

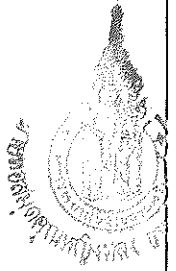
ความต้องการการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บ  
จากอุบัติเหตุและพยาบาล ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้  
Psychosocial Nursing Needs and Psychosocial Nursing Intervention Perceived by  
Accidental Traumatic Patients and Nurses in 5 Southern Border Provinces



สุรัตณี มณีแสง  
Surattanee Maneesang

เลขหมู่	๗ RA๗๗2.๗๒๕ ๗๔ 25๒3	ด. 2
Bib Key	204754	
	1-3-6-2543/1	

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing  
Prince of Songkla University  
2543



ชื่อวิทยานิพนธ์      ความต้องการการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมตาม  
 การรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลใน 5 จังหวัดชายแดน  
 ภาคใต้

ผู้เขียน              นางสาวรัตณี มณีแสง

สาขาวิชา            การพยาบาลผู้ใหญ่

คณะกรรมการที่ปรึกษา

*sh* .....ประธานกรรมการ  
 (รองศาสตราจารย์ ช่อลดา พันธุเสนา)

*ม.อ.ศ. บุณยวีร์* .....กรรมการ  
 (รองศาสตราจารย์ บุญวดี เพชรรัตน์)

*อน นว* .....กรรมการ  
 (อาจารย์ ทศนี นะแสง)

คณะกรรมการสอบ

*sh* .....ประธานกรรมการ  
 (รองศาสตราจารย์ ช่อลดา พันธุเสนา)

*ม.อ.ศ. บุณยวีร์* .....กรรมการ  
 (รองศาสตราจารย์ บุญวดี เพชรรัตน์)

*อน นว* .....กรรมการ  
 (อาจารย์ ทศนี นะแสง)

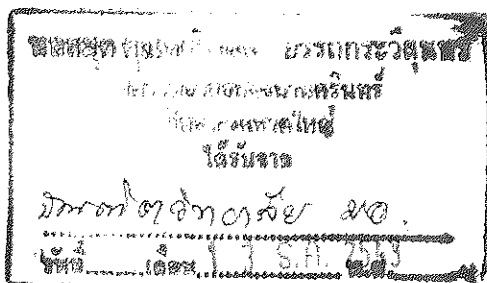
*สุจิตริ หิรัญชุนหะ* .....กรรมการ  
 (ดร. สุจิตริ หิรัญชุนหะ)

*พิเชฐ อุดมรัตน์* .....กรรมการ  
 (รองศาสตราจารย์ น.พ. พิเชฐ อุดมรัตน์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยนี้เป็นส่วน  
 หนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

*ปิติ ทฤษฎีคุณ*  
 .....  
 (รองศาสตราจารย์ ดร. ปิติ ทฤษฎีคุณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

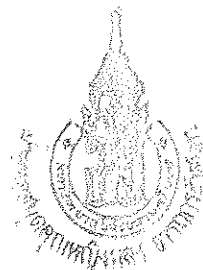


ชื่อวิทยานิพนธ์      ความต้องการการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมตาม  
การรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลใน 5 จังหวัดชายแดน  
ภาคใต้

ผู้เขียน              นางสุรัตณี มณีแสง

สาขาวิชา            การพยาบาลผู้ใหญ่

ปีการศึกษา          2543



### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ โรงพยาบาลสงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และ นราธิวาสราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ จำนวน 100 ราย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน 53 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กำหนดจำนวนตัวอย่างโดยใช้กำลังของการศึกษา ของ โพลิต และ ฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1999) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์ผู้บาดเจ็บจาก อุบัติเหตุและแบบสอบถามพยาบาล เกี่ยวกับความต้องการการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC<sup>+</sup> สถิติที่ใช้คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการการพยาบาลจิตสังคมและคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่างด้วย independent t - test

ผลการศึกษารูปได้ดังนี้

1.ความต้องการการพยาบาลจิตสังคม ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของตนเองที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ต้องการให้พยาบาล"มีความพร้อมทุกขณะที่จะให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ" และค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ "การสนับสนุนให้ผู้บาดเจ็บยอมรับการช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อจำเป็น" พยาบาลรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด มี 2 เรื่อง คือ "การเรียกผู้บาดเจ็บอย่างสุภาพและให้เกียรติ" และ "แสดงออกถึงความมีน้ำใจ สุภาพ อ่อนโยน" และค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ "การแนะนำให้ผู้บาดเจ็บรู้จักกับแพทย์และเจ้าหน้าที่ในทีมการรักษา" เมื่อพิจารณาความต้องการการพยาบาลจิตสังคมรายด้าน พบว่า ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุมีความต้องการการพยาบาลจิตสังคมสูงสุดในด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ ค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านการส่งเสริมให้ผู้บาดเจ็บได้รับการสนับสนุนทางสังคม ในส่วนของพยาบาลรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ และค่าเฉลี่ยต่ำสุดในด้านการส่งเสริมให้ผู้บาดเจ็บได้รับการสนับสนุนทางสังคมเช่นเดียวกับการรับรู้ของผู้บาดเจ็บ เมื่อเปรียบเทียบ

เทียบการรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมระหว่างการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและการรับรู้ของพยาบาลทั้งรายด้านและโดยรวม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) ใน 3 ด้าน และโดยรวม คือด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ ด้านการพยาบาลที่เน้นผู้บาดเจ็บเป็นหลัก และ ด้านการเคารพความเป็นบุคคล และพบว่า พยาบาลมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บสูงกว่าที่ผู้บาดเจ็บรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของตนเองทุกด้านและโดยรวม

2.การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของพยาบาลที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ "การเรียกผู้บาดเจ็บอย่างสุภาพและให้เกียรติ" และค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ "การแนะนำให้ผู้บาดเจ็บรู้จักกับแพทย์และทีมการรักษา" ในส่วนของพยาบาลรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่ตนเองปฏิบัติที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ "มีความพร้อมทุกขณะที่จะให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ" และรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ "การแนะนำให้ผู้บาดเจ็บรู้จักกับแพทย์และเจ้าหน้าที่ในทีมการรักษา" เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่พยาบาลปฏิบัติด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านการได้รับข้อมูลโดยตรงตามความต้องการ สำหรับพยาบาลรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่ตนเองปฏิบัติที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ และค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านการได้รับข้อมูลโดยตรงตามความต้องการเช่นเดียวกับการรับรู้ของผู้บาดเจ็บ เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมระหว่างการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและการรับรู้ของพยาบาลทั้งรายด้านและโดยรวม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) ในทุกด้านและโดยรวม และพบว่า พยาบาลรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่ตนเองปฏิบัติต่อผู้บาดเจ็บสูงกว่าที่ผู้บาดเจ็บรับรู้ทุกด้านและโดยรวมเช่นกัน

Thesis Title            Psychosocial Nursing Needs and Psychosocial Nursing  
Intervention Perceived by Accidental Traumatic Patients and  
Nurses in 5 Southern Border Provinces

Author                    Mrs. Surattanee Maneesang

Major Program         Adult Nursing

Academic Year         2000

### Abstract

The purpose of this descriptive study was to compare the perceived psychosocial nursing needs and psychosocial nursing intervention between accidental traumatic patients and nurses working for the Emergency Department of hospitals in the five southern border provinces, namely Songkla Hospital, Satoon Hospital, Pattanee Hospital, Yala Hospital, and Narathiwassatchanakarind Hospital. Samples were 100 accidental traumatic patients and 53 registered nurses. The samples were selected using purposive sampling. The sample size was determined by using Power of Analysis identified by Polit & Hungler (1999). Data were collected using questionnaires covering demographic information and perception of psychosocial nursing needs and psychosocial nursing intervention, and analyzed by using SPSS/PC<sup>+</sup> computer program. Statistical analyses included frequency, percentage, mean, standard deviation, and independent t-test.

The results were as follows.

1. Psychosocial nursing needs : The highest mean scores of the patients' perception in psychosocial nursing needs was "be always ready to care for the victims" whereas the lowest mean scores was "encouraging the patients to accept assistance from others when necessary". Nurses had the highest mean scores of perceived psychosocial nursing needs in two items; firstly, "referring to the patients in a polite and respectful way", and secondly, "being generous, polite and soft", while the lowest mean scores of psychosocial needs perceived by nurses was "introducing the patients to the doctor and health care team". Considering each subcategory of the psychosocial needs, the nurse-patient relationship was scored highest by the patients, whereas the encouraging the patients to accept social support was scored lowest. Similarly, nurses scored highest in the nurse-patient relationship, and lowest in encouraging the patients to accept social support. Comparing the subtotal scores of each category and the total

scores of the psychosocial nursing needs between the patients and nurses, there were significant differences ( $P < 0.05$ ) in the total scores and subtotal scores of three categories: nurse-patient relationship, patient focused nursing, and respect in the individuality. In addition, the scores of nurses' perception in patients' psychosocial needs were higher than those of patients' perception in every category and in total.

2. Psychosocial nursing intervention : The highest mean scores of the patients' perception in psychosocial nursing intervention was "referring to the patients in a polite and respectful way", whereas the lowest mean scores was "introducing the patients to the doctor and health care team". Nurses had the highest mean scores in "be always ready to care for the victims" and the lowest mean scores in "introducing the patients to the doctor and health care team". Considering each subcategory of the psychosocial nursing intervention perceived by the patients, the nurse-patient relationship was scored highest whereas the provision of relevant information was scored lowest. Similarly, nurses scored highest in the nurse-patient relationship, and lowest in the provision of relevant information. Comparing the subtotal scores of each category and the total scores of psychosocial nursing intervention between the patients and nurses, there were significant differences ( $P < 0.05$ ) in every subcategory scores as well as in total scores. The scores of nurses' perception of psychosocial nursing intervention were higher than those of patients' perception in every category and in total.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาของรองศาสตราจารย์ ชอลดา พันธุเสนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ข้อคิดเห็น คำแนะนำ ปรีक्षा ตรวจ แก้ไข ตลอดจนชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้เป็นอย่างสูง

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ บุญวดี เพชรรัตน์ และ อาจารย์ ทศนีย์ นะส ซึ่งร่วมเป็นคณะอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาและแนะนำช่วยเหลือมาโดยตลอด

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และผู้ช่วยวิจัยของโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่งที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินทุกท่านที่กรุณาตอบแบบสอบถาม รวมถึงผู้บาดเจ็บที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ข้อมูลในการวิจัย

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้บังคับบัญชา กราบขอบคุณอาจารย์ในคณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ผู้วิจัยมีโอกาสดำเนินการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นขณะศึกษาในหลักสูตรสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่ได้สนับสนุนเงินทุนบางส่วนในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมชั้นเรียนทุกคนที่ได้มีโอกาสช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกคนที่ต่างช่วยกันแบ่งเบาภาระ ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจด้วยดีเสมอมา

สุรัตณี มณีแสง

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
Abstract.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(9)
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
คำถามหลักของการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	8
ความสำคัญของงานวิจัย.....	9
2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	10
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	34
ลักษณะของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	34
การกำหนดขนาดตัวอย่าง.....	35
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	35
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	37
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	39
4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	40
ผลการวิจัย.....	40
การอภิปรายผล.....	55
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	73
สรุปผลการวิจัย.....	73
ข้อเสนอแนะ.....	75
บรรณานุกรม.....	77
ภาคผนวก.....	83
	(8)



รายการตาราง

ตารางที่	หน้า
1.จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส บทบาทหน้าที่ในครอบครัว อาชีพหลักและ รายได้ของครอบครัว.....	41
2.จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจำแนกตามประเภทของ การเกิดอุบัติเหตุ ตำแหน่งของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บ ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ตามความเห็นของกลุ่มตัวอย่าง และประสบการณ์การได้รับอุบัติเหตุ.....	43
3.จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ จำแนกตามการจ่ายค่ารักษา พยาบาล แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จะให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดการบาดเจ็บ.....	44
4.จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาล จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ สมรส ศาสนา คุณวุฒิทางการศึกษา และสถานภาพทางเศรษฐกิจ.....	45
5.จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาล จำแนกตามตำแหน่งในหน่วยงาน ระดับตำแหน่ง และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน.....	46
6.จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาล จำแนกตามการอบรมด้านการ พยาบาลจิตสังคม การประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจการพยาบาลจิต สังคม และการประเมินตนเองในการการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม.....	47
7.ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการการพยาบาลจิตสังคม ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาล.....	48
8.เปรียบเทียบการรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ระหว่างผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลทั้งโดยรวมและจำแนกเป็นรายด้าน.....	51
9.ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมตาม การรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาล.....	52
10.เปรียบเทียบการรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมต่อผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ระหว่างผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลทั้งโดยรวมและจำแนกเป็นรายด้าน.....	55

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นภัยอย่างหนึ่งของคนทั่วโลก และมีแนวโน้มมากขึ้นเป็นลำดับ เพราะอุบัติเหตุไม่เพียงแต่เกิดจากภัยธรรมชาติอย่างที่แล้วมา ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีต่างๆที่มนุษย์พัฒนาขึ้นในปัจจุบัน เช่น การก่อสร้างถนนเพื่อการเดินทางที่สะดวกสบายด้วยยานพาหนะที่มีความเร็วสูง การขนส่งมวลชนครั้งละจำนวนมาก สิ่งปลูกสร้างที่ใหญ่โตทันสมัย การนำเครื่องจักรกลมาใช้ในโรงงานเพื่อเพิ่มผลผลิต ฯลฯ ความเจริญทางด้านวัตถุเหล่านี้แม้จะช่วยอำนวยความสะดวกสบาย แต่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ ในส่วนของการผลิตทางอุตสาหกรรมที่มุ่งปริมาณโดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติทำให้เกิดการบาดเจ็บจากการทำงาน ภาวะเครียดที่เกิดจากปัญหาทางเศรษฐกิจในปัจจุบันที่หาทางออกไม่ได้ อาจเป็นสาเหตุของการขัดแย้ง การทะเลาะวิวาท การฟุ้งสุรา ขาดการควบคุมตนเอง การเปลี่ยนแปลงต่างๆดังกล่าวส่งเสริมให้คนมีความเสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บมากขึ้น และแต่ละครั้งจะมีทั้งจำนวนและความรุนแรงที่เป็นอันตรายต่อชีวิตมากขึ้นเช่นกัน ดังปรากฏเป็นข่าวของอุบัติเหตุอุบัติเหตุภัยให้เห็นเป็นระยะๆ

ในประเทศไทย การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุยังคงเป็นสาเหตุการตายอยู่ในลำดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจ จากสถิติปี พ.ศ. 2540 อัตราตายจากอุบัติเหตุต่างๆหรือสาเหตุจากภายนอกเท่ากับ 62.3 ต่อประชากร 100,000 คน เมื่อจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุพบว่า อัตราการตายของเพศชายสูงกว่าเพศหญิง 4 เท่า และกลุ่มที่มีอายุอยู่ในวัยรุ่นและวัยทำงานมีอัตราตายจากอุบัติเหตุสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น (สถาบันการแพทย์ด่านอุบัติเหตุและสาธารณสุข, 2542) นอกจากการเสียชีวิตแล้วผลกระทบทุกด้านที่เกิดขึ้นไม่อาจจะประมาณค่าได้ เช่น ความพิการภายหลังบาดเจ็บ การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว อาชีพ บทบาทในสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจที่เปลี่ยนไป เป็นต้น

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจึงมีผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรม เป็นการตอบสนองทางจิตสังคมภายหลังการบาดเจ็บที่รุนแรงไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกายหรือจิตใจ (Wesorick, 1990; สิริยา, 2540) ประสพการณ์การได้รับบาดเจ็บดังกล่าวเป็นภาวะเครียด ดังที่ คาลด์เวล (Caldwell, 1978) ได้กล่าวถึงการศึกษาของ โฮล์ม และ เรห์ (Holmes & Rahe) จิตแพทย์ชาวอเมริกัน ที่ระบุว่าเหตุการณ์ต่างๆที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น การเสียชีวิตของคู่สมรส การหย่าร้าง การเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ เศรษฐกิจในครอบครัว สภาพการใช้ชีวิต การศึกษา เป็นสาเหตุที่ทำให้บุคคลมีความเครียด (stress cause by life's change) และได้กำหนดเหตุการณ์ต่างๆที่เกิด

ขึ้นในช่วงชีวิตเป็นค่าเฉลี่ยของคะแนนในระดับต่างๆกัน เช่น เหตุการณ์ที่ทำให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยอย่างรุนแรงอยู่ในลำดับที่ 6 มีค่าคะแนนเท่ากับร้อยละ 53 จึงเป็นเหตุผลหนึ่งที่สำคัญของความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

ผลกระทบของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นต่อจิตใจนี้มีมากหรือน้อยที่จะแสดงออกเป็นพฤติกรรมที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ความรู้สึกถูกกดดัน อึดอัด เจ็บปวด โกรธ หวาดกลัว หงุดหงิด กังวล ห้อถอย มีภาวะอารมณ์ที่แปรปรวน เกิดพฤติกรรมที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าปกติ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ กิจกรรมการรักษาที่ปฏิบัติด้วยความเร่งรีบโดยขาดคำอธิบายหรือให้ข้อมูลที่ชัดเจน การแวดล้อมด้วยบุคคลที่ให้การช่วยเหลือที่ตนไม่คุ้นเคย การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวที่เกิดจากการบาดเจ็บ ความรู้สึกเจ็บปวด การพรากจากบุคคลที่รักที่สามารถพึ่งพาได้เมื่อเกิดภาวะคับขันที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างทันที่ การคาดการณ์ล่วงหน้าในทางที่ไม่ดี รวมทั้งปัจจัยอื่นๆ อีกหลากหลายเป็นปัญหาที่มีผลต่อภาวะจิตใจของผู้บาดเจ็บทำให้ต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล (Lenehan, 1986) การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่มีผลต่อร่างกายจึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ภาวะจิตสังคมของบุคคลเปลี่ยนแปลงไป ระดับความเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมจะสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล และคาดการณ์ต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง และครอบครัว หรือผู้ที่มีความหมายต่อตนเองต่อไปในอนาคต ทำให้ผู้บาดเจ็บรู้สึกกดดันทางจิตสังคมเพิ่มมากขึ้น (บุญวดี, 2535) เนื่องจากมนุษย์ทุกคนมีธรรมชาติพื้นฐานของความต้องการที่เหมือนกันคือ ความต้องการด้านอารมณ์ ด้านจิตสังคม และ จิตวิญญาณ เป็นต้น (ละออ, 2534)

บทบาทของพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินซึ่งเป็นผู้ให้บริการพยาบาลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ นอกจากจะต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลช่วยเหลือด้านร่างกายของผู้บาดเจ็บ ยังต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลระดับประคับประคองและสนองตอบความต้องการด้านจิตใจด้วย โดยใช้กระบวนการต่างๆที่ช่วยเหลือสนับสนุนให้บุคคลปรับตัวต่อภาวะบาดเจ็บได้ อันเป็นบทบาทอันสำคัญของวิชาชีพพยาบาล ซึ่ง นันทนา (2538) บ่งชี้ถึงหนึ่งในข้อรายการสมรรถภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในด้านการบริการ คือ การปฏิบัติการพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งกาย-จิต-สังคม เมื่อมองถึงบทบาทที่เฉพาะเจาะจงของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยฉุกเฉิน โมวาด และ รูห์ล (Mowad & Ruhle, 1988) กล่าวถึงมาตรฐานการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยฉุกเฉิน 8 ข้อรายการและมีมาตรฐานที่ต้องปฏิบัติเกี่ยวกับด้านจิตสังคม 3 ข้อรายการ คือ 1) พยาบาลต้องประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยได้เหมาะสมทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม 2) พยาบาลจะต้องให้การพยาบาลบนพื้นฐานของจรรยาวิชาชีพ เช่น ให้ความเคารพและนับถือในศักดิ์ศรี ความมีคุณค่า สิทธิของบุคคล และความเป็นปัจเจกบุคคล โดยพิจารณาให้เป็นไปตามแนวคิดความเชื่อของบุคคล 3) พยาบาลจะต้องใช้เวลาเพียงพอในการติดต่อสื่อสารด้วยความจริงใจและเปิดเผยทั้งกับผู้ป่วยและครอบครัวหรือบุคคลที่มีความสำคัญของผู้ป่วย

การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินให้เป็นไปได้อย่างสมบูรณ์ และสอดคล้องกับความต้องการของผู้บาดเจ็บนั้น นอกจากจะปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมตามบทบาทตนเองดังกล่าวไว้ข้างต้นแล้ว ยังต้องตระหนักถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่เข้าถึงความเป็นเฉพาะราย โดยศึกษาและทำความเข้าใจกับผู้บาดเจ็บที่มีความเชื่อทางศาสนา พื้นฐานทางสังคม วัฒนธรรม เพื่อจะได้วิเคราะห์ถึงแบบแผนพฤติกรรม ค่านิยม ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ให้สามารถประเมินและทำความเข้าใจความหมายของการคิดและการปฏิบัติที่แตกต่างจากความเชื่อ วัฒนธรรม และ ศาสนาของตนเอง (วันเพ็ญ,2541; Spector,1999) หากพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสามารถทำความเข้าใจกับพื้นฐานทางสังคมของผู้บาดเจ็บได้อย่างครอบคลุม จะช่วยให้การพยาบาลด้านจิตสังคมในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เวโซริค (Wesorick,1990) ได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือ ประคับประคอง สนับสนุนให้ผู้บาดเจ็บสามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้ ซึ่งได้แก่การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ การให้ข้อมูลที่ตรงตามความต้องการ การส่งเสริมให้ผู้บาดเจ็บได้รับการสนับสนุนทางสังคม การพยาบาลที่เน้นผู้บาดเจ็บเป็นหลัก และประการสุดท้าย การเคารพความเป็นบุคคลของผู้บาดเจ็บ จากการพิจารณาจะเห็นได้ว่า การปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคมของผู้บาดเจ็บในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินจะเน้นทักษะของการสื่อสารเป็นสำคัญ ซึ่ง พิชชชดา ทัศน สุลักษณ์ และ พรศรี (2537) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการสื่อสารตามการรับรู้ของพยาบาลและการรับรู้ของผู้ป่วยที่หน่วยแพทย์เวรฉุกเฉิน แผนกตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ของพยาบาลและการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมการสื่อสารที่มีต่อผู้ป่วยแตกต่างกัน กลุ่มผู้ป่วยเห็นด้วยในระดับมากถึงร้อยละ 86.7ว่าพยาบาลรีบด่วนยุติการสนทนาก่อนที่ผู้ป่วยจะพูดจบ ในขณะที่กลุ่มพยาบาลเห็นด้วยในระดับมากในข้อนี้เพียงร้อยละ 2.0 การรับรู้เกี่ยวกับได้รับคำแนะนำชี้แจงหรือบอกกล่าวเรื่องต่างๆผู้ป่วยรับรู้เพียงร้อยละ 0.7-6.7 ในขณะที่พยาบาลรับรู้ในเรื่องนี้ถึงร้อยละ 80 ขึ้นไป และมีข้อคิดเห็นของ สเบห์ (Sbaih,1995) เกี่ยวกับการพัฒนาการบริการในหน่วยฉุกเฉินว่า ไม่ว่าจะมีการปฏิรูปหรือปรับปรุงการให้บริการในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินให้ทันสมัยเพียงใดก็ตาม สิ่งสำคัญที่พยาบาลวิชาชีพจะต้องคำนึงถึงคือบทบาทของการดูแล (caring) ที่เน้นการติดต่อสื่อสารและศิลปะของการฟัง ทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ร่วมงาน

การสื่อสารหรือการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการอาจจะมีปัญหาเกิดขึ้นได้ในสังคมที่มีวัฒนธรรมค่อนข้างต่างกันเช่นในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย ประกอบด้วย จังหวัดสงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส มีประชาชนนับถือศาสนาอิสลามเป็นจำนวนมากกว่าร้อยละ 80 ของประชากรในพื้นที่ (เอกวิทย์,2540) ประชาชนเหล่านี้นับถือศาสนาอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิบัติตามหลักศรัทธาแห่งศาสนานั้นถือเป็นวิถีชีวิตเลยก็ว่าได้ ทำให้มีการรวมตัวอย่างแน่นแฟ้น มีความสำนึกเป็นของตนเอง มีความแตกต่าง

กันของภาษาพูด วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ความคิด ความเชื่อ ฯลฯ อันมีส่วนหล่อหลอมความเป็นเฉพาะบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความเชื่อด้านสุขภาพ และปัญหาการสื่อสารของชาวไทยมุสลิมบางกลุ่ม ไม่สามารถติดต่อสื่อสารกับหน่วยงานของรัฐบาลที่ให้บริการให้เกิดการรับรู้ที่เข้าใจตรงกันชัดเจน (สุทธิพงศ์, เขียรนันท์ และ ปุณวัฒน์, 2541) ซึ่ง กัญญา (2540) ให้ความสำคัญของการรับรู้ว่ามีผลต่อการเรียนรู้และมีความสำคัญต่อเจตคติ อารมณ์ และแนวโน้มของพฤติกรรม ดังนั้นการรับรู้ที่ตรงกันจะช่วยให้การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

บุคลากรผู้ให้บริการต้องมีความเข้าใจในพื้นฐานของวัฒนธรรมที่ต่างกันดังกล่าว เพื่อให้เกิดความพึงพอใจและความยินยอมที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งต้องใช้การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ความต่างกันของวัฒนธรรมของผู้ให้และผู้รับบริการจึงเป็นอุปสรรคของการสร้างสัมพันธภาพที่เป็นหลักพื้นฐานของการพยาบาลด้านจิตสังคม (Carrillo, Green, & Betancort, 1999; Kirkham, 1998) ดังนั้น ความต้องการการบริการทางสุขภาพในกลุ่มชนที่มีความหลากหลายของวัฒนธรรมอาจจะไม่ได้รับการตอบสนองที่ตรงตามความต้องการแม้ว่าจะมีผู้แปลหรือล่ามในการสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ (Robert, 1994) และการศึกษาของคล้าค, โปคอร์นี และ บราวน์ (Clark, Pokorny & Brown, 1996) สนับสนุนข้อคิดเห็นดังกล่าว โดยศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชนที่เน้นประเด็นการดูแลด้านจิตสังคม การสอนผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน การให้ข้อมูล และความสามารถทางเทคนิคการพยาบาล พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจกับการพยาบาลที่ได้รับ แต่ผู้รับบริการชาวอเมริกันที่มีเชื้อสายอาฟริกาที่มีความพึงพอใจน้อยกว่าการสอนผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาความต่างกันของวัฒนธรรมและภาษา หน่วยงานที่ให้บริการจำเป็นต้องคำนึงถึงวัฒนธรรม ภาษา และระดับการศึกษาของผู้รับบริการด้วย

นอกจากนี้การศึกษาของ วิลเลียม (William, 1998a) เกี่ยวกับการให้บริการที่มีคุณภาพจากมุมมองของพยาบาล พบว่า พยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการให้การพยาบาลที่มีคุณภาพต้องเป็นการให้การพยาบาลที่ตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ และให้ความสำคัญของการพยาบาลที่ตรงตามความต้องการทางด้านจิตสังคมมากกว่าความต้องการทางด้านร่างกาย และการให้การพยาบาลที่มีคุณภาพคือการรักษาที่มีประสิทธิภาพโดยการวัดจากการตอบสนองด้านจิตสังคม การตอบสนองของร่างกายต่อความเจ็บป่วย ความปลอดภัย และความพึงพอใจ การรักษาที่มีประสิทธิภาพที่ง่ายและสะดวกที่สุดคือการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ

จากความสำเร็จและเหตุผลข้างต้น ผู้ศึกษาซึ่งปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงการรับรู้เกี่ยวกับความต้องการพยาบาลด้านจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ และการรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมของพยาบาลวิชาชีพ ในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางให้การพยาบาลด้านจิตสังคมที่สอดคล้องตามการรับรู้ทั้งของผู้ให้และผู้รับบริการ เป็นการสร้างความพึง

พอใจและปรับปรุงการบริการพยาบาลของหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินให้มีคุณภาพได้ตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการรับรู้ความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุระหว่างผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาล
2. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมของพยาบาลระหว่างผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาล

### คำถามหลักของการวิจัย

1. การรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลเกี่ยวกับความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคมของผู้บาดเจ็บเป็นอย่างไร มีความแตกต่างกันหรือไม่
2. การรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมที่พยาบาลปฏิบัติเป็นอย่างไร มีความแตกต่างกันหรือไม่

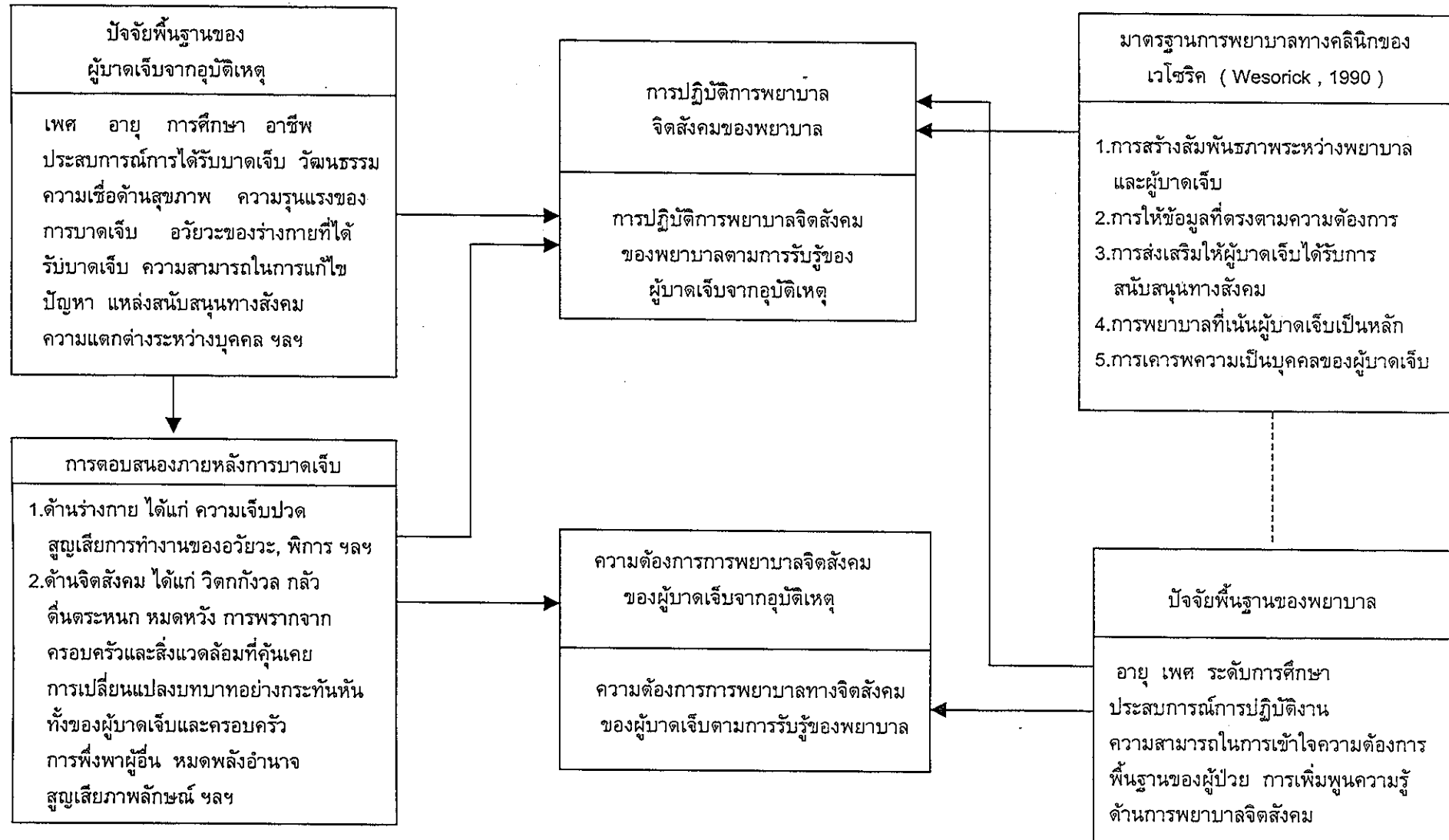
### กรอบแนวคิด/ทฤษฎี

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นเหตุการณ์หนึ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต โดยที่บุคคลผู้ประสบเหตุไม่มีโอกาสเตรียมตัวรับสถานการณ์ จึงก่อให้เกิดความเครียดเนื่องจากเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน จึงมีผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม อันเป็นการตอบสนองทางจิตสังคมภายหลังการบาดเจ็บ ดังนั้น เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยพื้นฐานของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ประสบการณ์การได้รับบาดเจ็บ วัฒนธรรม ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรุนแรงของการบาดเจ็บ อวัยวะของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บ ความสามารถในการแก้ไขปัญหา แหล่งสนับสนุนทางสังคม ความแตกต่างระหว่างบุคคล และปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้มีการตอบสนองภายหลังการบาดเจ็บ เช่น วิตกกังวล กลัว การพราวจากครอบครัวและสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย การเปลี่ยนแปลงบทบาทอย่างกะทันหันทั้งของผู้บาดเจ็บและบุคคลในครอบครัว การพึ่งพาผู้อื่น หมดพลังอำนาจ การสูญเสียภาพลักษณ์ ฯลฯ ทำให้ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุมีความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคม และขณะเดียวกันผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจะรับรู้ถึงการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่พยาบาลปฏิบัติให้แก่ตนเองด้วย ดังนั้นทั้งความต้องการการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของพยาบาลที่ผู้บาดเจ็บรับรู้จะมากหรือน้อยและสอดคล้องหรือแตกต่างกันกับการรับรู้

ของพยาบาล ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของผู้บาดเจ็บและการตอบสนองทางจิตสังคมภายหลังการบาดเจ็บดังที่กล่าวไว้ข้างต้น

และจากปัจจัยพื้นฐานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ความสามารถในการเข้าใจความต้องการพื้นฐานของผู้บาดเจ็บ การเข้ารับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้การพยาบาลด้านจิตสังคม และปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง จะมีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม ซึ่งพยาบาลใช้มาตรฐานการพยาบาลทางคลินิกของเวโซริค (Wesorick, 1990) ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ซึ่งมีกิจกรรมย่อย 26 รายการ และผู้วิจัยจำแนกออกเป็น 5 ด้าน คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ 2) การให้ข้อมูลที่ตรงตามความต้องการ 3) การส่งเสริมให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคม 4) การพยาบาลที่เน้นผู้บาดเจ็บเป็นหลัก และ 5) การเคารพความเป็นบุคคลของผู้บาดเจ็บ เป็นแนวทางในการช่วยเหลือ สนับสนุน ให้ผู้บาดเจ็บสามารถปรับตัวเผชิญกับปัญหาได้ ทำให้พยาบาลรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่ตนเองปฏิบัติแก่ผู้บาดเจ็บ ขณะเดียวกัน พยาบาลจำเป็นต้องรับรู้ถึงความต้องการการพยาบาลจิตสังคมที่ผู้บาดเจ็บต้องการด้วย ดังนั้น ทั้งการปฏิบัติการพยาบาล และความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บที่พยาบาลรับรู้จะมากน้อย และสอดคล้องหรือแตกต่างกันกับการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของพยาบาลดังที่กล่าวไว้ข้างต้น ดังแสดงเป็นแผนภูมิดังนี้

## กรอบแนวคิด/ทฤษฎี





## สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุระหว่างผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลแตกต่างกัน
2. การรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุระหว่างผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลแตกต่างกัน

## นิยามศัพท์

1. ความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคม หมายถึง การแสดงพฤติกรรมของผู้บาดเจ็บที่ต้องการการช่วยเหลือให้มีการตอบสนองทางจิตสังคมภายหลังบาดเจ็บได้อย่างเหมาะสม โดยมีความต้องการดังนี้ 1) ความมีสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ 2) ได้รับข้อมูลที่ตรงตามความต้องการ 3) ได้รับการสนับสนุนทางสังคม 4) ได้รับการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงกับตนเอง 5) ได้รับการยอมรับและเคารพในความเป็นบุคคลของตนเอง

2. การปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลที่ตอบสนองทางจิตสังคมของผู้บาดเจ็บของ เวโซริค (Wesorick, 1990) ซึ่งมี 5 ด้าน ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ 2) การให้ข้อมูลที่ตรงตามความต้องการ 3) การส่งเสริมให้ผู้บาดเจ็บได้รับการสนับสนุนทางสังคม 4) การพยาบาลที่เน้นผู้บาดเจ็บเป็นหลัก 5) การแสดงออกถึงความเคารพความเป็นบุคคลของผู้บาดเจ็บ

3. ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หมายถึง บุคคลที่ได้รับอุบัติเหตุทุกประเภทที่ทำให้ส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายบาดเจ็บ ยกเว้นการบาดเจ็บของสมอง ที่เข้ามารับบริการในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และจำเป็นต้องพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาล

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยที่รับผู้บาดเจ็บไว้รักษา ของโรงพยาบาล 5 แห่ง ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลสตูล โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลยะลา และโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ระหว่างเดือน มกราคม 2543 ถึง เดือนมีนาคม 2543

### ความสำคัญของงานวิจัย

- 1.เป็นแนวทางในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้บาดเจ็บ เป็นการปรับปรุงคุณภาพการบริการของหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินเพื่อสร้างความพึงพอใจให้กับผู้บาดเจ็บและผู้รับบริการ
- 2.เป็นแนวทางให้พยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานของพฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศ
- 3.นำความรู้ที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับฝ่ายการพยาบาลในการพัฒนาพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุให้มีการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 4.เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ

## บทที่ 2

### วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความต้องการการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมตามการรับรู้ระหว่างผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาล ผู้วิจัยศึกษาวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดแนวทางในการศึกษาเป็นหัวข้อตามลำดับดังต่อไปนี้

- 1.ภาวะจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ
  - 1.1 ปัญหาและผลกระทบภายหลังการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ
  - 1.2 พฤติกรรมการเผชิญปัญหาภายหลังการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ
2. การปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม
  - 2.1 การปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมของพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน
  - 2.2 การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองด้านจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ
- 3.ความต้องการการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาล และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. ภาวะจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

อุบัติเหตุที่ทำให้ร่างกายบาดเจ็บ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยที่บุคคลไม่มีโอกาสเตรียมตัว ไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า และไม่อาจจะทำนายได้ว่าจะมีปัญหาอย่างไรตามมาบ้าง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของชีวิตทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสถานภาพในสังคม ทำให้บุคคลตกอยู่ในสถานะที่ไม่อาจตัดสินใจกับภาวะการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น จึงมีผลกระทบต่อจิตใจเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดอย่างเฉียบพลัน (Kleber & Broom, 1992 cited by Bartolovic, 1996) ความเครียดจากการบาดเจ็บนี้เป็นปรากฏการณ์ที่มีผู้ศึกษาไว้ก่อน ค.ศ. 1950 ต่อมา บาสเตียน (Bastiaans, 1957 cited by Bartolovic, 1996) ศึกษาในผู้รอดชีวิตจากค่ายกักกันนักโทษ พบว่า ทุกคนจะมีลักษณะคล้ายกัน ได้แก่การพยายามคงความสมดุล การปรับตัว การป้องกันตัว และความรู้สึกปวดร้าวในใจ ข้อค้นพบดังกล่าวตรงกับแนวคิดความเครียดของ เซลเย ความเครียดจากการบาดเจ็บจะมีลักษณะเฉพาะที่สำคัญได้แก่ ตกตลิ่ง (shock) ตื่นกลัว (alarm) และรู้สึกหมดกำลัง (exhaustion) ลักษณะเหล่านี้มีมากกว่าความเครียดที่เกิดจากสาเหตุอื่นทั่วไป เนื่องจากเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นจากการประสบเหตุการณ์รุนแรงและคุกคามชีวิต สำหรับเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงน้อยลงมา เช่น การบาดเจ็บที่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร มีผู้ศึกษาพบว่า การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นมีผลต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้วิตกกังวล ตื่นกลัว เป็นปฏิกิริยาด้านจิตใจที่มี

ความรุนแรงน้อยกว่าการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่ร้ายแรงอื่นๆ (Mayou, Simkin, & Threlfall, 1991)

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น จะทำให้ผู้บาดเจ็บมีการเปลี่ยนแปลงทางการรับรู้ อารมณ์ ความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม ซึ่ง คิม แม็คฟาแลน และ แม็คเลน (Kim, McFarland, & McLane, 1993 cited by Bartolovic, 1996) ได้อธิบายว่าเป็นการตอบสนองภายหลังการบาดเจ็บ (post-trauma response) หมายถึงภาวะที่บุคคลยังคงมีความทรงจำกับความรู้สึกปวดร้าวในใจ จากเหตุการณ์ที่ทำให้บาดเจ็บ ลีระยา (2540) ให้ความหมายว่า เป็นภาวะการตอบสนองทางจิตสังคมของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่รุนแรงไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกายหรือจิตใจ บาร์โทโลวีก (Bartolovic, 1996) ให้ความเห็นว่า การตอบสนองภายหลังการบาดเจ็บดังกล่าว อาจจะมีเพียงเล็กน้อย ปานกลาง หรือรุนแรง ขึ้นอยู่กับลักษณะเฉพาะของบุคคล จากการศึกษาของ ผ่องศรี (2526) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุสามารถปรับตัวได้ดีร้อยละ 95.18 มีเพียงร้อยละ 0.88 และ 3.95 เท่านั้นที่ปรับตัวได้ปานกลางและน้อยตามลำดับ

### 1.1 ปัญหาและผลกระทบภายหลังการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

ปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ จะมีผลโดยตรงทั้งต่อผู้บาดเจ็บและครอบครัว

ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่เข้ามาในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน นอกจากจะต้องเผชิญกับปัญหาความเจ็บป่วยทางกายแล้ว ยังมีปัญหาอื่น ๆ ตามมาอีกเป็นอันมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่มีผลกระทบทางด้านจิตสังคม เช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาทของตนเองมาเป็นผู้ป่วยอย่างกะทันหัน ทำให้ผู้บาดเจ็บอยู่ในระยะของการคาดการณ์ล่วงหน้าของบทบาทผู้ป่วยในระยะสั้นๆ การเตรียมตัวไม่พอ และเผชิญกับปัญหาที่ไม่เหมาะสมในบทบาทของผู้ป่วย (ซอลดา, 2536) การบาดเจ็บของร่างกายเป็นสาเหตุที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ขาดการติดต่อกับบุคคลที่ใกล้ชิด ความรู้สึกที่ตกอยู่ในสภาพที่คิดว่าตนเองไม่สามารถที่จะตัดสินใจทำอะไรให้กับตนเองได้อีกเป็นเวลานาน ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้อื่น ต้องปฏิบัติตามกิจกรรมตามคำสั่งของบุคคลอื่นโดยที่ตนเองรู้สึกไม่พึงพอใจ สูญเสียอำนาจการควบคุมร่างกายตนเองเนื่องจากความเจ็บปวดจากการบาดเจ็บ ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่แวดล้อมตนเองได้ ทำให้ผู้บาดเจ็บรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ (ซอลดา, 2536; ยาวลักษ์ณ์ และ ลัดดา, 2541) เช่นเดียวกับ เคลบเบอ์ และ บรูม (Kleber & Broom, 1992 cited by Bartolovic, 1996) ได้กล่าวถึงปัญหาของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุว่า การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นเหตุการณ์หรือสถานการณ์รุนแรงที่สุดที่เกิดขึ้นกับชีวิตที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ประสบด้วยตนเองหรือผู้พบเห็น ซึ่งยากที่จะอธิบายความหมายและป้องกันไม่ให้เหตุการณ์นั้นๆ เกิดขึ้นได้ ทำให้เกิดปัญหาด้านจิตสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้บาดเจ็บเหล่านี้มีการแสดงออก 3 ลักษณะ คือ 1) สูญเสียพลังอำนาจ (powerlessness) ซึ่งเป็นผลมาจากขาดการเตือนให้รู้ถึงเหตุการณ์อันตรายที่จะเกิดขึ้นและบุคคลไม่สามารถควบคุมหรือจัดการกับ

เหตุการณ์นั้นได้ 2) เกิดความยุ่งยากในชีวิต (acute disruption of one's existence) เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของผู้บาดเจ็บและบุคคลในครอบครัว ความหวังในอนาคตอาจไม่เป็นที่แน่นอนตามที่ได้อ้างไว้ 3) ความไม่สบายอย่างที่สุด (extreme discomfort) ไม่ได้หมายถึงความไม่สบายทางร่างกายที่เกิดจากการบาดเจ็บ แต่หมายถึงชีวิตที่ไร้สุขอันเกิดจากการบาดเจ็บของผู้บาดเจ็บและบุคคลในครอบครัว ความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บที่กล่าวมาข้างต้นจะเป็นปัญหาเกี่ยวกับการให้ความร่วมมือในการรักษาที่จะส่งผลต่อการฟื้นฟูทางด้านร่างกาย

เมื่อพิจารณาสถานการณ์ที่ผู้บาดเจ็บต้องเผชิญขณะอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ขณะถูกรุมล้อมด้วยแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ซึ่งเป็นบุคคลที่ผู้บาดเจ็บไม่คุ้นเคย เป็นประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นไม่เฉพาะแต่ผู้บาดเจ็บเท่านั้น ยังมีผลต่อครอบครัวหรือบุคคลผู้ใกล้ชิดอีกด้วย ซึ่งมีสาเหตุมาจากความรู้สึกไม่แน่นอนของเหตุการณ์ที่เผชิญ เช่น ไม่รู้ว่าตนเองต้องรู้สึกเจ็บปวดจากบาดแผลอีกนานเพียงใด จะปฏิบัติตัวอย่างไรบ้างกับวิธีการรักษา หรือต้องพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลกี่วัน ต้องปฏิบัติตามการรักษาโดยที่ตนไม่มีโอกาสแสดงความคิดเห็นหรือโต้แย้ง ผลที่เกิดขึ้นคือความรู้สึกขัดแย้ง ความวิตกกังวล ความทุกข์ทรมาน ความรู้สึกหมดทางช่วยเหลือตนเอง การไม่สามารถเคลื่อนไหวอวัยวะของตนได้ตามปกติ การสูญเสียภาพลักษณ์ และกลัวตาย (Lenehan, 1986) ในขณะเดียวกันผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุอยู่ในภาวะที่พรากจากบุคคลที่มีความหมายสำหรับตนเอง เนื่องจากลักษณะเฉพาะของหน่วยงานที่ปิดกั้นความสัมพันธ์หรือการติดต่อกับครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด สิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ อุปกรณ์เครื่องใช้ในการรักษาที่ก่อให้เกิดความกลัวต่อความเจ็บปวดที่ไม่อาจคาดเดาได้จากการใช้เครื่องมือเหล่านั้น เจ้าหน้าที่ทุกคนที่ปฏิบัติต่อผู้บาดเจ็บล้วนมุ่งแต่ช่วยเหลือตามหน้าที่ของตน ยิ่งเพิ่มความเครียดให้แก่ผู้บาดเจ็บ (Bartolovic, 1996) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ไบรน์ และ เฮย์แมน (Byrne & Heyman, 1997) ที่ศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุของความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่คือการที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวอวัยวะของร่างกายได้ตามปกติ ไม่รู้ว่าจะมีอะไรเกิดขึ้นกับตนเองบ้างในขณะที่อยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ความไม่สบายจากการปฏิบัติการรักษาพยาบาล ความรู้สึกเจ็บปวด และ การที่ไม่รู้ว่าร่างกายตนเองมีความผิดปกติอะไรบ้าง

นอกจากนั้น การบาดเจ็บที่มีผลให้เปลี่ยนแปลงโครงสร้างของร่างกายหรือสูญเสียหน้าที่การทำงานของอวัยวะต่างๆ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ ผู้บาดเจ็บจะมีความกลัว วิตกกังวลว่าร่างกายไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพการทำงานที่เป็นปกติได้ (ชอลดา, 2536) การสูญเสียอวัยวะหรือหน้าที่ของอวัยวะจะสัมพันธ์กับความภาคภูมิใจ ความพึงพอใจ และความเป็นตัวของตัวเอง การสูญเสียที่สัมพันธ์กับบทบาท สถานภาพทางสังคม และงานอาชีพของผู้บาดเจ็บ จะมีผลต่อเนื่องถึงความมั่นคง ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้บาดเจ็บด้วย (บุญวดี, 2535; Mattsson, 1975) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบาดเจ็บที่มีผลต่ออวัยวะที่บุคคลทั้งให้คุณค่าว่าสำคัญและมีผลต่อการประกอบอาชีพอาชีพ เป็นปัญหาที่ผู้บาดเจ็บยึดอัด คับข้องใจ หากคิดว่าไม่สามารถกลับเข้า

ทำงานได้เช่นเดิม (Anderson, Bunketorp & Allebeck, 1997) โดยเฉพาะในสังคมปัจจุบันที่ให้ค่านิยมกับวัตถุที่ได้มาจากการหามาด้วยรายได้ที่สูง ข้อจำกัดทางด้านร่างกายที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมีผลให้การยอมรับจากสังคมลดลง ล้วนเป็นสาเหตุให้ผู้บาดเจ็บมีภาวะเครียด เป็นปัญหาและผลกระทบต่อสภาพหลังการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ดังเช่นมีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

จากการศึกษาของ บุนด์วี และจรัสศรี (2538) พบว่า ปัญหาของผู้ป่วยอุบัติเหตุเกิดจากสิ่งกระตุ้นที่รบกวนภาวะจิตสังคม ได้แก่ ปัญหาที่เกิดจากการแยกจาก ความไม่คุ้นเคยต่อสถานที่ ความเจ็บปวด การถูกจำกัดด้านการเคลื่อนไหว

สุนันทา (2538) ศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเกี่ยวกับการรับรู้ต่อการเกิดอุบัติเหตุและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกขาหักจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ จำนวน 20 ราย พบว่า ภายหลังการเกิดอุบัติเหตุ ผู้ป่วยกระดูกขาหัก 16 รายมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง ปัจจัยที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตคือการได้รับบาดเจ็บกระดูกขาหัก การขาดรายได้ และความกังวลว่าจะเดินได้ไม่เหมือนเดิม

แลนส์แมน และคณะ (Landsman, et al., 1990) ได้ศึกษาปัญหาด้านจิตสังคมที่เกิดภายหลังการบาดเจ็บ โดยศึกษาในผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจำนวน 137 ราย พบว่ามีภาวะเครียดภายหลังการเกิดอุบัติเหตุอยู่เป็นเวลานานตั้งแต่ 3 เดือน จนถึง 39 เดือน และมีผลกระทบด้านเศรษฐกิจเนื่องจากไม่สามารถประกอบอาชีพได้เช่นเดิม กลุ่มตัวอย่างให้ข้อคิดเห็นว่าการดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตสังคมจะเป็นประโยชน์มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวางแผนในการช่วยเหลือให้มีการฟื้นฟูสภาพของอวัยวะที่ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ หรือการช่วยหางานใหม่ที่เหมาะสมกับสภาพความสามารถของร่างกาย เช่นเดียวกับที่แดนนิส (Danis, 1984) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกกลัวในเรื่องต่างๆของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่าความรู้สึกที่พบมากที่สุดคือกลัวว่าจะไม่สามารถดำรงชีวิตได้เป็นปกติ ร้อยละ 65 รองลงมาคือกลัวความเจ็บปวด ร้อยละ 55 และสุดท้าย กลัวจะหางานทำไม่ได้ ร้อยละ 50 และการศึกษาของแอนเดอร์สัน บันคีทอร์ป และ เอลเบค (Anderson, Bunketorp & Allebeck, 1997) เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนด้านจิตสังคมที่เกิดภายหลังบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการจราจรพบว่า ร้อยละ 50 ของตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่ยังคงรู้สึกวิตกกังวลกับการเดินทาง ความรู้สึกเจ็บปวด รู้สึกกลัวและอ่อนแอ ร้อยละ 60 ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใช้แรงงานไม่สามารถกลับไปทำงานเช่นเดิมได้

มอลท์ บลิครา และ โฮลวิก (Malt, Blikra & Holvik, 1989) ได้ศึกษาผลที่เกิดภายหลังอุบัติเหตุที่ผู้บาดเจ็บเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้แบบสอบถามศึกษาย้อนหลัง 3 ปี ในจำนวนผู้ป่วย 551 ราย พบว่าร้อยละ 54 ไม่มีความผิดปกติแต่อย่างใด ร้อยละ 31.8 มีการเปลี่ยนแปลงของหน้าที่การทำงานของร่างกายที่ลดลง ร้อยละ 26.0 สุขภาพของร่างกายเสื่อมลงครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาที่สำคัญจากคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง ร้อยละ 18.9 มีปัญหาทางสุขภาพจิต และร้อยละ 18.2 ความสามารถในการทำงานลดลงเนื่องจากอวัยวะของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บทำงานได้ไม่เป็นปกติเช่นเดิม

อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นไม่เพียงแต่มีผลต่อผู้บาดเจ็บเท่านั้น ยังเป็นปัญหาและผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวอีกด้วย ทำให้เกิดภาวะเครียดทางด้านจิตใจ แม้ว่าลักษณะการเกิดอุบัติเหตุและระยะเวลาที่ผู้บาดเจ็บประสบอุบัติเหตุเป็นเพียงช่วงระยะเวลาอันสั้น แต่มีผลกระทบด้านจิตใจและมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตที่แตกต่างไปจากเดิมนั้น จะปรากฏให้เห็นเป็นระยะเวลานาน และอาจต่อเนื่องไปจนยากที่จะจำกัดเวลาได้ (ชญาณิช, 2541) เนื่องจากเหตุการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดความหวุ่นไหว ไม่แน่ใจ และความรู้สึกที่ไม่เป็นสุข แก่บุคคลในครอบครัว (Lenehan, 1986) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสภาพของหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ปิดกั้นความสัมพันธ์หรือการติดต่อระหว่างผู้บาดเจ็บและครอบครัว สภาพการบาดเจ็บที่อาจทำให้เกิดความไม่สบายใจแก่ผู้พบเห็น สิ่งเหล่านี้เป็นปัญหาที่ทำให้ครอบครัวรู้สึกไม่สบายใจ อึดอัดใจ และถ้าการบาดเจ็บนั้นรุนแรงจนจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือต้องรักษาด้วยการผ่าตัด จะทำให้ครอบครัวคาดการณ์ไปในทางที่ไม่ดีเนื่องจากขาดข้อมูลที่ชัดเจน ขาดความรู้เกี่ยวกับสภาพที่เป็นจริงของผู้บาดเจ็บ เป็นเหตุให้ครอบครัวตกอยู่ในภาวะเครียด

โดยสรุป ปัญหาและผลกระทบด้านจิตสังคมที่เกิดภายหลังการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ มีผลโดยตรงต่อผู้บาดเจ็บทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมมากมาย เช่น ความเจ็บปวดจากการบาดเจ็บ การเปลี่ยนแปลงบทบาทเป็นผู้ป่วยอย่างกะทันหัน สูญเสียการควบคุมร่างกายตนเองและสิ่งแวดล้อม ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลงและจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น หากผู้บาดเจ็บรู้สึกสูญเสียจะเกิดความเศร้าโศก วิตกกังวล และเครียด สูญเสียภาพลักษณ์และความภาคภูมิใจในตนเอง คุณภาพชีวิตลดลงเนื่องจากความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บ นอกจากนี้ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นยังมีผลกระทบด้านจิตสังคมต่อบุคคลในครอบครัวและญาติผู้ใกล้ชิด เช่น การขาดข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับผู้บาดเจ็บทำให้คาดการณ์ในทางที่ไม่ดี การถูกปิดกั้นความสัมพันธ์เนื่องจากลักษณะของหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวอย่างกะทันหัน ภาวะเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งเนื่องจากการขาดรายได้ของครอบครัวหรือค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ต่างๆ เหล่านี้เป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัวของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุมีภาวะเครียด ทำให้มีความต้องการด้านจิตสังคมที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมเช่นกัน

## 1.2 พฤติกรรมการเผชิญปัญหาภายหลังการบาดเจ็บ

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่ต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน แม้ผู้บาดเจ็บเหล่านั้นจะมีบุคลิกภาพที่มั่นคงและสุขภาพจิตที่ดีอยู่ก่อน แต่เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกะทันหัน มีผลให้กระทบกระเทือนด้านจิตใจด้วย มีอาการแสดงและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุซึ่งเป็นกระบวนการธรรมชาติคล้ายกับกระบวนการหายของแผลที่เกิดขึ้นกับร่างกาย (ผ่องศรี, 2526) ขึ้นอยู่กับการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บนั้นมีผลต่อจิตสังคมต่อตนเองมากน้อยเพียงใด อาการและพฤติกรรมที่แสดงออกภายหลังการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

เหตุจึงแสดงออกถึงความต้องการการช่วยเหลือเพื่อคงความสมดุลทางจิตสังคม ผ่องศรี (2526) ได้ อธิบายตามหลักจิตวิทยาของ فروยด์ (Froued) เกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลภายหลังบาดเจ็บจาก อุบัติเหตุในลักษณะของพลังงาน โดยเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้มีการรูกำลังของพลังงานที่มากเกินไป ผ่านเขตกันหรือแนวป้องกัน (protective shield) ส่วนของจิตใจที่เป็นของตนเอง จึงต้องพยายาม รักษาภาวะสมดุลไว้ โดยการขจัดหรือจับ (binding) พลังงานนั้นไว้ พลังงานก็คือแรงผลักดันจาก สัญชาติญาณและอารมณ์ซึ่งเป็นสิ่งผสมผสานกัน ถ้าพลังงานมากเกินไปที่อีโก้ (ego) จะจัดการได้ บุคคลก็จะอยู่ในภาวะเครียด และเกิดอารมณ์ตอบโต้กับความเครียดซึ่งเป็นเสมือนแรงจูงใจให้แสดง พฤติกรรมปกป้อง (defense) ควบคุม (control) และเผชิญปัญหา (coping) แต่ละบุคคลจะมีระดับ ความอดทนที่แตกต่างกัน ทำให้การแสดงออกของพฤติกรรมภายหลังการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจึง แตกต่างกันไป

ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นในผู้บาดเจ็บภายหลังที่ได้รับอุบัติเหตุมี 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการรับรู้ และด้านพฤติกรรม ดังนี้ (Bartolovic, 1996; Lipowski, 1982)

ด้านอารมณ์ การตอบสนองทางด้านอารมณ์ที่พบได้เป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ ความวิตกกังวล (anxiety) ความกลัว (fear) ตื่นตระหนก (panic) หมดหวัง (despair) ตกตะลึง (shock) ปฏิเสธ (denial) รู้สึกไม่ปลอดภัย (insecurity) ความเศร้าโศก (grief) ความรู้สึกผิดที่รอดชีวิต จากเหตุการณ์นั้น (survivor guilt) หนึ่งอึ้ง ตั้วชา (numbness) ความรู้สึกคับข้องใจ (frustration) ความรู้สึกโกรธ (anger) กระวนกระวาย ไม่เป็นสุข (irritability)

ด้านการรับรู้ มีปฏิกิริยาตอบสนองที่พบได้มาก คือ ความสับสน (confusion) มีข้อจำกัด ของความสนใจ (limit attention span) สมาธิลดลง (inability to concentrate) การหลงลืมชั่วคราว (poor short term memory)

ด้านพฤติกรรม ผู้บาดเจ็บจะมีพฤติกรรมแสดงออกเช่น การแยกตัวออกจากสังคม (withdrawal from other) สะดุ้งตื่นขณะหลับ (interruped sleep) ระเบิดความโกรธออกมา (angry outburst) มีการเปลี่ยนแปลงของความอยากอาหารและการทำกิจกรรม (change in appetite and activity level) รู้สึกเหน็ดเหนื่อย (increased tiredness) ร้องไห้ (crying) แสดงความโกรธโดยโทษ พระเจ้า (express anger toward God) และการพึ่งยาหรือสารเสพติด (substance abuse)

เวโซริค (Wesorick, 1990) ได้อธิบายคุณลักษณะที่ผู้บาดเจ็บแสดงออกในการตอบสนอง ภายหลังการบาดเจ็บ ประกอบด้วยคุณลักษณะ 2 ประการ คือ 1) คุณลักษณะหลัก ได้แก่ มี ประสบการณ์บาดเจ็บที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสติปัญญา การรับรู้ อารมณ์ หรือการรับ สัญญาณความรู้สึกทางร่างกาย เช่น การนำประสบการณ์การบาดเจ็บในอดีตมาเชื่อมโยงกับเหตุ การณ์บาดเจ็บที่เกิดขึ้นปัจจุบัน ถูกครอบงำความคิด คิดวุ่นแต่เรื่องเหตุการณ์บาดเจ็บ ผันซ้ำๆ ผันร้าย รู้สึกเหมือนถูกผีอำ พุดมากเกี่ยวกับเหตุการณ์บาดเจ็บ พุดถึงความผิด ละอายที่รอดชีวิต หรือพฤติกรรมที่เอาตัวรอด 2) คุณลักษณะย่อย ได้แก่ มีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจอารมณ์ และ แบบแผนการดำเนินชีวิต เช่น มีความบกพร่องในการตีความตามความเป็นจริง สับสน สูญเสีย



ความจำ หรือมีความบกพร่องในการจำ ความคิดเกี่ยวกับเหตุการณ์บาดเจ็บคลุมเครือไม่ชัดเจน มีอารมณ์ดิ่งเครียด พูดอย่างไรอารมณ์ ตัดรอน ไม่เป็นมิตร มีความคิดทำร้ายตนเอง ฟังพยายา หรือสารเสพติด พยายามฆ่าตัวตาย มีพฤติกรรมผิดปกติแสดงออกมามาก มีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น แยกตัวจากสังคม เกิดความกลัวผิดปกติ (Phobia) ภายหลังการบาดเจ็บ อยู่ไม่สุข ลุกลุกนอน อารมณ์แปรปรวน นอนไม่หลับ มีอาการเจ็บป่วยทางกาย เช่น อาการปวด อ่อนเพลีย มีความผิดปกติของการทำงานในระบบทางเดินอาหาร ความสนใจในการทำกิจกรรม ต่างๆลดลง ขาดสมาธิ มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ ไม่อยากพูดถึงเหตุการณ์บาดเจ็บ มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ สูญเสียความเชื่อมั่น ศรัทธา

คุณลักษณะหลักและคุณลักษณะย่อยที่กล่าวมาข้างต้นเป็นการตอบสนองทางจิตสังคมภายหลังการบาดเจ็บ โดยแสดงออกด้านอารมณ์ ด้านการรับรู้ และด้านพฤติกรรม ที่แตกต่างกันออกไป เนื่องจากความเป็นปัจเจกบุคคลและปัจจัยพื้นฐานที่หลากหลายของผู้บาดเจ็บเอง เช่น ประสบการณ์การได้รับบาดเจ็บ ระดับความทนทานต่อความเครียด วัฒนธรรม ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การให้ความสำคัญกับอวัยวะที่บาดเจ็บ การให้ความหมายของการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น เช่น เป็นการถูกลงโทษ หรือเป็นการตักเตือน อาชีพ และวัยของผู้บาดเจ็บ เป็นต้น ตัวอย่างเช่น การบาดเจ็บและจำเป็นต้องถูกตัดนิ้วในผู้บาดเจ็บที่เป็นวัยรุ่นจะมีความรู้สึกอายเพื่อน ในขณะที่ผู้บาดเจ็บที่เป็นผู้ใหญ่ทำงานจะรู้สึกกังวลว่าเป็นอุปสรรคในการทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ (Lenehan, 1986; Liposki, 1983 ; Mattsson, 1975)

ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บดังกล่าวเป็นความเครียด (stress) ที่ผู้บาดเจ็บต้องเผชิญ (coping) เมื่อพิจารณาถึงการแก้ไขเมื่อบุคคลเผชิญความเครียดจะมีวิธีการจัดการแก้ไข 5 วิธี คือ (สมจิต, 2534; ซอลดา, 2536)

- 1) การแสวงหาข้อมูล (information seeking) เป็นความพยายามที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาเพื่อหาทางแก้ไข
- 2) การกระทำโดยตรง (direct action) เป็นการกระทำ ไม่ใช่ความนึกคิด เพื่อจัดการกับเหตุการณ์ที่ประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด
- 3) การหยุดยั้งการกระทำ (inhibition of action) ตรงข้ามกับการกระทำโดยตรง คือ ไม่ทำอะไรเลย หยุดกระทำในกิจกรรมที่คิดว่าเป็นอันตราย
- 4) การแสวงหาความช่วยเหลือหรือแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในเครือข่ายรอบข้าง
- 5) การใช้กระบวนการทางจิต เป็นกระบวนการความนึกคิดที่ต้องการปรับอารมณ์ให้รู้สึกดีขึ้น ซึ่งรวมไปถึงการประเมินเหตุการณ์เสียใหม่ เบี่ยงเบนความสนใจ แสวงหาความพอใจจากสิ่งอื่น รวมทั้งใช้กลไกป้องกันตนเอง เช่น การปฏิเสธหรือเก็บกด เป็นต้น

มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เช่น การศึกษาของบุญวดีและจรัสศรี (2538) เรื่อง "ปัญหาและความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยอุบัติเหตุ" พบว่า ผู้ป่วยมีวิธีการเผชิญปัญหาด้านจิตสังคมมีพฤติกรรมที่แสดงออกคือ การเงิบ

ไม่พูด ซึ่งเป็นกลไกทางจิตที่เรียกว่าการกดระงับ (suppression) บางรายใช้กลไกทางจิตชนิดการย้ายที่ (displacement) โดยจะเปลี่ยนที่ของอารมณ์ความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง วิธีการเผชิญปัญหาโดยการสร้างพลังภายใน (build-in coping mechanism) โดยการร้องไห้ จะช่วยผ่อนคลายความเครียดได้ระดับหนึ่ง บางรายจะพยายามกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อแก้ไขปัญหา (task-oriented reactions) โดยพยายามช่วยเหลือตนเอง รอคอยให้ญาติมาช่วย

การใช้วิธีการเผชิญปัญหามีรูปแบบการใช้ทั้งในลักษณะการต่อสู้ การหนี การแก้ไขปัญหาก็เป็นปฏิกิริยาปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกคนเพื่อรักษาดุลยภาพของจิตใจ (Psychic Equilibrium) เอาไว้ โดยควบคุมความตึงเครียดทั้งที่เกิดจากความขัดแย้งภายใน เช่น ความกลัว ความว้าวุ่น ความรู้สึกไม่มั่นคง ความสูญเสียต่างๆ เป็นต้น ดังนั้น การปรับตัวจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อบุคคลไม่ว่าจะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วย เพราะเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลยังชีพอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ จากการศึกษาของ ผ่องศรี (2526) เรื่องวิธีการเผชิญปัญหาและการปรับตัวด้านจิตใจในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล พบว่า ผู้บาดเจ็บใช้วิธีการเผชิญปัญหา 31 วิธี ตลอดระยะเวลาของการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 15 วัน ความบ่อยครั้งในการใช้มีมากน้อยต่างกันในแต่ละวิธี การเผชิญปัญหาที่ใช้บ่อย 5 อันดับแรกคือ การยอมรับสภาพความเจ็บป่วย การเผชิญหน้ากับปัญหาที่เกิดขึ้น การยอมรับบทบาทการเป็นผู้ป่วย การฝันกลางวัน และการหันเข้าฟังหลักทางศาสนาที่นับถือ การเผชิญปัญหาที่ใช้บ่อยที่สุด 5 อันดับสุดท้ายคือ การพึ่งยา การถ่ายเทอารมณ์ความรู้สึกไปยังบุคคลอื่นหรือสิ่งอื่น การแยกตัวเอง การปฏิเสธ และการร้องไห้ ตามลำดับ

บุคคลจะเลือกวิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆที่เป็นองค์ประกอบของบุคคล ดังนี้ (ซอลดา, 2536)

1) สุขภาพ กำลังความสามารถและกำลังใจ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดที่จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังจะเห็นได้จากบุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ และมองโลกในแง่ดี จะมีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าบุคคลที่เจ็บป่วย อ่อนแอ ท้อแท้ หมดหวัง

2) ทักษะในการแก้ปัญหา บุคคลที่มีความสามารถแก้ปัญหาทั้งในระดับที่เป็นเรื่องง่ายและเรื่องที่ซับซ้อน จะเป็นผู้ที่เข้าใจปัญหาอื่นๆได้ดี และแก้ไขปัญหอย่างได้ผล โดยเฉพาะผู้ที่มีประสบการณ์ในอดีตต่อเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นแล้วคล้ายๆกัน จะช่วยให้บุคคลเรียนรู้วิธีแก้ปัญหา และเป็นประสบการณ์สะสมที่ทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเอง และเพิ่มความตระหนักในคุณค่าแห่งตนมากขึ้นเมื่อมีเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญปัญหาอีกก็จะมีวิธีแก้ปัญหานั้นได้โดยไม่ต้องตระหนกตกใจและจะหาทางออกที่เหมาะสม ในทางกลับกัน ประสบการณ์ของความล้มเหลวในการเผชิญปัญหาจะทำให้บุคคลขาดความมั่นใจ ซึ่งจะมีผลต่อการเผชิญปัญหาอื่นๆในโอกาสต่อไปอีกด้วย

3) ระบบการช่วยเหลือเกื้อหนุนจากครอบครัวหรือสังคม ในการเผชิญปัญหาบุคคลย่อมต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว เพื่อนสนิท หรือกลุ่มบุคคลในชุมชน หรือแหล่งบริการต่างๆ ความพร้อมของสิ่งต่างๆเหล่านี้ ถือว่าเป็นสิ่งสนับสนุนช่วยเหลือที่สำคัญยิ่ง เมื่อบุคคลเผชิญปัญหา ก็จะมีที่ปรึกษาซึ่งอาจจะเป็นบุคคลในครอบครัว หรือเพื่อนสนิทจะช่วยให้บุคคลเผชิญปัญหาได้ด้วยดี

4) แหล่งอำนวยความสะดวกสบาย ได้แก่ เงิน อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีวิตต่างๆ บุคคลที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่ทำให้ความเป็นอยู่สุขสบาย มีผลให้บุคคลเผชิญปัญหาได้ดีกว่าบุคคลที่ขาดแคลนปัจจัยที่จำเป็น

5) ความเชื่อ ความเชื่อของบุคคลมีอิทธิพลต่อความคิด ทำให้สามารถที่จะควบคุมหรือเอาชนะต่อสิ่งคุกคามบางอย่างได้ เช่นความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือพระเจ้าเป็นต้น ตลอดจนขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมของบุคคลจะมีผลต่อการเผชิญปัญหาได้ เช่น ประเพณีอิสลามมีความเชื่อว่า หากได้มีโอกาสเยี่ยมบุคคลที่เจ็บป่วยจะเป็นการสร้างบุญกุศลให้กับตนเอง และผู้ป่วยก็ได้กำลังใจจากผู้มาเยี่ยมด้วยเช่นกัน

ดังนั้น พอจะสรุปได้ว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหาภายหลังการบาดเจ็บจะแสดงออกทั้งด้านอารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม มีความแตกต่างหลากหลาย ขึ้นอยู่กับการรับรู้จากประสบการณ์การบาดเจ็บ ปัจจัยพื้นฐานด้านบุคคล แนวคิด ความเชื่อ พฤติกรรมสุขภาพที่ตนเองปฏิบัติ ความสามารถของบุคคลในการเผชิญปัญหาและกำจัดความเครียดจากการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น การได้รับการช่วยเหลือทางด้านร่างกายและจิตสังคมที่แวดล้อม มีผลให้ผู้บาดเจ็บปรับตัวให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤติของชีวิตได้

## 2. การปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม

มีผู้ศึกษาและให้ความหมายของการพยาบาลจิตสังคมไว้ เช่น ซอลดา (2536) ให้ความหมายว่า การพยาบาลจิตสังคมคือการพยาบาลทางด้านจิตใจ อารมณ์ และครอบครัวเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการปรับตัวที่เหมาะสม และ กฤตยา (2539) ให้ความหมายว่าเป็นการพยาบาลที่เน้นการช่วยเหลือดูแลบุคคลทุกคน ซึ่งต้องการข้อมูลเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลทั้ง 6 มิติ คือด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และสติปัญญา โดยอาศัยสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการเป็นเครื่องมือ เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการมีการปรับตัวทางด้านจิตสังคม นั่นคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ให้ผู้รับบริการสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ดี สมสมัย (2534) อธิบายว่า การพยาบาลจิตสังคมหมายถึง การปฏิบัติการใดๆในการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยทางกายให้สามารถเผชิญภาวะคุกคามทางจิตใจที่เนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยทางกายหรือเป็นกิจกรรมเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่เสียความสมดุลทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ให้สามารถปรับตัวสนองตอบต่อสภาวะเจ็บป่วยและสิ่งแวดล้อมใหม่ มีความ

มันคงทางด้านจิตใจ สามารถดำรงตนอยู่ในสังคมได้ หรือให้คืนสู่สภาวะคุณภาพชีวิตให้ดีที่สุดเท่าที่จะกระทำได้ หรือเป็นการช่วยเหลือประคับประคองทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมแก่ผู้ป่วย

การปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมดังกล่าว เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยใช้พื้นฐานของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสังคมวิทยา วัฒนธรรม วิธีการดำเนินชีวิตของบุคคล และให้ความสำคัญกับการแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดจากความเครียดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และปัจจัยจากสังคมสิ่งแวดล้อม (Gorman, Sultan & Luna-Raines, 1989)

ดังนั้น การพยาบาลจิตสังคมหมายถึง การช่วยเหลือบุคคลที่เสียสมดุลทางด้านจิตใจที่เกิดจากภาวะเครียดด้วยสาเหตุต่างๆ ให้สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวให้คงความสมดุลของจิตใจ อารมณ์ และแสดงออกถึงพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่ออยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามสภาวะที่เป็นจริงของแต่ละบุคคล โดยใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความเข้าใจและยอมรับในความเป็นปัจเจกบุคคลเป็นพื้นฐาน

การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมให้ประสบความสำเร็จได้นั้น พยาบาลผู้ปฏิบัติต้องมีทั้งความรู้และทักษะที่จำเป็น ศิริพร และคณะ (2540) ได้ศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่า สมรรถนะด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่พยาบาลทุกคนต้องมีคือ การตระหนักตนเอง การสื่อสารเชิงบำบัด การให้คำปรึกษา การสัมภาษณ์เพื่อการช่วยเหลือ การดำเนินสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา การดำเนินกลุ่มกิจกรรมบำบัด และการวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวช แต่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลฝ่ายกายและโรงพยาบาลจิตเวชไม่ได้แสดงสมรรถนะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน เช่นเดียวกับการศึกษาของ วิไลรัตน์ สาวิตรี และ ชนิษฐา (2541) ศึกษาเรื่องการประเมินความรู้และทักษะการพยาบาลจิตสังคมของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชนเขต 5 พบว่า ความรู้และทักษะการพยาบาลทางจิตสังคมของพยาบาลวิชาชีพเมื่อเปรียบเทียบกับความรู้และทักษะการพยาบาลจิตสังคมตามเกณฑ์มาตรฐานพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีค่าคะแนนความรู้และทักษะการพยาบาลจิตสังคมไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 28.0 และ 84.0 ตามลำดับ สำหรับ ฟรอสต์ บรูคเก็น และ แมนแกน (Frost, Brueggen & Mangan, 1997) ได้ศึกษาเกี่ยวกับทักษะการให้การพยาบาลด้านจิตสังคมแก่ผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัว พบว่า พยาบาลรับรู้ว่าระดับทักษะที่สำคัญได้แก่ การฟังผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยอย่างตั้งใจ ช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความหวัง และประการสุดท้ายคือการช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับความเจ็บป่วย ระดับทักษะที่พยาบาลให้ความสำคัญน้อยได้แก่ ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับตัวกับบทบาทที่เปลี่ยนไป และประการสุดท้ายคือ การจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม การที่พยาบาลจะปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมได้อย่างดีนั้นต้องมีความรู้เกี่ยวกับแนวคิดและหลักการของการพยาบาลจิตสังคม ดังที่ สมสมัย (2534) ระบุไว้ดังนี้

1. บุคคลแต่ละคนมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของตนเองสมควรได้รับการยอมรับ
2. บุคคลมีความสัมพันธ์กันระหว่างร่างกายและจิตใจ ชีวิตมนุษย์มีโครงสร้างและหน้าที่ของมันเอง ภาวะสุขภาพและจิตใจมีอิทธิพลในการรักษาความสมดุลให้มีทั้งสองฝ่าย
3. ทุกชีวิตต้องมีแรงกระตุ้นเพื่อการดำรงชีวิต มนุษย์ทุกคนต้องการความรู้สึกว่า ตนได้รับการประคับประคอง ให้กำลังใจ
4. มนุษย์มีความต้องการเหมือนกันทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ ที่อยู่อาศัย อาหาร สุขภาพและสิ่งแวดล้อมอื่นต่างมีอิทธิพลต่อสุขภาพของบุคคล เช่นเดียวกับการขาดความพึงพอใจด้านสังคม ความเชื่อถือศรัทธา และความต้องการด้านอารมณ์ก็อิทธิพลต่อสุขภาพได้
5. การสื่อข้อความ เป็นพื้นฐานการแลกเปลี่ยนในสังคม การพูด การกระทำ นำเสี่ยง สันหาทำทาง ที่แลกเปลี่ยนกันระหว่างผู้พูดและผู้ตอบ มีอิทธิพลต่อสัมพันธภาพของคู่สนทนา
6. ยอมรับถึงความสำคัญองมนุษย์สัมพันธ์ และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อพยาบาล โดยสามารถระบายความทุกข์ร้อนใจได้นั้น จะต้องตั้งอยู่บนสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน การพูดคุยกับผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่าพยาบาลสนใจ เข้าใจปัญหา พร้อมที่จะรับฟังและให้การช่วยเหลือ ซึ่งการพยาบาลจิตสังคมจะยึดหลักการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนี้มาประยุกต์ในกระบวนการพยาบาล
7. พฤติกรรมของบุคคลเป็นสิ่งที่มีความหมาย พฤติกรรมเกิดจากความต้องการและจุดมุ่งหมายของบุคคลในขณะนั้น
8. พฤติกรรมประกอบด้วย การรับรู้ ความคิด ความรู้สึกและการกระทำ โดยพฤติกรรมเหล่านี้เกิดขึ้นตามลำดับ
9. พฤติกรรมไม่เคยคงที่ เพราะสิ่งแวดล้อมแปรเปลี่ยนตลอดเวลา
10. บุคคลมีความแตกต่างกันที่ความสามารถในการปรับตัว ขึ้นอยู่กับปัจจัยพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม ธรรมชาติ ความรุนแรงของความเครียด และทรัพยากรที่มีอยู่
11. ความเจ็บป่วยสามารถเป็นประสบการณ์ที่นำไปสู่การเจริญเติบโตในทางที่ดีได้ ดังนั้น จุดประสงค์ของการพยาบาลคือ การส่งเสริมให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในทางบวก ส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีขึ้นและส่งเสริมความรู้สึกที่มีคุณค่าของตนเอง
12. บริการสุขภาพเป็นสิทธิที่บุคคลควรจะได้รับ ไม่จำกัดเพศ เชื้อชาติ ศาสนา ผิว หรือวัฒนธรรม การบริการพยาบาลขึ้นอยู่กับความต้องการของบุคคล ครอบครัวและชุมชน และความคาดหวังของพยาบาลและผู้รับบริการร่วมกัน
13. บุคคลควรมีสิทธิที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เกี่ยวกับสุขภาพกายและสุขภาพจิตของตนเอง
14. การเปลี่ยนแปลงที่คุกคามหน้าที่ของร่างกาย เราให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งภาวะสุขภาพกายและอารมณ์ ความเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงความสามารถของบุคคลที่จะทำหน้าที่หรือทำให้จำเป็นต้องอาศัยการช่วยเหลือเพื่อให้ทำหน้าที่ได้

### 15. ทศนคติมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการเปลี่ยนแปลงได้

เป็นที่ยอมรับกันว่า การปฏิบัติกรพยายามด้านจิตสังคมเป็นการปฏิบัติที่มุ่งเน้นให้ผลด้านจิตใจ ซึ่งเป็นนามธรรมและเข้าถึงยาก แนวคิดและหลักการพยายามด้านจิตสังคมดังกล่าวข้างต้น จะช่วยให้พยาบาลเข้าใจและเห็นแนวทางที่จะปฏิบัติได้

#### 2.1 การปฏิบัติกรพยายามด้านจิตสังคมของพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นสถานที่ให้บริการตรวจรักษาผู้ที่มีอาการเฉียบพลันทุกประเภท ซึ่งลักษณะของผู้ที่มาใช้บริการจะมีทุกเพศทุกวัยทุกระดับการศึกษาและทุกสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และในช่วงระยะเวลาอันสั้นตามความเร่งด่วนของสภาพผู้บาดเจ็บ พยาบาลจำเป็นต้องมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อเป็นพื้นฐานในการช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม โดยแสดงออกถึงการยอมรับนับถือผู้ป่วยในฐานะบุคคล ยอมรับและเข้าใจในพฤติกรรมต่างๆของผู้บาดเจ็บ เอาใจใส่และแสดงออกถึงความเข้าใจความรู้สึกและความต้องการของผู้บาดเจ็บ เต็มใจให้การช่วยเหลือ ตั้งใจรับฟังและตอบคำถามผู้บาดเจ็บ (ซอลดา,2536; สุดาพรรณ และ วนิดา,2540)

นอกจากนั้น พยาบาลยังต้องตระหนักถึง "ครอบครัว" ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญด้านจิตสังคมของผู้บาดเจ็บ บทบาทของพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินจึงไม่ได้ให้การดูแลช่วยเหลือเพียงเฉพาะผู้บาดเจ็บเท่านั้น ยังต้องเข้าใจและให้ความสำคัญของครอบครัวหรือผู้ดูแลในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของผู้บาดเจ็บ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องเข้าใจถึงภาวะที่ครอบครัวหรือผู้ดูแลเผชิญกับปัญหาที่ต้องมีการตัดสินใจกับเหตุการณ์ที่เกิดอย่างกะทันหันที่ไม่มีโอกาสเตรียมการ ก่อให้เกิดความเครียดมากยิ่งขึ้น ความไม่แน่ใจและความรู้สึกที่ไม่เป็นสุข การไม่สามารถอยู่กับผู้บาดเจ็บเพื่อมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือตามความรู้สึกที่ผูกพันเนื่องจากข้อจำกัดของหน่วยงานที่ไม่ให้โอกาส หรือสภาพของผู้บาดเจ็บที่ได้เห็นอาจก่อให้เกิดความไม่สบายใจ ความอึดอัดใจ ทำให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลรู้สึกเสียขวัญ หากการบาดเจ็บรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะยิ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวลในระดับสูงแก่ครอบครัวหรือผู้ดูแล มารยาท และ จินตนา (2537) ให้ความเห็นว่าการครอบครัวหรือผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวหรือแก้ไขสถานการณ์ให้ระดับความวิตกกังวลลดลงได้ จะส่งผลให้ผู้บาดเจ็บวิตกกังวลยิ่งขึ้น ดังนั้น หากพยาบาลสามารถช่วยเหลือครอบครัวหรือผู้ดูแลของผู้บาดเจ็บได้ตรงตามความต้องการ เป็นหนทางให้ความวิตกกังวลของผู้บาดเจ็บและของครอบครัวหรือผู้ดูแลลดลงได้

สำหรับ ลีนฮาน (Lenehan, 1986) ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการพยายามด้านจิตสังคมในผู้ที่ได้รับบาดเจ็บว่า บทบาทที่สำคัญของพยาบาลคือการส่งเสริมภาวะจิตสังคมและภาวะสมดุลของร่างกาย พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินต้องให้การดูแลที่รวดเร็ว รัดกุม

และให้คำปรึกษาในการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บที่รุนแรง จะช่วยลดความรู้สึกสับสนและความวิตกกังวลลงได้

บาร์โทโลวิก (Bartolovic, 1996) ให้ข้อแนะทางในการพยาบาลจิตสังคมของพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ดังนี้

1. ชั้นเตรียมการ พยาบาลต้องมีการเตรียมเพื่อประเมินภาวะจิตสังคม โดยจัดเตรียมให้ผู้ป่วยที่มีความเป็นส่วนตัวเท่าที่จะเป็นไปได้ การนั่งหรือยืนอยู่ใกล้ๆผู้ป่วยและแสดงท่าทีอันมั่นคงจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความห่วงใย ได้รับการปกป้องคุ้มครองให้ความปลอดภัย ระวังที่จะไม่ให้มีสิ่งรบกวนหรือขัดจังหวะเพราะจะเป็นอุปสรรคในการสร้างสัมพันธภาพทักษะของการตั้งใจฟังและการสังเกตเป็นทั้งเครื่องมือและเทคนิคสำคัญที่จำเป็นใช้ในการประเมินขั้นต้น จึงควรมีเวลาให้กับผู้ป่วยและไม่รีบเร่งในระหว่างการซักถาม

2. การเตรียมด้านผู้ป่วย พยาบาลควรมีการเตรียมผู้ป่วย โดยให้คำอธิบายหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือตามลำดับความจำเป็นเร่งด่วน ผู้บาดเจ็บจะได้รับรู้ว่าได้รับการช่วยเหลือให้ปลอดภัย หรือถ้ามีความจำเป็นที่จะต้องสังเกตติดตามภาวะผิดปกติของร่างกาย โดยต้องใช้เวลาในการพักรออยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุก็ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อจะได้รับรู้ว่าจะมีการวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไรบ้าง จะเป็นการลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับประสบการณ์ที่มาใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุ พยาบาลต้องสังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงที่ผู้ป่วยแสดงออกโดยการนั่งเฉยๆ ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ว่ามีระดับความวิตกกังวลสูงขึ้น การเปลี่ยนแปลงอาจแสดงออกทางสีหน้า แววตา หรือมีพฤติกรรมอื่นๆ

3. การเตรียมทางด้านตัวพยาบาล พยาบาลต้องมีความพร้อมทางด้านความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีของภาวะเครียด พึงตระหนักอยู่เสมอว่าการเจ็บป่วยทางร่างกายเป็นสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วย แนวคิดนี้จะช่วยให้พยาบาลวางแผนในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ โดยเข้าใจถึงอารมณ์ พฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคมของผู้บาดเจ็บ ที่จะผลต่อการปรับตัวไปสู่ภาวะปกติทางด้านร่างกาย การเตรียมตัวดังกล่าวข้างต้นช่วยให้พยาบาลเก็บข้อมูลเพื่อวางแผนและให้การพยาบาลได้

นอกจากนั้น บาร์โทโลวิก (Bartolovic, 1996) ยังได้ให้ข้อแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการประเมินภาวะทางจิตสังคมและการให้การพยาบาลผู้ป่วยในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ดังนี้

เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือทางด้านร่างกายขั้นต้นจนพ้นขีดอันตรายแล้ว พยาบาลควรให้การพยาบาลโดยส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการควบคุมตนเอง เนื่องจากภาวะสูญเสียพลังอำนาจจะเป็นคุณลักษณะเฉพาะของภาวะเครียดที่เกิดจากการบาดเจ็บ พยาบาลควรพิจารณาให้การพยาบาลโดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตัวเองได้ มีกำลังใจมากขึ้น เช่น ถ้าเป็นไปได้ควรอนุญาตให้ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดได้อยู่ใกล้ผู้ป่วย

พยาบาลควรเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยได้พูดหรือเล่าประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อพยาบาลจะได้นำข้อมูลในส่วนนี้ไปวิเคราะห์ถึง

กระบวนการปรับแก้ (coping) ขึ้นต้นต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะประเมินได้ว่าผู้บาดเจ็บมีกระบวนการปรับแก้ได้ถูกต้องเหมาะสมหรือไม่

การประเมินเพิ่มเติมโดยถามว่าผู้บาดเจ็บตัดสินใจอย่างไรทันทีที่เกิดเหตุการณ์บาดเจ็บ เป็นการถามเพื่อทราบถึงการกระทำที่มีจุดมุ่งหมายของผู้บาดเจ็บทันทีหลังเกิดอุบัติเหตุ คำตอบนี้จะช่วยให้พยาบาลเข้าใจว่าอะไรคือสิ่งผู้บาดเจ็บให้ความสำคัญมากที่สุด เพื่อจะช่วยเสริมให้วางแผนการพยาบาลขณะอยู่ในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## 2.2 การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคมภายหลังการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

การปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินต่อนั้น พยาบาลต้องมีความสามารถในการช่วยเหลือให้ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุให้มีพฤติกรรมที่ตอบสนองทางจิตสังคมภายหลังการบาดเจ็บได้อย่างเหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้ใช้มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกของ เวโซริค (Wesorick, 1990) เป็นแนวทาง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. สร้างความไว้วางใจและสัมพันธภาพเพื่อการรักษาโดยการยอมรับผู้ป่วยตามสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน สร้างเจตคติในด้านบวกต่อผู้ป่วย มีความสม่ำเสมอ และไม่ใช้คำนิยามของตนเองไปตัดสินพฤติกรรมของผู้ป่วย
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูด และระบายความรู้สึกเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ได้รับบาดเจ็บ
3. รับฟังด้วยความเห็นใจและแสดงการยอมรับสิ่งที่ผู้ป่วยพูดถึงผลกระทบของการบาดเจ็บต่อตนเอง
4. พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีอิทธิพลต่อกระบวนการตอบสนองภายหลังการบาดเจ็บ
5. ลำ่าประสบการณ์หรือเรื่องราวตัวอย่างของบุคคลที่เข้มแข็งสามารถเอาชนะปัญหาได้โดยพิจารณาตามความเหมาะสม
6. ช่วยเหลือผู้ป่วยในการวางแผนทำกิจกรรมประจำวัน สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและมีโอกาสอยู่ตามลำพังบ้างตามสมควร
7. ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยตระหนักและยอมรับความรู้สึกที่เกิดขึ้น เช่น ความกลัวที่อาจเกิดได้จากแรงขับจากการสูญเสีย
8. ช่วยแนะนำแหล่งประโยชน์และสนับสนุนให้ผู้ป่วยยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น
9. ช่วยพัฒนาทักษะในการติดต่อกับสังคมให้ผู้ป่วยเช่น แสดงให้ดูเป็นตัวอย่าง มีการประเมินป้อนกลับ (feedback) ตามความเหมาะสม
10. ช่วยเหลือในการโทรศัพท์ติดต่อญาติหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยให้มาเยี่ยมเยียนผู้ป่วยตามความเหมาะสม



11. ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนสนิทของผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยโอกาสให้มีความเป็นส่วนตัวระหว่างการเยี่ยม

12. แนะนำสมาชิกในครอบครัวในการตอบปัญหาหรือให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่บาดเจ็บ โดยไม่ควรพูดถึงรายละเอียดมากเกินไป

13. แนะนำให้สมาชิกในครอบครัวนำสิ่งของที่ผู้ป่วยเคยใช้และมีความหมายต่อผู้ป่วยมาให้

14. แนะนำให้สมาชิกในครอบครัวนำรายชื่อหรือเบอร์โทรศัพท์ของผู้เกี่ยวข้องที่ผู้ป่วยจดใส่สมุดบันทึกไว้มาให้ เพื่อผู้ป่วยพิจารณาติดต่อเพื่อนหรือบุคคลที่ต้องการติดต่อได้อย่างสะดวก

15. ประเมินปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและพยายามขจัดปัจจัยส่งเสริมเท่าที่ทำได้

16. อยู่เป็นเพื่อนปลอบโยนผู้ป่วยในขณะที่มีความวิตกกังวลในระดับสูง

17. ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยในเรื่องความกังวล ความโกรธ ซึมเศร้า สูญเสีย ช่วยเหลือให้ผ่อนคลาย ปรับตัวสู่สภาพความเป็นจริง

18. กระตุ้นและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ถึงสาเหตุของความกระวนกระวาย โกรธ และสูญเสียการควบคุม

19. ช่วยเหลือและแนะนำแหล่งประโยชน์หรือวิธีการระบายพลังงานและความโกรธที่สังคมยอมรับ

20. แนะนำวิธีการผ่อนคลายความเครียด เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การสร้างจินตนาการดนตรีเพื่อให้ผู้ป่วยพิจารณาเลือกสิ่งที่น่าสนใจ และคิดว่าเหมาะสมกับตนเองเพื่อนำไปปฏิบัติ

21. ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้คิดใคร่ครวญและนำความคิดดังกล่าวไปปฏิบัติเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพ

22. ช่วยเหลือในการประเมินจุดเด่นและจุดด้อยตามความเป็นจริง

23. ช่วยเหลือผู้ป่วยในการกำหนดเป้าหมายที่สามารถบรรลุได้จริงโดยไม่ยากนักเพื่อเอื้อให้ผู้ผู้ป่วยมีโอกาสประสบความสำเร็จ

24. ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามความเหมาะสม ลดความไม่สุขสบายต่าง ๆ

25. ประเมินพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อผู้อื่นตลอดจนการทำร้ายตนเอง เช่น พยายามฆ่าตัวตาย ควบคุมพฤติกรรมเท่าที่จำเป็นตามความเหมาะสม

26. ถ้าผู้ป่วยมีแนวโน้มจะพึ่งพายา สารเสพติด เพื่อกลบเกลื่อนความรู้สึกของตนเอง ควรให้ข้อมูลเพื่อให้ตระหนักถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้นต่อไป

มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกของ เวโซริค (Wesorick, 1990) ดังที่นำเสนอมาข้างต้น และแนวทางการพยาบาลจิตสังคมทั่วไป นำมาประยุกต์ให้เหมาะสมกับผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุในสถานการณ์ของหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เป็น 5 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ อันเป็นพื้นฐานของปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม พยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินจำเป็นต้องมีทักษะการสร้าง

สัมพันธภาพที่ดีเนื่องจากข้อจำกัดของเวลาที่เร่งด่วน ให้การต้อนรับด้วยท่าทีที่อบอุ่นและเปิดเผย ยินดีให้การช่วยเหลืออย่างจริงใจ มีความปรารถนาดีที่ผู้บาดเจ็บสามารถรับรู้ได้ ให้ผู้บาดเจ็บมีความรู้สึกถึงความมีคุณค่าและพลังความสามารถของตนเองของตนเอง โดยมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อการหายของจากการบาดเจ็บของตนเอง สร้างเจตคติในด้านบวก เปิดโอกาสให้ผู้บาดเจ็บได้พูด ระบายความรู้สึก และพยาบาลต้องมีท่าทีรับฟังด้วยความตั้งใจ ให้ผู้บาดเจ็บได้ติดต่อสื่อสารกับบุคลากรในทีมการรักษาพยาบาล (Wesorick, 1990; บุญศรี และ ศิริพร, 2534)

2. ด้านการให้ข้อมูลที่ตรงตามความต้องการ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่จำเป็นและสำคัญสำหรับผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ซึ่ง ซอลดา (2536) ได้อธิบายว่า การให้ข้อมูลที่ตรงตามความต้องการถูกต้องและเหมาะสมกับผู้บาดเจ็บแต่ละราย ช่วยให้ผู้บาดเจ็บสามารถคาดการณ์ถึงเหตุการณ์ที่จะเผชิญได้ล่วงหน้าตรงกับความเป็นจริง ผู้บาดเจ็บจะปรับตัวเองเพื่อเตรียมตัวเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆที่จะเกิดขึ้น ความสับสน ไม่แน่ใจ ตื่นตระหนก หรือความวิตกกังวลจะลดลง การให้ความช่วยเหลือโดยตอบคำถามต่างๆที่ผู้บาดเจ็บสงสัย และชี้แจงให้เข้าใจถึงการรักษาพยาบาลที่กำลังจะได้รับ เป็นการลดความวิตกกังวลและความกลัวลงได้ ทำให้ผู้บาดเจ็บเข้าใจและสบายใจมากขึ้น และจะส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาพยาบาลอีกด้วย เกอร์ติส และคณะ (Gerteis, et al cited by Oxler, 1997) ให้ความเห็นว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะของโรค การให้ข้อมูลตามช่วงเวลาที่เหมาะสมและใช้ภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับเหตุผลของการรักษาพยาบาล จะช่วยให้การให้ข้อมูลได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

3. ด้านการส่งเสริมให้ผู้บาดเจ็บได้รับการสนับสนุนทางสังคม จริยาวัตร (2531) และ บาร์โทโลวิก (Bartolovic, 1996) ให้ความหมายว่า หมายถึงการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของและข้อมูล ซึ่งการช่วยเหลือนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่เร็วขึ้น ซึ่งจะมีกลุ่มสนับสนุนทางสังคม 2 กลุ่ม คือ กลุ่มสังคมปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน กลุ่มสังคมทุติยภูมิ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน และกลุ่มสังคมอื่นๆ แต่ครอบครัวจะเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญและใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นจะเห็นว่าในสถานการณ์ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้บาดเจ็บและครอบครัวจึงต้องการที่จะมีโอกาสได้อยู่ใกล้ชิดเพื่อสนับสนุนช่วยเหลือในขอบเขตที่เป็นไปได้ จินตนา (2542) ให้ความเห็นว่า การช่วยเหลือดังกล่าวยังเป็นการเพิ่มความสามารถ ความเป็นอิสระในการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้บาดเจ็บยอมรับความรู้สึกของตนเองและมองเห็นค่านิยม ความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต ดังนั้นนอกจากพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินต้องตอบสนองความต้องการของผู้บาดเจ็บโดยปลอดภัยให้ผู้บาดเจ็บคลายความวิตกกังวลแล้ว ยังต้องสร้างสภาพแวดล้อมให้ผู้บาดเจ็บ ครอบครัว แพทย์ผู้รักษา พยาบาล ได้มีโอกาสปรึกษากันตามความเหมาะสมอีกด้วย

4. ด้านการพยาบาลที่เน้นผู้บาดเจ็บเป็นหลัก เกอร์ติส และคณะ (Gerteis, et al cited by Oxler, 1997) ให้นิยามการพยาบาลด้านจิตสังคมที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-center)

ได้แก่ การให้การพยาบาลเพื่อความสุขสบายด้านร่างกาย บรรเทาความเจ็บปวดที่รุนแรงให้ลดลงและให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้บาดเจ็บเฉพาะราย ให้การช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ บรรเทาความกลัว ความวิตกกังวล โดยการตอบคำถามผู้ป่วย ส่งเสริมและให้สิ่งสนับสนุนที่จะช่วยลดความวิตกกังวล เช่นสิ่งสนับสนุนทางการเงิน การประกัน การช่วยเหลือด้านจิตใจจากนักจิตวิทยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว ให้เข้าใจถึงบทบาทของการให้และการได้รับการดูแล โดยคำนึงถึงบทบาทที่เปลี่ยนแปลงภายหลังการเจ็บป่วย ตลอดจนการส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง การศึกษาของ เลวิส และ วูดไซด์ (Lewis & Woodside, 1992) เกี่ยวกับความพึงพอใจการบริการในหน่วยฉุกเฉิน พบว่า ความพึงพอใจในบริการต้องมาจากการบริการที่เข้าใจถึงปัญหาทางจิตสังคมของผู้ป่วยเท่าเทียมกับการบริการตามความต้องการพื้นฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการบริการ ผู้รับบริการต้องการให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นผู้บาดเจ็บเป็นหลัก ดังนี้ 1) มีความยิ้มแย้มแจ่มใส 2) มองสบตาผู้ป่วย 3) ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย 4) ใจดี อ่อนโยนและนุ่มนวล 5) มีความพยายามที่จะวิเคราะห์ถึงความต้องการเฉพาะบุคคล 6) ติดตามญาติหรือครอบครัวหากผู้ป่วยต้องการ 7) ให้ข้อมูลหรือให้เหตุผลแก่ผู้ป่วยหากจำเป็นต้องมีการรอ 8) ใช้การสัมผัสเพื่อการรักษา และ 9) พยาบาลต้องแน่ใจว่าได้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ตามความสามารถเท่าที่จะเป็นไปได้

5.ด้านการเคารพความเป็นบุคคล โดยการเคารพในสิ่งที่ผู้ป่วยให้คุณค่า ให้ความสำคัญถือและการแสดงออกถึงความต้องการ รับรู้ถึงสิทธิส่วนบุคคล ตระหนักในความเชื่อ ค่านิยม มาตรฐานของบุคคลที่มีความแตกต่างกัน ให้การยอมรับ มีความสนใจ เป็นห่วงและสามารถอดทนต่อผู้บาดเจ็บ ไม่แสดงอาการตกใจหรือไม่เห็นด้วยกับพฤติกรรมที่ผู้บาดเจ็บแสดงออก รวมทั้งการหลีกเลี่ยงที่จะตัดสินในเชิงคุณธรรม (บุญดี, 2539) ปฏิบัติโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและความเป็นอิสระของผู้บาดเจ็บและคงไว้เท่าที่จะเป็นไปได้ เปิดโอกาสให้ผู้บาดเจ็บมีส่วนในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลเพื่อตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้บาดเจ็บ จินตนา (2542) ให้ความสำคัญเพิ่มเติมว่า การเคารพความเป็นบุคคลคือการที่พยาบาลให้เกียรติ สนับสนุน ปกป้อง ดูแลโดยพิจารณาพื้นฐานค่านิยม และการกระทำเพื่อปกป้องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้บาดเจ็บ ยอมรับความเป็นส่วนตัว และการศึกษาของ เมสเนอร์ (Messner, 1993) ยังชี้ให้เห็นถึงความต้องการของผู้รับบริการด้านการเคารพความเป็นบุคคลที่ต้องการจากพยาบาล มีดังนี้ 1) ต้องการให้พยาบาลรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูด เพื่อจะรับรู้ถึงความต้องการที่แท้จริง 2) ต้องการให้พยาบาลถามผู้ป่วยว่าผู้ป่วยคิดอย่างไรกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ 3) ต้องการให้พยาบาลไม่ละเลยในสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญหรือให้ความสำคัญ 4) อย่ามุ่งเฉพาะแต่เรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็นโดยไม่ได้อะไรถึงความ เป็นส่วนตัวของผู้ป่วย 5) ต้องการให้พยาบาลพูดกับผู้ป่วย 6) ต้องการให้พยาบาลมีความเคารพความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย 7) อย่าให้ผู้ป่วยต้องคอยนาน 8) อย่าแนะนำผู้ป่วยว่าต้องทำอะไรโดยที่ไม่ได้แนะนำว่าจะปฏิบัติอย่างไร 9) ต้องการให้พยาบาลให้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงตาม

ความต้องการ 10) ให้ตระหนักถึงความสามารถที่เป็นจริงของผู้ป่วย 11) ต้องการให้พยาบาลให้ความสนใจ

แนวทางการพยาบาลด้านจิตสังคมทั้งหมดที่ได้เสนอไว้ข้างต้น แม้จะมีความหลากหลาย แต่ข้อกิจกรรมดังกล่าวสามารถจัดกลุ่มและรวบรวมได้เป็น 5 ด้าน ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ การให้ข้อมูลที่ตรงตามความต้องการ การส่งเสริมให้ผู้บาดเจ็บได้รับการสนับสนุนทางสังคม การพยาบาลที่เน้นผู้บาดเจ็บเป็นหลัก และการแสดงออกถึงความเคารพความเป็นบุคคล

### 3. ความต้องการการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาล และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เกี่ยวกับความต้องการการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลนั้น ผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นที่ศึกษาในเรื่องเกี่ยวกับความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคม และการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม ตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาล และศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

#### 3.1 ความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคมตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาล

ความต้องการด้านจิตสังคมเป็นความต้องการคงความสมดุลทางด้านจิตใจ มีผลจากพัฒนาการของความคิดและความต้องการ จะมีพฤติกรรมที่แสดงออกให้บุคคลอื่นสังเกตได้ ความต้องการนี้เรียกว่า "ความต้องการทางจิตสังคม" (Psychosocial need) ความต้องการทางจิตสังคมที่พัฒนาขึ้นเป็น "โลกภายใน" ที่มีพลังเหนือความต้องการทางชีวภาพในการกระตุ้นหรือควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์ เป็นเรื่องของจิต ซึ่งนอกจากจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ชีวิตในสังคมแล้ว ยังขึ้นอยู่กับพัฒนาการในโครงสร้างและการทำงานของสมองของบุคคล หรือกล่าวได้ว่า ความต้องการทางจิตสังคมของมนุษย์พัฒนาขึ้นจากองค์ประกอบพื้นฐานทางชีวภาพและสังคม (ละออ, 2534)

ดังนั้น ความเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบพื้นฐานทางชีวภาพและสังคมภายหลังการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ทำให้ผู้บาดเจ็บต้องการการพยาบาลจิตสังคม โดยแสดงพฤติกรรมความต้องการการช่วยเหลือจากพยาบาลที่มีความสามารถเข้าใจถึงจิตใจของผู้บาดเจ็บ แต่พฤติกรรมที่แสดงออกจะแตกต่างกันและหลากหลายตามพื้นฐานและความซับซ้อนของประสบการณ์ในแต่ละบุคคล เช่น อาจเป็นเหตุให้พยาบาลประสบปัญหาในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้บาดเจ็บได้

พยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินจึงจำเป็นต้องรับรู้ความต้องการการพยาบาลของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ โดยยอมรับและเข้าใจในความแตกต่างของบุคคลที่ทำให้เกิดความต้องการการพยาบาลจิตสังคมที่แตกต่างกันออกไป หากพิจารณาตามมาตรฐานการพยาบาล

ทางคลินิกของ เวโซริค (Wesorick, 1990) เพื่อตอบสนองความต้องการทางจิตสังคมภายหลังการบาดเจ็บ จะช่วยให้เห็นถึงความต้องการการพยาบาลทางจิตสังคมของผู้บาดเจ็บได้ ซึ่งได้แก่การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ การให้ข้อมูลที่ตรงตามความต้องการ การส่งเสริมให้ผู้บาดเจ็บได้รับการสนับสนุนทางสังคม การพยาบาลที่เน้นผู้บาดเจ็บเป็นหลัก และการแสดงออกถึงความเคารพความเป็นบุคคล เป็นต้น

มีการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคมของผู้บาดเจ็บ และผลงานวิจัยบางเรื่องชี้ให้เห็นว่าความต้องการด้านจิตสังคมที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้บาดเจ็บหรือผู้รับบริการอีกด้วย เช่น

งานวิจัยของ บุญวดีและจรัสศรี (2538) เรื่อง“ปัญหาและความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยอุบัติเหตุ” ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความต้องการและให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยเน้นที่ตัวพยาบาลมากกว่าด้านความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล

เบอร์ช บีซี และ ชอร์ (Bursch, Beezy & Shaw, 1993) ได้ศึกษาว่า สิ่งใดคือความพึงพอใจมากที่สุดของผู้มารับบริการในหน่วยฉุกเฉิน พบว่า สิ่งสำคัญที่สุดที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยคือ การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลทันที รองลงมาคือระยะเวลาในการรอเพื่อรับการตรวจรักษาในหน่วยฉุกเฉิน การใช้เวลาในการตรวจรักษาในหน่วยฉุกเฉินที่ผู้ป่วยรับรู้ได้ และการได้รับข้อมูลจากพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของ กฤษณา, เพ็ญศรี, พัชรินทร์, สมนึก และ เอมอร (2542) เกี่ยวกับความพึงพอใจและความต้องการของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลหน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุโรงพยาบาลศิริราช พบว่า กลุ่มตัวอย่างต้องการให้ปรับปรุงเรื่องระยะเวลาในการบริการเมื่อแรกรับและเวลาที่รอตรวจรักษาให้เร็วขึ้น ต้องการให้แพทย์ตรวจละเอียดมากขึ้น และต้องการคำแนะนำด้านสุขภาพอนามัยจากแพทย์ พยาบาล ขณะทำการตรวจรักษาพยาบาล

การวิจัยที่เกี่ยวกับการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยฉุกเฉินระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ของ ฮอสตัทเลอร์ ทาฟท์ และ สไนเดอร์ (Hostuttler, Taft & Snyder, 1999) ผลการศึกษาพบว่าทั้งพยาบาลและผู้ป่วยมีการรับรู้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ป่วยมีความต้องการในเรื่องการดูแลและการต้อนรับที่อบอุ่น การทำบัตรประวัติผู้ป่วยที่สะดวกและเหมาะสม การให้บริการในรูปแบบของโรงแรม การตอบสนองที่ตรงตามความต้องการและรวดเร็ว และประการสุดท้ายคือ การที่ได้มองเห็นและบอกความต้องการกับพยาบาลได้อย่างสะดวก ส่วนการรับรู้ของพยาบาลรับรู้ว่าต้องให้บริการการพยาบาลด้วยความอ่อนโยนและมีเมตตา บรรเทาความเจ็บปวด ให้การดูแลที่รวดเร็วกระฉับกระเฉง ให้คำอธิบายว่าจะมีอะไรเกิดขึ้น และประการสุดท้าย การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน

นอกจากความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคมของผู้บาดเจ็บแล้ว ความต้องการด้านจิตสังคมของบุคคลในครอบครัวก็เป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อจิต

สังคมของบุคคลในครอบครัวของผู้บาดเจ็บด้วย จึงมีผู้ศึกษาความต้องการด้านจิตสังคมของบุคคลในครอบครัวผู้บาดเจ็บ ดังนี้

ฮิคกี (Hickey, 1990) ได้ศึกษาความต้องการของครอบครัวหรือผู้ดูแลในผู้ป่วยวิกฤติ ได้แก่

- 1) ความต้องการข้อมูล เป็นความต้องการที่สำคัญที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตอบคำถามด้วยความจริงใจของพยาบาลเพื่อให้รู้ถึงสภาพที่เป็นจริงของผู้ป่วย
- 2) ต้องการความมั่นใจว่าทุกอย่างจะดีขึ้น
- 3) ได้รับความสะดวกขณะรอ เช่น มีโทรศัพท์ที่จะติดต่อได้
- 4) มีหนทางที่เห็นว่าผู้ป่วยจะดีขึ้น
- 5) ได้รับแจ้งทุกขณะหากภาวะของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง
- 6) การมีความหวัง
- 7) ต้องการให้บุคลากรมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย และ
- 8) การมีโอกาสได้เข้าไปดูแลผู้ป่วยบ่อยครั้ง

การศึกษาดังกล่าวคล้ายกับการศึกษาของ ริติมา, วันเพ็ญ, และ ทิพพาพร (2541) เรื่องความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเองและพยาบาล พบว่า 1) สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากกว่าด้านอื่น โดยมีความต้องการด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย และด้านจิตวิญญาณ รองลงมาตามลำดับ 2) พยาบาลรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากกว่าด้านอื่น โดยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณ ด้านอารมณ์และด้านร่างกาย รองลงมาตามลำดับ 3) ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาลด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณไม่มีความแตกต่างกัน

การศึกษาของ นอริส และ โกรฟ (Noris & Grove, 1986) เกี่ยวกับความต้องการทางจิตสังคมของครอบครัวผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ก่อนข้างคล้ายกับการศึกษาของ ฮิคกี (Hickey, 1990) โดยพบว่า ความต้องการด้านจิตสังคมที่ครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการมากที่สุดตามลำดับคือ ความรู้สึกว่ายังมีความหวัง ความรู้สึกว่าบุคลากรที่ดูแลให้ความสนใจผู้ป่วย มีความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ดีที่สุด และประการสุดท้ายต้องการได้รับการตอบคำถามจากผู้ให้การดูแลรักษาด้วยความจริงใจที่สุด สิ่งที่ครอบครัวผู้ป่วยต้องการน้อยที่สุดคือ การพูดถึงความรู้สึก การพูดเกี่ยวกับความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยอาจจะเสียชีวิต และประการสุดท้ายคือการไม่ได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง

การศึกษาของ อวาม อาทิตยา อรรถยาพร ดังการ และ สุตสายใจ (2540) เกี่ยวกับความต้องการของญาติผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางจราจร พบว่าญาติมีความต้องการมากที่สุดคือ ความต้องการลดความวิตกกังวล รองลงมาคือความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย ส่วนความต้องการที่ญาติให้ความสำคัญน้อยที่สุดคือ ความต้องการส่วนบุคคล รองลงมาคือความต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก สำหรับบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของญาติได้มากที่สุดคือพยาบาล ผลจากการศึกษาในเรื่องดังกล่าวคล้ายกับการศึกษาของ นิภาวรรณ และ จันทร์พร (2541) เรื่อง ความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ที่พบว่า ความต้องการรายด้านที่ญาติให้ความสำคัญมากที่สุดคือ ความต้องการลดความวิตกกังวล รองลงมาคือ ความต้องการข้อมูล ส่วนด้านที่ญาติมีความต้องการ

น้อยที่สุดคือ ต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก ความต้องการด้านที่ญาติได้รับการตอบสนองมากที่สุดคือ ความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย รองลงมาคือ ต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และความต้องการด้านที่ได้รับการตอบสนองน้อยที่สุดคือ ต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก และบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของญาติมากที่สุดคือพยาบาล

### 3.2 การปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

การปฏิบัติการพยาบาลทางจิตสังคมเป็นการปฏิบัติที่เน้นปัญหาและความต้องการทางด้านจิตใจเป็นสำคัญ มีลักษณะเป็นนามธรรม มองเห็นได้ยาก มีความละเอียดซับซ้อน มีลักษณะพิเศษเฉพาะราย เข้าถึงได้ยาก (บุญวดี, 2539) เมื่อระบุดังกล่าวถึงการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่เฉพาะเจาะจงกับผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ พยาบาลจึงรับรู้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการทางจิตสังคมภายหลังการบาดเจ็บ ของเวโซริค (Wesorick, 1990) ในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ซึ่งได้แก่ การการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ การให้ข้อมูลที่ตรงตามความต้องการ การส่งเสริมให้ผู้บาดเจ็บได้รับการสนับสนุนทางสังคม การพยาบาลที่เน้นผู้บาดเจ็บเป็นหลัก และการแสดงออกถึงความเคารพความเป็นบุคคล เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม พยาบาลต้องตระหนักและเข้าใจถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างของการรับรู้ของผู้บาดเจ็บที่อาจมีการรับรู้ที่เปลี่ยนไปจากภาวะปกติ เพื่อจะได้ยอมรับและมีความอดทนที่จะเรียนรู้พฤติกรรมของผู้บาดเจ็บเพื่อปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมให้ตรงตามความต้องการของผู้บาดเจ็บได้ มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยดังนี้

การศึกษาของ ปัญญาภรณ์ และคณะ (2537) ได้ศึกษามิติการดูแลของการพยาบาลไทย พบว่าพยาบาลและผู้ป่วยมีการรับรู้ในการให้และการดูแลที่แตกต่างกัน กล่าวคือ พยาบาลระบุว่าได้ให้การดูแลมิติด้านจิตใจ ร้อยละ 91.46 ในขณะที่ผู้ป่วยระบุว่าได้รับการดูแลมิติด้านจิตใจ ร้อยละ 87.41

บุญวดี และ จรัสศรี (2540) ได้ศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ต่อการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมในทุก ๆ สถานการณ์โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก พยาบาลปฏิบัติเป็นอันดับที่หนึ่งได้แก่การให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มความสามารถ รองลงมาคือ พยาบาลกระทำทุกอย่างเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย และอันดับสุดท้าย คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ สังคม สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลทุกเรื่องแม้ผู้ป่วยไม่ได้ถาม

ยังมีการศึกษาที่สนใจเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อบุคคลในครอบครัวของผู้บาดเจ็บ ได้แก่ การศึกษาของ มารยาท และ จินตนา (2537) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการสนับสนุนทางการพยาบาลต่อระดับความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการ

ให้การสนับสนุนทางการพยาบาล อันได้แก่การตอบสนองความต้องการของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วย ฉุกเฉินด้านต่างๆ เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย การให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างดีที่สุด การให้กำลังใจและระบายความรู้สึก การเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ และการชี้แนะหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลืออื่นๆ พบว่า การสนับสนุนทางการพยาบาลดังกล่าวสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉินได้

ฮักกินส์ แคนดี และ โคฮัท (Huggin, Gandy & Kohut, 1993) ได้ศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมและการดูแลของพยาบาลในหน่วยฉุกเฉิน ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างมี 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก ผู้ป่วยฉุกเฉิน และผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน มีกิจกรรมการพยาบาลเกี่ยวกับ 1) พื้นฐานของมนุษย์/ความเชื่อ ความหวัง/การไวต่อความรู้สึก 2) การช่วยเหลือ/ความไว้วางใจ 3) การแสดงออกถึงความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบ 4) เทคนิค/การเรียนรู้ 5) การช่วยเหลือ/การป้องกันการปรับสภาพแวดล้อม และ 6) การช่วยเหลือตามความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินรับรู้พฤติกรรมและการดูแลของพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยไม่เร่งด่วน และผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มให้ความสำคัญพฤติกรรมพยาบาลที่ต้องปฏิบัติ คือ ข้อสุดท้าย คือ การช่วยเหลือตามความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งมีกิจกรรมย่อยได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะที่คุกคามชีวิต ความรู้ว่าจะต้องทำอะไรบ้าง ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตรงตามปัญหา เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทันที ความรู้ที่จะให้การรักษา การทดสอบ หรือการให้ยา และสุดท้าย ความรู้ที่จะใช้เครื่องมือ และอีก 1 กิจกรรมย่อยคือรู้ว่าเมื่อใดจะต้องรายงานแพทย์

การศึกษาของ การ์ดเนอร์และวีลเลอร์ (Gardner & Wheeler, 1981) ได้ศึกษาพฤติกรรม การช่วยเหลือผู้ป่วยของพยาบาลตามการรับรู้ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล พบว่า พฤติกรรม การช่วยเหลือผู้ป่วยที่พยาบาลให้ความสำคัญ 3 อันดับแรกได้แก่ 1) การแสดงออกถึงความสนใจในผู้ป่วย 2) จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้แสดงออกของอารมณ์ได้อย่างอิสระ และ 3) ให้เวลาและรับฟังผู้ป่วย ส่วนในด้านผู้ป่วย ให้ความสำคัญใน 3 อันดับแรกคือ 1) พยาบาลช่วยสร้างความรู้สึกถึงความไว้วางใจซึ่งเป็นการให้การพยาบาลอย่างเพียงพอ 2) พยาบาลให้ความรู้สึกที่เป็นมิตร และ 3) พยาบาลแสดงออกถึงความสนใจในผู้ป่วย และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลที่มีความคิดเห็นตรงกัน 3 อันดับแรก คือ 1) การแสดงออกถึงความสนใจในตัวผู้ป่วย 2) การประเมินสภาพผู้ป่วย และ 3) ให้การช่วยเหลือโดยมีพื้นฐานทางจริยธรรม

จอร์เวล และ สติจ (Bjorvell & Stieg, 1991) ได้ศึกษาในผู้ป่วยทุกประเภทที่เข้ารับบริการในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีการรับรู้เกี่ยวกับข้อมูลและการบริการของหน่วยงานอย่างไรบ้าง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้และพอใจกับการบริการที่ได้รับ จำนวนร้อยละ 14 ของกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลตรงตามความต้องการ ร้อยละ 20 ได้รับข้อมูลเป็นบางส่วน และ ร้อยละ 65 ไม่ได้รับข้อมูลใดๆทั้งสิ้น เมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างผู้ป่วยทั้งสามกลุ่ม ผู้ป่วยกลุ่มแรกจะมีความพึงพอใจกับการบริการที่ได้รับมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ 3 ดังนั้น การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมีความสำคัญที่ทำให้เกิดการรับรู้ในด้านบวกของการบริการ เช่นเดียวกับการศึกษาของ คริสเฮล และ



บาราฟ (Krishel & Baraff, 1993) ศึกษาถึงผลของการให้ข้อมูลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับมากกว่ากลุ่มควบคุม และข้อที่มีความเห็นต่างกันของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้แก่ ทักษะความรู้ความชำนาญของแพทย์ การดูแลและความห่วงใยของแพทย์ การกลับมาใช้บริการหากจำเป็น ความเหมาะสมของเวลาในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ข้อมูลที่ได้รับ ความสามารถของบุคลากรในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย การอธิบายเกี่ยวกับโรคที่เป็นและการรักษา และประการสุดท้ายความสะดวกในการบริการ โดยสรุป การให้ข้อมูลจะมีผลต่อการรับรู้ถึงคุณภาพและความพึงพอใจ

มัวร์ และ ชวอร์ท (Moore & Schwartz, 1993) ศึกษาเกี่ยวกับการช่วยเหลือด้านจิตสังคมของผู้ป่วยในหน่วยอุบัติเหตุในเรื่องการสื่อสาร โดยการสังเกตถึงรูปแบบของการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ และระหว่างพยาบาลและครอบครัวผู้บาดเจ็บ รูปแบบของการสื่อสารดังกล่าวคือทั้งวัจนภาษา (verbal) และอวัจนภาษา (non-verbal) การศึกษาครั้งนี้พบว่า มีความเห็นที่แตกต่างกันระหว่างพยาบาลกับผู้บาดเจ็บและครอบครัว พยาบาลให้ความเห็นว่าได้ปฏิบัติพยาบาลด้านการสื่อสารทั้งสองรูปแบบแก่ผู้บาดเจ็บและครอบครัว แต่จากการสังเกตของผู้ศึกษาเรื่องนี้พบว่า พยาบาลไม่ได้ปฏิบัติดังกล่าว ซึ่งสรุปว่า พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินอาจจะไม่ได้ให้การพยาบาลแบบองค์รวม และไม่ได้ให้การพยาบาลดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตสังคมอย่างที่พยาบาลเชื่อว่าตนเองได้ปฏิบัติ

นอกจากการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้การปฏิบัติพยาบาลระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลแล้ว ยังมีผู้ศึกษาถึงผลจากการพยาบาลอันเป็นคุณภาพของการพยาบาลอีกด้วย เช่น วิลเลียม (Williams, 1998b) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพของการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยและพยาบาลมีความเห็นเรื่องคุณภาพของการพยาบาลต่างกัน พยาบาลมีความเห็นว่า คุณภาพการพยาบาลคือความสามารถในการพยาบาล ส่วนผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพการพยาบาลคือการดูแลและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล วิลเลียม (Williams, 1998a) ได้ศึกษาถึงการให้การพยาบาลที่มีคุณภาพในมุมมองของพยาบาล พบว่า พยาบาลได้ให้ความหมายว่า การให้การพยาบาลที่มีคุณภาพต้องเป็นการพยาบาลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้านคือความต้องการทางด้านร่างกายและความต้องการทางด้านจิตสังคม ความต้องการทางด้านร่างกายมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถของร่างกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ส่วนความต้องการทางด้านจิตสังคมนั้น พยาบาลให้ความเห็นว่า เป็นบทบาทการช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น การอยู่เป็นเพื่อนกับผู้ป่วย รวมถึงวิธีการปฏิสัมพันธ์ การสื่อสาร การให้ข้อมูล การดูแล และการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย อีกประการหนึ่งที่สำคัญคือ การให้การพยาบาลโดยการสัมผัสผู้ป่วย พยาบาลกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ยังให้ความสำคัญของการพยาบาลที่ตรงตามความต้องการทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมากกว่าการพยาบาลที่ตรงตามความต้องการด้านร่างกาย อย่างไรก็ตาม ในภาวะที่มีเวลาในการปฏิบัติการ

พยาบาลอันจำกัด การพยาบาลที่ตรงตามความต้องการทางจิตสังคมก็น้อยลง ซึ่ง ไรส์แมน (Rieman, 1986 cited by William, 1998a) ให้ความเห็นว่า การไม่ได้รับการพยาบาลด้านจิตสังคมก็เหมือนกับผู้ป่วยไม่ได้รับการพยาบาลหรือการดูแล การให้การพยาบาลเพียงด้านร่างกายอย่างเดียวและปฏิบัติด้วยความรีบเร่ง ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเป็นการลดคุณค่าของตัวผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่า การให้การพยาบาลด้านจิตสังคมเป็นการพยาบาลที่จำเป็นต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยทุกรายที่มารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ต้องได้รับการพยาบาลด้านจิตสังคมเพื่อช่วยให้ผู้บาดเจ็บสามารถปรับตัวให้เผชิญกับภาวะเครียดกับเหตุการณ์ที่เผชิญด้วยเหตุผลของความเป็นองค์รวมของบุคคล เมื่อได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจะมีผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้มีความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคมที่แสดงออกเป็นพฤติกรรมที่แตกต่างกันตามพื้นฐานของบุคคล พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหน่วยฉุกเฉินมีบทบาทสำคัญที่จะสนับสนุน ส่งเสริม ให้ผู้บาดเจ็บเหล่านี้เผชิญและแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยตระหนักถึงความแตกต่างกันของพื้นฐานของวัฒนธรรม ภาษา ขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อ และพื้นฐานความเป็นเฉพาะบุคคล นำมาประยุกต์กับแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคมภายหลังการบาดเจ็บ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ การให้ข้อมูลที่ตรงตามความต้องการ การส่งเสริมให้ผู้บาดเจ็บได้รับการสนับสนุนทางสังคม การพยาบาลที่เน้นผู้บาดเจ็บเป็นหลัก และประการสุดท้าย การแสดงออกถึงความเคารพความเป็นบุคคล จะช่วยให้มีการรับรู้ที่ตรงกันของความต้องการการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคมและการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้

#### ลักษณะของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เป็นผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ และกลุ่มที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่เข้ารับการตรวจรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและแพทย์รับไว้รักษาตัวในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลจังหวัดใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลสตูล โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลยะลา และโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1.1 มีอายุ 15 ปีขึ้นไป

1.2 ได้รับอุบัติเหตุทุกประเภทที่ทำให้ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายบาดเจ็บ ยกเว้นการบาดเจ็บของสมองที่ไม่สามารถให้ข้อมูลขณะสัมภาษณ์

1.3 ได้รับการตรวจรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและแพทย์รับไว้รักษาตัวในหอผู้ป่วยใน 1-3 วันแรก

1.4 มีสติสัมปชัญญะปกติขณะที่เข้ารับการตรวจรักษาในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสามารถบอกเล่าเหตุการณ์หรือประสบการณ์ตามการรับรู้ของตนเองขณะที่อยู่ในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินได้

1.5 สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวาจา

1.6 ยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัย

2. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลจังหวัดใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลสตูล โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลยะลา และโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) กำหนดคุณสมบัติในการเลือกกลุ่มตัวอย่างคือเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มี

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลจังหวัดทั้ง 5 แห่งดังกล่าวไม่น้อยกว่า 1 ปี

#### การกำหนดขนาดตัวอย่าง

1.กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้กำลังของการศึกษา (power of study) ของ โพลิต และ ฮังเลอร์ (Polit & Hungler,1999) ดังนี้

1.1 กำหนดค่าความเชื่อมั่น ( $\alpha$ ) ที่ .05

1.2 ค่าเพาเวอร์ ( $1-\beta$ ) ที่ .80 หมายถึงค่าสูงสุดที่กำหนดขึ้นที่จะลดค่าความผิดพลาดของ Type II error

1.3 กำหนดค่าความแตกต่างที่จะเกิดจากการเปรียบเทียบ (effect size) ในการศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่ .40

1.4 ได้จำนวนขนาดตัวอย่างจากตารางสำหรับการศึกษาเปรียบเทียบ 98 ราย ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 100 ราย

2.กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาล เป็นพยาบาลวิชาชีพตามคุณสมบัติที่กำหนดที่ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทั้ง 5 โรงพยาบาล จำนวน 53 ราย

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยสร้างโดยใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับมาตรฐานการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุของเวโซริค (Wesorick,1990) เป็นหลัก ร่วมกับการศึกษาวรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับความต้องการและการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมอื่น ๆ เป็นแนวทาง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจำแนกเป็น 2 ชุด ชุดที่ใช้กับผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นแบบสัมภาษณ์ ชุดที่ใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นแบบสอบถาม โดยส่วนที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทั้ง 2 ชุดดังกล่าวมีเนื้อหาในข้อคำถามที่เหมือนกัน ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความต้องการการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม ซึ่งมี 5 ด้าน ดังนี้

1.การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ ประกอบด้วยข้อคำถามข้อที่ 1-10

2.การให้ข้อมูลที่ตรงตามความต้องการ ประกอบด้วยข้อคำถามข้อที่ 11-16

3.การส่งเสริมให้ผู้บาดเจ็บได้รับการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 17-22

4.การพยาบาลที่เน้นผู้บาดเจ็บเป็นหลัก ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 23-31

5.การแสดงออกถึงการเคารพความเป็นบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 32-40

รายละเอียดของเครื่องมือทั้ง 2 ชุด มีดังนี้

1. เครื่องมือชุดที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ส่วนคือ

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพ/บทบาทหน้าที่ในครอบครัว อาชีพหลัก รายได้ของครอบครัว การจ่ายค่ารักษาพยาบาล

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บ ประกอบด้วย ประเภทของการเกิดอุบัติเหตุ ตำแหน่งของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บ ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ประสบการณ์ในการได้รับอุบัติเหตุ และแหล่งสนับสนุนที่จะให้การช่วยเหลือเมื่อบาดเจ็บ

1.3 แบบสัมภาษณ์ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

1.4 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติพยาบาลจิตสังคมที่พยาบาลปฏิบัติตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

2. เครื่องมือชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถามที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ส่วนเช่นกัน คือ

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาทางการพยาบาล สถานภาพทางเศรษฐกิจ ตำแหน่งในหน่วยงาน ระดับตำแหน่งตามสายงาน ประสบการณ์การปฏิบัติงาน

2.2 ข้อมูลเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ด้านการพยาบาลจิตสังคม ประกอบด้วย การเพิ่มพูนความรู้การพยาบาลจิตสังคม การประเมินตนเองว่ามีความรู้ความเข้าใจในการพยาบาลจิตสังคม การประเมินตนเองในการปฏิบัติพยาบาลจิตสังคม การใช้ภาษาท้องถิ่น ประเภทของภาษาท้องถิ่น

2.3 แบบสอบถามความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุตามการรับรู้ของพยาบาล

2.4 แบบสอบถามการปฏิบัติพยาบาลจิตสังคมที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุตามการรับรู้ของพยาบาล

3. ลักษณะของเครื่องมือทั้ง 2 ชุด ในส่วนที่เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บและข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นลักษณะแบบเลือกตอบ (multiple choice) ส่วนที่เกี่ยวกับการรับรู้ความต้องการการพยาบาลและการรับรู้การปฏิบัติพยาบาลจิตสังคม เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ โดยผู้วิจัยได้กำหนดความหมายและค่าคะแนนแต่ละระดับดังนี้

ระดับ 4 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความต้องการและการปฏิบัติพยาบาลจิตสังคมในเรื่องนั้นในระดับมาก หรือปฏิบัติกับผู้บาดเจ็บทุกครั้ง กำหนดค่าคะแนนเท่ากับ 4

ระดับ 3 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความต้องการและการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม ในเรื่องนั้นในระดับปานกลางหรือมีการรับรู้เช่นนั้นบ่อยครั้ง กำหนดค่าคะแนนเท่ากับ 3

ระดับ 2 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความต้องการและการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม ในเรื่องนั้นในระดับน้อย หรือ มีการรับรู้เช่นนั้นนานๆครั้ง กำหนดค่าคะแนนเท่ากับ 2

ระดับ 1 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความต้องการและการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม ในเรื่องนั้นในระดับน้อยที่สุดหรือมีการรับรู้เช่นนั้นแทบไม่เกิดขึ้นเลยหรือไม่เคยรับรู้เลย กำหนดค่าคะแนนเท่ากับ 1

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งสองชุด เครื่องมือทั้ง 2 ชุด นำไปหาความตรงของเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลซึ่งรับผิดชอบการสอนและวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลจิตสังคมมาแล้วอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลซึ่งรับผิดชอบการสอนและวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลศัลยศาสตร์มาแล้วอย่างน้อย 5 ปี 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและและพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุมาแล้วอย่างน้อย 5 ปี อีก 2 ท่าน ปรับปรุงข้อความตามที่คุณทรงคุณวุฒิเสนอแนะ รวมทั้งตัดข้อความที่คุณทรงคุณวุฒิไม่เห็นด้วยออก หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปหาความเที่ยง คำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ด้วยวิธี ครอนบาช-แอลฟา (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ และแบบสอบถามพยาบาล 0.83 และ .70 ตามลำดับ

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการดังนี้

##### 1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลสตูล โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลยะลา และโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

1.2 แนะนำตัวเองต่อหัวหน้าหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและหัวหน้าหอผู้ป่วยที่รับผู้บาดเจ็บไว้รักษา ของทั้ง 5 โรงพยาบาล เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 เตรียมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลของโรงพยาบาลสตูล โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลยะลา และโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ แห่งละ 1 คน สำหรับโรงพยาบาลสงขลา ผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง มีขั้นตอนการเตรียมผู้ช่วยวิจัยดังนี้

1.3.1 คัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมที่รับผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุไว้รักษา โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีการปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี

1.3.2 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.3 อธิบายผู้ช่วยวิจัยให้เข้าใจถึงคุณสมบัติของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่จะใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

1.3.4 อธิบายวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แนวทางการสัมภาษณ์ผู้บาดเจ็บ การบันทึกข้อมูลลงในแบบสัมภาษณ์ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ พร้อมทั้งมอบแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ช่วยวิจัยทำความเข้าใจในรายละเอียดของแบบสัมภาษณ์ก่อนนำไปใช้

1.3.5 ฝึกผู้ช่วยวิจัยโดยการอธิบายและทดลองใช้แบบสัมภาษณ์ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย หลังจากนั้นร่วมกันประเมินเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้แบบสัมภาษณ์

1.3.6 กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้ครบตามจำนวน

## 2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ข้อมูลที่รวบรวมจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาล รวบรวมโดยใช้แบบสอบถาม ผู้วิจัยเป็นผู้นำแบบสอบถามไปส่งให้กับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 5 โรงพยาบาลด้วยตนเอง กำหนดวันเพื่อเก็บรวบรวมแบบสอบถามนั้นกลับคืนภายใน 1 สัปดาห์

2.2 ข้อมูลที่รวบรวมจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บาดเจ็บปฏิบัติดังนี้

2.2.1 ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุของโรงพยาบาลสงขลา รวบรวมโดยผู้วิจัย ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุของโรงพยาบาลสตูล โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลยะลา และโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ รวบรวมโดยผู้ช่วยวิจัยของแต่ละโรงพยาบาล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) สํารวจผู้บาดเจ็บในหอผู้ป่วย เลือกผู้บาดเจ็บที่มีคุณสมบัติเป็นกลุ่มตัวอย่างตามที่ได้กำหนดไว้

2) ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย และให้การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการรักษาข้อมูลที่ได้เป็นความลับและใช้ในการวิจัยเท่านั้น และในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เต็มใจที่จะให้ข้อมูลก็สามารถออกจากการเป็นผู้ถูกวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ขณะเดียวกันสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้มีความเป็นกันเองกับผู้บาดเจ็บ

3) กำหนดวันและเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกที่จะให้สัมภาษณ์ เป็นการให้เกียรติและสร้างความรู้สึกถึงความเป็นบุคคลสำคัญ

4) สัมภาษณ์ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุตามแบบสัมภาษณ์

5) ขณะสัมภาษณ์ใช้ภาษาที่สุภาพ ให้มีบรรยากาศที่ผ่อนคลายและให้เกียรติแก่ผู้บาดเจ็บ

6) บันทึกผลในแบบสัมภาษณ์ให้ครบถ้วนสมบูรณ์

7) จบการสัมภาษณ์โดยกล่าวขอบคุณผู้บาดเจ็บที่ให้ความร่วมมือซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ทบทวนความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสัมภาษณ์

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC<sup>+</sup> โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์ระดับคะแนนความต้องการการพยาบาลจิตสังคมตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาล โดยใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ระดับคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาล โดยใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. เปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลจิตสังคม และการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม ตามการรับรู้ระหว่างผู้บาดเจ็บและพยาบาลทั้งในภาพรวมและเป็นรายด้าน โดยใช้สถิติ ที (independent t-test)



## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความต้องการการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาล ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลสตูล โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลยะลา และโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จำนวน 100 ราย และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินจำนวน 53 ราย ผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย ดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาล
2. ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาล
3. เปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุระหว่างการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุกับการรับรู้ของพยาบาล
4. การปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาล
5. เปรียบเทียบการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุระหว่างการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุกับการรับรู้ของพยาบาล

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส บทบาทหน้าที่ในครอบครัว อาชีพหลัก และรายได้ของครอบครัว

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N=100)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	72	72.0
หญิง	28	28.0
<b>อายุ</b>		
วัยรุ่น 15-25 ปี	52	52.0
วัยผู้ใหญ่ตอนต้น 26-40 ปี	35	35.0
วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง 41-60 ปี	11	11.0
วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย 61 ปีขึ้นไป	2	2.0
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	55	55.0
อิสลาม	45	45.0
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้ศึกษา	12	12.0
ประถมศึกษา	33	33.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	24	24.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	20	20.0
ประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญา	7	7.0
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	4	4.0
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	51	51.0
คู่	44	44.0
หม้าย/หย่า	5	5.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N=100)	ร้อยละ
<b>สถานภาพ/บทบาทหน้าที่ในครอบครัว</b>		
หัวหน้าครอบครัว	32	32.0
แม่บ้าน	10	10.0
สมาชิกในครอบครัว	58	58.0
<b>อาชีพหลัก</b>		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	10	10.0
ลูกจ้างหรือพนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ	6	6.0
นักเรียน/นักศึกษา	24	24.0
ธุรกิจส่วนตัว	10	10.0
แม่บ้าน	5	5.0
ทำงานบริษัท/เอกชน	5	5.0
รับจ้างทั่วไป	40	40.0
<b>รายได้ของครอบครัว</b>		
สมดุลกัน	80	80.0
รายรับมากกว่ารายจ่าย	5	5.0
รายจ่ายมากกว่ารายรับ	15	15.0

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 72.0 เป็นวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-25 ปี ร้อยละ 52.0 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 55.0 การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 33.0 สถานภาพสมรสเป็นโสดร้อยละ 51.0 บทบาทในครอบครัวเป็นสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 58.0 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 40.0 รายได้ของครอบครัวร้อยละ 80.0 มีรายได้ที่สมดุลกัน

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ จำแนกตามประเภทของการเกิดอุบัติเหตุ ตำแหน่งของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บ ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ตามความเห็นของกลุ่มตัวอย่าง และประสบการณ์การได้รับอุบัติเหตุ

ข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บ	จำนวน (N=100)	ร้อยละ
<b>ประเภทของการเกิดอุบัติเหตุ</b>		
อุบัติเหตุการจราจร	65	65.0
อุบัติเหตุจากการประกอบอาชีพ	14	14.0
อุบัติเหตุจากการถูกทำร้ายร่างกาย	12	12.0
อื่นๆ	9	9.0
<b>ตำแหน่งของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บ (เกิดหลายแห่งในร่างกาย)</b>		
บาดเจ็บหน้าอก	10	10.0
บาดเจ็บช่องท้อง	9	9.0
บาดเจ็บแขนขา	52	52.0
กระดูกหัก	38	38.0
บาดเจ็บไขสันหลัง	4	4.0
บาดเจ็บบริเวณใบหน้า	17	17.0
มีบาดแผลฉีกขาดบริเวณร่างกาย	20	20.0
<b>การรับรู้ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ</b>		
บาดเจ็บรุนแรง	34	34.0
บาดเจ็บปานกลาง	52	52.0
บาดเจ็บเล็กน้อย	14	14.0
<b>ประสบการณ์การได้รับอุบัติเหตุ</b>		
เคยมีประสบการณ์การได้รับอุบัติเหตุ	29	29.0
ไม่เคยมีประสบการณ์การได้รับอุบัติเหตุ	71	71.0

จากตารางที่ 2 พบว่า ประเภทของการเกิดอุบัติเหตุ ร้อยละ 65.0 เป็นอุบัติเหตุจากการจราจร ตำแหน่งของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บจะพบการบาดเจ็บหลายแห่งในร่างกาย ที่พบมากที่สุด

คือการบาดเจ็บที่แขนขาร้อยละ 52.0 ในจำนวนนี้จะมีกระดูกหักร่วมด้วยถึง 38 ราย ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.0 ระบุว่าอยู่ในระดับปานกลาง และส่วนใหญ่ร้อยละ 71.0 ไม่เคยมีประสบการณ์การได้รับอุบัติเหตุ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ จำแนกตามการจ่ายค่ารักษาพยาบาล แหล่งสนับสนุนที่จะให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดการบาดเจ็บ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N=100)	ร้อยละ
<b>การจ่ายค่ารักษาพยาบาล</b>		
เบิกค่ารักษาพยาบาลได้	19	19.0
รับการช่วยเหลือจากสังคมสงเคราะห์	13	13.0
ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ	14	14.0
ชำระค่ารักษาพยาบาลเองทั้งหมด	17	17.0
ใช้สิทธิ พ.ร.บ.ผู้ประสบภัยจากรถ	33	33.0
จากบริษัทประกันชีวิตที่เป็นสมาชิก	4	4.0
<b>แหล่งสนับสนุนที่จะให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดการบาดเจ็บ</b>		
ครอบครัว	81	81.0
เพื่อนร่วมงาน	5	5.0
หน่วยงาน/องค์กรในชุมชนที่ตนอาศัยอยู่	14	14.0

จากตารางที่ 3 พบว่า การจ่ายค่ารักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิพระราชบัญญัติผู้ประสบภัยจากรถ ถึงร้อยละ 33.0 และแหล่งสนับสนุนที่จะให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดการบาดเจ็บคือครอบครัวร้อยละ 81.0

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาล จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา คุณวุฒิทางการศึกษา และสถานภาพทางเศรษฐกิจ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N=53)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	3	5.7
หญิง	50	94.3
<b>อายุ</b>		
21-25 ปี	8	15.0
26-35 ปี	34	64.1
36-45 ปี	8	15.0
46-55 ปี	3	5.6
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	24	45.3
คู่	27	50.9
ม่าย	2	3.8
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	46	86.8
อิสลาม	7	13.2
<b>ระดับการศึกษาทางการพยาบาล</b>		
ประกาศนียบัตร	5	9.4
ปริญญาตรี	44	83.0
ปริญญาโท	4	7.5
<b>สถานภาพทางเศรษฐกิจ</b>		
ดีมาก	-	-
ดี	11	20.7
พอใช้	39	73.6
มีปัญหาบางครั้ง	3	5.7

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.3 อยู่ในช่วงอายุ 26-35 ปี ร้อยละ 64.1 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50.9 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 86.8 ระดับการศึกษาทางการพยาบาลระดับปริญญาตรี ร้อยละ 83.0 มีสถานภาพทางเศรษฐกิจระดับพอใช้ ร้อยละ 73.6

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาล จำแนกตามตำแหน่งในหน่วยงาน ระดับตำแหน่ง ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

การปฏิบัติงาน	จำนวน (N=53)	ร้อยละ
<b>ตำแหน่งในหน่วยงาน</b>		
หัวหน้าหน่วยงาน	5	7.5
พยาบาลประจำการ	48	92.5
<b>ระดับตำแหน่งตามสายงาน</b>		
พยาบาลวิชาชีพ 5	21	39.7
พยาบาลวิชาชีพ 6	16	30.2
พยาบาลวิชาชีพ 7	12	22.6
พยาบาลวิชาชีพ 8	4	7.5
<b>ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน</b>		
1-5 ปี	19	35.8
6-10 ปี	17	32.1
11-15 ปี	15	28.3
16-20 ปี	1	1.9
มากกว่า 20 ปี	1	1.9

ตารางที่ 5 พบว่าตำแหน่งในหน่วยงานของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลส่วนใหญ่เป็นพยาบาลประจำการ ร้อยละ 92.5 ระดับตำแหน่งตามสายงานเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับ 5 ร้อยละ 39.7 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 1-5 ปี ร้อยละ 35.8

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาล จำแนกตามการอบรมด้านการพยาบาลจิตสังคม การประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจการพยาบาลจิตสังคม และการประเมินตนเองในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม

ข้อมูลด้านจิตสังคม	จำนวน (N=53)	ร้อยละ
<b>การอบรมด้านการพยาบาลจิตสังคม</b>		
ไม่เคยเข้ารับการอบรม	48	90.6
เคยได้รับการอบรม	5	9.4
<b>การประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในการพยาบาลจิตสังคม</b>		
มีความรู้ความเข้าใจเป็นอย่างดี	4	7.5
มีความรู้ความเข้าใจปานกลาง	34	64.1
มีความรู้ความเข้าใจน้อย	15	28.4
<b>การประเมินตนเองในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม</b>		
ปฏิบัติได้อย่างดี	4	7.5
ปฏิบัติปานกลาง	34	64.2
ปฏิบัติน้อย	12	22.6
ไม่มีข้อมูล	3	5.7

ตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการอบรมด้านการพยาบาลจิตสังคม ร้อยละ 90.6 ประเมินตนเองว่ามีความรู้ความเข้าใจการพยาบาลจิตสังคมร้อยละ 64.1 และปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมระดับปานกลางร้อยละ 64.2



ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาล

ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บ	การรับรู้ของผู้บาดเจ็บ		การรับรู้ของพยาบาล	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
<u>ด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ</u>				
1. ทักทายทันทีที่ผู้บาดเจ็บเข้ามาในหน่วยงาน	3.62	.56	3.87	.44
2. เรียกผู้บาดเจ็บอย่างสุภาพและให้เกียรติ	3.62	.56	3.91*	.35
3. แสดงออกถึงความมีน้ำใจ สุภาพ อ่อนโยน	3.65	.66	3.91*	.30
4. ขณะพูดมองหน้าและสบตาผู้บาดเจ็บ	3.50	.73	3.74	.56
5. ใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่าย ชัดเจน และไม่เยิ่นเย้อ	3.68	.68	3.79	.49
6. ให้มีผู้แปล(ล่าม)หากมีการใช้ภาษาที่ต่างกัน	3.25	1.05	3.68	.61
7. ซักถามอาการผู้บาดเจ็บด้วยความห่วงใย	3.66	.67	3.75	.52
8. สีหน้ายิ้มแย้มมีความเป็นกันเองกับผู้บาดเจ็บ	3.62	.65	3.83	.43
9. ตั้งใจรับฟังสิ่งที่ผู้บาดเจ็บเล่า	3.57	.69	3.89	.32
10. ยอมรับกับสิ่งที่ผู้บาดเจ็บพูดถึงเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ	3.33	.88	3.72	.53
<u>ด้านการได้รับข้อมูลที่ตรงตามความต้องการ</u>				
11. เปิดโอกาสให้ผู้บาดเจ็บ/ญาติซักถามเรื่องที่สงสัย/ข้องใจ	3.47	.76	3.68	.61
12. ให้ข้อมูลแก่ผู้บาดเจ็บเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์	3.54	.70	3.77	.61
13. บอกถึงสิ่งที่ผู้บาดเจ็บควรปฏิบัติเพื่อให้อาการดีขึ้นและบรรเทาความรุนแรงของการบาดเจ็บ	3.70	.59	3.66	.61
14. บอกให้ทราบถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้บาดเจ็บ	3.38	.78	3.68	.50
15. ให้ข้อมูลในเรื่องต่างๆที่ผู้บาดเจ็บสงสัยเกี่ยวกับตนเอง	3.43	.74	3.64	.55
16. ให้คำอธิบายจนเข้าใจเมื่อผู้บาดเจ็บถาม	3.35	.66	3.64	.75
17. แนะนำให้ผู้บาดเจ็บรู้จักกับแพทย์และเจ้าหน้าที่ในทีมการรักษา	3.09	.92	2.98**	.79
<u>ด้านการส่งเสริมให้ผู้บาดเจ็บได้รับการสนับสนุนทางสังคม</u>				
18. ให้การช่วยเหลือในการติดต่อหาญาติหรือบุคคลที่ผู้บาดเจ็บต้องการส่งข่าวให้ทราบ	3.60	.71	3.74	.52

## ตารางที่ 7 (ต่อ)

ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บ	การรับรู้ของผู้บาดเจ็บ		การรับรู้ของพยาบาล	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
19.เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัว/ญาติ/เพื่อนสนิทหรือบุคคลสำคัญสำหรับผู้บาดเจ็บได้มีการพูดคุยปรึกษากันเป็นส่วนตัวตามความเหมาะสม	3.57	.67	3.66	.52
20.ช่วยแนะนำแหล่งประโยชน์ตามสิทธิที่ผู้บาดเจ็บควรได้รับ เช่น ประกันชีวิต ประกันสังคม พ.ร.บ.ผู้ประสบภัยจากรถ สังคมสงเคราะห์ ฯลฯ	3.59	.73	3.49	.70
21.สนับสนุนให้ผู้บาดเจ็บยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อจำเป็น	2.99**	1.06	3.15	.77
22.ช่วยติดต่อกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บได้อย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว	3.36	.87	3.45	.70
<u>ด้านการพยาบาลที่เน้นผู้บาดเจ็บเป็นหลัก</u>				
23.ให้การดูแลช่วยเหลือผู้บาดเจ็บทันทีที่เข้ามาในหน่วยงาน	3.70	.72	3.89	.32
24.ให้ความช่วยเหลือเพื่อแก้ปัญหาได้ตรงตามความต้องการของผู้บาดเจ็บ	3.59	.68	3.72	.57
25.อยู่เป็นเพื่อนและปลอบโยนเมื่อผู้บาดเจ็บต้องการ	3.23	.85	3.74	.49
26.ตอบสนองความต้องการของผู้บาดเจ็บได้อย่างเหมาะสม	3.40	.79	3.58	.69
27.มีความไวที่จะรับรู้ต่อท่าทีที่แสดงออกถึงความเจ็บปวดทุกข์ทรมานของผู้บาดเจ็บ	3.39	.76	3.70	.62
28.ให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มความสามารถในการบรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน	3.63	.60	3.79	.61
29.ช่วยให้ผู้บาดเจ็บทำใจยอมรับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น	3.27	.89	3.21	.49
30.รู้สึกมั่นใจเมื่อได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลในการใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีที่ทันสมัย	3.68	.62	3.62	.54
31.มีความพร้อมทุกขณะที่จะให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ	3.71*	.61	3.87	.60
32.เปิดโอกาสให้ผู้บาดเจ็บและ/หรือญาติได้มีส่วนร่วมในแผนการรักษา	3.38	.78	3.64	.42

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บ	การรับรู้ของผู้บาดเจ็บ		การรับรู้ของพยาบาล	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
<u>ด้านการเคารพความเป็นบุคคลของผู้บาดเจ็บ</u>				
33.ให้การดูแลเอาใจใส่ผู้บาดเจ็บอย่างดีตลอดเวลาที่อยู่ในความดูแล	3.58	.70	3.89	.68
34.ยอมรับและเข้าใจในพฤติกรรมต่างๆที่ผู้บาดเจ็บแสดงออกแม้ว่าบางครั้งพฤติกรรมนั้นๆอาจจะไม่เหมาะสม	3.14	.91	3.49	.89
35.ระมัดระวังไม่เปิดเผยร่างกายผู้บาดเจ็บเกินความจำเป็นขณะให้การพยาบาล	3.53	.76	3.81	.52
36.บอกกล่าวและขออนุญาตทุกครั้งที่ต้องตรวจร่างกายที่อาจล่วงล้ำสิทธิส่วนตัว	3.45	.76	3.87	.34
37.รับรู้ถึงความรู้สึกของผู้บาดเจ็บเมื่อการบาดเจ็บของอวัยวะนั้นสำคัญและมีผลต่อจิตใจ	3.48	.83	3.70	.70
38.ความมั่นใจว่าได้รับการช่วยเหลือดูแลอย่างดีที่สุดเพื่อให้ปลอดภัยจากการบาดเจ็บ	3.68	.66	3.81	.44
39.ปกป้องและรักษาสีทริประโยชน์ให้กับผู้บาดเจ็บ เช่น ให้ได้รับการรักษาที่ดี ถูกต้องและเหมาะสม	3.70	.69	3.85	.36
40.ช่วยแก้ปัญหาทุกอย่างขณะที่ผู้บาดเจ็บอยู่ในความดูแล	3.55	.74	3.75	.68
รวม	3.48	.02	3.66	.12

\* เป็นค่าเฉลี่ยสูงสุด \*\* เป็นค่าเฉลี่ยต่ำสุด

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของตนเองที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความต้องการให้พยาบาลมีความพร้อมทุกขณะที่จะให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ" ( $\bar{X}=3.71,SD=.61$ ) และที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การที่พยาบาลสนับสนุนให้ผู้บาดเจ็บยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อจำเป็น ( $\bar{X}=2.99,SD=1.06$ ) ขณะที่พยาบาลรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การที่พยาบาลเรียกผู้บาดเจ็บอย่างสุภาพและให้เกียรติ และการแสดงออกของพยาบาลถึงความมีน้ำใจ สุภาพ อ่อนโยน ( $\bar{X}=3.91,SD=.35$  และ  $\bar{X}=3.91,SD=.30$  ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การแนะนำให้ผู้บาดเจ็บรู้จักกับ

แพทย์และเจ้าหน้าที่ในทีมการรักษา ( $\bar{X}=2.98, SD=.79$ ) เมื่อพิจารณาโดยรวม พยาบาลมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บสูงกว่าที่ผู้บาดเจ็บรับรู้ความต้องการการพยาบาลของตนเอง ( $\bar{X}=3.66, SD=.12$  และ  $\bar{X}=3.48, SD=.02$  ตามลำดับ)

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบการรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคม ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุระหว่างผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาล ทั้งโดยรวมและจำแนกเป็นรายด้าน

ความต้องการการพยาบาลจิตสังคม ของผู้บาดเจ็บรายด้าน	ผู้บาดเจ็บ		พยาบาล		t-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
1.การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ	3.55	.14	3.80	.12	*3.96
2.การให้ข้อมูลที่ตรงตามความต้องการ	3.44	.18	3.57	.26	.87
3.การส่งเสริมให้ผู้บาดเจ็บได้รับการสนับสนุนทางสังคม	3.42	.26	3.49	.22	.96
4.การพยาบาลที่เน้นผู้บาดเจ็บเป็นหลัก	3.50	.17	3.69	.19	*2.22
5.การเคารพความเป็นบุคคลของผู้บาดเจ็บ	3.50	.18	3.75	.13	*3.15
รวม	3.48	.02	3.66	.12	*2.76

\*P < .05

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $P<.05$ ) โดยพยาบาลมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บสูงกว่าการรับรู้ของผู้บาดเจ็บเอง ( $\bar{X}=3.66, SD=.12$  และ  $\bar{X}=3.48, SD=.02$  ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณาความแตกต่างของการรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นรายด้านระหว่างการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุกับพยาบาล พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P<.05$ ) อยู่ 3 ด้าน คือ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ การพยาบาลที่เน้นผู้บาดเจ็บเป็นหลัก และการเคารพความเป็นบุคคลของผู้บาดเจ็บ โดยพยาบาลมีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุสูงกว่าผู้บาดเจ็บทุกด้าน

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมตาม การรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม	การรับรู้ของผู้บาดเจ็บ		การรับรู้ของพยาบาล	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
<u>ด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ</u>				
1. ทักทายทันทีที่ผู้บาดเจ็บเข้ามาในหน่วยงาน	3.30	.80	3.74	.49
2. เรียกผู้บาดเจ็บอย่างสุภาพและให้เกียรติ	3.38*	.72	3.70	.46
3. แสดงออกถึงความมีน้ำใจ สุภาพ อ่อนโยน	3.20	.80	3.51	.70
4. ขณะพูดมองหน้าและสบตาผู้บาดเจ็บ	3.16	.86	3.66	.55
5. ใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่าย ชัดเจนและไม่เยิ่นเย้อ	3.37	.73	3.55	.54
6. ให้มีผู้แปล(ล่าม)หากมีการใช้ภาษาที่ต่างกัน	3.04	1.01	3.21	.77
7. ชักถามอาการผู้บาดเจ็บด้วยความห่วงใย	3.20	.78	3.43	.54
8. สีหน้ายิ้มแย้มมีความเป็นกันเองกับผู้บาดเจ็บ	3.05	.90	3.34	.55
9. ตั้งใจรับฟังสิ่งที่ผู้บาดเจ็บเล่า	3.22	.70	3.42	.72
10. ยอมรับกับสิ่งที่ผู้บาดเจ็บพูดถึงเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ	3.06	.87	3.43	.69
<u>ด้านการได้รับข้อมูลที่ตรงตามความต้องการ</u>				
11. เปิดโอกาสให้ผู้บาดเจ็บ/ญาติซักถามเรื่องที่สงสัย/ข้องใจ	3.00	.93	3.23	.61
12. ให้ข้อมูลแก่ผู้บาดเจ็บเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์	2.92	.94	3.17	.61
13. บอกถึงสิ่งที่ผู้บาดเจ็บควรปฏิบัติเพื่อให้อาการดีขึ้นและบรรเทาความรุนแรงของการบาดเจ็บ	3.09	.91	3.45	.61
14. บอกให้ทราบถึงกิจกรรมการพยาบาลทุกครั้งปฏิบัติต่อผู้บาดเจ็บ	3.03	.82	3.57	.50
15. ให้ข้อมูลในเรื่องต่างๆที่ผู้บาดเจ็บสงสัยเกี่ยวกับตนเอง	2.94	.90	3.25	.55
16. ให้คำอธิบายจนเข้าใจเมื่อผู้บาดเจ็บถาม	3.11	.84	3.30	.75
17. แนะนำให้ผู้บาดเจ็บรู้จักกับแพทย์และเจ้าหน้าที่ในทีมการรักษา	2.31**	1.06	2.28**	.79
18. ให้การช่วยเหลือในการติดต่อหาญาติหรือบุคคลที่ผู้บาดเจ็บต้องการส่งข่าวให้ทราบ	3.01	.94	3.38	.74

ตารางที่ 9 (ต่อ)

การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม	การรับรู้ของผู้ บาดเจ็บ		การรับรู้ของ พยาบาล	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
<u>ด้านการส่งเสริมให้ผู้บาดเจ็บได้รับการสนับสนุนทางสังคม</u>				
19.เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัว/ญาติ/เพื่อนสนิทหรือบุคคลสำคัญสำหรับผู้บาดเจ็บได้มีการพูดคุยปรึกษากันเป็นส่วนตัวตามความเหมาะสม	3.20	.86	3.17	.64
20.ช่วยแนะนำแหล่งประโยชน์ตามสิทธิที่ผู้บาดเจ็บควรได้รับ เช่น ประกันชีวิต ประกันสังคม พ.ร.บ.ผู้ประสบภัยจากรถ สังคมสงเคราะห์ ฯลฯ	3.00	.94	3.21	.69
21.สนับสนุนให้ผู้บาดเจ็บยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อจำเป็น	2.55	.99	2.92	.70
22.ช่วยติดต่อกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บได้อย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว	2.99	.86	3.45	.57
<u>ด้านการพยาบาลที่เน้นผู้บาดเจ็บเป็นหลัก</u>				
23.ให้การดูแลช่วยเหลือผู้บาดเจ็บทันทีที่เข้ามาในหน่วยงาน	3.27	.96	3.70	.67
24.ให้ความช่วยเหลือเพื่อแก้ปัญหาได้ตรงตามความต้องการของผู้บาดเจ็บ	3.12	.86	3.43	.57
25.อยู่เป็นเพื่อนและปลอบโยนเมื่อผู้บาดเจ็บต้องการ	2.49	.89	2.77	.64
26.ตอบสนองความต้องการของผู้บาดเจ็บได้อย่างเหมาะสม	2.57	.86	2.81	.62
27.มีความไวและรับรู้ต่อท่าทีที่แสดงออกถึงความเจ็บปวดทุกข์ทรมานของผู้บาดเจ็บ	2.79	.84	3.30	.61
28.ให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มความสามารถในการบรรเทาความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน	3.13	.84	3.74	.49
29.ช่วยให้ผู้บาดเจ็บทำใจยอมรับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น	2.87	1.01	3.25	.54
30.มีความมั่นใจเมื่อได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลในการใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีที่ทันสมัย	3.37	.72	3.43	.60
31.มีความพร้อมทุกขณะที่จะให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ	3.28	.78	3.77*	.42

## ตารางที่ 9 (ต่อ)

การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม	การรับรู้ของผู้บาดเจ็บ		การรับรู้ของพยาบาล	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
	32.เปิดโอกาสให้ผู้บาดเจ็บและ/หรือญาติได้มีส่วนร่วมในแผนการรักษา	2.84	.91	3.19
33.ดูแลเอาใจใส่ผู้บาดเจ็บอย่างดีตลอดเวลาที่อยู่ในความดูแล	3.04	.84	3.53	.58
<u>ด้านการเคารพความเป็นบุคคลของผู้บาดเจ็บ</u>				
34.ยอมรับและเข้าใจในพฤติกรรมต่างๆที่ผู้บาดเจ็บแสดงออกแม้ว่าบางครั้งพฤติกรรมนั้นๆอาจจะไม่เหมาะสม	2.83	.90	3.09	.60
35.ระมัดระวังไม่เปิดเผยร่างกายผู้บาดเจ็บเกินความจำเป็นขณะให้การพยาบาล	3.21	.86	3.77*	.74
36.บอกกล่าวและขออนุญาตทุกครั้งที่ต้องตรวจร่างกายที่อาจล่วงล้ำสิทธิส่วนตัว	3.24	.89	3.60	.53
37.รับรู้ถึงความรู้สึกของผู้บาดเจ็บเมื่อการบาดเจ็บของอวัยวะนั้นสำคัญและมีผลต่อจิตใจ	3.01	.66	3.45	.54
38.ให้ผู้บาดเจ็บมีความมั่นใจว่าได้รับการช่วยเหลือดูแลอย่างดีที่สุดเพื่อให้ปลอดภัยจากการบาดเจ็บ	3.20	.86	3.58	.53
39.ปกป้องและรักษาสิทธิประโยชน์ให้กับผู้บาดเจ็บ เช่น ให้ได้รับการรักษาที่ดี ถูกต้องและเหมาะสม	3.18	.87	3.58	.50
40.ช่วยแก้ปัญหาทุกอย่างขณะที่ผู้บาดเจ็บอยู่ในความดูแล	3.06	.85	3.21	.77
รวม	3.02	.11	3.33	.14

\* เป็นค่าเฉลี่ยสูงสุด \*\* เป็นค่าเฉลี่ยต่ำสุด

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่พยาบาลปฏิบัติที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การเรียกผู้บาดเจ็บอย่างสุภาพและให้เกียรติ ( $\bar{X}=3.38$ ,  $SD=.72$ ) และรับรู้ว่าพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การแนะนำให้ผู้บาดเจ็บรู้จักกับแพทย์และเจ้าหน้าที่ในทีมการรักษา ( $\bar{X}=2.31$ ,  $SD=1.06$ ) เช่นเดียวกับพยาบาลที่รับรู้การปฏิบัติจิตสังคมที่ตนเองปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดในเรื่องเดียวกัน ( $\bar{X}=2.28$ ,  $SD=.79$ ) แต่สิ่งที่พยาบาลรับรู้ว่าตนเองปฏิบัติที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 2 เรื่อง คือ การมีความพร้อมทุกขณะที่จะให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ และ การระมัดระวังไม่เปิดเผยร่างกายผู้บาดเจ็บเกินความจำเป็นขณะให้การ

พยาบาล ( $\bar{X}=3.77, SD=.42$  และ  $\bar{X}=3.77, SD=.74$  ตามลำดับ) และพบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้การปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมสูงต่อผู้บาดเจ็บของพยาบาลสูงกว่าการรับรู้ของผู้บาดเจ็บ ( $\bar{X}=3.33, SD=.14$  และ  $\bar{X}=3.02, SD=.11$  ตามลำดับ)

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบการรับรู้การปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมต่อผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุระหว่างผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุกับพยาบาล โดยรวมและจำแนกเป็นรายด้าน

การปฏิบัติกรพยาบาลรายด้าน	การรับรู้ของผู้บาดเจ็บ		การรับรู้ของพยาบาล		t-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
1. การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ	3.19	.12	3.50	.16	*4.10
2. การให้ข้อมูลที่ตรงตามความต้องการ	2.91	.27	3.17	.41	*2.61
3. การส่งเสริมให้ผู้บาดเจ็บได้รับการสนับสนุนทางสังคม	2.95	.23	3.22	.20	*4.16
4. การพยาบาลที่เน้นผู้บาดเจ็บเป็นหลัก	2.97	.29	3.35	.34	*4.16
5. การเคารพความเป็นบุคคลของผู้บาดเจ็บ	3.10	.14	3.46	.23	*4.54
รวม	3.02	.11	3.33	.14	*4.81

\*P < .05

จากตารางที่ 10 พบว่า ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลรับรู้การปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมต่อผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $P<.05$ ) โดยพยาบาลมีค่าเฉลี่ยของการรับรู้สูงกว่าผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ( $\bar{X}=3.33, SD=.14$  และ  $\bar{X}=3.02, SD=.11$  ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบการรับรู้การปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมต่อผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุระหว่างผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลเป็นรายด้าน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $P<.05$ ) ทุกๆด้าน และพบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้การปฏิบัติกรพยาบาลจิตสังคมต่อผู้บาดเจ็บของพยาบาลสูงกว่าการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุในทุกๆด้านเช่นกัน

#### การอภิปรายผล

จากการศึกษาความต้องการการพยาบาลและการปฏิบัติกรพยาบาลตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลที่ได้นำเสนอเป็นตารางประกอบการบรรยาย ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามประเด็นต่างๆดังต่อไปนี้



1.ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลทั้งรายข้อ รายด้าน และโดยรวม

2.เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุระหว่างผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุกับพยาบาล รายด้านและโดยรวม

3.การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมต่อผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลทั้งรายข้อ รายด้าน และโดยรวม

4.เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมต่อผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุระหว่างผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุกับพยาบาล รายด้านและโดยรวม

1.ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลทั้งรายข้อ รายด้าน และโดยรวม

1.1 การรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมรายข้อ พบว่า ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของตนเองที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความต้องการให้ *social* พยาบาล "มีความพร้อมทุกขณะที่จะให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ" ( $\bar{X}=3.71, SD=.61$ ) อาจเนื่องจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ไม่ได้คาดคิดมาก่อนและเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิต ทำให้ผู้บาดเจ็บต้องการการช่วยเหลือให้ตนเองพ้นภัยอันตรายที่จะเกิดแก่ร่างกายเป็นสำคัญ ซึ่งเป็นไปตามความต้องการพื้นฐานขั้นต้นของมนุษย์คือความมั่นคงปลอดภัยด้านร่างกาย (Physical need) ตามทฤษฎีความต้องการพื้นฐาน (Basic human need) ของมาสโลว์ (Bergman, 1983) สอดคล้องกับการศึกษาของ เบอร์ช บีซี และ ชอว์ (Bursch, Beezy & Shaw, 1993) ที่พบว่า สิ่งสำคัญที่สุดและมีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินคือการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลทันที เช่นเดียวกับการศึกษาของ เกอร์ติส และคณะ (Gerteis, et al. cited by Oxler, 1997) ที่พบว่าความต้องการของผู้ป่วยคือการบรรเทาความเจ็บปวดที่รุนแรงให้ลดลง ดังนั้นผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจึงคาดหวังว่าพยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้และพร้อมที่จะปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้บาดเจ็บปลอดภัยได้ นอกจากนั้น เยาวลักษณ์ และ ลัดดา (2541) กล่าวถึงการบาดเจ็บของร่างกายที่เป็นสาเหตุให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้บาดเจ็บไม่สามารถติดต่อกับญาติหรือผู้ใกล้ชิด ความรู้สึกตกอยู่ในสภาพที่คิดว่าตนเองไม่สามารถตัดสินใจกระทำการใดๆให้กับตนเองได้ ประกอบกับข้อจำกัดด้านร่างกายจากการบาดเจ็บ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาระบุว่า กลุ่มตัวอย่างมีการบาดเจ็บของแขนขา ร้อยละ 52.0 ซึ่งมีกระดูกหักร่วมด้วย ทำให้ผู้บาดเจ็บรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ไม่สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองเท่าที่ควร จึงต้องการผู้ที่จะช่วยเหลือได้ซึ่งก็คือพยาบาลนั่นเอง ซึ่งบุญวดี (2532) กล่าวว่า "ในขณะที่ผู้รับบริการเจ็บปวดการอยู่เป็นเพื่อนเพื่ออำนวยความสะดวกและให้การช่วยเหลือเมื่อต้องการ จะช่วยให้ผู้รับบริการรู้สึกปลอดภัยขึ้น" ความต้องการดังที่กล่าวมายังเป็นไปตามความคาดหวังของสังคมซึ่งก็คือผู้มารับ

*x ๗๐๖๖๔  
๐๖๖๖๖๖*

บริการของหน่วยงานที่มีต่อบทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในการตั้งรับกับทุกสถานการณ์ ความพร้อมในการให้บริการของบุคลากรในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินจะช่วยให้ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรู้สึกปลอดภัย มีกำลังใจ มีความหวังในชีวิต ซึ่งจะส่งผลให้ลดความเครียดภายหลังการบาดเจ็บได้

ส่วนความต้องการการพยาบาลจิตสังคมตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือเรื่อง การที่พยาบาล "สนับสนุนให้ผู้บาดเจ็บยอมรับการช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อจำเป็น" ( $\bar{X}=2.99$ ,  $SD=1.06$ ) ความต้องการของผู้บาดเจ็บเช่นนี้สอดคล้องกับภาวะของผู้บาดเจ็บที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์มากกว่าที่จะรับการช่วยเหลือจากผู้อื่น ซึ่งไม่แน่ว่าจะมีความสามารถพอที่จะช่วยเหลือชีวิตของตนได้ และอาจเป็นไปได้ว่า การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นภาวะวิกฤตที่บุคคลต้องการการช่วยเหลือทันที "การสนับสนุนให้ผู้บาดเจ็บได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อจำเป็น" ยังเป็นสิ่งที่รอได้ ซึ่ง ทักนา (2525, อ้างใน บุญวดี, 2532) ได้อธิบายประเด็นสำคัญของการช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะวิกฤตว่า มุ่งเน้นการจัดการกับปัญหาสำคัญให้ลุกล่วงในเวลาอันจำกัด โดยยังไม่พิจารณาปัญหาปลีกย่อยที่ไม่มีผลโดยตรงกับปัญหาปัจจุบัน รวมทั้งอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บในการศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 52.0 รับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงอาจจะรับรู้ศักยภาพในการดูแลช่วยเหลือตนเองในระดับหนึ่ง และจากข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดการบาดเจ็บ ส่วนใหญ่ร้อยละ 81.0 ระบุว่าครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุน จึงอาจเพียงพอที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่เห็นความจำเป็นที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น หากพิจารณาในเรื่องเพศของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ร้อยละ 72.0 เป็นเพศชาย ซึ่งสังคมรับรู้ว่าเป็นเพศที่แข็งแกร่ง อดทน ย่อมจะดูแลตัวเองได้ดี และอาจเป็นเพราะการเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ป่วยอย่างกระทันหัน ยังสับสนกับบทบาทดังกล่าว อาจขาดประสบการณ์ในการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น จึงรับรู้ความต้องการการพยาบาลในประเด็นนี้ต่ำสุด

ในส่วนที่เกี่ยวกับพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมที่ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุต้องการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด 2 เรื่อง คือ "เรียกผู้บาดเจ็บอย่างสุภาพและให้เกียรติ" และ "แสดงออกถึงความมีน้ำใจ สุภาพ อ่อนโยน" ( $\bar{X}=3.91$ ,  $SD=.35$  และ  $\bar{X}=3.91$ ,  $SD=.30$  ตามลำดับ) ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากพยาบาลกลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงหลักการในการพยาบาลจิตสังคมในขณะตอบแบบสอบถาม ซึ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการที่แสดงถึงการยอมรับและเคารพในความเป็นมนุษย์ ความสุภาพ อ่อนโยน ให้เกียรติ และแสดงความมีน้ำใจต่อผู้รับบริการ เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความมีคุณธรรม การรักษาสีทิมมนุษยชน (สิวลี, 2542) ซึ่งพยาบาลทุกคนได้รับการปลูกฝังจากการศึกษาทางการแพทย์มาตลอด รวมทั้งพฤติกรรมเหล่านี้เป็นความคาดหวังของสังคมโดยเฉพาะผู้เจ็บป่วย ซึ่งจากการศึกษาปัญหาและความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้ป่วยอุบัติเหตุ พบว่า ผู้ป่วยต้องการพยาบาลที่มีบุคลิกลักษณะที่เป็นผู้ให้บริการที่ดี เช่น พุดจาไพเราะ ทำที่นุ่มนวล เป็นกันเอง (บุญวดี และ จรัสศรี, 2538) โดยเฉพาะอย่าง

ยิ่งพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งเป็นหน่วยงานแรกที่ต้องสร้างความประทับใจแก่ผู้รับบริการ อันเป็นภาพลักษณ์ที่สำคัญของวิชาชีพ ดังที่ มัญชุภา (2541) กล่าวถึงความเอื้ออาทรที่เป็นส่วนสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลอันได้แก่ การเรียกชื่อของผู้ป่วยโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและการให้เกียรติผู้ป่วย การยิ้มด้วยเป็นมิตร การพูดด้วยน้ำใสใจจริง และความอ่อนโยน จากเหตุผลที่กล่าวมาและการตระหนักรู้ถึงหลักการพยาบาลจิตสังคมซึ่งเกิดขึ้นจากได้รับการปลุกฝังมาตลอดรวมกับการรับรู้ความคาดหวังของสังคมต่อการปฏิบัติของพยาบาลโดยทั่วไป ทำให้พยาบาลรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บในเรื่องดังกล่าวสูงสุด

ส่วนความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุตามการรับรู้ของพยาบาลที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือเรื่อง "การแนะนำให้ผู้บาดเจ็บรู้จักกับแพทย์และเจ้าหน้าที่ในทีมการรักษา" ( $\bar{X}=2.98, SD=.79$ ) เป็นไปได้ว่า ในช่วงที่ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุต้องการความช่วยเหลือด้านการบาดเจ็บที่เร่งด่วน พยาบาลต้องให้การดูแลด้านร่างกายเพื่อความอยู่รอดของผู้บาดเจ็บเป็นอันดับแรก (Lenehan, 1986) การให้คำแนะนำแก่ผู้บาดเจ็บได้รู้จักกับแพทย์และเจ้าหน้าที่ในทีมการรักษาจึงไม่ใช่เรื่องเร่งด่วนที่ต้องกระทำ หากพิจารณาในประเด็นของความต้องการข้อมูลของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุตามสิทธิที่ควรจะได้รับ เรื่องดังกล่าวเป็นข้อมูลที่ผู้บาดเจ็บต้องการน้อยกว่าข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะบาดเจ็บของร่างกายซึ่งเป็นปัญหาสำคัญเฉพาะหน้าและอาจเป็นไปได้ดีกว่า พยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างยังไม่ตระหนักในสิทธิผู้ป่วยในการรับรู้ข้อมูลเช่นนี้เท่าที่ควร ประกอบกับพยาบาลเองไม่คุ้นชินกับการแนะนำให้ผู้บาดเจ็บรู้จักกับแพทย์และเจ้าหน้าที่ในทีมการรักษา พยาบาลจึงรับรู้ความต้องการของผู้บาดเจ็บในเรื่องดังกล่าวต่ำสุด

## 1.2 ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมรายด้าน

เกี่ยวกับผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมสูงสุดคือด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ และรับรู้ความต้องการการพยาบาลต่ำสุดคือด้านการส่งเสริมให้ผู้บาดเจ็บได้รับการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยจึงอภิปรายในแต่ละด้านดังนี้

### 1.2.1 ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้บาดเจ็บรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมที่ตนเองต้องการในด้านนี้ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X}=3.55, SD=.14$ ) เนื่องจากเป็นความคาดหวังที่ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุต้องการพยาบาลที่มีบุคลิกลักษณะเป็นผู้ให้บริการที่ดี เช่น พูดจาไพเราะ ทำที่นุ่มนวล เป็นกันเอง (บุญวดี และ จรัสศรี, 2538) ประกอบกับในภาวะฉุกเฉินภายหลังการบาดเจ็บอันเป็นภาวะวิกฤติที่ผู้บาดเจ็บต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ความชัดเจนของการสื่อสารจึงเป็นความต้องการที่ผู้บาดเจ็บให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก ดังจะเห็นได้จากข้อมูลที่ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุระบุความต้องการสูงสุดของประเด็นย่อยในด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ คือเรื่อง "การใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ชัดเจน และไม่เยิ่นเย้อ"

( $\bar{X}=3.68, SD=.68$ ) เพื่อจะได้เข้าใจและปฏิบัติตามในสิ่งที่พยาบาลแนะนำหรืออธิบายที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และเนื่องจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกันจำเป็นต้องใช้ภาษาที่สื่อได้เข้าใจกันเป็นพื้นฐาน แต่การมีพื้นฐานทางวัฒนธรรมที่ค่อนข้างต่างกันโดยเฉพาะทางด้านการใช้ภาษาระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาล ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บาดเจ็บต้องการความชัดเจนในการสื่อสารภาษาจากพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น

1.2.2 ด้านการส่งเสริมให้ผู้บาดเจ็บได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นด้านที่ผู้บาดเจ็บรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{X}=3.42, SD=.26$ ) อาจเนื่องจากในภาวะที่บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ผู้บาดเจ็บมีความต้องการให้ได้รับการช่วยเหลือด้านร่างกายเป็นอันดับแรก โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องการได้รับการช่วยเหลือจากแพทย์ผู้รักษาหรือพยาบาลผู้ให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหรือความรุนแรงของการบาดเจ็บ การส่งเสริมให้ผู้บาดเจ็บได้รับการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งที่ผู้บาดเจ็บต้องการเป็นอันดับหลังๆ ดังจะเห็นได้จากประเด็นย่อยในด้านการดังกล่าว เรื่อง "การสนับสนุนให้ผู้บาดเจ็บยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อจำเป็น" กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความต้องการน้อยที่สุด ( $\bar{X}=2.55, SD=.99$ )

เกี่ยวกับพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บสูงสุดคือด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ และด้านที่มีการรับรู้ต่ำสุดคือด้านการส่งเสริมให้ผู้บาดเจ็บได้รับการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยอภิปรายในแต่ละด้านดังนี้

1.2.3 ด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลรับรู้ความต้องการการพยาบาลของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุด้านนี้มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X}=3.80, SD=.12$ ) อาจเป็นไปได้ว่า การเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการเรียนรู้ทั้งจากการเรียนในหลักสูตรการพยาบาลและจากประสบการณ์การปฏิบัติกรพยาบาลทำให้พยาบาลรู้ว่า ในภาวะเจ็บป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันหนีจากการเกิดอุบัติเหตุ ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวด กลัว และวิตกกังวลในระดับสูง ซึ่งเป็นการตอบสนองทางจิตสังคมภายหลังการบาดเจ็บ ย่อมต้องการการช่วยเหลือให้คงความสมดุลทางด้านจิตใจ จะเห็นว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับความวิตกกังวล การลดความวิตกกังวลเป็นผลให้เกิดสุขภาพดี และการลดความวิตกกังวลจะทำได้ดีเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย (Peplau, 1992) นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บ เพื่อให้การช่วยเหลือในภาวะเร่งด่วน ดังนั้น สัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บจะช่วยให้ผู้บาดเจ็บเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของพยาบาลที่จะให้การช่วยเหลือได้เป็นอย่างดี และเนื่องจากความเชื่อมั่นและไว้วางใจจะมีผลต่อการเปิดเผยตนเองของผู้บาดเจ็บ มีผลให้พยาบาลได้ข้อมูลที่เป็นจริงจากผู้บาดเจ็บมากขึ้น (บุญวาทย์, 2539) ด้วยเหตุผลดังกล่าว

พยายามจึงเข้าใจในความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุในด้านการสร้างสัมพันธภาพสูงสุด

1.2.4 ด้านการส่งเสริมให้ผู้บาดเจ็บได้รับการสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมที่ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุต้องการในด้านดังกล่าวนี้มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{X}=3.49, SD=.22$ ) ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า ในสถานการณ์ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ พยาบาลให้ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมเป็นอันดับหลัง แม้จะเข้าใจและเห็นความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยส่งเสริมด้านจิตใจของผู้บาดเจ็บในการเผชิญปัญหา (ชอลดา, 2536) และมีการศึกษาเป็นจำนวนมากที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น "ตัวแปรทางจิตสังคม" ที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมอนามัย (จริยาวัตร, 2531) แต่ลักษณะเฉพาะของการบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ค่อนข้างปิดกั้นความสัมพันธ์ระหว่างผู้บาดเจ็บและญาติและทั้งเพื่อความสะดวกในการปฏิบัติงานของบุคลากร ทำให้พยาบาลให้ความสำคัญในด้านดังกล่าวน้อย จึงเป็นไปได้ว่าพยาบาลรับรู้ความต้องการการพยาบาลที่ผู้บาดเจ็บต้องการในด้านดังกล่าวนี้ต่ำสุด

### 1.3 ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมโดยรวม

ผลการวิจัยพบว่า ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของตนเองน้อยกว่าการรับรู้ของพยาบาล ( $\bar{X}=3.48, SD=.02$  และ  $\bar{X}=3.66, SD=.12$ ) อภิปรายได้ดังนี้

1.3.1 ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมโดยรวมต่ำกว่าการรับรู้ของพยาบาล อาจเนื่องจากการบาดเจ็บที่มีผลต่อร่างกายทำให้ภาวะจิตสังคมของบุคคลเปลี่ยนแปลงไป และระดับความเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมจะสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงที่เกิดขึ้น การคาดการณ์ต่อสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัว หรือผู้ที่มีความหมายกับตนเองต่อไปในอนาคต เกิดความกดดันทางจิตสังคมและต้องการการช่วยเหลือ ที่แสดงออกโดยมีพฤติกรรมถดถอยและพึ่งพาศุภบุคคลแวดล้อมมากขึ้น เพื่อให้ตนเองรู้สึกปลอดภัยมากที่สุด (บุญวดี, 2535) ดังนั้น เมื่อพิจารณาระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่ร้อยละ 52.0 รับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บระดับปานกลาง จึงเป็นไปได้ว่าผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุให้ข้อมูลความต้องการการพยาบาลจิตสังคมที่ตนเองต้องการในระดับต่ำ อาจเนื่องจากในสถานการณ์ภายหลังการเกิดอุบัติเหตุเป็นภาวะที่ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุกำลังเผชิญกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียด เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ วิตกกังวลกับการบาดเจ็บต่อร่างกายของตนเอง อยู่ในภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นความแปรปรวนทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งมีผลต่อศักยภาพในการรับรู้ เข้าใจ และการคิดลดลง ความเครียดดังกล่าวหากมีระดับสูงมากขึ้น จะทำให้ขอบเขตของการรับรู้ลดลงเป็นลำดับ (บุญวดี, 2532) และในภาวะที่ร่างกายถูกคุกคาม ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจึงมุ่งต้องการการช่วยเหลือด้านร่างกายเป็นสำคัญ ดังจะเห็นได้จากข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า เรื่องที่ผู้บาดเจ็บจาก

อุบัติเหตุต้องการในลำดับสูงสุดในแต่ละด้านได้แก่ "การบอกถึงสิ่งที่ผู้บาดเจ็บควรปฏิบัติเพื่อให้  
 อากาศดีขึ้นและบรรเทาความรุนแรงของการบาดเจ็บ" "ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ชัดเจน และไม่เยิ่นเย้อ"  
 "มีความพร้อมทุกขณะที่จะให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ" "การช่วยเหลือในการติดต่อหาญาติหรือ  
 บุคคลที่ผู้บาดเจ็บต้องการส่งข่าวให้ทราบ" และ "การปกป้องและรักษาสิทธิประโยชน์ให้กับผู้บาดเจ็บ"  
 เป็นต้น

1.3.2 พยาบาลรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจาก  
 อุบัติเหตุสูงกว่าการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ อธิบายได้ว่า พยาบาลเป็นกลุ่มคนที่  
 ประกอบวิชาชีพที่มีโอกาสศึกษาเรียนรู้ความจริงเกี่ยวกับมนุษย์และชีวิต ซึ่งช่วยให้มีจริยธรรม  
 ที่แตกฉานและลึกซึ้งกว่าคนทั่วไป (ละออ, 2536) ทำให้เกิดความรับผิดชอบที่มีต่อผู้รับบริการ  
 ต้องสามารถให้การพยาบาลด้วยความรักในเพื่อนมนุษย์และเข้าใจธรรมชาติของมนุษย์ ให้  
 บริการพยาบาลที่มุ่งมนุษยธรรมเป็นพื้นฐานและเน้นวิธีการทางด้านสรีระ-จิต-สังคม  
 (ฟาริดา, 2541) นอกจากนั้น คุณลักษณะเฉพาะของความเป็นวิชาชีพพยาบาลต้องสามารถเอาใจ  
 เขามาใส่ใจเราเพื่อเข้าใจความรู้สึกนึกคิด ความต้องการ ความรู้สึกไม่สุขสบาย ความลำบากใจ  
 และปัญหาอื่นๆที่นอกเหนือจากความต้องการการช่วยเหลือที่เกิดจากปัญหาทางด้านร่างกาย  
 ยังต้องการความอบอุ่นทางจิตใจ ต้องการเพื่อน ต้องการที่ปรึกษา ต้องการความช่วยเหลือ และ  
 ต้องการความเข้าใจจากพยาบาลในฐานะที่เป็นมนุษย์ด้วยกัน การเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของผู้  
 รับบริการโดยมีความร่วมรู้สึก (empathy) เป็นคุณสมบัติสำคัญของพยาบาลในการปฏิบัติการ  
 พยาบาลจิตสังคม (สมสมัย, 2536) นอกจากนั้น การรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของ  
 ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุตามการรับรู้ของพยาบาลน่าจะมาจากความคาดหวังของสังคมที่มีต่อวิชา  
 ชีพพยาบาลที่ต้องการพยาบาลที่มีน้ำใจ และความเอื้ออาทรจากพยาบาลเป็นอย่างมาก  
 ประกอบความเชื่อและหลักคำสอนทางศาสนาที่กำหนดให้พยาบาลมีความเมตตาสงสารต่อ  
 บุคคลผู้เจ็บป่วยทุกข์ยาก การให้ความช่วยเหลือดูแลรักษาพยาบาลจะปรากฏในคำสอนของ  
 ศาสนาในทุกศาสนา (สิวลี, 2542) เช่น การดูแลผู้สูงอายุและผู้เจ็บป่วย ชาวมุสลิมถือว่าเป็น  
 หน้าที่และเป็นบุญกุศลที่ต้องกระทำ ด้วยเหตุผลดังกล่าว พยาบาลจึงรับรู้ความต้องการการ  
 พยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บสูงกว่าที่ผู้บาดเจ็บรับรู้

นอกจากนั้น พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินต่าง  
 ตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเองที่จะให้การดูแลช่วยเหลือผู้บาดเจ็บให้ครอบคลุมปัญหาและ  
 ความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจและสังคมของผู้บาดเจ็บ ดังที่ โมวาด และรุห์ล (Mowad &  
 Ruhle, 1988) ระบุไว้ในมาตรฐานการปฏิบัติพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และเมื่อระบุให้  
 เฉพาะเจาะจงในการพยาบาลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ยังมีมาตรฐานการพยาบาลทางคลินิกของ  
 เวโซริค (Wesorick, 1990) ที่กำหนดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการทางจิต  
 สังคมภายหลังการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ นอกจากนั้น ความคาดหวังของสังคมในการปฏิบัติหน้าที่

ของพยาบาลที่สามารถมองและเข้าใจมนุษย์แบบองค์รวม และให้การบริการแบบองค์รวมได้อย่างเหมาะสมแก่ผู้รับบริการแต่ละราย (สิวลี, 2537) ดังนั้น การรับรู้ในบทบาทของตนเองตามมาตรฐานการพยาบาลดังกล่าว และทั้งความคาดหวังของสังคมน่าจะมีผลให้พยาบาลรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บได้สูงกว่าการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

## 2.เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุระหว่างผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลรายด้านและโดยรวม

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นรายด้าน ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลมีการรับรู้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) ใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ ด้านการเคารพความเป็นบุคคลของผู้บาดเจ็บ และ ด้านการพยาบาลที่เน้นผู้บาดเจ็บเป็นหลัก โดยอภิปรายตามประเด็นที่มีการรับรู้สูงสุดแต่ละด้านดังต่อไปนี้

2.1.1 ด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) การรับรู้ที่แตกต่างกันในด้านดังกล่าวนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ มัวร์ และ ชวอร์ท (Moore & Schwartz, 1993) ที่พบว่าผู้บาดเจ็บและครอบครัวของผู้บาดเจ็บที่มารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีการรับรู้ที่แตกต่างกับพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการสื่อสารทั้งวัจนภาษา (verbal) และอวัจนภาษา (non-verbal) ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพ โดยพยาบาลให้ความเห็นว่าได้ปฏิบัติการพยาบาลด้านการสื่อสารทั้งสองรูปแบบแก่ผู้บาดเจ็บและครอบครัว แต่จากการสังเกตของผู้ศึกษาเรื่องนี้พบว่าพยาบาลไม่ได้ปฏิบัติดังกล่าว ในงานวิจัยยังได้สรุปว่า พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินอาจจะไม่ได้ให้การพยาบาลแบบองค์รวม และไม่ได้ให้การพยาบาลดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตสังคมอย่างที่พยาบาลเชื่อว่าตนเองได้ปฏิบัติ เช่นเดียวกับ พิซซุตา ทักนา สุลักษณ์ และ พรศรี (2537) ได้ศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลต่อผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลและการรับรู้ของผู้ป่วย ที่หน่วยแพทย์เวร-ฉุกเฉิน แผนกตรวจรักษาผู้ป่วยนอก พบว่า การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมการสื่อสารที่พยาบาลมีต่อผู้ป่วยแตกต่างกัน พยาบาลมีการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลต่อผู้ป่วยในลักษณะที่ดีกว่าที่ผู้ป่วยรับรู้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปัญญากรณ์ และคณะ (2537) ที่พบว่า พยาบาลและผู้ป่วยมีการรับรู้ที่แตกต่างกันในมิติด้านเชิงปฏิสัมพันธ์ คือ พยาบาลระบุว่าได้ให้การดูแลในมิติด้านเชิงปฏิสัมพันธ์ร้อยละ 92.4 แต่ผู้ป่วยรับรู้ในด้านเดียวกันนี้ร้อยละ 68.93

2.1.2 ด้านการพยาบาลที่เน้นผู้บาดเจ็บเป็นหลัก ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุด้านการพยาบาลที่เน้นผู้บาดเจ็บเป็นหลักตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) ซึ่ง บุญวดี (2539) อธิบายไว้ว่า ปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการด้านจิตสังคมมีลักษณะเป็นนามธรรม มองเห็นได้ยาก มีความละเอียดซับซ้อนเฉพาะรายดังนั้น เมื่อเกิดอุบัติเหตุ พฤติกรรมที่ผู้บาดเจ็บแสดงออกจึงเป็นสิ่งที่พยาบาลจะต้องรับรู้และทำความเข้าใจ เพื่อให้การพยาบาลที่ตอบสนองตรงตามความต้องการได้ การแสดงออกของกิจกรรมต่างๆของการพยาบาลที่เน้นผู้บาดเจ็บเป็นหลัก ได้แก่ "ให้การดูแลช่วยเหลือผู้บาดเจ็บทันทีที่เข้ามาในหน่วยงาน" "อยู่เป็นเพื่อนและปลอบโยนเมื่อผู้บาดเจ็บต้องการ" "เปิดโอกาสให้ผู้บาดเจ็บและ/หรือญาติได้มีส่วนร่วมในแผนการรักษา" "ให้การดูแลเอาใจใส่ผู้บาดเจ็บอย่างดีตลอดเวลาที่อยู่ในความดูแล" เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่อง "มีความไวและรับรู้ต่อทำที่ที่แสดงออกถึงความเจ็บปวดทุกข์ทรมานของผู้บาดเจ็บ" เป็นคุณสมบัติของพยาบาลในการให้การพยาบาลด้านจิตสังคมที่จะช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยได้ถูกต้อง (อำไพวรรณ, 2541) หากพยาบาลขาดทักษะในการแสดงออก จะทำให้ไม่สามารถสื่อให้ผู้บาดเจ็บเข้าใจหรือรับรู้อารมณ์ที่พยาบาลแสดงออกได้ และสถานการณ์ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ผู้บาดเจ็บรับรู้ว่าเป็นสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ ความไม่คุ้นเคยกับสถานที่ ความเจ็บปวด ความรู้สึกถูกคุกคาม การถูกปิดกั้นไม่สามารถติดต่อส่งข่าวกับครอบครัวหรือบุคคลที่เป็นกำลังใจ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ต่างๆเหล่านี้ เป็นเหตุให้ผู้บาดเจ็บต้องการการดูแลเอาใจใส่จากพยาบาลมากกว่าที่ควรเป็น ทำให้รับรู้ว่าตนเองได้รับการดูแลเอาใจใส่ไม่เท่ากับที่ตนเองคิด เป็นเหตุให้การรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมด้านการพยาบาลที่เน้นผู้บาดเจ็บเป็นหลักของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลแตกต่างกัน

2.1.3 ด้านการเคารพความเป็นบุคคล ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมด้านการเคารพความเป็นบุคคลตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) การรับรู้ที่แตกต่างกันในด้านนี้อธิบายได้ว่า วิชาชีพพยาบาลมีพื้นฐานความเชื่อที่สำคัญในเรื่องคุณค่า ลักษณะเฉพาะตัว ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของแต่ละบุคคล ต้องเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกของผู้บาดเจ็บ โดยแสดงออกด้วยคำพูด การสัมผัส กิริยาท่าทางรวมตลอดถึงสีหน้า แววตาของพยาบาลที่แสดงต่อผู้บาดเจ็บ และต้องอาศัยความเข้าใจในความรู้สึกซึ่งกันและกัน เมื่อพิจารณาถึงข้อจำกัดในสถานการณ์ของทั้งผู้บาดเจ็บและพยาบาล ที่ไม่สามารถสื่อความรู้สึกเหล่านี้ถึงกันได้ ตัวอย่างเช่น "การยอมรับและเข้าใจในพฤติกรรมต่างๆที่ผู้บาดเจ็บแสดงออกแม้ว่าบางครั้งพฤติกรรมนั้นๆอาจไม่เหมาะสม" พยาบาลไม่สามารถแสดงออกให้ผู้บาดเจ็บรับรู้ได้ว่ายอมรับและเข้าใจในพฤติกรรมดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญวดี และจรัสศรี (2541) ที่พบว่า สถานการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติน้อยที่สุดซึ่งเป็นการปฏิบัติระดับปานกลาง ได้แก่ "แม้ว่าผู้ป่วยแสดงท่าที่ไม่เหมาะสม



พยาบาลก็ไม่เคยตำหนิ" ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลจึงมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน

**2.2 เปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลจิตสังคมโดยรวม** ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมโดยรวมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลมีการรับรู้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮอสตัทเลอร์ ทาฟท์ และ ซไนเดอร์ (Hostutler, Taft & Snyder, 1999) ที่พบว่าทั้งพยาบาลและผู้รับบริการมีการรับรู้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ป่วยมีความต้องการในเรื่องการดูแลและการต้อนรับที่อบอุ่น การทำบัตรประวัติผู้ป่วยที่สะดวกและเหมาะสม การให้บริการในรูปแบบของโรงแรม การตอบสนองที่ตรงตามความต้องการและรวดเร็ว และประการสุดท้ายคือ การที่ได้มองเห็นและบอกความต้องการกับพยาบาลได้อย่างสะดวก ส่วนการรับรู้ของพยาบาลรับรู้ว่าจะต้องให้บริการพยาบาลด้วยความอ่อนโยนและมีเมตตา บรรเทาความเจ็บปวด ให้การดูแลที่รวดเร็วกระฉับกระเฉง ให้คำอธิบายว่าจะมีอะไรเกิดขึ้น และประการสุดท้าย การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน

การรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุระหว่างการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลที่แตกต่างกัน เป็นไปได้ว่า เนื่องจากความซับซ้อนด้านจิตใจและความเป็นเฉพาะรายของบุคคลที่มีความแตกต่างกัน การแสดงออกของพฤติกรรมที่ไม่ตรงไปตรงมา รูปแบบวิธีการเผชิญปัญหาภายหลังการบาดเจ็บของบุคคล ประสบการณ์ พื้นฐานทางสังคม และปัจจัยอื่นที่หลากหลายของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุอาจเป็นอุปสรรคที่ทำให้พยาบาลผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้บาดเจ็บเหล่านี้ไม่สามารถทำความเข้าใจความต้องการของบุคคลได้อย่างลึกซึ้ง ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมระหว่างการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลจึงแตกต่างกัน

### 3. การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมต่อผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลทั้งรายข้อ รายด้าน และโดยรวม

#### 3.1 การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมรายข้อ

เกี่ยวกับผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรับรู้การปฏิบัติของพยาบาลที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ "การเรียกผู้บาดเจ็บอย่างสุภาพและให้เกียรติ" ( $\bar{X} = 3.38, SD = .72$ ) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยข้างต้นที่กล่าวถึงการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ซึ่งพยาบาลรับรู้ว่าจะผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุต้องการให้พยาบาลเรียกผู้บาดเจ็บอย่างสุภาพและให้เกียรติเช่นกัน และในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินซึ่งต้องพบปะกับบุคคลหลากหลายที่มีพื้นฐานที่แตกต่างกัน พยาบาลจำเป็นต้องมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้รับบริการทุกคน ดังที่ ซอลดา (2536) ได้อธิบายถึงระยะเริ่มต้นดำเนินสัมพันธภาพ โดยให้ความสำคัญกับการพบปะกันครั้งแรก

พยาบาลต้องแนะนำตัวเองและเรียกชื่อผู้ป่วยด้วยคำนำหน้าที่สวยงาม เหมาะสมกับสภาวะการณ์ตามความเป็นจริง และ มัญชุกา (2541) ได้อธิบายว่า การปฏิบัติของพยาบาลที่แสดงถึงความเอื้ออาทร ได้แก่ "การเรียกชื่อผู้ป่วยโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและการให้เกียรติผู้ป่วย" และเป็นไปได้ว่า การเรียกผู้ป่วยอย่างสุภาพเป็นพฤติกรรมที่ผู้บาดเจ็บรับรู้ได้ชัดเจนกว่าพฤติกรรมอื่นๆ ที่พยาบาลปฏิบัติ เนื่องจากเป็นการเริ่มต้นของการสร้างสัมพันธภาพดังที่กล่าวไว้แล้ว เช่นเดียวกับที่ อิชยา และนนุช (2542) ให้ความเห็นว่า ในบริบทของสังคมไทยโดยเฉพาะอย่างยิ่งสังคมชนบทในโรงพยาบาลต่างจังหวัด พยาบาลและผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ในลักษณะเครือญาติ มีการใช้สรรพนามที่คุ้นเคยเป็นกันเอง เช่น ตา ยาย ป้า ลุง ฯลฯ ช่วยสร้างความรู้สึกอบอุ่นและเต็มใจให้การช่วยเหลือ ดังนั้นการปฏิบัติของพยาบาลในเรื่อง "เรียกผู้บาดเจ็บอย่างสุภาพและให้เกียรติ" ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจึงรับรู้การปฏิบัติของพยาบาลในเรื่องดังกล่าวสูงสุด

เรื่องที่ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรับรู้การปฏิบัติของพยาบาลต่ำสุด คือ "การแนะนำให้ผู้บาดเจ็บรู้จักกับแพทย์และเจ้าหน้าที่ในทีมการรักษา" ( $\bar{X}=2.31, SD=1.06$ ) ซึ่งสอดคล้องกับผลการรับรู้ของพยาบาลที่เกี่ยวกับการต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บเช่นกัน อาจเนื่องจากผู้บาดเจ็บรับรู้การปฏิบัติของพยาบาลที่เด่นชัดในเรื่องการช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินต่อชีวิตเป็นส่วนใหญ่ และในภาวะดังกล่าวพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติในเรื่องของการแนะนำให้ผู้บาดเจ็บได้รู้จักกับแพทย์หรือบุคลากรในทีมการรักษา ดังนั้น ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจึงรับรู้การปฏิบัติของพยาบาลในเรื่องดังกล่าวต่ำสุด

เกี่ยวกับพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลรับรู้การปฏิบัติของการพยาบาลจิตสังคมที่ตนเองปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ "การมีความพร้อมทุกขณะที่จะให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ" ( $\bar{X}=3.77, SD=.42$ ) ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการการพยาบาลจิตสังคมสูงสุดตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ อธิบายได้ว่าเป็นไปตามความสำคัญในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินตามที่สังคมคาดหวัง เนื่องจากพยาบาลต้องเผชิญกับสภาวะการณ์ของผู้บาดเจ็บที่ไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ การเตรียมให้พร้อมที่จะช่วยเหลือผู้บาดเจ็บและผู้รับบริการทุกรายจึงเป็นหลักปฏิบัติอย่างหนึ่งของการบริการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน (Lenahan, 1986) การมีความพร้อมให้บริการของหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินจะช่วยให้ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรู้สึกปลอดภัย มีกำลังใจ ซึ่งจะส่งผลให้ลดความเครียดภายหลังการบาดเจ็บได้ เป็นที่น่าสังเกตว่า การรับรู้การปฏิบัติของการพยาบาลในเรื่องดังกล่าวนี้สอดคล้องกับ

พยาบาลรับรู้การปฏิบัติของการพยาบาลจิตสังคมที่ตนเองปฏิบัติที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ "การแนะนำให้ผู้บาดเจ็บรู้จักกับแพทย์และเจ้าหน้าที่ในทีมการรักษา" ( $\bar{X}=2.28, SD=.79$ ) สอดคล้องกับการรับรู้ของผู้บาดเจ็บเกี่ยวกับการปฏิบัติพยาบาลด้านจิตสังคมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเช่นกัน อาจเนื่องจากพยาบาลกลุ่มตัวอย่างไม่ตระหนักถึงความสำคัญของข้อมูล que ผู้บาดเจ็บมีสิทธิที่จะรับรู้ และจากความเห็นของ จินตนา (2542) ว่าบุคลากรในทีมการรักษาไม่คุ้นเคยต่อการถูกผู้ป่วยและญาติถามชื่อ สกุล จึงไม่ได้สร้างวัฒนธรรมในการแนะนำตนเองทุกครั้งก่อนการปฏิบัติการ

ใดๆกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ หรือแนะนำให้รู้จักกับแพทย์และเจ้าหน้าที่ในทีมการรักษา จึงเป็นไปได้ว่า พยาบาลรับบริการปฏิบัติของตนเองในเรื่องดังกล่าวนี้ต่ำสุด

### 3.2 การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมรายด้าน

เกี่ยวกับผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรับบริการพยาบาลจิตสังคมที่พยาบาลปฏิบัติสูงสุดคือด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ และรับบริการพยาบาลจิตสังคมที่พยาบาลปฏิบัติต่ำสุด คือด้านการได้รับข้อมูลที่ตรงตามความต้องการ อภิปรายได้ดังนี้

3.2.1 การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ ผลการวิจัยพบว่า ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรับบริการปฏิบัติของพยาบาลต่ำกว่าการรับรู้ของพยาบาล ( $\bar{X}=3.19, SD=.14$  และ  $\bar{X}=3.50, SD=.16$  ตามลำดับ) อาจเนื่องจากลักษณะการปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินทางด้านร่างกายเป็นสำคัญ สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นจึงเป็นไปตามกิจกรรมในขณะที่ปฏิบัติต่อผู้บาดเจ็บเท่านั้น เป็นสัมพันธภาพเชิงสังคมในระดับผิวเผินทั่วไป เช่น ชักถามอาการ ประวัติการบาดเจ็บ เป็นต้น สัมพันธภาพดังกล่าวมีการเริ่มต้นและสิ้นสุดโดยอัตโนมัติเมื่อผู้บาดเจ็บเข้ามาและออกไปจากหน่วยงาน และด้วยข้อจำกัดในเรื่องของเวลา มีผลให้การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ เฮวิสัน (Hewison, 1995) เกี่ยวกับการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยโดยใช้ภาษาเป็นสื่อ พบว่า การปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นไปอย่างผิวเผิน เป็นไปตามกิจวัตรประจำวัน และเป็นไปตามภาระงาน เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิริพร และคณะ (2541) ที่พบว่า สัมพันธภาพเชิงวิชาชีพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเป็นไปอย่าง "เบาบาง" และการช่วยเหลือทางด้านจิตใจและสังคมพบได้น้อยมาก การสื่อสารที่พบมากที่สุด ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินคือการสื่อสารด้วยวัจนภาษา ได้แก่ การอธิบายข้อปฏิบัติต่างๆแก่ผู้ป่วยและญาติ และยังมีการศึกษาของ จุฬารัตน์ และจินตนา (2536) เรื่อง การศึกษาลักษณะส่วนตน ทักษะคิดต่อการพยาบาลจิตเวชและการใช้ตนเองเพื่อการบำบัดของพยาบาลจิตเวช พบว่า การใช้ตนเองเพื่อการบำบัดที่แสดงออกในรูปของพฤติกรรมโต้ตอบกับผู้ป่วยในการทำปฏิสัมพันธ์ในกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับต่ำ

3.2.2 การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมด้านการได้รับข้อมูลที่ตรงตามความต้องการ ผลการวิจัยพบว่า ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรับบริการปฏิบัติของพยาบาลต่ำสุด ( $\bar{X}=2.91, SD=.27$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ จอร์เวล และ สเตจ (Bjorvell & Steige, 1991) เกี่ยวกับการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่า มีเพียงจำนวนร้อยละ 14 ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลตรงตามความต้องการ ร้อยละ 20 ได้รับข้อมูลเป็นบางส่วน และร้อยละ 65 ไม่ได้รับข้อมูลใดๆทั้งสิ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิซซาดา ทักษนา สุลักษณะ

และ พรศรี (2537) ที่พบว่า ผู้ป่วยเพียงร้อยละ 0.7-6.7 เท่านั้นที่รับรู้ว่าได้รับคำแนะนำ คำชี้แจงหรือบอกกล่าวในเรื่องต่างๆจากพยาบาล การที่ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรับรู้การปฏิบัติของพยาบาลด้านการได้รับข้อมูลที่ตรงตามความต้องการเป็นลำดับหลังสุดนี้ อาจเนื่องจากว่า ความต้องการข้อมูลของผู้บาดเจ็บแต่ละรายนั้นย่อมแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัญหาเฉพาะหน้าและเงื่อนไขปัจจุบันของแต่ละบุคคลเป็นสำคัญ การให้ข้อมูลได้ตรงตามความต้องการต้องอาศัยเวลาในการประเมินความต้องการ และข้อจำกัดของเวลาในการปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินอาจทำให้พยาบาลประเมินความต้องการข้อมูลไม่ตรงตามที่ผู้บาดเจ็บต้องการได้

เกี่ยวกับพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่ตนเองปฏิบัติสูงสุดคือด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ และรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลต่ำสุดคือด้านการได้รับข้อมูลที่ตรงตามความต้องการ อภิปรายได้ดังนี้

3.2.3 การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมด้านที่ตนเองปฏิบัติสูงสุด ( $\bar{X}=3.50$ ,  $SD=.16$ ) อาจเป็นไปได้ว่าพยาบาลได้รับการปลูกฝังในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยตลอดมา (อิชยา และ นงนุช, 2542) และ ซอลดา (2536) ได้อธิบายว่า การที่จะให้การพยาบาลจิตสังคมได้อย่างมีคุณภาพนั้น พยาบาลจะต้องมีความสามารถที่จะสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย และการปฏิสัมพันธ์หรือการติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยจะเป็นวิธีแรกที่พยาบาลจะแสดงให้เห็นถึงการพยาบาลด้านจิตสังคมต่อผู้บาดเจ็บ และยังช่วยให้ผู้บาดเจ็บมีความไว้วางใจที่จะให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บได้อย่างดีอีกด้วย เช่นเดียวกับ สมสมัย (2534) ให้ความเห็นว่า หนึ่งในหลายองค์ประกอบของการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมได้แก่ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เมื่อประกอบกับการรับรู้พื้นฐานทางจริยธรรม มีส่วนให้พยาบาลมีเจตคติที่ดีต่อผู้บาดเจ็บ มีความเห็นใจอยากช่วยเหลือ มีผลให้พยาบาลปฏิบัติต่อผู้บาดเจ็บอย่างนุ่มนวล ให้เกียรติ มีการทักทายปราศรัย นอกจากนี้ นันทนา (2538) ได้อธิบายว่า การติดต่อสื่อสารหรือปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นเอกลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อสะท้อนภาพที่ทั้งที่เป็นความคิดและการกระทำของแต่ละบุคคลให้ปรากฏต่อกัน ผู้รับบริการต้องการช่วยเหลือด้านสุขภาพจากบุคลากรทางการพยาบาล ส่วนพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลจะเข้าใจความต้องการการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจงของผู้รับบริการทั้งที่เป็นความต้องการด้านกาย-จิต-สังคม ด้วยพื้นฐานความรู้ทางวิชาชีพการพยาบาลตามที่ได้ศึกษาและจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ดังนั้น การแสดงออกถึงพฤติกรรมที่สนองตอบความต้องการของผู้บาดเจ็บด้านการสร้างสัมพันธภาพจึงเป็นสิ่งที่พยาบาลตระหนักที่จะปฏิบัติ พยาบาลจึงรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่ตนเองปฏิบัติในด้านดังกล่าวนี้สูงกว่าการรับรู้ของผู้บาดเจ็บ

3.2.4. การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมด้านการได้รับข้อมูลที่ตรงตามความต้องการ ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลที่ตนเองปฏิบัติต่ำสุด

( $\bar{X}=3.17, SD=.41$ ) อาจเป็นไปได้ว่าผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุส่วนใหญ่ที่เข้ามาใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมีสภาพจิตใจและอารมณ์ไม่พร้อมที่จะรับรู้หรือมีข้อจำกัดที่จะรับรู้ข้อมูลต่างๆจากพยาบาล เนื่องจากเพิ่งผ่านเหตุการณ์ที่ทำให้เสียสมดุลทางด้านจิตใจ ตลอดจนข้อจำกัดด้านเวลา ทำให้พยาบาลต้องประเมินและเลือกให้ข้อมูลที่จำเป็นและเหมาะสมกับสภาพอารมณ์ของผู้บาดเจ็บเท่านั้น พยาบาลจึงรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมด้านการให้ข้อมูลแก่ผู้บาดเจ็บดังกล่าวนี้ต่ำ

### 3.3 การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมโดยรวม

เกี่ยวกับผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่พยาบาลปฏิบัติโดยรวมน้อยกว่าการรับรู้ของพยาบาล อาจเนื่องจากมีปัจจัยพื้นฐานบางประการของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่

3.3.1 ปัจจัยเกี่ยวกับเพศ จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่ศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 72.0 เป็นเพศชาย ซึ่งจากการศึกษาของบุญวดี และ จรัสศรี (2540) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกันรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมแตกต่างกัน โดยเพศชายรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมน้อยกว่าเพศหญิง อิชยา และนนุช (2542) ได้สรุปการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดูแลที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมีความต้องการการดูแลเอาใจใส่จากพยาบาลมากกว่าเพศชาย ดังนั้น อาจอธิบายได้ว่า เพศของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่ศึกษารั้งนี้ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศชายถึงร้อยละ 72.0 ให้ข้อมูลรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมโดยรวมได้น้อย

3.3.2 ปัจจัยเกี่ยวกับอายุ จากการศึกษาของ บุญวดีและจรัสศรี (2540) เช่นกันที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน รับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมแตกต่างกัน กลุ่มที่มีอายุ 46-55 ปี และ 56 ปีขึ้นไป จะรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมแตกต่างจากกลุ่มที่มีอายุ 21-25 ปี อย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มตัวอย่างอายุ 21-25 ปี รับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 46-55 ปี และ 56 ปีขึ้นไป การศึกษารั้งนี้ก็เช่นกัน ที่พบว่า ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่ร้อยละ 52.0 อยู่ในช่วงอายุ 15-25 ปี จึงเป็นไปได้ว่า เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ระบุนการรับรู้การปฏิบัติของพยาบาลโดยรวมได้น้อย

3.3.3 ปัจจัยเกี่ยวกับความรุนแรงของการบาดเจ็บ การรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บมีผลต่อการรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่พยาบาลปฏิบัติ ด้วยเหตุผลที่ว่าเมื่อบุคคลประสบกับภาวะวิตกกังวลจะทำให้การรู้จักตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป และการรับรู้จะเป็นเช่นใดขึ้นอยู่กับการให้ความหมายต่อสิ่งที่รับรู้ นั้นโดยมีประสบการณ์ในอดีตเป็นพื้นฐาน (บุญวดี, 2532) เมื่อพิจารณาถึงสภาพจิตใจและอารมณ์ กันยา (2540) ให้ความเห็นว่า บุคคลที่อยู่ในภาวะอารมณ์ที่ไม่ผ่อนคลาย เช่น หิว เหนื่อยล้า เครียด กังวล เป็นทุกข์ มักจะมองอะไรไม่ชอบใจไปเสียหมด หากมีอาการเสียมาก ๆ อาจจะไมรับรู้อะไรเลยหรือรับรู้ผิดพลาดมาก ทำให้การแปลความหมายผิดพลาดไปด้วย และจากการศึกษาของ

บุญวดี และจรัสศรี (2540) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ความเจ็บป่วยของตนเองไม่รุนแรง จะรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมแตกต่างจากกลุ่มที่รับรู้ความเจ็บป่วยของตนเองรุนแรงในทุกๆระดับ ได้แก่ระดับรุนแรงมาก รุนแรง และรุนแรงปานกลาง รับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมน้อยกว่ากลุ่มที่รับรู้ความเจ็บป่วยของตนเองไม่รุนแรง จากผลการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บระดับปานกลางจึงอาจทำให้การรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมในระดับปานกลางด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฮักกินส์ แกนต์ และโคฮัท (Huggin, Gandy & Kohut, 1993) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินรับรู้พฤติกรรมและการดูแลของพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉิน และกลุ่มผู้ป่วย ทั้ง 3 กลุ่ม ฉุกเฉินมาก ฉุกเฉิน และไม่ฉุกเฉิน ให้ความสำคัญของพฤติกรรมพยาบาลคือการช่วยเหลือตามความต้องการของพื้นฐานมนุษย์

เมื่อพิจารณาโดยรวมพบว่า ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่พยาบาลปฏิบัติต่ำกว่าที่พยาบาลรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลของตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริพร และคณะ (2540) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพไม่ได้แสดงสมรรถนะการพยาบาลสุขภาพจิตให้ปรากฏอย่างเด่นชัด แม้มีความรู้พื้นฐานอย่างเพียงพอแต่ยังขาดการฝึกทักษะและไม่ได้ปฏิบัติขณะทำงานจริงๆ และการศึกษาของสมสมัย (2534) พบว่า ร้อยละ 91.1 ของกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมในระดับต่ำ

เกี่ยวกับพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลรับรู้การปฏิบัติพยาบาลจิตสังคมที่ตนเองปฏิบัติสูงกว่าการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ( $\bar{X}=3.33, SD=.14$  และ  $\bar{X}=3.02, SD=.11$  ตามลำดับ) อธิบายได้ว่า วิชาชีพพยาบาลเป็นการปฏิบัติต่อชีวิตมนุษย์ที่ประสบความสำเร็จจากความทุกข์ร้อนจากการเจ็บป่วย พยาบาลจึงต้องเป็นผู้มีคุณธรรมจริยธรรมประจำใจเสมอในการปฏิบัติงานให้บริการพยาบาลกับผู้รับบริการทุกคน โดยมีจิตสำนึกในความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล คอยควบคุมกำกับให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลอย่างเต็มความสามารถ รู้เหตุและผลที่ตนเองปฏิบัติ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีจริยธรรมในระดับสูงและนำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลตลอดเวลา โดยเฉพาะการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชเป็นงานที่ต้องใช้คุณงามความดีเป็นสำคัญ (บุญวดี, 2539) อีกทั้งความคาดหวังและการยกย่องจากสังคมว่าเป็นวิชาชีพที่มีเกียรติเนื่องจากการประพฤติดปฏิบัติต่อผู้เจ็บป่วยแต่ในสิ่งที่ถือได้ว่าเป็นสิ่งที่ดี สร้างความรู้สึกประทับใจในคุณค่าของตนเอง จะทำให้พยาบาลตั้งใจปฏิบัติหน้าที่ของตน จึงรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของตนเองสูงกว่าการรับรู้ของผู้บาดเจ็บ และสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญวดี และจรัสศรี (2541) เรื่อง การวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมของพยาบาลในโรงพยาบาลที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมทั้งใช้ตนเองเป็นเครื่องมือบำบัด และยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางอยู่ในระดับมาก

#### 4.เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมต่อผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุระหว่างผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลรายด้านและโดยรวม

4.1 เปรียบเทียบการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมรายด้าน จากการวิจัยพบว่า ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลมีการรับรู้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) ทุกด้าน โดยอภิปรายแต่ละด้าน ดังนี้

4.1.1 ด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ ตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) และพบว่า พยาบาลรับรู้การปฏิบัติพยาบาลที่ตนเองปฏิบัติสูงกว่าที่ผู้บาดเจ็บรับรู้การปฏิบัติของพยาบาล ความแตกต่างในด้านการสร้างสัมพันธภาพดังกล่าวนี้ เป็นไปได้ว่า อาจเกิดจากลักษณะของการใช้ภาษาพูดระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ ด้วยเหตุผลที่ว่า การสร้างสัมพันธภาพที่ดีจำเป็นต้องใช้ภาษาเป็นพื้นฐานที่จะให้เกิดความเข้าใจตรงกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ พิชชดา ทัศน สุลักษณ์ และ พรศรี (2534) ที่พบว่าพยาบาลมีการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลต่อผู้ป่วยในลักษณะที่ดีกว่าที่ผู้ป่วยรับรู้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปัญกรณ์ และคณะ (2537) พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าได้รับการดูแลมิติด้านเชิงปฏิสัมพันธ์ร้อยละ 68.93 ขณะที่พยาบาลระบุว่าได้ให้การพยาบาลมิติด้านเชิงปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวร้อยละ 92.46 และจากการศึกษาของ วิไลรัตน์ สาวิตรี และ ขนิษฐา (2541) พบว่า ความรู้การพยาบาลด้านจิตสังคมของพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ยังมีความรู้ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด จากเหตุผลดังกล่าวอธิบายได้ว่า เป็นไปได้ที่พยาบาลแสดงออกถึงคุณลักษณะของการสร้างสัมพันธภาพที่ดีได้น้อยกว่าที่ควร ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลจึงรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมด้านการสร้างสัมพันธภาพแตกต่างกัน

4.1.2 ด้านการได้รับข้อมูลที่ตรงตามความต้องการ ผลจากการวิจัยพบว่า ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลมีการรับรู้ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) การรับรู้ที่ต่างกันในเรื่องดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญวดีและ จรัสศรี (2540) ที่พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของพยาบาลอันดับสุดท้ายคือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพสังคม สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลทุกเรื่องแม้ผู้ป่วยไม่ได้ถาม และสอดคล้องกับการศึกษาของ จอร์เวล และ สเตจ (Bjorvell & Stieg, 1991) ที่ศึกษาในผู้ป่วยทุกประเภทที่เข้ามาใช้บริการในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่า มีผู้รับบริการเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่ได้รับข้อมูลที่ตรงตามความต้องการ และเป็นที่น่าสนใจว่า การได้รับข้อมูลที่ตรงตามความต้องการนอกจากจะช่วยลดความเครียดของผู้บาดเจ็บแล้ว ยังเป็นประเด็นสำคัญที่จะช่วยทำให้เกิดความพึงพอใจของการบริการด้วย ดังเช่นการศึกษาของ คริสเฮล และ บาราฟ (Krishhel & Baraff, 1993) ศึกษาถึงผล

ของของการให้ข้อมูลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับมากกว่ากลุ่มควบคุม และผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลที่ช่วยลดความวิตกกังวล การอธิบายเกี่ยวกับโรคที่เป็นและการรักษา ดังนั้น ผลจากการศึกษาครั้งนี้จึงค่อนข้างสอดคล้องกับงานวิจัยดังกล่าว คือผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่พยาบาลปฏิบัติแตกต่างกัน

**4.1.3 ด้านการส่งเสริมให้ผู้บาดเจ็บได้รับการสนับสนุนทางสังคม** ผลจากการวิจัยพบว่า ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลมีการรับรู้ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) อาจเนื่องจากลักษณะของการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการติดต่อประสานงานไม่ได้เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติต่อผู้บาดเจ็บโดยตรง การปฏิบัติดังกล่าวจึงอยู่นอกขอบเขตที่ผู้บาดเจ็บจะรับรู้ได้ หรืออีกประการหนึ่ง พยาบาลอาจไม่ได้อธิบายหรือบอกกล่าวให้ผู้บาดเจ็บรับทราบในสิ่งที่ตนปฏิบัติให้ผู้บาดเจ็บ ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลจึงรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของพยาบาลในด้านดังกล่าวนี้แตกต่างกัน

**4.1.4 ด้านการพยาบาลที่เน้นผู้บาดเจ็บเป็นหลัก** ผลจากการวิจัยพบว่า ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลมีการรับรู้ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่เน้นผู้บาดเจ็บเป็นหลักนี้ บุญวดี (2539) ได้อธิบายว่า “เป็นการปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงตัวผู้รับบริการ และพื้นฐานทางสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมของผู้รับบริการเป็นหลัก รวมทั้งปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันอื่นๆ เช่น บุคลิกภาพ ประสิทธิภาพ โดยการปฏิบัติการที่เน้นความเฉพาะราย การรักษาสีทิวสนบุคคลของผู้รับบริการ อันเนื่องมาจากความแตกต่างระหว่างบุคคลเสมอ” จะเห็นได้ว่า การที่พยาบาลจะเข้าใจในความเป็นบุคคลของผู้บาดเจ็บได้ต้องใช้เวลาและทักษะพอสมควร ดังนั้น ข้อจำกัดด้านเวลาในภาวะที่ต้องให้การพยาบาลให้ทันกับภาวะของผู้บาดเจ็บจึงเป็นเหตุผลที่พยาบาลกล่าวถึงเสมอว่าเป็นอุปสรรคของการพยาบาลจิตสังคม อย่างเช่นการศึกษาของ บุญวดี และจรัสศรี (2541) ที่พบว่า ปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัญหาระดับปานกลางคือ “การมีภาระอื่นมาก ทำให้ไม่มีเวลาให้การพยาบาลด้านจิตสังคม” หากพิจารณาตามข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ จะเห็นว่าพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 90.6 ไม่เคยเข้ารับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ทางด้านการพยาบาลจิตสังคม พยาบาลจึงอาจจะมีความรู้ไม่เพียงพอในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่เน้นผู้บาดเจ็บเป็นหลัก ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่พยาบาลปฏิบัติแตกต่างกัน

**4.1.5 ด้านการเคารพความเป็นบุคคล** ผลจากการวิจัยพบว่า ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลมีการรับรู้ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) อธิบายได้ว่า อาจเนื่องจากพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดในการแสดงออกที่จะสื่อให้ผู้บาดเจ็บรับทราบได้ว่า ผู้บาดเจ็บ



เจ็บที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลที่มีคุณค่าและมีความสำคัญสำหรับพยาบาล ข้อจำกัดของพยาบาลอาจเนื่องจากทั้งลักษณะส่วนตัวของพยาบาลเองและสถานการณ์การปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮอสตัทเลอร์ ทาฟท์ และ ซไนเดอร์ (Hostutler, Taft & Snyder, 1999) ที่พบว่า สิ่งที่ได้รับบริการรับรู้และต้องการคือการได้มองเห็น เพื่อจะบอกความต้องการของตนเองกับพยาบาลตลอดเวลา ซึ่งมีความหมายว่า ผู้บาดเจ็บต้องการให้พยาบาลสนใจและเห็นตนเองเป็นคนสำคัญและรู้ว่าพยาบาลจะเป็นผู้แก้ปัญหาทุกอย่างให้กับตนได้ แต่ด้วยข้อจำกัดในสถานการณ์ที่ต้องปฏิบัติด้วยความเร่งด่วน การแสดงออกดังกล่าวของพยาบาลไม่สามารถสื่อให้ผู้บาดเจ็บรับรู้ได้ ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลจึงรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมด้านการเคารพความเป็นบุคคลของผู้บาดเจ็บแตกต่างกัน

4.2 เปรียบเทียบการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมโดยรวม ผลจากการศึกษาพบว่าการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) โดยพบว่า พยาบาลรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลที่ตนเองปฏิบัติสูงกว่าที่ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรับรู้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อิชยาและงนุช (2542) ที่พบว่า พยาบาลรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยโดยรวมสูงกว่าผู้ใช้บริการ และเช่นเดียวกับกับการศึกษาของ ปัญญากรณ์ และคณะ (2537) ที่พบว่า พยาบาลและผู้ช่วยมีการรับรู้ในการให้และการดูแลที่แตกต่างกัน กล่าวคือ พยาบาลระบุว่าได้ให้การดูแลมิติด้านจิตใจ ร้อยละ 91.46 ในขณะที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าได้รับการดูแลด้านจิตใจ ร้อยละ 87.41 และยังมี การศึกษาของ วิไลรัตน์ สาวิตรี และชนิษฐา (2541) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนเขต 5 มีทักษะการพยาบาลทางจิตสังคมไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสูงถึงร้อยละ 84.0 สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร และคณะ (2540) ที่ชี้ให้เห็นถึงสมรรถภาพที่พยาบาลต้องฝึกฝนเพิ่มเติมคือการฝึกทักษะ เนื่องจากพยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้พื้นฐานในสมรรถนะที่จำเป็นอยู่บ้างแล้ว หากพิจารณาในประเด็นของการนับถือศาสนา เกือบครึ่งหนึ่งของผู้บาดเจ็บที่เป็นกลุ่มตัวอย่างคือร้อยละ 45.0 นับถือศาสนาอิสลาม เนื่องจากเป็นคนส่วนใหญ่ในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ในขณะที่พยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 86.0 นับถือศาสนาพุทธ ความแตกต่างดังกล่าวมีผลให้การรับรู้ที่แตกต่างกัน ซึ่ง สเปคเตอร์ (Spector, 1999) ให้ความเห็นว่า วัฒนธรรมของแต่ละบุคคลจะเป็นพื้นฐานเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมภายในของบุคคลอันมีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และ กันยา (2540) สนับสนุนว่า อิทธิพลของสังคมได้แก่ความเป็นอยู่ของสังคมและลักษณะของวัฒนธรรมเป็นเครื่องกำหนดการรับรู้ของคน ทำให้คนแต่ละกลุ่มรับรู้สิ่งต่างๆแตกต่างกันออกไป จึงเป็นไปได้ว่า ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลรับรู้การปฏิบัติของพยาบาลแตกต่างกัน

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความต้องการการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่มารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้รับการตรวจรักษาและต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลสตูล โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลยะลา และโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ได้ขนาดตัวอย่างจากการกำหนดค่ากำลังของการศึกษา (power of study) ของโพลิตและฮังเลอร์ (Polit & Hunger, 1999) จำนวนทั้งสิ้น 100 ราย โดยเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่งดังกล่าว และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ทั้งหมด 53 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้บาดเจ็บ และแบบสอบถามพยาบาลต่างประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความต้องการการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงแบบสัมภาษณ์ผู้บาดเจ็บได้ค่าความเชื่อมั่น 0.83 และ .70 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที่ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC<sup>+</sup>

### สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจำนวน 100 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 72.0 อยู่ในช่วงวัยรุ่น อายุระหว่าง 15-25 ปี ร้อยละ 52.0 เกือบครึ่งหนึ่งนับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 45.0 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 33.0 ส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 58.0 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 37.0 ประเภทของการเกิดอุบัติเหตุเป็นอุบัติเหตุจากการจราจร ร้อยละ 65.0 และมีบาดเจ็บที่แขนขา ร้อยละ 52.0 ซึ่งส่วนใหญ่จะมีกระดูกหักร่วมด้วย การรับรู้ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บเป็นการบาดเจ็บปานกลาง ร้อยละ 52.0 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การได้รับอุบัติเหตุ ร้อยละ 71.0 การจ่ายค่ารักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิพระราชบัญญัติผู้ประสบภัยจากรถ ร้อยละ 33.0 และแหล่งสนับสนุนที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดการบาดเจ็บส่วนใหญ่คือครอบครัว ร้อยละ 68.0

2. ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 94.3 อายุอยู่ในช่วงระหว่าง 26-35 ปี ร้อยละ 64.1 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 86.8 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 83.0 มีฐานะทางเศรษฐกิจพอใช้ร้อยละ 73.6 ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลประจำการร้อยละ 92.5 มีระดับตำแหน่งตามสายงานเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับ 5 ร้อยละ 39.7 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 1-5 ปีมากที่สุดร้อยละ 35.8 ไม่เคยเข้ารับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ทางด้านการพยาบาลจิตสังคมร้อยละ 90.6 ประเมินตนเองว่ามีความรู้ความเข้าใจและได้ปฏิบัติตามการพยาบาลจิตสังคมร้อยละ 64.1 และ 64.2 ตามลำดับ การสื่อสารใช้ภาษาไทยท้องถิ่นและภาษาชาวบ้านคือ ร้อยละ 43.4

3. ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรายข้อ ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ต้องการให้พยาบาล"มีความพร้อมทุกขณะที่จะให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ" ( $\bar{X}=3.71, SD=.61$ ) ส่วนความต้องการการพยาบาลจิตสังคมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ "การสนับสนุนให้ผู้บาดเจ็บยอมรับการช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อจำเป็น" ( $\bar{X}=2.99, SD=1.06$ )

พยาบาลรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด มี 2 เรื่อง คือ "การเรียกผู้บาดเจ็บอย่างสุภาพและให้เกียรติ" ( $\bar{X}=3.91, SD=.35$ ) และ "แสดงออกถึงความมีน้ำใจ สุภาพ อ่อนโยน" ( $\bar{X}=3.91, SD=.36$ ) ส่วนการรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ "การแนะนำให้ผู้บาดเจ็บรู้จักกับแพทย์และทีมการรักษา" ( $\bar{X}=2.98, SD=.79$ )

ในเรื่องความต้องการการพยาบาลจิตสังคมรายด้าน พบว่า ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุมีความต้องการการพยาบาลจิตสังคมสูงสุดในด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ ( $\bar{X}=3.55, SD=.14$ ) การรับรู้ที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านการส่งเสริมให้ผู้บาดเจ็บได้รับการสนับสนุนทางสังคม ( $\bar{X}=3.42, SD=.26$ ) ในส่วนของพยาบาลรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและต่ำสุดในด้านการสร้างสัมพันธภาพ ( $\bar{X}=3.80, SD=.12$ ) และด้านการส่งเสริมให้ผู้บาดเจ็บได้รับการสนับสนุนทางสังคม ( $\bar{X}=3.49, SD=.22$ ) เช่นเดียวกับการรับรู้ของผู้บาดเจ็บ

ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมโดยรวม พบว่า พยาบาลมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บสูงกว่าที่ผู้บาดเจ็บรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของตนเองทุกด้านและโดยรวม เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาล มีการรับรู้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P<.05$ ) ใน 3 ด้าน และโดยรวม คือ ด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ ด้านการพยาบาลที่เน้นผู้บาดเจ็บเป็นหลัก และ ด้านการเคารพความเป็นบุคคล

4. การปฏิบัติตามการพยาบาลจิตสังคม ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรับรู้การปฏิบัติตามการพยาบาลจิตสังคมที่พยาบาลปฏิบัติที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ "การเรียกผู้บาดเจ็บอย่างสุภาพและให้เกียรติ" ( $\bar{X}=3.38, SD=.72$ ) การรับรู้การปฏิบัติของพยาบาลที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ "การแนะนำให้ผู้บาดเจ็บ"

เจ็บรู้จักกับแพทย์และทีมการรักษา" ( $\bar{X}=2.31, SD=1.06$ ) ในส่วนของพยาบาลรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่ตนเองปฏิบัติที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ "มีความพร้อมทุกขณะที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วย" ( $\bar{X}=3.77, SD=.42$ ) และรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ "การแนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักกับแพทย์และเจ้าหน้าที่ในทีมรักษา" ( $\bar{X}=2.28, SD=.79$ )

การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมรายด้าน พบว่า ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่พยาบาลปฏิบัติด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ( $\bar{X}=3.19, SD=.12$ ) และรับรู้ที่พยาบาลปฏิบัติเป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการได้รับข้อมูลที่ตรงตามความต้องการ ( $\bar{X}=2.91, SD=.27$ ) สำหรับพยาบาลรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่ตนเองปฏิบัติที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและต่ำสุด คือด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ( $\bar{X}=3.50, SD=.16$ ) และด้านการได้รับข้อมูลที่ตรงตามความต้องการ ( $\bar{X}=3.17, SD=.41$ ) เช่นเดียวกับการรับรู้ของผู้บาดเจ็บ

การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมโดยรวม พบว่า พยาบาลรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่ตนเองปฏิบัติต่อผู้ป่วยสูงกว่าที่ผู้ป่วยรับรู้ทุกด้านและโดยรวม เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลมีการรับรู้ที่แตกต่างกันในทุกด้านและโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P<.05$ )

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ความต้องการการพยาบาลจิตสังคม และการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลสูงสุดตรงกันคือด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย แต่ผู้บาดเจ็บรับรู้การปฏิบัติของพยาบาลต่ำกว่าที่พยาบาลรับรู้ จึงเป็นข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหารหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและกลุ่มงานการพยาบาลที่รับผิดชอบการบริการพยาบาล ได้ส่งเสริมให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินแสดงออกถึงพฤติกรรมด้านการสร้างสัมพันธภาพที่ดีที่ผู้บาดเจ็บรับรู้ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้รับบริการทั่วไปได้รับบริการการพยาบาลด้านจิตสังคมอย่างมีคุณภาพ
2. จากผลการวิจัยที่พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 90.6 ไม่เคยเข้ารับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้การพยาบาลด้านจิตสังคม จึงอาจทำให้มีความรู้ไม่เพียงพอในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม ฝ่ายบริหารและบริการพยาบาลจึงควรจัดให้มีการอบรมและฝึกทักษะการพยาบาลด้านจิตสังคมเพื่อให้ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุได้รับบริการด้านจิตสังคมได้อย่างมีคุณภาพ
3. จากข้อมูลที่พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรับรู้ที่พยาบาลปฏิบัติน้อยที่สุดในแต่ละด้าน ได้แก่ "ให้มีผู้แปล(ล่าม)หากมีการใช้ภาษาที่ต่างกัน" "มีสื่อ

หน้ายิ้มแย้ม เป็นกันเองกับผู้บาดเจ็บ” “แนะนำให้ผู้บาดเจ็บได้รู้จักกับแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่ทำการรักษา” “สนับสนุนให้ผู้บาดเจ็บยอมรับการช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อจำเป็น” “อยู่เป็นเพื่อนและปลอบโยนเมื่อผู้บาดเจ็บต้องการ” และ “ยอมรับและเข้าใจในพฤติกรรมต่างๆที่ผู้บาดเจ็บแสดงออก แม้ว่าบางครั้งพฤติกรรมนั้นๆอาจไม่เหมาะสม” กิจกรรมต่างๆเหล่านี้หากพยาบาลได้มีการปฏิบัติให้มากขึ้น ให้ผู้บาดเจ็บรับรู้ได้ จะช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น จึงควรสนับสนุนให้มีกิจกรรมการพยาบาลจิตสังคมในเรื่องเหล่านี้ให้ชัดเจนมากขึ้น

### ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัย

1. เนื่องจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาความต้องการและการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุโดยใช้มาตรฐานการพยาบาลทางคลินิกของเวโซริค (Wesorick, 1990) มาปรับเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งเน้นด้านกิจกรรมการพยาบาลเท่านั้น ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าต่อไป ควรศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมที่จะเจอปัญหาเฉพาะเรื่องที่เกิดขึ้นกับผู้บาดเจ็บในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เช่น ภาวะเครียด วิตกกังวล ความรู้สึกหมดพลังอำนาจ เป็นต้น โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทาง

2. การศึกษาค้นคว้าไม่ได้เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐานทางสังคมเกี่ยวกับการใช้ภาษา ศาสนา และวัฒนธรรม ซึ่งเป็นตัวแปรที่อาจจะมีผลกับความต้องการและการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการและการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมในครั้งต่อไป ควรศึกษาตัวแปรเหล่านี้ให้ชัดเจนขึ้น

3. ควรศึกษาว่า ความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคมของผู้รับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมจากพยาบาลตรงตามความต้องการหรือไม่ โดยหาความสัมพันธ์ของข้อคำถามแต่ละข้อของความต้องการการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคม

4. ควรศึกษาตัวแปรที่ทำนายการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของพยาบาลและทำนายความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมและหรือกำจัดปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของพยาบาล และความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

5. ควรศึกษาความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่มีปัจจัยพื้นฐานต่างกัน เช่น เพศ ระดับการศึกษา ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความสามารถในการเผชิญปัญหา ฯลฯ ข้อมูลที่ได้จะช่วยเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมได้ตรงตามความต้องการของผู้บาดเจ็บมากยิ่งขึ้น

## บรรณานุกรม

กันยา สุวรรณแสง. (2540). จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 3, กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรวิทยา.

กฤษฎณา ช่างสุพรรณ, เพ็ญศรี กอบเพ็ชรหยก, พัชรินทร์ กรรณสูตร, สมนึก จิระะไพบุลย์, และ เอมอร สุทธิพงศ์. (2542). การศึกษาความพึงพอใจและความต้องการของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล หน่วยตรวจโรคอุบัติเหตุ โรงพยาบาลศิริราช. วารสารอุบัติเหตุ, 18 (1), 47-57.

กฤตยา แสงเจริญ. (2539). การสัมภาษณ์เพื่อการช่วยเหลือทางการพยาบาล. ขอนแก่น: ห้างหุ้นส่วนจำกัดขอนแก่นการพิมพ์.

จุฬารัตน์ วิระะรัตน์. และ จินตนา ยูนิพันธ์. (2536). การศึกษาลักษณะส่วนตน ทักษะติดต่อการพยาบาลจิตเวชและการใช้ตนเองเพื่อการบำบัดของพยาบาลจิตเวช. วารสารพยาบาลศาสตร์, 5 (1) 45-53.

จินตนา ยูนิพันธ์. (2542). คู่มือการฝึกอบรม:พยาบาลกับการคุ้มครองผู้บริโภค. นนทบุรี : โรงพิมพ์นายวิทย.

จริยาวัตร คมพยัคฆ์. (2531). แรงสนับสนุนทางสังคม: มโนทัศน์และการนำไปใช้. วารสารพยาบาลศาสตร์, 6 (3), 96-106.

ชญานิษ ลีวานิช. (2541). ผลกระทบและการตอบสนองของครอบครัวต่อการเกิดอุบัติเหตุ. วารสารพยาบาล, 47 (4), 257-263.

ชอลดา พันธุเสนา. (2536). การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤติตามแบบแผนสุขภาพ. กรุงเทพฯ : บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป จำกัด.

ธิติมา ทวานีเวช, วันเพ็ญ เอี่ยมจ้อย, และ ทิพพาพร ตั้งอำนาจ. (2541). ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤติตามการรับรู้ของตนเองและพยาบาล. พยาบาลสาร, 25 (1), 30-40.

นันทนา น้ำฝน. (2538). เอกลักษณ์พยาบาลวิชาชีพ. สงขลา : เทมการพิมพ์.

นิภาวรรณ สามารถกิจ และ จันท์พร ยอดยิ่ง. (2541). ความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยวิกฤติในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 6 (3), 40-56.

บุญวดี เพชรรัตน์. (2532). ความเครียด ภาวะวิกฤติ และการช่วยเหลือ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

\_\_\_\_\_. (2535). การพยาบาลผู้เจ็บป่วยทางกายที่มีปัญหาทางอารมณ์. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 12 (3), 28-34.

\_\_\_\_\_. (2539). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1. สงขลา : เทมการพิมพ์.

บุญวดี เพชรรัตน์ และ จรัสศรี บัวบาน. (2538). ปัญหาและความต้องการการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมของผู้ป่วยอุบัติเหตุ. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 7 (1), 29-37.

\_\_\_\_\_. (2540). การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของพยาบาล. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 17 (1-4), 44-60.

\_\_\_\_\_. (2541). การวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมของพยาบาลในโรงพยาบาล. รายงานวิจัย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

บุญศรี ปราบณศักดิ์ และ ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2534). การสื่อสารเพื่อคุณภาพการพยาบาล. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปัญญากรณ์ ชูตั้งกร และคณะ. (2537). มิติการดูแลของการพยาบาลไทย. รายงานการวิจัย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ผ่องศรี ศรีมรกต. (2526). วิธีการเผชิญปัญหาและการปรับตัวด้านจิตสังคมในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่รับไว้ในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

พิชชชดา วิรัชพินทุ, ทศนา บุญทอง, สุลักษณ์ มีชูทรัพย์ และ พรศรี ศรีอัญญาพร. (2534). ศึกษาพฤติกรรมสื่อสารของพยาบาลต่อผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลและการรับรู้ของผู้ป่วยที่หน่วยแพทย์เวรฉุกเฉินแผนกตรวจรักษาผู้ป่วยนอก วารสารพยาบาลศาสตร์, 12 (3), 25-32.

พาริดา อิบราฮิม. (2541). นิเทศวิชาชีพและจริยศาสตร์สำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย (กรุงเทพ) จำกัด.

มารยาท วัชรเกียรติ และ จินตนา ยูนิพันธ์. (2537). ผลของการสนับสนุนทางการพยาบาลต่อระดับความวิตกกังวล และพฤติกรรมดูแลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉิน. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 6 (3), 71-80.

มัณฑุภา ว่องวีระ. (2541). จริยธรรมกับการพยาบาล. สงขลา : การเมืองการพิมพ์.

เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ และ ลัดดา แสนสีหา. (2541). การช่วยเหลือผู้มีปัญหาทางจิตสังคม. ใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (บก.) การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. นนทบุรี : ยุทธรินทร์การพิมพ์จำกัด.

ละออ หุตางกูร. (2534). หลักพื้นฐานเพื่อการพยาบาล ชีว-จิต-สังคม. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรังสิต.

\_\_\_\_\_. (2536). จริยธรรมเพื่อคุณภาพการพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 5 (1), 3-10

วิไลรัตน์ คุ่มประยูร, สาวิตรี พุกษามาชนันท์ และ ขนิษฐา ไหม่คามิ. (2541). การประเมินความรู้และทักษะการพยาบาลจิตสังคมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนเขต 5. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 17 (2), 3-12.

วันเพ็ญ พิฑิตพรชัย. (2541). การพยาบาลกับความต่างทางวัฒนธรรม. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 16(1), 2-6.

ศิริพร จิรวินกุล และคณะ (2540). สมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาล, 1 (1), 53-70.

สถาบันการแพทย์ด้านอุบัติเหตุและสาธารณสุข. (2542). สถิติอุบัติเหตุและสาธารณสุขในประเทศไทย พ.ศ. 2539-2540. กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2534). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล. กรุงเทพฯ : บริษัทวิศุกสินจำกัด.

สมสมัย สุธีรศานต์. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคัดสรรกับความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

\_\_\_\_\_ (2536). การพยาบาลแบบร่วมรู้สึก. วารสารพยาบาลศาสตร์, 11 (4), 208-215.

สิระยา สัมมาวาจ. (2540). การตอบสนองทางจิตสังคมของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บ. วารสารพยาบาล, 46 (4), 196-206.

สิวลี ศิริไล. (2537). จริยธรรมกับงานบริการที่ประทับใจ. สารสภากาพยาบาล, 9 (1), 38-40.

สิวลี ศิริไล. (2542). จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ, สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุดาพรรณ ธัญจิรา และ วนิตา ออประเสริฐศักดิ์. (2540). การพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุภัยหมู่. กรุงเทพฯ : บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.

สุทธิพงศ์ พรหมไพจิตร, เขียรนันท์ วาณิชย์ศุภวงศ์ และ ปุณวัฒน์ อุบล. (2541). การส่งเสริมความเข้าใจอันดีของชาวไทยมุสลิมใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ : กรณีศึกษาจากการประเมินผลโครงการทักษิณพัฒนา. วารสารสงขลานครินทร์ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 4 (3), 313-24.

สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ. (2538). การรับรู้ต่อการเกิดอุบัติเหตุและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกขาหักจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อร่าม สุวรรณโน, อาทิตยา สุปัญญา, อรรถยาพร คำพิลา, ดังการ สังแก้ว และ สุดสายใจ พิมพ์ดีด. (2540). ศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางจราจร. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 16 (3), 3-13.

อิชยา สุวรรณกุล และ นงนุช ชาวน์ศิลป์. (2542). พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้รับบริการ. วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาล, 3 (1), 45-60.

เอกวิทย์ ณ ถลาง. (2540). สังคมและวัฒนธรรมของกลุ่มชนหลายชาติพันธุ์ในภาคใต้. รูสมิแล วารสารมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี, 18 (1-2), 3-9.



อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต:แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี. เจ.พรินติ้ง.

Anderson,A.L.,Bunketorp,O. & Allebeck, P. (1997). High rates of psychosocial complications after road traffic injuries. Injury,28 (8), 539-543.

Bartolovic,M. (1996). Psychosocial intervention in the Emergency Department. in Barry, P.(Ed.), Psychosocial Nursing Care of Physically Ill Patients and Their Family 3<sup>rd</sup> ed, (pp.459-477). Philadelphia : Lippincott.

Bergman, R. (1983). Understanding the patient in all his human need. Journal of Advanced Nursing, 8 (3), 185-190.

Bjorvell,H. & Steige,J. (1991). Patients' perception of the health care received in an emergency department. Annal Emergency Medicine,20 (7),734-8.

Bursch,B., Beezy.J. & Shaw.R. (1993). Emergency department satisfaction : What matters most? Annals of Emergency Medicine. 22 (3), 92-97.

Byrne,G., & Heyman,R. (1997). Patient anxiety in the accident and emergency department. Journal of Clinical Nursing,6 (4),289-295.

Caldwell, E. (1978). The psychologic impact of trauma. Nursing Clinic of North America,13 (2.),247-224.

Carrillo, J.E., Green,A.R., & Betancort, J.R. (1999). Cross cultural primary care : A patients-base approach. Annual of Internal Medicine,130 (10), 829-834.

Clark,C.A.,Pokorny,M.E.,& Brown,S.T. (1996). Consumer satisfaction with nursing care in a rural community hospital emergency department. Journal Nursing Care Quality,10 (2),49-57.

Danis,D.M. (1984). Fear in ED patients. Journal Emergency Nursing,10 (3),151-155.

Frost,M.H., Brueggen,C. & Mangan,M. (1997). Intervening with the psychosocial needs of patients and families : perceived importance and skill level Cancer Nursing, 20 (5), 350-8.

Gardner,K.G., & Wheeler,E. (1981). Patients' and Staff Nurses' Perceptions of Supportive Nursing Behavior : A Preliminary Analysis. Caring : An Essential Human Need. Proceeding of the Three National Caring Conferences.

Gorman,L.M.,Sultan,D.,& Luna-Raines,M. (1989). Psychosocial nursing handbook for the nonpsychiatric nurses. Baltimore : Williams & Wilkins.

Hewison,A. (1995). Nurses' power in interactions with patients. Journal Advanced of Nursing 21 (1), 75-82.

Hickey, M. (1990). What are the needs of families of critically ill patients? A review of the literature since 1976. Heart & Lung, 19 (4), 401-415.

Hostutler, J.J., Taft, S.H. & Snyder, C. (1999). Patient needs in emergency department : nurses' and patients' perceptions. Journal of Nursing Administration, 29 (1), 43-50.

Huggin, K.N., Gandy, W.M. & Kohut, C.D. (1993). Emergency department patients' perception of nurse caring behaviors. Heart & Lung, 22 (5), 356-64.

Kirkham, S.R. (1998). Nurses' descriptions of caring for culturally diverse clients. Clinical Nursing Research : an international Journal, 7 (2), 125-46.

Krishel, S. & Baraff, L.J. (1993). Effect of emergency department information on patient satisfaction. Annual Emergency Medicine, 22 (3), 568-72.

Landsman, I.S. et al. (1990). The psychosocial consequences of traumatic injury. Journal of Behavior Medicine, 13 (6) 561-81. Abstract from PMID:2077139, UI:91171279.

Lenahan, G.P. (1986). Emotional impact of trauma. Nursing Clinics of North America, 21 (4), 729-39.

Lewis, K.E. & Woodside, (1992). Patient satisfaction with care in the emergency department. Journal of Advanced Nursing, 17(8), 959-64.

Lipowski, Z.J. (1982). Psychosocial reactions to physical illness. Canadian Medicine Association Journal, 128 (1), 1069-72.

Malt, U.F., Blikra, G. & Holvik, B. (1989). The three-year biopsychosocial outcome of 551 hospitalized accidentally injured adults. Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement, 355 (80), 84-93.

Mattsson, E.I. (1975). Psychological aspects of severe physical injury and its treatment. The Journal of trauma, 15 (3), 217-33.

Mayou, S., Simkin, S. & Threlfall, J. (1991). The effect of road traffic accidents on driving behaviour. Injury : the British Journal of Accident Surgery, 22 (3), 365-8.

Messner, R.L. (1993). What patients really want from their nurse. American Journal of Nursing, 93 (8), 38-41.

Moore, K.W., & Schwartz, K.S. (1993). Psychosocial support of trauma patients in the emergency department by nurses, as indicated by communication. Journal of Emergency Nursing, 19 (4), 297-302.

Mowad, L. & Ruhle, D. (1988). A handbook of emergency nursing : The nursing process approach. U.S.A. : Appleton & Lange.

Norris,L., & Grove,S.K.(1986).Investigation of selected psychosocial needs of family members of critically ill adult patients. Heart & Lung,15 (2),194-99.

Oxler,K.F. (1997). Achieving Patient Satisfaction : Resolving Patient Complaints. Holistic Nursing Practice,11 (4), 27-34.

Peplau, H.E. (1992). Interpersonal relation : A theoretical framework for application in nursing practice. Nursing Science Quarterly,5 (1),13-18.

Polit,D.F. & Hungler,B.P. (1999). Nursing research : Principle and methods. Philadelphia : Lippincott.

Roberts,G.W. (1994). Nurse/patient communication within a bilingual health care setting. British Journal Nurse,3 (2), 66-7.

Sbaih,L.(1995).To do or not to do : Use of the scope of professional practice in accident and emergency work. Accident and Emergency Nursing,3 (1),7-13.

Spector, RE. (1999). Cultural Care in Nursing. In Patricia,A.Potter. & Anne Griffin Perry. (eds.) Basic Nursing : A critical thinking approach. (pp.309-342) St. Louis : Mosby.

Wesorick,B. (1990). Standard for Nursing Care : A model for clinical practice. Philadelphia : J.B. Lippincott Company.

William, A.M. (1998a). The delivery of quality nursing care : a grounded theory study of the nurse's perspective. Journal of Advance Nursing,27 (4), 808-16.

William, S.A. (1998b). Quality and care : patients' perception. Journal of Nursing Care Quality,12 (6),18-25.

ภาคผนวก

### ใบพิทักษ์สิทธิ์

ดิฉัน นางสาวสุรัตณี มณีแสง เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่อง "ความต้องการการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้" ดิฉันขอความร่วมมือจากท่านผู้บาดเจ็บที่ได้มารับบริการในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่สามารถให้ข้อมูลเพื่อการสัมภาษณ์เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยตอบคำถามที่มีอยู่ในแบบสัมภาษณ์ ซึ่งคำตอบดังกล่าวจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด และหากท่านไม่ยินดีที่จะตอบแบบสัมภาษณ์แม้ว่าจะเริ่มสัมภาษณ์ไปแล้วก็ตาม ท่านสามารถออกจากกรวิจัยได้ทันที

ขอขอบคุณในความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ของท่าน

สุรัตณี มณีแสง

ลำดับที่.....

## แบบสัมภาษณ์ผู้บาดเจ็บ

ความต้องการการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาล ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้

คำแนะนำในการใช้แบบสัมภาษณ์ แบบสัมภาษณ์นี้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้บาดเจ็บ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ระดับความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคมของผู้บาดเจ็บและการรับรู้ระดับการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมที่พยาบาลปฏิบัติ

## ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้บาดเจ็บ

## 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

## 1.1 เพศ

1.( ) ชาย

2.( ) หญิง

## 1.2 อายุ.....ปี

## 1.3 ศาสนา

1.( ) พุทธ

2.( ) อิสลาม

3.( ) คริสต์

4.( ) อื่นๆ ระบุ.....

## 1.4 ระดับการศึกษา

1.( ) ไม่ได้เรียน

2.( ) ประถมศึกษา

3.( ) มัธยมศึกษาตอนต้น

4.( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย

5.( ) ประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญา

6.( ) ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

7.( ) อื่นๆ ระบุ.....

## 1.5 สถานภาพสมรส

1.( ) โสด

2.( ) คู่

3.( ) หม้าย

4.( ) หย่า

5.( ) อื่นๆ ระบุ.....

## 1.6 สถานภาพ/บทบาทหน้าที่ในครอบครัว

1.( ) หัวหน้าครอบครัว

2.( ) แม่บ้าน

3.( ) สมาชิก

4.( ) อื่นๆ ระบุ.....

## 1. ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

### 1.7 อาชีพหลัก

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| 1.( ) รับราชการ                | 2.( ) รัฐวิสาหกิจ                      |
| 3.( ) ลูกจ้างหรือพนักงานของรัฐ | 4.( ) ลูกจ้างหรือพนักงานของรัฐวิสาหกิจ |
| 5.( ) นักเรียน/นักศึกษา        | 6.( ) ธุรกิจส่วนตัว                    |
| 7.( ) แม่บ้าน                  | 8.( ) ทำงานบริษัท/เอกชน                |
| 9.( ) รับจ้าง                  | 10.( ) อื่นๆ ระบุ.....                 |

### 1.8 รายได้ของครอบครัวเป็นอย่างไร

- 1.( ) สมดุลกัน (พอมีพอใช้) ระบุ.....บาท/เดือน
- 2.( ) รายได้มากกว่ารายจ่าย (มีเหลือเก็บ) ระบุ.....บาท/เดือน
- 3.( ) รายจ่ายมากกว่ารายได้ (ไม่พอใช้) ระบุ.....บาท/เดือน

### 1.9 การจ่ายค่ารักษาพยาบาล

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| 1.( ) เบิกค่ารักษาพยาบาลได้     | 2.( ) รับการช่วยเหลือจากสังคมสงเคราะห์  |
| 3.( ) ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ  | 4.( ) ชำระค่ารักษาพยาบาลเองทั้งหมด      |
| 5.( ) ใช้สิทธิ พ.ร.บ.บุคคลที่ 3 | 6.( ) จากบริษัทประกันชีวิตที่เป็นสมาชิก |

### 1.10 แหล่งสนับสนุนที่จะให้การช่วยเหลือท่านในการบาดเจ็บครั้งนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1.( ) ครอบครัว      2.( ) เพื่อนร่วมงาน      3.( ) หน่วยงาน/องค์กรในชุมชน

## 2. ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

### 2.1 ประเภทของการเกิดอุบัติเหตุ

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| 1.( ) อุบัติเหตุการจราจร          | 2.( ) อุบัติเหตุจากการถูกทำร้ายร่างกาย |
| 3.( ) อุบัติเหตุจากการประกอบอาชีพ | 4.( ) อื่นๆ (ระบุ).....                |

### 2.2 ตำแหน่งของการได้รับบาดเจ็บ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- |                                   |                           |
|-----------------------------------|---------------------------|
| 1.( ) บาดเจ็บหน้าอก               | 2.( ) บาดเจ็บช่องท้อง     |
| 3.( ) บาดเจ็บแขนขา                | 4.( ) กระดูกหัก           |
| 5.( ) บาดเจ็บไขสันหลัง            | 6.( ) บาดเจ็บบริเวณใบหน้า |
| 7.( ) มีบาดแผลฉีกขาดบริเวณร่างกาย | 8.( ) อื่นๆ (ระบุ).....   |

### 2.3 การวินิจฉัยของแพทย์.....

### 2.4 ความรุนแรงของการบาดเจ็บครั้งนี้ตามความคิดเห็นของท่าน

- 1.( ) บาดเจ็บรุนแรง      2.( ) บาดเจ็บปานกลาง      3.( ) บาดเจ็บเล็กน้อย

### 2.5 ประสบการณ์ในการได้รับอุบัติเหตุ

- 1.( ) ไม่เคย      2.( ) เคย (ระบุ).....

### 2.6 ประสบการณ์ในการใช้บริการในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน

- 1.( ) ไม่เคย      2.( ) เคย (ระบุจำนวนครั้ง).....

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ระดับความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคมของผู้บาดเจ็บ และการรับรู้ระดับการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมที่พยาบาลปฏิบัติ

คำชี้แจง ให้ท่านระบุระดับการรับรู้ความต้องการการพยาบาลของท่าน และระบุระดับการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินได้ปฏิบัติต่อท่าน โดยวงกลมที่ตัวเลขในส่วนของระดับความต้องการของผู้บาดเจ็บและระดับการปฏิบัติของพยาบาล โดยกำหนดระดับการรับรู้ทั้ง 2 กรณี ดังนี้

ระดับ 4 หมายถึง ท่านรับรู้ความต้องการการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมในเรื่องนั้นๆในระดับมาก หรือเป็นส่วนมาก กำหนดค่าคะแนนเท่ากับ 4

ระดับ 3 หมายถึง ท่านรับรู้ความต้องการการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมในเรื่องนั้นๆในระดับปานกลางหรือมีการรับรู้เช่นนั้นบ่อยครั้งกำหนดค่าคะแนนเท่ากับ 3

ระดับ 2 หมายถึง ท่านรับรู้ความต้องการการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมในเรื่องนั้นๆในระดับน้อย หรือ มีการรับรู้เช่นนั้นนานๆครั้ง กำหนดค่าคะแนนเท่ากับ 2

ระดับ 1 หมายถึง ท่านรับรู้ความต้องการการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมในเรื่องนั้นๆในระดับน้อยที่สุดหรือมีการรับรู้เช่นนั้นแทบไม่เกิดขึ้นเลยหรือไม่เคยรับรู้เลย กำหนดค่าคะแนนเท่ากับ 1

ดังตัวอย่าง

กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม	ความต้องการ				การปฏิบัติ			
	4	3	2	1	4	3	2	1
ท่านต้องการได้รับการพยาบาลและพยาบาลได้ปฏิบัติต่อท่านระดับใดในกิจกรรมดังต่อไปนี้								
1. ทักทายทันทีที่ท่านเข้ามาในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	④	3	2	1	4	③	2	1



กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม	ความต้องการ				การปฏิบัติ			
	4	3	2	1	4	3	2	1
ท่านต้องการได้รับการพยาบาลและพยาบาล ได้ปฏิบัติต่อท่านระดับใดในกิจกรรมดังต่อไปนี้								
1. ทักทายทันทีที่ท่านเข้ามาในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	4	3	2	1	4	3	2	1
2.....	4	3	2	1	4	3	2	1
11. เปิดโอกาสให้ผู้บาดเจ็บ/ญาติซักถามเรื่องที่ สงสัย/ข้องใจ	4	3	2	1	4	3	2	1
12.....	4	3	2	1	4	3	2	1
17. แนะนำให้ท่านรู้จักกับแพทย์และเจ้าหน้าที่ ในทีมการรักษา	4	3	2	1	4	3	2	1
18.....	4	3	2	1	4	3	2	1
23. ให้การดูแลช่วยเหลือท่านทันทีที่เข้ามาใน หน่วยงาน	4	3	2	1	4	3	2	1
24.....	4	3	2	1	4	3	2	1
32. เปิดโอกาสให้ท่านและ/หรือญาติได้มีส่วน ร่วมในการรักษา	4	3	2	1	4	3	2	1
33.....	4	3	2	1	4	3	2	1
40.....	4	3	2	1	4	3	2	1



1. ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

1.7 ตำแหน่งในหน่วยงาน

1. ( ) หัวหน้าหน่วยงาน  
 2. ( ) พยาบาลประจำการ  
 3. ( ) อื่นๆ ระบุ.....

1.8 ตำแหน่งตามสายงาน พยาบาลวิชาชีพ(ระบุระดับ).....

1.9 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหน่วยฉุกเฉิน.....ปี

1.10 ข้อมูลเกี่ยวกับการเพิ่มพูนความรู้ด้านการพยาบาลจิตสังคม

1. ( ) ไม่เคยเข้ารับการอบรม  
 2. ( ) เคยได้รับการอบรม (ระบุหลักสูตรที่อบรม).....

1.11 ประเมินตนเองว่ามีความรู้และเข้าใจในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม

1. ( ) มีความรู้และเข้าใจเป็นอย่างดี  
 2. ( ) มีความรู้และเข้าใจปานกลาง  
 3. ( ) มีความรู้และเข้าใจน้อย

1.12 ประเมินตนเองว่าได้ปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมในระดับดังนี้

1. ( ) ดี                      2. ( ) ปานกลาง                      3. ( ) น้อย

1.12 ท่านมีโอกาสใช้ภาษาท้องถิ่นกับผู้รับบริการ ( ) 1. ใช่ ( ) 2. ไม่ใช่

ระบุภาษาที่ใช้คือ.....

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ระดับความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคมของผู้บาดเจ็บ และการรับรู้ระดับการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมที่พยาบาลปฏิบัติ

คำชี้แจง ข้อความในตารางเป็นกิจกรรมการพยาบาลด้านจิตสังคมในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ให้ท่านระบุระดับการรับรู้ความต้องการการพยาบาลของผู้บาดเจ็บ และระบุระดับการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมที่ท่านปฏิบัติต่อผู้บาดเจ็บ โดยวงกลมที่ตัวเลขในส่วนของระดับความต้องการของผู้บาดเจ็บ และ ระดับการปฏิบัติของพยาบาล โดยกำหนดระดับการรับรู้ทั้ง 2 กรณี ดังนี้

ระดับ 4 หมายถึง ท่านรับรู้ความต้องการการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมในเรื่องนั้นๆในระดับมาก หรือเป็นส่วนมาก กำหนดค่าคะแนนเท่ากับ 4

ระดับ 3 หมายถึง ท่านรับรู้ความต้องการการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมในเรื่องนั้นๆในระดับปานกลางหรือบ่อยครั้ง กำหนดค่าคะแนนเท่ากับ 3

ระดับ 2 หมายถึง ท่านรับรู้ความต้องการการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมในเรื่องนั้นๆในระดับน้อย หรือ มีการรับรู้เช่นนั้นๆครั้ง กำหนดค่าคะแนนเท่ากับ 2

ระดับ 1 หมายถึง ท่านรับรู้ความต้องการการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมในเรื่องนั้นๆในระดับน้อยที่สุดหรือมีการรับรู้เช่นนั้นแทบไม่เกิดขึ้นเลยหรือไม่เคยรับรู้เลย กำหนดค่าคะแนนเท่ากับ 1

กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคม	ความต้องการ				การปฏิบัติ			
	4	3	2	1	4	3	2	1
ท่านต้องการได้รับการพยาบาลและพยาบาลได้ปฏิบัติต่อท่านระดับใดในกิจกรรมดังต่อไปนี้								
1. ทักทายผู้บาดเจ็บทันทีที่เข้ามาในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	4	3	2	1	4	3	2	1
2.....	4	3	2	1	4	3	2	1
11. เปิดโอกาสให้ผู้บาดเจ็บ/ญาติซักถามเรื่องที่สงสัย/ข้องใจ	4	3	2	1	4	3	2	1
12.....	4	3	2	1	4	3	2	1
17. แนะนำให้ผู้บาดเจ็บรู้จักกับแพทย์และเจ้าหน้าที่ในทีมการรักษา	4	3	2	1	4	3	2	1
18.....	4	3	2	1	4	3	2	1
23. ให้การดูแลช่วยเหลือผู้บาดเจ็บทันทีที่เข้ามาในหน่วยงาน	4	3	2	1	4	3	2	1
24.....	4	3	2	1	4	3	2	1
32. เปิดโอกาสให้ผู้บาดเจ็บและ/หรือญาติได้มีส่วนร่วมในการรักษา	4	3	2	1	4	3	2	1
33.....	4	3	2	1	4	3	2	1
40.....	4	3	2	1	4	3	2	1

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นิตยา ตากวิริยะนันท์  
ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
2. ดร.วันดี สุทธิรัมย์  
ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. ดร. ชนิษฐา นาคะ  
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
4. คุณ พนิดา ยมาพัฒน์  
หัวหน้าหน่วยห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
5. คุณ ปราวณี นิพัทธกุลกิจ  
หัวหน้าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางสาวรัตณี มณีแสง

วัน เดือน ปีเกิด 5 สิงหาคม พ.ศ. 2494

## วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
1. ประกาศนียบัตรพยาบาล ผดุงครรภ์และอนามัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราช ชนนี สงขลา	2516
2. พยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง 1 ปี)	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2530

## ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7 ประจำหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน  
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลสงขลา