



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต



อุไรวรรณ สิงห์สังข์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต



อุไรวรรณ สิงห์สังข์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTORS RELATED TO TRANSFER ANXIETY IN FAMILY MEMBERS OF
CRITICALLY ILL PATIENTS



URAIWAN SINGSANG

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR MASTER DEGREE OF NURSING SCIENCE
IN ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING
FACULTY OF NURSING
BURAPHA UNIVERSITY

2024

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ อุไรวรรณ สิงห์สังข์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมรดี มาสิงบุญ)

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาศ ชินวงศ์)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายฝน ม่วงคุ้ม)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมรดี มาสิงบุญ)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายฝน ม่วงคุ้ม)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ชนิดดา แนบเกษร)

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการ
การศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของ
มหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทวัส แจ่มเอียด)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

63910200: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)
 คำสำคัญ: ความวิตกกังวลจากการย้ายออก/ ผู้ป่วยวิกฤต/ สมาชิกครอบครัว/ การให้ข้อมูล/ ความไม่
 แน่นอน

อุไรวรรณ สิงห์สังข์ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกของสมาชิก
 ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต. (FACTORS RELATED TO TRANSFER ANXIETY IN FAMILY MEMBERS OF
 CRITICALLY ILL PATIENTS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: เขมรดี มาสิงบุญ, D.S.N., สายฝน ม่วงคุ้ม,
 Ph.D. ปี พ.ศ. 2567.

การย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเกิดความวิตกกังวล หรือ
 ที่เรียกว่า “ความวิตกกังวลจากการย้ายออก” ซึ่งอาจส่งผลต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยได้ การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัย
 เชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความวิตกกังวลจากการย้ายออก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความ
 วิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัว ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูล และ
 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอ
 ผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลในสังกัดบริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการจำกัด จำนวน 136 ราย คัดเลือกโดยวิธีการสุ่ม
 ตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความวิตกกังวล
 จากการย้าย แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบสอบถามการสนับสนุนด้านข้อมูล มีค่า
 สัมประสิทธิ์كرونบาคอัลฟาเท่ากับ .95, .84 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ
 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต
 ของสมาชิกครอบครัว เท่ากับ 65.24 จากคะแนนเต็ม 150 ($SD = 18.027$) การสนับสนุนด้านข้อมูลมีความสัมพันธ์
 ทางลบในระดับปานกลางกับความวิตกกังวลจากการย้ายออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.348, p < .01$) และ
 ความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .617, p < .01$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมสมาชิกครอบครัวก่อน
 ย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต โดยการสนับสนุนให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและการรักษาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลด
 ความรู้สึกไม่แน่นอนและความวิตกกังวลจากการย้ายในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

63910200: MAJOR: ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING; M.N.S. (ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING)

KEYWORDS: TRANSFER ANXIETY/ CLINICALLY ILL PATIENTS/ FAMILY MEMBERS/ INFORMATION SUPPORT/ UNCERTAINTY

URAIWAN SINGSANG : FACTORS RELATED TO TRANSFER ANXIETY IN FAMILY MEMBERS OF CRITICALLY ILL PATIENTS. ADVISORY COMMITTEE: KHEMARADEE MASINGBOON, D.S.N. SAIFONE MOUNGKUM, Ph.D. 2024.

Transferring patients from the Intensive care unit (ICU) can make family members of critically ill patients feel worried, called “transfer anxiety”. Transfer anxiety in family members can affect a patient’s recovery. This descriptive correlational study aimed to describe transfer anxiety and its relationship with information support and illness uncertainty among family members of critically ill patients who transferring out from ICU. The sample was family members of critically ill patients who were admitted to the ICU of hospitals under Bangkok Dusit Medical Company. A simple random sampling was used to recruit 136 family members into the study. Research instruments consisted of the demographic data questionnaire, the transfer anxiety questionnaire with a Cronbach alpha coefficient of .95, the illness uncertainty questionnaire, and the information support questionnaire, the Cronbach alpha coefficient were .84, and .94 respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics and Pearson’s Product Moment Correlation Coefficient.

The results showed that the mean score of transfer anxiety from ICU among family members was 65.24 out of 150 ($SD = 18.027$). Information support had a significantly negative correlation with transfer anxiety at a moderate level ($r = -.348, p < .01$). While illness uncertainty had a significantly high positive association with transfer anxiety ($r = .617, p < .01$).

Results of the study can apply to prepare family readiness before transferring patients from the ICU. Consistently providing information related to treatments and patients’ conditions can reduce illness uncertainty and transfer anxiety among family members of critically ill patients.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมรดี มาสิงบุญ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สายฝน ม่วงคุ้ม อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียด ถี่ถ้วน และเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไขและวิจารณ์ผลงาน ทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ รวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ให้มีคุณภาพ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล โรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสำนักงานใหญ่ โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล และ โรงพยาบาลหัวใจกรุงเทพ รวมถึงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล จนสำเร็จ ลุล่วงไปได้ด้วยดี และขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยข้อมูลที่ได้รับนั้น เป็นสิ่งที่ประโชชน์ และไม่สามารถประเมินราคาได้

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และ กำลังใจในระหว่างการศึกษา จนสามารถบูรณาการความรู้มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณครอบครัว เพื่อน ๆ พี่ ๆ น้อง ๆ ที่ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา จนมาถึงวันที่วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยดี

อุไรวรรณ สิงห์สังข์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญรูปภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	6
สมมติฐานของการวิจัย	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย	7
ขอบเขตของการวิจัย	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
ผู้ป่วยภาวะวิกฤต	10
แนวคิดเกี่ยวกับหอผู้ป่วยวิกฤต	14
แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลจากการย้ายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต	24
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต	31
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	38
สถานที่ในการวิจัย	38
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	39
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	41
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย	44

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	45
การเก็บรวบรวมข้อมูล	46
การวิเคราะห์ข้อมูล	47
บทที่ 4 ผลการวิจัย	49
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	49
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา	53
ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต.....	54
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล	56
สรุปผลการวิจัย.....	56
การอภิปรายผล	57
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	61
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	62
บรรณานุกรม	63
ภาคผนวก	70
ภาคผนวก ก	71
ภาคผนวก ข	74
ภาคผนวก ค	76
ภาคผนวก ง.....	79
ภาคผนวก จ	94
ภาคผนวก ฉ	98
ภาคผนวก ช	100
ประวัติย่อของผู้วิจัย	102

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 136)	50
ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย (n = 136)	52
ตารางที่ 3 ความวิตกกังวลจากการย้าย การสนับสนุนด้านข้อมูล และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (n = 136)	54
ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างการสนับสนุนด้านข้อมูล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (n = 136)	55

สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....8



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นภาวะทางอารมณ์ หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นความไม่สบายใจ ความกระวนกระวายใจ ความหวาดหวั่นพรั่นพรึง อันเนื่องมาจากการถูกคุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัยของบุคคลนั้น ความวิตกกังวลถือได้ว่าเป็นอารมณ์พื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งเกิดขึ้นได้ตลอดชีวิต เนื่องจากมนุษย์ต้องพบกับเหตุการณ์มากมายในชีวิต ทั้งเหตุการณ์ที่ทำให้พึงพอใจ และเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกตึงเครียด ความวิตกกังวลจากเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เข้ามาในช่วงครั้งคราวเป็นระยะสั้นนี้ อาจเรียกได้ว่า เป็นความวิตกกังวลตามสถานการณ์ (State Anxiety)

(Spielberger, 1983)

การเจ็บป่วยวิกฤตเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อรับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดร่วมกับการใช้อุปกรณ์ที่ทันสมัย ก่อให้เกิดความวิตกกังวลทั้งต่อผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว และเมื่ออาการคงที่พ้นจากภาวะวิกฤต ผู้ป่วยจะได้รับการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป นำมาซึ่งความวิตกกังวลของผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวอีกครั้ง เรียกว่า transfer anxiety หรือ ความวิตกกังวลจากการย้ายออก (Cypress, 2013) ซึ่งพบได้บ่อยทั้งกับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตหลายวัน เนื่องจากเกิดความคุ้นเคยกับแพทย์ พยาบาล และสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต ความวิตกกังวลจากการย้าย หมายถึง ประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลใด บุคคลหนึ่งที่เกิดจากการย้ายจากสถานที่หรือจากสิ่งแวดล้อมหนึ่งที่ดินเองรู้จักคุ้นเคยและรู้สึกปลอดภัยไปยังสถานที่หรือสิ่งแวดล้อมที่ตนเองประเมินว่าไม่ปลอดภัย เป็นการการรับรู้ในด้านลบ เกี่ยวกับการย้ายซึ่งมีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ โดยอาการและอาการแสดงจะเกิดขึ้นในช่วงเวลา สั้น ๆ ก่อนหรือหลังจากการย้าย (Leith, 1998)

การย้ายออกของผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยวิกฤตทำให้เกิดความเครียด และความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว (White et al., 2018) เนื่องจากต้องแยกจากสถานที่ที่ตนเองรู้สึกคุ้นเคย แยกตัวจากอุปกรณ์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยในระยะเจ็บป่วยวิกฤต (Manookian et al., 2015) สมาชิกครอบครัวต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยที่ไม่คุ้นเคยด้วยการดูแลที่แตกต่างกัน กฎระเบียบ และบุคลากรใหม่ของทางการแพทย์ (Manookian et al., 2015) และเป็นที่น่าทึ่งกันว่าหอผู้ป่วยวิกฤต มีทรัพยากรรวมถึงอุปกรณ์เทคโนโลยีขั้นสูง มีผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพเฉพาะทาง

และการดูแลรักษาของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ทันทั่วทั้งที เมื่อเทียบกับหอผู้ป่วยทั่วไป (Cognet & Coyer, 2014) ดังนั้นสมาชิกในครอบครัว จึงรับรู้ว่าการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตนั้นอาจไม่ปลอดภัย สำหรับผู้ป่วย รู้สึกไม่สบายใจ และวิตกกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่จะต้องเผชิญในสถานที่และสิ่งแวดล้อมใหม่ ซึ่งอาจมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (Cullinane & Plowright, 2013) นอกจากนี้ การถูกคุกคามทางด้านร่างกายจากภาวะเจ็บป่วย เช่น การคาท้อช่วยหายใจทำให้ไม่สามารถสื่อสารด้วยการพูดได้ (จารุวรรณ บุญรัตน์ และ สุพัตรา อุปนิสากร, 2555) การดูดเสมหะ การคาสายสวน ปัสสาวะ หรือสายยางให้อาหาร สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น (Steven et al., 2013)

การย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป เป็นเรื่องปกติสำหรับผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ แต่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในญาติหรือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย วิกฤตได้ Leith (1999) ได้ทำการศึกษาความวิตกกังวลหลังจากการย้ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต อายุรกรรมในผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีความวิตกกังวลจากการย้ายในระดับปานกลางถึงสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Brodsky-Israeli (2010) ร้อยละ 48 ของสมาชิกครอบครัวมีความวิตกกังวลจากการย้ายสอดคล้องกับการศึกษาของ Carpenito (2013) ที่พบว่า ร้อยละ 80 -100ของสมาชิกครอบครัว เกิดความวิตกกังวลเมื่อมีการย้ายสถานที่ และการศึกษาของ นภาพร นุ่มมีชัย (2550) พบว่าผู้ป่วยที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลจากการย้ายอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Tonkus et al. (2020) ศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลจากการย้ายของผู้ป่วยวิกฤตและผู้ดูแลพบว่า คะแนนระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยวิกฤตและผู้ดูแลก่อนและหลังการย้ายมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมักรู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวลกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งอาจเกิดผลกระทบกับสมาชิกครอบครัวได้ หากสมาชิกครอบครัวเผชิญปัญหาอย่างไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวอาจทำให้เกิดความล้มเหลวในการฟื้นตัวของผู้ป่วยได้ (Ramsay et al., 2014) สมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญต่อความเป็นอยู่ทั่วไป และการฟื้นฟูของผู้ป่วย โดยเป็นแหล่งสนับสนุนด้าน ความมั่นคงทางด้านจิตใจและอารมณ์ให้กับผู้ป่วย ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวคือ บุคคลสำคัญที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการรักษา กระบวนการตั้งแต่แรกรับการรักษาในโรงพยาบาลตลอดการรักษา และการพักฟื้น (Hamzah & Husni, 2017) ความวิตกกังวลอาจรบกวนความสามารถของสมาชิกครอบครัวในการรับรู้ และการทำความเข้าใจข้อมูล สมาชิกสิ้นลงความสามารถในการจดจำ และความสามารถในการตัดสินใจลดลงตามมาด้วย ส่งผลให้สมาชิก

ครอบครัวผู้ป่วยไม่สามารถเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยวิกฤต และอาจส่งผลต่อการฟื้นหายของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ ยังพบว่า ความวิตกกังวลสามารถส่งผ่านจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งได้เช่นกัน โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวจะสามารถถ่ายทอดความวิตกกังวลสู่ผู้ป่วยได้มากกว่าบุคคลอื่น (Karlsson et al., 2020) ความวิตกกังวลจากการย้ายมีผลต่อสมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นหน่วยที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ครอบครัวเป็นแหล่งสำคัญในการดูแล ส่งเสริม และรักษาสุขภาพของบุคคลในครอบครัวทั้งในยามปกติ และเจ็บป่วย ซึ่งการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวจะมีผลกระทบต่อครอบครัวทั้งระบบ (Leahey & Wright, 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายที่สำคัญ ได้แก่ การย้ายโดยไม่มีเตรียมการ การขาดการสนับสนุนทางด้านข้อมูลและอารมณ์ และความรู้สึกไม่แน่นอนของความเจ็บป่วย (Leith, 1998) จากการศึกษาของ Gustad et al. (2008) พบว่า ระยะเวลาการนอนรักษาในหอผู้ป่วย วิกฤตมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้าย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยทางด้านความรุนแรง ของความเจ็บป่วย ประสบการณ์ด้านลบเกี่ยวกับการย้ายในอดีต การย้ายโดยไม่สมัครใจ การย้ายอย่างเฉียบพลันโดยไม่คาดคิด (Coyle, 2001) และจากการศึกษาของ Brodsky-Israeli (2010) พบว่า ความวิตกกังวลจากการย้ายจาก หอผู้ป่วยหนักมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ($r = -.21, p < .05$) และจำนวนวันที่นอนในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลจากการย้าย ($r = .21, p < .05$) ในขณะที่การศึกษาของ Jin-Hee et al. (2010) พบว่า ระยะเวลาการนอนรักษาในหอผู้ป่วยหนัก การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลที่แตกต่างกันระหว่าง หอผู้ป่วยหนักกับหอผู้ป่วยทั่วไป ความพึงพอใจในกระบวนการย้าย และสถานะทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายจากหอผู้ป่วยหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สำหรับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายพบว่า มีการศึกษาของ Lieth (1998) ได้สังเคราะห์งานวิจัย พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลจากการย้าย ได้แก่ ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ระยะเวลาที่นอนรักษา ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนด้านข้อมูล และอารมณ์ และชนิดของการย้าย วัดความวิตกกังวลที่หอผู้ป่วยสามัญ หลังจากย้าย 48 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่า ชนิดของการย้ายและระยะเวลาที่นอนรักษา ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้าย ส่วนความรุนแรงของความเจ็บป่วยและการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้าย

สำหรับประเทศไทย พบว่ามีเพียงการศึกษาของ นภาพร นุ่มมีชัย (2550) ที่ทำการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจาก หอผู้ป่วยหนักของผู้ป่วย

วิกฤต ซึ่งทำการศึกษาหลังจากที่ผู้ป่วยย้ายจากหอผู้ป่วยหนักไปแล้ว 48 ชั่วโมง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายจากหอผู้ป่วยหนัก ได้แก่ ชนิดของการย้าย ($\text{Eta} = .229$, $p < .05$) ระยะเวลาที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ($r = .28$, $p < .05$) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ($r = .414$, $p < .005$) ส่วนการสนับสนุนทางด้านข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลจากการย้ายจากหอผู้ป่วยหนักอย่างมีนัยสำคัญ ($r = -.276$, $p < .005$) ต่อมาภคฤชญา ปะสาวะเท (2561) ได้มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า ความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างจากการย้ายจากหอผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 76.59$, $SD = 8.27$) การรับรู้ความรุนแรงของ ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความวิตกกังวลจากการย้ายจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .343$, $p < .01$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ ระหว่างระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์กับความวิตกกังวล จากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($p > .05$)

เหตุผลหนึ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลจากการย้าย เกิดจากการที่บุคคลไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ การย้ายหรือได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการย้ายที่น้อยมากหรือได้ไม่ครบถ้วน (Brooke et al., 2012) สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า การให้ข้อมูลของพยาบาล บางครั้งไม่ตรงกับความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในขณะนั้น (Eun-Young & Jin-Hee, 2021) การที่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไม่ได้รับข้อมูลไม่ว่าจะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่จะย้ายไปทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนมีผลทำให้เกิดความวิตกกังวล เกี่ยวกับการย้ายตามมา (Cullinane & Plowright, 2013) จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าการสนับสนุนด้านข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลจากการย้ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ($r = -.21$ ถึง $-.28$, $p < .05$) (Brodsky-Israeli, 2010; นภาพร นุ่มมีชัย, 2550) สอดคล้องกับ การศึกษาของ Jin-Hee et al. (2010) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลที่แตกต่างกันระหว่าง หอผู้ป่วยวิกฤตกับหอผู้ป่วยทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความวิตกกังวลจากการย้ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต และสามารถร่วมทำนายการเกิดความวิตกกังวลจากการย้ายได้ ($r = .17$, $R^2 = .40$, $p < .05$)

จากการที่สมาชิกไม่ได้รับข้อมูล หรือได้รับไม่เพียงพอเมื่อต้องมีการย้ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต ข้อมูลเกี่ยวกับหอผู้ป่วยที่จะย้ายไปทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนมีผลทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสัมพันธ์กับความวิตกกังวล สอดคล้องกับการศึกษาของ Jaya Rijal และคณะ (2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางจิตสังคมเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดต่อการย้ายจากหอผู้ป่วยหนักพบว่า ความวิตกกังวลและความไม่แน่นอน

ในความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กัน ($r = .90, p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mitchell and Courtney (2003) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลและความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวย้ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่าความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความวิตกกังวลขณะเผชิญการย้าย ($p < .001$)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลจากการย้ายจาก หอผู้ป่วยวิกฤตที่ผ่านมาจะสังเกตเห็นได้ว่าเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์การย้าย จากหอผู้ป่วยหนักกับความวิตกกังวลจากการย้ายจากหอผู้ป่วยหนัก โดยศึกษาในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง (นภาพร นุ่มมีชัย, 2550; Leith, 1999) หลังจากที่ย้ายจากหอผู้ป่วยหนักไปแล้ว ข้อมูลที่ได้อาจคลาดเคลื่อนเนื่องจากไม่ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความวิตกกังวล จากการย้ายที่เกิดขึ้น ณ เวลาที่ย้ายออกจริง เพราะผู้ป่วยอาจจำเหตุการณ์ในขณะที่ย้ายไม่ได้ ทำให้ไม่ได้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลการย้ายอย่างแท้จริง (Gustad et al., 2008) และส่วนมากเป็นการศึกษาที่นานมาแล้ว ซึ่งบริบทต่าง ๆ แตกต่างกับสถานการณ์ปัจจุบันมาก รวมไปถึงแนวทางการดูแลและรักษาผู้ป่วย จึงอาจเป็นข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยมาใช้ในปัจจุบัน ส่วนผลการศึกษาที่ได้จากการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและความวิตกกังวลจาก การย้ายจากหอผู้ป่วยหนักนั้น ระดับความสัมพันธ์ที่ได้ยังอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลางและยังมี ความขัดแย้งในตัวแปรบางตัวแปร นอกจากนี้แล้วยังพบว่าการศึกษาที่ผ่านมากเกี่ยวกับความวิตกกังวล จากการย้ายจากหอผู้ป่วยหนักนั้น เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจและศึกษาในผู้ป่วยวิกฤต อายุรกรรมรวมทุกโรคเป็นส่วนมาก (Brooke, 2013) การศึกษาความวิตกกังวลต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยยังมีการศึกษาน้อย ส่วนใหญ่จะศึกษาในความวิตกกังวลจากการย้ายของผู้ป่วยโดยตรง และศึกษาในบริบทโรงพยาบาลของรัฐเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความวิตกกังวลจากการย้ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลเอกชน

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม อันได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูล และความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยนำมาหาความสัมพันธ์กับ ความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยมีข้อมูลสนับสนุนในการเลือกปัจจัย ต่าง ๆ มาศึกษาดังนี้

การสนับสนุนด้านข้อมูล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางด้านสังคม เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ความรักใคร่ ห่วงใย ความไว้วางใจ การให้ ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนให้ข้อมูลป้อนกลับ ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินสถานการณ์เพื่อการปรับตัว (House, 1981) ความวิตกกังวลจากการย้ายเกิดจากการที่บุคคลไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ

การย้ายหรือได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการย้ายที่น้อยมากหรือได้ไม่ครบถ้วน (Brooke et al., 2012; Leith, 1998) และการให้ข้อมูลของพยาบาล บางครั้งไม่ตรงกับความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ในขณะนั้น (Eun-Young & Jin-Hee, 2021) สถิติมารณีย์ พรหมรอด และคณะ (2554) พบว่า ความต้องการของญาติก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต สูงกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความต้องการรายด้านที่ ญาติผู้ป่วยต้องการมากที่สุดคือ ความต้องการข้อมูล รองลงมาคือ ความต้องการลดความวิตกกังวล ส่วนความต้องการที่น้อยที่สุดคือ ความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลไม่ว่าจะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและข้อมูลเกี่ยวกับหอผู้ป่วยที่จะย้ายไปทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนมีผลทำให้เกิดความวิตกกังวล เกี่ยวกับการย้ายตามมา (Leith, 1998;1999)

ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย หมายถึงการ รับรู้ของบุคคลที่ไม่สามารถให้ความหมายของความเจ็บป่วยที่สัมพันธ์ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ หรือไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยได้ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น พบว่ามีความสัมพันธ์กัน เมื่อสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเกิดการเจ็บป่วย เป็นหน้าที่ที่สมาชิกในครอบครัวต้องผิชอบ โดยเฉพาะเมื่อสมาชิกในครอบครัว เจ็บป่วยอย่างรุนแรงการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมและระบบการดูแลรักษาการขาดข้อมูล การไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ในอนาคตได้เป็นสถานการณ์ที่จะกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล ภาวะความเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในภาวะที่ยังวิกฤตจะนำมาซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนของญาติในระดับสูง (ภัทรนุช ภูมิพาน และคณะ, 2555)

จากผลการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความวิตกกังวลจากการย้ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน การสนับสนุนด้านข้อมูล และความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในบริบทของโรงพยาบาลเอกชน ผลการศึกษาที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้เพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ช่วยลดความวิตกกังวล จากการย้ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตให้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษา ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว จากการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนด้านข้อมูล และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว จากการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

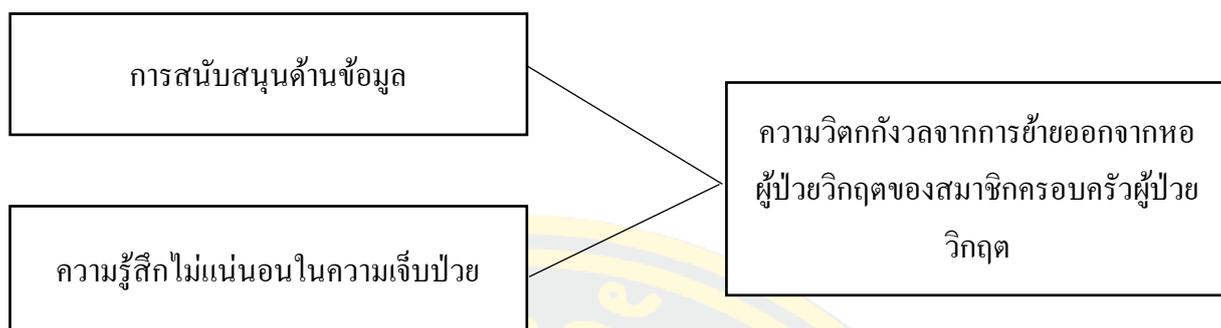
สมมติฐานของการวิจัย

1. การสนับสนุนด้านข้อมูล มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
2. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การทบทวนวรรณกรรม และวิเคราะห์ทฤษฎีโนมิกเกี่ยวกับความวิตกกังวลจากการย้ายของ Leith (1998) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย Leith (1998) กล่าวว่า ความวิตกกังวลจากการย้ายเป็นความวิตกกังวลที่มีความสัมพันธ์กับการย้ายออก จากหอผู้ป่วยเกิดขึ้นกับบุคคลเมื่อมีการย้ายจากสถานที่หนึ่งหรือสิ่งแวดล้อมหนึ่งไปอีกสถานที่หนึ่ง หรือสิ่งแวดล้อมหนึ่ง สำหรับการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลเอกชนในสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปสู่หอผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันและไม่คาดคิดมาก่อน ภายหลังจากได้รับการดูแลรักษาจนอาการดีขึ้น การย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ไปพักฟื้นดูแลต่อที่หอผู้ป่วยทั่วไปจะต้องมีสมาชิกครอบครัวร่วมดูแลผู้ป่วย เนื่องจากลักษณะของหอผู้ป่วยทั่วไปในบริบทของโรงพยาบาลเอกชนจะเป็นห้องส่วนตัว สมาชิกครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย การขอความช่วยเหลือจากพยาบาลหรือนุรูลากรทางการแพทย์เพื่อให้ได้รับการตอบสนองอย่างทันท่วงทีกับอาการผู้ป่วย หากมีอาการที่เปลี่ยนแปลงไป สิ่งเหล่านี้จะทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเกิดความวิตกกังวลต่อการย้ายออกอย่างมากเนื่องจากต้องแยกจาก อุปกรณ์ การแพทย์ที่ทันสมัย นุรูลากรทางการแพทย์ที่คุ้นเคย การเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตก็ถูกจำกัดเวลาเข้าเยี่ยม การได้รับข้อมูลทางการรักษา การดูแลอาจไม่ต่อเนื่อง และไม่ชัดเจน เมื่อต้องมีการย้ายออกทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ในอาการของผู้ป่วยว่า ดีขึ้นพร้อมย้ายไปสู่หอผู้ป่วยทั่วไปได้แน่นอนปลอดภัยหรือไม่ (Imanipour et al., 2019)

ดังนั้น ผู้วิจัย สนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนด้านข้อมูล และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ดังนั้นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ จึงแสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความวิตกกังวลจากการย้ายออกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนด้านข้อมูล และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ที่มีผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสำนักงานใหญ่ โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล และโรงพยาบาลหัวใจกรุงเทพ เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

นิยามศัพท์เฉพาะ

สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่มีบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส พี่น้อง หรือบุตรของผู้ป่วย ทั้งทางสายเลือด หรือบุตรบุญธรรมตามกฎหมาย ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด เป็นผู้รับรู้ปัญหา ผู้ป่วยมากที่สุด หรือให้การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน หรือโรงพยาบาล ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทุกแผนก โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใดๆ และเป็นผู้ดูแลหลัก

ความวิตกกังวลจากการย้าย หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เมื่อรับรู้ว่าจะมีการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต หลังจากแพทย์มีคำสั่งการรักษาสามารถย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ประเมินโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลก่อนการย้ายออกจากไอซียูของ วรธกร รักอิสสระ (2547)

การสนับสนุนด้านข้อมูล หมายถึง การรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ถึงการได้รับความช่วยเหลือ สนับสนุนในด้านข้อมูลจากบุคคล รอบข้าง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทีมสห

สาขาวิชาชีพ สมาชิกในครอบครัวท่านอื่น ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม การสนับสนุนข้อมูลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันของ สายนาท พลไชโย (2543)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย วิกฤต ถึงอาการที่มีโอกาสเปลี่ยนแปลงโดยไม่คาดคิด เกิดขึ้นกะทันหัน ความรู้สึกไม่แน่นอน ในอาการของผู้ป่วยว่า ดีขึ้นพร้อมย้ายไปสู่หอผู้ป่วยทั่วไปได้แน่นอนปลอดภัยหรือไม่ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของ สกุลวรรณ อร่ามเมือง (2561)



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความวิตกกังวลจากการย้ายออกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่การสนับสนุนด้านข้อมูล และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษา และมีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยครอบคลุมเนื้อหา ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยภาวะวิกฤต
 - 1.1 ความหมายเกี่ยวกับผู้ป่วยภาวะวิกฤต
 - 1.2 สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และภาวะวิกฤตของครอบครัว
2. แนวคิดเกี่ยวกับหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต
 - 2.1 ความหมายของหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต
 - 2.2 แนวทางการรับและจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร สำนักงานใหญ่
3. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลจากการย้ายออกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
 - 3.1 ความหมายของความวิตกกังวลจากการย้าย
 - 3.2 ผลกระทบของความวิตกกังวลจากการย้ายของผู้ป่วยต่อของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้าย
 - 4.1 การสนับสนุนด้านข้อมูล
 - 4.2 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ผู้ป่วยภาวะวิกฤต

ความหมายเกี่ยวกับผู้ป่วยวิกฤต

ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต หมายถึง ภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เกิดจากการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะหรือ ระบบใดระบบหนึ่งที่สำคัญของร่างกาย หรือเกิดจากการกำเริบของโรคเรื้อรังซึ่งมีอาการรุนแรงที่ก่อให้เกิดภาวะเสื่อม หรือเกิดปัญหาคุกคามต่อชีวิต เป็นภาวะวิกฤตของชีวิตที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยการสังเกตประเมินอาการ และการให้ความช่วยเหลือ และ

รักษาพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคและการรักษา (สุมิณา บุญแก้ว และ จีรภา ฦพัทลุง, 2558)

ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตนี้เป็นภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ทั้งจากโรค และจากการรักษา นอกจากนี้ ภาวะเจ็บป่วยดังกล่าวยังเป็นภาวะเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน อาการไม่คงที่และมีโอกาสทรุดลงได้ง่าย ร่วมกับการที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (Hirshberg et al., 2020) ในปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทำให้การดูแลผู้ป่วยมีการพัฒนาขึ้น ผู้ป่วยหนักที่มีโอกาสเสียชีวิตสูงจากโรคหรือภาวะต่างๆ มีโอกาสรอดชีวิตมากกว่าในอดีตหอผู้ป่วยวิกฤต ต่างๆ ได้ถูกจัดสร้างขึ้นเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตนี้ด้วยการรักษาชนิดพิเศษที่ไม่อาจทำได้ในผู้ป่วยสามัญ และการดูแลเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดโดยทีมรักษาพยาบาล (Hirshberg et al., 2020)

การดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม และศัลยกรรมในหอผู้ป่วยวิกฤต มีเป้าหมายเพื่อรักษาชีวิตและการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายเมื่อเจ็บป่วยอย่างรุนแรงเพื่อให้ร่างกายผู้ป่วยสามารถฟื้นหายกลับสู่ภาวะปกติ (Kourtis et al., 2015) ผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับการดูแลรักษาและการใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย ไม่ว่าจะเป็นการใช้เครื่องช่วยหายใจจากภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว การใช้เครื่องบำบัดทดแทนไตจากภาวะไตวายเฉียบพลัน การใส่สายสวนในหลอดเลือดต่างๆ เพื่อรักษาและเฝ้าระวังภาวะติดเชื้ออย่างรุนแรง และการให้ยากระตุ้นระบบไหลเวียนโลหิตและหัวใจ ตลอดจนยาสงบประจักษ์ต่าง ๆ ผลจากระดับความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย และการรักษาโดยการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนอยู่บนเตียงเป็นเวลานานขณะเข้ารับการรักษาเมื่อภายหลังที่รอดชีวิตและสามารถย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตได้ ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีภาวะแทรกซ้อน หรือผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Zakerimoghdam et al., 2016)

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต มีโอกาสเกิดภาวะคุกคามต่อชีวิต ส่งผลกระทบต่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และจิตใจ อาทิ ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะสับสนเฉียบพลัน ด้วยภาวะดังกล่าวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยวิกฤต จะมีข้อจำกัดในการดูแลตัดสินใจแผนการรักษาของตนเอง ด้วยเหตุนี้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต จึงมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจแทน การสนับสนุนด้านจิตใจผู้ป่วย และการดูแลติดตามผลการรักษา (de Grood et al., 2018) จากภาระหน้าที่ดังกล่าว ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ประสบภาวะวิกฤต ด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย และเศรษฐกิจ เมื่อมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งในการครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจากผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน และอันตราย

ถึงชีวิตได้ สมาชิกครอบครัวพวกเขา รู้สึกวิตกกังวลอันเนื่องมาจากความไม่แน่นอนของ ความก้าวหน้าของโรค จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลควรต้องใส่ใจให้การดูแลสมาชิกครอบครัวที่เป็น แหล่งสนับสนุนสำคัญของผู้ป่วยวิกฤตร่วมด้วย (Kokorelias et al., 2019)

เมื่อความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายทุเลาลง ผู้ป่วยมีอาการและความสุขสบายมากขึ้น เริ่ม คำนึงเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวรู้สึกปลอดภัย มั่นใจและไว้วางใจ บุคลากรทางการแพทย์ที่ช่วยให้ตนเองหายจากการเจ็บป่วยที่รุนแรงจนทำให้ความวิตกกังวลนั้น ลดลง อย่างไรก็ตาม เมื่อสถานการณ์การเจ็บป่วยที่รุนแรงนั้นจบลง มีความจำเป็นที่ต้องย้ายผู้ป่วย ออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป จะนำมาซึ่งความวิตกกังวลของผู้ป่วย และสมาชิก ครอบครัวอีกครั้ง ที่เรียกว่า transfer anxiety หรือ ความวิตกกังวลจากการย้ายออก (Cypress, 2013) ความวิตกกังวลจากการย้ายออก หมายถึง ประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลใด บุคคลหนึ่งที่เกิดจาก การย้ายจากสถานที่หนึ่งหรือจากสิ่งแวดล้อมหนึ่งที่ตนเองรู้จักคุ้นเคยและรู้สึก ปลอดภัยไปยัง สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมที่ตนเองประเมินว่าไม่ปลอดภัย โดยมีการรับรู้ในด้านลบ เกี่ยวกับการย้าย และมีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ อาการและอาการแสดงจะเกิดขึ้นในช่วงเวลา สั้นๆ ก่อนหรือ หลังจากการย้าย การเปลี่ยนผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นหอผู้ป่วยทั่วไป คือตัวบ่งชี้การฟื้นตัวของ ผู้ป่วยที่มาพร้อมกับความรู้สึกที่หลากหลาย ผู้ป่วยยินดีที่ได้พบสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยทั่วไป และใช้เวลากับครอบครัว (Manookian et al., 2015)

สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และภาวะวิกฤตของครอบครัว

ครอบครัวมักจะกำหนดคุณภาพการดูแลโดยปฏิสัมพันธ์ การสื่อสาร และความสัมพันธ์ ที่พัฒนาขึ้นระหว่างตนเอง และสหสาขาวิชาชีพ การกำหนด “ครอบครัว” เป็นสิ่งที่ท้าทาย คำว่า “สมาชิกครอบครัว” ที่เชื่อมโยงกับผู้ป่วยผ่านการเชื่อมต่อทางกฎหมาย อารมณ์ ศาสนา หรือทาง ชีวิตภาพ ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวสามารถระบุได้ว่าเป็น คู่ครอง สมรส พ่อ แม่ ลูก ลูกชาย ลูกสาว ปู่ย่า ตายาย เพื่อนสนิท หรืออื่น ๆ คำจำกัดความของสมาชิกครอบครัวคือ การอยู่ร่วมกันของกลุ่ม บุคคลที่เป็นสมาชิก ซึ่งมีความสัมพันธ์กันผูกพันกัน เช่น ความสัมพันธ์ทางสายเลือด หรือการรับ เป็นบุตรบุญธรรม สมาชิกที่มีความสัมพันธ์กันและมีบทบาทและหน้าที่ แตกต่างกัน เช่น เป็น บิดา เป็นมารดา เป็นสามีหรือภรรยา หรือเป็นบุตร (รุจา ภูไพบูลย์, 2537) ซึ่งสมาชิกในครอบครัว ต่างมีบทบาทหน้าที่ต่อกัน และมีสายสัมพันธ์ที่เกี่ยวเนื่องกัน ดังนั้นคำว่าครอบครัวจึง มีความหมายใน บทบาทสัมพันธ์ภาพที่ใกล้ชิด เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมบทบาทสำคัญในการตัดสินใจการรักษา และจะ กลายเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังจากที่ผู้ป่วยมีการรักษาพ้นหายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

ผลกระทบต่อครอบครัว

สมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยวิกฤตมักรู้สึกไม่สบายใจวิตกกังวลกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยซึ่งเป็น ผลกระทบที่เกิดจากการที่สมาชิกในครอบครัว มีการปรับตัวและการ เฝ้าดูปัญหาอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดเป็นภาวะ เกิดความเครียด ทุกข์ใจ และเกิดความวิตกกังวล นอกจากนี้ความวิตกกังวลของญาติอาจส่งผลต่อการรับมือของสมาชิกในครอบครัว อาจขัดขวาง การสนับสนุน การดูแลที่ผู้ป่วยต้องการดังนั้นสมาชิกในครอบครัวเป็นส่วนสำคัญ เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพ และการจัดการความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วยวิกฤต เพื่อลดระดับความวิตกกังวล และวิกฤตทางจิตใจเมื่อสมาชิกภายในครอบครัวมีภาวะเจ็บป่วยวิกฤตต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหรือผู้ป่วยวิกฤต ทำให้ส่งผลกระทบต่อครอบครัวดังนี้

1. ด้านจิตใจและอารมณ์

ได้แก่ ความวิตก กังวล สับสน เครียด หงุดหงิดรำคาญใจ รู้สึกผิด โทษตัวเอง หมดหวัง และกลัวว่าผู้ป่วยเจ็บปวด ทุกข์ทรมานหรือเสียชีวิต (นันทิยา แสงทรงฤทธิ์, 2560; ปาณิสานุณยรัตกลิน, 2562)

2. ด้านบทบาทหน้าที่ของครอบครัว

ครอบครัวต้องดำเนินชีวิตด้วยความยากลำบาก ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ช่วยกันประคับประคองจิตใจ ให้ดำเนินชีวิตใกล้เคียงกับปกติ รวมถึงการวางแผนดำเนินชีวิตในอนาคต (ปฐมวดี สิงห์คง และ ชนกพร จิตปัญญา, 2555; ปาณิสานุณยรัตกลิน, 2562)

3. ด้านเศรษฐกิจ

ครอบครัวต้องหาทรัพย์สิน มาใช้จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วย ใช้จ่ายค่าใช้จ่าย ขณะที่เฝ้าดูอาการผู้ป่วยในโรงพยาบาล และในขณะที่เดียวกันก็ต้องเลี้ยงดูสมาชิกครอบครัวคนอื่น (ปาณิสานุณยรัตกลิน, 2562)

4. ด้านร่างกาย

การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกใน ครอบครัวส่งผลต่อการรับประทาน อาหาร การนอนหลับ โรคประจำตัวกำเริบและบางรายเกิดความเจ็บป่วยขึ้นระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการรักษา (นันทิยา แสงทรงฤทธิ์, 2560; ปาณิสานุณยรัตกลิน, 2562) สมาชิกในครอบครัว เกิดความวิตกกังวลและความเครียด ไม่เพียงแต่อาการทางคลินิกในระยะเฉียบพลันเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการดูแลระยะยาวหลังจากออกจากโรงพยาบาลอีกด้วย (Tsai et al., 2015)

จะเห็นได้ว่า การเจ็บป่วยวิกฤตของสมาชิกในครอบครัวมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และบทบาทในครอบครัว ก่อให้เกิดความเครียด และความวิตกกังวลในสมาชิกครอบครัวขึ้นได้ หากสมาชิกครอบครัวไม่สามารถปรับตัวได้อย่าง

เหมาะสม มีประสิทธิภาพ อาจส่งผลต่อการฟื้นหายของผู้ป่วยได้ เนื่องจากสมาชิกครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยวิกฤต

แนวคิดเกี่ยวกับหอผู้ป่วยวิกฤต

ความหมายของหอผู้ป่วยวิกฤต

แผนกหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต มีภารกิจหลักในการอภิบาลผู้ป่วยซึ่งมีอาการหนักและอยู่ในภาวะวิกฤต ซึ่งต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด มีการติดตาม เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา เพื่อวิเคราะห์ และวินิจฉัยอาการและปัญหา รวมทั้งแก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยใช้เทคนิควิชาการทางการแพทย์ และใช้เครื่องมือพิเศษในการช่วยชีวิต ลักษณะของงานมีความยุ่งยากซับซ้อนกว่าการดูแลอาการผู้ป่วยปกติโดยทั่วไป จึงต้องปฏิบัติโดยพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ความสามารถและมีประสบการณ์สูง โดยเฉพาะ นอกจากนี้ยัง ต้องจัดแผนปฏิบัติงาน การบริหารจัดการด้านต่าง ๆ รวมทั้งงานด้านวิชาการ การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติ ผู้ป่วยหนัก โรคที่พบบ่อย โรคที่มีความเสี่ยงสูง โรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง และโรคที่มีความแปรปรวนในการรักษาสูง (วิจิตรา กุสุมภ์ และ สุนันทา ครองยุทธ, 2563)

ICU (Intensive Care Units หรือ ไอซียู) คือ ห้องดูแลผู้ป่วยวิกฤต เป็นพื้นที่พิเศษที่จัดไว้เพื่อรักษาดูแลอาการผู้ป่วยที่ป่วยหนัก หรือมีอาการสาหัสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตโดยเฉพาะ โดยมีทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเฝ้าระวังดูแลอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และคอยบริหารจัดการให้อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ สามารถทำงานเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงที นอกจากหอผู้ป่วยวิกฤต จะเกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นแหล่งรวมความเป็นห่วง ความหวัง และความดีใจของญาติไปจนถึงบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยด้วย ดังนั้น ทั้งเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และเหล่าผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย จึงต้องมีการสื่อสารระหว่างกัน เพื่อช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตนี้ให้เร็วที่สุด (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) หอผู้ป่วยวิกฤต มีไว้เพื่อรักษาดูแลอาการผู้ป่วยให้พ้นจากภาวะวิกฤตที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต ให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและสามารถย้ายไปพักฟื้นรักษาตัวในแผนกรักษาเฉพาะทางต่าง ๆ ต่อไปได้ บางโรงพยาบาลอาจมีหอผู้ป่วยวิกฤต เฉพาะในแต่ละแผนก เช่น หอผู้ป่วยวิกฤต ของแผนกกุมารแพทย์ จะดูแลรักษาเฉพาะผู้ป่วยเด็กที่มีอาการหนัก หรือบางโรงพยาบาลอาจ มีหอผู้ป่วยวิกฤต แห่งเดียว แต่แบ่งโซนการรักษาออกเป็นแผนกตามอาการของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมา รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง โดยมี อุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น สายยางและสายไฟต่างๆ ถูกต่อพ่วงเข้ากับเตียงผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก เพื่อช่วยประคับประคองและรักษาอาการให้ระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายผู้ป่วยสามารถทำงานต่อไป จนกว่าผู้ป่วยจะฟื้นตัวได้ในที่สุด ในระหว่างนี้ ผู้ป่วยอาจได้รับ

ขาบรรเทาอาการปวด หรือยาระงับประสาทที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงนอน เนื่องจากการต่อเครื่องมือ และ อุปกรณ์ช่วยชีวิตเหล่านี้ อาจสร้างความเจ็บปวดและทำให้ผู้ป่วยไม่สบายตัว

อุปกรณ์ที่ใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่

1. เครื่องช่วยหายใจ เป็นอุปกรณ์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหายใจได้ ประกอบด้วยสายยาง ที่อาจสอดเข้าไปทางปาก จมูก หรือรูเล็ก ๆ บริเวณลำคอ ซึ่งแพทย์เป็นผู้เปิดสร้างช่องเพื่อให้สามารถสอดท่อช่วยหายใจเข้าไปได้

2. เครื่องมือเฝ้าระวังอาการ เป็นอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้เพื่อตรวจการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายผู้ป่วย เช่น ตรวจอัตราการเต้นของหัวใจ ตรวจความดันโลหิต ตรวจระดับออกซิเจนในเลือด เป็นต้น

3. สายยางที่ต่อเข้ากับเส้นเลือดและตัวปั๊ม ใช้เพื่อส่งสารเหลว สารอาหารที่จำเป็น และ ให้ยาเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยผ่านทางกระแสเลือด

4. สายยางให้อาหาร ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ สายยาง จะถูกสอดเข้าทางจมูก ทางช่องเล็ก ๆ บริเวณหน้าท้องเพื่อใส่สายให้อาหาร หรืออาจให้อาหารชนิด เข้มข้นทางเส้นเลือด

5. สายสวนและท่อระบายของเสีย ผู้ป่วยอาจได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ เพื่อระบาย ปัสสาวะ ใส่ท่อระบายอุจจาระผ่านลำไส้บริเวณหน้าท้อง ใส่ท่อระบายเลือดจากแผล หรือระบาย ของเหลวจากร่างกาย (มาริษา ลุงกี, 2555)

ผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวเข้ามารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต คือ ผู้ที่มีอาการป่วยรุนแรง เสี่ยงอันตราย ต่อชีวิต จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาดูแลอาการอย่างใกล้ชิด หรือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และการ ดูแลเฝ้าระวังอาการในหอผู้ป่วยวิกฤตจะเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยจนกว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่มักเผชิญปัญหาอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง หรือหลาย ๆ ส่วน ไม่สามารถ ทำงานได้ตามปกติ หรือผู้ป่วยอาจไม่สามารถหายใจได้ด้วยตนเอง ซึ่งสาเหตุสำคัญส่วนใหญ่ ได้แก่

1. ประสบอุบัติเหตุรุนแรง เช่น อุบัติเหตุบนท้องถนน ตกจากที่สูง ศีรษะถูกกระแทก อย่างแรง ถูกไฟไหม้อย่างรุนแรง

2. ภาวะอาการป่วยที่รุนแรงและกะทันหัน เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เส้นเลือดในสมองแตกหรือตีบตัน

3. ภาวะติดเชื้อร้ายแรง เช่น ติดเชื้อในกระแสเลือด ปอดอักเสบรุนแรง

4. การผ่าตัดใหญ่ แพทย์อาจวางแผนการดูแลเฝ้าระวังอาการให้ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วย วิกฤตเพื่อเป็นประโยชน์ในการฟื้นตัว หรือในกรณีฉุกเฉินที่ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเผชิญกับ ผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายในระหว่างหรือหลังการผ่าตัด (กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา

ด้านอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษา หากผู้ป่วยเป็นผู้ที่บรรลุนิติภาวะแล้ว (อายุ 20 ปีบริบูรณ์) โดยที่ยังคงมีสติรู้สึกตัว และสามารถสื่อสารได้ในระหว่างเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยจะมีอำนาจการตัดสินใจเลือกการรักษาทั้งหมดได้ด้วยตนเอง แต่หากผู้ป่วยหมดสติ หรือไม่มีสติสัมปชัญญะอย่างสมบูรณ์ในขณะนั้น ผู้ป่วยจะไม่สามารถตัดสินใจหรืออนุญาตให้ทำการรักษาในขั้นตอนต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ดังนั้น หากผู้ป่วยรู้ตัวก่อนว่าต้องเข้ารับการรักษาฉุกเฉินในหอผู้ป่วยวิกฤต ควรมอบอำนาจให้ผู้ที่ไว้ใจได้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับขั้นตอนวิธีการรักษา หรือแจ้งให้ผู้ที่มียอำนาจตัดสินใจแทน โดยชอบทราบก่อนล่วงหน้าว่าขั้นตอนใดที่ไม่ต้องการให้แพทย์ทำการรักษาเมื่อถึงเวลาป่วยจนถึงภาวะวิกฤต ซึ่งตามกฎหมายได้เรียงลำดับผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจแทนตามลำดับ ดังนี้

1. คู่สมรส
2. บุตรที่บรรลุนิติภาวะแล้ว
3. บิดา มารดา
4. สมาชิกครอบครัวระดับใด ๆ ก็ตาม
5. ผู้ที่ได้รับเสนอชื่อ โดยบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยนั้นอยู่ประจำ
6. บุคลากรทางการแพทย์ที่กฎหมายกำหนด

ถึงที่สุดแล้ว หากเป็นกรณีฉุกเฉินที่ไม่มีผู้มียอำนาจตัดสินใจ แพทย์อาจตัดสินใจรักษาตามวิธีการที่เหมาะสม หรือปรึกษากับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยถึงวิธีการรักษาที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุด รวมถึงความเสี่ยงและผลข้างเคียงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ (พิสิษฐ์ ศรีอัครโกสิน, 2564)

เมื่อผู้ป่วยพ้นจากสภาวะวิกฤต แพทย์จะย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต แล้วส่งต่อผู้ป่วยให้ไปรักษาที่หอผู้ป่วยทั่วไป จนกว่าผู้ป่วยจะฟื้นตัวและสามารถกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านได้ต่อไปผู้ป่วยจำนวนมากสามารถฟื้นตัวได้ดีหลังจากออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต แต่ผู้ป่วยบางรายอาจต้องเผชิญกับอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นเป็นผลตามมา เนื่องจากร่างกายยังไม่สามารถปรับสภาพได้ดีหลังหมดฤทธิ์ยา และยังไม่ฟื้นตัวได้เต็มที่ เช่น

- แขนขาอ่อนแรง กล้ามเนื้อตึง
- เมื่อยล้า หมดแรง
- ไม่อยากอาหาร น้ำหนักลด
- มีปัญหาเกี่ยวกับการนอน
- มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล หรือมีความเครียดหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนใจ

- มีปัญหาเกี่ยวกับกระบวนการคิด เช่น ความจำไม่ดี คิดอะไรไม่ออกเท่าที่ควรหรือ
อย่างที่เคย

โดยปัญหาเหล่านี้อาจส่งผลยาวนานหลายเดือน ผู้ป่วยจึงควรได้รับการรักษาดูแลและ
ติดตามผลการรักษาอย่างเหมาะสมจนกว่าอาการจะดีขึ้นหรือหายไป ด้วยการช่วยเหลือสนับสนุน
ของสมาชิกครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดอย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตาม แม้ผู้ป่วยบางรายจะสามารถ
ออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ได้ในเวลาไม่กี่วัน แต่บางรายอาจต้องใช้เวลารักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต
นานหลายวัน หลายเดือน หรือมีอาการทรุดหนักถึงจนเสียชีวิตได้เช่นกันผู้ป่วยที่ผ่านพ้นการ
เจ็บป่วยในภาวะวิกฤตส่วนใหญ่ มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง (จันทรวดี สพาน
ทอง และคณะ, 2561) มีกำลังสำรองลดลงและมีการตอบสนองต่อการรักษาช้า จึงมีความจำเป็นที่
จะต้องมีสมาชิกครอบครัวคอยให้การช่วยเหลือ ช่างเตียง ในการทำกิจวัตรประจำวันทั้งการทำความสะอาด
ร่างกาย การขับถ่าย การรับประทานอาหาร การประคบ ความต้องการของผู้ป่วย การสังเกต
อาการของผู้ป่วยเมื่อมีอาการที่ก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัย ซึ่งสมาชิกครอบครัวสามารถแจ้ง และ
ขอความช่วยเหลือจากพยาบาลได้ รวมทั้งการส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพร่างกาย (Ecklund & Bloss, 2015)
นอกจาก บทบาทการดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตใจและ จิตวิญญาณของผู้ป่วยวิกฤตเป็น
บทบาทที่สำคัญของสมาชิกครอบครัว เนื่องจากการแสดงออกโดยการดูแลเอาใจใส่ ห่วงใย จะทำ
ให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ มีกำลังใจ (Beltran, 2015)

แนวทางการรับและจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของโรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงาน

ใหญ่

โรงพยาบาลกรุงเทพ เป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์ และการรักษาพยาบาลเป็น
โรงพยาบาลเอกชนของประเทศไทยที่ได้รับความไว้วางใจทั้งจากคนไทย และชาวต่างชาติเลือกใช้
บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ มีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้มารับบริการต่าง ๆ
มากมาย เช่น สถานที่นั่งพักคอย ห้องพระ ห้องละหมาด ห้องน้ำ ร้านอาหาร ธนาคาร ฯลฯ

การสื่อสารข้อมูลโรงพยาบาลกรุงเทพ ใช้ เครื่องมือ AIDET เป็นเครื่องมือมาตรฐานใน
การสื่อสาร(Acknowledge, Introduce, Duration, Explanation, and Thank you) AIDET เป็น
เครื่องมือสื่อสาร ที่ถูกนำมาใช้ในการให้ข้อมูลระหว่างบุคลากรทางสุขภาพและ ผู้รับบริการ
ประกอบด้วย Acknowledge การสื่อสารที่แสดงออก ให้ผู้ป่วยและญาติได้รับรู้ถึงการบริการที่ใส่ใจ
Introduce การแนะนำ ตัว Duration การแจ้งระยะเวลาที่รอ Explanation การอธิบายรายละเอียด
เกี่ยวกับอาการ แผนการรักษา และ Thank you การแสดงความขอบคุณ ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเข้ามาใช้
บริการโดยพยาบาลนำไปใช้กับผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติทุกวัน ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยในแผนก อย่าง
น้อยวันละ 1 ครั้ง ครั้งละ ประมาณ 10-20 นาที จนกว่าจะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากแผนก

หอผู้ป่วยวิกฤตเป็นหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตซึ่งเป็นการให้บริการผู้ป่วยเฉพาะ ทั้งด้านสถานที่ ในการให้บริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมถึงความเชี่ยวชาญของ บุคลากร การรับผู้ป่วยเข้าในหอผู้ป่วยวิกฤตจะต้องปฏิบัติตามเกณฑ์การวินิจฉัย โรค และลักษณะ อาการที่ ผู้ป่วยเป็น และจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เมื่อผู้ป่วยอาการเหมาะสมที่ สามารถ รักษาต่อในหอผู้ป่วยปกติได้ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เพื่อให้สามารถรองรับการให้บริการผู้ป่วย ภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อความรวดเร็วในการจำแนกผู้ป่วยที่ ประสบกับภาวะที่ อาจถึงแก่ชีวิต และ เตรียมการรักษาที่ เหมาะสมในเบื้องต้น

2. เพื่อจำแนกผู้ป่วยที่ จำเป็นต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้สามารถ บริหารจัดการให้ผู้ป่วยที่ เข้าเกณฑ์การเข้ารับบริการในหอผู้ป่วยวิกฤตได้เข้ารับบริการในหอผู้ป่วย วิกฤตได้ อย่างเหมาะสม

3. ขอบเขต แนวทางนี้ ครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ทุกช่วงอายุที่ จะรับเข้าดูแลเป็น ผู้ป่วยวิกฤต ของโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสำนักงานใหญ่ Intensive Care Unit (ICU) หอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ใหญ่ สำหรับผู้ป่วยที่ อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี โดยให้ การดูแลผู้ป่วยดังนี้

ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีอาการและอาการแสดงตามเกณฑ์ที่ ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย วิกฤต ตามอาการและอาการแสดงและการดูแลตามโรคหลักดังนี้

- หอผู้ป่วยวิกฤตด้านอายุรกรรม ได้แก่ หอผู้ป่วยวิกฤต 2 มีจำนวน 18 เตียง และหอ ผู้ป่วยวิกฤต 3 มีจำนวน 15 เตียง ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสำนักงานใหญ่

- หอผู้ป่วยวิกฤตด้านศัลยกรรม ได้แก่ หอผู้ป่วยวิกฤต 1 มีจำนวน 12 เตียง ตั้งอยู่ใน โรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสำนักงานใหญ่

- หอผู้ป่วยวิกฤตด้านอายุรกรรมโรคหัวใจและศัลยกรรมหัวใจ (Cardiac Care Unit: CCU1, CCU2) มีจำนวน 7 เตียง และ 12 เตียง ตามลำดับ ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลหัวใจกรุงเทพ

- หอผู้ป่วยวิกฤตด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง ได้แก่ หอผู้ป่วย วิกฤต 7 และหอผู้ป่วยวิกฤต 8 มีจำนวน 19 เตียง ตั้งอยู่ใน โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล โดยการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีความเป็นมาตรฐานเดียวกัน การรับเข้าในหน่วยบำบัดผู้ป่วยภาวะ วิกฤตจะต้องปฏิบัติตามเกณฑ์การวินิจฉัยและเกณฑ์พิจารณาปัจจัยตามความเป็นจริง

เกณฑ์การรับเข้ารักษา

1. กรณีผู้ป่วยวิกฤตที่ เป็นผู้ใหญ่ (Intensive Care Unit: ICU) ตามการวินิจฉัย ภาวะอาการหรือโรคเฉพาะ ดังนี้

1.1 ระบบหัวใจ (Cardiovascular System)

1.2 กล้ามเนื้อหัวใจทำงานผิดปกติอย่างรุนแรง (Acute myocardial infarction)

1.3 ช็อกจากความผิดปกติของหัวใจ (Cardiogenic shock)

1.4 ภาวะหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ (Complex arrhythmias) ต้องการการดูแลและการรักษาอย่างใกล้ชิด ภาวะหัวใจล้มเหลวแบบเฉียบพลัน (Acute congestive heart failure) พร้อมกับระบบการหายใจล้มเหลว ต้องได้รับการช่วยเหลือเรื่องการไหลเวียนโลหิต (Hemodynamic support)

1.5 ความดันโลหิตสูงแบบเฉียบพลัน (Hypertensive emergencies)

Unstable angina พร้อมกับมี ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (dysrhythmias) หรือมีอาการเจ็บหน้าอก (chest pain) ตลอดเวลา

1.6 ภาวะหลังจากหัวใจหยุดเต้น (Status post cardiac arrest) ภาวะหัวใจถูกบีบรัด หรือ หดตัวลงเนื่องจากโลหิตไหลเวียนไม่สม่ำเสมอ (Cardiac tamponade or constriction with hemodynamic instability)

1.7 หลอดเลือดโป่งพอง (Dissecting aortic aneurysms)

1.8 ภาวะสัญญาณไฟฟ้าหัวใจถูกขัดขวางโดยสมบูรณ์ (Complete heart block)

2. ระบบเกี่ยวกับทางเดินหายใจ (Respiratory System) ความล้มเหลวของระบบการหายใจขั้นรุนแรงต้องได้รับการช่วยหายใจ (Acute respiratory failure requiring invasive and non-invasive ventilation)

2.1 หลอดเลือดแดงในปอดอุดตันจากลิ่มเลือด ร่วมกับโลหิตไหลเวียนไม่สม่ำเสมอ (Pulmonary emboli with hemodynamic instability)

2.2 ผู้ป่วยในหน่วยรักษาพยาบาลผู้ป่วยกึ่งวิกฤตที่ มีการทำงานของระบบการหายใจแยกลง (Patients in an intermediate care unit who are demonstrating respiratory deterioration)

2.3 ต้องการการพยาบาลการดูแลระบบการหายใจอย่างใกล้ชิด ซึ่งไม่มีในหน่วยดูแลผู้ป่วยกึ่งวิกฤต หรือหอผู้ป่วยทั่วไป (Need for nursing/respiratory care not available in less intensive care such as floor or intermediate care unit)

2.4 อาการไอเป็นเลือดอย่างมาก (Massive hemoptysis)

2.5 การล้มเหลวของการหายใจที่มีการใช้ท่อช่วยหายใจ (Respiratory failure with imminent intubation)

3. ระบบเกี่ยวกับประสาทเส้นเลือดอุดตันในสมองเฉียบพลันที่ ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดและภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของสติสัมปชัญญะ (Acute ischemic strokes that require close monitoring and altered mental status)

3.1 อาการ โคม่า ในด้านเมตาบอริซึม พิษ หรือภาวะพร่องออกซิเจนในเลือดภาวะที่มี ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ สูงในเลือดผิดปกติ (Coma: metabolic, toxic, or hypoxic / hypercapnia)

3.2 เลือดออกในสมอง และการบาดเจ็บทางสมองอย่างเฉียบพลันร่วมกับมีแนวโน้ม ในการเกิดภาวะความดันใน กระโหลกศีรษะสูงและการเลื่อนผิดปกติของสมอง (Intracranial hemorrhage and acute brain injuries with potential for increase intracranial pressure/herniation)

3.3 ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลางเฉียบพลัน (Acute subarachnoid hemorrhage) เยื่อหุ้มสมองอักเสบร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความ (Acute subarachnoid hemorrhage) เยื่อหุ้มสมองอักเสบร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความ รู้สึกตัว ระบบทางเดินหายใจทำงานลดลงผิดปกติ (Meningitis with altered mental status or respiratory compromise)

3.4 ภาวะชักแบบต่อเนื่อง (Status epilepticus) หรือชักซ้ำ (Recurrent)

3.5 ผู้ป่วยสมองตายหรือผู้ป่วยที่ มีแนวโน้มสมองตาย ผู้ซึ่งกำลังอยู่ในการดำเนินการ เพื่อจำแนกสถานภาพในการบริจาคอวัยวะ (Brain dead or potentially braindead patients who are being aggressively managed while determining organ donation status)

3.6 อาการหดเกร็งของหลอดเลือด (Vasospasm ผู้ป่วยที่ปวดศีรษะอย่างรุนแรงและรอ การวินิจฉัย (Severe headache that waiting for investigation)

3.7 Traumatic brain injury (Mild high risk moderate severe)

3.8 ภาวะฉุกเฉินเกี่ยวกับไขสันหลัง เช่น Spinal cord injury or cord compression

4. ภาวะผิดปกติของทางเดินอาหาร (กระเพาะและลำไส้) มีเลือดไหลในทางเดินอาหารที่ อาจถึงแก่ชีวิต รวมทั้ง ความดันโลหิตต่ำ Angina เลือดไหลไม่หยุด หรือมีภาวะผิดปกติของ โรค (Life threatening gastrointestinal bleeding including hypotension, angina, continued bleeding, or with comorbid conditions)

4.1 ภาวะตับวาย (Fulminant hepatic failure)

4.2 ตับอ่อนอักเสบชนิดรุนแรง (Severe pancreatitis)

4.3 เกิดแผลในหลอดอาหาร (Esophageal perforation) พร้อมทั้งมีหรือไม่มีปอด อักเสบ (mediastinitis)

5. ระบบเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ เกิดภาวะคีโตแอซิดโตซีสร่วมกับการไหลเวียนโลหิตผิดปกติ มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว การล้มเหลวของระบบหายใจ หรือภาวะความผิดปกติของเลือดหรือของเหลวในร่างกายไม่สมดุล ทำให้มีความ เป็นกรดสูง (Diabetic ketoacidosis complicated by hemodynamic instability altered mental status, respiratory insufficiency, or severe acidosis)

5.1 ภาวะต่อมธัยรอยด์ทำงานล้มเหลวชนิดรุนแรง ร่วมกับการไหลเวียนโลหิตผิดปกติ (Thyroid storm or myxedema coma with hemodynamic instability)

5.2 ค่าความเข้มข้นในเลือดสูง ร่วมกับภาวะโคม่าและ หรือการไหลเวียนโลหิตผิดปกติ (Hyperosmolar state with coma and/or hemodynamic instability)

5.3 ปัญหาต่อมไร้ท่ออื่นๆ เช่น ต่อมหมวกไตทำงานผิดปกติ ร่วมกับการไหลเวียนโลหิตผิดปกติ (Other endocrine problems such as adrenal crises with hemodynamic instability)

5.4 ภาวะที่ แคลเซียมในเลือดสูง ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ซึ่งต้องการการเฝ้าระวัง การไหลเวียนโลหิต (Severe hypercalcemia with altered mental status, requiring hemodynamic monitoring)

5.5 ภาวะที่ โซเดียมในเลือดสูงหรือต่ำกว่าปกติ ร่วมกับการชัก และมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว (Hypo or hypernatremia with seizures, altered mental status)

5.6 ภาวะที่ แมกนีเซียมในเลือดสูงหรือต่ำกว่าปกติ ร่วมกับการไหลเวียนโลหิตที่ไม่สมบูรณ์ หรือภาวะหัวใจเต้น ผิดจังหวะ (Hypo or hypermagnesemia with hemodynamic compromise or dysrhythmias)

5.7 ภาวะที่ โพแทสเซียมในเลือดสูงหรือต่ำกว่าปกติ ร่วมกับมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง (Hypo or hyperkalemia with dysrhythmias or muscular weakness)

5.8 ภาวะที่ ฟอสเฟตในเลือดต่ำร่วมกับมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง (Hypophosphatemia with muscular weakness)

6. การผ่าตัด ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดต้องได้รับการดูแลเฝ้าระวังเรื่องการไหลเวียนโลหิตการช่วยหายใจ หรือการพยาบาล อย่างใกล้ชิด (Post operative patients requiring hemodynamic monitoring/ventilator support or extensive nursing care)

7. การรับประทานยา และการรับยาเกินขนาด

7.1 การรับประทานยาที่ทำให้เกิดการไหลเวียนโลหิตผิดปกติ (Hemodynamically unstable drug ingestion) ยาที่ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวร่วมกับการ

ป้องกันทางเดินหายใจไม่เพียงพอ (Drug ingestion with significantly altered mental status with inadequate airway protection)

7.2 เกิดอาการชักหลังจากได้รับยา (Seizures following drug ingestion)

8. อื่น ๆ อาการช็อกจากการติดเชื้อ ร่วมกับมีการไหลเวียนโลหิตผิดปกติ (Septic shock with hemodynamic instability)

8.1 การเฝ้าระวังเรื่องการไหลเวียนโลหิต (Hemodynamic instability) อาการทางคลินิกที่ ต้องการการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต (Clinical conditions requiring ICU level nursing)

8.2 อาการบาดเจ็บจากสิ่งแวดล้อม (ฟ้าผ่า, การสำลักน้ำ, อุณหภูมิร่างกายต่ำหรือสูงผิดปกติ) (Environmental injuries (lightning, near drowning, hypo/hyperthermia))

8.3 การบำบัดเชิงการทดลองแบบใหม่กับผู้ป่วยที่อาจมีโรคแทรกซ้อน (New/experimental therapies with potential for complications)

การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

การย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตจะได้รับการพิจารณาจากแพทย์เมื่อแพทย์ประเมินอาการ ตรวจวินิจฉัย ให้การรักษา อธิบายข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษา รวมถึงออกคำสั่งการรักษาให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาดูแลต่อเนื่องในหน่วยงานที่เหมาะสมกับอาการ และความต้องการของผู้ป่วย แพทย์พิจารณาว่าผู้ป่วยสามารถย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตได้จะมีคำสั่งการรักษาให้ผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลจะประสานงานกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ให้การพยาบาลตามความเหมาะสมกับโรค อาการและสภาวะของผู้ป่วยในแต่ละราย ให้ข้อมูลสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว อธิบายอาการผู้ป่วยหากมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการขอความช่วยเหลือจากพยาบาลหอผู้ป่วยทั่วไป ลักษณะของหอผู้ป่วย รวมถึงประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ และสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างปลอดภัย การย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตจะมีการประสานงานกับหน่วยรับผู้ป่วยเพื่อจัดหาหอผู้ป่วยที่เหมาะสมกับอาการผู้ป่วย การย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไปผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายไปยังหอผู้ป่วยที่มีปัญหาตามระบบนั้น ๆ เช่น อายุรกรรม ศัลยกรรม ระบบประสาท หลังจากได้ห้องที่จะจำหน่ายจะมีการประสานงานกับพยาบาลหอผู้ป่วยทั่วไปเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องปลอดภัยจะมีการรับผู้ป่วยที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตที่ละราย หลังจากแพทย์มีคำสั่งในการย้ายออกโดยทั่วไปจะใช้เวลา 6-8 ชั่วโมงในขั้นตอนการย้าย

เกณฑ์ในการจำหน่ายผู้ป่วยวิกฤต

ผู้ป่วยวิกฤตที่เป็นผู้ใหญ่ รักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive Care Unit) ควรได้รับการประเมินอยู่เสมอ เพื่อ พิจารณาถึงความจำเป็นในการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต ตัวชี้วัด (Objective Parameter) ดังนี้

1. สัญญาณชีพ

1.1 อัตราการเต้นของชีพจร 40-130 ครั้ง/นาที ค่าความดัน Systolic arterial pressure > 90 mm Hg หรือต่ำกว่าความดันปกติของผู้ป่วยไม่เกิน 20 mm Hg

1.2 ค่าความดัน Mean arterial pressure > 70 mm Hg

1.3 ค่าความดัน Diastolic arterial pressure < 105 mm Hg

1.4 อัตราการหายใจ < 30 ครั้ง/ นาที

2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ พบ (Laboratory criteria)

2.1 ค่า Serum sodium > 110 mEq/L หรือ < 170 mEq/L

2.2 ค่า Serum potassium > 3.0 mEq/L หรือ < 7.0 mEq/L

2.3 ค่า PaO₂ > 55 mm Hg

2.4 ค่า pH > 7.1 หรือ < 7.7

2.5 ค่า Serum glucose < 400 mg/dl

2.6 ค่า Serum calcium < 12 mg/dl

2.7 ระดับของยาหรือสารเคมีอื่นลดลงสู่ระดับที่มีความเสี่ยงต่ำในการเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย

3. การถ่ายภาพทางรังสี/การตรวจด้วยอัลตราโซนิก/การตรวจด้วยเครื่องโทโมกราฟี

(Radiography Ultrasonography Tomography)

3.1 อาการเลือดออกในสมอง สมองซ้ำหรือภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง และไม่มีระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลง หรือสัญญาณทางระบบประสาท (Neurological Signs) ที่สำคัญจากการตรวจพบเดิม ไม่มีการเปลี่ยนแปลง

3.2 อวัยวะภายในแตก กระเพาะปัสสาวะ ตับ เส้นเลือดขดในหลอดอาหาร หรือมดลูก และที่ได้รับการดูแลรักษาจนทรงตัวหรือดีขึ้นแล้วมีการไหลเวียนโลหิตที่ผิดปกติ

3.3 Dissecting Aortic Aneurysm หลังจากได้รับการดูแลรักษาจนอาการคงที่

(Guidelines for ICU Admission, Discharge, and Triage. American College of Critical Care Medicine of the Society of Critical Care Medicine.2002).

แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลจากการย้ายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดในสิ่งที่ใกล้เข้ามา ประชิตตัวและส่วนใหญ่มักจะไม่มีแนวโน้มและไม่ชัดเจน ความวิตกกังวลที่มีประโยชน์ในบางสถานการณ์เพราะช่วยให้เราตื่นตัวและพร้อมรับมือกับปัญหาหรือเหตุการณ์ต่างๆที่จะเกิดขึ้น อย่างไรก็ตามโรควิตกกังวลมีความแตกต่างจากความรู้สึกวิตกกังวลทั่วไป คนที่เป็นโรควิตกกังวลจะรู้สึกวิตกกังวลและกลัวอย่างเกินเหตุ จนมีผลทางลบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นผลทำให้สมองทำงานรวนได้ (Spielberger, 1983)

ประเภทของความวิตกกังวล (Type of anxiety)

Spielberger แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety or S-anxiety or A-state) คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เข้ามากระทบ และมีแนวโน้มว่าจะทำให้เกิดอันตรายหรือคุกคามบุคคล เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราวทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกตึงเครียด กระวน กระวาย ลักษณะอารมณ์ สรีระ และพฤติกรรมที่โต้ตอบ ความวิตกกังวลแบบเผชิญจะสังเกตเห็นได้ ผู้ที่มีความวิตกกังวลสามารถบอกได้ ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดความวิตกกังวลจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ การเรียนรู้ และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล ดังนั้นความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต จึงจัดเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญ

2. ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety or T-anxiety or A-trait) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ทั่วไป เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจนเป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล และเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ (Personality trait) จะไม่ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเพิ่มความรุนแรง ความวิตกกังวลขณะเผชิญ บุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงสูงจะรับรู้และประเมินสถานการณ์ ก่อให้เกิด ความวิตกกังวลได้เร็วกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ (Spielberger, 1983) ความวิตกกังวล เป็นสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว อึดอัด ไม่สบายใจ เกรงว่าจะมีสิ่งร้ายหรือเหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้นกับตน ลักษณะของความวิตกกังวล ประกอบด้วย

- 2.1 ความรู้สึกหงุดหงิดไม่สบายในสภาพการณ์ที่ไม่แน่นอน
- 2.2 ความรู้สึกหวาดหวั่นหวั่นเกรงจะมีเหตุร้ายเกิดขึ้นกับตน
- 2.3 สภาวะกระสับกระส่าย อึดอัด ไม่สบายใจ
- 2.4 ความรู้สึกตระหนก ตกใจ กลัวบางสิ่งบางอย่างที่บอกไม่ได้

2.5 ความรู้สึกไม่มั่นใจในเหตุการณ์ล่วงหน้า

2.6 ความรู้สึกเครียดที่ไม่สามารถบอกสาเหตุได้

กระบวนการเกิดความวิตกกังวล

เกิดจากเหตุการณ์ต่างๆดังนี้

1. ความต้องการของบุคคลมีสิ่งขัดขวางทำให้ไม่ประสบความสำเร็จ
2. บุคคลเกิดอารมณ์ไม่สบายใจ ไม่แน่ใจ กระวนกระวายใจ ท้อแท้ไม่สามารถขจัดความไม่สบายต่างๆได้ด้วยตนเอง
3. มีสถานะอื่นตามมาเพื่อลดความวิตกกังวลและป้องกันตนเอง เช่น ภาวะโศกเศร้า ก้าวร้าว ตำหนิผู้อื่น

4. พลังความวิตกกังวลถูกเปลี่ยนเป็นพลังอื่น

ประเมินสภาพปัญหาและความรุนแรง

1. ระดับของความวิตกกังวล

ระดับของความวิตกกังวลโดยทั่วไปแบ่งได้เป็น 4 ระดับคือ

1) ความวิตกกังวลระดับต่ำ (Mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลระดับน้อยๆ เป็นปกติในบุคคลทั่วไป ถ้าเกิดขึ้นเป็นสิ่งดี เพราะจะช่วยกระตุ้นให้บุคคลแก้ปัญหา และทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีขึ้น และกระตุ้นให้บุคคลตื่นตัวในการแก้ปัญหาการเจ็บป่วย หรือทำให้บุคคลพยายามทำงานอย่างใดอย่างหนึ่งให้สำเร็จ

2) ความวิตกกังวลระดับกลาง (Moderate anxiety) ในระดับนี้ บุคคลจะเกิดการรับรู้เรื่องต่าง ๆ แคลง บุคคลจะสนใจเฉพาะปัญหาที่จะทำให้ตนไม่สบายใจ พยายามควบคุมตนเองมากขึ้น พยายามแก้ปัญหาสูงขึ้น

3) ความวิตกกังวลระดับสูง (Severe anxiety) บุคคลจะมีวิตกกังวลสูง สวมการรับรู้แคลง สมธิในการรับฟังปัญหาและข้อมูลต่าง ๆ ลดลงเพราะครุ่นคิดหมกมุ่นในรายละเอียดมากไป จนไม่สามารถติดตามเนื้อหาของเรื่องราว อย่างกว้างขวาง มีอาการมึนงง กระสับกระส่าย ไม่อยู่กับที่ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม

4) ความวิตกกังวลระดับสูงสุด (Panic anxiety) บุคคลมีความวิตกกังวลสูงสุดจนทำให้สวมการรับรู้ต่ำ บุคคลจะอยู่ในภาวะตื่นตระหนก สับสน วุ่นวาย หวาดกลัวสุดขีด มึนงง ควบคุมตนเองไม่ได้ไม่มีแรงอาจมีอาการประสาทหลอนแขนขาขยับไม่ได้เป็นลม

สาเหตุของความวิตกกังวล

สาเหตุของความวิตกกังวล คือ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการไม่รู้อาการของผู้ป่วย (นงคัมุช นนะแก้ว, 2560) และวิตกกังวล เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ดังนั้นสมาชิกใน

ครอบครัว จึงเกิดความวิตกกังวลที่รุนแรงมากขึ้นหรือสูงขึ้น ทำให้ไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เกิดความสับสน เกิดความคับข้องใจไม่ทราบว่าจะควรปฏิบัติตนอย่างไร หากผู้ดูแลไม่ได้รับข้อมูล เกี่ยวกับวิธีการดูแลอย่างถูกต้องและเพียงพอ จะทำให้สมาชิกในครอบครัว รู้สึกยากลำบากในการปฏิบัติ ก่อให้เกิดความเครียดได้ โดยเฉพาะความเครียดในระดับสูงที่มากกว่าบุคคลทั่วไป ซึ่งเมื่อผู้ดูแลมีความวิตกกังวลในระดับรุนแรงที่ต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดหัวใจเต้นเร็วและถี่ขึ้น ความดันโลหิตสูง ปากแห้ง เบื่ออาหาร ตัวสั่น ใจสั่น เหงื่อออก ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิ การตัดสินใจไม่ดีอาจเกิดพฤติกรรมถอยหนีเหตุการณ์ ทำให้การทำหน้าที่บทบาทสมาชิกในครอบครัวไม่มีประสิทธิภาพ ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะเกิดผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัว ในทางลบ

ความวิตกกังวลจากการย้ายออกของผู้ป่วยในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

เหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจของการย้ายหรือการออกจากไอซียูได้รับการอธิบายไว้ในบททบทวนวรรณกรรมว่าเป็นปรากฏการณ์ เรียกว่า “transfer stress,” “relocation stress,” “translocation syndrome,” “transfer anxiety,” “relocation anxiety,” and “translocation anxiety.” (Carpenito, 2013) ความวิตกกังวลจากการย้ายออก เป็นอาการที่เกิดได้ทั้งทางสรีรวิทยา และอาการทางด้านจิตใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจากการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนักไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป สมาคมการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือกำหนดความวิตกกังวลจากการย้ายออกเป็นสถานะของอารมณ์ที่ก่อให้เกิดการรบกวนทางร่างกาย และจิตใจในการย้ายจากจากที่หนึ่งไปที่หนึ่ง (Herdman, 2014) ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์เป็นประสบการณ์ที่พบได้ในผู้ป่วยหนัก (Tate, 2012) อารมณ์นี้ประกอบด้วย สององค์ประกอบ สภาพ และลักษณะความวิตกกังวล เตือนบุคคลถึงอันตรายที่ใกล้เข้ามาทำให้พวกเขาสามารถ เตรียมและจัดการภัยคุกคาม ช่วยให้ร่างกายตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียด ผ่านอารมณ์และความรู้สึก ตึงเครียด วิตกกังวล กังวลใจ และกังวล ความวิตกกังวลเป็นลักษณะนิสัยที่มีเสถียรภาพของบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล คือแนวโน้มที่บุคคลจะวิตกกังวล (Spielberger, 1983)

Leith (1998) กล่าวว่า Transfer anxiety ไม่ใช่แค่ประสบการณ์ของบุคคลใน การเปลี่ยนที่ใหม่ แต่มักมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญ โดยมี ลักษณะดังต่อไปนี้ คือ มีการรับรู้ในด้านลบเกี่ยวกับการย้ายจากสิ่งแวดล้อมหนึ่ง ไปสู่สิ่งแวดล้อมใหม่ มีอาการและอาการแสดงของความวิตกกังวลทั้งด้านร่างกายและจิตใจเกิดขึ้นช่วงสั้นๆ หรือหลังจากการย้ายซึ่งเป็นปรากฏการณ์ผ่านทางวัฒนธรรมที่สามารถเกิดได้กับคนทุกเพศทุกวัย.

Leith (1998) ได้วิเคราะห์แนวคิดความวิตกกังวลจากการย้ายและสรุปลักษณะสำคัญของความวิตกกังวลจากการย้ายได้ ดังนี้

1. Critical attribute คือ ลักษณะที่สำคัญของความวิตกกังวลจากการย้าย ประกอบด้วย การรับรู้ด้านลบเกี่ยวกับสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้นหรือการย้ายจากสิ่งแวดล้อมหนึ่งไปสู่สิ่งแวดล้อมหนึ่ง อาการและอาการแสดงของความวิตกกังวลที่แสดงออกทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาการ และอาการแสดงที่เกิดขึ้นจะเกิดในช่วงเวลาสั้นๆ ก่อนหรือหลังการย้าย

2. Antecedents หมายถึง เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนที่ ความวิตกกังวลจากการย้าย จะเกิดขึ้น ความหลากหลายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนย้ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต สนับสนุนให้เกิดความวิตกกังวลจากการย้าย ซึ่งมีสาเหตุมาจากทางด้านร่างกาย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงภาวะ สุขภาพ ด้านร่างกาย การรับรู้ความวิตกกังวลก่อนการเคลื่อนย้าย ความหุดหู่ หรือความนับถือในตนเอง ลดลง หรือแม้แต่สาเหตุจากสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมในระดับปานกลางหรือสูงในสิ่งแวดล้อมใหม่ การมีประวัติการมีปัญหาในการย้ายมาก่อนและการสูญเสียความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั้งในอดีตและปัจจุบัน

3. Consequences เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งเป็นผลจากแนวคิดความวิตกกังวล ที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการรับรู้ในเรื่องการลดลงของคุณภาพการดูแล หรือคุณภาพชีวิต รวมไปถึงการเพิ่มความวิตกกังวลและการลดลงของความสามารถในการเผชิญความเครียด การเผชิญหน้า และการปรับตัว

4. Empirical referents เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง โดยสามารถวัดได้จากการที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ มีความวิตกกังวล ความเครียด และเกิดการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพ หลังจากการย้าย

องค์ประกอบของความวิตกกังวลจากการย้าย

ความวิตกกังวลจากการย้ายนั้นจะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนจากสถานที่หนึ่งหรือจากสิ่งแวดล้อมหนึ่ง Leith (1998) ได้อธิบายเกี่ยวกับองค์ประกอบของ ความวิตกกังวลจากย้ายนั้น ประกอบด้วยความวิตกกังวล 3 อย่าง ได้แก่ ความวิตกกังวลปฐมภูมิ (Primary transfer anxiety) ความวิตกกังวลจากการคาดคะเนเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตน (Expectant transfer anxiety) และ ความวิตกกังวลที่เกิดจากความกลัวหลังการย้าย (Fright after transfer anxiety) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ความวิตกกังวลปฐมภูมิ (Primary transfer anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่มีความสัมพันธ์ กับรูปแบบและระยะเวลาในการย้าย โดยเกิดขึ้นเนื่องจากการได้รับแจ้งว่าจะมีการย้ายเกิดขึ้น เป็นความวิตกกังวลที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะต้องเจอหรือเผชิญกับประสบการณ์ใหม่ที่จะได้รับ

และไม่คุ้นเคย กลัวอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเองโดยผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาตอบสนองอย่างทันทีทันใด ซึ่งจะแสดงออกทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ (Daniel & Nicoll, 2012) การย้ายที่เกิดขึ้นทันทีทันใดเมื่อมีความจำเป็นต้องรับผู้ใหม่อย่างฉุกเฉิน แม้กระทั่งการย้ายในเวลากลางคืนกระตุ้นทำให้เกิดความวิตกกังวลปฐมภูมิได้ (McCairn & Jones, 2014) การย้ายที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด จะทำให้ไม่มีเวลาในการเตรียมการย้ายผู้ป่วยอย่างเพียงพอ สิ่งเหล่านี้จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง สูญเสียความปลอดภัย (McKinney & Melby, 2002) จึงทำให้เกิดความวิตกกังวลจากการย้ายได้

2. ความวิตกกังวลจากการคาดคะเนเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตน (Expectant transfer anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการวางแผนเกี่ยวกับการดูแลที่จะได้รับในอนาคต เป็นการเฝ้าระวังอันตรายที่จะเกิดขึ้น โดยผู้ป่วยบางรายมีความสนใจการดูแลที่ควรจะได้รับหลังจากการย้ายออกจากผู้ป่วยวิกฤต เป็นความคาดหวังว่าการเจ็บป่วยของตนจะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยทั่วไปเช่นเดียวกับการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งเกิดได้จากการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมก่อนมีการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต (McKinney & Melby, 2002)

3. ความวิตกกังวลที่เกิดจากความกลัวหลังการย้าย (Fright after transfer anxiety) พบว่าสิ่งแรกที่ทำให้เกิดความกลัว คือ การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และการย้ายออกจากสิ่งแวดล้อมที่รู้สึกปลอดภัย เช่น หอผู้ป่วยหนัก และความกลัวดังกล่าวจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีการย้ายไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป และไม่ทราบเกี่ยวกับการดูแลที่จะได้รับและสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยทั่วไป (McKinney & Melby, 2002) หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งในด้านการสังเกตอาการและการรักษาที่จะได้รับ

จากแนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลจากการย้าย ของ Leith (1998) ได้สรุปสาเหตุของการเกิดความวิตกกังวลจากการย้าย ดังนี้

1. สาเหตุด้านร่างกาย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของภาวะด้านสุขภาพ การรับรู้ความเครียดก่อนการย้าย ภาวะซึมเศร้า และลดการนับถือในตนเอง
2. สาเหตุด้านสถานการณ์ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมใหม่ในระดับปานกลางถึงสูง เช่น ประวัติด้านมาของปัญหาที่เกิดจากการย้ายออกในอดีต หรือการสูญเสียสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

Leith (1988) ได้กล่าวถึงปัจจัยของการเกิดภาวะ Transfer Anxiety ว่าเกิดจาก.

1. มีการเตรียมตัวน้อย หรือไม่มีเลยสำหรับการย้ายออก
2. การลดการตรวจติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยทันทีเมื่อถึงเวลาย้ายออก
3. ความรู้สึกไม่ปลอดภัยจากการขาดการตรวจติดตามต่อเนื่อง

4. ขาดความสามารถในการพยากรณ์สิ่งแวดล้อมใหม่
5. ขาดการอธิบายถึงความแตกต่างระหว่างหอผู้ป่วยวิกฤต และหอผู้ป่วยทั่วไป
6. ขาดหรือไม่ทราบเวลาที่ผู้ป่วยถูกแจ้งว่าจะย้ายออก
7. การช่วยเหลือผู้ป่วยในการดูแลตนเองลดลง
8. ขาดการควบคุมสิ่งแวดล้อม
9. เปลี่ยนกิจวัตรการดูแลประจำวัน
10. เปลี่ยนการให้การดูแลโดยทันที
11. ขาดโอกาสยุติบทบาทกับพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต
12. การเคลื่อนย้ายในเวลากลางคืน, การเคลื่อนย้ายในทันทีทันใด, หรือการเคลื่อนย้ายระหว่างการเปลี่ยนเวร

โดย Leith (1998) ได้สรุปเกี่ยวกับปัจจัยของการเกิดความวิตกกังวลจากการย้ายไว้ว่า เกิดจากการเตรียมตัวเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีการเตรียมตัวเลยสำหรับการเคลื่อนย้าย การลดการ ติดตามผู้ป่วยโดยทันทีเมื่อถึงเวลาเคลื่อนย้าย การสูญเสียความรู้สึกปลอดภัยจากการขาดการติดตาม การขาดการอธิบายถึงความแตกต่างระหว่างหอผู้ป่วยวิกฤตและหน่วยผู้ป่วยทั่วไป การไม่มีเวลา ในการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงเวลาการย้ายออกจริงและการย้ายที่จะเกิดขึ้น การเปลี่ยนการให้การดูแลโดยทันที การย้ายผู้ป่วยในเวลากลางคืน การย้ายในทันทีทันใด หรือมีการย้ายระหว่างเปลี่ยนเวร ซึ่งจะมีส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกาย จิตใจและพฤติกรรมของผู้ป่วยตามมา

ผลกระทบของความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วยต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ผลกระทบความวิตกกังวลจากการย้ายออกของสมาชิกครอบครัว จากการทบทวนอุบัติการณ์ พบว่าการเกิดอาการวิตกกังวลจากการย้ายออกของสมาชิกครอบครัวหลังจากเจ็บป่วยวิกฤต เป็นอาการที่เกิดขึ้นเป็นส่วนใหญ่ของสมาชิกครอบครัวทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมักรู้สึกไม่สบายใจวิตกกังวลกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้เกิดผลกระทบกับสมาชิกครอบครัวได้ หากสมาชิกครอบครัวเผชิญปัญหาอย่างไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวมีผลกระทบต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยความล้มเหลว ในการแก้ไขความวิตกกังวลจากการย้ายออกของสมาชิกครอบครัวอาจขัดขวางการฟื้นตัวของผู้ป่วยได้ (Ramsay et al., 2014) เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวสามารถมีผลกระทบอย่างมากต่อความเป็นอยู่ทั่วไปของผู้ป่วยโดยให้ความมั่นคงทางด้านจิตใจและอารมณ์ ดังนั้นสมาชิกในครอบครัว คือนุคคลสำคัญที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการรักษา กระบวนการตั้งแต่อารมณ์ดีขึ้นจนถึงการวินิจฉัย การรักษา และการพักฟื้น (Hamzah & Husni, 2017) ความวิตกกังวลอาจรบกวนความสามารถของสมาชิกครอบครัวในการ

รับรู้และการทำความเข้าใจข้อมูล สมาธิสั้นลง ความสามารถในการจดจำ และความสามารถในการตัดสินใจลดลงตามมาด้วย ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไม่สามารถเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยวิกฤต และอาจส่งผลต่อการฟื้นฟูหายของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ บางงานวิจัยยังพบว่า ความวิตกกังวลสามารถส่งผ่านจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งได้โดยเฉพาะ สมาชิกในครอบครัว จะสามารถถ่ายทอดความวิตกกังวลถึงกันได้มากกว่าบุคคลอื่น (Karlsson et al., 2020)

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความวิตกกังวลจากการย้าย

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความวิตกกังวลจากการย้ายหรือเพื่อค้นหาความวิตกกังวลจากการย้ายนั้น มีเครื่องมือในการประเมินหรือค้นหาทั้งที่เป็นเฉพาะโรคและประเมินความวิตกกังวล จากการย้ายในผู้ป่วยรวมทุกโรค โดยมีลักษณะดังนี้

1. แบบวัดความวิตกกังวลจากการย้ายจากไอซียู (The Pre-Post Transfer anxiety inventory [PP-TAI]) ซึ่งพัฒนาโดย วรธกร รักอิสสระ (2547) โดยใช้แนวคิดความวิตกกังวลจากการย้ายของ Leith (1998) เพื่อใช้วัดระดับความวิตกกังวลจากการย้ายภายใน 8 ชั่วโมง ก่อนและหลังการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เครื่องมือนี้ประกอบด้วย 2 ชุด คือ แบบวัดความวิตกกังวลก่อนการย้าย (Pre Transfer Anxiety Inventory [Pre-TAI]) และแบบวัดความวิตกกังวล หลังการย้าย (Post Transfer Anxiety Inventory [Post-TAI]) ซึ่งแต่ละชุดมีข้อคำถาม 30 ข้อ เครื่องมือทั้งสองชุดถูกออกแบบให้ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเอง โดยไม่จำกัดเวลา ใช้ประเมินความ วิตกกังวลจากการย้ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต 2 ครั้ง ครั้งแรกจะประเมินในวันที่ย้ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต ภายใน 8 ชั่วโมง และหลังจากย้ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตภายใน 8 ชั่วโมง ให้ระงับการวัดทั้ง 2 ครั้ง ห่างกัน 4 ชั่วโมง เครื่องมือนี้มีความตรงเชิงเนื้อหาโดยได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยการนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 40 รายและนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ซึ่ง Pre-TAI ได้ 0.80 และ Post-TAI ได้ 0.93

2. แบบประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเองตามสถานการณ์ Stated-Trait Anxiety Inventory ของ Spielberger (1983) ครอบคลุมเนื้อหาการประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (ความรู้สึก ที่เกิดขึ้นในขณะนี้) และความวิตกกังวลแฝง (ความรู้สึกทั่วไปของบุคคลนั้น) ได้รับการแปลเป็น ภาษาไทยโดยสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, ธาตรี นนทศักดิ์และจิน แบร์ (2553) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .86

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ แบบวัดความวิตกกังวลจากการย้ายจากไอซียูของวรธกร รักอิสสระ (2547) ที่สร้างขึ้นตามแนวความคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลจากการย้ายของ Leith (1998) เนื่องจากแบบวัดความวิตกกังวลจากการจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตนี้ได้สร้างมาจากแนวคิด

เกี่ยวกับความวิตกกังวลจากการย้ายและใช้วัดความวิตกกังวลจากย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก อย่างแท้จริงผู้วิจัยจึงนำมาดัดแปลงข้อคำถามจากผู้ป่วยเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต อีกทั้งเป็นแบบวัดที่มีความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามที่น่าเชื่อถือ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ใน การศึกษานี้ คัดสรรจากงานการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความวิตกกังวลจากการย้ายของ Leith (1998) และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งพบว่ามีหลายปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดความวิตกกังวล จากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูล และความไม่แน่นอน ดังนี้

การสนับสนุนด้านข้อมูล

การสนับสนุนด้านข้อมูล ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ของบุคคล ช่วยให้การฟื้นฟูภายหลังการเจ็บป่วย หรือแม้แต่ขณะเจ็บป่วย ช่วยลดภาวะวิตกกังวล ความเครียด และความวิตกกังวลได้ House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่ง ที่ผู้รับ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือเกื้อกูล โดยการสนับสนุนทางสังคม เป็นแนวคิดทางด้านจิตสังคมที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลใน สังคมเพื่อแลกเปลี่ยน ผลประโยชน์ซึ่งกันและกันทำให้ บุคคลให้ความช่วยเหลือกันในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ มี อิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน

House (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย

1. การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร เป็นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อนำไปใช้เป็นทางเลือกในการปฏิบัติพฤติกรรมหรือแก้ไขปัญหา
2. การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นการแสดงออกถึงการดูแล เอาใจใส่ ให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
3. การสนับสนุนด้านแรงงาน และทรัพยากรเป็นการช่วยเหลือทางด้านวัตถุแรงงาน เวลา การจัดสิ่งแวดล้อม หรือบริการต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวก
4. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยการให้การยอมรับ เพื่อให้บุคคลเกิดความมั่นใจในตนเอง และมีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องต่อไป

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้เลือกการสนับสนุนทางด้านข้อมูลที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย วิกฤตต้องการมากที่สุด ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในระยะวิกฤต ต้องการมากที่สุด โดยการสนับสนุนด้านข้อมูลสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง การได้รับข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง ประกอบด้วย แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัว ลักษณะทางพยาธิสภาพของโรค รวมทั้งคำแนะนำต่าง ๆ ในการปฏิบัติตัวเมื่อย้าย ออกไปอยู่หอผู้ป่วยทั่วไป ลักษณะของหอผู้ป่วยทั่วไป ลักษณะการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยทั่วไป

การสนับสนุนด้านข้อมูลนั้น เป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม จัดเป็น ปัจจัยทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต สอดคล้องกับการศึกษาของ ปันทดา แก้วเปรม และคณะ (2557) พบว่าการสนับสนุนด้านข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยไอซียูของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต การได้รับข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง เช่น แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัว ลักษณะทางพยาธิสภาพของโรค รวมทั้งคำแนะนำต่าง ๆ ในการดูแล การปฏิบัติตัว เมื่อย้ายออกไปอยู่หอผู้ป่วยทั่วไป รวมทั้ง ลักษณะของหอผู้ป่วยทั่วไป ลักษณะการดูแลของพยาบาลในหอผู้ป่วยทั่วไป จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้ข้อมูลที่ถูกต้องมีความกระจ่างชัดเจน ทำให้บุคคลรับรู้เหตุการณ์ที่ตรงตามความเป็นจริง และสามารถเผชิญความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม ความวิตกกังวลจากการย้ายเกิดจากการที่บุคคล ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการย้ายหรือได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการย้ายที่น้อยมาก หรือได้ไม่ครบถ้วน (Leith, 1999)

การศึกษาของ Brodsky-Israeli (2010) พบว่า ความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักมีความสัมพันธ์ ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ($r = -.21, p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร นุ่มมีชัย (2550) พบว่า การสนับสนุนทางด้าน ข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.28, p < .05$) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาดังกล่าวขัดแย้งกับการศึกษาของ ปันทดา แก้วเปรม และ คณะ (2557) พบว่า การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลไม่มีความสัมพันธ์กับ ความวิตกกังวลของบิดามารดาที่ระดับนัยสำคัญ $.05$ ($r_s = .18, p > .05$) และความเข้าใจข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.27, p < .05$) และการศึกษาของ กฤษณา ปะสาวะเท (2560) พบว่า ไม่พบความสัมพันธ์ ระหว่างระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์กับความวิตกกังวล จากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($p > .05$)

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม มีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมหลายชนิด ดังนี้

1. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Brown ซึ่ง กาญจนา บุญทับ (2534 อ้างถึงใน นภาพร นุ่มมีชัย, 2550) แปลและเรียบเรียงมาจาก Brown ซึ่ง Brown สร้างแบบสอบถามชุดนี้ขึ้นโดยใช้แนวคิดในการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประมาณเปรียบเทียบ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของและบริการ มีข้อคำถามรวม 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 อันดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด 6 คะแนน และไม่พึงพอใจมากที่สุดได้ 1 คะแนน หากความเที่ยงโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81-.91

2. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกของ สายนาท พลไชโย (2543) ที่แปลและดัดแปลงมาจากแนวคิดเกี่ยวกับชนิดของการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981 อ้างถึงใน สายนาท พลไชโย, 2543) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งได้นำไปประเมินการรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกและเป็นแบบประเมินที่มีผู้วิจัยหลายผู้วิจัยได้นำแบบประเมินตามแนวคิดของ House ไปศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในหลายกลุ่มตัวอย่าง เช่น ในกลุ่มผู้เกษียณอายุ หญิงตั้งครรภ์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามมากกว่า .80

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกของ สายนาท พลไชโย (2543) เนื่องจากมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตซึ่งมีความเปราะบางทางอารมณ์ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ จึงเลือกแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ สายนาท พลไชโย (2543) มาใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ แบบสอบถามประเมินนี้ใช้ประเมินการสนับสนุนการได้รับการช่วยเหลือที่ผู้สูงอายุอัมพาต ครึ่งซีกได้รับทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วยการได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 6 ข้อ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร 7 ข้อ การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร 6 ข้อ การสนับสนุนด้าน การประเมินเปรียบเทียบ 5 ข้อ ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย และ ไม่มีเลย และนำแบบประเมินไปทดลองใช้ในผู้ป่วยสูงอายุอัมพาตครึ่งซีก จำนวน 130ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .88 ซึ่งเป็นแบบประเมินที่มีค่าความ เชื่อมั่นของเครื่องมือที่ดี และมีครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน แต่การศึกษาครั้งนี้ได้คัดเลือกมาเฉพาะการรับรู้ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ความวิตกกังวลจากการย้ายเกิดจากการที่บุคคลไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ การย้ายหรือได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการย้ายที่น้อยมากหรือได้ไม่ครบถ้วน (Brooke et al., 2012; Leith, 1998) และการให้ข้อมูลของพยาบาล บางครั้งไม่ตรงกับความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในขณะนั้น (Eun-Young & Jim-Hee, 2021) จูติมาภรณ์ พรหมรอด และ คณะ (2554) พบว่า ความต้องการของญาติก่อนย้าย

ผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต สูงกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความต้องการรายด้านที่ ญาติผู้ป่วยต้องการมากที่สุดคือ ความต้องการข้อมูล รองลงมาคือ ความต้องการลดความวิตกกังวล ส่วนความต้องการที่น้อยที่สุดคือ ความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลไม่ว่าจะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและข้อมูลเกี่ยวกับหอผู้ป่วยที่จะย้ายไปทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนมีผลทำให้เกิดความวิตกกังวล เกี่ยวกับการย้ายตามมา (Leith, 1998;1999)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

Mishel (1988) ได้พัฒนาทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย (Uncertainty in illness) จากงานวิจัยต่าง ๆ ที่เป็นศาสตร์ทางการแพทย์ และศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์อันทำให้เกิดความเครียด มีบทบาทในการประเมินตัดสินใจ และเผชิญปัญหาของบุคคล เพราะความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ ทำให้ยากต่อการประเมินสถานการณ์นั้น ๆ ว่าเป็นอันตรายหรือมีความรุนแรงหรือไม่ ความไม่แน่นอน และความคลุมเครือของเหตุการณ์จึงเป็นภาวะที่คุกคามต่อบุคคล Mishel ได้นำกรอบแนวคิดนี้มาอธิบายให้เฉพาะเจาะจง กับความเจ็บป่วย เป็นทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนที่มีต่อสภาวะความเจ็บป่วย ซึ่งลักษณะของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนี้มี 4 ลักษณะ ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Ambiguity) หมายถึง การที่สมาชิกครอบครัวไม่สามารถเข้าใจสภาพการเจ็บป่วยได้อย่างชัดเจน อาจเนื่องมาจากการขาดความรู้ ขาดประสบการณ์ การขาดความรู้ความเข้าใจ ของสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วย จะทำให้เกิดความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือเพิ่มขึ้น

2. ความซับซ้อนของการรักษา และระบบการดูแล (Complexity) หมายถึง การที่สมาชิกครอบครัวรู้สึกวุ่นวายขั้นตอนการรักษามีความยุ่งยาก ซับซ้อน มีการใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่หลากหลาย ไม่มีความคุ้นเคย วิธีการรักษาก่อนข้างยุ่งยาก และระเบียบขั้นตอนในการเชื่อมถูกจำกัด ไม่แน่ใจว่าวิธีการและขั้นตอนที่ซับซ้อนนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยหายได้หรือไม่ เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mishel, 1988)

3. การได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอ หรือมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลบ่อย หรือไม่สอดคล้องกับข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ (Inconsistency) หมายถึง การที่สมาชิกครอบครัวได้รับข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงบ่อยๆ หรือบางครั้งข้อมูลที่ได้รับน้อย ทำให้สมาชิกครอบครัวไม่สามารถประเมินสภาวะความเจ็บป่วยที่แน่นอนได้ เกิดความวิตกกังวล ไม่สามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสม เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การที่สมาชิกครอบครัวได้รับข้อมูลที่แน่นอน เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแผนการรักษา จะสามารถทำให้สมาชิกครอบครัวสามารถประเมินสถานการณ์ว่าเป็นสิ่งที่ควบคุม

ได้ หรือเป็นโอกาส ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะลดลง แต่ถ้าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอ ไม่มีความต่อเนื่อง ชัดเจน หรือข้อมูลมีความเข้าใจยาก ภาษาทางการแพทย์ จะทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ไปในทางเลวร้าย ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น

4. การไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาการเจ็บป่วย และการพยากรณ์โรค

(Unpredictability) หมายถึง การที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยไม่สามารถทำนายระยะเวลาในการเจ็บป่วย ผลของการเจ็บป่วย และการพยากรณ์โรคของความเจ็บป่วยได้ ซึ่งเป็นผลต่อเนื่องจากความคลุมเครือ ความซับซ้อน และความไม่สม่ำเสมอ ในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการรักษาที่ได้รับ ทำให้สมาชิกครอบครัวประเมินสถานการณ์ที่แน่นอนไม่ได้ จึงเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย สถานการณ์เช่นนี้ จะพบบ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤตโรคเรื้อรัง ที่มีอาการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น และเลวลง ทำให้สมาชิกครอบครัวทำนายผลของโรคและการรักษาไม่ได้ สมาชิกครอบครัวจึงเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

เมื่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้น จะทำให้สมาชิกครอบครัวมีการประเมิน ตัดสินใน 2 ลักษณะ คือ อันตราย (Danger) และ โอกาส (Opportunity) (Mishel, 1988) หากสมาชิกครอบครัวตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนนั้นว่าเป็น โอกาส จะทำให้สมาชิกครอบครัวมีความสามารถในการควบคุมตนเองได้ดี แต่ถ้าหากว่าสมาชิกครอบครัวประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนนั้นว่าอันตราย จะก่อให้เกิดความวิตกกังวล (Spielberger, 1983) มีการปรับหน้าที่ของร่างกาย พฤติกรรม อารมณ์ เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ความดันโลหิตสูง ฯลฯ เกิดผลกระทบต่อ การปรับตัวของสมาชิกครอบครัว ความวิตกกังวลอาจรบกวนความสามารถของสมาชิกครอบครัว ในการรับรู้และการทำความเข้าใจข้อมูล สมารถสั้นลง ความสามารถในการจดจำ และความสามารถ ในการตัดสินใจลดลงตามมาด้วย ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไม่สามารถเป็นแหล่ง สนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยวิกฤต และอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ (Hamzah & Husni, 2017)

การศึกษาของ Mitchell and Courtney (2003) พบว่า ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความวิตกกังวลขณะเผชิญการย้ายออก ($r_s = .90, P < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jaya Rijal (2020) ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและความวิตกกังวล จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย 52 ราย (54.7 %) มีความวิตกกังวลในการย้ายออกระดับสูง ($r_s = .90, P < .001$)

การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลบาดเจ็บศีรษะของ สกูลวรรณ อร่ามเมือง (2561)

โดยตัดแปลงจากเครื่องมือประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวของ ฮาร์เคนเนสและคณะ (Harkness, et al., 2013) ความเชื่อมั่นมีค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 ซึ่งฮาร์เคนเนสและคณะ พัฒนามาจากเครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนของ คู่สมรส หรือสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยรุนแรง (PPUS-FM) ของมิเชล (Mishel, 1997) แปลเป็น ภาษาไทยโดยศากุล ช่างไม้ (2561) หลังจากนั้น สกฤตวรรณ อร่ามเมือง (2561) นำแบบวัดความวิตกกังวลจากการจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 30 ราย ค่าสัมประสิทธิ์ ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ .76 วัดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา 2) ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการ สุขภาพ 3) ด้านการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอ หรือมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลบ่อยหรือไม่สอดคล้อง กับข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ และ 4) ด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาเจ็บป่วยและการพยากรณ์ ผู้วิจัยจึงนำมาตัดแปลงข้อคำถามจากผู้ป่วยเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วย 4 ด้าน ได้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างมากกว่า และมีการแปลเป็นภาษาไทย เป็นแบบสอบถามที่ไม่ซับซ้อน แต่ละข้อความสั้นเข้าใจง่าย อีกทั้งเป็นแบบวัดที่มีความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามที่น่าเชื่อถือ

สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตมีการจัดทำในกลุ่มประชากรในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตเอง แต่จากการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากรสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต มีการศึกษาน้อย ภายหลังจากได้รับการดูแลรักษาจนอาการดีขึ้น การย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปพักฟื้นดูแลต่อที่หอผู้ป่วยทั่วไป สมาชิกครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย การขอความช่วยเหลือจากพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้ได้รับการตอบสนองอย่างทันท่วงทีกับอาการผู้ป่วยหากมีอาการที่เปลี่ยนแปลงไป สิ่งเหล่านี้จะทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเกิดความวิตกกังวลต่อการย้ายอย่างมาก เนื่องจากต้องแยกจาก อุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัย บุคลากรทางการแพทย์ที่คุ้นเคย และการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตก็ถูกจำกัดเวลาเข้าเยี่ยม การได้รับข้อมูลทางการรักษา การดูแลอาจไม่ต่อเนื่อง และไม่ชัดเจน เมื่อต้องมีการย้ายออกทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ในอาการของผู้ป่วยว่า ดีขึ้นพร้อมย้ายไปสู่อุหอผู้ป่วยได้แน่นอนปลอดภัยหรือไม่ เกิดข้อคำถามจากสมาชิกครอบครัว ดังนั้นจึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัว

ผู้ป่วยวิกฤต และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย การสนับสนุนด้านข้อมูล และ ความรู้สึกไม่
แน่นอนในความเจ็บป่วย กับ ความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิก
ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูล และ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

สถานที่ในการวิจัย

การศึกษานี้ ดำเนินการวิจัยที่โรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสำนักงานใหญ่ โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล และโรงพยาบาลหัวใจกรุงเทพ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชนระดับตติยภูมิ ให้การรักษาผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยที่ส่งมารักษาต่อจากโรงพยาบาลเครือข่าย เน้นการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางตามระบบ โดยจะมีเกณฑ์ในการรับผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตแต่ละแผนกตามอาการของผู้ป่วย

โรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสำนักงานใหญ่ ประกอบไปด้วย หอผู้ป่วยวิกฤต 1 รับผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตทางด้านศัลยกรรม ผู้ป่วยที่บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ บาดเจ็บทางช่องท้อง หรือ หลังผ่าตัด ศัลยกรรมทั่วไป หอผู้ป่วยวิกฤต 2 รับผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตปัญหาทางด้านอายุรกรรม เช่น ผู้ป่วยน้ำตาลในเลือดสูง มีภาวะเลือดเป็นกรด ผู้ป่วยโรคไตวายเฉียบพลัน ฯลฯ หอผู้ป่วยวิกฤต 3 รับผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตปัญหาทางด้านประสาทวิทยา เช่น ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ผู้ป่วยอาการกำเริบของโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง

โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล ประกอบไปด้วย หอผู้ป่วยวิกฤต 7 และ 8 รับผู้ป่วยที่ภาวะวิกฤตทางระบบประสาทและไขสันหลัง ผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะ และผู้ป่วยหลังผ่าตัด เช่น เนื้องอกในสมอง หลังผ่าตัดกระดูกข้อเข่า สะโพก และกระดูกสันหลัง

โรงพยาบาลหัวใจกรุงเทพ ประกอบไปด้วย หอผู้ป่วยวิกฤต โรคหัวใจ 1 และ 2 รับผู้ป่วยที่ภาวะวิกฤต ทางด้านหลอดเลือดหัวใจ หัวใจล้มเหลว การผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจ ศัลยกรรมทรวงอก ฯลฯ รับดูแลผู้ป่วยทั้งชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

การดูแลผู้ป่วย พยาบาล มีการดูแลเป็นลักษณะเจ้าของไข้ โดยอัตราส่วน พยาบาล ต่อผู้ป่วย 1:1 หรือ 1:2 และมีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมดูแล และมีแพทย์เฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤตร่วมดูแล

ตลอด 24 ชั่วโมงโดยการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีความเป็นมาตรฐานเดียวกันมีอัตรารับเข้าในแต่ละหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ป่วยเฉลี่ยเดือนละ 20 - 40 ราย มีอัตราการย้ายออกในแต่ละหอผู้ป่วยเฉลี่ยเดือนละ 10 – 30 ราย ระยะเวลาอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยเฉลี่ย 3 – 7 วัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส พี่น้อง หรือบุตรของผู้ป่วย ทั้งทางสายเลือด หรือบุตรบุญธรรมตามกฎหมาย ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย เป็นผู้ที่มีปัญหาผู้ป่วย หรือให้การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน หรือโรงพยาบาล ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทุกแผนก โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใดๆ และเป็นผู้ดูแลหลัก

กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส พี่น้อง หรือบุตรของผู้ป่วย ทั้งทางสายเลือด หรือบุตรบุญธรรมตามกฎหมาย ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย เป็นผู้ที่มีปัญหาผู้ป่วย หรือให้การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน หรือโรงพยาบาล ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทุกแผนก โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใดๆ และเป็นผู้ดูแลหลัก และมีคุณสมบัติตามที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป
2. มีญาติเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยไอซียู อย่างน้อย 24 ชั่วโมง และมีคำสั่งจากแพทย์ในการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต
3. มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี รับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลปกติ
4. ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร สามารถอ่าน พูด เขียน และฟังภาษาไทยได้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) สำหรับการให้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ใช้โปรแกรม G power 3.1 (Faul et al., 2007) กำหนดการทดสอบสมมติฐานเป็นสองทาง การประมาณค่า อิทธิพล (estimated effect) = 0.25 กำหนดค่าอำนาจความคลาดเคลื่อน 0.5 อำนาจการทดสอบ (Power) = 0.80 (Polit & Beck, 2004) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 123 ราย เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหายจากความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Little & Rubin, 2019) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 136 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลาก สุ่ม 4 หอผู้ป่วยวิกฤต จาก 7 หอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ หอผู้ป่วยวิกฤต 1 หอผู้ป่วยวิกฤต 3 หอผู้ป่วยวิกฤต อายุรกรรมโรคหัวใจและศัลยกรรมหัวใจ (Cardiac Care Unit: CCU1, CCU2) จากนั้นเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่จะย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตทุกรายที่คุณสมบัติตรงตามที่กำหนด คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละโรงพยาบาล โดยกำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล (Proportion to size sampling) จากสถิติผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต ในปี พ.ศ. 2564 รายละเอียดนำเสนอตารางที่ 1 การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียด ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตที่ได้จากการสุ่ม 4 หอผู้ป่วยวิกฤตในการขอทราบข้อมูลเกี่ยวกับการจำหน่ายออกของผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่หอผู้ป่วยวิกฤต 1, 3 โรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสำนักงานใหญ่ และหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ1 และ 2 โรงพยาบาลหัวใจกรุงเทพ
2. ผู้วิจัยเข้าพบสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล เรียงเชิญเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างตกลงยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการลงนามเป็นกลุ่มตัวอย่างและเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบ จำนวน 136 ราย

ตารางที่ 1 จำนวนโรงพยาบาล จำนวนหอผู้ป่วย และจำนวนตัวอย่างที่สุ่ม จำแนกตามจำนวนผู้ป่วย
ปี พ.ศ. 2564 (n=136)

โรงพยาบาล/ หอผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วยปี พ.ศ.2564	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
โรงพยาบาลกรุงเทพ		
สำนักงานใหญ่		
หอผู้ป่วยวิกฤต 1	759	44
หอผู้ป่วยวิกฤต 3	681	40
โรงพยาบาลหัวใจกรุงเทพ		
หอผู้ป่วยอายุรกรรมหัวใจ (CCU1)	278	15
หอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจ (CCU2)	651	37

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถามทั้งหมด 4 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลส่วนที่ 1 แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ประสบการณ์การที่มีบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยเมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต สัมพันธภาพ อาศัยอยู่กับผู้ป่วย บุตร และ โรคประจำตัว รวม 11 ข้อ โดยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

1.2 ข้อมูลส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด จำนวนวันในการนอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เวลาย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ระดับความรุนแรงของโรคที่ได้จากการประเมินของแพทย์ (Apache II) ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต รวม 5 ข้อ โดยผู้วิจัยรวบรวมจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

2. แบบสอบถามความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

ผู้วิจัยใช้แบบวัดความวิตกกังวลก่อนการย้ายออกจากไอซียูของ วรธกร รักอิสสระ (2547) ที่ได้สร้างขึ้นตามแนวคิดความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของ Leith (1998) โดยมีรายงานค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .90 และค่าสัมประสิทธิ์ ครอนบาคอัลฟ่าเท่ากับ

.80 โดยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดัดแปลงข้อคำถามจาก “ผู้ป่วย” “เป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต” แบบวัดความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นมาตรวัดแบบ ลิเคิร์ต (Likert’s scale) 5 ระดับ มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 30 ข้อ ข้อความที่เป็นลบ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 และ 30 ข้อความที่เป็นบวก ได้แก่ ข้อคำถามที่ 9, 12, 17 และ 19

ข้อความทางบวก		ข้อความทางลบ	
	คะแนน		คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1		5
เห็นด้วย	2		4
เฉยๆหรือไม่แน่ใจ	3		3
ไม่เห็นด้วย	4		2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5		1

การคิดคะแนน ทำการรวมคะแนนจากข้อคำถามทั้งหมด ได้ช่วงคะแนนของแบบสอบถาม เท่ากับ 30-150 คะแนน

การแปลผล คะแนนรวมสูงแสดงถึง สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความรู้สึกวิตกกังวลในการย้ายออกสูง คะแนนรวมต่ำแสดงถึง สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความรู้สึกวิตกกังวลในการย้ายออกต่ำ

3. แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะของ สกุลวรรณ อร่ามเมือง (2561) ที่พัฒนามาจากเครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนของ คู่สมรส หรือสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยรุนแรง (PPUS-FM) ของมิเชล (Mishel, 1997) แปลเป็น ภาษาไทยโดยศากุล ช่างไม้ (2561) หลังจากนั้น สกุลวรรณ อร่ามเมือง (2561) นำแบบวัดความวิตกกังวลจากการจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปทดลองใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ .76 โดยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ของ สกุลวรรณ อร่ามเมือง (2561) โดยการปรับข้อคำถามจาก “ญาติผู้ดูแล” เป็น “สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต” ลักษณะแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เป็นมาตรวัด แบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน จนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน ช่วงคะแนนตั้งแต่ 30 ถึง 150 ครอบคลุมความรู้สึกไม่แน่นอนของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

วิกฤต 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย (Ambiguity) จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 18, 19, 21, 22, 23 (2) ความซับซ้อน ของการรักษาและการดูแล (Complexity) จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 9, 10, 12, 13, 14, 20 (3) ด้านความไม่สม่ำเสมอในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ (Inconsistency) จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 24, 25, 27, 28, 29, 30 (4) ด้านการไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วย และการรักษา (Unpredictability) จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 7, 8, 11, 15, 16, 17, 26 ลักษณะของคำถามมีความหมายทั้งทางบวกและทางลบ ข้อคำถาม ทางบวก ได้แก่ ข้อ 6, 9, 18, 22, 24, 26, 27, 29, 30 เป็นข้อคำถามที่ทำให้คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วยน้อย ส่วนข้อคำถามทางลบเป็นข้อคำถามที่ทำให้คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนใน ความเจ็บป่วยมาก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 25, 28 กำหนดการให้คะแนนในแต่ละระดับมีดังนี้

ข้อความทางบวก		ข้อความทางลบ	
	คะแนน		คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1		5
เห็นด้วย	2		4
เฉยๆหรือไม่แน่ใจ	3		3
ไม่เห็นด้วย	4		2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5		1

การคิดคะแนน ทำการรวมคะแนนจากข้อคำถามทั้งหมด ได้ช่วงคะแนนของ

แบบสอบถาม เท่ากับ 30-150 คะแนน

การแปลผล คะแนนรวมสูงแสดงถึง สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในการย้ายออกสูง คะแนนรวมต่ำแสดงถึง สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในการย้ายออกต่ำ

4. แบบสอบถามการสนับสนุนด้านข้อมูล

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนข้อมูลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ อัมพาตครึ่งซีกของ สายนาท พลไชโย (2543) แปลและดัดแปลงมาจากแนวคิดการสนับสนุนด้านสังคมของ House (1981) ค่าสัมประสิทธิ์ ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ .87 ผู้วิจัยดัดแปลงข้อคำถามจาก “ผู้ป่วย” “เป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต”

แบบสอบถามการสนับสนุนด้านข้อมูล เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ

แบบสอบถามการสนับสนุนด้านข้อมูล ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ลักษณะเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ มีการให้คะแนนดังนี้

	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
เห็นด้วย	4
เฉยๆหรือไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

การคิดคะแนน ทำการรวมคะแนนจากข้อคำถามทั้งหมด ได้ช่วงคะแนนของแบบสอบถาม เท่ากับ 7-35 คะแนน

การแปลผล คะแนนรวมสูงแสดงถึง สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนข้อมูล การย้ายออกสูง คะแนนรวมต่ำแสดงถึง สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนข้อมูลในการย้ายออกต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) และการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบวัดความวิตกกังวลก่อนการย้ายออก แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบสอบถามการสนับสนุนด้านข้อมูล ที่ผู้วิจัยมีการดัดแปลงไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ประกอบไปด้วย

แพทย์เฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต 1 ท่าน

อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน

พยาบาลชำนาญการที่มีประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 3 ท่าน

จากนั้นจึงนำแบบประเมินมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ได้เท่ากับ .96, 1 และ 1 ตามลำดับ หลังจากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแบบประเมินตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ให้มีความถูกต้อง และเหมาะสมตามข้อเสนอแนะ ในด้านการใช้ภาษาชัดเจน ความครอบคลุมเนื้อหา

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความวิตกกังวลก่อนการย้ายออก แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบสอบถามการสนับสนุนด้านข้อมูล ไปทดลองใช้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ณ หอผู้ป่วยวิกฤต 1, 2, 3, 7, 8 และหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ และ 2 ซึ่งระบบการดูแลผู้ป่วยเป็นมาตรฐานเดียวกัน และหาค่าความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .95, .84 และ .94 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยดำเนินการเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ (G-HS022/2565) และเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่ กรุงเทพมหานคร เลขที่ (BHQ-IRB 2022-05-16) หลังได้รับการอนุมัติแล้ว จึงดำเนินการวิจัย
2. เมื่อมีผู้สนใจเข้าร่วมวิจัยซึ่งมีคุณสมบัติตามข้อกำหนดดังกล่าว และอนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าพบเบื้องต้นผู้วิจัยแนะนำตัวกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับ ซึ่งแจ้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ การตัดสินใจไม่มีการบังคับหรือผูกมัด และไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการทางสุขภาพ ใด ๆ เมื่อสมัครใจเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างทุกรายลงนามในใบยินยอม โดยขอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบที่สามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ
3. ผู้วิจัยแจ้งกลุ่มตัวอย่างว่า คำตอบจากแบบประเมินหรือข้อมูลทั้งหมดเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผย ชื่อ-นามสกุล ของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูล และการพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น
4. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่เป็นแบบสอบถามอย่างมิดชิด และปลอดภัย สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ผู้วิจัยใส่รหัส ซึ่งข้อมูลทั้งหมดมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่จะสามารถเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวได้ หลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำลายข้อมูลทั้งหมด
5. ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติด้านร่างกาย หรือด้านจิตใจ เช่น เหนื่อยล้า เครียด วิตกกังวล ไม่พร้อมในการตอบแบบประเมิน ให้แจ้งผู้วิจัยทราบทันที หรือถ้าผู้วิจัยสังเกตเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะยุติการเก็บ รวบรวมข้อมูล และดูแลรักษาให้การพยาบาลจนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างมีอาการทุเลา และ ถ้าผู้วิจัยพบว่าจาก

แบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความวิตกกังวลสูง ได้ประสานงานกับพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

ระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 ราย (ร้อยละ 5.1) มีคะแนนความวิตกกังวลสูง ($M = 106.14, SD = 3.93$) ผู้วิจัยได้ประสานงานกับพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับทราบคะแนนที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยประเมินเพื่อให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือต่อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. หลังจากโครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือวิจัย ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา และ โรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่แล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่ และ โรงพยาบาลหัวใจกรุงเทพ กรุงเทพมหานครฯ เพื่อขออนุญาตเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยไอซียู 1, 3 และหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ 1 และ 2 เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ภายหลังจากผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่สำรวจ โดยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษา และขอความร่วมมือรวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยให้ความเป็นอิสระและระยะเวลาากับกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมจึงสามารถดำเนินการในขั้นตอนต่อไปได้
4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล สถานที่ในการเก็บข้อมูลมีความเป็นส่วนตัว ไม่มีบุคคลอื่นรบกวน
5. ผู้วิจัยแจกแบบประเมินให้กับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความวิตกกังวลก่อนการย้ายออก แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบสอบถามการสนับสนุนด้านข้อมูล โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าการตอบแบบสอบถามสามารถตอบได้ตามความคิดเห็น พร้อมอธิบายอย่างละเอียดถึงวิธีการตอบแบบสอบถามแต่ละชุด จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจดีแล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หากมีข้อสงสัยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ทันที ซึ่งกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 - 30 นาที

6. หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามในแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนของคำตอบ และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

7. เมื่อผู้วิจัยได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

ทั้งนี้ขณะดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยยึดหลักการป้องกัน โควิด -19 มีการคัดกรองเบื้องต้นเกี่ยวกับอุณหภูมิร่างกาย หากพบว่ามีไข้ อุณหภูมิ มากกว่าหรือเท่ากับ 37.5 องศาเซลเซียส ร่วมกับอาการทางเดินหายใจ เช่น ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ หอบเหนื่อย แจ็งแพथ์รับทราบ และงดการเก็บรวบรวมข้อมูลไปก่อน รวมถึงมีการสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา มีการล้างมือ หรือใช้แอลกอฮอล์เจล และรักษาระยะห่าง ระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาโรค การผ่าตัด เวลาของการย้าย ประสบการณ์การที่มีบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อายุ ระยะเวลาที่นอนรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต นำมาหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. ความวิตกกังวลจากการย้าย การสนับสนุนด้านข้อมูล และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จำแนกตามรายด้าน และโดยรวมนำมาหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนด้านข้อมูล และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product – moment correlation)

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีข้อตกลง ของสถิติ ดังนี้ (จุฬาลักษณ์ บาร์มี, 2551)

4.1 ตัวแปรทั้งสองตัวมีการวัดที่ระดับ Interval หรือ Ratio

4.2 กลุ่มตัวอย่างมีการสุ่มมาจากประชากร (Random sampling)

4.3 ข้อมูลของตัวแปรอย่างน้อยหนึ่งตัวมีการกระจายเป็นแบบปกติ (Normal distribution)

4.4 ที่ระดับค่าหนึ่ง ๆ ของตัวแปรที่หนึ่ง จะมีการกระจายของอีกตัวแปรหนึ่งเท่ากัน หรือมีความแปรปรวนเท่ากัน (Homoscedasticity)

4.5 ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship)

โดยพิจารณาแบ่งระดับความสัมพันธ์ออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Burns and Grove (2009) ได้แก่

- r มีค่าตั้งแต่ .1 ถึง .29 แสดงถึง การมีความสัมพันธ์ต่ำ
- r มีค่าตั้งแต่ .3 ถึง .5 แสดงถึง การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
- r สูงกว่า .5 ถึง 1 แสดงถึง การมีความสัมพันธ์ระดับสูง

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูล และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างคือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส พี่น้อง หรือบุตรของผู้ป่วย ทั้งทางสายเลือด หรือบุตรบุญธรรมตามกฎหมาย ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในเป็นผู้ที่รับรู้ปัญหาผู้ป่วย หรือให้การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน หรือโรงพยาบาล ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทุกแผนก โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใดๆ และเป็นผู้ดูแลหลัก ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทุกแผนก ของโรงพยาบาลในสังกัดบริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) ได้แก่ โรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่ และโรงพยาบาลหัวใจกรุงเทพ สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ จำนวน 136 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ผลการนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านข้อมูล และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรสอาชีพ ประสบการณ์การที่มีบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คือ การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด จำนวนวันในการนอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เวลาที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ จำนวน 136 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.6) โดยมีอายุเฉลี่ย 47 ปี ($SD = 13.89$) อยู่ในช่วงอายุ 41-60 ปี (ร้อยละ 45.6) มากที่สุด สถานภาพสมรส (ร้อยละ 47.8) มากที่สุด มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 52.9) ทำธุรกิจ

ส่วนตัว/ค้ำขาย (ร้อยละ 41.2) มีประสบการณ์การที่มีบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (ร้อยละ 64) รับรู้ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยในการย้ายออกกระดับน้อย (ร้อยละ 33.8) มีความสัมพันธ์เป็นบิดามารดา (ร้อยละ 25) ได้อาศัยอยู่กับผู้ป่วย(ร้อยละ 77.9) มีบุตร(ร้อยละ 50.7) และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 69.1) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 136$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	40	29.4
หญิง	96	70.6
อายุ (ปี) (Min = 20 , Max = 85, M = 47, SD = 13.89)		
20-40 ปี	49	36
41-60 ปี	62	45.6
61-80 ปี	23	16.9
>80 ปี	2	1.5
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	6	4.5
มัธยมศึกษา	14	10.3
ปริญญาตรี	72	52.9
สูงกว่าปริญญาตรี	37	27.2
อื่น ๆ	7	5.1
สถานภาพสมรส		
โสด	60	44.1
คู่	65	47.8
หม้าย	7	5.2
หย่า	4	2.9

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
นักเรียน/นักศึกษา	4	2.9
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	56	41.2
พนักงานบริษัท/ลูกจ้าง	45	33.1
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	10	7.4
รับจ้างทั่วไป	6	4.4
เกษตรกร	2	1.5
ไม่มีอาชีพ	13	9.5
ประสบการณ์การที่มีบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต		
เคย	87	64
ไม่เคย	49	36
การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย		
ไม่มีความรุนแรง	22	16.2
มีความรุนแรงน้อย	46	33.8
มีความรุนแรงปานกลาง	44	32.4
มีความรุนแรงมาก	19	14
มีความรุนแรงมากที่สุด	5	3.6
สัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย		
ภรรยา/สามี	31	22.8
บิดา/มารดา	34	25
บุตร	33	24.3
พี่น้อง	17	12.5
หลาน	21	15.4

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาศัยอยู่กับผู้ป่วย		
อยู่	106	77.9
ไม่อยู่	30	22.1
โรคประจำตัว		
มี	42	30.9
ไม่มี	94	69.1

ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย จำนวน 136 คน พบว่าได้รับการวินิจฉัยเป็น โรคอายุรกรรม ทางเดินหายใจมากที่สุด (ร้อยละ 23.5) โรคอายุรกรรม ทางระบบประสาท (ร้อยละ 14.7) โรคอายุรกรรม หัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 14) ศัลยกรรม ประสาท (ร้อยละ 13.2) ศัลยกรรม ช่องท้อง (ร้อยละ 9.6) และภาวะshock จากการติดเชื้อ (ร้อยละ 8.1) จำนวนวันในการนอนรักษาใน หอผู้ป่วยวิกฤต 1-3 วัน (ร้อยละ 66.9) เวลาที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ในช่วงเวลากลางวัน (7-19 น.) (ร้อยละ 73.5) และระดับความรุนแรงของโรคที่ได้จากการประเมินของแพทย์ (Apache II) ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต 5-9 คะแนน (ร้อยละ 51.4) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูล ส่วนบุคคลของผู้ป่วย ($n = 136$)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
อายุรกรรม หัวใจและหลอดเลือด	19	14
ทางเดินหายใจ	32	23.5
ประสาท	20	14.7
ทางเดินปัสสาวะ	10	7.4
ภาวะshock จากการติดเชื้อ	11	8.1
ศัลยกรรม หัวใจและหลอดเลือด	1	0.7

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ประสาท	18	13.2
ช่องท้อง	13	9.6
กระดูกและข้อ	10	7.4
สูติกรรม	2	1.4
จำนวนวันในการนอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต		
1-3 วัน	91	66.9
4-7 วัน	29	21.4
8-14 วัน	12	8.8
>15วัน	4	2.9
เวลาที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต		
กลางวัน (7-19 น.)	100	73.5
กลางคืน (19-7 น.)	36	26.5
ระดับความรุนแรงของโรคที่ได้จากการประเมิน ของแพทย์ (Apache II) ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วย วิกฤต		
0-4 คะแนน	30	22.1
5-9 คะแนน	70	51.4
10-14 คะแนน	30	22.1
15-19 คะแนน	6	4.4

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย ตัวแปรตาม ได้แก่ ความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ส่วนตัวแปรอิสระ ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูล และความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ดังนี้

**ความวิตกกังวลจากการย้าย การสนับสนุนด้านข้อมูล และความรู้สึกไม่แน่นอนใน
ความเจ็บป่วยจากหอบผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต**

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอบผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยรวมเท่ากับ 65.24 จากคะแนนเต็ม 150 ($SD = 18.027$) โดยมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 30 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 112 การสนับสนุนด้านข้อมูลจากการย้ายออกจากหอบผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 27.24 จากคะแนนเต็ม 35 ($SD = 5.57$) และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจากการย้ายออกจากหอบผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต มีคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 76.35 จากคะแนนเต็ม 150 ($SD = 16.10$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความวิตกกังวลจากการย้าย การสนับสนุนด้านข้อมูล และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจากหอบผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ($n = 136$)

ตัวแปร	พิสัย		<i>M</i>	<i>SD</i>
	ที่เป็นไปได้	ที่เป็นจริง		
ความวิตกกังวลจากการย้าย	30-150	30-112	65.24	18.027
การสนับสนุนด้านข้อมูล	7-35	7-35	27.24	5.57
ความรู้สึกไม่แน่นอนใน ความเจ็บป่วย	30-150	34-108	76.35	16.10

**ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอบผู้ป่วยวิกฤต
ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต**

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับการสนับสนุนด้านข้อมูล และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน โดยก่อนการวิเคราะห์ได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น คือ ตัวแปรทั้งสองตัวมีการวัดที่ระดับ Interval หรือ Ratio , กลุ่มตัวอย่างมีการสุ่มมาจากประชากร (Random sampling), ข้อมูลของตัวแปรอย่างน้อยหนึ่งตัวมีการกระจายแบบปกติ (Normal distribution), ที่ระดับค่าหนึ่ง ๆ ของตัวแปรที่หนึ่ง จะมีการกระจายของอีกตัวแปรหนึ่ง

เท่ากัน หรือมีความแปรปรวนเท่ากัน (Homoscedasticity), ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต พบว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($r = -.348, p < .01$) และ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($r = .617, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างการสนับสนุนด้านข้อมูล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ($n = 136$)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)
การสนับสนุนด้านข้อมูล	-.348***
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	.617***

*** $p < .001$

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ พัฒนาการรอบแนวคิดการวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความวิตกกังวลจากการย้าย ของ Leith (1998) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทุกแผนก ของโรงพยาบาลในสังกัดบริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการจำกัด(มหาชน) ได้แก่ โรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่ และ โรงพยาบาลหัวใจกรุงเทพ จำนวน 136 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .96 และมีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ .95 และแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนของความเจ็บป่วย และแบบสอบถามการสนับสนุนด้านข้อมูล มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ .84 และ .94

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย ค่าพิสัย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ จำนวน 136 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.6) โดยมีอายุเฉลี่ย 47 ปี ($SD = 13.89$) อยู่ในช่วงอายุ 41-60 ปี (ร้อยละ 45.6) มากที่สุด สถานภาพสมรส (ร้อยละ 47.8) มากที่สุด มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 52.9) ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย (ร้อยละ 41.2) มีประสบการณ์การที่มีบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (ร้อยละ 64) มีความรู้สึกระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยในการย้ายออกมีความรุนแรงน้อย (ร้อยละ 33.8) มีสมาชิกครอบครัวมีความสัมพันธ์เป็นบิดามารดา (ร้อยละ 25) ได้อาศัยอยู่กับผู้ป่วย (ร้อยละ 77.9) มีบุตร (ร้อยละ 50.7) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 69.1)

ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย จำนวน 136 คน พบว่าได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคอายุรกรรมทางเดินหายใจมากที่สุด (ร้อยละ 23.5) โรคอายุรกรรม ทางระบบประสาท (ร้อยละ 14.7)

โรคอายุรกรรม หัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 14) ศัลยกรรม ประสาท (ร้อยละ 13.2) ศัลยกรรม ช่องท้อง (ร้อยละ 9.6) และภาวะshock จากการติดเชื้อ (ร้อยละ 8.1) จำนวนวันในการนอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต 1-3 วัน (ร้อยละ 66.9) เวลาที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ในช่วงเวลากลางวัน (7-19 น.) (ร้อยละ 73.5) และระดับความรุนแรงของโรคที่ได้จากการประเมินของแพทย์ (Apache II) ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต 5-9 คะแนน (ร้อยละ 51.4)

ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา

ผลการศึกษาค้นคว้าความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยรวมเท่ากับ 65.24 จากคะแนนเต็ม 150 ($SD = 18.027$) โดยมีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 112 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 30

สำหรับตัวแปรที่ศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย การสนับสนุนด้านข้อมูลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เท่ากับ 27.24 จากคะแนนเต็ม 35 ($SD = 5.57$) และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เท่ากับ 76.35 จากคะแนนเต็ม 150 ($SD = 16.10$)

ข้อมูลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต พบว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.348, p < .01$) และความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .617, p < .01$)

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนด้านข้อมูล และความรู้สึกไม่แน่นอนจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ความวิตกกังวลจากการย้ายออกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

จากผลการวิจัยพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต โดยมีคะแนนรวมเท่ากับ 65.24 จากคะแนนเต็ม 150 ($SD = 18.027$) ซึ่งน้อยกว่าค่า

กึ่งกลางของแบบสอบถามเล็กน้อย (75 คะแนน) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.6 เป็นเพศหญิง อยู่ในช่วงอายุ 41-60 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง เป็นวัยทำงาน มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 47.8 มีสมาชิกครอบครัวมีความสัมพันธ์เป็นบิดามารดา ร้อยละ 25 ได้อาศัยอยู่กับผู้ป่วย ร้อยละ 77.9 มีบุตร ร้อยละ 50.7 โดยปัจจัยจากลักษณะของสมาชิกในครอบครัวเหล่านี้ จะเห็นได้ว่า สมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง มีวุฒิภาวะ (Çelik et al., 2016) เป็นเพศหญิงซึ่งรับรู้ถึงบทบาทการเป็นผู้ดูแล (Andresen et al., 2015) สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดผู้ป่วย เช่น บุตร คู่สมรส (Çelik et al., 2016) บิดามารดา (Kose et al., 2015) และส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลหลัก ได้รับรู้ข้อมูลการรักษาและความก้าวหน้าอาการของผู้ป่วยตามลำดับ ซึ่งเป็นในทิศทางที่ดีขึ้น จึงทำให้มีความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไม่มาก ($M = 65.24, SD = 18.027$)

อภิปรายตามกรอบแนวคิด Leith (1998) อธิบายได้ว่า ความวิตกกังวลจากการย้ายเป็นความวิตกกังวลที่มีความสัมพันธ์กับการย้ายออก จากหอผู้ป่วยเกิดขึ้นกับบุคคลเมื่อมีการย้ายจากสถานที่หนึ่งหรือสิ่งแวดล้อมหนึ่งไปอีกสถานที่หนึ่ง หรือสิ่งแวดล้อมหนึ่ง เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันและไม่คาดคิดมาก่อน ภายหลังจากได้รับการดูแลรักษาจนอาการดีขึ้น การย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปพักฟื้นดูแลต่อที่หอผู้ป่วยทั่วไปจะต้องมีสมาชิกครอบครัวร่วมดูแลผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย การขอความช่วยเหลือจากพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้ได้รับการตอบสนองอย่างทันท่วงทีกับอาการผู้ป่วยหากมีอาการที่เปลี่ยนแปลงไป สิ่งเหล่านี้จะทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเกิดความวิตกกังวลต่อการย้ายออกเนื่องจากต้องแยกจาก อุปกรณ์ การแพทย์ที่ทันสมัย บุคลากรทางการแพทย์ที่คุ้นเคย ณ หอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ รุ่งนภา ธนชาต และคณะ (2558) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต มีความวิตกกังวลจากการย้าย (ร้อยละ 69.81)

2. ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนด้านข้อมูล และความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยกับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

การสนับสนุนด้านข้อมูล

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.348, p < .001$) อภิปรายได้ว่า

การสนับสนุนด้านข้อมูล เป็นการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ถึงการได้รับความช่วยเหลือ สนับสนุนในด้านข้อมูลจากบุคคล รอบข้าง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ สมาชิกในครอบครัวท่านอื่น ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้

ข้อมูล เท่ากับ 29.83 จากคะแนนเต็ม 35 ($SD = 3.19$) ซึ่งค่อนข้างสูง อธิบายได้ว่า เมื่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้รับการสนับสนุนข้อมูลของผู้ป่วยในประเด็นเกี่ยวกับการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อย้ายไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะอยู่รักษาที่หอผู้ป่วยทั่วไป เป็นการให้ข้อมูลเพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตรับรู้เกี่ยวกับการย้ายออกที่ถูกต้อง และสร้างเป็นแบบแผนความรู้ความเข้าใจ ทำให้สมาชิกครอบครัวรับรู้และได้เตรียมตัว สามารถปรับตัวเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤตได้ สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิตติมาภรณ์ พรหมรอด และคณะ (2554) พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลมากที่สุด ก่อนการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ($p < .001$) เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ สุมิณา บุญแก้ว และ จิรภา ฦพัทลุง (2558) พบว่า ความต้องการด้านข้อมูล เป็นความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ($p < .001$)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($r = .617, p < .01$) อภิปรายได้ว่า

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เป็นการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ถึงอาการของผู้ป่วยที่มีโอกาสเปลี่ยนแปลงโดยไม่คาดคิด และไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยว่าอาการของผู้ป่วยดีขึ้นพร้อมย้ายไปสู่หอผู้ป่วยทั่วไปและปลอดภัยหรือไม่ จึงมีผลทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ซึ่งจากผลวิจัยนี้พบว่า ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลในระดับสูงกับความวิตกกังวลจากการย้าย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Jaya Rijal และคณะ (2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางจิตสังคมเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดต่อการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักพบว่า ความวิตกกังวลและความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กัน เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Mitchell & Courtney (2004) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลและความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวย้ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่าความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความวิตกกังวลขณะเผชิญการย้ายออก การที่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ไม่ได้รับข้อมูลไม่ว่าจะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และข้อมูลเกี่ยวกับหอผู้ป่วยที่จะย้ายไปทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนมีผลทำให้เกิดความวิตกกังวล เกี่ยวกับการย้ายตามมา (Cullinane & Plowright, 2013)

นอกจากนั้นการได้รับข้อมูลที่ไม่สม่ำเสมอการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยทำได้ในระยะเวลาอันสั้นข้อมูลอาจไม่สอดคล้องกัน จากบุคลากรสุขภาพหลายคน อาจส่งผลให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ในการเจ็บป่วยได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปฐมวดี สิงห์คง และชนกพรจิตปัญญา (2554) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจะแสวงหาข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยการสอบถามกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยคนอื่นๆ แต่จะไม่กล้าซักถามขอความชัดเจนของการเจ็บป่วยจากพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากเห็นพยาบาลเร่งรีบทำงานเกือบตลอดเวลาทำให้เกิดความเกรงใจไม่กล้ารบกวนเวลาการดูแลผู้ป่วย มีสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต บางรายเท่านั้นที่สอบถามข้อมูลจากพยาบาล แพทย์และพยาบาลจึงเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ สำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในการที่จะให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยอย่างครบถ้วน ซึ่งสามารถสร้างความพึงพอใจลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ (Leibach, et al.,2014)

จากผลการวิจัยพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 136 ราย เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Ambiguity) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.65 ($SD = 5.502$) รองลงมาคือ การไม่สามารถทำนายถึงระยะเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.99 ($SD = 5.876$) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านความซับซ้อนของการรักษา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.63 ($SD = 4.202$) จากผลวิจัยจะเห็นได้ว่าสมาชิกครอบครัวมีความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยค่อนข้างสูง สะท้อนถึงความไม่ชัดเจนของข้อมูลที่ได้รับ หรืออาจจากการที่สมาชิกครอบครัวอาจมีภาวะเครียดจึงไม่เข้าใจในรายละเอียดของข้อมูลที่ได้รับ จึงทำให้รู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจึงนำไปสู่การเกิดความวิตกกังวลจากการย้ายได้ ซึ่งสะท้อนถึงความต้องการข้อมูลของสมาชิกครอบครัวไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอ ดังนั้น พยาบาลสามารถ ให้การตอบสนองด้านข้อมูลข่าวสารที่ตรงประเด็น การได้รับข้อมูล เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการรักษา รวมถึงลักษณะหอผู้ป่วยที่จะย้ายไป การดูแลของของแพทย์และพยาบาลในหอผู้ป่วยที่จะย้ายไป จะช่วยให้สมาชิกครอบครัวมีความเข้าใจสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ จากข้อมูลที่พยาบาลวิชาชีพให้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและความวิตกกังวลจากการย้ายออก (ของผู้ป่วย) ในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Leith (1999) ที่พบว่าความวิตกกังวลจากการย้ายเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการย้ายหรือได้รับข้อมูลเกี่ยวกับย้ายน้อยมาก เช่นเดียวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่พบว่า ถ้าผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลจากการย้าย ซึ่งครอบคลุมถึง ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

การได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอ และการไม่สามารถทำนายระยะเวลาเจ็บป่วยและพยากรณ์โรค เนื่องจากผู้ป่วยที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีผลทำให้ การปรับตัวของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเสียไป นำไปสู่การรับรู้การย้ายโดยประเมินว่าเป็น ประสบการณ์ด้านลบทำให้จำกัดความสามารถในการจัดการปัญหาผู้ป่วย

กล่าวโดยสรุป ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนด้านข้อมูล และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ถึงแม้ว่าทางโรงพยาบาล จะมีแนวทางการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต มีการให้ข้อมูลต่างๆ ตั้งแต่ผู้ป่วยมาอนรับการรักษา แต่การให้ข้อมูลนั้น อาจจะยังไม่ ครบคลุม และเหมาะสมเพียงพอ การให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเกี่ยวกับการ เจ็บป่วย การรักษา และผลข้างเคียงสามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นพยาบาลควร ให้การตอบสนองด้านข้อมูลข่าวสารที่ตรงประเด็น และสะท้อนถึงความต้องการข้อมูลของสมาชิก ครอบครัว จะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและความวิตกกังวลจากการย้ายออกจาก หอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลจากการย้ายออกจาก หอผู้ป่วยวิกฤต และ การสนับสนุนด้านข้อมูล และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมี ความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย วิกฤต ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตควร มีการประเมินความวิตกกังวล และความ ต้องการข้อมูล ของสมาชิกครอบครัวก่อนแล้วจึงให้ข้อมูล เรียงลำดับตามความต้องการของสมาชิก ครอบครัวเป็นหลัก โดยสาระเนื้อหาครอบคลุมทั้งที่เกี่ยวข้องกับโรค และการเจ็บป่วยของผู้ป่วยใน ขอบเขตที่พยาบาลสามารถให้ข้อมูล ได้ และมีการเตรียมสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยให้มีความพร้อมใน การย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตซึ่งจะช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต สามารถปรับตัวให้เข้า กับการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับและทำให้การย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อลดความวิตกกังวลจากการย้ายออก

2. โรงพยาบาลสามารถนำปัจจัยที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ไปเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนา โปรแกรมตั้งแต่แรกรับถึงก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเพื่อลด ความวิตกกังวลจากการย้ายออก โดยมีการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง เป็นปัจจุบันตามอาการ และแผนการรักษาของผู้ป่วย

3. ฝ่ายการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยไปกำหนดแนวทางในการส่งเสริมให้กับพยาบาล มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเป็นแบบองค์รวมเพื่อเป็นแกนนำหลักในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล และตระหนักถึงความสำคัญของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เพื่อลดความวิตกกังวล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยอื่น ๆ เพิ่มเติม เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ ความรู้สึกไม่แน่นอน และการสนับสนุนด้านข้อมูลมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งอาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยร่วมด้วย เช่น ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ
2. การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษา ณ ช่วงเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study) ผลการศึกษา อาจมีความแตกต่างในแต่ละช่วงเวลา เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ เป็นสถานการณ์โควิด 19 การเข้าเยี่ยมในหอผู้ป่วยวิกฤตถูกจำกัด ทำให้สมาชิกครอบครัวมีความวิตกกังวลในอาการของผู้ป่วย การได้รับข้อมูลในการรักษา อาการของผู้ป่วยอาจขาดความต่อเนื่อง ทำให้สมาชิกครอบครัวมีความวิตกกังวล พยาบาลวิชาชีพควรมีการประเมินความวิตกกังวล และความต้องการข้อมูล ของสมาชิกครอบครัวก่อนแล้วจึงให้ข้อมูล เรียงลำดับตามความต้องการของสมาชิกครอบครัวเป็นหลัก การให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง เป็นปัจจุบันตามอาการและแผนการรักษาของผู้ป่วย
3. จากการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่อยู่ในโรงพยาบาลเอกชนไม่สามารถอ้างอิงถึงสมาชิกครอบครัวจากหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลรัฐบาล ซึ่งระบบการดูแลภาวะสุขภาพอาจมีข้อแตกต่างกัน จึงควรนำผลการศึกษาที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาปัจจัยทำนายความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *หออภิบาลผู้ป่วยหนัก*.

https://hss.moph.go.th/HssDepartment/file_reference/20210419166464739.pdf

กฤษณา ปะสาอะเท. (2561). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.

จารุวรรณ บุญรัตน์ และสุพัตรา อุปนิสากร. (2555). การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัวในไอซียู: ประสบการณ์ทาง การพยาบาล. *วารสารพยาบาลนครราชสีมา* 4(1), 1-13.

จิรานุวัฒน์ ชาญสูงเนิน, เพ็ญจันทร์ มณีโชติ, และ ดวงใจ สวัสดิ์. (2560). ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 10(1), 71-78.

จุฬาลักษณ์ บาร์มี. (2551). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS*. ศรีศิลป์การพิมพ์.

จิตติพร ปฐมจารุวัฒน์. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะตนเองการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยความวิตกกังวลกับระยะเวลาทดสอบการหายใจเองในผู้ป่วยที่ไม่ผ่านการหย่าเครื่องช่วยหายใจ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(1), 49-63.

จิตติมาภรณ์ พรหมรอด, สุปรีดา มั่นคง, และ ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2554). การได้รับการตอบสนองความต้องการและการเผชิญความเครียดของญาติก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 17(1), 75-89.

นงคัณฐ แนะแก้ว. (2560). ความเครียด ความวิตกกังวล และการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ. *เวชบันทึกศิริราช*, 10(2), 103-108.

นภาพร นุ่มมีชัย. (2550). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วยวิกฤต*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นันทิยา แสงทรงฤทธิ์. (2560). ภาวะวิกฤตในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน: การดูแลญาติด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 10(2), 47-56.

ปฐมวดี สิงห์คง และ ชนกพร จิตปัญญา. (2555). ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤต: การวิจัยเชิงคุณภาพ. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 18(3), 404-417.

- ปัทมา แก้วเปรม, วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์, สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็ก ในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 32(3), 85-92.
- ปาณิสรา บุญยรัตกลิน. (2562). การสื่อสารกับครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติ: บทบาทพยาบาล. *วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักรไทย*, 12(2), 90-99.
- พิสิษฐ์ ศรีอัครโกภิน. (2564). ประเด็นในทางปฏิบัติของหลักความยินยอมในการรักษาพยาบาล. *วารสารนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*, 50(4), 622-636.
- ภัทรนุช ภูมิพาน, ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, ทศนี ประสบกิตติคุณ และกวีวรรณ ลิ้มประยง. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต. *วารสารการพยาบาลศาสตร์*, 30(3), 15-24.
- มาริสาลุงกี. (2555). *อุปกรณ์การแพทย์ในหอผู้ป่วยหนัก*.
<http://marisalungkee.blogspot.com/2012/03/icu-instrumentation.html>
- เมธิณี เกตวาทิมাত্র. (2560). บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะวิกฤต. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 11(2), 71-80.
- รุ่งนภา ธนุชาญ, อภิญญา วงศ์พิริโยธา, และ สุพัตรา บัวทิ. (2558). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยหนักในการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 21(1), 18-30.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2537). *การพยาบาลครอบครัว : แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้*. สำนักพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วรรณกร รักอิสสระ. (2547). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการย้ายออกจากไอซียู ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดต่อความวิตกกังวลจากการย้าย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิจิตรา กุสุมภ์ และ สุนันทา ครองยุทธ. (2563). ผลกระทบด้านจิตใจในผู้ป่วยวิกฤต: กลยุทธ์ในการจัดการ. *วารสารพยาบาล*, 69(3), 53-61.
- สกุลวรรณ อร่ามเมือง. (2561). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดของญาติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- สุมิณา บุญแก้ว และ จิรภา ฅพัทลุง. (2558). การได้รับการตอบสนองความต้องการและการเผชิญความเครียดของญาติ ก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 29(3), 439-447.

- สาขานาถ พลไชโย. (2543). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุ อัมพาต ครั้งซีกในโรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- Andresen, M., Guic, E., Orellana, A., Diaz, M.J., & Castro, R. (2015). Posttraumatic stress disorder symptoms in close relatives of intensive care unit patients: Prevalence data resemble that of earthquake survivors in Chile. *Journal of Critical Care*, 30, 1152.e7–1152.e11.
- Balasubramanian, N. (2013). A study to assess level of anxiety among intensive care unit (ICU), patients in a selected hospital, Salem, Tamilnadu. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 3(2), 89-92.
- Bat Tonkus, M., Dogan, S., & Atayoglu, A. (2020). Transfer anxiety in critical care patients and their caregivers. *Family Practice and Palliative Care*, 5, 78-84.
- Beltran, O.A. (2015). Humanized care: A relationship of familiarity and affectivity. *Investigacion Y Educacion En Enfermeria*, 33(1), 17-27.
- Brodsky-Israeli, M., & DeKeyser-Ganz, F. (2010). Risk factors associated with transfer anxiety among patients transferring from the intensive care unit to the ward. *Journal of Advanced Nursing*, 67(3), 510-518.
- Brooke, J., Hasan, N., Slark, J., & Sharma, P. (2012). Efficacy of information interventions in reducing transfer anxiety from a critical care setting to a general ward: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Critical Care*, 27(4), 425-429.
- Burn, N., & Grove, S. K. (2001). *The practice of nursing research* (4th ed.). WB Saunders Company.
- Carpenito, L. J. (2013). *Nursing care plans: Transitional patient & family centered care*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Çelik, Ö., Teke, A., & Yıldırım, H. B. (2016). The optimized artificial neural network model with Levenberg–Marquardt algorithm for global solar radiation estimation in Eastern Mediterranean Region of Turkey. *Journal of Cleaner Production*, 116, 1-12.
- Cognet, S., & Coyer, F. (2014). Discharge practices for the intensive care patient: A qualitative exploration in the general ward setting. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(5), 292-300.
- Coyle, M. A. (2001). Transfer anxiety: Preparing to leave intensive care. *Intensive Critical Care Nurse*, 17, 138-143.

- Cullinane, J. P., & Plowright, C. I. (2013). Patients' and relatives' experiences of transfer from intensive care unit to wards. *Nursing in Critical Care, 18*(6), 289-296. Cypress, B. S.
- (2013). Transfer out of intensive care: An evidence-based literature review. *Dimensions of Critical Care Nursing, 32*(5), 244-261.
- Daniel, R., & Nicoll, L. (2012). *Contemporary medical-surgical nursing*. Delmar.
- De Grood, C., Leigh, J. P., Bagshaw, S. M., Dodek, P. M., Fowler, R. A., Forster, A. J., Boyd, J. M., & Stelfox, H. T. (2018). Patient, family and provider experiences with transfers from intensive care unit to hospital ward: A multicentre qualitative study. *Canadian Medical Association Journal, 190*(22), 669-676.
- Ecklund, M. M., & Bloss, J. W. (2015). Progressive mobility as a team effort in transitional care. *Critical Care Nurse, 35*(3), 62 – 68.
- Eun-Young, L., & Jin-Hee, P. (2021). A phenomenological study on the experiences of patient transfer from the intensive care unit to general wards. *PLoS One, 16*(7), 1-14.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175-191.
- Gustad, L. T., Chaboyer, W., & Wallis, M. (2008). ICU patient's transfer anxiety: A prospective cohort study. *Australian Critical Care, 21*, 181-189.
- Hamzah, A., & Husni, A. (2017). Family care centre model could decrease anxiety level among family members of patients who have been undergoing in the intensive care unit (ICU). *Open Journal of Nursing, 7*(1), 58.
- Hirshberg, E. L., Butler, J., Francis, M., Davis, F. A., Lee, D., Tavake-Pasi, F., Napia, E., Villalta, J., Mukundente, V., & Coulter, H. (2020). Persistence of patient and family experiences of critical illness. *BMJ open, 10*(4), 1-8.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, Addison-Wesley.
- Imanipour, M., Kiwanuka, F., Akhavan Rad, S., Masaba, R., & Alemayehu, Y. H. (2019). Family members' experiences in adult intensive care units: A systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 33*(3), 569-581.

- Inoue, S., Hatakeyama, J., Kondo, Y., Hifumi, T., Sakuramoto, H., Kawasaki, T., Taito, S., Nakamura, K., Unoki, T., & Kawai, Y. (2019). Post-intensive care syndrome: Its pathophysiology, prevention, and future directions. *Acute Medicine & Surgery*, 6(3), 233-246.
- in-Hee, P., Moon-Sook, Y., Youn-Jung, S., & Sun, H. B. (2010). Factors influencing relocation stress syndrome in patients following transfer from intensive care unit. *Journal Korean Academic Nursing*, 40(3), 307-316.
- Karlsson, J., Eriksson, T., Lindahl, B., & Fridh, I. (2020). Family members' lived experiences when a loved one undergoes an interhospital intensive care unit-to-unit transfer: A phenomenological hermeneutical study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(19), 3721-3730.
- Kokorelias, K. M., Gignac, M. A., Naglie, G., & Cameron, J. I. (2019). Towards a universal model of family centered care: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1-11.
- Köse, I., Zincircioğlu, Ç., Öztürk, Y. K., Çakmak, M., Güldoğan, E. A., Demir, H. F., Şenoglu, N., Erbay, R. H., & Gonullu, M. (2016). Factors Affecting Anxiety and Depression Symptoms in Relatives of Intensive Care Unit Patients. *Journal of Intensive Care Medicine*, 31(9), 611-617.
- Kourti, M., Christofilou, E., & Kallergis, G. (2015). Anxiety and depression symptoms in family members of ICU patients. *Avances en Enfermeria*, 33(1), 47-54.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Leahey, M., & Wright, L. M. (2016). Application of the Calgary Family Assessment and Intervention Models: Reflections on the Reciprocity Between the Personal and the Professional. *Journal of Family Nursing*, 22(4), 450-459.
- Leith, B. A. (1998). Transfer anxiety in critical care patients and their family members. *Critical Care Nursing*, 18, 24-32.
- Leith, B. A. (1999). Patients' and family members' perceptions of transfer from intensive care. *Heart & Lung*, 28(3), 210-218.
- Little, R. J., & Rubin, D. B. (2019). *Statistical analysis with missing data* (Vol. 793). John Wiley & Sons.
- Manookian, A., Nayeri, N. D., Negarandeh, R., & Shali, M. (2015). The lived experiences of intensive care patients on transfer to a general ward. *Nursing Practice Today*, 2(2), 52-61.

- McCairn, M. J., & Jones, W. (2014). Dose time of transfer from critical care to the general wards affect anxiety?: A pragmatic prospective cohort study. *Intensive and Critical Care Nursing, 30*(4), 219-225.
- McKinney, A. A., & Melby, V. (2002). Relocation stress in critical care: A review of the literature. *Journal of Critical Nursing, 11*, 149-157.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *The Journal of Nursing Scholarship, 20*(4), 225-232.
- Mitchell, M. L., Courtney, M., & Coyer, F. (2003). Understanding uncertainty and minimizing families' anxiety at the time of transfer from intensive care. *Nursing and Health Sciences, 5*, 207-217.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Ramsay, P., Huby, G., Thompson, A., & Walsh, T. (2014). Intensive care survivors' experiences of ward-based care: Meleis' theory of nursing transitions and role development among critical care outreach services. *Journal of Clinical Nursing, 23*(5-6), 605-615.
- Rijal, J., Sae-Sia, W., & Kitrungrate, L. (2020). Psychosocial factors associated with transfer anxiety among open heart surgery patients transferred from the intensive care unit to the general ward. *Health, 12*(12), 1583-1597.
- Spielberger, C. D. (1983). *State-trait anxiety inventory for adults*. Consulting Psychologists Press.
- Steven, R. D., Sharshar, T., & Ely, E. W. (2013). *Brain disorders in critical illness mechanism diagnosis and treatment*. Consulting Psychological Press.
- Tsai, P. C., Yip, P.K., Tai, J. J., & Lou, M.F. (2015). Needs of family caregivers of stroke patients: A longitudinal study of caregivers' perspectives. *Patient Preference and Adherence, 9*, 449-457.
- White, D. B., Angus, D. C., Shields, A.-M., Buddadhumaruk, P., Pidro, C., Paner, C., Chaitin, E., Chang, C.C. H., Pike, F., Weissfeld, L., Kahn, J. M., Darby, J. M., Kowinsky, A., Martin, S., & Arnold, R. M. (2018). A randomized trial of a family-support intervention in intensive care units. *New England Journal of Medicine, 378*(25), 2365-2375.

Zakerimoghadam, M., Ghyasvandian, S., Asayesh, H., & Jodaki, K. (2016). Prevalence of anxiety in the process of transferring patients from cardiac surgery intensive care unit to the general ward. *Journal of Critical Care Nursing*, 9(3), 8001-8004.





ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

คำชี้แจงในการศึกษาและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Participant Information Sheet)

รหัสโครงการวิจัย : G-HS022/2565

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

เรียน ผู้เข้าร่วมการวิจัย

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
(FACTORS RELATED TO TRANSFER ANXIETY IN FAMILY MEMBERS OF CRITICALLY ILL PATIENTS)

ข้าพเจ้า นางสาวอุไรวรรณ สิงห์สังข์ นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้น เพื่อศึกษาความวิตกกังวลจากการย้ายออกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และศึกษาความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต การสนับสนุนด้านข้อมูล และความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่ โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล และโรงพยาบาลหัวใจกรุงเทพ ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล และผู้ป่วยจะย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้วผู้วิจัยจะอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามโดยละเอียด และเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย สิ่งที่ท่านต้องปฏิบัติ คือ ตอบแบบสอบถามตามความจริงด้วยตัวท่านเอง แบบสอบถามมี 4 ชุด ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต 2) แบบสอบถามความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต 3) แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย 4) แบบสอบถามการสนับสนุนด้านข้อมูล ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 78 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที ในระหว่างที่ท่านตอบแบบสอบถาม หากท่านมีความเหนื่อยล้า ความเครียด ความวิตกกังวลมากให้แจ้งผู้วิจัย เพื่อยุติการตอบแบบสอบถาม หากท่านต้องการยุติหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยสามารถทำได้ทันทีการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้น ไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการทางสุขภาพใดๆ และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านจะพึงได้รับต่อไป

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้อาจจะไม่ได้เป็นประโยชน์กับท่านโดยตรง แต่ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งได้ข้อมูลเกี่ยวกับ การสนับสนุนด้านข้อมูล และความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ข้อมูลที่สามารถนำไปวางแผนทางการพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตผลการศึกษาที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้เพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ช่วยลดความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตให้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของผู้ป่วยต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ การตอบแบบสอบถามจะไม่ระบุชื่อ-นามสกุล ลงในรายงานการวิจัย ท่านมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดย การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการทางสุขภาพใดๆ และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านจะพึงได้รับต่อไป และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการ รวบรวมข้อมูลหรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวอุไรวรรณ สิงห์สังข์ หมายเลขโทรศัพท์ 089-8111325 หรืออีเมล 63910200@my.buu.ac.th หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมรเดวี มาสิงบุญ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102835 หรืออีเมล khemaradee@buu.ac.th

นางสาวอุไรวรรณ สิงห์สังข์
ผู้วิจัย

หากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัย และนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102620 หรืออีเมล buuethics@buu.ac.th



ภาคผนวก ข
ใบอนุญาตเข้าร่วมการวิจัย



เอกสารแสดงความยินยอม
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย : G-HS022/2565

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัส โครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย

วิกฤต (FACTORS RELATED TO TRANSFER ANXIETY IN FAMILY MEMBERS
OF CRITICALLY ILL PATIENTS)

ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบต่อกรให้บริการทางสุขภาพใดๆ และไม่มีผลกระทบต่อกรรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนามผู้ยินยอม
(.....)

ลงนามพยาน
(.....)

ลงนามผู้วิจัย

(นางสาวอุไรวรรณ สิงห์สังข์)



ภาคผนวก ค

แบบรายงานผลการพิจารณาการจริยธรรมการวิจัย

สำเนา

ที่ IRB3-041/2565



เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS022/2565

โครงการวิจัยเรื่อง : บัณฑิตที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวอุไรวรรณ สิงห์สังข์

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการหลัก (สารนิพนธ์/ งานนิพนธ์/ วิทยานิพนธ์/ ศษญานิพนธ์) : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมรดี มาสิงบุญ

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการร่วม (สารนิพนธ์/ งานนิพนธ์/ วิทยานิพนธ์/ ศษญานิพนธ์) : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายฝน ม่วงคุ้ม

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

วิธีพิจารณา : Exemption Determination Expedited Reviews Full Board

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฉบับที่ 2 วันที่ 18 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
2. เอกสารโครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 1 วันที่ 8 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 18 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 18 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
5. เอกสารแสดงรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 8 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
6. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) ฉบับที่ - วันที่ - เดือน - พ.ศ. -

วันที่รับรอง : วันที่ 27 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565

วันที่หมดอายุ : วันที่ 27 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2566

ลงนาม นางสาวรณ งามประทุม





สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลกรุงเทพ (สำนักงานใหญ่)

ที่ ๑๘ 100/2606
วันที่ 29 กรกฎาคม 2565
เรื่อง อธิการจริยธรรมการวิจัย BHC-IRB 2022-05-16 (Full Board Review)
เรียน พญ.อุไรวรรณ สีหะสิทธิ์

ตามที่ท่านได้ยื่นส่งโครงการวิจัย ชื่อโครงการภาษาไทย: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากภาวะถ่าย
อุตรากรณในครอบครัวผู้ป่วยโรคไต หรือ ชื่อโครงการภาษาอังกฤษ: Factors related to transfer anxiety in family
members of end-stage kidney patients รหัสโครงการ: BHC-IRB 2022-05-16 เป็นที่พิจารณาโดย Full Board Review เพื่อเข้า
รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ภายใต้โครงการ รองท่านได้ขอความร่วมมือจากคณะกรรมการ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

หากผู้วิจัยมีการแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย ตามเงื่อนไขของโครงการ การแก้ไขโครงการ หรือเหตุการณ์ไม่พึง
ประสงค์ที่คาดไม่ถึง กรุณารายงานต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนทันทีโดยทางอีเมล พร้อมทั้งส่งสำเนาโครงการที่
แก้ไขในกรณีที่ยังไม่ผ่านการพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อทราบ พร้อมตั้งขอขอบคุณมา ณ ที่นี้

ขอแสดงความนับถือ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์สมเกียรติ คุณกิจวิมล
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลกรุงเทพ (สำนักงานใหญ่)

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่ ชั้น 2 อาคาร C
ศูนย์แพทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
E-mail: pmw@bchp.ac.th, bhc@bkgangkokhospital.com
โทร : 02-755-1171, 081-3887161



ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

**แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล
จากการย้ายออกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต**

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลในแบบสอบถามจะไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่ประการใด และจะเก็บข้อมูลของท่านไว้เป็นความลับ จึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง เพราะข้อมูลที่ได้จากท่านมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผลการวิจัย ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาและการพัฒนาทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอย่างแท้จริง ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านมา ณ โอกาสนี้ด้วย

แบบสอบถามมี 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย (บันทึกโดยผู้วิจัย)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนด้านข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณา: ใส่ เครื่องหมาย ✓ ในช่องสี่เหลี่ยม และเติมข้อมูลลงในช่องว่าง

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ ปี
3. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	
4. สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย หย่า แยกกันอยู่
5. อาชีพ

<input type="checkbox"/> ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> พนักงานบริษัท/ลูกจ้าง
<input type="checkbox"/> นักเรียน/นักศึกษา	<input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย
<input type="checkbox"/> เกษตรกร	<input type="checkbox"/> รับจ้างทั่วไป
<input type="checkbox"/> ไม่มีอาชีพ	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
6. ประสบการณ์การที่มีบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

<input type="checkbox"/> เคย ครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่เคย
--	---------------------------------

7. ตามความคิดของท่าน ญาติของท่านมีระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยมาก-น้อยเพียงใด
เมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีความรุนแรง | <input type="checkbox"/> มีความรุนแรงน้อย |
| <input type="checkbox"/> มีความรุนแรงปานกลาง | <input type="checkbox"/> มีความรุนแรงมาก |
| <input type="checkbox"/> มีความรุนแรงมากที่สุด | |

8. สัมพันธภาพกับผู้ป่วย

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ภรรยา/สามี | <input type="checkbox"/> บิดา/มารดา |
| <input type="checkbox"/> บุตร | <input type="checkbox"/> พี่/น้อง |
| <input type="checkbox"/> ผู้ร่วมงาน | <input type="checkbox"/> อื่นๆ |

9. อาศัยอยู่กับผู้ป่วย

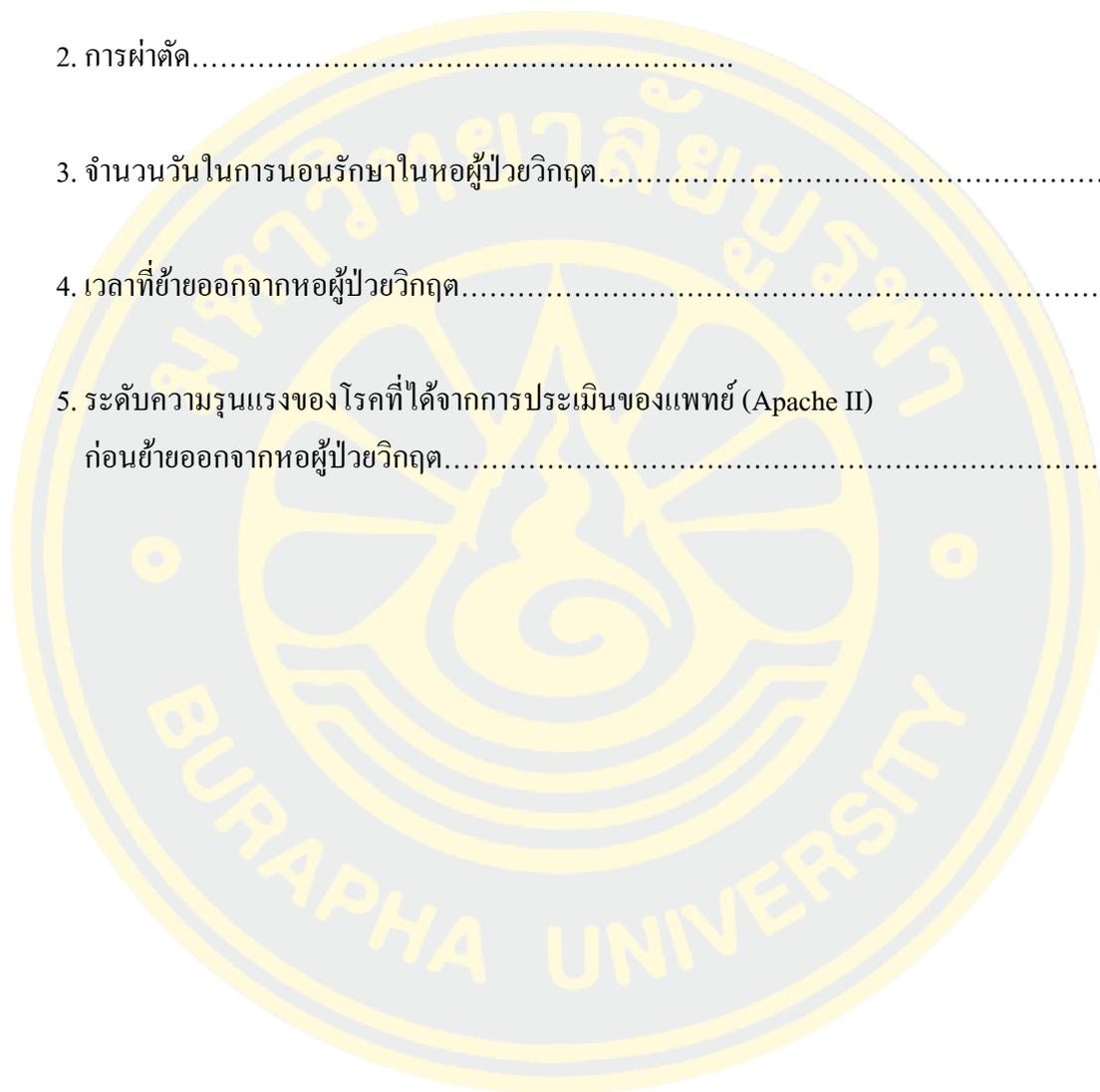
- | | |
|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> อยู่ | <input type="checkbox"/> ไม่อยู่ |
|-------------------------------|----------------------------------|

10. มีบุตร มี คน ไม่มี

11. โรคประจำตัว มี ไม่มี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลการรักษาของผู้ป่วย (บันทึกโดยผู้วิจัย)

1. การวินิจฉัยโรค
2. การผ่าตัด.....
3. จำนวนวันในการนอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต.....
4. เวลาที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต.....
5. ระดับความรุนแรงของโรคที่ได้จากการประเมินของแพทย์ (Apache II)
ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต.....



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้ใช้สอบถามความรู้สึกของท่าน เมื่อท่านทราบว่าผู้ป่วยต้องย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ เมื่อท่านได้อ่านแล้ว โปรดพิจารณาคำตอบตามความเป็นจริงและตรงกับความรู้สึกของท่าน คำตอบของท่านจะไม่มีผิด ไม่มีถูก โดยมีเกณฑ์ในการตอบแบบสัมพัทธ์ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ตรงกับความรู้สึกของท่านมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ท่านไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึกของท่านหรือไม่
เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ตรงกับความรู้สึกของท่านมาก
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องสี่เหลี่ยม ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ความรู้สึก				
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันรู้สึกว่าคุณป่วยอาจมีอาการแย่ลง เมื่อรู้ว่าจะต้องย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต					
2. ฉันรู้สึกไม่ปลอดภัย เมื่อรู้ว่าผู้ป่วยจะต้องย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต					

ข้อความ	ความรู้สึกรู้สึก				
	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	เห็น ด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
3. ฉันรู้สึกกังวลว่าผู้ป่วยอาจจะเกิด ภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้เมื่อรู้ว่าต้องย้ายออก จากหอผู้ป่วยวิกฤต					
4. -----					
5. ----- ----- -----					
6. ----- -----					
7. ฉันรู้สึกผู้ป่วยไม่ปลอดภัย เมื่อเอา เครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ออกไปจาก ร่างกายก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต					
8. ----- -----					
9. ฉันรู้สึกว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะย้ายออกจากหอ ผู้ป่วยวิกฤต					
10. ----- -----					
11. ฉันรู้สึกหงุดหงิดก่อนการย้ายผู้ป่วยออก จากหอผู้ป่วยวิกฤต					
12. ฉันรู้สึกกระตือรือร้น ในการจะย้ายผู้ป่วย ออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต					
13. ----- -----					

ข้อความ	ความรู้สึก				
	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	เห็น ด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
14. ----- ----- -----					
15. ก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ฉันรู้สึกนอนไม่หลับ					
16. ก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร					
17. ----- ----- -----					
18. ฉันรู้สึกใจสั่นหัวใจเต้นแรงกว่าปกติ เมื่อ รู้ว่าใกล้เวลาจะย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย วิกฤต					
19. ฉันรู้สึกจิตใจเมื่อใกล้เวลาจะย้ายผู้ป่วย ออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต					
20. ----- ----- -----					
21. ฉันรู้สึกกังวลต่อการย้ายผู้ป่วยออกจาก หอผู้ป่วยวิกฤต					
22. ----- ----- -----					
23. ----- ----- -----					

ข้อความ	ความรู้สึก				
	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	เห็น ด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
24. ฉันไม่ค่อยมั่นใจว่าผู้ป่วยจะทำกิจกรรมหรือช่วยเหลือตนเองได้เมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต					
25. ----- -----					
26. ----- -----					
27. ฉันรู้สึกที่ไม่สามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่จะเกิดกับผู้ป่วยได้เมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต					
28. ----- -----					
29. ----- ----- -----					
30. ----- ----- -----					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ใช้สอบถามท่านเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ขอให้ท่านเลือกตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ซึ่งมี 5 ระดับ ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่ตรงกับข้อความดังกล่าวเป็นอย่างมาก

ไม่เห็นด้วย หมายถึง สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่ตรงกับข้อความดังกล่าว

ไม่แน่ใจ หมายถึง สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลไม่แน่ใจว่ามีความรู้สึกดังกล่าวหรือไม่

เห็นด้วย หมายถึง สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลมีความรู้สึกตรงกับข้อความดังกล่าว

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลรู้สึกตรงกับข้อความดังกล่าวอย่างมาก

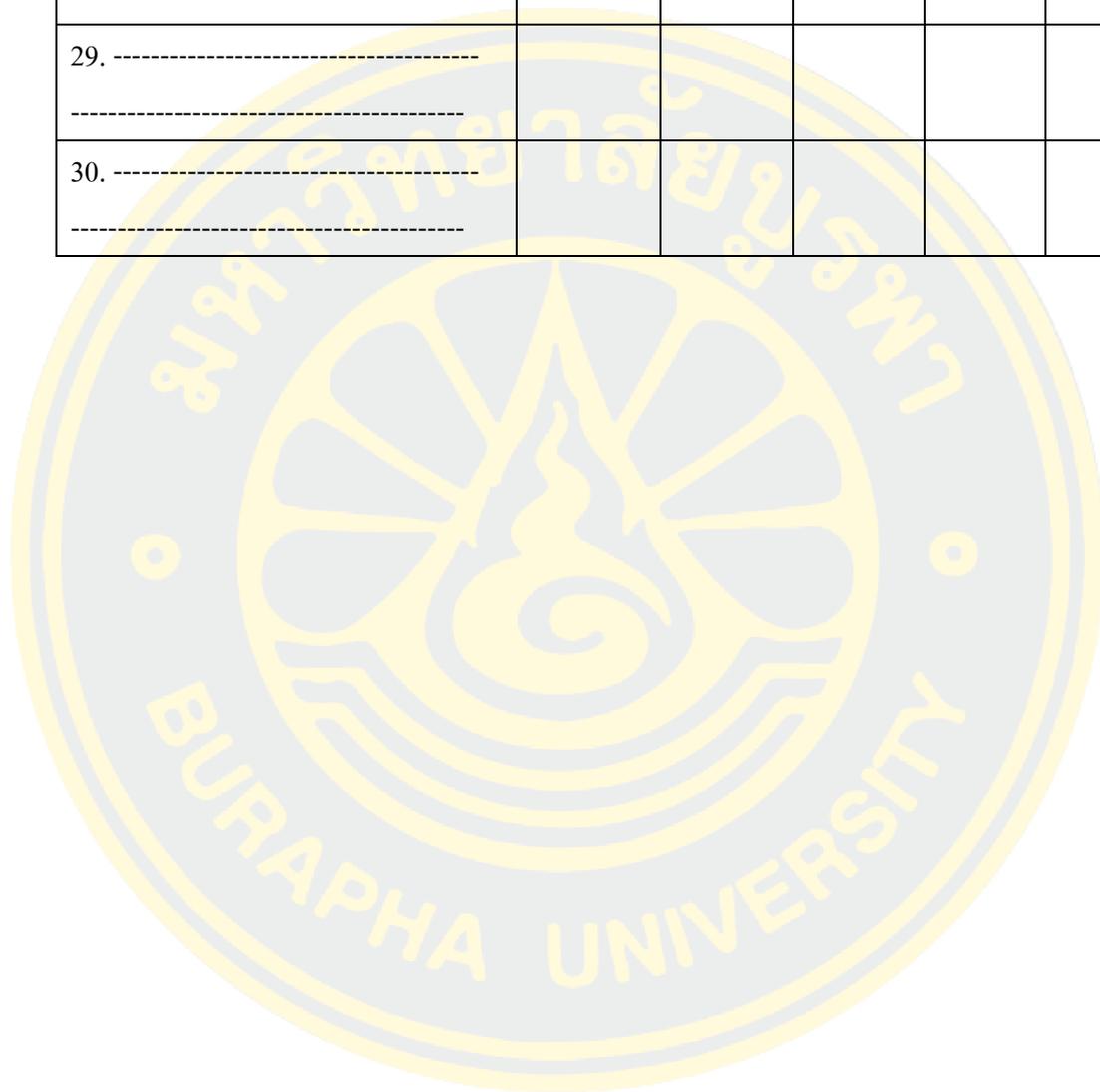
กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องสี่เหลี่ยม ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันไม่รู้ว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติอะไร					
2. ฉันมีคำถามมากมายที่ต้องการคำตอบ					
3. ฉันไม่แน่ใจว่าภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยจะดีขึ้นหรือเลวลง					
4. ฉันไม่รู้ว่าภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยรุนแรงมากเพียงใด					

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
5. ----- -----					
6. ----- -----					
7. ----- -----					
8. ----- -----					
9. ----- -----					
10. ----- -----					
11. ----- -----					
12. ----- -----					
13. ----- -----					
14. ----- -----					
15. จากการที่ไม่สามารถคาดเดาผล ของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยทำให้ฉันไม่ สามารถวางแผนสำหรับอนาคตได้					
16. การดำเนินโรคของภาวะเจ็บป่วย เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอด ผู้ป่วยมีทั้งวันที่ ดี และวันที่แย่					

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
17. ----- -----					
18. ----- -----					
19. ----- -----					
20. ----- -----					
21. ----- -----					
22. ----- -----					
23. ----- -----					
24. ----- -----					
25. ----- -----					
26. ----- -----					
27. ----- ----- -----					
28. ฉันสามารถฟังพยาบาลได้ทุก ครั้งเมื่อฉันต้องการ					

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
29. ----- -----					
30. ----- -----					



ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนด้านข้อมูล

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้ใช้เพื่อประเมินเกี่ยวกับการรับรู้การสนับสนุนด้านข้อมูล

ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ เมื่อท่านได้อ่านข้อความ โปรดพิจารณาคำตอบที่ตรงกับการรับรู้ของท่าน คำตอบของท่านไม่มีผิด ไม่มีถูก โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ไม่ตรงกับ การรับรู้หรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด
	ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ไม่ตรงกับ การรับรู้หรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมาก
	ไม่แน่ใจ	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ไม่แน่ใจ ว่าตรงกับ การรับรู้หรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน
	เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ตรงกับ การรับรู้หรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็น ส่วน ใหญ่
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ตรงกับ การรับรู้หรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านทั้งหมด

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องสี่เหลี่ยม สำหรับแต่ละรายการที่ระบุตรงกับการรับรู้ของท่าน

ข้อความ	การรับรู้การสนับสนุนด้านข้อมูล				
	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ฉันได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต					
2. ----- -----					

ข้อความ	การรับรู้การสนับสนุนด้านข้อมูล				
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
3. ----- -----					
4. ----- -----					
5. ----- -----					
6. ฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงและความก้าวหน้าของโรค					
7. ----- ----- -----					



ภาคผนวก จ

จดหมายอนุญาตให้ใช้เครื่องมือในงานวิจัย



ที่ ๑๖๑๓๓/๕๕๖

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๐๑ ถนนสุขุมวิท ถนนสุขุมวิท
ชลบุรี จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๓

๕ เมษายน ๒๕๖๕

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นางสาวไฉฉวีวรรณ สิงห์สิงห์

อ้างถึงหนังสือ กว ๑๕๐๖/๒๐๑๓๓ ลงวันที่ ๒๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เรื่อง ขออนุญาตยืมเครื่องมือวิจัยเพื่อ
ทดลองใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ โดย นางสาวไฉฉวีวรรณ สิงห์สิงห์ วิทยาลัยศึกษาศาสตร์
มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ผู้ลงทะเบียน คณะพยาบาลศาสตร์ โดยใช้เครื่องมือวิจัย คือ “แบบสัมภาษณ์
การสนทนาแบบทางสังคมของผู้สูงอายุในภาวะเสี่ยง” จากวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเผชิญ
ความเครียดของผู้สูงอายุ ผู้ป่วยทางจิตที่รับโรงพยาบาลประสาท (ระยะในรอการ) ของ คุณสายนภาพ พลใจไป หลังการ
พบปะและตรวจหาปัสสาวะชนิด สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. ๒๕๖๓
โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรพงศ์ ชื่นวงศ์ เป็น อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก เพื่อนำไปใช้ในการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง
“ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จของการมีารอการดูแลจิตเวชของผู้ป่วยจิตเวช”

ในการนี้ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยบัณฑิตวิทยาลัย อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้แจ้งถึง
วิทยานิพนธ์และประเด็นการวิจัย รวมถึงข้อสงวน “แบบฟอร์มรับรองการใช้ประโยชน์จากผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์”
ไปยังบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ E-mail: grd.bua@go.buu.ac.th (สามารถดาวน์โหลดไฟล์ได้
http://grd.buu.ac.th/wordpress/?page_id=3717)

จึงเรียนมา เพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

(รองศาสตราจารย์ ดร.บุษวี ไชยณรงค์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย บัณฑิตวิทยาลัย
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๙ ๓๐๑ ๓๐๐ ถึง ๓๐๕, ๓๐๗, ๓๐๘
E-mail: grd.bua@go.buu.ac.th



โรงเรียนพยาบาลบรมราชินี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลราชินี
โทรศัพท์ 02 201-0611 โทรสาร 02-201-1673

ที่ สว. 78.057/ ๓ ๒ ๕
วันที่ ๒๐ พฤษภาคม 2565
เรื่อง ขออนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน รองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลราชินี

ตามหนังสือที่ ขว 78.02/04516 ลงวันที่ 3 พฤษภาคม 2565 นางสาวอุไรวรรณ สิงห์สิงห์
ปศิว.หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยชื่อ "แบบประเมินความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากไอซียู"
ซึ่งพัฒนาโดย ร้อยเอกหญิงบรรจง รังษิษะ จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง THE EFFECTS OF ICU TRANSFERRED
PREPARATION PROGRAM FOR OPENED-HEART SURGERY PATIENTS ON TRANSFER ANXIETY
(พ.ศ. 2567) หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
ราชินี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ในการนี้ โรงเรียนพยาบาลบรมราชินี ได้พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง อันจะอนุญาตให้ นางสาวอุไรวรรณ
สิงห์สิงห์ ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยขอใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวซึ่งเดิมจะมุ่งความกฎหมายลิขสิทธิ์และกำหนดให้
ผู้เอื้อใจให้เครื่องมือวิจัยดำเนินการออกแบบฟอร์ม บทร. 15-17 ตามที่แนบมาพร้อมนี้ และสำเนาคำดำเนินการ
จำนวน 200 บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย 1 ชุดรับ โดยโดยเงิน เข้าบัญชีธนาคารในเขตพาณิชย์
จำกัด (มหาชน) สาขาพยาบาลราชินี ชื่อบัญชี "กองทุนโรงเรียนพยาบาลราชินี" เลขบัญชี 026-4-58934-
5 ประเภทออมทรัพย์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุชลุช จันทพานิชย์ วิชาญพันธ์)
ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลบรมราชินี

ทูลกระหม่อมฯ ผู้ดูแลระบบ ฝ่ายสุขภาพ ร่วมสถานบริการ กิตติคุณรอบ ถิ่นมีลมอนเมือง



มหาวิทยาลัยคริสเตียน มูลนิธิคริสตจักรในประเทศไทย
 311/101 หมู่ 10 ต.บางพลีใหญ่ อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ 10540 โทร. 0-2645-4555 โทรสาร 0-2645-4556
ศูนย์ศึกษานานาชาติ วิทยาลัยคริสเตียนประเทศไทย
 106/146 หมู่ 10 ต.บางพลีใหญ่ อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ 10540 โทร. 0-2645-4555 โทรสาร 0-2645-4556
CHRISTIAN UNIVERSITY OF THAILAND THE CHURCH OF CHRIST IN THAILAND FOUNDATION
 P.O.Box 23 Nakhonpathom 73000 Thailand TEL: 66 3488 4555 FAX: 66 3421 4500 E-mail: christian@christian.ac.th

พ.ศ. ๒๕๖๒ / ๐๑๘๔ / 2565

วันที่ 26 พฤษภาคม พ.ศ. 2565

เรื่อง อัญญาให้ใช้เครื่องหมายวิจัย
 เรื่อง คณะที่ ๒๕ ศึกษานานาชาติ วิทยาลัยคริสเตียน
 ยืนยัน หนังสือ ที่ สว 5137/485 ลงวันที่ ๘ เมษายน 2565

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบฟอร์มขอรับรองการใช้ประโยชน์สถานที่/อาคาร/ยานพาหนะ จำนวน 1 ฉบับ
 2. เครื่องมือวิจัย ของคุณสุภาวรัตน์ ช่างเมือง จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ นางสาวสุภาวรัตน์ สิงห์สิงห์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้มีหมายขอหมายอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย คือ "แบบสอบถามประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ชื่อเรื่อง "ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบคำกล่าวต่อความรู้สึกไม่แน่นอน ในการเจ็บป่วยของบุคลากรวิชาชีพความสันทัดของบุคลากรในภาคชุมชนผู้ประกอบอาชีพอิสระ" ของ คุณสุภาวรัตน์ ช่างเมือง ซึ่งเป็นวิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ พ.ศ. 2562 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิถียุคใหม่

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิถียุคใหม่ ยินดีอนุญาตให้ นางสาวสุภาวรัตน์ สิงห์สิงห์ ให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวและขอให้ผู้วิจัย กรอกข้อมูลในหนังสือรับรองการใช้ประโยชน์สถานที่/สิ่ง และส่งหนังสือรับรองจากท่านประธานวิทยาลัย ให้ที่โรงเรียน หรือคนที่ชำระค่าลิขสิทธิ์ค่าเช่าค่าเช่าเครื่องมือวิจัย จำนวน 300 บาท โดยโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ ชื่อบัญชี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิถียุคใหม่ เลขที่บัญชี 404-052839-7 และขอความร่วมมือในการชำระค่าเช่าล่วงหน้าตามที่ กำหนดไว้ด้วย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิถียุคใหม่

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอขอบคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้บังคับการตำรวจ ดร. ศาสตร์ รุ่งนง)

คณะที่ ๒๕ คณะพยาบาลศาสตร์

ปฏิบัติการแทนอธิการบดี มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ด้านนาเรียน นางสาวสุภาวรัตน์ สิงห์สิงห์
 สถาบันการพยาบาลและสภานิติเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิถียุคใหม่
 อีเมล kumr@k47@gmail.com โทรศัพท์ 034 582-955 ต่อ 1401
 โทรศัพท์ 0-8427-4500



ภาคผนวก จ

ผลการวิเคราะห์ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จำแนกตามรายด้าน จากการย้ายออกจาก
หอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จำแนกตาม
รายด้านจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ($n = 136$)

ความรู้สึกไม่แน่นอนใน ความเจ็บป่วย จำแนกตามรายด้าน	ช่วงพิสัย		<i>M</i>	<i>SD</i>
	ที่เป็นไปได้	ที่เป็นจริง		
คะแนนโดยรวม	30-150	34-108	76.35	16.101
1. ความครอบคลุมเครื่องมือ เกี่ยวกับความเจ็บป่วย	9-45	13-38	24.65	5.502
2. ความซับซ้อนของการรักษา	6-30	6-22	14.63	4.202
3. การได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอ	7-35	7-20	15.10	3.236
4. การไม่สามารถทำนายถึง ระยะเจ็บป่วยและการ พยากรณ์โรค	8-40	8-28	21.99	5.876



ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์ศรชัย หิรัญนิรมล
แพทย์ชำนาญการ เฉพาะทางระบบ
ทางเดินหายใจ และชำนาญการผู้ป่วยวิกฤต
โรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสำนักงานใหญ่
กรุงเทพมหานคร
2. อาจารย์ ดร. ไพรินทร์ นิชาโชติศฤงฆ์
อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
หน่วยงานที่สังกัด วิทยาลัยวิทยาศาสตร์
การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณีย์ กรุงเทพมหานคร
ผู้ช่วยผู้จัดการฝ่ายการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพยาบาลเฉพาะ
ทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลกรุงเทพ
สำนักงานใหญ่ กรุงเทพมหานคร
3. นางสาวณัฐรชานี โชคสะสมนธิภพ
หัวหน้าพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตด้านอายุรกรรม
โรคหัวใจและศัลยกรรมหัวใจ พยาบาลวิชาชีพ
ชำนาญการ พยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วย
วิกฤต โรงพยาบาลหัวใจกรุงเทพ
กรุงเทพมหานคร
4. นางสาวสุรชาติพิศ กาญจนกระสัง
หัวหน้าพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต 3 พยาบาล
วิชาชีพชำนาญการพยาบาลเฉพาะทางการ
ดูแลผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลกรุงเทพ
สำนักงานใหญ่ กรุงเทพมหานคร

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวอุไรวรรณ สิงห์สังข์
วัน เดือน ปี เกิด	3 กรกฎาคม 2520
สถานที่เกิด	จังหวัดพิจิตร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	1/1212 bmc place 1 ซ.ศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10320
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต ICU7 และ 8 โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2542 พยาบาลศาสตรบัณฑิต (การพยาบาลศาสตร์) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2567 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา