ่งบุคคลที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยกะทันหันนั้น เรียกว่า ผู้ป่วยฉุกเฉิน และภาวะที่บุคคลได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยกะทันหันนั้น เรียกว่า ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งได้มีผู้ให้คำจำกัดความของภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินไว้ ดังนี้

ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน หมายถึง ภาวะที่บุคคลกำลังเผชิญกับอาการหรือโรคหรืออุบัติเหตุที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน โดยปัจจุบันทันด่วน หรือเหตุการณ์การเจ็บป่วยที่ไม่สามารถคาดเดาได้ล่วงหน้า และจำเป็นต้องดำเนินการช่วยเหลือดูแล และแก้ไขทันทีอย่างรีบด่วน มิฉะนั้นอาจเกิดการบาดเจ็บ การเสียเลือด การเกิดโรคติดต่อ และโรคติดเชื้อ ที่เป็นอันตรายถึงชีวิต หรือทำให้เกิดความพิการและความทุกข์ทรมานอย่างมากได้ ซึ่งผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินและวิกฤตที่ต้องให้ความช่วยเหลือและ

แก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างรีบด่วนนั้น ไม่อาจคาดเดาความรุนแรงของภาวะคุกคามที่จะเกิดขึ้นได้ในทันที (กฤษดาและคณะ, 2542; สุดาพรรณและวนิดา, 2546; สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2551)

สหัธยา (2547) กล่าวว่า การเจ็บป่วยฉุกเฉิน คือ อาการเจ็บป่วยที่รุนแรง เฉียบพลัน ที่เกิดขึ้นทั้งร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย เกิดขึ้นทันทีทันใดโดยที่ไม่มีสัญญาณเตือนให้ทราบล่วงหน้าก่อน ซึ่งอาจมีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต เป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทันที หรือบางครั้งอาจเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามต่อภาวะสมดุลของระบบร่างกาย ทำให้บางคนไม่สามารถหาทางออก หรือแก้ปัญหาเหล่านั้นด้วยวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาที่เคยใช้ได้ผลในอดีต ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติ ทำให้ทุกคนเกิดความเครียด กลัว วิตกกังวล ไม่ไว้วางใจ หมดหนทางที่จะช่วยเหลือ และรู้สึกสิ้นหวัง

กล่าวโดยสรุป ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน หมายถึง ภาวะที่บุคคลต้องเผชิญกับอาการหรือโรคหรืออุบัติเหตุที่มีความรุนแรงและเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ไม่สามารถคาดเดาและไม่มีสัญญาณเตือนให้ทราบล่วงหน้า ซึ่งอาจมีความรุนแรง ถึงขั้นทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรืออาจเป็นเหตุการณ์ที่บางคนไม่สามารถหาทางออกและแก้ไขปัญหาได้ ทำให้เกิดความเครียด กลัว วิตกกังวล จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลทันที

การแบ่งประเภทภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน เป็นภาวะที่บุคคลต้องเผชิญกับอาการหรือโรคหรืออุบัติเหตุที่มีความรุนแรงและเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ไม่สามารถคาดเดาและไม่มีสัญญาณเตือนให้ทราบล่วงหน้า ซึ่งอาจมีความรุนแรงถึงขั้นทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรืออาจเป็นเหตุการณ์ที่บางคนไม่สามารถหาทางออกและแก้ไขปัญหาได้ ทำให้เกิดความเครียด กลัว วิตกกังวล ซึ่งเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกคน จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลทันทีอย่างรีบด่วน แต่เนื่องจากผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นมีจำนวนมากและมีความแตกต่างกัน จึงจำเป็นต้องมีการคัดแยกเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตามระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่ง กองการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข (2544) ได้จำแนกประเภทผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตามระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย/โรค ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินมาก (emergent) หมายถึง ภาวะที่เกิดขึ้นแล้วมีอันตรายร้ายแรงและคุกคามชีวิตของผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาทันทีทันใด (immediate care) ต้องได้รับการช่วยเหลือภายในเวลา 4-15 นาที โดยมีอาการและอาการแสดง ดังต่อไปนี้

1.1 ภาวะที่มีเลือดไหลออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลงจากหลายๆ สาเหตุ (shock of any type)

1.2 ภาวะที่หัวใจและการหายใจหยุดทำงาน (cardiac and respiratory arrest)

1.3 ไม่รู้สึกตัว ไม่รู้วันเวลาสถานที่ สับสนมาก หรือการประเมินอาการทางระบบประสาทน้อยกว่า 7 (unconscious, disoriented or very confused or coma score < 7)

1.4 ปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะการหายใจลำบากและมีอาการเขียวในเด็ก (airway problems of any type especially with cyanosis stridor in child)

1.5 หายใจลำบาก หรือหายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจน้อยกว่า 10 หรือมากกว่า 30 ครั้ง/นาที อาจมีอาการเขียวหรือไม่มีก็ได้ (respiratory distress, dyspnea respiration <10 or > 30 ครั้ง/นาที with or without cyanosis)

1.6 การเต้นของชีพจรไม่สม่ำเสมอและเบาในอัตราน้อยกว่า 50 ครั้ง/นาที หรือมากกว่า 150 ครั้ง/นาที (weak irregular pulse < 50 ครั้ง/นาที หรือ > 150 ครั้ง/นาที)

1.7 เลือดออกมากและไม่สามารถควบคุมให้เลือดหยุดไหลได้ (severe uncontrolled bleeding)

1.8 ชักตลอดเวลา (seizures)

1.9 แผลเปิดที่หน้าอกและท้อง (open chest or abdominal wound)

1.10 ปัญหาเกี่ยวกับการรักษา เช่น พิษจากยาเกินขนาด ภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและโรคเบาหวาน (severe medical problems, such as poisoning overdose, cardiac and diabetic complications)

1.11 อวัยวะถูกตัดขาด (amputation)

1.12 กระดูกต้นคอได้รับบาดเจ็บ (cervical spine injury)

1.13 ความดันโลหิต systolic ต่ำกว่า 90 mmHg หรือชีพจรที่ข้อมือของเด็กเบาลง (systolic blood pressure < 90 mmHg or palpable radial pulse in children)

1.14 แผลบาดเจ็บจากความร้อนบางส่วนหรือทั้งหมดมากกว่า 20% ในผู้ใหญ่หรือมากกว่า 10% ในเด็ก (burn partial or full > 20% in adults or > 10% in children)

1.15 ปัญหาทางด้านจิตใจอย่างรุนแรง เช่น พยายามทำร้ายผู้อื่น

2. ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ugent) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือรองจากผู้ป่วยฉุกเฉินมาก เป็นผู้ป่วยที่สมควรได้รับการดูแลรักษาภายใน ½ - 1 ชั่วโมง ถ้าไม่ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนดอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือพิการได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะรู้สึกตัวดี และไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก ผู้ป่วยฉุกเฉินมีอาการและอาการแสดง ดังต่อไปนี้

2.1 เจ็บปวดหรือมีไข้มากกว่า 39 C (pain, fever > 30 C)

2.2 ภาวะปวดท้อง และปวดหลังที่ไม่ฉุกเฉิน (non acute abdominal pain, back pain)

2.3 คลื่นไส้อาเจียน หรือถ่ายเหลวตลอดเวลา (continuous nausea or diarrhea)

2.4 ปวดศีรษะเฉียบพลัน (acute headache)

2.5 ปัญหาเกี่ยวกับ ตา หู คอ จมูก เช่น เลือดออกในลูกตา เลนส์ตาแตก การหลุด ลอกของกระจกตา ต้อหินเฉียบพลัน เลือดกำเดาไหล หูชั้นในอักเสบ (eye, ear, nose, throat, and problem: hyphema, ocular rupture, retinal detachment, acute glaucoma, epistaxis, otitis)

2.6 กระเพาะปัสสาวะอักเสบ (cystitis)

2.7 กระดูกหักแบบแผลเปิด (open fracture)

2.8 กระดูกหักหลายส่วน โดยอวัยวะส่วนปลาย ไม่มีอาการปวด และคลำชีพจรไม่ได้ ซีด เย็น หรือขยับไม่ได้ (multiple fractures without sign of compartment syndrome such as pulseless, pain, pallor, or paralysis)

2.9 แผลจากการสัมผัสความร้อนขนาดเล็ก minor burn)

2.10 การผ่าตัดช่องท้อง (abdominal surgery)

3. ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (non-urgent) หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องการการวินิจฉัยและการรักษาอย่างเหมาะสม ไม่จำเป็นต้องมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน สามารถรอการรักษาได้นานกว่า 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินมีอาการและอาการแสดง ดังต่อไปนี้

3.1 โรคติดต่อทางผิวหนัง (impetigo) หรือมรผื่น (rashes)

3.2 อาการและกลุ่มอาการของหวัด (cold sign and symptoms)

3.3 ท้องผูก (constipation)

3.4 แผลถลอก กระดูกหักที่ไม่มีแผลเปิด ข้อเคล็ด ข้อตึง (abrasion wound, closed fracture, sprain, strain) การบาดเจ็บขนาดเล็ก (minor injury) บาดแผลฟกช้ำ (minor bruises)

3.5 ต้องการการวินิจฉัยเพิ่ม (requires considerable time, effort and supplies)

3.6 ถึงแก่กรรมหรือคาดว่าอย่างไรก็ถึงแก่กรรม (dead or expected to die)

สมาคมแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศแคนนาดา (Canadian Association of Emergency Physicians [CAEP]) ได้จัดระดับความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยออกเป็น 5 ระดับ (Zimmermann, 2002 อ้างตามอัญชลี, 2546) โดยแบ่งภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินมากออกเป็น 2 ระดับย่อย คือ ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินมากที่ต้องช่วยชีวิตทันทีหรือต้องช่วยให้คืนชีพ กับภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินมาก และแบ่งภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินออกเป็น 2 ระดับย่อยเช่นกัน คือ ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินกับภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินรอได้

ระดับ 1 ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินมากที่ต้องช่วยชีวิตทันที หรือต้องช่วยให้คืนชีพ (resuscitation) เป็นผู้ป่วยที่ต้องการ การช่วยเหลือทันทีทันใดไม่มีระยะเวลารอคอย ผู้ป่วยประเภทนี้ได้แก่ ผู้ป่วยหยุดหายใจ หัวใจหยุดเต้น หายใจลำบาก เป็นต้น

ระดับ 2 ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินมาก (emergent) เป็นผู้ป่วยที่ต้องรีบให้การช่วยเหลือภายในเวลาไม่เกิน 15 นาที ผู้ป่วยประเภทนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ มีปริมาณออกซิเจนในเลือดน้อยกว่า 92 เปอร์เซ็นต์ ความดันโลหิตต่ำกว่า 80 มม.ปรอท เป็นต้น

ระดับ 3 ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน (urgent) เป็นผู้ป่วยที่ต้องรีบให้การช่วยเหลือภายในเวลาไม่เกิน 30 นาที ผู้ป่วยประเภทนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการจุกแน่นคอ ผู้ป่วยที่มีอาการเกี่ยวกับระบบหายใจ แต่มาตรวจก่อนแพทย์นัด เป็นต้น

ระดับ 4 ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินรอได้ (less-urgent) เป็นผู้ป่วยที่ต้องรีบให้การช่วยเหลือภายในเวลาไม่เกิน 60 นาที เป็นผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ผู้ป่วยประเภทนี้ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีบาดแผลเล็กน้อย มีผื่นคัน เป็นต้น

ระดับ 5 ภาวะเจ็บป่วยไม่ฉุกเฉิน (non-urgent) เป็นผู้ป่วยที่ต้องรีบให้การช่วยเหลือภายในเวลาไม่เกิน 2 ชั่วโมง เป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน ได้แก่ ต้องการการวินิจฉัยโรคเพิ่ม เป็นต้น

อย่างไรก็ตามได้มีโรงพยาบาลบางแห่งหรือบางหน่วยงานได้มีการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบของการคัดกรองผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้มีความสอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยและให้ได้มาตรฐานเพื่อประโยชน์เรื่องความปลอดภัย และการได้รับบริการการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพของผู้มารับบริการ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ โดยแบ่งระดับภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินเฉียบพลันออกเป็น 2 ระดับย่อย ดังนี้

1. ภาวะวิกฤติ (crisis) เป็นภาวะวิกฤตมีภาวะคุกคามถึงแก่ชีวิต หรือมีภาวะเสี่ยงต่อการคุกคามถึงแก่ชีวิต ต้องได้รับการประเมินและรักษาอย่างรวดเร็วทันที 4 นาที เช่น cardiac arrest, respiratory arrest, multiple injury region เป็นต้น

2. ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (urgent) เป็นภาวะเร่งด่วนและมีภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิต หรือมีอาการเลวลง และอาจทำให้พิการได้ เป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลรักษาภายใน 30 นาที เช่น cervical spine injury และมี shock, drowsy responsive (GCS < 9), hypoglycemia น้ำตาลในเลือด < 50 mg% เป็นต้น

3. ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินเฉียบพลัน (acute illness) เป็นภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันไม่เร่งด่วนมีภาวะคุกคามต่อชีวิตหรือพิการ ต้องให้การประเมินและการรักษาภายใน 1 ชั่วโมง เช่น เวียนศีรษะ อาเจียน บ้านหมุน ลืมตาไม่ได้, อาเจียน ท้องเสีย มีภาวะขาดน้ำเล็กน้อย เป็นต้น

4. ภาวะเจ็บป่วยไม่ฉุกเฉินหรือภาวะเจ็บป่วยไม่เร่งด่วน (non-acute illness) เป็นกลุ่มที่ไม่มีภาวะเร่งด่วน และไม่เฉียบพลันผู้ป่วยที่ไม่มีความจำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาในคลินิกทั่วไปหรือคลินิกเฉพาะทางภายหลังได้ สามารถรอตรวจได้เมื่อว่างจากผู้ป่วยลำดับ 1, 2 และ 3 แต่ไม่เกิน 2 ชั่วโมง เช่น ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยมารับยาต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่มีบาดแผลเรื้อรัง เป็นต้น

เมื่อผู้ป่วยได้รับการคัดกรองตามเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น ผลดี คือ ทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินมากและเจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลที่รวดเร็วทันทีที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยไม่ฉุกเฉินจะถูกส่งไปรับการตรวจรักษาที่แผนกตรวจโรคทั่วไปหรือคลินิกเฉพาะโรค ทำให้ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่คับคั่งอยู่ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ลดลง ระยะเวลาการรอรับบริการของผู้ป่วยให้สั้นลง ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะส่งผลช่วย

ลดภาวะเครียดแก่บุคลากรทีมสุขภาพ แต่ถึงอย่างไรพยาบาลคัดกรองจะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจระบบการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อให้เขาแน่ใจว่าจะได้รับความช่วยเหลือทันต่อสถานการณ์ เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินเพื่อจะได้เลือกใช้บริการการตรวจรักษาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการการประเมินตัดสินและการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติ ที่มารับบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยจะทำการศึกษาในกลุ่มญาติที่นำผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินเข้ารับบริการที่แผนอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งของภาคใต้ และได้รับการคัดกรองตามเกณฑ์ของกองการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข (2544) ว่าจัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินมาก และมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน และจากการทบทวนวรรณกรรมการทบทวนสถิติย้อนหลังของการมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ พบว่ากลุ่มภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ทำให้ผู้ป่วยมารับบริการ ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 5 อันดับแรก คือ ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดจากอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจตายเฉียบพลัน อาการของโรคหลอดเลือดสมอง อาการหายใจลำบาก อาการปวดท้อง และอาการของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ (ประกอบด้วยกลุ่มอาการดังต่อไปนี้ อาการเจ็บแน่นหน้าอกหรือจุกแน่นบริเวณลิ้นปี่ การเต้นของชีพจรไม่สม่ำเสมอ หายใจลำบาก หรือหายใจเหนื่อยหอบ อาการอ่อนแรงแขน ขา ข้างใดข้างหนึ่ง พูดไม่ชัดปากเบี้ยว อาการปวดท้อง ไม่รู้สึกตัว ไม่รู้วันเวลาสถานที่ พูดคุยสับสน มีบาดแผลฉีกขาดตามร่างกาย แขน ขาได้รับบาดเจ็บจนบวมหรือผิดรูป) เนื่องจากกลุ่มอาการที่กล่าวมาข้างต้น เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลยังไม่ทันเตรียมตัวเตรียมใจ และเป็นกลุ่มอาการที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตสูง อาจทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติหรืออาจไม่รู้สึกตัว ญาติผู้ป่วยจึงเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการเผชิญต่ออาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ก่อนที่จะนำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาล จากสถิติการมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุ ของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ พบว่าวิธีที่ญาติใช้ในการเผชิญต่ออาการภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วยก่อนที่จะนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล เช่น การซื้อยามาให้ผู้ป่วยรับประทานเอง การให้ผู้ป่วยนอนพัก การบีบนวดให้ผู้ป่วย และการพ่นยาขยายหลอดลมให้ผู้ป่วย และอื่นๆ ซึ่งบางวิธีอาจได้ผลและเป็นผลดีกับผู้ป่วย แต่วิธีการบางวิธีอาจทำให้เกิดผลเสียแก่ผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการรักษาหรืออาจทำให้ผู้ป่วยอาการทรุดลงมากขึ้นในขณะที่นำส่งโรงพยาบาล หรือขณะที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินแล้วก็ตาม จนเป็นเหตุให้ญาติไม่พึงพอใจและเกิดการร้องเรียนหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินขึ้นได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่อง การประเมินตัดสินและการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติ ที่มารับบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปปรับปรุงและหาแนวทางในการพัฒนาการรักษาพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด ลดภาวะคุกคามชีวิตของผู้ป่วย และให้ญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ลดความเครียด กลัว และความวิตกกังวลของญาติ จากการประเมินตัดสินอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และมีการเผชิญอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ถูกวิธี

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน หมายถึง การให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาเร่งด่วนเฉียบพลัน ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่คุกคามชีวิต ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องทันเวลาแล้วนั้นจะทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและเกิดความพิการได้ โดยต้องมีการประเมินปัญหาของผู้ป่วย พร้อมทั้งวางแผนการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่และป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งที่รุนแรงและไม่รุนแรงที่อาจเกิดตามมาได้ โดยมีวัตถุประสงค์ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน 3 ประการ ดังนี้ (กองการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 2544)

1. ดำรงรักษาชีวิต (save life) โดยมุ่งแก้ไขปัญหาและอาการที่คุกคามชีวิตผู้ป่วยที่ปรากฏในครั้งแรก และป้องกันไม่ให้เข้าสู่ภาวะวิกฤติ ค้นหาสาเหตุและ/หรือปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ โดยการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

2. รักษาหน้าที่ต่างๆ ของอวัยวะสำคัญของร่างกายให้ดำรงอยู่ (save limbs) โดยพยายามประคับประคองอวัยวะที่มีพยาธิสภาพนั้นๆ

3. ประคับประคองอวัยวะที่ดำรงอยู่ให้สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ (save function) ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการติดเชื้อ รวมถึงประคับประคองอารมณ์ จิตใจของผู้ป่วยและญาติ

การให้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะต้องเน้นให้การดูแลรักษาที่ได้คุณภาพอย่างคลอบคลุมตามกระบวนการ การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ พ.ศ.2549 ที่กำหนดไว้ 6 ขั้นตอน คือ (สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย, 2550)

1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ ที่ง่าย เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วยทันเวลา ภายใต้ระบบและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2. การประเมินผู้ป่วย อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม

3. การวางแผนการดูแลผู้ป่วย และการวางแผนจำหน่ายด้วยการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่เชื่อมโยง และประสาน โดยใช้หลักฐานทางวิชาการตอบสนองความต้องการอย่างเป็นองค์รวมและผู้ป่วยหรือญาติมีส่วนร่วม

4. การดูแลผู้ป่วยทั่วไป และการดูแลผู้ป่วยหรือการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงอย่างรวดเร็วทันทีและปลอดภัย เหมาะสมและเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

5. การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วย และญาติ เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ และเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล

6. การดูแลต่อเนื่อง มีการสร้างความร่วมมือ และประสานงานในการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องให้ได้ผลดี

แนวคิดการประเมินตัดสิน และการเผชิญความเครียดของลาซาลัสและโฟล์คแมน

ลาซารัสและคณะ ได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับความเครียด การประเมินตัดสิน และการเผชิญกับความเครียด โดยมองความเครียดว่าไม่ได้ขึ้นอยู่กับบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม แต่คนกับสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน และให้ความหมายของความเครียด (stress) ว่าเป็นเหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และตนจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังในการปรับตัว ซึ่งเป็นการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการ (demands) กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (resources) โดยผ่านกระบวนการความรู้สึกนึกคิด (สมจิต, 2542)

การประเมินตัดสิน (cognitive appraisal) เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาในการคิดพิจารณาตัดสินความสำคัญและความหมายของเหตุการณ์นั้นๆ ต่อสวัสดิภาพของตนเองซึ่งจะเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาที่มนุษย์ตื่นอยู่ มี 3 อย่าง คือ

1. การประเมินชนิดปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นการประเมินตัดสินถึงความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์นั้นต่อสวัสดิภาพของตนเอง ซึ่งเมื่อต้องประสบกับเหตุการณ์ต่างๆ บุคคลนั้นจะตั้งคำถามกับตนเองว่า “ฉันจะลำบากหรือไม่ทั้งในปัจจุบันและในอนาคต” หรือ “ฉันจะได้รับประโยชน์อะไร” แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ

1.1 ไม่มีความสำคัญกับตนเอง (irrelevant) คือ การที่บุคคลพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นไม่ได้เกี่ยวข้องกับสวัสดิภาพของตน หรือตนไม่ได้มีส่วนได้ส่วนเสียกับเหตุการณ์นั้นๆ

1.2 มีผลในทางที่ดีกับตนเอง (benign positive) คือ การที่บุคคลพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นมีผลในทางที่ดีกับสวัสดิภาพของตนเอง ทำให้บุคคลเกิดความผ่อนคลายและหันเหความสนใจไปในเรื่องอื่น ไม่ต้องใช้ความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์นั้นหรือไม่ ต้องใช้ความพยายามในการปรับตัว

1.3 ประเมินว่าเป็นความเครียด (stressful) คือ การพิจารณาตัดสินว่า ในเหตุการณ์นั้นบุคคลต้องดึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังมาใช้ในการปรับตัว มี 3 ลักษณะ คือ

1.3.1 เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (harm & loss) หมายถึง การที่บุคคลประเมินว่า เกิดการเสียหายขึ้นกับตนเองแล้ว

1.3.2 คุกคาม (threat) เป็นการประเมินถึงอันตรายหรือการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ในกรณีเจ็บป่วยบุคคลอาจจะประเมินทั้งเป็นอันตราย สูญเสีย และคุกคามผสมผสานกัน

1.3.3 ท้าทาย (challenge) เป็นการพิจารณาตัดสินว่าเหตุการณ์นั้นอาจเป็นอันตราย แต่มีทางที่จะควบคุมได้ หรืออาจจะให้ประโยชน์กับตนเอง ทำให้มีขวัญและกำลังใจดีขึ้น

2. การประเมินชนิดทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ ในการประเมินชนิดนี้ผู้ประเมินจะตั้งคำถามว่า “โอกาสที่จะสำเร็จมีมากน้อยเพียงใด” “มีทางเลือกใดบ้างที่จะจัดการกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น” และ “ผลที่จะ

ตามมาเป็นอย่างไร” การประเมินชนิดทุติยภูมิไม่จำเป็นต้องตามหลังการประเมินชนิดปฐมภูมิ แต่อาจ จะเกิดขึ้นพร้อมๆกันได้ อย่างไรก็ตามการประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดขึ้นอยู่กับปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า (situational) และปัจจัยทางด้านบุคคล (personal factor) คือ

2.1 ปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า ได้แก่

2.1.1 ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (novelty) ความเจ็บปวดที่เป็นอันตรายแก่ชีวิต บุคคลประเมินว่าเป็นอันตรายและสูญเสียอย่างมากทั้งในปัจจุบันและอนาคต

2.1.2 การทำนายเหตุการณ์ (predictability) ลักษณะของเหตุการณ์นั้นสามารถทำนายได้มากน้อยเพียงใดถ้าเป็นเหตุการณ์ใหม่ที่บุคคลไม่เคยประสบมาก่อนไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นในอนาคตบุคคลนั้นอาจประเมินว่าเป็นภาวะคุกคาม

2.1.3 ความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ (event uncertainty) อาจทำให้บุคคลประเมินว่าเป็นภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินเพราะบุคคลไม่สามารถคาดเดาว่าตนเองจะควบคุมสถานการณ์และหาวิธีการที่เหมาะสมมาจัดการกับภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้นได้หรือไม่

2.2 ปัจจัยทางด้านบุคคล (personal factor) ได้แก่

2.2.1 ความเชื่อ (beliefs) หากบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นได้อาจจะออกมาในลักษณะท้าทาย แต่ถ้าเชื่อว่าตนเองไม่สามารถควบคุมได้ อาจจะประเมินว่าเหตุการณ์นั้นคุกคาม สูญเสีย หรือเป็นอันตราย

2.2.2 สติปัญญาและการศึกษา (cognitive) ของคนจะมีผลต่อการประเมิน ผู้ที่มีสติปัญญาและการศึกษาดีสามารถประเมินเหตุการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง

2.2.3 ประสบการณ์การเจ็บป่วย (experience) บุคคลที่เคยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยสามารถประเมินเหตุการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริงมากกว่าบุคคลที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน

3. การประเมินตัดสินใหม่ (reappraisal) เป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมินของบุคคลหากได้รับข้อมูลใหม่เข้ามา คือการให้ความหมายของเหตุการณ์เสียใหม่เพื่อที่ลดความเครียดนั้นลง

การเผชิญกับความเครียด (coping) เป็นการพยายามทั้งการกระทำและความนึกคิดที่จะจัดการกับความเครียด ซึ่งความพยายามนี้จะต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่เกินกว่าธรรม การเผชิญกับความเครียดนี้ ถือเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และจะไม่มีการตัดสินก่อนว่าวิธีการเผชิญกับความเครียดวิธีใดมีประสิทธิภาพ เพราะขึ้นอยู่กับบริบท (context) บุคคลที่เผชิญกับความเครียดได้ดี คือ บุคคลที่รู้จักเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ การเผชิญกับความเครียดมี 2 ลักษณะ

1. การมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) เป็นการเผชิญกับความเครียด โดยการเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม โดยการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น รู้จักจัดการกับแหล่งของความเครียด หรือจัดการกับตนเองโดยพยายามมุ่งแก้ปัญหา

2. การจัดการกับอารมณ์ (emotional- focused coping) เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึก เพื่อไม่ให้ความเครียดนั้นทำลายขวัญและกำลังใจ หรือลดประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของบุคคล คือ บุคคลต้องรู้จักจัดการกับอารมณ์และความรู้สึก เพื่อสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การปฏิเสธเมื่อเป็นโรคร้าย เพื่อไม่ให้ตนเองเป็นทุกข์จนไม่สามารถทำอะไรได้

วิธีการเผชิญกับความเครียด (coping mode) นั้นมีอยู่ 5 วิธี คือ

1. การแสวงหาข้อมูล (information seeking) เป็นความพยายามที่เรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหา เพื่อหาทางแก้ไข

2. การกระทำโดยตรง (direct action) เป็นการกระทำไม่ใช่ความนึกคิดเพื่อที่จะจัดการกับเหตุการณ์ที่ประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด

3. การหยุดยั้งการกระทำ (inhibition of action) เป็นการไม่ทำอะไรเลย โดยการหยุดกระทำกิจกรรมที่คิดว่าเป็นอันตราย

4. การแสดงหาความช่วยเหลือหรือแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง (social support)

5. การใช้กลไกทางจิต (intrapsychic) เป็นกระบวนการนึกคิดที่ต้องการปรับอารมณ์ให้รู้สึกดีขึ้น รวมถึงการประเมินเหตุการณ์เสียใหม่ เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ แสวงหาความพอใจจากสิ่งอื่น รวมถึงการใช้กลไกป้องกันตนเอง เช่น การปฏิเสธ หรือการเก็บกด

การที่บุคคลจะเลือกใช้วิธีการใดในการเผชิญกับภาวะเครียดนั้นขึ้นอยู่กับ

1. ความรู้สึกไม่แน่ใจหรือคลุมเครือ ถ้ารู้สึกเช่นนี้บุคคลมักจะลดการกระทำโดยตรง แต่จะหันไปแสวงหาข้อมูลเพิ่มขึ้น ถ้าใช้วิธีนี้ล้มเหลวอาจจะหันไปใช้กลไกการป้องกันทางจิต โดยการหลีกเลี่ยงหรือพยายามลืม

2. ความรุนแรงของความรู้สึกถูกคุกคาม ถ้าเหตุการณ์นั้นน่าตกใจกลัวเป็นอย่างมาก บุคคลมักจะใช้กลไกทางจิตในการป้องกันตนเอง

3. การมีข้อขัดแย้ง มักจะใช้กลไกทางจิตแต่จะไม่ใช้การกระทำโดยตรง

4. ความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ (helplessness) ถ้าหากว่าบุคคลมองว่าอันตรายที่จะเกิดขึ้นในอนาคตนั้นไม่สามารถหลีกเลี่ยงหรือกระทำอะไรให้ดีขึ้นได้ จะเกิดความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ หมดความหวัง และจะไม่กระทำกิจกรรมใดๆ

แหล่งประโยชน์ในการเผชิญกับความเครียด (coping resources) วิธีการที่บุคคลใช้ในการเผชิญกับความเครียดนั้นขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในบริบทนั้นๆ (context) ได้แก่

1. ภาวะสุขภาพและพลังของบุคคล จะช่วยส่งเสริมความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ คนที่มีสุขภาพดี มีพละกำลัง จะช่วยให้เผชิญกับความเครียดได้ดี

2. ความเชื่อถือในทางที่ดี ได้แก่ ความเชื่อที่ดีในผลลัพธ์ที่ตามมา เชื่อว่าตนสามารถจะควบคุมผลที่ตามมาได้ และมีความหวัง จะช่วยเอื้ออำนวยการเผชิญกับความเครียดได้ดีขึ้น

3. ทักษะในการแก้ปัญหา บุคคลที่รู้จักใช้ความคิดอย่างมีเหตุผล มีความสามารถในการแสวงหาความรู้และข้อมูลต่างๆ จะสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี

4. ทักษะทางสังคม ความสามารถที่จะติดต่อสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจะช่วยเอื้ออำนวยในการแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น

5. แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคม ซึ่งรวมทั้งครอบครัวในด้านต่างๆ ได้แก่ 1) การได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการแก้ปัญหา 2) การได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ทำให้บุคคลรู้สึกว่า ตนยังมีคุณค่าและเป็นที่รักของบุคคลที่ใกล้ชิด มีคนที่รู้สึกไว้วางใจได้ในยามทุกข์ และ 3) การได้รับความช่วยเหลือในเรื่องวัตถุและการบริการ ทั้ง 3 ข้อที่กล่าวมานี้จะส่งผลให้บุคคลมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาและความยากลำบากที่เกิดขึ้น

6. แหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ การมีทรัพย์สินเงินทองเป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยในการเผชิญกับความเครียด ช่วยให้บุคคลมีทางเลือกวิธีการแก้ปัญหามากขึ้น

การประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นเหตุการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแบบทันทีทันใดโดยที่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยยังไม่ทันได้เตรียมตัวให้พร้อมที่จะรับกับเหตุการณ์นั้น อย่างไรก็ตามอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันนั้น อาจทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติหรือไม่รู้สึกตัว เพราะฉะนั้นญาติผู้ป่วยจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประเมินว่าเหตุการณ์เจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นเป็นเหตุการณ์เจ็บป่วยฉุกเฉินหรือไม่ ซึ่งขึ้นอยู่กับการประเมินตัดสินของญาติผู้ป่วยว่าเหตุการณ์นั้นมีผลต่อสวัสดิภาพของผู้ป่วยหรือไม่ และญาติผู้ป่วยเองจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังในการเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือไม่ ซึ่งลาซารัสและโฟล์คแมน ได้อธิบายไว้ว่าการประเมินตัดสินนั้นเป็นการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการ (demands) กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (resources) เพราะฉะนั้นการที่ญาติผู้ป่วยจะประเมินตัดสินว่าภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นเป็นภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือไม่นั้น จึงต้องผ่านกระบวนการความรู้สึกนึกคิดของญาติผู้ป่วย (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างตาม สมจิต, 2542) เนื่องจากลาซารัสและโฟล์คแมนกล่าวว่า เหตุการณ์เจ็บป่วยของผู้ป่วย ที่ญาติผู้ป่วยประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยต้องดึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังที่มีอยู่มาใช้นั้น ว่าเป็นความเครียดหรือเป็นภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน (Lazarus & Folkman, 1984) โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การถูกคุกคามจากสิ่งกระตุ้นความเครียด (stimulus) เมื่อบุคคลแปลความหมายสิ่งกระตุ้น (stimuli) ว่าเป็นอันตรายหรือมาคุกคามต่อดุลยภาพทางจิตใจ บุคคลจะใช้ความพยายามที่

จะขจัดหรือบรรเทาความรู้สึกกดดันเหล่านั้นให้หมดไป แต่โดยธรรมชาติแล้ว ความกดดันที่เกิดขึ้นนั้นจะทำให้ความสมดุลระหว่างความกดดันกับความสามารถที่บุคคลจะจัดการกับความกดดัน ซึ่งเคยมีอยู่เดิมเสียไปด้วย ดังนั้น บุคคลจะรับรู้และแปลความหมายสิ่งที่กระตุ้นว่า ทำให้เกิดความรู้สึกกดดัน ไม่สบายใจ และสูญเสียภาวะสมดุลของตนเองในที่สุด

ขั้นตอนที่ 2 การตอบสนองต่อการถูกกระตุ้น (response definitions) เป็นการประเมินสิ่งกระตุ้นที่คุกคามสภาวะสมดุลของบุคคล ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญ ลาซารัส กล่าวว่า เป็นกระบวนการใช้ความรู้และสติปัญญา (cognitive process) โดยเหตุการณ์ (event) นั้นจะได้รับการประเมินว่ามีความรุนแรงหรือก่อให้เกิดความสูญเสีย คุกคามชีวิตและท้าทายหรือไม่ เรียกว่า การประเมินระดับต้น สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งเร้าที่มากระตุ้นแล้ว ก็จะทำให้บุคคลมีการประเมินตัดสิน โดยผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินจะมีการประเมินตัดสินด้วยความรวดเร็ว โดยการประเมินชนิดปฐมภูมิ (primary appraisal)

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดกระบวนการจัดการความเครียด ของลาซารัสและโฟล์คแมน ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น มาอธิบายการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วย กล่าวคือ การประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน เป็นกระบวนการคิดวิเคราะห์ ทำความเข้าใจ และประเมินตัดสินต่ออาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันนั้น โดยที่ตัวผู้ป่วยเองและญาติผู้ป่วยไม่ได้มีการเตรียมตัวไว้ล่วงหน้า โดยการรวบรวมข้อมูลจากประสบการณ์ที่ผ่านมาของตัวผู้ป่วยเอง ของญาติผู้ป่วย หรือคนรู้จัก แล้วนำข้อมูลที่ได้มาผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์ แล้วให้ความหมายและประเมินตัดสินว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันนั้นเป็นภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือไม่ ซึ่งเหตุการณ์บางเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยบางรายอาจเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นครั้งแรกในชีวิต ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยไม่เคยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยกะทันหันแบบนี้มาก่อน จึงอาจทำให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงหรือให้ความหมายเกินจริง และเนื่องจากผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินส่วนใหญ่อยู่ในภาวะวิกฤติคุกคามต่อชีวิตและอาจไม่รู้สึกตัว จึงไม่สามารถประเมินตัดสินอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง เพราะฉะนั้นญาติผู้ป่วยที่มีความเกี่ยวข้องกันทางสายโลหิตหรืออาจจะไม่มีความเกี่ยวข้องกันทางสายโลหิต แต่เป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยและอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ทำให้ญาติผู้ป่วยรับรู้ถึงการแสดงออกและรับรู้ถึงอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และมีส่วนร่วมประเมินตัดสินและจัดการอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินร่วมกับผู้ป่วย เพราะฉะนั้นญาติผู้ป่วยจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วย และเป็นผู้ที่นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล จึงทำให้สามารถเทียบเคียงการรับรู้ของผู้ป่วยเสมือนเป็นการรับรู้ของญาติผู้ป่วยได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ายังมีการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วย ที่มารับบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินนั้นยังมีน้อยมาก ซึ่งพบว่าการศึกษาเป็นการศึกษาการประเมินตัดสินอาการเจ็บป่วยในตัวผู้ป่วยเอง ศึกษาในญาติของผู้ป่วย และศึกษาทั้งผู้ป่วยและญาติรวมกัน จากการทบทวนสถิติการมารับบริการของผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วย

ฉุกเฉินที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ ย้อนหลัง 3 เดือน คือ เดือนกันยายน, ตุลาคม และพฤศจิกายน พ.ศ. 2555 พบว่าผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการคัดกรองจากพยาบาลวิชาชีพแล้วและได้รับการจัดให้เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยอยู่ในกลุ่มฉุกเฉินมาก (emergency) และกลุ่มฉุกเฉิน (urgency) ร้อยละ 85 เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลโดยมีญาติผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล และญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่ให้ข้อมูลแก่แพทย์และพยาบาล (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลหาดใหญ่, 2555) เพราะฉะนั้นผู้วิจัยจึงเลือกที่จะศึกษาการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แต่เมื่อมีการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินนั้นยังมีน้อยมาก ผู้วิจัยจึงนำการศึกษาที่ศึกษาในผู้ป่วยมานำเสนอด้วยเนื่องจากสามารถเทียบเคียงกันได้ดังที่กล่าวไว้ข้างต้น

การศึกษาการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและเกิดอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินขึ้นมารับบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า ผู้ป่วยมีการประเมินว่าเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใดจากสาเหตุต่างๆ มีความรุนแรงและทำให้เกิดการเจ็บป่วยขึ้นอย่างเฉียบพลัน ที่มีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง ซึ่งจากการศึกษาในผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ พบว่าอาการและอาการแสดงที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ทันทีทันใดโดยที่ผู้ป่วยไม่ได้มีการเตรียมตัวไว้ล่วงหน้า ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล เช่นการศึกษาของจุฬาลักษณ์ (2546) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยพื้นฐาน ความรุนแรงของการบาดเจ็บ และความวิตกกังวลของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บและพยาบาล ผลการศึกษา พบว่า ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นความรู้สึก ความวิตกกังวล ต่อความรุนแรงของอาการและอาการแสดงที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ และประเมินว่าเหตุการณ์ดังกล่าว ทำให้เกิดการบาดเจ็บและเจ็บป่วยที่รุนแรง คุกคามชีวิต และอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศศิลักษณ์ (2545) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การศึกษาความต้องการการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยฉุกเฉินที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยศึกษาในผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 120 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดจากอุบัติเหตุ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีความรุนแรงทำให้เกิดปัญหาคุกคามชีวิต ส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบาย และอาจมีอันตรายถึงชีวิต

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดจากโรคของญาติผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า การศึกษาของกอร์ดอน และคณะ (Gordon et al., 2009) ได้ทำการศึกษาเรื่องประสบการณ์การรับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน: เป็นการศึกษาโดยใช้วิธีการวิจัยแบบการทบทวนวรรณกรรม จากงานวิจัยเชิงคุณภาพ ระหว่างปี 1990 ถึงปี 2006 ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีการรับรู้และเข้าใจ

ว่าภาวะเจ็บป่วยฉุกฉินเป็นอาการเจ็บป่วยหรือสิ่งที่เกิดขึ้นกับร่างกายทำให้เกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรงมีภาวะคุกคามร้ายแรงต่อชีวิต จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ โดยการเจ็บป่วยนั้นมีสาเหตุมาจากโรคเดิมมีอาการกำเริบขึ้นทันทีทันใด คิดว่าเป็นภัยร้ายแรงต่อชีวิต ส่งผลให้เกิดความเครียด และเกิดความวิตก กังวล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เวลสตู๊ด และคณะ (Wellstood et al., 2005) เรื่อง ผู้ป่วยที่มา รับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แต่ไม่จัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินตามเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดกรอง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ ไม่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยมาก่อน การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นครั้งนี้ ทำให้เกิดความเครียด กลัว และวิตกกังวล จึงต้องการการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และอเล็กแซนเดอร์ และคณะ (Alexander et al., 2010) ได้ทำการศึกษา เรื่อง ประสบการณ์ของผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการป่วยไข้ที่รุนแรงของผู้ป่วยที่รับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผลการศึกษา พบว่า มี 1 ใน 5 ประสบการณ์ของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เกี่ยวกับการป่วยไข้ที่รุนแรงของผู้ป่วย คือ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความไม่แน่นอนของอาการเจ็บป่วย

การศึกษาของฮันท์และคณะ (Hunt et al., 1996) ที่ได้ทำการศึกษา เรื่อง ความต้องการในการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของผู้ป่วยและแพทย์ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 86.5 มีความต้องการการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน เพราะอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้นเป็นอาการและอาการแสดงที่มีความรุนแรง เกิดขึ้นทันที ทันใด อาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถจะรับรู้และดูแลสุขภาพของตนเองได้ และมีความคิดว่าหากเข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะทำให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น และมีการประเมินตัดสินว่า ถ้าหากไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น อาจไม่มีแพทย์และจะยิ่งทำให้อาการของผู้ป่วยแย่ลง และต้องส่งตัวไปรับการรักษายังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแน่นอน จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทันที และการศึกษาของศิราณี (2548) เรื่อง การรับรู้อาการและแบบแผนการดูแลเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำของผู้ดูแล: การศึกษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษา พบว่า อาการที่ผู้ดูแลรับรู้มากที่สุด คือ อาการไข้สูง ตัวร้อนมาก และหายใจเร็ว

ดังนั้น จึงสามารถสรุปได้ว่า ญาติประเมินตัดสินว่าภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้นทั้งที่เกิดในผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินจากโรคนั้น เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเครียดและความวิตกกังวล มีความรุนแรงทำให้เกิดปัญหาคุกคามชีวิต ส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบาย และทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวจนอาจเสียชีวิตได้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติ

การประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยของญาติที่เข้ารับบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน นั้นว่าเป็นว่าเป็นภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ด้าน ประกอบด้วย ปัจจัยสถานการณ์

เฉพาะหน้า (situational) คือ ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การทำนายเหตุการณ์ ความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ และปัจจัยทางด้านบุคคล (personal factor) คือ ความเชื่อ สติปัญญาและการศึกษา ประสบการณ์การเจ็บป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติที่ผ่านมาพบว่ายังมีน้อยมาก ประกอบกับภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้นสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา บุคคลอาจเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินขณะอยู่ที่บ้าน ที่ทำงาน ขณะเดินทาง ในชุมชน หรือขณะที่อยู่คนเดียว สิ่งแวดล้อมทางสังคมหรือสถานที่ขณะที่ผู้ป่วยเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินจะมีผลต่อการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของแต่ละบุคคล เช่น ถ้าเกิดอาการขณะอยู่ที่บ้านสมาชิกในครอบครัวจะเป็นผู้ให้คำปรึกษาเมื่อเกิดอาการ การประเมินตัดสินความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับการพิจารณาของสมาชิกในครอบครัว ถ้าเกิดอาการขึ้นขณะอยู่ที่ทำงานการได้รับคำแนะนำจากผู้ร่วมงานและการประเมินตัดสินความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งสภาพแวดล้อมทางสังคมเหล่านี้มีความสำคัญมากต่อการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้น (นิพาพร, 2551)

ปัจจุบันได้มีผู้สนใจศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน คือ ปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า ด้านความรุนแรงของสถานการณ์ ในกลุ่มโรคที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในและต่างประเทศ เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ดังการศึกษาของเป็น (2550) ศึกษาเรื่องการรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสามารถทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

นอกจากนี้ยังมีผู้สนใจศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินทางด้านบุคคล คือ ปัจจัยด้านสติปัญญาและการศึกษา ประสบการณ์การเจ็บป่วย ในกลุ่มโรคที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในและต่างประเทศกันมาก เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และภาวะหายใจลำบากเฉียบพลัน ดังการศึกษาของพิมพาและคณะ (2554) ได้ศึกษา เรื่อง การรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันร้อยละ 55.7 เป็นบุคคลที่มีความรู้และประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการอมยาใต้ลิ้น ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจัดเป็นปัจจัยด้านบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วย โดยสะท้อนให้เห็นว่า การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค ในเรื่องอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผ่านมาทำให้ผู้ป่วยประเมินตัดสินว่าอาการเจ็บป่วยครั้งนี้มีความสำคัญเพราะเป็นภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดกำเริบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวอลช์และคณะ (Walsh et al., 2004) เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ

ในการเข้ารับรักษาอาการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประเมินตามรูปแบบการจัดการอาการการเจ็บป่วย ด้วยตนเอง ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านประสบการณ์และความรู้เดิมทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงและเข้าใจถึงปัญหาร้ายแรงที่จะเกิดตามมา แต่ก็ยังมีผู้ป่วยที่มีประสบการณ์มาแล้วหลายคนรับรู้ว่า อาการที่เกิดขึ้นกับตนเป็นอาการที่บ่งบอกถึงการเริ่มต้นของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แต่ผู้ป่วยเหล่านี้มักจะไม่สรุปว่าตนเองมีอาการรุนแรง ซึ่งปัจจัยดังกล่าวถือเป็นปัจจัยด้านบุคคลในด้านของประสบการณ์การเจ็บป่วย

หัสยาพร (2552) เรื่อง การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.18-75.22 มีความรู้เรื่องอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน คือ อาการชาและอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนหรือขาโดยเฉพาะอย่างยิ่งซีกใดซีกหนึ่งอย่างทันทีทันใด ซึ่งจัดเป็นปัจจัยด้านบุคคลของผู้ป่วย

จุก (2549) ได้ศึกษาเรื่อง ประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการอาการ และผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านประสบการณ์อาการหายใจลำบาก ซึ่งจัดเป็นปัจจัยด้านบุคคลของผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับมาก

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น จึงสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน เป็นปัจจัยทางด้านบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสิน ที่พบในผู้ป่วยที่เคยได้รับความรู้จากประสบการณ์เดิมที่เคยเจ็บป่วยฉุกเฉินมาก่อนจึงทำให้ผู้ป่วยประเมินตัดสินถึงความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยและมีวิธีการเผชิญภาวะเจ็บป่วยที่มีประสิทธิภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่พบในผู้ป่วยที่ไม่มีความรู้จากประสบการณ์การเจ็บป่วยฉุกเฉินมาก่อน จึงทำให้การประเมินตัดสินถึงความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยและวิธีการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่ขึ้นกับบุคคลรอบข้างขณะที่ผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินและขอคำปรึกษาด้วย

แนวคิดเกี่ยวการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วย

ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างตามสมจิต, 2542) กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีการประเมินตัดสินว่าอาการที่เจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยผ่านกระบวนการเผชิญความเครียดแล้ว ต่อมาบุคคลจะแสวงหาวิธีการเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้น โดยวิธีการเผชิญของลาซารัสและโฟล์คแมนนั้น คือ 1) การแสวงหาข้อมูล 2) การกระทำโดยตรง 3) การหยุดกระทำกิจกรรมใดๆที่ก่อให้เกิดอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น 4) การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง และ 5) การใช้กลไกทางจิต จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าวิธีการเผชิญที่ผู้ป่วยใช้ในการจัดการภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้น คือ การกระทำโดยตรงโดยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลทันที

ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษารวดเร็วและมีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์สูงสุด และการหยุดกระทำกิจกรรมใดเพื่อรอดูอาการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พาลเมอราสและคณะ (Palmeras et al., 2008) ที่ได้ศึกษา เรื่อง การรับรู้ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและปัจจัย ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับการรักษาล่าช้า ในประเทศสเปน ผลการศึกการ พบว่า มีผู้ป่วย ร้อยละ 71 ที่รับรู้ว่าตนเองมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองชัดเจนและในผู้ป่วยดังกล่าว มีร้อยละ 21.9 ที่เลือกจัดการภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโดยการรอดูอาการเพราะหวังว่าอาการจะดีขึ้นเอง หรือบางส่วนก็ตัดสินใจโทรไปปรึกษาแพทย์ที่คลินิก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิราวรรณ (2549) ได้ทำการศึกษาเรื่อง กลุ่มอาการและการจัดการกับกลุ่มอาการ ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 84.8 มีวิธีการจัดการ โดยการการรอดูอาการ และการพยายามอดทนต่ออาการ

การศึกษาของกาลิดินดี้และคณะ (Kalidindi et al., 2010) เรื่องการรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของบุตร ผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 94 ของผู้ปกครองพิจารณาการเจ็บป่วยของบุตรว่าเป็นภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน จึงพาบุตรไปรับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลทันที และร้อยละ 6 พิจารณาว่าเป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน จึงไม่พาบุตรไปรับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลทันที ในจำนวนผู้ป่วยร้อยละ 6 นั้น เมื่อได้รับการประเมินจากแพทย์พบว่า ร้อยละ 31 ของผู้ป่วยที่ผู้ปกครองคิดว่าไม่ฉุกเฉิน กลับเป็นผู้ป่วยฉุกฉินต้องได้รับการดูแลรักษาเร่งด่วน เมื่อผู้ปกครองของผู้ป่วยกลุ่มนี้พิจารณาว่าอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรงจึงทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสที่จะได้รับการรักษาที่รวดเร็ว จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายหรือมีภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้นได้

นอกจากนี้ยังมีวิธีการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยการจัดการอาการด้วยตนเองก่อน เช่น การซื้อยามารับประทานเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุก (2549) เรื่องประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกโรคปอด แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และคลินิกอายุรกรรมในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา ผลการศึกษา พบว่า เมื่อผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากรุนแรง ผู้ป่วยมีวิธีการจัดการอาการโดยการรับประทานยา พ่นยาเองเมื่อมีอาการหายใจลำบากกำเริบ และหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบาก เช่น ฝุ่น ละออง ควันไฟ ควันบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิราวรรณ (2549) ได้ทำการศึกษาเรื่อง กลุ่มอาการและการจัดการกับกลุ่มอาการ ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 84.8 มีวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นนั้นโดยการรักษาและการบรรเทาอาการด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมรภพ (2553) เรื่อง ประสบการณ์การจัดการอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีวิธีการจัดการอาการโดยการจัดการอาการด้วยตนเอง เช่น การนวด การทำให้อาเจียน การนอนลงในแนวราบ การใช้แรงกดที่ท้องและหน้าอก การลุกขึ้นนั่งและเปลี่ยนอิริยาบถ การหายใจเข้า-ออกลึกๆ การจิบน้ำอุ่น การรอดูอาการ การลดกิจกรรมลง และการแสวงหาการรักษาเมื่ออาการไม่ดีขึ้น เช่น การใช้ยาพื้นบ้าน เมื่อการจัดการอาการ

ด้วยตนเอง และการใช้ยาไม่ได้ผล แต่กลับทำให้อาการรุนแรงมากขึ้น ผู้สูงอายุจึงตัดสินใจเข้ารับการรักษายังสถานพยาบาล

การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง เช่น การปรึกษาบุคคลอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุก (2549) เรื่อง ประสบการณ์การอาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกโรคปอด แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และคลินิกอายุรกรรมในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่า เมื่อผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากรุนแรง จะมีวิธีการจัดการอาการ โดยการขอความช่วยเหลือและปรึกษาบุคคลรอบข้างเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก เช่น คนในครอบครัว แพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิราวรรณ (2549) ได้ทำการศึกษาเรื่อง กลุ่มอาการและการจัดการกับกลุ่มอาการ ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 84.8 มีวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นนั้นโดยการปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่น ดังที่กล่าวมาข้างต้นวิธีการจัดการที่กล่าวมานั้นเป็นวิธีจัดการทางกายแต่ลาซารัส กล่าวว่านอกจากการจัดการอาการทางกายแล้วนั้นจะต้องมีการจัดการทางจิตใจด้วย โดยการใช้กลไกทางจิต แต่อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าวิธีการจัดการทางด้านจิตใจในผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้นมีน้อยมาก เมื่อภาวะเครียดทางจิตใจของผู้ป่วยและญาติไม่ได้รับการจัดการส่งผลให้การรับรู้ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วยหรือญาติและพยาบาลมีความแตกต่างกัน เป็นสาเหตุให้เกิดความขัดแย้ง เกิดความไม่พึงพอใจของญาติ และมีการฟ้องร้องเกิดขึ้นตามมาบ่อยครั้ง

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่า ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้ป่วย ก่อให้เกิดผลกระทบต่อความสมดุลชีวิตของมนุษย์ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งผลที่เกิดขึ้นหากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้องและรวดเร็ว อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือพิการ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา กลายเป็นภาระของบุคคลอื่น ซึ่งในระยะยาวอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความพิการที่หลงเหลืออยู่ จนกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง มีผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว (กันยารัตน์, 2552; ศศิลักษณ์, 2545) และอาจทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว เครียด วิตกกังวล ทุกข์ทรมาน รู้สึกว่าชีวิตไม่ปลอดภัย รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเองและมีอาการซึมเศร้า อยากตาย และมีความรู้สึกผิดหวังในชะตาชีวิต ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ต้องแยกตัวออกจากสังคม (กันยารัตน์, 2552; จุก, 2549)

สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมการประเมินตัดสิน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินและการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน พบว่า มีผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่สามารถรอได้แต่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยเหตุผลว่าเจ็บป่วยครั้งแรกจะประเมินตัดสินว่าต้องได้รับการรักษาโดยรีบด่วน หรืออาจจะเป็นการเจ็บป่วยในยามวิกาลซึ่งแผนกตรวจโรคทั่วไปปิดให้บริการไปแล้ว และกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องได้รับการช่วยเหลือทันที โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการประเมินตัดสินว่าภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับร่างกายโดยมีสาเหตุเกิดจากอุบัติเหตุ จากอาการกำเริบของโรคเดิมหรือโรคประจำตัว โดยเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใดทำให้เกิดความกังวลว่าจะมีความรุนแรงทำให้เกิดปัญหาคุกคามชีวิต จิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ ส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบาย มีอันตรายถึงชีวิต และทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถจะรับรู้และดูแลสุขภาพของตนเอง ต้องเข้ารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลอย่างเร่งด่วน เพื่อแก้ไขปัญหาที่กำลังคุกคามชีวิต แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้พยายามเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยดังกล่าวโดยการรอดูอาการก่อนเผื่อว่าอาการจะดีขึ้น และลดกิจกรรมลง หรือเลือกรักษาด้วยตนเองก่อน เช่น การซื้อยามารับประทานเอง พ่นยาเองหรือพยายามหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่น ฝุ่นละออง ควันไฟ ควันบุหรี่ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะหายใจลำบาก หรือบางคนเลือกการขอความช่วยเหลือและปรึกษาบุคคลรอบข้างเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่น คนในครอบครัว แพทย์ เมื่อการจัดการอาการด้วยตนเองและการใช้ยาไม่ได้ผล แต่กลับทำให้อาการรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยจึงตัดสินใจเข้ารับการรักษายังสถานพยาบาล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าหากผู้ป่วยที่ตัดสินใจไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลทันที ภายหลังจากที่ประเมินตัดสินแล้วว่า ภาวะเจ็บป่วยของตนเองนั้นเป็นภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพอาการเจ็บป่วยจะดีขึ้นตามมา แต่ถ้าผู้ป่วยประเมินตัดสินว่าภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรงน้อยก็จะทำให้ผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลล่าช้า การรักษาอาจไม่ได้ผล และไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร อาจทำให้อาการของผู้ป่วยทรุดหนักขึ้นได้ หรืออาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

เพราะฉะนั้นจะเห็นได้ว่าการประเมินตัดสินและการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้นมีความสัมพันธ์กันคือหากผู้ป่วยประเมินตัดสินถูกต้องก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด แต่ถ้าผู้ป่วยประเมินตัดสินไม่ถูกต้องก็จะทำให้ผู้ป่วยเสียประโยชน์ที่จะได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป ถึงอย่างไรการประเมินตัดสินและการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วยนั้นจะมีประสิทธิภาพสูงสุดก็ต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มาเกี่ยวข้องร่วมด้วย เช่น ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ประสบการณ์และความรู้เดิมของผู้ป่วย ร่วมกับบุคคลที่อยู่กับผู้ป่วยหรือบุคคลที่ผู้ป่วยขอคำปรึกษาและขอความช่วยเหลือ และสถานที่ ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินร่วมด้วย

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาการประเมินตัดสินและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน การเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินมารับบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ญาติผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ที่ให้การดูแลและนำผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วย 8 กลุ่มอาการ คือ 1) อาการเจ็บแน่นหน้าอกหรือจุกแน่นบริเวณลิ้นปี่ 2) อาการใจสั่น เหงื่อแตกตัวเย็น 3) อาการหายใจเหนื่อยหรือหายใจลำบาก 4) อาการสับสนพูดคุยไม่รู้เรื่อง 5) อาการอ่อนแรงแขนขาข้างใดข้างหนึ่ง พูดไม่ชัดปากเบี้ยว 6) อาการปวดท้อง ท้องแข็งตึง 7) อาการไม่รู้สึกตัว 8) มีบาดแผลตามร่างกายและมีแขนขาได้รับบาดเจ็บจนบวมหรือผิดรูป มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และญาติของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินอื่น โดยที่ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยดังที่กล่าวมาข้างต้นได้รับการคัดกรองจากพยาบาลวิชาชีพโดยใช้เกณฑ์การคัดกรอง ของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2544) เพื่อจำแนกประเภทผู้ป่วยที่มารับบริการ ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย อยู่ในระดับ ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (emergency) และผู้ป่วยฉุกเฉิน (urgency)

กลุ่มตัวอย่าง

1. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1.1 เลือกโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งของภาคใต้ ที่มีผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 50,664 ราย (สถิติผู้ป่วยจากเวชระเบียนโรงพยาบาลหาดใหญ่, 2555)

1.2 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากจำนวนประชากรที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยอาการ 8 กลุ่มอาการ ดังนี้ 1) อาการเจ็บแน่นหน้าอกหรือจุกแน่นบริเวณลิ้นปี่ 2) อาการใจสั่นเหงื่อแตกตัวเย็น 3) อาการหายใจเหนื่อยหรือหายใจลำบาก 4) อาการสับสนพูดคุยไม่รู้เรื่อง 5) อาการอ่อนแรงแขนขาข้างใดข้างหนึ่ง พูดไม่ชัดปากเบี้ยว 6) อาการปวดท้อง ท้องแข็งตึง 7) อาการไม่รู้สึกตัว 8) มีบาดแผลตามร่างกายและมีแขนขาได้รับบาดเจ็บจนบวมหรือผิดรูป เป็นญาติของผู้ป่วยและนำผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินเข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในเดือนพฤษภาคม 2556 ถึงเดือนกรกฎาคม 2556 โดยเปิดตารางของเครจซีย์ และ มอร์แกน (Krejcie & Morgan อ้างตามบุญใจ, 2553) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ จำนวน 380 คน

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้

2.1 ญาติผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ให้การดูแลและนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลขณะที่ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

2.2 ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการคัดกรองจากพยาบาลวิชาชีพตามเกณฑ์การคัดกรองของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2544) ตามระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่จัดอยู่ในระดับ ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก และผู้ป่วยฉุกเฉินขณะเข้าร่วมวิจัย

2.3 สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี ยินดีให้ข้อมูล และยินดีตอบแบบสอบถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ตามเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เป็นแบบเลือกตอบหรือเติมคำ จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ดูแลกับผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับอาการการเจ็บป่วย สถานที่และบุคคลที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วยขณะมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน บุคคลที่นำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาล วิธีการนำส่งผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมาด้วยภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

โรคประจำตัวของผู้ป่วย และเป็นแบบเติมคำ จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ ระยะทางห่างจากโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด ระยะทางห่างจากโรงพยาบาลที่เลือก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นของญาติญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับการประเมินตัดสินและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วย สร้างมาจากกรอบแนวคิดวิธีการจัดการความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) มาอธิบายการประเมินตัดสินและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินของญาติเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ครอบคลุมดังนี้

2.1 แบบสอบถามความคิดเห็นของญาติญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วย โดยมีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1) อาการเจ็บป่วยมีความสำคัญกับผู้ป่วย 2) อาการเจ็บป่วยมีผลในทางที่ดีกับผู้ป่วย 3) อาการเจ็บป่วยทำให้เกิดอันตราย/สูญเสียกับผู้ป่วย 4) อาการเจ็บป่วยมีภาวะคุกคามชีวิตผู้ป่วย 5) อาการเจ็บป่วยเป็นเรื่องท้าทาย โดยให้ญาติผู้ป่วยให้คะแนนเป็นระดับ ตั้งแต่ 0-5 คะแนนร่วมกับแสดงความคิดเห็น แล้วนำคะแนนที่ได้มาแปลผลการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วย ส่วนความคิดเห็นของญาตินำมาจัดกลุ่มและนำมาอภิปรายร่วมด้วย

2.2 แบบสอบถามความคิดเห็นของญาติญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วยโดยมีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ 1) ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย 2) การทำนายการดำเนินโรคของอาการเจ็บป่วย 3) ความไม่แน่นอนของอาการเจ็บป่วย 4) ความเชื่อในการควบคุมโรคของอาการเจ็บป่วย 5) ความรู้เดิมของบุคคลในการนำมาประกอบการประเมินอาการเจ็บป่วย และ 6) ประสบการณ์การเจ็บป่วยมีผลต่อการประเมินอาการเจ็บป่วย โดยให้ญาติผู้ป่วยให้คะแนนเป็นระดับ ตั้งแต่ 0-5 คะแนนแล้วนำคะแนนที่ได้มาแปลผลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วย ดังนี้

ให้ญาติผู้ป่วยให้คะแนนเป็นระดับ ตั้งแต่ 0-5 คะแนน และให้ความหมายของค่าคะแนน และนำผลการวิจัยที่ได้มาแปลผลตามความหมายของค่าคะแนนที่กำหนดไว้ดังนี้

0 คะแนน หมายถึง ไม่แน่ใจ
1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด
2 คะแนน หมายถึง น้อย
3 คะแนน หมายถึง ปานกลาง
4 คะแนน หมายถึง มาก
5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นของญาติญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วย สร้างมาจากกรอบแนวคิดวิธีการจัดการความเครียด ของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) มาอธิบายการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติได้ครอบคลุม ลักษณะแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมีจำนวน 5 ข้อ คือ 1) พยายามหาข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจ เพื่อแก้ไขอาการเจ็บป่วย 2) พยายามจัดการกับอาการเจ็บป่วยด้วยตัวเอง 3) พยายามขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง 4) พยายามเบี่ยงเบนความสนใจ และ 5) วิธีการอื่นๆ โดยให้ญาติผู้ป่วยให้คะแนนร่วมกับแสดงความคิดเห็นแล้วนำคะแนนที่ได้มาแปลผลการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติ เช่นเดียวกันกับแบบสอบถามส่วนที่ 2 ส่วนความคิดเห็นของญาตินำมาจัดกลุ่มและนำมาอภิปรายร่วมด้วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงของเครื่องมือ (Validity)

แบบสอบถามส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน และส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้วิจัยจะนำ ไปตรวจสอบหาความตรงของเนื้อหา (content validity) เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจนของภาษา โดยขอความร่วมมือจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 ท่าน

อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ ความชำนาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 ท่าน

พยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 ท่าน

ภายหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากนั้นจึงนำแบบสอบถามไปหาความเที่ยงต่อไป

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับญาติผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 20 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test retest) โดยเลือก

ทดสอบในญาติผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ใช้เวลาในการทดสอบซ้ำไม่เกิน 3 วัน แล้วนำแบบสอบถามความคิดเห็นของญาติญาติผู้ป่วยมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้

1. การประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Intraclass correlation coefficient (ICC) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง เท่ากับ .81

2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Intraclass correlation coefficient (ICC) เป็นรายข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง ระหว่าง .71 - .92

3. การเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วย มาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Intraclass correlation coefficient (ICC) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ .87

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อผู้วิจัยพบกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ในระหว่างการเข้าร่วมในการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ กับกลุ่มตัวอย่าง และมีการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบว่าข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะปกปิดเป็นความลับ โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะใช้รหัสแทนชื่อ – สกุล และจะนำข้อมูลที่ได้นำเสนอเป็นภาพรวมเฉพาะงานวิจัยนี้เท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อหรือแสดงความยินยอมด้วยวาจา จากนั้นผู้วิจัยจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม โดยมีการดำเนินการ 2 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขออนุญาตเก็บข้อมูลในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวมทั้งการขออนุญาตดูแฟ้มประวัติผู้ป่วย

1.2 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยขอเข้าพบหัวหน้าพยาบาล เพื่อแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยจัดเตรียมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 ราย โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมถึงขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยอย่างละเอียด การใช้แบบสอบถาม รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยในการเก็บข้อมูล และผู้วิจัยมีการฝึกให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาภายใต้การแนะนำ และการดูแลจากผู้วิจัย จนมีความแน่ใจว่าผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจแบบสอบถามตรงกับผู้วิจัยและสามารถเก็บรวบข้อมูลได้อย่างถูกต้อง หากผู้ช่วยวิจัยมีปัญหาหรือข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง มีการติดตามผู้ช่วยวิจัยเป็นระยะๆ เพื่อสอบถามความก้าวหน้าปัญหา และอุปสรรคในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งเก็บแบบสอบถามคืนจากผู้ช่วยวิจัย พร้อมทั้งมีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้อย่างละเอียดอีกครั้ง หากพบข้อบกพร่อง ผู้วิจัยจะเดินทางไปชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจด้วยตนเอง เพื่อปรับปรุงในการเก็บข้อมูลครั้งต่อไป

2. ขั้นดำเนินการ ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

2.1 ขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงาน หน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด โดยให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นผู้ติดต่อกับญาติผู้ป่วยและแนะนำผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย

2.2 แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ป่วย ที่มีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างด้วยการให้ญาติผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน อ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลและหนังสือยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.3 อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ส่วนที่ 2 แบบสอบถามญาติเกี่ยวกับการประเมินตัดสินและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน และส่วนที่ 3 แบบสอบถามญาติเกี่ยวกับการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แต่จะอ่านข้อคำถามให้ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่าง ไม่สามารถอ่านแบบสอบถามด้วยตนเองได้ เนื่องจากมีปัญหาด้านสายตา โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างที่ตอบแบบสอบถามสามารถสอบถามผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยได้ตลอดเวลา

2.4 เมื่อญาติผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ทำแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของคำถาม หากญาติผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ตอบไม่ครบถ้วน จะแจ้งให้ญาติผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินทราบและซักถามเพิ่มเติม

2.5 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม มาวิเคราะห์วิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 380 ราย มาดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูล พร้อมทั้งกำกับรหัสของข้อมูลแต่ละข้อ เพื่อนำไปประมวลผล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวการเจ็บป่วย วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินตัดสินและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละแล้วนำข้อมูลที่ญาติแสดงความคิดเห็นมาจัดกลุ่มในคำถามข้อที่ 1-5 ของแบบสอบถามที่ 2.1 และแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละในคำถามข้อที่1-6 ของแบบสอบถามที่ 2.2

3. ข้อมูลเกี่ยวกับการเผชิญเจ็บป่วยฉุกเฉิน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละแล้วนำข้อมูลที่ญาติแสดงความคิดเห็นมาจัดกลุ่ม

4. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับอาการในการอธิบายภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินตามการประเมินตัดสินของญาติ และเหตุผลของการเลือกวิธีการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติและผลลัพธ์เป็นอย่างไร โดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหาอย่างง่าย

บทที่ 4
ผลการวิจัย และการอภิปลายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาการประเมินตัดสิน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสิน และการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วย ที่นำผู้ป่วยมารับบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 380 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 การประเมินตัดสินและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

2.1 การประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการอธิบายภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ส่วนที่ 3 การเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วยและผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการอธิบายภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นญาติผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลและนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลจำนวน 380 ราย โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.3) มีอายุระหว่าง 18-69 ปี อายุเฉลี่ย 34.82 ปี (SD = 10.35) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 69.2) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 77.1) มีอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 31.1) และอาชีพค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 25.0) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 32.9) และ 10,001-20,000 บาท (ร้อยละ 31.8) มีรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 46.6) ได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 31.3) และปริญญาตรี/เทียบเท่า (ร้อยละ 28.7) และความสัมพันธ์ของผู้ดูแลเป็นบิดา-มารดาของผู้ป่วย (ร้อยละ 32.9) และเป็นบุตร-ธิดาของผู้ป่วย (ร้อยละ 22.6) (ตาราง 1)

ตาราง 1

ความถี่และร้อยละของญาติผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N = 380)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ความถี่	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	252	66.3
ชาย	128	33.7
อายุ (ปี)		
≤ 20	28	7.4
21-30	119	31.3
31-40	136	35.8
41-50	60	15.8
51-60	33	8.6
61-70	4	1.1
สถานภาพสมรส		
คู่	263	69.2
โสด, หม้าย, หย่า, แยก	117	30.8

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ความถี่	ร้อยละ
ศาสนา		
พุทธ	293	77.1
อิสลาม	85	22.4
คริสต์	2	0.5
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	138	36.3
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	105	27.6
รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ	47	12.4
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	42	11.1
เกษตรกรรม/ประมง	24	6.3
นักเรียน นักศึกษา	23	6.1
นักการเมืองท้องถิ่น	1	0.2
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน		
≤ 5,000 บาทต่อเดือน	35	9.2
5,001-10,000 บาทต่อเดือน	125	32.9
10,001-20,000 บาทต่อเดือน	121	31.8
20,001-50,000 บาทต่อเดือน	83	21.8
> 50,000 บาทต่อเดือน	16	4.2
ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว		
พอใช้ แต่ไม่เหลือเก็บ	177	46.6
มีเงินเหลือเก็บ	156	41.1
ไม่พอใช้ และมีหนี้สิน	47	12.4
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	1.3
ประถมศึกษา	71	18.7
มัธยมศึกษา	119	31.3
อนุปริญญา	62	16.3
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	109	28.7
สูงกว่าปริญญาตรี	14	3.7

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ความถี่	ร้อยละ
ความสัมพันธ์		
บิดา - มารดา	125	32.9
บุตร - ธิดา	86	22.6
หลาน	75	19.7
ลุง/ป้า/น้า/อา	20	5.3
ปู่-ย่า/ตา-ยาย	13	3.4
อื่นๆ ได้แก่ ลูกสะใภ้ น้องสะใภ้ พี่สะใภ้ แม่ยาย เพื่อน เพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน ลูกจ้าง นายจ้าง	61	16.1

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 380 ราย แบ่งตามกลุ่มอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มารับการรักษา ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยเรียงตามลำดับจากมากไปน้อย สามอันดับแรก คือ อาการหายใจเหนื่อยหรือหายใจลำบาก (ร้อยละ 24.5) อาการปวดท้อง ท้องแข็งตึง (ร้อยละ 18.7) และอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือจุกแน่นบริเวณลิ้นปี่ (ร้อยละ 16.6) โดยขณะที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบุตร-ธิดา (ร้อยละ 23.2) และอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 22.9) และส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินขณะอยู่ที่บ้าน (ร้อยละ 75.8) โดยญาติที่อยู่บ้านเดียวกันเป็นบุคคลที่นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล (ร้อยละ 35.5) ญาตินำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลด้วยรถส่วนตัว (ร้อยละ 74.7) ซึ่งส่วนใหญ่แล้วระยะทางจากบ้านผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลที่ใกล้บ้านมีระยะทาง $\leq$ 10,000 เมตร (10 กิโลเมตร) (ร้อยละ 73.9) และญาตินำผู้ป่วยเข้ารับการรักษายังโรงพยาบาลที่เลือกนั้นมีระยะทาง $\leq$ 10,000 เมตร (10 กิโลเมตร) (ร้อยละ 66.6) ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินครั้งนี้เป็นการเจ็บป่วยครั้งแรก (ร้อยละ 51.8) และผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 51.6) (ตาราง 2)

ตาราง 2

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา	ความถี่	ร้อยละ
อาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ท่านดูแล		
หายใจเหนื่อยหรือหายใจลำบาก	93	24.5
ปวดท้อง ท้องแข็งตึง	71	18.7
เจ็บแน่นหน้าอกหรือจุกแน่นบริเวณลิ้นปี่	63	16.6
มีบาดแผลตามร่างกายและมีแขนขาได้รับบาดเจ็บจนบวมหรือผิดรูป	54	14.2
ใจสั่นเหงื่อแตกตัวเย็น	32	8.4
อ่อนแรงแขนขาข้างใดข้างหนึ่ง พูดไม่ชัดปากเบี้ยว	29	7.6
สับสนพูดคุยไม่รู้เรื่อง	14	3.7
ไม่รู้สึกตัว	8	2.1
อื่นๆ ได้แก่ ท้องเสียอาเจียน ไข้ชัก ไข้สูงหนาวสั่น เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ ปวดตามร่างกาย มีเลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ	82	21.6
บุคคลที่อยู่กับผู้ป่วยขณะเริ่มมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน		
บุตร	88	23.2
คู่สมรส	87	22.9
คู่สมรสและบุตร	58	15.3
ไม่มี	40	10.5
บิดา/มารดา	21	5.5
ญาติหรือคนรู้จัก	15	3.9
อื่นๆ ได้แก่ เพื่อน เพื่อนร่วมงาน ลูกสะใภ้	71	18.7
สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน		
บ้าน	288	75.8
ที่ทำงาน	59	15.6
อื่นๆ (โรงเรียน ร้านค้า มัสยิด สวน และบนถนนขณะขับรถ)	33	8.7

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา	ความถี่	ร้อยละ
บุคคลที่นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล		
ญาติ (อยู่บ้านเดียวกัน)	135	35.5
คู่สมรสและบุตร	104	27.4
ญาติ (อยู่คนละบ้าน)	46	12.1
มาเอง	46	12.1
เพื่อนร่วมงาน	24	6.3
ตำรวจ, เจ้าหน้าที่กู้ภัย, เพื่อนสนิท, คนข้างบ้าน	25	6.6
วิธีนำผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล		
รถส่วนตัว	284	74.7
รถฉุกเฉิน	55	14.5
รถรับจ้าง	20	5.3
เดินมาเอง	10	2.6
รถของบริษัท, รถของคนข้างบ้าน	11	2.9
ระยะทางจากบ้านของผู้ป่วยที่ท่านดูแลกับโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด (เมตร)		
≤ 10,000	281	73.9
10,001 – 20,000	83	21.9
20,001 – 30,000	13	3.4
30,001 – 40,000	1	0.3
40,001 – 50,000	-	-
50,001 – 60,000	-	-
60,001 – 70,000	2	0.5
ระยะทางจากบ้านผู้ป่วยกับโรงพยาบาลที่เลือกรักษา (เมตร)		
≤ 10,000	253	66.6
10,001 – 20,000	79	20.8
20,001 – 30,000	22	5.8
30,001 – 40,000	9	2.35
40,001 – 50,000	9	2.35

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา	ความถี่	ร้อยละ
ระยะทางจากบ้านผู้ป่วยกับโรงพยาบาลที่เลือกรักษา (เมตร)		
50,001 – 60,000	2	0.5
60,001 – 70,000	6	1.6
จำนวนครั้งที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน		
ครั้งแรก	197	51.8
2 ครั้งขึ้นไป	183	48.2
โรคประจำตัว		
ไม่มี	196	51.6
มี	184	48.4

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาการประเมินตัดสิน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

1. การประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลความถี่เป็นรายข้อ (ตาราง 3) พบว่า

1.1 อาการเจ็บป่วยมีความสำคัญกับผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง ให้คะแนนระดับมากเป็นอันดับหนึ่ง (ร้อยละ 55.5) รองลงมา คือ ระดับมากที่สุด (ร้อยละ 21.6), ปานกลาง (ร้อยละ 21.3) และน้อย (ร้อยละ 1.6) ตามลำดับ

1.2 อาการเจ็บป่วยมีผลในทางที่ดีกับผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนระดับมากและปานกลางเป็นอับดับหนึ่ง (ร้อยละ 36.1) รองลงมา คือ ระดับน้อย (ร้อยละ 10.0), ไม่แน่ใจ (ร้อยละ 8.9), มากที่สุด (ร้อยละ 5.3) และน้อยที่สุด (ร้อยละ 3.7) ตามลำดับ

1.3 อาการเจ็บป่วยทำให้เกิดอันตราย/สูญเสียกับผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนระดับมาก เป็นอับดับหนึ่ง (ร้อยละ 42.1) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 32.1), มากที่สุด (ร้อยละ 14.7), น้อย (ร้อยละ 8.2), น้อยที่สุด (ร้อยละ 2.1) และไม่แน่ใจ (ร้อยละ 0.8) ตามลำดับ

1.4 อาการเจ็บป่วยมีภาวะคุกคามชีวิตผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนระดับมากเป็นอับดับหนึ่ง (ร้อยละ 40.0) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 35.5), มากที่สุด (ร้อยละ 12.9), น้อย (ร้อยละ 8.4) และน้อยที่สุด (ร้อยละ 3.2) ตามลำดับ

1.5 อาการเจ็บป่วยเป็นเรื่องท้าทาย กลุ่มตัวอย่าง ให้คะแนนระดับปานกลางเป็นอับดับหนึ่ง (ร้อยละ 33.7) รองลงมา คือ ระดับมาก (ร้อยละ 33.2), น้อย (ร้อยละ 10.5), มากที่สุด (ร้อยละ 9.5), ไม่แน่ใจ (ร้อยละ 8.9) และน้อยที่สุด (ร้อยละ 4.2) ตามลำดับ

ตาราง 3

ความถี่และร้อยละของการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วย จำแนกตามระดับการประเมินตัดสิน (N = 380)

การประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน	มากที่สุด (5)		มาก (4)		ปานกลาง (3)		น้อย (2)		น้อยที่สุด (1)		ไม่แน่ใจ (0)		รวม	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
1. อาการเจ็บป่วยมีความสำคัญกับผู้ป่วย	82	21.6	211	55.5	81	21.3	6	1.6	0	0	0	0	380	100
2. อาการเจ็บป่วยมีผลในทางที่ดีกับผู้ป่วย	20	5.3	137	36.1	137	36.1	38	10	14	3.7	34	8.9	380	100
3. อาการเจ็บป่วยทำให้เกิดอันตราย/สูญเสียกับผู้ป่วย	56	14.7	160	42.1	122	32.1	31	8.2	8	2.1	3	0.8	380	100
4. อาการเจ็บป่วยมีภาวะคุกคามชีวิตผู้ป่วย	49	12.9	152	40	135	35.5	32	8.4	12	3.2	0	0	380	100
5. อาการเจ็บป่วยเป็นเรื่องท้าทาย	36	9.5	126	33.2	128	33.7	40	10.5	16	4.2	34	8.9	380	100

ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพสามารถอธิบายการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหาอย่างง่าย พบว่า

1.1 อาการเจ็บป่วยมีความสำคัญกับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญของครอบครัว (68 คน) เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินจะทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน (72 ราย) นอนไม่หลับ (50 ราย) การใช้ชีวิตประจำวันก็เปลี่ยนแปลง (52 ราย) ไปส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงานและทำให้ครอบครัวขาดรายได้ในเวลาต่อมา และยังส่งผลให้ผู้ป่วยพลาดโอกาสที่จะได้ร่วมทำพิธีกรรมสำคัญทางศาสนา (3 ราย) เช่น พิธีฮัจญ์

1.2 อาการเจ็บป่วยมีผลในทางที่ดีกับผู้ป่วย เพราะจะทำให้ผู้ป่วยตระหนักในการดูแลตนเองรักษาสุขภาพของตนเองมากขึ้น (40 ราย) รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ (36 ราย) ออกกำลังกาย (24 ราย) ทำให้ผู้ป่วยไม่ประมาทในเรื่องการใช้ชีวิตมีความระมัดระวังมากขึ้น (18 ราย) เช่น การทำงาน การขับรถ หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการแพ้ และนอกจากนี้ยังทำให้ญาติดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยมากขึ้น (30 ราย) พยายามป้องกันไม่ให้อาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกำเริบขึ้นได้อีก (22 ราย) แต่อย่างไรก็ตามยังมีญาติผู้ป่วยบางกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นว่าอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้นไม่มีผลดีเลยทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ (28 ราย)

1.3 อาการเจ็บป่วยทำให้เกิดอันตราย/สูญเสีย ซึ่งอันตรายที่จะเกิดจากอาการเจ็บป่วยดังกล่าวอาจเป็นอาการแสดงของโรคที่กำเริบ และมีความรุนแรง อย่างที่คาดไม่ถึง (18 ราย) และอันตรายถึงชีวิต (105 ราย) เช่น โรคหัวใจ อาจทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจ ทำให้ระบบการหายใจล้มเหลว ร่างกายและสมองขาดออกซิเจน หากไม่ได้รับการดูแลรักษาได้ทันท่วงทีอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตทันที (128 ราย) หรืออาจทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพทรุดโทรม (62 ราย) กลายเป็นอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นอัมพฤต อัมพาต เกิดความพิการตามมา และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในที่สุด (36 ราย)

1.4 อาการเจ็บป่วยมีภาวะคุกคามชีวิตของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทางด้านร่างกาย คือ ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ (54 ราย) ทุกข์ทรมาน (48 ราย) ทำให้ผู้ป่วยสุขภาพทรุดโทรม (62 ราย) ไม่แข็งแรง (82 ราย) ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงหรือไม่ได้เลยกลายเป็นภาระของครอบครัว เกิดความท้อแท้ และอาจคิดทำร้ายตัวเองได้ (8 ราย) ทางด้านจิตใจ คือ ทำให้จิตใจไม่สงบ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล (57 ราย) และทางด้านสังคม คือ ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว (43 ราย)

1.5 อาการเจ็บป่วยเป็นเรื่องท้าทาย ที่ญาติจะต้องดูแลผู้ป่วยให้มีกำลังใจต่อสู้กับตัวเอง ต่อสู้กับโรคร้าย (30 ราย) และดูแลตนเองให้มากขึ้นมีชีวิตอยู่ได้นานๆ (26 ราย) ท้าทายที่ญาติจะต้องตั้งสติ และพยายามหาวิธีการต่างๆ มาทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น (38 ราย) ควบคุมโรคไม่ให้มีความรุนแรงมากขึ้น เพราะหากอาการรุนแรงจะทำให้ยากต่อการควบคุม และอาจถึงแก่ชีวิตผู้ป่วย

ได้ เช่น การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และกล้าที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน และภายหลังจากผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้วต้องดูแลและบำบัดรักษาให้หายจนปกติ

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลความถี่เป็นรายข้อ (ตาราง 4) พบว่า

2.1 ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนระดับมากเป็นอันดับหนึ่ง (ร้อยละ 37.1) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 35.8), น้อย (ร้อยละ 22.9), มากที่สุด (ร้อยละ 3.9) และน้อยที่สุด (ร้อยละ 0.3) ตามลำดับ

2.2 การทำนายการดำเนินโรค กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนระดับปานกลาง เป็นอันดับหนึ่ง (ร้อยละ 50.8) รองลงมา คือ ระดับมาก (ร้อยละ 19.2), น้อย (ร้อยละ 18.9), ไม่แน่ใจ (ร้อยละ 4.7), น้อยที่สุด (ร้อยละ 4.2) และมากที่สุด (ร้อยละ 2.1) ตามลำดับ

2.3 ความไม่แน่นอนของอาการ กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนระดับปานกลางเป็นอันดับหนึ่ง (ร้อยละ 48.7) รองลงมาคือระดับ มาก (ร้อยละ 20.8), น้อย (ร้อยละ 20.5), น้อยที่สุด (ร้อยละ 5.3), ไม่แน่ใจ (ร้อยละ 3.7) และมากที่สุด (ร้อยละ 1.1) ตามลำดับ

2.4 ความเชื่อในการควบคุมอาการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนระดับปานกลางเป็นอันดับหนึ่ง (ร้อยละ 52.4) รองลงมา คือ ระดับน้อย (ร้อยละ 524.2), มาก (ร้อยละ 15.0), น้อยที่สุด (ร้อยละ 4.7) และไม่แน่ใจ (ร้อยละ 3.7) ตามลำดับ

2.5 ความรู้เดิมของบุคคลในการประเมินอาการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนระดับปานกลางเป็นอันดับหนึ่ง (ร้อยละ 53.4) รองลงมา คือ ระดับมาก (ร้อยละ 29.5), น้อย (ร้อยละ 10.5), น้อยที่สุด (ร้อยละ 2.6), ไม่แน่ใจ (ร้อยละ 2.1) และมากที่สุด (ร้อยละ 1.8) ตามลำดับ

2.6 ประสบการณ์การเจ็บป่วยมีผลต่อการประเมินอาการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนระดับปานกลางเป็นอันดับหนึ่ง (ร้อยละ 42.2) รองลงมา คือ ระดับมาก (ร้อยละ 30.0), น้อย (ร้อยละ 14.2), น้อยที่สุด (ร้อยละ 6.8), มากที่สุด (ร้อยละ 3.9) และไม่แน่ใจ (ร้อยละ 2.6)

ตาราง 4

ความถี่และร้อยละของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินของภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วย จำแนกตามระดับการประเมินตัดสิน (N = 380)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมิน	มากที่สุด (5)		มาก (4)		ปานกลาง (3)		น้อย (2)		น้อยที่สุด (1)		ไม่แน่ใจ (0)		รวม	
ตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
1. ความรุนแรงของอาการ เจ็บป่วย	15	3.9	141	37.1	136	35.8	87	22.9	1	0.3	0	0	380	100
2. การทำนายการดำเนินโรค	8	2.1	73	19.2	193	50.8	72	18.9	16	4.2	18	4.7	380	100
3. ความไม่แน่นอนของ อาการเจ็บป่วย	4	1.1	79	20.8	185	48.7	78	20.5	20	5.3	14	3.7	380	100
4. ความเชื่อในการควบคุม อาการเจ็บป่วย	0	0	57	15	199	52.4	92	24.2	18	4.7	14	3.7	380	100
5. ความรู้เดิมของบุคคลใน การประเมินอาการเจ็บป่วย	7	1.8	112	29.5	203	53.4	40	10.5	10	2.6	8	2.1	380	100
6. ประสบการณ์การเจ็บป่วย	15	3.9	114	30.0	161	42.4	54	14.2	26	6.8	10	2.6	380	100

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลความถี่เป็นรายด้าน (ตาราง 5) พบว่า

1. หาข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจเพื่อแก้ไขอาการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนระดับปานกลางเป็นอันดับหนึ่ง (ร้อยละ 41.6) รองลงมา คือ ระดับมาก (ร้อยละ 35.5), น้อย (ร้อยละ 10.0), มากที่สุด (ร้อยละ 6.1), ไม่แน่ใจ (ร้อยละ 5.3) และน้อยที่สุด (ร้อยละ 1.6) ตามลำดับ

2. จัดการกับอาการเจ็บป่วยด้วยตัวเอง กลุ่มตัวอย่าง ให้คะแนนระดับมากเป็นอันดับหนึ่ง (ร้อยละ 47.1) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 35.0), น้อย (ร้อยละ 8.9), มากที่สุด (ร้อยละ 6.3), น้อยที่สุด (ร้อยละ 2.1) และไม่แน่ใจ (ร้อยละ 0.5) ตามลำดับ

3. ขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนระดับมากเป็นอันดับหนึ่ง (ร้อยละ 36.8) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 34.2), น้อย (ร้อยละ 15.8), น้อยที่สุด (ร้อยละ 5.8), มากที่สุด (ร้อยละ 4.7) และไม่แน่ใจ (ร้อยละ 2.6)

4. เบี่ยงเบนความสนใจ กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนระดับมากเป็นอันดับหนึ่ง (ร้อยละ 40.0) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 35.8), น้อย (ร้อยละ 10.5), มากที่สุด (ร้อยละ 6.3), ไม่แน่ใจ (ร้อยละ 4.2) และน้อยที่สุด (ร้อยละ 3.2) ตามลำดับ

ตาราง 5

ความถี่และร้อยละของการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วย จำแนกตามระดับการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน (N = 380)

การเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน	มากที่สุด (5)		มาก (4)		ปานกลาง (3)		น้อย (2)		น้อยที่สุด (1)		ไม่แน่ใจ (0)		รวม	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
1. หาข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจ	23	6.1	135	35.5	158	41.6	38	10	6	1.6	20	5.3	380	100
2. จัดการกับอาการเจ็บป่วยด้วยตัวเอง	24	6.3	179	47.1	133	35	34	8.9	8	2.1	2	0.5	380	100
3. ขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง	18	4.7	140	36.8	130	34.2	60	15.8	22	5.8	10	2.6	380	100
4. เบี่ยงเบนความสนใจ	24	6.3	152	40	136	35.8	40	10.5	12	3.2	16	4.2	380	100

ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ สามารถอธิบายการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหาอย่างง่าย พบว่า

3.1 หาข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจเพื่อแก้ไขอาการเจ็บป่วย โดยข้อมูลที่ญาติผู้ป่วยได้แสวงหานั้น เป็นข้อมูลเกี่ยวกับ สาเหตุการเจ็บป่วย (58 ราย) อาการและอาการแสดงของอาการเจ็บป่วย (43 ราย) วิธีการรักษา (36 ราย) วิธีการดูแลปฐมพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน (32 ราย) วิธีการป้องกัน (36 ราย) วิธีการแก้ไข (34 ราย) วิธีการประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย (28 ราย) และสถานที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วย (86 ราย) โดยญาติจะพยายามแสวงหาข้อมูลดังกล่าวด้วยวิธีการสอบถามจาก คนใกล้ตัว ญาติพี่น้อง คนรู้จัก เพื่อนบ้าน จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และค้นหาข้อมูลจากอินเตอร์เน็ต จากสื่อโทรทัศน์ นอกจากนี้ยังสอบถามจากบุคคลหรือผู้ป่วยที่เคยเจ็บป่วยและเคยเผชิญกับเหตุการณ์เช่นเดียวกันมาก่อน

3.2 จัดการกับอาการเจ็บป่วยด้วยตัวเอง โดยวิธีการจัดการรีบพาผู้ป่วยไปรับการรักษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาล (ที่คิดว่ามีเครื่องมือพร้อม) (108 ราย) ซื้อยามาให้ผู้ป่วยรับประทานเองที่บ้าน (98 ราย) ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาก่อนพาไปพบแพทย์ (85 ราย) เช็ดตัวลดไข้ก่อน (39 ราย) บีบนวดบริเวณที่ผู้ป่วยเจ็บปวด (54 ราย) เช่น หน้าอก แขน-ขา ดูแลอย่างใกล้ชิด (31 ราย) ให้ผู้ป่วยพยายามอดทน (77 ราย) และพยายามรอดูอาการ (65 ราย)

3.3 ขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ด้วยวิธี โทรศัพท์ขอความช่วยเหลือจาก 1669 (42 ราย) จากคนใกล้ตัว ญาติพี่น้อง (90 ราย) คนรู้จัก และเพื่อนบ้าน (48 ราย) โดยการขอให้ช่วยโทรศัพท์ตามรถฉุกเฉิน (48 ราย) ขอให้ช่วยขับรถนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล (102 ราย) ขอให้ช่วยบีบนวดให้ผู้ป่วย (37 ราย) และขอให้อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย (24 ราย)

3.4 เบี่ยงเบนความสนใจ จากความกังวลต่ออาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยการพูดให้กำลังใจ (28 ราย) ชวนคุยเรื่องสนุกๆ เรื่องดีๆ และมีประโยชน์ (20 ราย) พูดปลอบใจ (24 ราย) เล่าเรื่องที่ผู้ป่วยชอบฟังและอยากรู้ เรื่องราวในอดีต (12 ราย) บีบนวดตามร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย (37 ราย) พูดให้ผู้ป่วยคิดในเชิงบวก (19 ราย) พูดให้ผู้ป่วยมีกำลังใจตระหนักว่ายังมีบุคคลที่รักคอยอยู่ข้างหลัง (12 ราย) พาบุคคลที่ผู้ป่วยรักมาเยี่ยมและพูดคุยด้วย เช่น ลูก- หลาน (15 ราย) บอกให้ผู้ป่วยหายใจ เข้า-ออกลึกๆ (42 ราย) เมื่อมีอาการเจ็บปวด และการสวดมนต์ (6 ราย)

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาการประเมินตัดสิน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสิน และการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยมารับบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 380 ราย อภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. การประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วย

เมื่อนำความถี่ของคะแนนการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติในระดับมากถึงมากที่สุดมารวมกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินตัดสินว่าอาการเจ็บป่วยมีความสำคัญกับผู้ป่วย มากเป็นอันดับหนึ่ง (ร้อยละ 77.1) รองลงมา คือ อาการเจ็บป่วยทำให้เกิดอันตราย/สูญเสีย (ร้อยละ 56.8) มีภาวะคุกคามต่อชีวิต (ร้อยละ 52.9) เป็นเรื่องท้าทาย (ร้อยละ 42.7) และมีผลในทางที่ดีกับผู้ป่วย (ร้อยละ 41.4) อธิบายได้ ดังนี้

1.1 อาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญ เป็นการประเมินขั้นต้น (primary appraisal) ตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด ด้วยการตั้งคำถามว่าเหตุการณ์ที่เผชิญมีความสำคัญกับตนเองหรือไม่ (relevant) (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งญาติที่นำผู้ป่วยส่งห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.1) ตอบว่ามีความสำคัญมากถึงมากที่สุด โดยให้เหตุผลว่า เนื่องจากผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญของครอบครัว และอาการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน นอนไม่หลับ ทำงานไม่ได้ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ และไม่สามารถร่วมพิธีกรรมทางศาสนา (พิธีฮัจญ์) นอกจากนั้น คำตอบที่ได้อาจมาจากความลำเอียงในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (selection bias) คำตอบที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างที่ไม่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลอาจแตกต่างไปจากการศึกษาครั้งนี้ได้

1.2 อาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยทำให้เกิดอันตราย/สูญเสีย เป็นการประเมินขั้นต้น (primary appraisal) ตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด ด้วยการตั้งคำถามว่าเหตุการณ์ที่เผชิญก่อให้เกิดความเครียด ที่เป็นอันตราย/การสูญเสียหรือไม่ (harm/loss) (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งญาติที่นำผู้ป่วยส่งห้องฉุกเฉินมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56.8) ตอบว่าเป็นอันตราย/การสูญเสีย ซึ่งเกิดขึ้นแล้ว โดยให้เหตุผลว่าเนื่องจากอาการแสดงของโรค ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ ทุกข์ทรมาน ทำให้ผู้ป่วยสุขภาพทรุดโทรม ไม่แข็งแรง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงหรือไม่ได้เลย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฮันท์และคณะ (Hunt et al., 1996) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง ความต้องการในการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของผู้ป่วยและแพทย์ พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 86.5 มีความต้องการการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน เพราะอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้นเป็นอาการและอาการแสดงที่มีความรุนแรง เกิดขึ้นทันที ทันใด อาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถจะรับรู้และดูแลสุขภาพของตนเองได้

1.3 อาการเจ็บป่วยคุกคามชีวิตผู้ป่วย เป็นการประเมินขั้นต้น (primary appraisal) ตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด ด้วยการตั้งคำถามว่าเหตุการณ์ที่เผชิญมีภาวะคุกคามชีวิตผู้ป่วยหรือไม่ (threat) (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งญาติที่นำผู้ป่วยส่งห้องฉุกเฉินมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 52.9) ตอบว่ามีภาวะคุกคามชีวิตผู้ป่วย โดยให้เหตุผลว่า เนื่องจากอาการเจ็บป่วยคุกคามชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยอาการและอาการแสดงในปัจจุบันทำให้สามารถคาดหมายอันตรายที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ ทางด้านร่างกาย คือ ทำให้โรคมีความรุนแรงอย่างที่คาดไม่ถึง และอันตรายถึงชีวิต เช่น โรคหัวใจ อาจทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจ ทำให้ระบบการหายใจล้มเหลว ร่างกายและสมองขาดออกซิเจน หากไม่ได้รับการดูแลรักษาได้ทันท่วงทีอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตทันที หรืออาจทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพทรุดโทรม กลายเป็นอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นอัมพฤต อัมพาต เกิดความพิการตามมา และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในที่สุด ทางด้านจิตใจ คือ ทำให้จิตใจไม่สงบ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล และทางด้านสังคม คือ ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุชีรา (2549) เรื่อง ประสบการณ์ การรับรู้ และการให้ความหมายของผู้ป่วยต่อการบริการอุบัติเหตุ และเจ็บป่วยฉุกเฉินภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ผู้ใช้บริการการรับรู้ว่า อาการเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นอาการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรง โคม่า โรคที่เสี่ยงต่อความตาย และการศึกษาของศศิลักษณ์ (2545) ได้ทำการศึกษาเรื่องความต้องการ การรักษาพยาบาลของผู้ป่วยฉุกเฉินที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดจากอุบัติเหตุ เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดปัญหาคุกคามชีวิต ส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบาย สอดคล้องกับการศึกษากอร์ดอนและคณะ (Gordon et al., 2009) ได้ทำการศึกษาเรื่องประสบการณ์การรับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีการรับรู้และเข้าใจว่าภาวะเจ็บป่วยฉุกฉินเป็นอาการเจ็บป่วยหรือสิ่งที่เกิดขึ้นกับร่างกายทำให้เกิดภาวะคุกคามร้ายแรงต่อชีวิตจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ และการศึกษาของฮันท์และคณะ (Hunt et al., 1996) ที่ได้ทำ การศึกษาเรื่อง ความต้องการในการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของผู้ป่วยและแพทย์ พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 86.5 มีความต้องการการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน เพราะอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินทำให้ไม่สามารถจะรับรู้และดูแลสุขภาพของตนเองได้

1.4 อาการเจ็บป่วยเป็นเรื่องท้าทาย เป็นการประเมินขั้นต้น (primary appraisal) ตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด ด้วยการตั้งคำถามว่าเหตุการณ์ที่เผชิญเป็นเรื่องท้าทายตัวญาติเองหรือไม่ (challenge) (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งญาติที่นำผู้ป่วยส่งห้องฉุกเฉินเกือบครึ่ง (ร้อยละ 42.7) ตอบว่า อาการเจ็บป่วยเป็นเรื่องท้าทาย ที่ญาติจะต้องดูแลผู้ป่วยให้มีกำลังใจต่อสู้กับตัวเอง ต่อสู้กับโรคร้าย และดูแลตนเองให้มากขึ้นมีชีวิตอยู่ได้นานๆ ท้าทายที่ญาติจะต้องตั้งสติ และพยายามหาวิธีการต่างๆมาทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น ควบคุมโรคไม่ให้มีความรุนแรงมากขึ้น เพราะหากอาการรุนแรงจะทำให้ยากต่อการควบคุม และอาจถึงแก่ชีวิตผู้ป่วยได้ เช่น การปฐมพยาบาล

เบื้องต้น และกล้าที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน และภายหลังจากผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้วต้องดูแลและบำบัดรักษาให้หายจนปกติ

1.5 มีผลในทางที่ดีกับผู้ป่วย เป็นการประเมินขั้นต้น (primary appraisal) ตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด ด้วยการตั้งคำถามว่าเหตุการณ์ที่เผชิญมีผลในทางที่ดีกับผู้ป่วยหรือไม่ (benign positive) (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งญาติที่นำผู้ป่วยส่งห้องฉุกเฉินเกือบครึ่ง (ร้อยละ 41.4) ตอบว่า อาการเจ็บป่วยมีผลในทางที่ดีกับผู้ป่วย เพราะจะทำให้ผู้ป่วยตระหนักในการดูแลตนเองรักษาสุขภาพของตนเองมากขึ้น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกาย ทำให้ผู้ป่วยไม่ประมาทในเรื่องการใช้ชีวิตมีความระมัดระวังมากขึ้น เช่น การทำงาน การขับรถ หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการแพ้ และนอกจากนี้ยังทำให้ญาติดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยมากขึ้น พยายามป้องกันไม่ให้อาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกำเริบขึ้นได้อีก แต่อย่างไรก็ตามยังมีญาติผู้ป่วยบางกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นว่าอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้นไม่มีผลดีเลยทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ (28 ราย)

ผลการวิจัยครั้งนี้อาจสรุปได้ว่า ในการเผชิญเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤติ บุคคลอาจจะมีการประเมินตัดสินออกมาทั้ง 3 ลักษณะพร้อมกัน คือ เหตุการณ์วิกฤตนั้นมีผลต่อสวัสดิภาพของผู้ป่วย เพราะเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอันตราย/สูญเสีย มีภาวะคุกคามชีวิต จึงเป็นเหตุการณ์ที่มีความสำคัญ แต่ก็ยังมีผลดีกับตัวผู้ป่วย และยังเป็นเรื่องท้าทายที่ญาติจะต้องให้การดูแล

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วย

เมื่อนำความถี่ของคะแนนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติในระดับมากถึงมากที่สุดมารวมกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินว่าความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยมีคะแนนมากเป็นอันดับหนึ่ง (ร้อยละ 41.0) รองลงมา คือ ประสบการณ์การเจ็บป่วย (ร้อยละ 39.9) ความรู้เดิมของบุคคล (ร้อยละ 31.3) ความไม่แน่นอนของอาการเจ็บป่วย (ร้อยละ 21.9) การทำนายการดำเนินโรค (ร้อยละ 21.3) และความเชื่อในการควบคุมโรค (ร้อยละ 15) ตามลำดับ อธิบายได้ดังนี้

2.1 ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า (situational factor) ตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด ด้วยการตั้งคำถามว่าเหตุการณ์ที่เผชิญมีความรุนแรงหรือไม่ (novelty) (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งญาติที่นำผู้ป่วยส่งห้องฉุกเฉินเกือบครึ่ง (ร้อยละ 41.0) ตอบว่า อาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงมากถึงมากที่สุด โดยสิ่งที่ญาติสามารถรับรู้และประเมินได้อย่างชัดเจนจากการบอกกล่าวอาการของผู้ป่วยให้ญาติรับรู้ ร่วมกับการที่ญาติสังเกตเห็นอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย/หายใจลำบาก เจ็บแน่นหน้าอก มีแผลตามร่างกาย แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว เป็นต้น แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ป่วยมีความตระหนักว่า การที่จะประเมินตัดสินว่าอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเป็นภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือไม่นั้นต้องขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

ของ จุฬาลักษณ์ (2546) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยพื้นฐาน ความรุนแรงของการบาดเจ็บ และความวิตกกังวลของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บและพยาบาล ผลการศึกษา พบว่า ความรุนแรงของอาการและอาการแสดงที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของกอร์ดอนและคณะ (Gordon et al., 2009) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ประสบการณ์การรับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน: เป็นการศึกษาโดยใช้วิธีการวิจัยแบบการทบทวนวรรณกรรม จากงานวิจัยเชิงคุณภาพ ระหว่างปี 1990 ถึงปี 2006 ผลการศึกษา พบว่า ความรุนแรงจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับร่างกายมีภาวะคุกคามร้ายแรงต่อชีวิต จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ ส่งผลให้เกิดความเครียด และเกิดความวิตกกังวล และในขณะเดียวกันผลการศึกษาของจุฬาลักษณ์ (2546) พบว่าความรุนแรงของอาการและอาการแสดง ที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ มีภาวะคุกคามชีวิต และอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของศศิลักษณ์ (2545) ได้ทำการศึกษา เรื่อง การศึกษาความต้องการ การรักษาพยาบาลของผู้ป่วยฉุกเฉินที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยศึกษาในผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 120 คน ผลการศึกษา พบว่า ความรุนแรงจากอุบัติเหตุทำให้เกิดปัญหาคุกคามชีวิต ส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบาย และอาจมีอันตรายถึงชีวิต และการศึกษาของฮันท์และคณะ (Hunt et al., 1996) ที่ได้ทำการศึกษา เรื่อง ความต้องการในการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของผู้ป่วยและแพทย์ ผลการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นทันทีทันใดจากการเจ็บป่วย อาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถจะรับรู้และดูแลสุขภาพของตนเองได้

2.2 ประสบการณ์การเจ็บป่วยและความรู้เดิมของบุคคล เป็นปัจจัยสถานการณ์ทางด้านบุคคล (personal factor) ตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่ใช้ในการคิดและประเมินตัดสิน โดยการตั้งคำถามว่าประการณ์การเจ็บป่วย (experience) และความรู้เดิมของบุคคล (cognitive) มีผลต่อการประเมินอาการเจ็บป่วยหรือไม่ (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งญาติที่นำผู้ป่วยส่งห้องฉุกเฉินจำนวนไม่น้อย (ร้อยละ 33.9 และ 31.3 ตามลำดับ) ตอบว่าประการณ์การเจ็บป่วยและความรู้เดิมของบุคคล มีผลต่อการประเมินอาการเจ็บป่วยมากถึงมากที่สุด ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (ร้อยละ 80) และมีอายุตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 92.6) ซึ่งระดับการศึกษาและอายุเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่สำคัญที่จะทำให้ญาติผู้ป่วยนำความรู้เดิมและประสบการณ์การเจ็บป่วยที่มีอยู่เดิมมาใช้ในการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วย โดยญาติผู้ป่วยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยมาก่อนสามารถประเมินได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหรือหายใจลำบากอาจทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจ ทำให้สมองขาดออกซิเจน และผู้ป่วยอาจจะเสียชีวิตในเวลาต่อมา อาการเจ็บแน่นหน้าอก จุกแน่นใต้ลิ้นปี่เป็นอาการของโรคหัวใจหรือโรคหัวใจอาจจะกำเริบได้ อาการอ่อนแรงแขน ขา อาจทำให้ผู้ป่วยเป็นอัมพฤตอัมพาตได้และส่งผลให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เกิดความทุกข์ทรมาน และส่งผลต่อเศรษฐกิจ

ของครอบครัวในอนาคต และนอกจากนี้ยังมีอาการปวดท้องที่ญาติมองไม่เห็นจากภายนอกเนื่องจากเป็นการปวดที่อวัยวะภายใน แต่ญาติจะเห็นได้จากอาการความทุกข์ทรมานที่เห็นจากภายนอกของผู้ป่วย ซึ่งหากญาติไม่ตระหนัก ไม่มีความรู้ และไม่มีประสบการณ์อาจละเลยไม่ให้ความสำคัญกับอาการเจ็บป่วยนั้นก็จะทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการรักษาได้

ผลการวิจัยครั้งนี้บอกว่าญาติมีความตระหนัก มีความรู้ และมีประสบการณ์ จึงสามารถประเมินได้ว่า อาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีความรุนแรงเป็นภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน และรีบให้การช่วยเหลือและนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับพิมพา และคณะ (2554) ได้ศึกษา เรื่อง การรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วย กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันร้อยละ 55.7 มีความรู้และประสบการณ์เดิมในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการอมยาใต้ลิ้น โดยสะท้อนให้เห็นว่า การที่ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค อาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การใช้ยาอมใต้ลิ้นและการปฏิบัติตัว ที่ได้รับจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ทำให้ผู้ป่วยมีวิธีการเผชิญ โดยการตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทันที สอดคล้องกับการศึกษาของวอลช์และคณะ (Walsh et al., 2004) เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการเข้ารับรักษาอาการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประเมินตามรูปแบบการจัดการอาการการเจ็บป่วยด้วยตนเอง พบว่า ปัจจัยด้านประสบการณ์และความรู้เดิมทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงและเข้าใจถึงปัญหาร้ายแรงที่จะเกิดตามมาจึงเป็นเหตุผลให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ทำให้เกิดความล่าช้า

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่กล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินด้านความรู้ของบุคคลและประสบการณ์การเจ็บป่วยของบุคคลไว้ ดังนี้ การศึกษาของหัสยาพร (2552) เรื่องการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.18-75.22 มีความรู้ เรื่อง อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน คืออาการชาและอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนหรือขาโดยเฉพาะอย่างยิ่งซีกใดซีกหนึ่งอย่างทันทีทันใด และ จุก (2549) ได้ศึกษาเรื่อง ประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการอาการ และผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยด้านประสบการณ์อาการหายใจลำบาก เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับมาก

2.3 ความไม่แน่นอนของอาการเจ็บป่วย และการทำนายการดำเนินโรค เป็นปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า (situational factor) และความเชื่อในการควบคุมอาการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยทางด้านบุคคล (personal factor) ตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด โดยการตั้งคำถามว่า ความไม่แน่นอนของอาการเจ็บป่วย (event uncertainty), การทำนายการดำเนินโรค

(predictability) และความเชื่อในการควบคุมอาการเจ็บป่วย (beliefs) มีผลต่อการประเมินอาการเจ็บป่วยหรือไม่ (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งญาติที่นำผู้ป่วยส่งห้องฉุกเฉินจำนวนน้อย (ร้อยละ 21.9, 21.3 และ 15.0 ตามลำดับ) ตอบว่า ความไม่แน่นอนของอาการเจ็บป่วย การทำนายการดำเนินโรค และความเชื่อในการควบคุมอาการเจ็บป่วยมีผลต่อการประเมินอาการเจ็บป่วย มากถึงมากที่สุด จะเห็นได้ว่าญาติผู้ป่วยมีการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินทั้ง 3 ด้าน ที่กล่าวมาข้างต้นว่ามีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากความไม่แน่นอนของอาการ การทำนายการดำเนินโรค และความเชื่อในการความคุม เป็นความรู้ที่ค่อนข้างซับซ้อนเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับโรค ซึ่งอาจจะเกินความสามารถของญาติซึ่งไม่ได้มีพื้นฐานความรู้ในทางสุขภาพทำให้ไม่สามารถที่จะเอามาใช้ในการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วยในครั้งนี้ได้

3. การเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วย

เมื่อนำความถี่ของคะแนนการเผชิญภาวะเจ็บป่วยของญาติในระดับมากถึงมากที่สุดมารวมกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเผชิญอาการเจ็บป่วยโดยการจัดการกับอาการเจ็บป่วยด้วยตนเองมากเป็นอันดับหนึ่ง (ร้อยละ 53.4) รองลงมา คือ การเบี่ยงเบนความสนใจ (ร้อยละ 46.3) และการหาข้อมูลประกอบการตัดสินใจ (ร้อยละ 41.6) กับการขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง (ร้อยละ 41.5) ซึ่งมีคะแนนใกล้เคียงกันตามลำดับ อธิบายได้ดังนี้

3.1 การจัดการกับอาการเจ็บป่วยด้วยตนเองเป็นวิธีการเผชิญความเครียด โดยการมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) ตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นญาติที่อยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย (ร้อยละ 35.5) มีอายุเฉลี่ย 34.82 ปี โดยเป็นกลุ่มบุคคลที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 31.3) และระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 28.7) จึงมีความรู้ ประสบการณ์ และมีศักยภาพในการที่จะจัดการกับอาการเจ็บป่วยด้วยตนเองได้ ด้วยวิธีการรีบพาผู้ป่วยไปรับการรักษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาล (ที่คิดว่ามีเครื่องมือพร้อม) ซื้อยามาให้ผู้ป่วยรับประทานเองที่บ้าน ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาก่อนพาไปพบแพทย์ เช็ดตัวลดไข้ บีบนวดบริเวณที่ผู้ป่วยเจ็บปวด เช่น หน้าอก แขน-ขา ดูแลอย่างใกล้ชิด แสดงให้เห็นว่าญาติของผู้ป่วยมองว่าเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยขึ้นกับผู้ป่วย การพยายามหาวิธีการมาจัดการกับอาการเจ็บป่วยด้วยตัวเองเป็นวิธีที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเป็น (2550) เรื่องการรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 74.4 เลือกใช้วิธีการรักษาด้วยตนเอง เช่นเดียวกันกับการศึกษาของสมรภพ (2553) เรื่อง ประสบการณ์การจัดการอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ผู้สูงอายุมีวิธีการจัดการอาการโดยการจัดการอาการด้วยตนเอง เช่น การนวด การทำให้อาเจียน การนอนลงในแนวราบ การใช้แรงกดที่ท้องและหน้าอก การลุกขึ้นนั่งและเปลี่ยนอิริยาบถ การขอความช่วยเหลือ การหายใจเข้า-ออกลึกๆ การจิบน้ำอุ่น การรอดูอาการ การลดกิจกรรมลง และเมื่ออาการไม่ดีขึ้น ก็จะใช้วิธีการใช้

ยาพื้นบ้าน และซื้อยามาให้รับประทาน เมื่อการจัดการอาการด้วยตนเองและการใช้ยาไม่ได้ผล แต่กลับทำให้อาการรุนแรงมากขึ้น ผู้สูงอายุจึงตัดสินใจเข้ารับการรักษายังสถานพยาบาล

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของจุก (2549) เรื่องประสบการณ์การอาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า เมื่อผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากรุนแรง จะมีวิธีการจัดการอาการโดยการรับประทานยา พ่นยาเองเมื่อมีอาการหายใจลำบากกำเริบ และหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบาก และการศึกษาของศิราณี (2548) เรื่องการรับรู้อาการและแบบแผนการดูแลเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำของผู้ดูแล พบว่า วิธีการจัดการโดยการซื้อยามาให้รับประทาน เช่นยาลดไข้ ยาปฏิชีวนะ การเช็ดตัวลดไข้แต่เป็นการเช็ดตัวลดไข้ที่ไม่ถูกวิธี ถ้าพบว่าผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นจึงพาผู้ป่วยไปรับการรักษาจากแพทย์ที่คลินิก และการศึกษาของหัสยาพร (2552) เรื่องการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่ พบว่า ผู้ป่วยมีวิธีการจัดการกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในภาวะฉุกเฉินนี้ด้วยวิธีการโทรศัพท์แจ้งหมายเลข 1669 เพื่อขอความช่วยเหลือ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพาลเมอราสและคณะ (Palmeras et al., 2008) ที่ได้ศึกษาเรื่อง การรับรู้ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับการรักษาล่าช้า ในประเทศสเปน พบว่า ผู้ป่วยบางส่วนเลือกจัดการภาวะเจ็บป่วยโดยการตัดสินใจโทรไปปรึกษาแพทย์ที่คลินิก และตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทันทีโดยตัดสินใจเรียกใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

นอกจากวิธีการดังกล่าวข้างต้นแล้วญาติผู้ป่วยยังมีวิธีการจัดการอาการเจ็บป่วยด้วยตนเองด้วยวิธี ให้ผู้ป่วยอดทน และรอดูอาการ สอดคล้องกับการศึกษาของเป็น (2550) เรื่องการรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 48.6 เลือกการอดทนและรอดูอาการ และการศึกษาของจิราวรรณ (2549) ได้ทำการศึกษาเรื่อง กลุ่มอาการและการจัดการกับกลุ่มอาการ ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 84.8 มีวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นนั้น โดยการรักษาและการบรรเทาอาการด้วยตนเอง การรอดูอาการ และการอดทนต่ออาการ แต่ในขณะเดียวกันวิธีการจัดการอาการเจ็บป่วยด้วยตนเองโดยการ อดทน รอดูอาการอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการแย่ลงได้ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของพาลเมอราสและคณะ (Palmeras et al., 2008) ที่ได้ศึกษาเรื่อง การรับรู้ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับการรักษาล่าช้า ในประเทศสเปน พบว่า ผู้ป่วยเลือกจัดการภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโดยการรอดูอาการเพราะหวังว่าอาการจะดีขึ้นเอง ทำให้ผู้ป่วยพลาดโอกาสที่จะได้รับการรักษาด้วยวิธีที่ดีที่สุด

3.2 การเบี่ยงเบนความสนใจ ซึ่งเป็นวิธีการเผชิญความเครียด โดยการมุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotional-focused coping) ตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด ซึ่งลาซารัสและโฟล์คแมน กล่าวไว้ว่าบุคคลเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์หรือความเครียด บุคคลจะมีวิธี

การจัดการกับความเครียดนั้นโดยการมุ่งแก้ปัญหา และการจัดการกับอารมณ์ไปพร้อมๆ กัน (Lazarus & Folkman, 1984) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ญาติใช้การเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยการเบี่ยงเบนความสนใจมากเป็นอันดับที่ 2 ซึ่งญาติจะทำไปพร้อมๆ กันกับขณะที่พยายามจัดการอาการเจ็บป่วยด้วยตนเอง สะท้อนให้เห็นถึงความสามารถของญาติในการที่จะดูแลผู้ป่วยว่า เมื่อช่วยด้านร่างกายแล้วยังสนับสนุนด้านจิตใจควบคู่กันไปด้วย อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความรู้ประสบการณ์ และมีศักยภาพในการที่จะจัดการกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยวิธีการที่ญาติใช้ในการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินทางด้านจิตใจของผู้ป่วยนั้น โดยการพยายามให้กำลังใจผู้ป่วยและพยายามเบี่ยงเบนความสนใจจากความกังวลอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยการพูดให้กำลังใจ ชวนคุยเรื่องสนุกๆ เรื่องดีๆ และมีประโยชน์ พูดปลอบใจ เล่าเรื่องที่ผู้ป่วยชอบฟังและอยากรู้ เรื่องในอดีต และบีบนวดตามร่างกายเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย พูดให้ผู้ป่วยคิดในเชิงบวก และพูดให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ตระหนักว่ายังมีบุคคลที่รักคอยอยู่ข้างหลัง พาบุคคลที่ผู้ป่วยรักมาเยี่ยมและพูดคุยด้วย เช่น ลูก - หลาน บอกให้ผู้ป่วยหายใจ เข้าออกลึกๆ เมื่อมีอาการปวด และนอกจากนี้ยังมีวิธีอื่นๆ ที่ญาตินำมาเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยคือ การสวดมนต์

3.3 การหาข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจ และการขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง เป็นวิธีการเผชิญความเครียด โดยการมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) ตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งมีความถี่ของคะแนนใกล้เคียงกัน จะเห็นได้ว่าในขณะที่ญาติได้จัดการอาการเจ็บป่วยด้วยตนเองและเบี่ยงเบนความสนใจแล้ว ญาติยังได้หาข้อมูลเพิ่มเติมและขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างควบคู่กันไปด้วย เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน โดยญาติแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับ สาเหตุการเจ็บป่วย/อาการและอาการแสดงของการเจ็บป่วย วิธีการรักษา วิธีการดูแลปฐมพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน วิธีการป้องกัน วิธีการแก้ไข วิธีการประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และสถานที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยการสอบถามจากคนใกล้ตัว ญาติพี่น้อง คนรู้จัก เพื่อนบ้าน สอบถามจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร หาข้อมูลอินเตอร์เน็ต และญาติขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง จาก เพื่อนบ้าน ญาติลูกพี่ลูกน้อง เพื่อนร่วมงาน นายจ้าง บุคคลกรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โดยสิ่งที่ขอความช่วยเหลือ คือ วิธีการนำผู้ป่วยไปส่งโรงพยาบาล การขอให้ไปซื้อยาให้ผู้ป่วย การบีบนวดผู้ป่วย การขอให้ช่วยโทรศัพท์เรียกรถพยาบาลมารับที่บ้าน การขอให้มาอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย การขอคำปรึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุก (2549) เรื่อง ประสบการณ์การอาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากรุนแรง จะมีวิธีการจัดการอาการโดยการขอความช่วยเหลือและปรึกษาบุคคลรอบข้างเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก เช่น คนในครอบครัว แพทย์ พยาบาล และการศึกษาของจิราวรรณ (2549) ได้ทำการศึกษาเรื่อง กลุ่มอาการและการจัดการกับกลุ่มอาการ ของผู้ป่วยที่มีภาวะ

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 84.8 มีวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นนั้นโดยการปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของเป็น (2550) เรื่องการรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 64.8 ผู้ป่วยขอคำปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่น ร้อยละ 53.0 ผู้ป่วยจะขอคำปรึกษาจากทีมบุคลากรสุขภาพ

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาการประเมินตัดสิน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสิน และการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินมารับบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นญาติของผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ จังหวัดสงขลา โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 380 ราย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติ และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย 2) แบบสอบถามความคิดเห็นของญาติเกี่ยวกับการประเมินตัดสินและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วย 3) แบบสอบถามความคิดเห็นของญาติเกี่ยวกับการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วย ผู้วิจัยนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา แล้วนำไปทดลองใช้กับญาติผู้ป่วยจำนวน 20 ราย หลังจากนั้นจึงนำไปหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest) กับแบบสอบถามส่วนที่ 2 ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแบบสอบถามความคิดเห็นของญาติการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นรายข้อ เท่ากับ .81, .71 และ .92 ตามลำดับ ส่วนการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วยทดสอบด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในกลุ่ม ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87 ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์และนำเสนอด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า

1. การประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินตัดสินเกี่ยวกับความเจ็บป่วยฉุกเฉินในระดับมาก โดยประเมินว่า อาการเจ็บป่วยมีความสำคัญกับผู้ป่วย (ร้อยละ 55.5), ทำให้เกิดอันตราย/สูญเสียกับผู้ป่วย (ร้อยละ 42.1), มีภาวะคุกคามชีวิตผู้ป่วย (ร้อยละ 40) และประเมินตัดสินเกี่ยวกับความเจ็บป่วยฉุกเฉินในระดับปานกลาง โดยประเมินในเรื่อง การมีผลในทางที่ดีกับผู้ป่วย (ร้อยละ 36.1) และเป็นเรื่องท้าทาย (ร้อยละ 33.7)

2. กลุ่มตัวอย่างให้การประเมินว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินเกี่ยวกับความเจ็บป่วยฉุกเฉินหลายด้าน ที่ประเมินว่าอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านความรู้เดิมของบุคคล, ด้านความเชื่อในการควบคุมอาการเจ็บป่วย, ด้านการทำนายการดำเนินโรค, ด้านความไม่แน่นอน

ของอาการเจ็บป่วย และด้านประสบการณ์การเจ็บป่วย (ร้อยละ 53.4 52.4 50.8, 48.7 และ 42.4 ตามลำดับ) ยกเว้นด้านความรุนแรงที่ประเมินว่าอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 37.1)

3. การเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างรายงานการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินแต่ละด้าน โดยการจัดการกับอาการเจ็บป่วยด้วยตัวเองในระดับมาก (ร้อยละ 47.1), การหาข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจเพื่อแก้ไขอาการเจ็บป่วยในระดับปานกลาง (ร้อยละ 41.6), การเบี่ยงเบนความสนใจในระดับมาก (ร้อยละ 40) และการขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างในระดับมาก (ร้อยละ 36.8)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการเลือกใช้บริการ 1669 เพียงร้อยละ 14.5 จึงควรมีการประชาสัมพันธ์การใช้บริการรถฉุกเฉิน 1669 ให้มากขึ้น

2. เนื่องจากความรู้และประสบการณ์ของญาติเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินเพื่อนำผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล จึงควรมีการเผยแพร่ความรู้ให้แก่ประชาชนเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการช่วยเหลือเบื้องต้น

3. แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินควรนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการกำหนดเนื้อหาการสอน สำหรับใช้ในการสอนนักศึกษาพยาบาลให้เข้าใจกระบวนการพยาบาล ที่มุ่งเน้นให้เห็นความสำคัญกับการประเมินตัดสินและการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วย/ญาติที่มารับบริการ ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และพยาบาล/เกณฑ์การคัดกรองของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2. ควรมีการศึกษาวิธีการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ญาติเลือกจัดการกับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นด้วยตนเองว่ามีความถูกต้องเหมาะสมหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

กันยารัตน์ มาเกตุ. (2552). *การจัดการความเจ็บป่วยของตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการฟื้นความสามารถ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.

กฤษดา แสวงดี, ธีรพร สถิรอังกูร, สุวิภา นิตยางกูร, เรวดี ศิรินคร, และมนทกานต์ ตระกูลดิษฐ์. (2542). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์.

กองการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. (2544). การประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล: งานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

จิราวรรณ เดชอดิศัย. (2549). *กลุ่มอาการและการจัดการกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

จุก สุวรรณโณ. (2549). *ประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

จุฬาลักษณ์ ลิ่มลือชา. (2546). *ปัจจัยพื้นฐาน ความรุนแรงของการบาดเจ็บ และความวิตกกังวล ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บและพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

นิพาพร ภิญโญศรี. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.

เป็น รักเกิด. (2550). *การรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

พิมพา เทพวัลย์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คะนึงนิจ พงศ์ถาวรกมล, และฉัตรกนก ทุมวิภาต. (2554). การรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. *Journal of Nursing Science 2011, 29*(2), 111-119.

ศิราณี อิ่มน้ำขาว. (2548). *การรับรู้อาการและแบบแผนการดูแลเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำของผู้ดูแล:การศึกษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น* . วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

ศศิลักษณ์ วิบูลชัย. (2545). *การศึกษาความต้องการ การรักษาพยาบาลของผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย. (2550). *การประชุมวิชาการ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ครั้งที่ 6 ทำอย่างไรให้แผนกฉุกเฉินดีขึ้น.* กรุงเทพมหานคร: N P Press Limited Partnership.

สมจิต หนุเจริญกุล. (2542). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี. เจ.พริ้นติ้ง.

สมรภพ บรรหารักษ์. (2553). *ประสบการณ์การจัดการอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

สหัธยา แก้วพิบูลย์. (2547). *ประสบการณ์ของครอบครัวที่มีสมาชิกได้รับการช่วยฟื้นชีวิตที่แผนกฉุกเฉิน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. (2551). *หลักการการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2551 (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. สำนักงานบริหารโครงการวิจัยและตำรา โรงพยาบาลขอนแก่น. ขอนแก่น.

สุชีรา เจริญวิศิษฏ์โกศล. (2549). *ประสบการณ์ การรับรู้ และการให้ความหมายของผู้ป่วยต่อการบริการอุบัติเหตุ และเจ็บป่วยฉุกเฉินภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

สุดาพรรณ ธัญจิรา, และวนิดา ออประเสริฐศักดิ์. (2546). *การพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติภัยหมู่* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: บริษัท สามเจริญพานิชย์ จำกัด.

หัสยาพร มะโน. (2552). *การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

อัญชลี บัวทอง. (2546). *ระยะเวลารอคอยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

Alexander K.S., Mara A. S., Jonathan F., Daniel J. P., Susan D. B., Lachlan F., & Ellen P. M. (2010). Emergency Department Experiences of Acutely Symptomatic Patients With Terminal Illness and Their Family Caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39, 972-981.

Gordon J., Lorraine A., & Anaf, S. (2009). The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. *International Emergency Nursing*, *18,* 80-88.

Hunt, R. C., Dehart, K.L., Allison, E.J., & Whitley, T. W. (1996). Patient and Physician Perception of Need for Emergency Medical Care: A Prospective and Retrospective Analysis. *American Journal of Emergency Medicine*, *14*, 635-639.

Kalidindi, S., Mahajan, P., Thomas, R., & Sethuraman, U. (2010). Parental perception of urgency of illness. *Pediatr Emerg Care, 26*, 549-53.

Lotta, N., Sari, L., & Eija, P. (2012). Experiences of family members of elderly patients in the emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing, 2012,* 1-7.

Palmeras, E., Fossas, P., Quintana, M., Monteis, R., Sebastian, M., Fabregas, C., Ciurana, A., Ribo, M., Cano, A., Sanz, P., Floriach, M., & Alvarez-Sabin, J. (2008). Emergency perception and other variables associated with extra-hospital delay in stroke patient in the Mareeme region (spain). *European Journal of Neurology*, *15*, 329–335.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *STRESS, APPRAISAL, AND COPING*. New York: Springer Publishing Company.

Walsh, C. J., Lynch, M., Murphy, A. W., & Daly, K. (2004). Factors influencing the decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction An evaluation of the Self-Regulatory Model of illness behavior. *Journal of Psychosomatic Research, 56,* 67–73

Wellstood, K., Wilson, K., & Eyles, J. (2005). ‘‘Unless you went in with your head under your arm’’: Patient perceptions of emergency room visits. *Social Science & Medicine*, *61,* 2363–2373.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
การพิทักษ์สิทธิของญาติที่เข้าร่วมงานวิจัย (ผู้วิจัย)

สวัสดีค่ะ ดิฉันนางสาวมณทิพย์ เกสโร เป็นนักศึกษาพยาบาลพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจศึกษาวิจัย เรื่อง การประเมินตัดสินและการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ใคร่ขอความร่วมมือ และความยินยอมจากท่าน เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยการให้ท่านตอบแบบสอบถาม เกี่ยวกับการประเมินตัดสิน และการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ประมาณ 30 นาที ผลการวิจัยที่ได้คือข้อมูลการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ญาติของท่านกำลังประสบอยู่และวิธีการที่ท่านใช้ในการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินดังกล่าว ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ อาจจะไม่มีประโยชน์กับท่านโดยตรง แต่ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนพัฒนาสื่อหรือคู่มือให้กับญาติผู้ป่วยที่ตกอยู่ในสถานการณ์เช่นเดียวกับท่าน เพื่อให้เขาสามารถให้การดูแลผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้ดียิ่งขึ้นต่อไป นอกจากนี้ผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพด้วยความรวดเร็ว เหมาะสม ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ข้อมูลที่ได้จากท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ เพื่อใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือหากท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว มีความขัดข้องประการใด ท่านสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทันที โดยการเข้าร่วม หรือไม่เข้าร่วมโครงการ จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของท่านและตัวท่านเองจะได้รับจากเจ้าหน้าที่ หากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถสอบถามจากดิฉันได้ด้วยตนเอง หรือที่เบอร์โทรศัพท์ 085– 5837103 ดิฉันขอขอบคุณล่วงหน้า ที่ท่านเสียสละเวลาให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

หากท่านยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถแสดงความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยได้ทั้งแบบลายลักษณ์อักษร และไม่มีลายลักษณ์อักษร หากท่านประสงค์จะเข้าร่วมวิจัยแบบมีลายลักษณ์อักษร ใคร่ขอความกรุณาท่านลงนามในข้อความที่อยู่ข้างล่างนี้

.....	.....
(.....)	(นางสาวมณทิพย์ เกสโร)
วัน/เดือน/ปี.....	วัน/เดือน/ปี.....

ผู้เข้าร่วมโครงการ

ภาคผนวก ข

การพิทักษ์สิทธิของญาติที่เข้าร่วมงานวิจัย (ผู้ช่วยวิจัย)

สวัสดีค่ะ ดิฉัน..... เป็นผู้ช่วยวิจัยของ น.ส.มณทิพย์ เกสโรโร เป็นนักศึกษาพยาบาลพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งกำลังทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การประเมินตัดสินและการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ใคร่ขอความร่วมมือ และความยินยอมจากท่าน เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยการให้ท่านตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินตัดสินและการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ประมาณ 30 นาที ผลการวิจัยที่ได้คือข้อมูลการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ญาติของท่านกำลังประสบอยู่และวิธีการที่ท่านใช้ในการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินดังกล่าว ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ อาจจะไม่มีประโยชน์กับท่านโดยตรง แต่ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนพัฒนาสื่อหรือคู่มือให้กับญาติผู้ป่วยที่ตกอยู่ในสถานการณ์เช่นเดียวกับท่านเพื่อให้เขาสามารถให้การดูแลผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้ดียิ่งขึ้นต่อไป นอกจากนี้ผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพด้วยความรวดเร็วเหมาะสม ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ข้อมูลที่ได้จากท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ เพื่อใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือหากท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว มีความขัดข้องประการใด ท่านสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทันที โดยการเข้าร่วม หรือไม่เข้าร่วมโครงการ จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของท่านและตัวท่านเองจะได้รับจากเจ้าหน้าที่ หากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถสอบถามจากดิฉันได้ด้วยตนเอง หรือสามารถติดต่อผู้วิจัยได้โดยตรงคือ คุณ มณทิพย์ เกสโร ที่เบอร์โทรศัพท์ 085– 5837103 ดิฉันและคุณมณทิพย์ เกสโร ขอขอบคุณล่วงหน้า ที่ท่านเสียสละเวลาให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

หากท่านยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถแสดงความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยได้ทั้งแบบลายลักษณ์อักษร และไม่มีลายลักษณ์อักษร หากท่านประสงค์จะเข้าร่วมวิจัยแบบมีลายลักษณ์อักษร ท่านสามารถลงนามในข้อความที่อยู่ข้างล่างนี้

.....	.....
(.....)	(.....)
วัน/เดือน/ปี.....	วัน/เดือน/ปี.....
ผู้เข้าร่วมโครงการ	ผู้ช่วยวิจัย

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง การประเมินตัดสินและการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของญาติผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

แบบสอบถามเลขที่

.....

วันที่.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติ และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

แบบสอบถามญาติ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติ และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

คำชี้แจง : โปรดตอบคำถามที่ตรงกับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับตัวท่านและผู้ป่วยที่ท่านดูแล โดยทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ

( ) 1. ชาย

( ) 2. หญิง

2. อายุ.....ปี (จำนวนปีเต็ม)

3. สถานภาพสมรส

( ) 1. โสด

( ) 2. คู่

( ) 3. หม้าย

( ) 4. หย่า

( ) 5. แยกกันอยู่

4. ศาสนา

( ) 1. พุทธ

( ) 2. คริสต์

( ) 3. อิสลาม

( ) 4. อื่นๆ ระบุ.....

5. อาชีพ

( ) 1. นักเรียน นักศึกษา

( ) 2. รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ

( ) 3. ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว

( ) 4. รับจ้างทั่วไป

( ) 5. เกษตรกรรม/ประมง

( ) 6. แม่บ้าน/พ่อบ้าน

( ) 7. อื่นๆ ระบุ.....

6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน

( ) 1. < 5,000 บาทต่อเดือน

( ) 2. 5,001-10,000 บาทต่อเดือน

( ) 3. 10,001-20,000 บาทต่อเดือน

( ) 4. 20,001-50,000 บาทต่อเดือน

( ) 5. > 50,000 บาทต่อเดือน

7. ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว

( ) 1. มีเงินเหลือเก็บ

( ) 2. พอใช้ แต่ไม่เหลือเก็บ

( ) 3. ไม่พอใช้ และมีหนี้สิน

8. ระดับการศึกษา

( ) 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ

( ) 2. ประถมศึกษา

( ) 3. มัธยมศึกษา

( ) 4. อนุปริญญา

( ) 5. ปริญญาตรี/เทียบเท่า

( ) 6. สูงกว่าปริญญาตรี

( ) 7. อื่นๆ ระบุ.....

9. ความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับผู้ป่วยที่ท่านดูแลขณะนี้

( ) 1. บิดา-มารดา

( ) 2. สามี/ภรรยา

( ) 3. บุตร-ธิดา

( ) 4. หลาน

( ) 5. ปู่-ย่า/ตา-ยาย

( ) 6. ลุง/ป้า/น้า/อา

( ) 7. ญาติหรือคนรู้จัก

( ) 8. อื่นๆระบุ.....

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา

คำชี้แจง : กรุณาบันทึกข้อมูล โดยทำเครื่องหมาย (✓) หรือเติมคำในช่องว่าง ตามความเป็นจริงมากที่สุด

10. อาการเจ็บป่วยครั้งนี้ของผู้ป่วย ที่ทำให้ท่านต้องนำผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) 1. อาการเจ็บแน่นหน้าอกหรือจุกแน่นบริเวณลิ้นปี่

( ) 2. อาการใจสั่นเหงื่อแตกตัวเย็น

( ) 3. อาการหายใจเหนื่อยหรือหายใจลำบาก

( ) 4. อาการสับสนพูดคุยไม่รู้เรื่อง

( ) 5. อาการอ่อนแรงแขนขาข้างใดข้างหนึ่ง พูดไม่ชัดปากเบี้ยว

( ) 6. อาการปวดท้อง ท้องแข็งตึง

( ) 7. อาการไม่รู้สึกตัว

( ) 8. มีบาดแผลตามร่างกายและมีแขนขาได้รับบาดเจ็บจนบวมหรือผิดรูป

( ) 9. อื่นๆ ระบุ.....

11. ขณะที่ผู้ป่วยเริ่มมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยอยู่กับใคร

( ) 1. ไม่มี

( ) 2. บิดา-มารดา

( ) 3. สามี/ภรรยา

( ) 4. บุตร-ธิดา

( ) 5. หลาน

( ) 6. ปู่-ย่า/ตา-ยาย

( ) 7. ลุง/ป้า/น้า/อา

( ) 8. ญาติหรือคนรู้จัก

( ) 9. อื่นๆระบุ.....

12. ขณะที่ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยอยู่ที่ใด

( ) 1. ที่บ้าน

( ) 2. ที่ทำงาน

( ) 3. ที่อื่นๆ ระบุ.....

13. ใครเป็นคนนำผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินมาส่งโรงพยาบาล

( ) 1. มาเอง

( ) 2. ญาติ (อยู่บ้านเดียวกัน)

( ) 3. ญาติ (อยู่คนละบ้าน)

( ) 4. สามี/ภรรยา/บุตร

( ) 5. เพื่อนร่วมงาน

( ) 6. อื่น ๆ ระบุ.....

14. ท่านนำผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินมารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยยานพาหนะอะไร

( ) 1. เดินมาเอง

( ) 2. รถส่วนตัว ระบุชนิด.....

( ) 3. รถรับจ้าง

( ) 4. รถฉุกเฉิน

( ) 5. อื่นๆ ระบุ.....

15. ระยะทางจากบ้านหรือสถานที่ที่ผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บป่วย ห่างจากโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด .....กิโลเมตร (โดยประมาณ)

16. ระยะทางจากบ้านหรือสถานที่ที่ผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บป่วย กับโรงพยาบาลที่ท่านเลือกนำญาติของท่านไปรับการรักษา ห่างกัน.....กิโลเมตร (โดยประมาณ)

17. ผู้ป่วยที่ท่านดูแลมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินดังกล่าวเป็นครั้งที่เท่าไหร่

( ) 1. ครั้งแรก

( ) 2. ครั้งที่ .....

18. ผู้ป่วยที่ท่านดูแลมีโรคประจำตัวหรือไม่

( ) 1. ไม่มี

( ) 2. มี โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามญาติเกี่ยวกับการประเมินและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วย

2.1 แบบสอบถามญาติเกี่ยวกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วย

คำชี้แจง : ข้อความต่อไปนี้เป็นการสอบถามความคิดเห็นของท่าน ต่อการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ท่านดูแลครั้งนี้ กรุณาทำเครื่องหมาย √ ในช่องคำตอบและหากท่านเลือกตอบว่า น้อยที่สุด-มากที่สุด กรุณาเขียนข้อความแสดงความคิดเห็นที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด (สามารถตอบได้มากกว่า 2 ข้อ)

ข้อที่	คำถาม	มากที่สุด (6)	มาก (5)	ปานกลาง (4)	น้อย (3)	น้อยที่สุด (2)	ไม่แน่ใจ (1)	ความคิดเห็น
1.	ท่านคิดว่าอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีความสำคัญกับผู้ป่วย มากน้อยเพียงใด							<u>สำคัญอย่างไร</u> 1. ..... 2. .....
2.	ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลในทางที่ดีกับผู้ป่วย มากน้อยเพียงใด เช่น ทำให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น							<u>มีผลดีอย่างไร</u> 1. ..... 2. .....
3.	ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้เกิดอันตรายหรือเกิดการสูญเสียกับผู้ป่วย มากน้อยเพียงใด							<u>อันตราย/สูญเสียอย่างไร</u> 1. ..... 2. .....
4.	ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีภาวะคุกคามชีวิตผู้ป่วย มากน้อยเพียงใด							<u>คุกคามชีวิตอย่างไร</u> 1. ..... 2. .....
5.	ท่านคิดว่าเป็นเรื่องท้าทายมากน้อยเพียงใด ที่ท่านจะควบคุมสถานการณ์ การเจ็บป่วยครั้งนี้ให้เกิดประโยชน์จนทำให้ท่านมีขวัญและกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย							<u>ท้าทายอย่างไร</u> 1. ..... 2. .....

2.2 แบบสอบถามญาติเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วย

คำชี้แจง : ข้อความต่อไปนี้เป็นการสอบถามความคิดเห็นของท่าน ต่อปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตัดสินภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ท่านดูแลครั้งนี้ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด

ข้อที่	คำถาม	มากที่สุด (6)	มาก (5)	ปานกลาง (4)	น้อย (3)	น้อยที่สุด (2)	ไม่แน่ใจ (1)
1.	ท่านคิดว่าอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด						
2.	ท่านคิดว่าท่านสามารถทำนายเหตุการณ์การดำเนินโรคของอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้มากน้อยเพียงใด						
3.	ท่านคาดเดาได้มากน้อยเพียงใดว่าท่านจะสามารถดูแลและหาวิธีการมาจัด การกับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้						
4.	ท่านเชื่อมากน้อยเพียงใด ว่าท่านสามารถควบคุมสถานการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้						
5.	ท่านสามารถนำความรู้ที่มีอยู่เดิมมาประกอบ การประเมินสถานการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้มากน้อยเพียงใด						
6.	ประสบการณ์ที่ท่านเคยเจ็บป่วยมีผลต่อการประเมินสถานการณ์ การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้มากน้อยเพียงใด						

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามญาติเกี่ยวกับการเผชิญ (จัดการ) ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยครั้งนี้

คำชี้แจง : ข้อความต่อไปนี้เป็นการสอบถามความคิดเห็นของท่าน ต่อวิธีการที่ท่านใช้จัดการกับภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ท่านดูแลครั้งนี้ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ในช่องคำตอบและหากท่านเลือกตอบว่า น้อยที่สุด-มากที่สุด กรุณาเขียนข้อความแสดงความคิดเห็นที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด (สามารถตอบได้มากกว่า 2 ข้อ)

ข้อที่	คำถาม	มากที่สุด (6)	มาก (5)	ปานกลาง (4)	น้อย (3)	น้อยที่สุด (2)	ไม่แน่ใจ (1)	ความคิดเห็น
1.	ท่านพยายามหาข้อมูลมาประกอบ การตัดสินใจเพื่อแก้ไขภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด							<u>ข้อมูลอะไร</u> 1. ..... 2. ..... <u>แสวงหาอย่างไร</u> 1. ..... 2. .....
2.	ท่านพยายามจัดการกับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นด้วยตัวท่านเองมากน้อยเพียงใด							<u>จัดการอย่างไร/เหตุผล</u> 1. ..... 2. .....
3.	ท่านได้พยายามขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง มากน้อยเพียงใด							<u>จากใคร</u> 1. ..... 2. ..... <u>เรื่องอะไร</u> 1. ..... 2. ..... <u>วิธีใด</u> 1. ..... 2. .....
4.	ท่านพยายามเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีอารมณ์ดีขึ้น มากน้อยเพียงใด							<u>เบี่ยงเบนอย่างไร</u> 1. ..... 2. .....

ข้อที่	คำถาม	มากที่สุด (6)	มาก (5)	ปานกลาง (4)	น้อย (3)	น้อยที่สุด (2)	ไม่แน่ใจ (1)	ความคิดเห็น
5.	ท่านเลือกใช้วิธีอื่นๆมากน้อยเพียงใดในการช่วยเหลือผู้ป่วย							<u>วิธีใด</u> 1. ..... 2. .....

ภาคผนวก ง
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. แพทย์หญิงเกศินี แซ่เฮง
   แพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
   ปัจจุบันดำรงตำแหน่งนายแพทย์ 8
   ประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาล

2. พว.ถนอม ภิบาลศักดิ์
   พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษ
   ปัจจุบันดำรงตำแหน่งหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
   โรงพยาบาลหาดใหญ่