



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบ  
ประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป

อัยฎางค์พร หมอนวัน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบ  
ประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป



อัยฉ่างค์พร หมอนวัน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTORS RELATED TO TRANSITIONAL STRESS AMONG THE RELATIVES WHEN  
TRANSFERRING NEURO-CRITICALLY ILL PATIENTS FROM INTENSIVE CARE UNITS  
TO GENERAL WARDS



ASADANGPHON MONWAN

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 อัยภูงศ์พร หมอนวัน ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัย  
บูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมรดี มาสิงบุญ)

ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญ โยภาสกุล)

กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ)

กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมรดี มาสิงบุญ)

กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.พัทธ์ชนก วิถี  
ธรรมศักดิ์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ  
การศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของ  
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทวัส แจ่มเยี่ยม)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

63910199: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)  
 คำสำคัญ: ความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่าน/ผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาท/การรับรู้ความ  
 รุนแรงของการเจ็บป่วย/ความหวัง/ความพร้อม/คุณภาพการสอน

อัยฎักษณ์พร หมอนวัน : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อ  
 ย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป. (FACTORS RELATED TO  
 TRANSITIONAL STRESS AMONG THE RELATIVES WHEN TRANSFERRING NEURO-CRITICALLY  
 ILL PATIENTS FROM INTENSIVE CARE UNITS TO GENERAL WARDS) คณะกรรมการควบคุม  
 วิทยานิพนธ์: นิกาวรรณ สามารถกิจ, Ph.D., เขมรดี มาสิงบุญ, D.S.N ปี พ.ศ. 2567.

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านและ  
 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล และคุณภาพ  
 การสอน กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วย  
 วิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติของผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาท ที่เข้าพักรักษาตัวใน  
 โรงพยาบาลในเครือโรงพยาบาลกรุงเทพ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 4 โรงพยาบาล สุ่มตัวอย่างโดยกำหนด  
 ช่วงเวลา เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ.2565 ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ.2567 จำนวน 84 ราย เครื่องมือ  
 วิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติและผู้ป่วย แบบสอบถามความเครียดของญาติในระยะ  
 เปลี่ยนผ่าน แบบประเมินความหวัง แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลของญาติ แบบสอบถามคุณภาพการ  
 สอน และแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งมีความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .70, .85,  
 .89, .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในช่วงย้ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วย  
 วิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไปอยู่ในระดับต่ำ ( $M = 34.69, SD = 7.65$ ) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้  
 ความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในระยะ  
 เปลี่ยนผ่าน ( $r = .22, p < .05$ ) ความหวัง ความพร้อมในการดูแล และคุณภาพการสอนมีความสัมพันธ์ทางลบกับ  
 ความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่าน ( $r = -.44, p < .001, r = -.63, p < .001, r =$   
 $-.36, p < .01$ ) ตามลำดับ

ผลการศึกษาครั้งนี้เสนอแนะว่า พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตควรพัฒนาแผนการ  
 พยาบาลเพื่อประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของญาติ ตลอดจนพัฒนาแนวทางการให้ข้อมูลการดูแล  
 และสภาวะของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงสนับสนุนให้ญาติมีความหวัง นอกจากนี้ควรมีแผนการพยาบาลเพื่อ  
 เตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ ด้วยการสอนและการให้ข้อมูลอย่างมีคุณภาพในขณะที่ผู้ป่วยรักษาใน  
 หอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งจะสามารถลดความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่าน และเตรียมความพร้อมในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วย  
 เมื่อย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมีคุณภาพ

63910199: MAJOR: ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING; M.N.S. (ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING)

KEYWORDS: TRANSITIONAL STRESS OF RELATIVES/NEURO-CRITICALLY ILL PATIENT/PERCEIVED SEVERITY OF ILLNESS/HOPE/PREPAREDNESS/TEACHING QUALITY

ASADANGPHON MONWAN : FACTORS RELATED TO TRANSITIONAL STRESS AMONG THE RELATIVES WHEN TRANSFERRING NEURO-CRITICALLY ILL PATIENTS FROM INTENSIVE CARE UNITS TO GENERAL WARDS. ADVISORY COMMITTEE: NIPHAWAN SAMARTKIT, Ph.D. KHEMARADEE MASINGBOON, D.S.N 2024.

This descriptive study described transitional stress and examined the relationship between perceived severity of illness, hope, caregiving preparedness, and quality of teaching with transitional stress among relatives during the transfer of neuro-critically ill patients from intensive care units to general wards. The sample consisted of 84 relatives of neuro-critically ill patients, who were treated at affiliated hospitals of Bangkok Hospital group. Data were collected from October 2022 to March 2024. The research instruments included The Demographic Questionnaire, The Family Relocation Stress Scale, The Herth Hope Index (HHI), The Preparedness of Caregiving Scale, The Quality of Discharge Teaching Scale (QDTS), and The Perceived Severity of Illness Scale. The reliability of the scale was .70, .85, .89, and .91, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson correlation coefficients.

The result showed that the stress levels of relatives of neurological critically ill patients during patient transfers from the intensive care unit to general wards were low ( $M = 34.69$ ,  $SD = 7.65$ ). The perceived severity of illness was positively correlated with transitional stress ( $r = .22$ ,  $p < .05$ ). Hope, caregiving preparedness, and quality of teaching were negatively correlated with transitional stress ( $r = -.44$ ,  $p < .001$ ;  $r = -.63$ ,  $p < .001$ ;  $r = -.36$ ,  $p < .01$ ), respectively

The study suggests that nurses, who caring for patients in critical care units should develop nursing interventions to continuously assess relatives' perceived severity of illness, develop guidelines for providing consistent caregiving information and updates on patient condition, and support the relatives to maintain hope. Moreover, the effective nursing intervention should promote the preparedness of the relatives for caregiving responsibilities through quality teaching and information provision while patients are treated in the critical care unit. This approach can effectively reduce stress during the transitional phase and prepare caregivers for their roles when patients are discharged from critical care units.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จได้ดีด้วยการได้รับความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมรชาติ มาสิงบุญ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่เสียสละเวลา ให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทาง และแก้ไขข้อบกพร่อง ในการทำวิทยานิพนธ์ อีกทั้งให้กำลังใจตลอดระยะเวลาการศึกษาและการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างมาก จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.พัทธ์ชนก วิถีธรรมศักดิ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ผู้ให้ความรู้ คำแนะนำและข้อเสนอแนะในการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณคณาจารย์ การพยาบาลผู้ใหญ่ทุกท่าน ที่ช่วยประสิทธิ์ประสาทวิชาให้ความรู้ตลอดหลักสูตรแก่ผู้วิจัย พร้อมทั้งให้กำลังใจในตลอดการศึกษา

กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พยาบาลประสานงานในการเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่ โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล โรงพยาบาลพญาไท 1 และโรงพยาบาลพญาไท 3 ทุกท่านที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ อีกทั้งขอบพระคุณผู้จัดการแผนกหอผู้ป่วยวิกฤต หัวหน้าแผนก ที่ช่วยจัดสรรเวลาให้ผู้วิจัยได้เข้ารับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ อีกทั้งขอบพระคุณผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาททุกท่านที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทและญาติต่อไปในอนาคต

กราบขอบพระคุณครอบครัวบิดา มารดา ที่ปลุกฝังให้ผู้วิจัยให้รู้จักอดทน มีความพากเพียรพยายาม ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคต่าง ๆ อีกทั้งยังคอยห่วงใย และให้กำลังใจโดยตลอด ขอบคุณเพื่อน ๆ พี่น้องทุกท่านในการให้กำลังใจตลอดการศึกษาที่ผ่านมา ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอบคุณตัวเองที่มีความพากเพียรพยายาม อดทน ทำให้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยหวังว่าวิทยานิพนธ์เล่มนี้ จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทและญาติในระยะเปลี่ยนผ่านนี้ไปได้ด้วยดี

อัยฎางค์พร หมอนวัน

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญ .....	ช
สารบัญตาราง .....	ฅ
สารบัญภาพ .....	ฉุ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	8
สมมุติฐานการวิจัย .....	8
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	9
ขอบเขตการวิจัย .....	11
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	14
ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตทางระบบประสาท .....	14
ผลกระทบจากการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทต่อผู้ป่วยและญาติ 18	
ระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทของโรงพยาบาลในเครือโรงพยาบาลกรุงเทพ ....	21
ความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอ ผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป .....	26
ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน .....	28

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทในระยะ เปลี่ยนผ่านจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยปกติ .....	33
สรุปการทบทวนวรรณกรรม .....	40
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย .....	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	41
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	45
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	52
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง .....	53
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	54
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	56
บทที่ 4 ผลการวิจัย .....	58
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	58
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล.....	70
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	71
การอภิปรายผลการวิจัย.....	73
ข้อเสนอแนะ.....	79
บรรณานุกรม.....	81
ภาคผนวก .....	95
ภาคผนวก ก .....	96
ภาคผนวก ข .....	101
ภาคผนวก ค .....	108
ภาคผนวก ง.....	116
ประวัติย่อของผู้วิจัย .....	121

## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย วิกฤตระบบประสาท (n = 84).....	59
ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยวิกฤต ระบบประสาท (n = 84).....	62
ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความเครียดในระยะ เปลี่ยนผ่านของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท (n = 84) .....	66
ตารางที่ 4 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล และคุณภาพการสอน (n = 84).....	67
ตารางที่ 5 คำสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความ รุนแรงของการเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล และคุณภาพการสอน กับความเครียด ของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอ ผู้ป่วยทั่วไป (n = 84).....	69

## สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....11



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก และผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองเป็นผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทที่พบได้บ่อยและมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต (Venkatasubba Rao et al., 2020) เนื่องจากพยาธิสภาพในสมองทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีการเปลี่ยนแปลงระดับการรู้สึกรู้ตัว ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการหายใจและการป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจลดลง จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลติดตามอาการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง บางรายมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนและภาวะคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ ซึ่งทำให้สมองบวม ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น เป็นสาเหตุหลักของการบาดเจ็บทุติยภูมิของสมอง (Carney et al., 2017) มีผลให้เซลล์สมองเสียหายมากขึ้น จนเกิดความบกพร่องของการทำหน้าที่ของระบบประสาท นอกจากนี้ด้วยเหตุที่สมองเป็นศูนย์กลางการให้โอวาทะต่าง ๆ ของร่างกายทำงาน เมื่อสมองมีความผิดปกติจึงทำให้อวัยวะอื่นๆ บกพร่องในการทำหน้าที่ (Jarrahi et al., 2020) ทำให้เกิดความพิการ ทั้งด้านร่างกาย ความคิด สติปัญญา พฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังและคุณภาพชีวิตที่แย่งในอนาคต ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในสมองจึงเป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลในระยะวิกฤตที่มีประสิทธิภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อป้องกันหรือลดความพิการที่อาจเกิดขึ้น

ด้วยเหตุที่หอผู้ป่วยวิกฤตเป็นสถานที่ที่มีประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลสูง เนื่องจากมีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต มีอัตราส่วนของบุคลากรสุขภาพต่อจำนวนผู้ป่วยสูง จึงสามารถประเมินและแก้ไขปัญหาได้อย่างฉับพลัน รวมถึงการมีอุปกรณ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการติดตามอาการได้อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง (วิจิตรา กุสุมภ์ และสุนันทา ครองยุทธ, 2563) จึงทำให้ผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตมีอัตราการรอดชีวิตสูงถึงร้อยละ 80 (Vincent & Creteur, 2015)

แต่อย่างไรก็ตามการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติ โดยเฉพาะทางด้านจิตใจและอารมณ์อย่างมาก จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เครียด รู้สึกไม่แน่นอนอน จากการต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ในการช่วยชีวิต อุปกรณ์ติดตามอาการที่ไม่คุ้นเคย และการได้รับข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของอาการและการรักษาบ่อยครั้งเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยในระยะวิกฤต การที่ญาติต้องมีบทบาทเป็นผู้ตัดสินใจในการรักษา

ทำให้ญาติรู้สึกว่าเป็นความเครียดที่ถาโถมเข้ามาในชีวิตและบางรายไม่สามารถรับมือกับสถานการณ์นั้นได้ ด้วยเหตุที่การเจ็บป่วยวิกฤตดังกล่าวเป็นภาวะที่อาจคุกคามต่อชีวิตส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้สึกกลัวว่าจะสูญเสียชีวิตหรือสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Abdul Halain et al., 2021; Bialek & Sadowski, 2021; Hirshberg et al., 2020; Valle & Lohne, 2021) จากการศึกษาของ Bialek and Sadowski (2021) พบว่า ญาติผู้ป่วยวิกฤตร้อยละ 89.19 มีความเครียดในระดับสูง รองลงมาคือ ร้อยละ 37.84 มีความวิตกกังวล และร้อยละ 32.43 มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งผลกระทบทางด้านจิตใจเหล่านี้อาจส่งผลถึงความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตได้

เมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต ผู้ป่วยจะได้รับการย้ายไปอยู่ที่หอผู้ป่วยทั่วไปเพื่อการดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูสภาพ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่จะยังคงมีความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเหลืออยู่ (van Beusekom et al., 2019) จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 50-70 ของผู้ป่วยต้องเผชิญกับกลุ่มอาการภายหลังได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต (Post intensive care syndrome [PICS]) โดยพบความบกพร่องด้านร่างกาย ร้อยละ 25-80 เช่น ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแอ ร้อยละ 40 เป็นต้น บกพร่องด้านการรู้คิด พบร้อยละ 30-80 ได้แก่ ภาวะหลงลืม และความบกพร่องด้านจิตใจ ร้อยละ 8-57 ได้แก่ ความวิตกกังวล ร้อยละ 70 อาการซึมเศร้า ร้อยละ 30 ภาวะเครียดหลังจากเกิดเหตุการณ์รุนแรง (Post-traumatic stress disorder) ร้อยละ 10-50 (Colbenson et al., 2019 ; Hoog et al., 2020; Inoue et al., 2019; Rawal et al., 2017)

สำหรับผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทยังต้องประสบกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว ความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว มีความเสี่ยงในการเกิดการพลัดตกหกล้ม และการเกิดแผลกดทับ บกพร่องด้านการกลืน เสี่ยงต่อปอดอักเสบจากการสำลัก อาจมีความจำเป็นต้องให้อาหารทางสายยาง ไม่สามารถขับปัสสาวะได้ เกิดปัสสาวะคั่งค้าง มีความจำเป็นต้องคาสายสวนปัสสาวะ และยังพบปัญหาความบกพร่องด้านการคิด ความจำ การตัดสินใจ การสื่อสาร ภาวะสับสน ซึมเศร้า (Green et al., 2021) ผู้ป่วยจึงมีภาวะพึ่งพาทั้งด้านการเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตรประจำวัน (Yao et al., 2021) บางรายสูญเสียหน้าที่อย่างถาวร บางรายสูญเสียหน้าที่ชั่วคราว (Bramlett & Dietrich, 2015) ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากบุคลากรสุขภาพและญาติเมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต (Duggleby et al., 2021)

เมื่อผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปจะยังคงต้องการการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและดูแลอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรสุขภาพและญาติ แต่ด้วยบริบทของโรงพยาบาลเอกชน หอผู้ป่วยทั่วไปเป็นลักษณะห้องแยกส่วนตัว ซึ่งจะมีเพียงผู้ป่วยและญาติอยู่

ภายในห้องเพ็ญลำพัง ญาติจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและตัดสินใจขอความช่วยเหลือจากพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างทันที่ที่ ตลอดจนดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันบางส่วน รวมทั้งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยเฉพาะทางด้านจิตใจและอารมณ์ ดังนั้นหากญาติมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจึงจะปลอดภัย อย่างไรก็ตามหากญาติมีความวิตกกังวล หรือมีความเครียด อาจส่งผลให้ญาติขาดความสามารถในสังเกตและประเมินอาการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและการฟื้นฟูของผู้ป่วย Bat Tonkus et al. (2020) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติในระยะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและหลังย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติเพิ่มขึ้นหลังย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ด้วยเหตุผลที่ผู้ป่วยและญาติรู้ว่าหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของ Ghorbanzadeh et al. (2021) พบว่าญาติผู้ป่วยวิกฤตจะมีการตอบสนองต่อการที่ผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตทั้งด้านบวกและทางลบ โดยด้านบวกญาติผู้ป่วยจะรับรู้ว่าการที่ผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นสิ่งที่ดี ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย มีความหวังว่าผู้ป่วยจะพ้นหายจากโรค แต่ในทางตรงกันข้ามญาติจะมีความรู้สึกกลัว วิตกกังวล รู้สึกไม่แน่นอน รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง ซึ่งสอดคล้องกับ Hoog et al. (2020) ที่พบว่าญาติผู้ป่วยวิกฤตหลังจากย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต มีทั้งความรู้สึกในทางที่ดี คือ ผ่อนคลาย และความรู้สึกที่ไม่ดี คือ รู้สึกไม่แน่นอน เนื่องจากสภาพแวดล้อมเปลี่ยนไป มีความแตกต่างด้านการดูแล เช่น อุปกรณ์ติดตามอาการถูกปลดออก รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลผู้ป่วยมีจำนวนลดลงเมื่อย้ายออก ส่งผลให้ญาติมีความเครียดเพิ่มมากขึ้นเมื่อย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

นอกจากนี้ Inoue et al. (2019) ศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับกลุ่มอาการภายหลังเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของครอบครัว (Post Intensive Care Syndrome-Family [PICS-F]) พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของญาติต้องเผชิญกับกลุ่มอาการภายหลังเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ อาการวิตกกังวล ร้อยละ 14.6 - 66.7, อาการซึมเศร้า ร้อยละ 42 - 66, และภาวะเครียดหลังจากเกิดเหตุการณ์รุนแรง พบร้อยละ 33.1-49 โดยที่ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นมากที่สุดภายหลัง 1 สัปดาห์หลังจากย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต แต่อาการภายหลังภาวะวิกฤตที่พบสูงที่สุด คือ ความเครียดของญาติผู้ป่วยซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 67.6 (Naef et al., 2021)

ความเครียด เป็นการตอบสนองทางจิตใจเชิงลบของญาติผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งพบได้ในระยะที่ผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต (Carlson et al., 2015; Choi et al., 2016; Huijben et al., 2020; Johnson et al., 2019) ซึ่งความเครียดดังกล่าวส่งผลต่อความสามารถของญาติในการดูแลหรือตัดสินใจแทนผู้ป่วย (Boloski et al., 2018) นอกจากนี้ส่งผลถึงการดูแลสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย

และจิตใจของผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนการเตรียมตัวในการเข้าสู่บทบาทใหม่ในการดูแลผู้ป่วย หลังจากผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต (Cameron et al., 2016; Turner-Cobb et al., 2016)

ความเครียดของญาติในระยะนี้ เป็นภาวะเครียดที่สัมพันธ์กับการย้ายไปยังสถานที่ใหม่ (Family relocation stress) เนื่องจากญาติรู้สึกว่าการที่ผู้ป่วยถูกย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตซึ่งเป็นสถานที่ที่ญาติไว้วางใจ ด้วยมีแพทย์ พยาบาลที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย มีเครื่องมือในการรักษาที่ทันสมัย พร้อมอุปกรณ์ติดตามสัญญาณชีพตลอดเวลา เมื่อผู้ป่วยถูกย้ายไปยังสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย เป็นห้องแยกส่วนตัว มีญาติและผู้ป่วยอยู่ด้วยกันเพียงลำพังตลอดเวลาและญาติต้องทำหน้าที่ดูแลและสังเกตอาการผู้ป่วย รวมถึงขอความช่วยเหลือจากพยาบาลเมื่อเกิดอาการผิดปกติ ทำให้ญาติมีความวิตกกังวล และมีความเครียดตามมา เนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์ในการทำหน้าที่นี้มาก่อน ความเครียดที่เกิดขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของญาติผู้ป่วย และทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ทำให้ต้องย้ายกลับมารักษาตัวซ้ำในหอผู้ป่วยวิกฤต (Hervé et al., 2020) จากการศึกษาของ Peter (2016) พบว่าการย้ายกลับเข้ารับการรักษาตัวซ้ำในหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นถึง 4 เท่า ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ระยะเวลาอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น และเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

การศึกษาของ Zhou et al. (201) ที่ทำการศึกษาความเครียดของญาติหลังผู้ป่วยย้ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไปในญาติผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 101 คน พบว่าญาติมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ ระดับการศึกษา เพศของญาติ อายุของผู้ป่วย และระยะเวลาในการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตสามารถร่วมกันทำนายความเครียดที่สัมพันธ์กับการย้ายไปยังสถานที่ใหม่ ( $p < .05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Li et al. (2021) ที่ศึกษาในญาติผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง เมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตพบว่า ญาติมีความวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า และมีความเครียดอยู่ในระดับสูง อีกทั้งยังพบว่า เพศ ระดับการศึกษา สัมพันธภาพกับผู้ป่วย และรายได้ของญาติ สามารถร่วมกันทำนายความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความเครียด ร้อยละ 14.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) นอกจากนี้ Xie et al. 2020 ศึกษาโปรแกรมการลดความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่านจากหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่าการมีพยาบาลช่วยประสานงานในระยะเปลี่ยนผ่านส่งผลให้ความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ระดับความเครียดของญาติผู้ป่วยเมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง และพยาบาลสามารถช่วยลดความเครียดของญาติผู้ป่วยในระยะนี้ ซึ่งจะส่งผลดีในประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยในระยะต่อไป

ความเครียดของญาติในระยะย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นรูปแบบการตอบสนองการเปลี่ยนผ่านตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลลิส (Meleis et al., 2010) โดยที่การตอบสนองของการเปลี่ยนผ่านนี้ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านและการบำบัดทางการพยาบาล ความเครียดเป็นการตอบสนองในทางลบซึ่งจะส่งผลให้ญาติผู้ป่วยไม่สามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่วิถีชีวิตที่มีประสิทธิภาพได้ ภายใต้การชี้แนะของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านและการทบทวนวรรณกรรม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความหวัง และความพร้อมในการดูแลของญาติ ซึ่งเป็นปัจจัยเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งอาจส่งเสริมหรือยับยั้งความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่าน นอกจากนี้การรับรู้คุณภาพการสอนเป็นการบำบัดทางการพยาบาลที่จะช่วยลดความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่านนี้ได้

การย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตจะอยู่ในดุลพินิจของแพทย์ที่ทำการรักษา และตามเกณฑ์การจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ อาการสมองและระบบประสาทคงที่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาทคงที่ ความต้องการออกซิเจนน้อยกว่า 60% ไม่มีความจำเป็นที่ต้องได้รับยาลดระดับหรือเพิ่มระดับความดันโลหิตทางหลอดเลือด (Ehikhmetalor et al., 2019) สอดคล้องกับการศึกษาความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของ Weiss et al. (2007) กล่าวว่าบุคคลากรสุขภาพจะรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจากความคงที่ของอาการทางกายต่าง ๆ ของผู้ป่วย ได้แก่ สัญญาณชีพ ความสมดุลของปริมาณน้ำ ที่เข้าและออกจากร่างกาย การขับถ่าย ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย สภาพของแผลผ่าตัด ความเจ็บปวด และอาการคลื่นไส้ อาเจียน แต่การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของญาติผู้ป่วยวิกฤตอาจมีความแตกต่างจากบุคคลากรสุขภาพ

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นการให้ความหมายเกี่ยวข้องกับความรู้สึกและความเข้าใจของญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือโรคและความเลวร้ายของสถานการณ์ ที่ญาติเผชิญขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอาจจะมีทั้งตรงกับการเจ็บป่วยจริงหรือเกินกว่าความเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับความรู้สึก ความเข้าใจและประสบการณ์ที่ผ่านมาของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งส่วนใหญ่การรับรู้จะสอดคล้องกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยจริง (Dalcin et al., 2009) การศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยความเจ็บป่วยที่ผ่านมา ส่วนใหญ่จะทำการศึกษาในผู้ป่วย การศึกษาของ Zhang et al. (2016) พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคโครห์น (Crohn's disease) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .69, p < .001$ ) และการศึกษาของ Miceli et al. (2019) พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความเครียดของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .22, p < .01$ ) และการรับรู้ความเจ็บป่วยสามารถทำนายการรับรู้ความเครียด

ได้ร้อยละ 36.1 อาจกล่าวได้ว่าหากญาติรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของผู้ป่วยนั้นยังรุนแรงอยู่อาจส่งผลต่อความเครียดของญาติมีความคล้ายคลึงกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

จากประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤตด้านระบบประสาทของผู้วิจัยพบว่า เมื่อแพทย์อนุญาตให้จำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ญาติผู้ป่วยมักมีคำถามเรื่องความปลอดภัยเมื่อย้ายไปอยู่หอผู้ป่วยทั่วไปและต่อรองเพื่อขอให้ผู้ป่วยรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตต่อ เนื่องจากญาติยังรู้ว่าผู้ป่วยยังมีการหนัก มีความห่วงใย ดังนั้นหากญาติรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยว่ายังรุนแรงมาก อาจส่งผลให้ญาติผู้ป่วยมีความเครียดมาก หากญาติให้ความหมายว่าผู้ป่วยอาการยังรุนแรง จะทำให้เกิดความเครียดและไม่สามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่บทบาทผู้ดูแลที่ดีได้ ดังนั้นการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยอาจมีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตในระยะเปลี่ยนผ่าน

ความหวัง เป็นความเชื่อและทัศนคติของแต่ละบุคคลตามเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านในทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลลิส ความหวังเป็นปัจจัยสำคัญในการรับมือและตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ และมีหน้าที่ป้องกันความเครียด (Tantisuvanitchkul et al., 2020) และความหวังยังมีความสัมพันธ์กับความเครียด เมื่อมีความหวังจะช่วยส่งเสริมความแข็งแกร่ง ในการแก้ปัญหา เฝ้าดูความสูญเสียและความทุกข์ทรมาน นอกจากนี้ความหวังยังช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตอีกด้วย (Fukuhara et al., 2019) การศึกษาของ Yildirim & Arslan (2020) พบว่าหากมีความหวัง มีแนวโน้มที่จะเอาชนะความเครียดและอุปสรรคไปได้และทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับผลลัพธ์ที่ดีขึ้นจากการดูแลที่มีประสิทธิภาพของญาติ Altheim et al. (2019) ทำการศึกษาความหวังของญาติผู้ป่วยวิกฤตในช่วงเวลา 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปีหลังจากย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่าความหวังมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของญาติผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Nicolass et al. (2016) ศึกษาการรับรู้ความเจ็บป่วยของพ่อแม่ผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง พบว่าความเครียดของพ่อแม่ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกล้มเหลว และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Duggleby et al. (2021) พบว่าความหวังของญาติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมของญาติในการดูแล และความวิตกกังวลและความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความหวังของญาติ ดังนั้นความหวังอาจเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านจากการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป

การรับรู้ความพร้อมในการดูแลของญาติ เป็นการรับรู้ของญาติถึงความสามารถหรือความพร้อมของตนว่าสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้มากน้อยเพียงใด (Archbold et al., 1995) ความพร้อมในการดูแลเป็นเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านที่จะสนับสนุนการเปลี่ยนผ่าน ดังนั้นการเตรียมความพร้อมก่อนย้ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตจึงมีความสำคัญ

มากสำหรับญาติ จากการศึกษาพบว่าญาติต้องการด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการเตรียมความพร้อม เพื่อให้เกิดความมั่นใจในบทบาทผู้ดูแลเมื่อจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต หากไม่ทราบข้อมูลอาจทำให้มีความเครียดเพิ่มขึ้น (มลธิรา อุดชุมพิสัย และนันทิยา แสงทรงฤทธิ์, 2563) นอกจากนี้ การศึกษาของณิษารีย์ พิริยจรัสชัย และศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2561) พบว่าความเครียดในบทบาทผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมของญาติผู้ดูแล ( $r = .447, p = .05$ ) และยังพบว่าความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลและทัศนคติของญาติผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ ( $\beta = -.429, \beta = .220, p = .05$ ) ตามลำดับ และสามารถร่วมกันทำนายความพร้อมของผู้ดูแลได้ร้อยละ 24.8 การศึกษาของ Samartkit et al. (2010) พบว่า ความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.384, p < .01$ ) จะเห็นได้ว่าการรับรู้ความพร้อมของญาติมีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติในระยะจำหน่ายจากโรงพยาบาล และอาจมีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตในระยะเปลี่ยนผ่านจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป

การสอนและการให้ความรู้แก่ญาติในขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นการบำบัดทางการพยาบาลที่ช่วยสนับสนุนให้ญาติผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านในบทบาทผู้ดูแล เพื่อให้ญาติสามารถสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป Rath et al. (2020) ทำการศึกษาประสิทธิผลของการศึกษาประสพการณ์ของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาท พบว่าญาติผู้ป่วยมีความยากลำบากในการรับทราบข้อมูลก่อนย้ายออก และหากญาติไม่ได้รับข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย หรือได้รับข้อมูลแต่ไม่สามารถจดจำข้อมูลสำคัญที่พยาบาลบอกได้ จะส่งผลให้เกิดความเครียดและความไม่พร้อมในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ การศึกษาของ Abuatiq et al. (2020) ยังพบว่าความเครียดของญาติผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาของผู้ป่วย ( $r = .59, p = .01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Pourghane et al. (2018) หากญาติผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจะส่งผลให้ญาติเกิดความเครียดเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การสอน การให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วย มีผลต่อความเครียดของญาติทั้งขณะอยู่ที่โรงพยาบาลและจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ดังนั้นการสอนที่มีคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอาจช่วยส่งเสริมให้ญาติมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และอาจมีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติ กล่าวคือ ถ้าญาติมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจากคุณภาพในการสอนที่ดี จะส่งผลให้ความเครียดของญาติลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในระยะจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และพบว่าญาติผู้ป่วยมีความรู้สึกเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูงในช่วงการย้ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยปกติ (Li et al. 2021; Zhou et al. 2017) นอกจากนี้การศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตในระยะเปลี่ยนผ่านจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไปในกลุ่มผู้ป่วยและญาติยังมีอยู่อย่างจำกัด และยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทและญาติ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งมีนโยบายให้ความสำคัญกับคุณภาพในการให้บริการและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติในระดับสูง ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทโรงพยาบาลเอกชน จึงมีความสนใจศึกษาความเครียดและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตในระยะเปลี่ยนผ่านจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป ผลการศึกษาค้นคว้าจะเป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลหรือนวัตกรรมทางการพยาบาล ในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่านของญาติ ซึ่งจะส่งเสริมให้ญาติมีความสามารถในการประเมินอาการและตัดสินใจในการช่วยเหลือและขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพในระยะเวลาที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในหอผู้ป่วยทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและฟื้นหายอย่างมีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล และคุณภาพการสอน กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป

### สมมุติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของญาติมีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป
2. ความหวังของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทมีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป

3. การรับรู้ความพร้อมในการดูแลของญาติมีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป

4. คุณภาพการสอนของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลลิสและคณะ (Meleis et al., 2010) และการทบทวนวรรณกรรมเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลลิส ประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 4 มโนทัศน์ ได้แก่ ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน (nature of transition), เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (transition conditions), รูปแบบการตอบสนอง (pattern of response) และการบำบัดทางการพยาบาล (nursing therapeutics)

เนื่องจากความเครียดของญาติผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่านจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป เป็นการตอบสนองทางลบต่อการเปลี่ยนผ่าน หากญาติผู้ป่วยวิกฤตไม่มีความเครียดหรือมีความเครียดเพียงเล็กน้อยจะสามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่บทบาทผู้ดูแลในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยทั่วไป แต่ในทางตรงกันข้าม หากญาติมีความเครียดในระดับสูงในระยะเปลี่ยนผ่านอาจส่งผลให้ไม่สามารถทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยทั่วไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านปัจจัยที่สำคัญและส่งผลต่อรูปแบบการตอบสนองในระยะเปลี่ยนผ่าน คือเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน และการบำบัดทางการพยาบาล

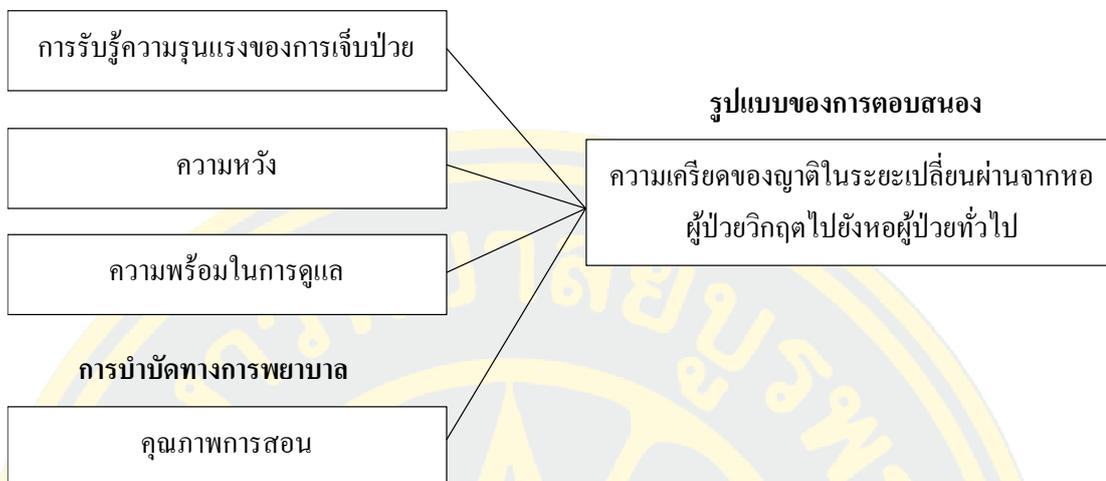
เงื่อนไขในการเปลี่ยนผ่านประกอบด้วย ปัจจัยที่ขัดขวางการเปลี่ยนผ่านและปัจจัยที่สนับสนุนในการเปลี่ยนผ่าน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านที่อาจสนับสนุนหรือยับยั้ง ความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่าน เป็นการให้ความหมายของการเปลี่ยนผ่านของญาติผู้ป่วย หากญาติรู้ว่าผู้ป่วยยังมีอาการหนักหรืออาการรุนแรงอยู่ และเมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ญาติต้องเปลี่ยนบทบาทจากญาติเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย และบางรายอาจจะไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมาก่อน ส่งผลกระทบต่อความเครียดของญาติเพิ่มมากขึ้นและไม่สามารถเปลี่ยนผ่านได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการรับรู้ว่าความเจ็บป่วยยังรุนแรงอยู่จะส่งผลต่อความเครียดได้ (Miceli et al., 2019; Zhang et al., 2016)

ปัจจัยที่ส่งเสริมในการเปลี่ยนผ่านได้แก่ ความหวัง เป็นการให้ความหมาย ซึ่งเป็นความเชื่อและทัศนคติส่วนบุคคลของญาติ การทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของญาติ (Duggleby et al., 2021; Alfheim et al., 2019) ดังนั้นหากญาติมีความหวังที่ดี ทำให้ลดความเครียดและมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้พ้นหายเป็นปกติ และการรับรู้ความพร้อมในการดูแล หากญาติรับรู้ถึงความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลอาจส่งผลให้ญาติมีความเครียดลดลง มีความมั่นใจมากขึ้นและสามารถเปลี่ยนผ่านในบทบาทได้ ในทางกลับกันหากญาติไม่พร้อมในการดูแล มีโอกาสที่จะมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้ความพร้อมในการดูแลของญาติมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของญาติ (ณิชชาวิทย์ พิริยจรัสชัย และศิริพันธุ์ สาสัดย์, 2561; Samartkit et al., 2010) ส่วนปัจจัยที่ยับยั้งการเปลี่ยนผ่าน คือ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

นอกจากนี้แล้วจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในระยะเปลี่ยนผ่านเป็นอย่างมาก เนื่องจากพยาบาลมีหน้าที่ในการให้ข้อมูลของผู้ป่วยและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นการบำบัดทางการแพทย์ มีส่วนสำคัญที่จะส่งเสริมให้ญาติมีความรู้ ทักษะ และศักยภาพในการดูแล สังเกตอาการ รวมถึงการขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม หากญาติขาดความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา และการดูแลผู้ป่วย จะส่งผลให้ญาติมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น (Pourghane et al., 2018) ดังนั้นการสอนหรือให้ข้อมูลแก่ญาติ อาจทำให้ความเครียดของญาติลดลง และหากญาติรับรู้ว่าได้รับการสอนอย่างมีคุณภาพ ญาติผู้ป่วยจะมีความพร้อม (จิราพร มิตรมาตร และคณะ, 2560; ปริมล หงส์ศรี และคณะ, 2559) ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการดูแลเมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต จากการทบทวนวรรณกรรมและทำให้ความเครียดของญาติผู้ป่วยลดลงและสามารถเปลี่ยนผ่านได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านที่สนับสนุนหรือยับยั้งกระบวนการเปลี่ยนผ่านทำให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตเกิดความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่านเพิ่มขึ้นหรือลดลง การให้ความหมายของการเปลี่ยนผ่าน ความเชื่อและทัศนคติ ความพร้อมในการดูแล และการบำบัดทางการแพทย์ ที่มีความสัมพันธ์ความเครียดของญาติผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่าน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล และคุณภาพการสอนกับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่าน โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1

### เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาระดับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาท และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล และคุณภาพการสอน กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป ดำเนินการศึกษาในหอผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทของโรงพยาบาลเครือข่ายโรงพยาบาลกรุงเทพ เขตจังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 4 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่, โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล, โรงพยาบาลพญาไท 1 และโรงพยาบาลพญาไท 3 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ.2565 ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ.2567

### นิยามศัพท์เฉพาะ

ญาติผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาท หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่เป็นญาติสายตรงกับผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาท ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง สามี ภริยา และบุตร ที่มาเยี่ยม และสอบถามข้อมูล ติดตามอาการ ร่วมตัดสินใจในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต และเป็นบุคคลที่รับรู้ว่าจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยหลังจากย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป

**ผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท** หมายถึง ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

**ความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่าน** หมายถึง การรับรู้หรือการตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อภาวะที่เผชิญอยู่ และเป็นภาวะที่ญาติผู้ป่วยวิกฤตประเมินว่าการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปหอผู้ป่วยทั่วไปเป็นเหตุการณ์ที่คุกคาม ประกอบด้วย ความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต, การรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม, การรับรู้ว่าคุณป่วยยังอยู่ในภาวะวิกฤต และความวิตกกังวลในการดูแลของพยาบาลที่หอผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ ประเมินความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่าน โดยใช้แบบสอบถาม Family relocation stress scale ของ Oh et al. (2015) ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทย

**การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย** หมายถึง ความคิดและการรับรู้ของญาติในการประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ประเมินโดยใช้แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ของรัชนก ทรงทรัพย์ (2554)

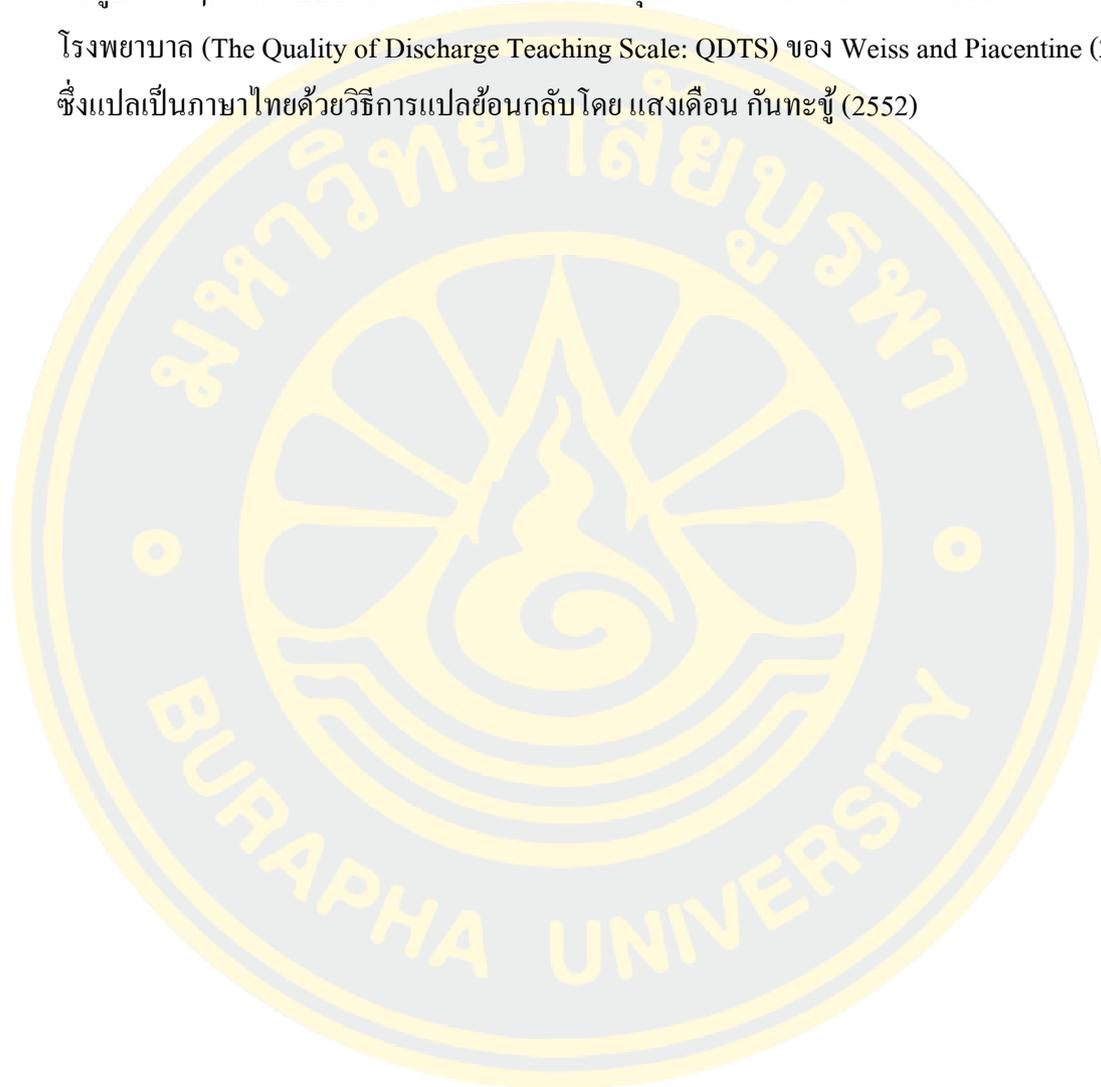
**ความหวัง** หมายถึง ความเชื่อของญาติผู้ป่วยวิกฤตที่ทำให้คิดว่าตนเองสามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้ในอนาคตอันใกล้ และเป็นการรับรู้ที่สามารถชี้นำพฤติกรรมของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านได้ ในศึกษานี้ประเมินความหวัง จากการใช้แบบประเมินความหวัง Herth Hope Index (HHI) (Herth, 1992) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย Tantisuwanitchkul et al. (2020)

**ความพร้อมในการดูแล** หมายถึง การรับรู้หรือการคาดการณ์ของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทถึงการมีความสามารถที่ต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการหาข้อมูลการบริการสุขภาพ ด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแล ด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ ด้านการจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน ด้านการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่จำเป็นจากเจ้าหน้าที่ และด้านการดูแลผู้ป่วยโดยรวมเมื่อจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม Preparedness caregiving scale ของ Stewart & Archbold (1986) ทำการแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทย (Back-translation technique) และปรับให้เหมาะสมกับบริบทของคนไทยโดย Wirojratana (2002)

**คุณภาพการสอน** หมายถึง การรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทต่อการสอนหรือการให้ความรู้ทั้งหมดของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในระหว่างที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านเนื้อหาการสอน เป็นการรับรู้และการประเมินข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล การจัดการกับภาวะอารมณ์ การจัดการด้านความเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วย และการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา และ 2) ด้านทักษะการสอน เป็นการ

รับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทต่อความสามารถในการสื่อสาร อธิบายและความเข้าใจได้  
ของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤตในการสอนระหว่างที่ผู้ป่วยรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต

ในการศึกษารั้งนี้ ทำการประเมินจากแบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายจาก  
หอผู้ป่วยวิกฤต จากแบบประเมินจากแบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจาก  
โรงพยาบาล (The Quality of Discharge Teaching Scale: QDTS) ของ Weiss and Piacentine (2006)  
ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับโดย แสงเดือน กันทะจู้ (2552)



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ของความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาท และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล และคุณภาพการสอน กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

- 1.ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตทางระบบประสาท
- 2.ผลกระทบจากการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทต่อผู้ป่วยและญาติ
  - 2.1 ผลกระทบต่อผู้ป่วย
  - 2.2 ผลกระทบต่อญาติ
- 3.ระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในเครือโรงพยาบาลกรุงเทพ
- 4.ความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป
- 5.ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition theory)
- 6.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป
  - 6.1 การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย
  - 6.2 ความหวัง
  - 6.3 ความพร้อมในการดูแล
  - 6.4 คุณภาพการสอน

#### ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตทางระบบประสาท

ภาวะวิกฤตทางระบบประสาท เป็นปัญหาด้านการดูแลสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก และเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิต (Ferrario et al., 2017) ผู้ป่วยระบบประสาท

อย่างน้อยร้อยละ 10 -15 ถูกส่งเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาท (Pelosi et al., 2011) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษา สังเกตอาการและดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤตทางสมองและระบบประสาท โรคที่พบได้บ่อย เช่น โรคหลอดเลือดสมองตีบและแตก รวมถึงการบาดเจ็บทางสมองในระดับปานกลางและระดับรุนแรง หรือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางระบบประสาท (Badenes et al., 2018; Becker et al., 2018) จุดมุ่งหมายในการเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท เพื่อรักษาพยาบาลในภาวะวิกฤตระบบประสาทที่มีความเร่งด่วนฉุกเฉิน ต้องได้รับการประเมินและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด อีกทั้งการป้องกันอาการบาดเจ็บทางระบบประสาททุติยภูมิ (Kramer & Zygun, 2011; Suarez, 2006) การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก และผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง

### **ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต**

โรคหลอดเลือดสมองแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองตีบ พบร้อยละ 80 ของโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากมีลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด ทำให้รบกวนการไหลเวียนของเลือดที่ไปสมองและเป็นสาเหตุให้สมองได้รับเลือดไปเลี้ยงลดลง นำไปสู่การขาดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง แบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ ชนิดอุดตันจากลิ่มเลือดเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่หลอดเลือด (Thrombotic stroke) และชนิดอุดตันจากก้อนเลือดที่มาจากแหล่งอื่น (Embolic stroke) (Sweringen & Keen, 2001) ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดสมองขาดเลือดบริเวณกว้างทั้งสมองใหญ่และสมองน้อย (Large cerebral hemisphere or cerebellar hemisphere infarction) เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความจำเป็นต้องสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤต มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองบวมภายใน 2 -7 วัน และผลที่ตามมา เช่น ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น เกิดภาวะเลือดออกในเนื้อสมองที่ขาดเลือด (Hemorrhagic transformation) และสมองเคลื่อนตามมาได้ ผู้ป่วยที่มีปัญหาสมองขาดเลือดบริเวณสมองน้อยหากเกิดภาวะสมองบวม มีโอกาสเกิดการคั่งของโพรงน้ำในสมอง (Hydrocephalus) เกิดการกดที่ก้านสมองซึ่งเป็นตำแหน่งของศูนย์ควบคุมการหายใจ ผู้ป่วยอาจมีปัญหาเรื่องการหายใจตามมาได้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีพยาธิสภาพของการขาดเลือดขนาดใหญ่ควรได้รับการติดตามอาการอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤต (Bever & Kimberly, 2017)

2. โรคหลอดเลือดสมองแตก พบได้ประมาณร้อยละ 20 แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

- 2.1 โรคหลอดเลือดสมองแตกชนิดเลือดออกในเนื้อสมอง (intracerebral hemorrhage) พบได้ในทุกกลุ่มอายุ เกิดจากการที่หลอดเลือดสมองแตกทันทีทันใด ส่งผลให้เลือดมาเลี้ยงสมองบริเวณนั้นลดลง (Follin et al., 2006) สาเหตุหลักเกิดจากภาวะความดันโลหิตสูง พบได้

ถึงร้อยละ 56-81 นอกจากนี้ยังอาจเกิดเนื่องจากการแตกของหลอดเลือดสมองที่โป่งพอง (cerebral aneurysm) หลอดเลือดมีลักษณะผิดปกติ (arteriovenous malformation) หรือมีความผิดปกติจากการแข็งตัวของเลือด การมีเลือดออกจากภาวะความดันโลหิตสูงมักพบบริเวณเบซอลแกนเกลียน (basal ganglia) ร้อยละ 40 บริเวณทาลามัส (thalamus) ร้อยละ 15 บริเวณพอนส์ (pons) ร้อยละ 8 และพบในซีรีเบลลัม (cerebellum) ร้อยละ 10 (McCance & Huether, 2006) อาการเริ่มแรกของการเกิดเลือดออกคือ ปวดศีรษะรุนแรง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงอาจหมดสติได้อย่างรวดเร็ว สมองถูกกดจากก้อนเลือดและสมองบวม ในกรณีที่อาการรุนแรงจะทำให้เกิดสมองเคลื่อนย้อย (Brain herniation) และเสียชีวิตภายใน 2-3 วันแรก ส่วนผู้ป่วยที่หลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันในบริเวณสมองเล็กจะมีอาการปวดศีรษะทันทีทันใด ไม่สามารถขยับได้ คลื่นไส้ อาเจียน และเวียนศีรษะ (Brandstater, 1998) ซึ่งหากก้อนเลือดมีขนาดใหญ่และสมองบวม อาจจะต้องทำการไหลเวียนของน้ำไขสันหลังทำให้ผู้ป่วยอาการแย่ลงใน 24-48 ชั่วโมง ในบางกรณีจะทำผ่าตัดเพื่อเอาก้อนเลือดที่กดสมองออกหรือผ่าตัดเพื่อใส่สายระบายน้ำในโพรงสมองชนิดชั่วคราว (Ventriculostomy) เพื่อเป็นการลดความดันภายในกะโหลกศีรษะ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของเลือดออกในเนื้อสมอง (Morgenstern & Kasner, 2004) ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องระวังอย่างใกล้ชิดทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยวิกฤต

2.2 โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกใต้ชั้นอะแรคนอยด์ (Aneurysmal subarachnoid hemorrhage) เป็นโรคที่มีความรุนแรง มีโอกาสทุพพลภาพและเสียชีวิตสูง ส่วนใหญ่เกิดจากการแตกเองของหลอดเลือดที่โป่งพองภายในสมอง โดยเฉพาะบริเวณที่แขนงหลอดเลือดแดงมารวมกันที่เรียกว่า วงกลมของวิลลิส (Circle of Willis) หรือสาเหตุจากความผิดปกติของหลอดเลือดแต่กำเนิด พบบริเวณผิวสมองหรือภายในเนื้อสมอง อาการที่พบคือปวดศีรษะรุนแรง ตาไม่ทนต่อแสง (Photophobia) คอแข็ง ระดับความรู้สึกตัวลดลง (Morgenstern & Kasner, 2004) ส่วนใหญ่จะมีอาการและอาการแสดงเกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยตื่นหรือกำลังทำกิจกรรมการทำงานต่างๆ อยู่ อาการและอาการแสดงทางระบบประสาทในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดมีเลือดออกจะมีอาการแบบทันทีและจะมีอาการเพิ่มขึ้นต่อไปเรื่อยๆ จนอีกหลายนาทีต่อมาหรืออาจนานเป็นเวลาสองถึงสามชั่วโมงก็ได้และทำให้มีน้ำคั่งในโพรงสมอง (Hydrocephalus) ได้หลังเกิดอาการหลายสัปดาห์จากการอักเสบในช่องอะแรคนอยด์ (Arachnoiditis) (Brandstater, 1998) ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงและการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้หลอดเลือดที่โป่งพองแตก วิธีการรักษาหลอดเลือดสมองโป่งพองทำได้โดยการผ่าตัดหนีบหลอดเลือดที่โป่งพอง (Clipping aneurysm) หรือใส่ขดลวดเพื่ออุดเส้นเลือดที่โป่งพอง (Coiling embolization) การรักษาอย่างเร่งด่วนสามารถลดอัตราตายและความพิการได้ (Morgenstern & Kasner, 2004) และภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังต้อง

เส้นประวังภาวะหลอดเลือดหดเกร็ง (Vasospasm) ที่สามารถเกิดขึ้นได้ภายใน 3 สัปดาห์หลังการแตกของหลอดเลือดที่โป่งพอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสมองขาดเลือดหลังการแตกของหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Delayed cerebral ischemia) พบได้ประมาณร้อยละ 20-50% ผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีความจำเป็นต้องประเมิน สังเกตอาการ และเส้นประวังอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤต

นอกจากนี้แล้ว ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบหรือแตกระยะวิกฤต มักมีปัญหาจากระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ (Bever & Kimberly, 2017) เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนและภาวะคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ ส่งผลให้สมองบวม ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นเป็นสาเหตุหลักของการบาดเจ็บทุติยภูมิของสมอง (Carney et al., 2017) ทำให้ให้เซลล์สมองเสียหายมากขึ้น จนเกิดความบกพร่องของการทำหน้าที่ของระบบประสาท ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น และมีโอกาสทุพพลภาพและเสียชีวิตได้

#### ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระยะวิกฤต

ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่มีภาวะวิกฤตมีความจำเป็นต้องเข้าการเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต พบได้ทั้งสามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บสมอง ดังนี้

1. ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับรุนแรง (GCS 3-9) เป็นผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถหายใจได้เอง มีความจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ มีภาวะสมองบวม แนวกลางของสมองเคลื่อนไปฝั่งตรงกันข้าม (Midline shift) จากการบาดเจ็บทางสมองรุนแรง และเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased intracranial pressure [IICP]) อาจมีภาวะสมองเคลื่อนย้อย (Brain herniation) กดก้านสมองซึ่งเป็นบริเวณที่มีศูนย์ควบคุมการหายใจและการทำงานของหัวใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวและอาจเสียชีวิตได้ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมและรวดเร็วจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต รวมทั้งมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยในการรักษา รวมถึงการผ่าตัดเพื่อลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง บางรายอาจได้รับการใส่สายเพื่อติดตามความดันในกะโหลกศีรษะอย่างต่อเนื่อง (Intracranial pressure monitoring) และต้องติดตามการดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อรักษาภาวะเจ็บป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต (Abdelmalik et al., 2019)

2. ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองปานกลาง (GCS 9-12) ผู้ป่วยกลุ่มนี้แม้ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บทางสมองน้อยกว่ากลุ่มบาดเจ็บทางสมองรุนแรง แต่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการพัฒนาความรุนแรงของการบาดเจ็บทางสมองเป็นระดับรุนแรง ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีระดับความรู้สึกตัวที่ไม่ปกติ ซึม ปลุกตื่นยาก บางรายมีอาการสับสน วุ่นวาย หากสมองบวมเพิ่มมากขึ้น มีโอกาสเกิดอาการชัก และระดับความรู้สึกตัวลดลงจนกระทั่งไม่รู้สึกตัวและหยุดหายใจ จำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจเช่นเดียวกับผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับรุนแรง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นใน

การรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อเฝ้าระวังอาการทางระบบประสาทเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลง และการรักษาภาวะสมองบวมและภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Abdelmalik et al., 2019)

3. ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยที่มีความเสี่ยงสูง (GCS 13-15) เป็นผู้ป่วยอีกกลุ่มที่ต้องได้รับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองเล็กน้อย ความเสี่ยงสูง เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุมากกว่า 55 ปีขึ้นไป (Bonow et al., 2019) เป็นโรคเรื้อรัง และมีโรคร่วมหลายโรค รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด หรือยาต้านเกร็ดเลือด ถึงแม้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีระดับความรู้สึกรู้ตัวดีและผู้ป่วยบางรายอาจมีภาวะสับสนร่วมด้วย แต่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อเลือดออกเพิ่มขึ้นจากปัจจัยด้านอายุ โรคร่วม การรับประทานยาหลายชนิดรวมถึงยาต้านเกร็ดเลือดหรือต้านการแข็งตัวของโรค ปัจจัยดังกล่าวทำให้อาการของผู้ป่วยมีโอกาสเปลี่ยนแปลงและแย่ลง ส่งผลความรุนแรงของโรคมักขึ้น ซึ่งสามารถพัฒนาความรุนแรงของการบาดเจ็บทางสมองเป็นระดับปานกลางและรุนแรงได้

นอกจากนี้ด้วยเหตุที่สมองเป็นศูนย์สั่งการให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายทำงาน เมื่อสมองมีความผิดปกติจึงทำให้อวัยวะอื่นๆ บกพร่องในการทำงานที่ (Jarrahi et al., 2020) ทำให้เกิดความรู้สึก ทั้งด้านร่างกาย ความคิด สติปัญญา พฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังและคุณภาพชีวิตที่แย่ลงในอนาคต ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในสมองจึงเป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลในระยะวิกฤตที่มีประสิทธิภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อป้องกันหรือลดความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้น

### **ผลกระทบจากการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทต่อผู้ป่วยและญาติ**

การเจ็บป่วยภาวะวิกฤตทางระบบประสาทส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สติปัญญาของทั้งผู้ป่วยและญาติ การตอบสนองดังกล่าว หากไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหาก็ยังหลงเหลืออยู่ อาจส่งผลกระทบในระยะยาวต่อผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากความผิดปกติที่ยังหลงเหลืออยู่ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง

#### **ผลกระทบของการเจ็บป่วยวิกฤตในผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท**

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต หลังจากผ่านพ้นระยะวิกฤตของการเจ็บป่วยไปแล้วนั้น ร้อยละ 50-70 ของผู้ป่วยที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตต้องทนทุกข์ทรมานกับกลุ่มอาการหลังเกิดภาวะวิกฤต (Hoog et al., 2020) ซึ่งกลุ่มอาการนี้เรียกว่า กลุ่มอาการภายหลังเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต หรือ Post intensive care syndrome (PICS) จากการ

กำหนดในระหว่างการประชุมของสมาคมเวชศาสตร์การดูแลวิกฤต (The Society of Critical Care Medicine) เกิดขึ้นในปี ค.ศ. 2010 โดยที่กลุ่มอาการนี้เป็นความบกพร่องที่เกิดขึ้นใหม่หรืออาการเดิมที่แย่ลงในหลายมิติ รวมถึงการล้มเหลวในการกลับไปฟื้นฟูในสังคม นอกจากนี้แล้วความบกพร่องนี้อาจส่งผลให้กลายเป็นความบกพร่องถาวรเมื่อจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตและเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปบ้าน (Yuan et al., 2021) ความบกพร่องจากกลุ่มอาการหลังเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วยความบกพร่อง 3 ประเภท ดังนี้

1.ความบกพร่องด้านร่างกาย (Physical impairment) พบมากถึงร้อยละ 25-80 ของผู้รอดชีวิตจากภาวะวิกฤต (Colbenson et al., 2019) จากการศึกษาของ Inoue et al. (2019) พบว่าความบกพร่องที่พบได้บ่อยคือ ภาวะอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่สัมพันธ์กับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก (Intensive care unit acquired weakness [ICU-AW]) ร้อยละ 40 สาเหตุใหญ่ของการเกิดภาวะนี้คือการใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 7 วัน หรือการได้รับยาสลบเป็นเวลานาน (Rawal et al., 2017) ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตกและผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับปานกลางหรือรุนแรงส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานจากระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลงไปหรือภาวะหมดสติ

2.ความบกพร่องด้านสติปัญญา (Cognitive impairment) พบถึงร้อยละ 30 - 80 (Colbenson et al., 2019) การศึกษาของ Yuan et al. (2021) พบว่า ผู้ป่วยจะมีความจำลดลงขาดสมาธิ ไม่เข้าใจภาษา ความรุนแรงจะเพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม การศึกษาของ Rawal et al. (2017) พบว่าปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องด้านสติปัญญา ภาวะเพ้อ (Delirium) ที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นระยะเวลาต่อเนื่องและยาวนาน และปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะพร่องออกซิเจนจากภาวะหัวใจหยุดเต้นหรือจากภาวะหายใจล้มเหลว ภาวะความดันโลหิตต่ำจากการติดเชื้อรุนแรงหรือจากการบาดเจ็บ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน ภาวะไตสูญเสียหน้าที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต และการติดเชื้อราเรื้อรัง

3.ความบกพร่องด้านจิตใจ (Psychological impairment) มีโอกาสเกิดขึ้นร้อยละ 8 - 57 (Colbenson et al., 2019) จากการศึกษาของ Inoue et al. (2019) พบว่า อาการที่พบได้บ่อยของความบกพร่องทางด้านจิตใจได้แก่ อาการซึมเศร้า ร้อยละ 30 วิตกกังวล ร้อยละ 70 และภาวะเครียดหลังจากเกิดเหตุการณ์รุนแรง (post-traumatic stress disorder [PTSD]) ร้อยละ 10- 50 นอกจากนี้ความบกพร่องทางด้านจิตใจยังมีปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดอาการดังกล่าว เช่น ผู้ป่วยเพศหญิง การศึกษาระดับน้อย มีความพิการมาก่อน และการใช้ยาสลบหรือยาแก้ปวดในหอผู้ป่วยวิกฤต (Rawal et al.,

2017) จากการศึกษาของ Yuan et al. (2021) ยังพบอาการหงุดหงิด นอนไม่หลับ รู้สึกไม่ปลอดภัย ส่งผลให้ความสามารถในการรับมือกับปัญหาหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ลดลง

การศึกษากลุ่มอาการภายหลังเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทยังพบน้อย เนื่องจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสัมพันธ์กับความบกพร่องด้านระบบประสาท ความคิดความจำ ซึ่งเป็นความบกพร่องที่แยกได้จากการเจ็บป่วยวิกฤตระบบประสาทและยังต้องการการศึกษาวิจัยในอนาคต (LaBuzetta et al., 2019) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทเมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤตและย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต จะยังคงมีความบกพร่องของร่างกายและจิตใจที่ยังคงเหลืออยู่ จากการศึกษาของ Green et al. (2021) พบว่าผู้ป่วยประสบกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวและเสี่ยงในการเกิดการพลัดตกหกล้ม และการเกิดแผลกดทับ บกพร่องด้านการกลืนเสี่ยงต่อปอดอักเสบจากการสำลัก อาจมีความจำเป็นต้องให้อาหารทางสายยาง และผู้ป่วยบางรายไม่สามารถขับปัสสาวะได้ มีความจำเป็นต้องคาสายสวนปัสสาวะ และยังพบปัญหาความบกพร่องด้านการคิด ความจำ การตัดสินใจ การสื่อสาร ภาวะสับสน ซึมเศร้าผู้ป่วยจึงมีภาวะพึ่งพาทั้งด้านการเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตรประจำวัน (Yao et al., 2021) ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง

#### **ผลกระทบของการเจ็บป่วยวิกฤตต่อญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท**

การเจ็บป่วยและการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติ โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เครียด รู้สึกไม่แน่นอน จากการต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ที่ใช้ในการช่วยชีวิต อุปกรณ์ติดตามอาการที่ไม่คุ้นเคยในหอผู้ป่วยวิกฤต และการได้รับข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของอาการและการรักษาบ่อยครั้งเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยในระยะวิกฤต การที่ญาติต้องมึบทบาทเป็นผู้ตัดสินใจในการรักษาส่งผลให้ญาติมีความรู้สึกว่าเป็นความเครียดที่ถาโถมเข้ามาในชีวิตและบางรายไม่สามารถรับมือกับสถานการณ์นั้นได้ ตลอดจนถึงต้องเผชิญกับความรู้สึกกลัวว่าจะสูญเสียชีวิตหรือสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Abdul Halain et al., 2021; Bialek & Sadowski, 2021; Hirshberg et al., 2020; Valle & Lohne, 2021) เนื่องจากภาวะวิกฤตเป็นภาวะที่มีความคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย จากการศึกษาของ Bialek and Sadowski (2021) พบว่า ญาติผู้ป่วยวิกฤตร้อยละ 89.19 มีความเครียดในระดับสูง รองลงมาคือ ร้อยละ 37.84 มีความวิตกกังวลและร้อยละ 32.43 มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งผลกระทบทางด้านจิตใจเหล่านี้ อาจส่งผลถึงความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตได้

จากการทบทวนวรรณกรรม มากกว่าครึ่งหนึ่งของญาติของผู้ป่วยที่มีชีวิตรอดจากภาวะวิกฤตต้องรับบทบาทผู้ดูแล ซึ่งต้องรับภาระหนักในการดูแล ด้วยเหตุนี้สุขภาพจิตของญาติของ

ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบในลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ เรียกว่า กลุ่มอาการภายหลังเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของญาติ (Post intensive care syndrome-family [PICS-F]) ประกอบด้วย ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียดภายหลังการบาดเจ็บ การนอนหลับเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และความเศร้าโศก จากการศึกษาของ Inoue et al. (2019) เกี่ยวกับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตบาดเจ็บทางสมองระหว่างรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 พบกลุ่มอาการภายหลังเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของญาติ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 14.6 - 66.7 ความวิตกกังวล ร้อยละ 42 - 66 และภาวะเครียดหลังจากการบาดเจ็บ (Post-traumatic stress disorder) พบร้อยละ 33.1 - 49 นอกจากนี้ญาติผู้ป่วยยังรู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นภาระในการดูแล ร้อยละ 36 นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตไปจนถึง 2 เดือนหลังพ้นภาวะวิกฤต

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาปัจจัยที่อาจส่งเสริมให้เกิดกลุ่มอาการภายหลังเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของญาติ (PICS-F) แบ่งออกเป็น 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย เช่น เพศหญิง อายุที่น้อยกว่า 65 ปี ระดับการศึกษาที่ต่ำกว่ามัธยมศึกษา มีภาวะวิตกกังวล และ/หรือภาวะซึมเศร้าหรือมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตมาก่อน ปัจจัยต่อมาคือปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ผู้ป่วยที่มีท่อหลอดลมคอ (Tracheostomy) ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่ยาวนาน ภาวะเจ็บป่วยที่มีระดับรุนแรง การพยากรณ์ของโรคไม่ดีขึ้น การฟื้นฟูของโรคมียังน้อย และปัจจัยสุดท้ายคือปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การขาดการดูแลแบบผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ขาดการเปิดโอกาสในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และความยืดหยุ่นในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยของญาติ ขาดการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับญาติผู้ป่วย การที่ญาติผู้ป่วยต้องทำหน้าที่หลักในการตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วย การขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการที่ญาติรู้ว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ดี และสุดท้ายคือการรับรู้ว่าคุณค่าอันเป็นที่รักของตนเองเสียชีวิตหรือมีโอกาสเสียชีวิตสูง (Twibell et al., 2020; Naef et al., 2021)

การศึกษาที่กล่าวมาเห็นได้ชัดว่า ญาติผู้ป่วยวิกฤตได้รับผลกระทบต่าง ๆ จากการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ทำให้ญาติประสบกับความทุกข์ ความเครียด ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในภาวะปกติของญาติ และยังคงถูกจำกัดกิจกรรมที่เคยปฏิบัติตามเดิมของตนเอง เมื่อต้องทำบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่อผ่านพ้นภาวะวิกฤต

### **ระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทของโรงพยาบาลในเครือโรงพยาบาลกรุงเทพ**

การให้บริการของเครือโรงพยาบาลกรุงเทพมุ่งเน้นในความเป็นเลิศในการให้บริการทางการแพทย์และมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและญาติ โดยให้ความสำคัญและคำนึงถึงผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลาง (Patient and Family Centered) ด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาท โรงพยาบาล

มีโปรแกรมการตรวจรักษาโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่ผ่านมาตรฐานรับรองการรักษาในระดับสากล เมื่อมีผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต พิจารณาตามเกณฑ์การรับผู้ป่วยรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของโรงพยาบาล โดยที่มีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Transient Ischemic Attack [TIA], Ischemic stroke, Spontaneous intracerebral hemorrhage, Spontaneous subarachnoid hemorrhage) ที่มีอาการภายใน 7 วันและมีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป

2. ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง (Traumatic brain injury [TBI]) โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย ความเสี่ยงสูง (Mild TBI, High risk) ที่มีประวัติความรู้สึกเปลี่ยนแปลงหรือหมดสติ, สับสน จำสถานที่ วัน เวลา บุคคลไม่ได้, มีอาการชักหลังที่เกิดหลังอุบัติเหตุ, ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่มีการบาดเจ็บหลายอวัยวะที่สำคัญ (Major organ injury) ร่วมด้วย และผู้ป่วยที่พบว่ามีเลือดออกในสมอง (Intracranial hemorrhage) หรือมีลมในสมอง (Pneumocephalus) จากตรวจด้วยการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain) หรือมีน้ำไขสันหลังรั่วออกทางจมูกและ/หรือทางปาก (CSF rhinorrhea and/or CSF otorrhea)

2.2 ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับปานกลาง (Moderate TBI) และระดับรุนแรง (Severe TBI) ทุกราย

2.3 ผู้ป่วยทุกรายที่ต้องการสังเกตอาการทางสมองและระบบประสาททุก 1 ชั่วโมง

2.4 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองที่ต้องการการสังเกตอาการทางสมองและระบบประสาททุก 1 ชั่วโมง

2.5 ผู้ป่วยที่แพทย์เจ้าของไข้เห็นสมควรให้สังเกตอาการในหอผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทและสมอง

นอกจากที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามแนวทางดูแลโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke pathway) และแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง (Traumatic brain injury pathway) ตามที่โรงพยาบาลกำหนด โดยการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นมาตรฐานและแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการบาดเจ็บทางสมองอย่างต่อเนื่อง และลดความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการบาดเจ็บทางสมอง อีกทั้งเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการกระบวนการรักษา และการดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ภายหลังที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยและญาติ จะได้รับการรักษาตามมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาท และได้รับการให้ข้อมูล จากทีมสหสาขาวิชาชีพที่จะเข้ามาประเมินผู้ป่วยและวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน หากผู้ป่วยต้อง ได้รับการรักษาโดยการให้ยา ทำหัตถการ หรือผ่าตัด ทีมแพทย์ที่รักษาจะประชุมกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อแจ้งแนวทางการรักษา เสนอทางเลือกในการรักษา ตลอดจนเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ

ซักถามข้อสงสัย โดยที่ผู้ป่วยและญาติจะมีส่วนร่วมในการประชุมเพื่อวางแผนการรักษาดังกล่าว นอกจากนี้แล้วระหว่างที่ผู้ป่วยรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต แพทย์ พยาบาล รวมทั้ง สหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลประสานงานผู้ป่วยสมองและระบบประสาท เภสัชกร คลินิก นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักกำหนดอาหาร และนักจิตวิทยา ในกรณีที่ผู้ป่วยมี ปัญหาด้านจิตใจ โดยที่สหสาขาวิชาชีพจะเข้ามาประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกรับ และประเมินซ้ำเป็นระยะ วางแผนการรักษา ร่วมกับทีม และให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนการวางแผนในการย้าย ออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่และปลอดภัยพอที่จะย้าย ไปฟื้นฟูสภาพในหอผู้ป่วย ทั่วไป อีกทั้งยังเตรียมวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลสู่บ้าน รวมถึงให้ข้อมูลเพื่อ เป็นการเตรียมตัวในการดูแล เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินทั้งขณะรักษาตัวในหอผู้ป่วยทั่วไปและเมื่อกลับบ้าน นอกจากนี้ คำแนะนำที่ให้ทางวาจา ยังมีการให้คำแนะนำที่เป็นเอกสารคู่มือการดูแลผู้ป่วย (Patient instruction) และคำแนะนำระบบอิเล็กทรอนิกส์รหัสคิวอาร์ (QR Code) รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลโรคและการดูแล ผู้ป่วยผ่านเว็บไซต์ (Website) ของโรงพยาบาล โดยที่คำแนะนำและการประเมินความพร้อมที่ให้แก่ ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทครอบคลุมและแบ่งตามแนวทางการดูแล ดังนี้

1. คำแนะนำของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ประกอบด้วย

1.1 คำแนะนำเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง อาการและ อาการแสดง สาเหตุการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยง การตรวจวินิจฉัยที่จำเป็น แนวทางการรักษา การฟื้นฟู และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

1.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิต เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การงดสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย รวมถึงการจัดการและป้องกันปัจจัยเสี่ยง เช่น การป้องกันการพลัดตกหกล้ม การสวมหมวกกันน็อกในผู้ป่วย บาดเจ็บทางสมอง เป็นต้น

1.3 การใช้ยาอย่างปลอดภัย ความจำเป็นของการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง วิธีการใช้ยา การ สังเกตและการจัดการเบื้องต้น หากเกิดอาการไม่พึงประสงค์ การเก็บรักษา

- 1.4 การฟื้นฟูและการจัดการสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม
- 1.5 การสังเกตอาการของโรคหลอดเลือดสมองและการบาดเจ็บทางสมอง
- 1.6 การติดต่อและขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
- 1.7 การนัดติดตามอาการภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2 การประเมินความพร้อมของญาติหรือผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ประกอบด้วย

- 2.1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการดำเนิน ไปของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่
- 2.2 ความเข้าใจและความสามารถในการดูแลให้ยา อาหาร และการทำกิจวัตรประจำวัน
- 2.3 ความสามารถในการทำหัตถการที่จำเป็น ได้แก่ การดูดเสมหะ การเคาะปอด การให้อาหารทางสายยาง การทำอาหารปั่น การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ
- 2.4 ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการบาดเจ็บทางสมอง
- 2.5 ความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐฐานะ
- 2.6 สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วย
- 2.7 ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูร่างกาย การทำกายภาพและกิจกรรมบำบัด
- 2.8 การนัดติดตามการรักษาที่อายุรแพทย์ระบบประสาท หรือแพทย์ศัลยกรรมระบบประสาทเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

นอกจากนี้โรงพยาบาลเล็งเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลาง การให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา ทั้งนี้เมื่อมีการรับผู้ป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลและมีความจำเป็นที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการทำหัตถการ หรือวางแผนการรักษาพยาบาล ทางโรงพยาบาลจะดำเนินการจัดการประชุมร่วมกันระหว่างทีมบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยกับผู้ป่วยและญาติ (Patient and Family conference) เพื่อวางแผนและตัดสินใจการรักษาร่วมกัน โดยนำเสนอข้อมูล แผนการรักษา และทางเลือกในการรักษาให้แก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ โดยที่ผู้ป่วยและญาติมีสิทธิ์ที่จะเลือกและตัดสินใจการรักษาด้วยตนเอง ตลอดระยะเวลาที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและในโรงพยาบาล

เมื่อผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทมีอาการคงที่หรือปลอดภัยพอที่จะได้รับการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป แพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ผู้ร่วมดูแล และแพทย์ประจำหอผู้ป่วยวิกฤต ร่วมกันพิจารณาอาการของผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทว่ามีอาการคงที่และปลอดภัยที่จะย้ายออก แพทย์จะมีแผนการรักษาให้ผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายในหอ

ผู้ป่วยทั่วไป โดยที่เมื่อมีแผนการรักษาให้ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตมีแนวทางการปฏิบัติ ดังนี้

1. แพทย์ผู้รักษา พยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย อธิบายและให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษาต่อเนื่อง เหตุผลในการย้ายผู้ป่วย รวมถึงการสังเกตอาการผิดปกติที่สำคัญ และการขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยทั่วไป แก่ผู้ป่วยและญาติ

2. พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตทำการประเมินอาการของผู้ป่วย โดยการวัดสัญญาณชีพ และ/หรือ อาการทางระบบประสาท และ/หรือพารามิเตอร์อื่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้ป่วย และก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากแผนกหอผู้ป่วยวิกฤต จะมีการประเมินอาการผู้ป่วยอีกครั้ง เพื่อให้มั่นใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยเมื่อทำการส่งต่อผู้ป่วย โดยลงบันทึกในเวชระเบียนที่เกี่ยวข้อง

3. พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการย้ายผู้ป่วย เช่น หน่วยงานเคลื่อนย้ายผู้ป่วย แผนกรับผู้ป่วยใน ห้องอาหาร กายภาพบำบัด เป็นต้น และประสานงานกับพยาบาลหอผู้ป่วยทั่วไปที่รับย้ายผู้ป่วยจัดเตรียมห้องพัก และอุปกรณ์การแพทย์ให้พร้อมสำหรับการรับย้ายผู้ป่วย

4. พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตดำเนินการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต โดยที่ในระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตจะเดินทางไปพร้อมผู้ป่วย เพื่อติดตามอาการและป้องกันภาวะไม่พึงประสงค์ที่มีโอกาสเกิดขึ้นในระหว่างการเคลื่อนย้าย

5. พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตส่งต่อข้อมูลกับพยาบาลหอผู้ป่วยทั่วไปที่จะรับย้ายผู้ป่วย และพยาบาลหอผู้ป่วยทั่วไปที่รับย้ายผู้ป่วย รับข้อมูลของผู้ป่วย สอบถามข้อมูลที่สำคัญและจำเป็น ทวนสอบเอกสาร เวชระเบียนให้ครบถ้วน

6. พยาบาลรายงานแพทย์ผู้ร่วมดูแลผู้ป่วยทุกท่านให้รับทราบและลงบันทึกการย้ายในเวชระเบียน

ถึงแม้ว่าการเข้ารับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท จะมีระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ จากความรู้ความสามารถของแพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ ประกอบกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย รวมถึงการมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะในแต่ละกลุ่มโรค ทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิต อีกทั้งยังลดภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยจากการเฝ้าระวังการบาดเจ็บทุติยภูมิของสมอง อย่างไรก็ตามการเข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วยระบบประสาทอาจส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ด้วยเหตุที่ผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท มีพยาธิสภาพที่สมองและระบบประสาท ซึ่งเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญต่อร่างกาย และส่วนใหญ่มีอาการรุนแรง ผลกระทบเหล่านี้ไม่เพียงแต่ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบ ญาติผู้ป่วยก็ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยวิกฤตเช่นเดียวกัน

## ความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป

การเข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วยนอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อร่างกาย อารมณ์และจิตใจของญาติผู้ดูแลอย่างมาก โดยเฉพาะความเครียดซึ่งพบได้สูงในระยะนี้ เนื่องจากเมื่อญาติต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตหรือภาวะใดก็ตามที่ความรู้สึกภายในของญาติ ทำให้เกิดความไม่แน่นอน ไม่มั่นคง รวมถึงการไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต การเข้ารับการรักษาที่ได้รับรวมถึงการผ่าตัดและการรักษาด้วยยา นอกจากนี้ญาติรู้สึกกลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต อีกทั้งปฏิเสธไม่ยอมรับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทำให้ญาติเกิดความรู้สึกผิด และมองว่าตนเองไร้ค่าเมื่อไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ส่งผลให้เกิดความเครียดได้ ผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทเมื่อผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปแล้ว จะเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับคืนสู่สภาวะปกติหรือใกล้เคียงภาวะปกติให้มากที่สุด และญาติของผู้ป่วยมักจะได้รับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยแบบทันทีทันใด อีกทั้งเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต การเปลี่ยนผ่านจากบทบาทญาติกลายเป็นบทบาทผู้ดูแลอาจเกิดขึ้นทันทีและเกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิด จึงเป็นประสบการณ์ยากจะเข้าใจสำหรับญาติ ต้องเผชิญกับภาระการดูแลที่ต้องรับผิดชอบสูงในบทบาทของผู้ดูแล ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งผลกระทบดังกล่าวอาจมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

การย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป อาจส่งผลให้เกิดความทุกข์ทางด้านจิตใจต่อผู้ป่วยและญาติ (Chaboyer et al. 2005) ทั้งความวิตกกังวลหรือความเครียด ซึ่งความเครียดที่เกิดจากการย้ายสถานที่ในการดูแล เรียกว่า กลุ่มอาการเครียดที่สัมพันธ์กับการย้าย (relocation stress syndrome) (McKinney & Melby 2002, Son et al. 2008) ซึ่งมีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย เช่น ปัญหาด้านการนอนหลับ น้ำหนักลด ปวด หรืออ่อนล้า เป็นต้น ผลกระทบทางด้านจิตใจ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า สมาธิสั้น สูญเสียความมั่นใจ และปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัว เป็นต้น อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นหลังย้ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยวิกฤต หากมีอาการมากเกินไปจะส่งผลให้การจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วย อีกทั้งยังส่งผลให้การตอบสนองต่อการรักษาลดลง (Chaboyer et al., 2005; Watts et al., 2005)

การย้ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยวิกฤตซึ่งเป็นการย้ายสถานที่การดูแลผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เคยติดตามอาการของผู้ป่วยในขณะที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต เช่น อุปกรณ์ในการติดตามสัญญาณชีพ หรือแม้กระทั่งการเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วย อีกทั้งจำนวนเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลลดลงจากเดิม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นสาเหตุของความเครียดจากการย้ายสถานที่ของผู้ป่วยและญาติได้ทั้งสิ้น สำหรับผู้ป่วยวิกฤตทาง

ระบบประสาทผลกระทบจากความเครียดจากการย้ายสถานที่อาจไม่ส่งผลกระทบต่อความเครียดของผู้ป่วยจากการย้ายสถานที่การดูแลมากนัก เนื่องจากผู้ป่วยยังหลงเหลือความพิการ มีความบกพร่องเกี่ยวกับการรับรู้ การรู้คิด ตัดสินใจ หากแต่ความเครียดของการย้ายสถานที่นี้จะส่งผลกระทบต่อกลุ่มบุคคลหนึ่งที่มีความใกล้ชิดผู้ป่วย คือ ครอบครัวหรือญาติผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งญาติที่ต้องรับบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแล และอยู่กับผู้ป่วยเมื่อย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ญาติผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างที่เกิดขึ้นในระหว่างการเปลี่ยนผ่าน ทำให้อาจจะเกิดความเครียดในการย้ายสถานที่ได้มากกว่าผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทเอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไปในต่างประเทศ ดังนี้

Zhou et al. (2017) ศึกษาความเครียดของญาติหลังผู้ป่วยย้ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไปในญาติผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 101 คน พบว่า ญาติความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ ระดับการศึกษา เพศของญาติ อายุของผู้ป่วย และระยะเวลาในการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตสามารถร่วมกันทำนายความเครียดที่สัมพันธ์กับการย้ายไปยังสถานที่ใหม่ ( $p < .05$ )

Li et al. (2021) ศึกษาในญาติผู้ป่วยผ่าตัดเนื้ออกสมอง เมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ญาติมีความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และมีความเครียดอยู่ในระดับสูง และยังพบว่า เพศ ระดับการศึกษา สัมพันธภาพกับผู้ป่วย และรายได้ของญาติ สามารถร่วมกันทำนายความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความเครียด ร้อยละ 14.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

Xie et al. 2020 ศึกษาโปรแกรมการลดความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตคัดสรรระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่านจากหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า การมีพยาบาลช่วยประสานงานในระยะเปลี่ยนผ่านส่งผลให้ความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

การศึกษาความเครียดของญาติผู้ดูแลในประเทศไทย ศึกษาในกลุ่มโรคของผู้สูงอายุ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง และโรคสมองเสื่อมของขั้วตาดู บัญญาส และคณะ (2560) ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ จริยา จำเจริญ และคณะ (2564) ทำการศึกษาปัจจัยทำนายของญาติผู้ดูแลจากกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง พบว่า ปัจจัยด้านอายุ ความพอเพียงของรายได้ ความพร้อมของญาติผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความเครียดจากกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ได้ร้อยละ 31.9

จากการทบทวนวรรณกรรมเห็นได้ว่า ระดับความเครียดของญาติผู้ป่วยเมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตจากการทบทวนวรรณกรรมอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ซึ่งความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและญาติ ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วย ภายหลังจากย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต และเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตสามารถเปลี่ยนผ่านได้อย่างมีประสิทธิภาพและสมบูรณ์

### ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition theory) เป็นทฤษฎีระดับกลาง (Middle range theory) โดยที่ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านนี้ ได้ให้ความหมายของการเปลี่ยนผ่านว่าเป็น กระบวนการเคลื่อน การผ่าน จากจุดหนึ่งหรือสถานะหนึ่งไปสู่อีกจุดหนึ่งหรือสถานะหนึ่งของชีวิต ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และอาจมีผลกระทบต่อคนมากกว่าหนึ่งคนในสถานการณ์นั้น ๆ (Meleis et al., 2010) ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้อย่างกว้างขวาง ซึ่งมโนทัศน์หลักของทฤษฎีมุ่งเน้นอธิบายปรากฏการณ์การเปลี่ยนผ่านซึ่งแต่ละบุคคลต้องพบเจอ ทั้งการเปลี่ยนผ่านจากสถานะหนึ่งไปยังสถานะหนึ่งของชีวิต ผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทและญาติ ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนผ่านเช่นกัน คือ การเปลี่ยนผ่านจากสภาวะปกติไปสู่การเจ็บป่วยของผู้ป่วย และการเปลี่ยนผ่านในบทบาทผู้ดูแลของญาติ ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามลักษณะของผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาท โดยเฉพาะอย่างยิ่งญาติผู้ป่วยที่ต้องทำหน้าที่ในการประเมิน สังเกตอาการและขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ เมื่อย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยปกติ หากผู้ป่วยและญาติเผชิญการเปลี่ยนผ่านและไม่สามารถเปลี่ยนผ่านได้อย่างเหมาะสมจะเกิดผลกระทบต่าง ๆ มากมายทั้งผู้ป่วยและญาติ

#### กรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน

ประกอบไปด้วยมโนทัศน์หลัก 4 มโนทัศน์ คือ

มโนทัศน์ที่ 1 ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน (nature of transition)

มโนทัศน์ที่ 2 เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (transition conditions)

มโนทัศน์ที่ 3 รูปแบบการตอบสนอง (pattern of response)

มโนทัศน์ที่ 4 การบำบัดทางการพยาบาล (nursing therapeutics)

#### มโนทัศน์ของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน

1. ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่านประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ ประเภท รูปแบบ และองค์ประกอบของการเปลี่ยนผ่าน (Meleis et al., 2010)

1.1 ประเภทของการเปลี่ยนผ่าน (type of transition) มี 4 ประเภท

1.1.1 การเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการ (developmental transition) เป็นการเปลี่ยนผ่านของบุคคลในวัยต่างๆ

1.1.2 การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (situational transition) เป็นการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต

1.1.3 การเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (health/illness transition) เป็นการเปลี่ยนผ่านที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย และส่งผลกระทบต่อบุคคลและครอบครัว

1.1.4 การเปลี่ยนผ่านตามระบบขององค์กร (organizational transition) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อชีวิตการทำงานของคนในองค์กรและผู้รับบริการ

1.2 รูปแบบของการเปลี่ยนผ่าน (pattern of transition) การเปลี่ยนผ่านมีรูปแบบที่สลับซับซ้อนและมีหลากหลายรูปแบบประกอบด้วย

1.2.1 รูปแบบเดี่ยว (single)

1.2.2 รูปแบบหลากหลาย (multiple)

1.2.3 รูปแบบที่มีลำดับขั้นตอน (sequential)

1.2.4 รูปแบบที่เกิดขึ้นพร้อมกัน (simultaneous)

1.2.5 รูปแบบที่ไม่สัมพันธ์กัน (unrelated)

1.3 องค์กรประกอบของการเปลี่ยนผ่าน (properties of transition) ประกอบด้วย

1.3.1 ความตระหนักรู้ต่อการเปลี่ยนผ่าน (awareness) หมายถึง การรับรู้ (perception) ความรู้ (knowledge) และการสำนึก (recognition) ของบุคคลต่อการเปลี่ยนผ่านทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม ระดับความตระหนักรู้จะสัมพันธ์กับระดับของความรู้เกี่ยวกับกระบวนการตอบสนองต่อการเปลี่ยนผ่าน

1.3.2 การยอมรับการเปลี่ยนผ่านเป็นการ (engagement) แสดงออกของบุคคลที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับหรือสัมพันธ์กับการเปลี่ยนผ่าน และยอมรับการเปลี่ยนผ่านเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน

1.3.3 ความเปลี่ยนแปลงและรู้สึกแตกต่างไป (change and difference) จากเดิม กล่าวคือ การเปลี่ยนผ่านเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่ง

1.3.4 ช่วงเวลาของการเปลี่ยนผ่าน (transition time span) การเปลี่ยนผ่านมีคุณลักษณะของการเคลื่อนไหวหรือไม่อยู่นิ่ง (flowing and moving over time) โดยการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ไม่ว่าจะเป็นเรื่องใดก็ตามจะมีโครงสร้างของกระบวนการที่เกิดขึ้นเหมือนกัน

1.3.5 ความเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์สำคัญ (critical point and events) คือ การเปลี่ยนผ่านนั้นเกิดขึ้นพร้อมกับเหตุการณ์สำคัญในชีวิตอื่นๆ เช่น การเกิด การเจ็บป่วย การเสียชีวิตการหย่าร้าง

2. เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (transition conditions) ประกอบด้วยเงื่อนไขด้านบุคคล ชุมชน และสังคมที่เอื้ออำนวยหรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่านที่เกิดหรือกำลังจะเกิดขึ้นนั้น ให้ผ่านพ้นไปได้โดยง่ายหรือมีความยากลำบาก (Meleis et al., 2000) การย้ายผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านของญาติเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการตอบสนองของญาติ ซึ่งการตอบสนองอาจจะมีทั้งการตอบสนองทางบวกและทางลบ

2.1 เงื่อนไขด้านบุคคล (personal conditions) ประกอบด้วย การให้ความหมาย (meanings) วัฒนธรรม ความเชื่อและทัศนคติ (cultural beliefs & attitudes) สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (socioeconomic status) และการเตรียมตัวและความรู้ (preparation & knowledge)

2.2 เงื่อนไขด้านชุมชน (community conditions) จำแนกเป็นเงื่อนไขที่เอื้อต่อการเปลี่ยนผ่าน เช่น การได้รับการสนับสนุนจากคู่อุปการ ครองครัวและชุมชนได้รับข้อมูลจำเป็นจากแหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่น่าเชื่อถือ คำแนะนำจากบุคคลที่เชื่อถือ บุคคลที่ถือเป็นแบบอย่าง และเงื่อนไขที่ยับยั้งการเปลี่ยนผ่าน

2.3 เงื่อนไขด้านสังคม (society conditions) เช่น ค่านิยมความไม่เท่าเทียมทางเพศ ส่งผลต่อการรับรู้และการแสดงออกของบุคคลต่อการดูแลสุขภาพ

3. รูปแบบการตอบสนอง (pattern of response) เป็นตัวบ่งชี้ว่าการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ว่าเป็นไปได้อย่างสมบูรณ์หรือไม่อย่างไร (Meleis et al., 2000) ซึ่งการตอบสนองอาจมีทั้งในด้านบวกและด้านลบ หากรูปแบบการตอบสนองเป็นไปในทางบวกบุคคลนั้นจะสามารถเปลี่ยนผ่านได้ ในทางตรงกันข้ามหากรูปแบบการตอบสนองเป็นไปในทางลบบุคคลนั้นจะมีความยากลำบากในการเปลี่ยนผ่านหรือไม่สามารถเปลี่ยนผ่านได้ ประกอบด้วยตัวบ่งชี้เชิงกระบวนการ (process indicators) และ ตัวบ่งชี้เชิงผลลัพธ์ (outcome indicators)

3.1 ตัวบ่งชี้เชิงกระบวนการ (process indicators) ประกอบด้วย ความรู้สึกเชื่อมโยงผูกพัน (feeling connected) การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน (interacting) สถานที่และการดำรงอยู่ (location and being situated) และ การสร้างความเชื่อมั่นและการจัดการการเปลี่ยนผ่าน (developing confidence and coping)

3.1.1 ความรู้สึกเชื่อมโยงผูกพัน (feeling connected) เป็นหัวใจสำคัญในการเปลี่ยนผ่านในสถานการณ์ต่างๆ เช่น ความรู้สึก เชื่อม โยงผูกพันกับบุคลากรสุขภาพที่สามารถเป็นที่ปรึกษาและไว้วางใจเป็นตัวบ่งชี้ส่งเสริมการเปลี่ยนผ่าน ระหว่างที่ผู้ป่วยรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต

ญาติมีความไว้วางใจ และมีความผูกพันกับบุคลากรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยวิกฤต ดังนั้นหากต้องญาติออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นสถานที่ที่ญาติมีความมั่นใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย อาจส่งผลต่อการตอบสนองต่อการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของญาติทำให้เกิดความเครียดได้

3.1.2 การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน (interacting) ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลและก่อให้เกิดสภาพการณ์ที่ส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเอง และการให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

3.1.3 สถานที่และการดำรงอยู่ (location and being situated) เป็นความคุ้นชินต่อสถานที่ใหม่ หรือสภาวะการณ์ใหม่ มีความสำคัญอย่างมากต่อประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านของบุคคลในบางคนหรือบางสถานการณ์ ซึ่งการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นการเปลี่ยนแปลงสถานที่การดูแลไปยังสถานที่ใหม่ ญาติอาจมีการตอบสนองต่อการเปลี่ยนผ่านทั้งด้านบวกและด้านลบ หากผู้ป่วยและญาติมีการตอบสนองทางด้านลบ เช่น มีความเครียด หรือวิตกกังวล จากการย้ายสถานที่ในการดูแล และญาติต้องเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ในการประเมิน สังเกตอาการผู้ป่วยเมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต และหากญาติมีความเครียดจะส่งผลให้ญาติไม่สามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่บทบาทใหม่ได้อย่างสมบูรณ์

3.1.4 การสร้างความเชื่อมั่นและจัดการความเครียด (developing confidence and coping) ความเชื่อมั่นเกิดจากความเข้าใจการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟู และการดำรงชีวิตอยู่กับข้อจำกัด ตลอดจนแหล่งประโยชน์และกลยุทธ์ในการจัดการกับการเปลี่ยนผ่าน หากญาติผู้ป่วยมีการจัดการกับความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่านจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไปไม่เหมาะสม หรือไม่สามารถให้การดูแลในบทบาทผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้การตอบสนองของญาติคือญาติเกิดความเครียด และอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

3.2 ตัวบ่งชี้เชิงผลลัพธ์ (outcome indicators) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านประกอบด้วย 2 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ การมีทักษะและความชำนาญ (mastery) และ การสร้างอัตลักษณ์ใหม่ (fluid integrative identities)

3.2.1 การมีทักษะและความชำนาญ (mastery) บ่งชี้การเปลี่ยนผ่านที่ดำเนินไปด้วยดี โดยบุคคลจะสามารถแสดงพฤติกรรมและทักษะความชำนาญของตนในการจัดการกับสถานการณ์ใหม่ ซึ่งแสดงถึงความสามารถในการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถจัดการกับอารมณ์ต่างๆ ได้ หรือมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.2.2 การสร้างอัตลักษณ์ใหม่ เป็นความสามารถของบุคคลในด้านทักษะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสถานการณ์ใหม่ และสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ มีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

4. การบำบัดทางการพยาบาล (nursing therapeutic) เป็นบทบาทของพยาบาลที่จะสามารถจัดการช่วยเหลือเพื่อให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่ได้อย่างสมบูรณ์และง่ายขึ้น ประกอบด้วย 3 บทบาท ได้แก่ การประเมินความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่ (assessment of readiness) การเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่ (preparation for transition) และการใช้บทบาทเสริม (role supplementation) (Meleis et al., 2000)

4.1 การประเมินความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนผ่าน (assessment of readiness) จะต้องมีความเข้าใจในความเป็นปัจเจกบุคคล ว่าบุคคลมีความแตกต่างกันทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ เศรษฐฐานะ การศึกษา ภูมิหลัง และบริบท โดยต้องทำการประเมินทุกเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ การประเมินปัจจัยส่วนบุคคลและแหล่งประโยชน์ที่จะเอื้อต่อการเปลี่ยนผ่าน เพื่อจะได้ให้การพยาบาลที่เหมาะสมที่จะทำใหบุคคลนั้นดำเนินการเปลี่ยนผ่านไปได้ด้วยดี

4.2 การเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่ (preparation for transition) ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) การศึกษา (education) การให้ความรู้หรือพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่นั้นเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างภาวะการณ์ที่ดีที่สุดในการเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่าน การเตรียมที่ดีจำเป็นต้องมีเวลาเตรียมที่มีประสิทธิภาพที่จะพอมองเห็นความรับผิดชอบใหม่และมีทักษะในการปฏิบัติต่อสภาวะการณ์นั้น และ 2) สภาพแวดล้อม (environment) เป็นส่วนที่สามารถสร้างขึ้นเพื่อเตรียมความพร้อมช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่เป็นไปได้ง่ายขึ้น

4.3 การใช้บทบาทเสริม (role supplementation) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างจงใจเมื่อบุคคลที่ทำหน้าที่และมีความสำคัญในเรื่องนั้นมองว่าเกิดการแสดงบทบาทนั้นๆ ไม่เต็มທີ່หรือไม่เต็มความสามารถ ซึ่งการใช้บทบาทเสริมประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความชัดเจนของบทบาท (role clarification) และ 2) การแสดงบทบาท (role taking)

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน และการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นกรอบแนวคิด เนื่องจากการย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นการเปลี่ยนผ่านทั้งผู้ป่วยและญาติ ซึ่งทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านประกอบด้วยมโนทัศน์ 4 มโนทัศน์ ที่สามารถอธิบายและประเมินการเปลี่ยนผ่านได้ นอกจากนี้ยังสามารถแก้ไขปัญหาของการเปลี่ยนผ่านจากสิ่งที่ประเมินได้จากมโนทัศน์ของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน อีกทั้งพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการประเมินตามมโนทัศน์ของทฤษฎี ได้แก่ ธรรมชาติการเปลี่ยนผ่าน เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน และรูปแบบการตอบสนอง เพื่อให้การบำบัดทางการพยาบาล และแก้ไขปัญหา พร้อมส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่บทบาทใหม่ได้อย่างสมบูรณ์

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่านจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยปกติ

### การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Perceived severity of illness)

การรับรู้ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการทำความเข้าใจในความเป็นจริงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและดำรงอยู่ แสดงออกเป็นความคิด ความเชื่อส่วนบุคคลซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้และประสบการณ์ของบุคคลนั้น (Wehmeier, 2000)

ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้สภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ปกติ ความแปรปรวนของหน่วยย่อยของร่างกาย จิต และสังคมของบุคคล (จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, อภิญา เพียรพิจารณ์ และรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร, 2550)

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย คือ ความคิดและความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับอันตรายของการเจ็บป่วย มีผู้ให้ความหมายของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยดังนี้

Stein et al. (1987) ได้ให้ความหมายว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นการอธิบายถึงปริมาณของการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติที่มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วย และสิ่งเหล่านี้จะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เศรษฐกิจ สังคม และอารมณ์

Almeida (1996) ได้ให้ความหมายว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นความคิด ความเข้าใจ เกี่ยวกับระดับความมากน้อยของความทุกข์ทรมาน และความยากในการดำเนินชีวิตอันสืบเนื่องมาจากโรคหรือความผิดปกติ

Timmerch (1997) ได้ให้ความหมายว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นความเข้าใจและความเชื่อของความเลวร้ายของสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่ปรากฏขึ้นจากการเจ็บป่วย และการบาดเจ็บ ซึ่งเป็นเรื่องที่ซับซ้อน ที่มีผลต่อสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย และเป็นเรื่องตรงกันข้ามกับความผาสุก

กล่าวโดยสรุปว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นการให้ความหมายเกี่ยวข้องกับความรู้สึกและความเข้าใจของแต่ละบุคคล เกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือโรคและความเลวร้ายของสถานการณ์ ที่บุคคลนั้น ๆ เผชิญอยู่ ซึ่งก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีการเรียนรู้ที่ต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยสิ่งแวดล้อม ความรู้สึก หรือประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามา และการรับรู้ความรุนแรงของโรคมักขึ้นกับโรคที่เจ็บป่วย และความรุนแรงของโรคที่ส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย การรักษาที่มีความซับซ้อน ประสบการณ์ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Scharloo et al., 2007) รวมถึงข้อมูลที่บุคคลนั้น ๆ ได้รับ ความคาดหวัง

และการตอบสนองต่อการรักษาที่ได้รับซึ่งมีอิทธิพลต่ออาการและอาการแสดงของโรค (Janssens et al., 2009)

สำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตญาติผู้ป่วยจะรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยว่ารุนแรงและมีอันตรายถึงชีวิต ภายหลังจากผ่านภาวะวิกฤตแพทย์จะมีแผนการรักษาให้ย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป หากญาติผู้ป่วยวิกฤตยังรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยยังรุนแรงมากอยู่ ญาติผู้ป่วยจะเกิดความเครียดและอาจจะไม่สามารถเปลี่ยนผ่านไปเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้ ตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นการให้ความหมายของการเจ็บป่วย ซึ่งอยู่ในมโนทัศน์ เงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านที่ชัดเจนของการเปลี่ยนผ่านในระยะย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

การศึกษาของ Zhang et al. (2016) พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคโครห์น (Crohn's disease) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความเครียดของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .69, p < .001$ ) และการศึกษาของ Miceli et al. (2019) ที่พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการรับรู้ความเครียดของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .22, p < .01$ ) แต่พบว่าการรับรู้ความเจ็บป่วยสามารถทำนายการรับรู้ความเครียดได้ร้อยละ 36.1

ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤตด้านระบบประสาทของผู้วิจัยพบว่า เมื่อแพทย์อนุญาตให้จำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ญาติผู้ป่วยมักมีคำถามเรื่องความปลอดภัยเมื่อย้ายไปอยู่หอผู้ป่วยทั่วไปและต่อรองเพื่อขอให้ผู้ป่วยรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตต่อ เนื่องจากญาติยังรู้ว่าผู้ป่วยยังมีอาการหนัก มีความห่วงใย ดังนั้นหากญาติรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยว่ายังรุนแรงมาก อาจส่งผลให้ญาติผู้ป่วยมีความเครียดมาก หากญาติให้ความหมายว่าผู้ป่วยอาการยังรุนแรง จะทำให้เกิดความเครียดและไม่สามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่บทบาทผู้ดูแลที่ดีได้ ดังนั้นการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยอาจมีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตในระยะเปลี่ยนผ่าน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าหากสมาชิกครอบครัวมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยว่ามีความรุนแรงมากจะยิ่งทำให้เกิดความเครียดมากยิ่งขึ้น (จุฬาลักษณ์ ลิ้มลีธชา, 2547) ดังนั้นการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทอาจมีความสัมพันธ์ของกับความเครียดของญาติในระยะย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

### **ความหวัง (Hope)**

ความหวังเป็นแนวคิดที่มีความเป็นนามธรรม เนื่องจากเป็นเรื่องของอารมณ์ และความรู้สึกนึกคิดอยู่ภายในจิตใจของบุคคลที่มีลักษณะเฉพาะตัว ยากต่อการให้คำจำกัดความ

(Hinds, 1984) เรื่องของความหวังเป็นที่รู้จัก และมีการศึกษาค้นคว้าในฐานะที่มีความสำคัญต่อการปรับตัวในการดำเนินชีวิตของบุคคล ทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและในผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วย โดยมีผู้ให้ความหมายและกล่าวถึงลักษณะ โครงสร้างของความหวังไว้แตกต่างกัน ดังนี้

Miller (2000) กล่าวว่า ความหวังมีอิทธิพลต่อกระบวนการหายกลับสู่ปกติ (Healing process) ช่วยป้องกันความเสื่อมของร่างกายและจิตใจและช่วยส่งเสริมการปรับตัว แนวคิดนี้แบ่งระดับความหวังเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับที่ 1 เป็นความหวังทั่ว ๆ ไป เป็นพื้นฐานของความต้องการทางด้านวัตถุที่จะช่วยอำนวยความสะดวก ระดับที่ 2 เป็นความหวังของบุคคลเกี่ยวกับสัมพันธภาพที่ดี หวังจะพัฒนาตนเองในทางที่เหมาะสม และระดับที่ 3 ความหวังระดับสูงสุดของบุคคลหวังที่จะหลุดพ้นจากความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ความลำบาก ความหวังระดับนี้เป็นแหล่งพลังงานที่สำคัญของบุคคลในการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยมองข้ามความกลัวไปได้

Herth (1989) กล่าวว่า ความหวังเป็นภาวะด้านจิตใจที่ถูกกระตุ้นให้เกิดพลัง โดยแสดงออกในลักษณะของการกระทำ และคาดหวังในทางบวกว่าจะสามารถไปถึงจุดหมายในอนาคตหรือความต้องการของตนเองได้

Dufault & Martocchio (1985) เป็นผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับความหวังเป็นคนแรกๆ และความหวังตามคำอธิบายของทั้งสองคนยังสามารถใช้ได้ในปัจจุบัน โดยอธิบายว่า ความหวังเป็นแรงขับเคลื่อนที่เป็นพลวัตของการมีชีวิตอยู่ซึ่งมีหลายมิติ และมีลักษณะของความเชื่อมั่นในการคาดคะเนต่อผลสำเร็จที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

นอกจากนี้ Herth (1992) ยังอธิบายว่า ความหวังยังประกอบด้วย 3 มิติ ดังนี้

มิติที่ 1 ความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนและความรู้สึกต่ออนาคต (Inner sense of temporality and future) ในมิตินี้จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับความปรารถนา จินตนาการ ความสงสัย การรับรู้ การประมวลความ การแปลความหมาย และการตัดสินใจ เกี่ยวข้องกับการรวมประสบการณ์และความหวังในอดีตและปัจจุบันไปสู่อนาคต โดยบุคคลจะมีความรู้สึกที่ดีต่อเป้าหมาย และจะรู้ว่าเป้าหมายที่ตนเองต้องการนั้นอาจเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ แต่ยังมีความรู้สึกในทางบวกว่าอาจจะสามารถได้มาหรือประสบผลสำเร็จในปัจจุบันหรืออนาคต

มิติที่ 2 ความรู้สึกพร้อมและการคาดหวังในเชิงบวก (Inner positive readiness and expectancy) เป็นความรู้สึกเชื่อมั่นว่าจะได้ในสิ่งที่หวัง มองเห็นแนวของความสำเร็จสมหวัง มีความรู้สึกมั่นใจ ใฝ่หา และเกิดความรู้สึกพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรม หรือการกระทำในด้านต่าง ๆ ด้วยความเชื่อมั่นว่าการกระทำของตนเองนั้นสามารถที่จะทำให้เป้าหมายของตนบรรลุผลสำเร็จได้

มิติที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น (Interconnectedness with self and

others) มิตินี้เป็นความเชื่อมโยงตนเองกับบุคคล เหตุการณ์และสิ่งอื่น รวมถึงความสัมพันธ์กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์และความเชื่อในเรื่องจิตวิญญาณ โดยความเชื่อมโยงกับตนเองนั้นเป็นการยื่นหยัดในสิ่งที่ตนคาดหวัง ทำให้เกิดความเข้มแข็ง กล้าหาญ พร้อมทั้งจะเผชิญ และผ่านเหตุการณ์ที่ยุ่ยากไปได้ ส่วนความสัมพันธ์กับบุคคลหรือสิ่งอื่น เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีความใกล้ชิด ผูกพันเอาใจใส่ และให้กำลังใจแก่บุคคล ทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่ามีผู้ร่วมแบ่งปันความรู้สึก มีความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของบุคคลอื่น ซึ่งก่อให้เกิดความหวังขึ้นภายในจิตใจ นอกจากนี้ยังรวมถึงเหตุการณ์แวดล้อมที่มีผลต่อความหวังของบุคคล และความศรัทธาในเรื่องที่อยู่นอกเหนือคำอธิบาย ทำให้บุคคลเชื่อมั่นว่าจะสามารถบรรลุถึงเป้าหมายที่คาดหวังไว้ได้

จากทั้งหมดที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ความหวัง หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของแต่ละบุคคลที่มีความเชื่อมั่นว่าจะได้มาซึ่งสิ่งที่ตนเองคาดหวังไว้และปรารถนาให้เกิดขึ้น นอกจากนี้ ความหวังยังเป็นพลังที่มีพลังทางบวกทำให้บุคคลมีความเข้มแข็งและมีความมุ่งมั่นเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยความหวังเป็นแรงขับที่เป็นพลังและมีหลายมิติ มีลักษณะเป็นความเชื่อมั่นในความสำเร็จที่จะเกิดขึ้นต่อสิ่งที่คาดหวังในอนาคต ความหวังมีลักษณะเป็นกระบวนการที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของประสบการณ์สามารถแสดงออกได้ทั้ง ความคิด ความรู้สึกและการกระทำ พร้อมทั้งก่อให้เกิดพลังภายในของบุคคล ทำให้บุคคลสามารถผ่านพ้นสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ยากลำบากในปัจจุบันได้

ในการศึกษาครั้งนี้ วิจัยได้ใช้แนวคิดความหวังของ Herth (1992) เพื่อใช้อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับความหวังของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์กับความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่านของญาติจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับความเครียด มีดังต่อไปนี้

Alfheim et al. (2019) ทำการศึกษาความหวังของญาติผู้ป่วยวิกฤตในช่วงเวลา 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปีหลังจากย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่าความหวังมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของญาติผู้ป่วย

Nicolass et al. (2016) ศึกษาการรับรู้ความเจ็บป่วยของพ่อแม่ผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง พบว่าความเครียดของพ่อแม่ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกหมดหวัง

Duggleby et al. (2021) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า ความหวังของญาติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมของญาติในการดูแล และความวิตกกังวลและความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความหวังของญาติ

Yildirim & Arslan (2020) พบว่าหากมีความหวัง มีแนวโน้มที่จะเอาชนะความเครียดและอุปสรรคไปได้ และทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับผลลัพธ์ที่ดีขึ้นจากการดูแลที่มีประสิทธิภาพของญาติ

ดังนั้นการศึกษาความหวังนี้อาจเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านจากการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป อาจช่วยสนับสนุนส่งเสริมทำให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทสามารถเปลี่ยนผ่านได้ดี

### ความพร้อมในการดูแล

ความพร้อมในการดูแล (Preparedness for caregiving) เป็นการรับรู้ของผู้ดูแล ถึงความสามารถหรือความพร้อมของคนว่าสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้มากน้อยเพียงใด (Archbold et al, 1995) ซึ่งการดูแลดังกล่าว ประกอบด้วย การดูแลทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการหาข้อมูลการให้บริการด้านสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแลในด้านการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล ด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ ด้านการจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน ด้านการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาลและการดูแลโดยรวม (Archbold et al., 1995)

ความพร้อมในการดูแลเป็นเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านที่จะสนับสนุนการเปลี่ยนผ่าน ดังนั้นการเตรียมความพร้อมก่อนย้ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตจึงมีความสำคัญมากสำหรับญาติ จากการศึกษาของมลธิรา อุดชุมพิสัย และนันทิยา แสงทรงฤทธิ์ (2563) พบว่าญาติต้องการด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยรวมถึงการเตรียมความพร้อม เพื่อให้เกิดความมั่นใจในบทบาทผู้ดูแลเมื่อจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต หากไม่ทราบข้อมูลอาจทำให้มีความเครียดเพิ่มขึ้น

นิชชารีย์ พิริยจรัสชัย และศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2561) ศึกษาพบว่า ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมของญาติผู้ดูแล ( $r = .447, p = .05$ ) และยังพบว่า ความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลและทัศนคติของญาติผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ ( $\beta = -.429, \beta = .220, p = .05$ ) ตามลำดับ และสามารถร่วมกันทำนายความพร้อมของผู้ดูแลได้ร้อยละ 24.8 สอดคล้องกับการศึกษาของ Samartkit et al. (2010) พบว่า ความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.384, p < .01$ )

การศึกษาของ Davidson & Harvey (2016) ศึกษาปรากฏการณ์พยาบาลเมื่อมีแผนการรักษาให้ย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่าหากญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมสำหรับการทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ดีพอ ส่งผลให้ญาติของผู้ป่วยมีความวิตกกังวล และเครียด

การศึกษาของ Czerwonka et al. (2015) พบว่าหากมีการเตรียมตัวที่ดีสำหรับญาติในการทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต จะสามารถลดความกดดัน และความเครียดจากการต้องทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยได้

จะเห็นได้ว่า การรับรู้ความพร้อมของญาติมีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติใน ระยะจำหน่ายจากโรงพยาบาล และอาจมีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตในระยะ เปลี่ยนผ่านจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาในระยะเปลี่ยน ผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ดังนั้นหากมีการศึกษาหาความสัมพันธ์ของความพร้อมของญาติกับ ความเครียดในระยะย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต และผลของการศึกษาจะนำไปพัฒนาการเตรียม ความพร้อมของญาติก่อนที่จะย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการ พยาบาลในระยะนี้ต่อไป

### คุณภาพการสอน

คุณภาพการสอน (Quality of teaching) ก่อนการย้ายผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลกระทำเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตออกจากหอ ผู้ป่วยวิกฤตให้แก่ผู้ป่วยและญาติ การสอนหรือการให้ข้อมูลก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เป็น การบำบัดทางการพยาบาล โดยที่พยาบาลได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือญาติ โดยให้มีความรู้ และทักษะในการดูแล สังเกตอาการ และเฝ้าระวังภาวะไม่พึงประสงค์ที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้เมื่อย้าย ผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป เพื่อให้ญาติผู้ป่วยมีความพร้อมและสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ สภาวะใหม่ได้อย่างสมบูรณ์ (Meleis, 2010)

การสอนเป็นปฏิบัติการพยาบาลที่แสดงให้เห็นถึงบทบาทอิสระที่ทำนายของพยาบาล (เลิศมะณี ศรีสุพรรณธวงศ์, 2548) และเป็นกิจกรรมที่สำคัญในการวางแผนการจำหน่ายให้ผู้ป่วย วิกฤตระบบประสาท เมื่อย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยยังคงต้องได้รับการดูแลอย่าง ต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพา มีความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกาย ด้านความคิด หรือ สติปัญญา ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองหรือความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง นอกจากนี้แล้วการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยทางระบบประสาทระยะฟื้นฟูยังคงต่อมี อย่างต่อเนื่องและเป็นเรื่องที่สำคัญ แม้ว่าภายในหอผู้ป่วยปกติจะมีพยาบาลที่ให้การพยาบาลก็ตาม หากแต่ผู้ป่วยและญาติต้องอยู่ในห้องแยกส่วนตัว ญาติจึงเป็นบุคคลหลักในการอยู่ดูแลผู้ป่วย ภายในห้องผู้ป่วย จึงมีความจำเป็นที่ญาติต้องมีความรู้ในการดูแล สังเกตอาการ และขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดความผิดปกติกับผู้ป่วยให้ทันเวลา การสอนหรือให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยภายในหอ ผู้ป่วยวิกฤตเป็นสิ่งที่จะช่วยทำให้อัตราการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำในหอผู้ป่วยวิกฤตลดลง อย่างไร ก็ตาม ก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ญาติอาจจะไม่ได้รับข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย หรือ ได้รับข้อมูลแต่ไม่สามารถจดจำข้อมูลสำคัญที่พยาบาลบอกได้ หากขาดทักษะการสอนที่ดีในการ ส่งผ่านข้อมูลให้กับผู้ป่วย (Walraven et al., 2011)

คุณภาพการสอนหรือการให้ข้อมูลแก่ญาติ หากญาติไม่ได้รับการสอนหรือได้รับการสอนแต่คุณภาพการสอนไม่เหมาะสม ญาติไม่สามารถรับข้อมูลและนำไปปฏิบัติได้ อาจส่งผลให้ญาติเกิดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยเมื่อย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาของ Abuatiq et al. (2020) พบว่าความเครียดของญาติผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาของผู้ป่วย ( $r = .59$ ,  $p = .01$ ) และการศึกษาของ Pourghane et al. (2018) พบว่าหากญาติผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจะส่งผลให้ญาติเกิดความเครียดเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

Rath et al. (2020) ศึกษาประสบการณ์ของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทพบว่าญาติผู้ป่วยมีความยากลำบากในการรับทราบข้อมูลก่อนย้ายออก และหากญาติไม่ได้รับข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยหรือได้รับข้อมูลแต่ไม่สามารถจดจำข้อมูลสำคัญที่พยาบาลบอกได้ จะส่งผลให้เกิดความเครียดและความไม่พร้อมในการดูแลผู้ป่วย

โสภา หมู่สิริ และคณะ (2556) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการสอนในระยะเปลี่ยนผ่าน จากโรงพยาบาลสู่บ้านในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน พบว่าการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ( $r = .70$ ,  $p = .01$ ) สอดคล้องกับ จิตตวดี เจริญทอง และศิริรัตน์ ปานอุทัย (2564) ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ พบว่าคุณภาพการสอนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .58$ ,  $p < .01$ )

จิราพร มิตรมาตร และคณะ (2560) ศึกษาปัจจัยเกี่ยวข้องกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการตั้งแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ พบว่าคุณภาพการสอนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการตั้งแต่กำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .81$ ,  $p < .01$ )

ปริมล หงส์ศรี และคณะ (2559) ที่ศึกษาปัจจัยเกี่ยวข้องกับความพร้อมเพื่อการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมเพื่อการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .64$ ,  $p < .01$ )

จะเห็นได้ว่า การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการสอนกับความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่านยังพบน้อย แต่พบว่าคุณภาพการสอนมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลในระดับสูง และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า คุณภาพของการสอนที่ดีทำให้ญาติมีความพร้อมในการดูแล และอาจส่งผลให้ความเครียดของญาติลดลง ดังนั้น การสอนก่อนย้าย

ผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตจะส่งเสริมให้ญาติมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และอาจมีอิทธิพลกับความเครียดของญาติ กล่าวคือ ถ้าญาติมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจากคุณภาพในการสอนที่ดี จะส่งผลให้ความเครียดของญาติลดลง

### สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาศึกษาความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านส่วนใหญ่พบการศึกษาในระยะจำหน่ายจากโรงพยาบาลผู้ป่วย และการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตในระยะเปลี่ยนผ่านจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านจากการย้ายผู้ป่วยวิกฤตออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไปยังพบการศึกษาอย่างจำกัดในประเทศไทย สำหรับการศึกษากลุ่มผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทและญาติยังไม่พบการศึกษา ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะหลงเหลือพยาธิสภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤตและมีความจำเป็นต้องดูแลรักษา รวมถึงให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องเมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป อีกทั้งการศึกษาในโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งอาจจะมีระบบการบริการและบริบทของโรงพยาบาลแตกต่างจากระบบของโรงพยาบาลรัฐบาล ซึ่งโรงพยาบาลเอกชนมีนโยบายโดยคำนึงถึงผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลางและให้ความสำคัญกับคุณภาพในการให้บริการและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติในระดับสูง ทั้งในผลลัพธ์ทางการรักษาและความรวดเร็วในการรักษา ด้วยเหตุที่ผู้วิจัยปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชน ตระหนักถึงนโยบายการให้บริการที่มีคุณภาพสูงและตอบสนองความพึงพอใจต่อผู้ป่วยและญาติ

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาหาระดับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่านจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไปและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านจากการย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล และคุณภาพการสอน

## บทที่ 3

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ของความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาท และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล และคุณภาพการนอน กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป โดยมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากร คือ ญาติของผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาท ที่เป็นญาติสายตรง ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง สามี ภริยา และบุตร ที่มาเยี่ยมและสอบถามข้อมูล ติดตามอาการ ร่วมตัดสินใจในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตในเครือโรงพยาบาลกรุงเทพ ในเขตกรุงเทพมหานคร และเป็นบุคคลที่ทราบว่าตนจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยหลังจากย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติของผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทที่เป็นญาติสายตรง ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง สามี ภริยา บุตร และหลาน ที่มาเยี่ยมและสอบถามข้อมูล ติดตามอาการ ร่วมตัดสินใจในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นบุคคลที่ได้รับการแจ้งกำหนดการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตและรับรู้ว่าตนจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยหลังจากย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไปของโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลกรุงเทพ ในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่, โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล, โรงพยาบาลพญาไท 1 และ โรงพยาบาลพญาไท 3 สุ่มตัวอย่างโดยกำหนดช่วงเวลาและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ของญาติ

1. มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

3. สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ดี
4. ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตประสาท หรือความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น โรควิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวน เป็นต้น โดยการสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง
5. สนใจในการเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ของผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคทางระบบประสาททั้งด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมที่มีการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตและมีความจำเป็นต้องเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ หลอดเลือดสมองแตก และบาดเจ็บทางสมอง โดยมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยวิกฤตทางระบบประสาท ระดับปานกลางถึงรุนแรงเมื่อแรกรับเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยการประเมินจากเครื่องมือดังต่อไปนี้

1.1 ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก ที่มีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยใช้แบบประเมิน National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) ดังนี้ คือ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลางคะแนน 5-15 ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลางถึงรุนแรง คะแนน 16-20 และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระดับรุนแรง คะแนน 21-42

1.2 ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ที่มีความรุนแรงของการบาดเจ็บทางสมองระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยใช้แบบประเมิน Glasgow Coma Scale (GCS) ดังนี้ คือ บาดเจ็บทางสมองระดับปานกลาง 9-12 คะแนน และบาดเจ็บทางสมองระดับรุนแรง 3-8 คะแนน

2. ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะ เนื้องอกในสมอง หรือบาดเจ็บไขสันหลัง

3. ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอยู่ในระดับน้อยมากถึงระดับปานกลาง ประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (The Barthel index of activities daily living) ของสถาบันประสาทวิทยา ดังนี้ การแปลผล คะแนน 0-20 หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับน้อยมาก คะแนน 25-45 หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับน้อย และคะแนน 50-75 หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับปานกลาง

4. ระดับความพิการ ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต อยู่ในระดับ 3-5 ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Modified Rankin Scale (mRS) ดังนี้ การแปลผลคะแนนระดับ 3 หมายถึง มีความผิดปกติพอควรต้องการคนช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่าง แต่สามารถเดินได้เองโดยไม่ต้องมีคนช่วย คะแนนระดับ 4 หมายถึง มีความผิดปกติมากไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้โดย

ไม่มีคนช่วย แต่สามารถเดินได้โดยไม่ต้องมีคนช่วยพยุง และคะแนนระดับ 5 หมายถึง มีความผิดปกติรุนแรงต้องนอนบนเตียงตลอดและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด

5. ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เองและไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

6. แพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

เกณฑ์ยุติการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดที่ส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ ระหว่างที่ตอบแบบสอบถาม และแจ้งความประสงค์ต้องการขอยกออกจากโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้วิจัยจะให้การดูแลกลุ่มตัวอย่าง โดยการพูดคุยและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างระบายความรู้สึกหรือสอบถามประเด็นของความเครียด และส่งต่อข้อมูลให้บุคลากรในหน่วยงานที่รับผิดชอบ เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือดูแลตามมาตรฐานการดูแลญาติผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่, โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล, โรงพยาบาลพญาไท 1 และโรงพยาบาลพญาไท 3 อย่างเหมาะสมต่อไป

**ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง**

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) สำหรับการใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดการทดสอบสมมติฐานเป็นแบบสองทาง (Two-tailed test) และเนื่องจากเป็นงานวิจัยที่ยังไม่มีการศึกษามาก่อน ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลาง .30 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 และอำนาจการทดสอบ .8 (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร , 2553) คำนวณโดยใช้โปรแกรม G\*power 3.1.9.4 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยจำนวน 84 ราย

**การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง**

การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างจากญาติผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตในเครือโรงพยาบาลกรุงเทพ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่ศึกษา ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ทำการสุ่มจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเครือโรงพยาบาลกรุงเทพ เขตกรุงเทพมหานคร ที่มีขนาดตั้งแต่ 200 เตียงขึ้นไป มีหอผู้ป่วยวิกฤตที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ที่มีมาตรฐานเดียวกันในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 8 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่, โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล, โรงพยาบาลพญาไท 1, โรงพยาบาลพญาไท 2, โรงพยาบาลพญาไท 3, โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท, โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์ และโรงพยาบาลเปาโล พหลโยธิน ทำการสุ่มอย่างง่าย ร้อยละ 50 โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน ได้โรงพยาบาลทั้งหมด 4 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่ โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท และโรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์

ขั้นตอนที่ 2 ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยการกำหนดช่วงเวลาเก็บข้อมูล (อรุณ จิรวัดน์กุล, 2557) โดยจะเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทุกรายที่มีคุณสมบัติตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด ที่เข้ารับการรักษาในในเครือโรงพยาบาลกรุงเทพ เขตกรุงเทพมหานคร ที่มีหอผู้ป่วยวิกฤตที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ที่มีมาตรฐานเดียวกันในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 84 ราย

ภายหลังทำการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 เดือนพบว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยดำเนินการขอแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย (Amendment) โดยการเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 4 โรงพยาบาล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเครือโรงพยาบาลกรุงเทพ เขตกรุงเทพมหานคร ที่ไม่ได้รับการสุ่มในครั้งแรก ได้แก่ โรงพยาบาลพญาไท 1 โรงพยาบาลพญาไท 2 โรงพยาบาลพญาไท 3 และโรงพยาบาลเปาโล พหลโยธิน ทำให้โรงพยาบาลทั้งหมดในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 8 โรงพยาบาล และเมื่อทำการเก็บข้อมูลวิจัย พบว่าสามารถเก็บข้อมูลที่มีกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดทั้งหมดจำนวน 4 โรงพยาบาล ได้แก่ ได้แก่ โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่, โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล, โรงพยาบาลพญาไท 1 และ โรงพยาบาลพญาไท 3 โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ.2565 ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ.2567 จำนวน 84 ราย

#### **สถานที่เก็บข้อมูล**

สถานที่เก็บข้อมูล ได้แก่ หอผู้ป่วยวิกฤตในเครือโรงพยาบาลกรุงเทพ ในเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่, โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล, โรงพยาบาลพญาไท 1 และ โรงพยาบาลพญาไท 3 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ.2565 ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ.2567 เป็นโรงพยาบาลในเครือโรงพยาบาลกรุงเทพ ซึ่งเป็นเครือโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ มีหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาท และหอผู้ป่วยวิกฤตที่ให้การรักษาศูนย์ผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ด้วยมาตรฐานเดียวกันและใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการบาดเจ็บทางสมอง โดยบุคลากรทาง การแพทย์ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ มีหน้าที่ในการวางแผนการรักษา ร่วมกับผู้ป่วยและญาติ รวมถึงหน้าที่ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติในขณะที่รักษาในหอผู้ป่วย วิกฤตและตลอดเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล โดยที่หอผู้ป่วยวิกฤตมีระเบียบการเข้าเยี่ยมของญาติ ผู้ป่วยมีทั้งหมด 2 ช่วงเวลา คือ ช่วงเวลา 10.00-14.00 น. และช่วงเวลา คือ 17.00-22.00 น. ทั้งนี้ญาติ ผู้ป่วยอาจมี โอกาสเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้มากกว่า 2 ช่วงเวลา และเมื่อแพทย์เข้าตรวจเยี่ยมและให้การ

รักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตจะตามญาติให้มาพบและพูดคุยกับแพทย์ผู้ดูแลรักษา อีกทั้งยังสามารถโทรสอบถามอาการผู้ป่วยทางโทรศัพท์ที่ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ฉบับ ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย การได้รับคำแนะนำระหว่างรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

1.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค โรคร่วม ระยะเวลานอนในหอผู้ป่วยวิกฤต และระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยวิกฤตทางระบบประสาทแรกเริ่ม ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและระดับความพิการก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้แบบประเมินดังนี้

1.2.1 แบบประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก โดยใช้แบบประเมิน National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) แบ่งระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (Kogan et al., 2020) ดังนี้

คะแนน 0	หมายถึง ไม่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง
คะแนน 1-4	หมายถึง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระดับเล็กน้อย
คะแนน 5-15	หมายถึง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง
คะแนน 16-20	หมายถึง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง

ถึงรุนแรง

คะแนน 21-42 หมายถึง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระดับรุนแรง

1.2.2 แบบประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บทางสมอง ใช้แบบประเมิน Glasgow Coma Scale (GCS) แยกระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บทางสมอง (ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562) ดังนี้

คะแนน 13-15	หมายถึง บาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย
คะแนน 9-12	หมายถึง บาดเจ็บทางสมองระดับปานกลาง
คะแนน 3-8	หมายถึง บาดเจ็บทางสมองระดับรุนแรง

1.2.3 แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวัน (The Barthel index of activities daily living) ของสถาบันประสาทวิทยา ลักษณะแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ โดยมีคะแนนรวม 0-100 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (สถาบันประสาทวิทยา, 2550)

คะแนน 0-20 หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับน้อยมาก

คะแนน 25-45 หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับน้อย

คะแนน 50-75 หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับปานกลาง

คะแนน 80-95 หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับมาก

คะแนน 100 หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับมากที่สุด

1.2.4 แบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Modified Rankin Scale (mRS) การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 7 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง ไม่มี ความผิดปกติเลย

คะแนน 1 หมายถึง มีความผิดปกติเล็กน้อยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันทำงานได้ตามปกติทุกอย่าง

คะแนน 2 หมายถึง มีความผิดปกติเล็กน้อยไม่สามารถทำงานได้ตามปกติทุกอย่างแต่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ทุกอย่าง

คะแนน 3 หมายถึง มีความผิดปกติพอควรต้องการคนช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่าง แต่สามารถเดินได้เองโดยไม่ต้องมีคนช่วย

คะแนน 4 หมายถึง มีความผิดปกติมากไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่มีคนช่วย แต่สามารถเดินได้โดยต้องมีคนช่วยพยุง

คะแนน 5 หมายถึง มีความผิดปกติรุนแรงต้องนอนบนเตียงตลอดและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด

คะแนน 6 หมายถึง เสียชีวิต

2. แบบสอบถามความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่าน ใช้แบบสอบถามความเครียดของครอบครัวที่สัมพันธ์กับการย้ายสถานที่การดูแล (The Family Relocation Stress Scale) พัฒนามาจากแบบสอบถามความเครียดของผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับการย้ายสถานที่การดูแล (Relocation stress scale) ของ Son et al. (2008) ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ

ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) และทฤษฎีเปลี่ยนผ่านของ เมลลิส และคณะ (Meleis et al. 2000) ต่อมา Oh et al. (2015) พัฒนาเพิ่มเติมจากแบบสอบถามที่ใช้ประเมินความเครียดของผู้ป่วยเป็นแบบสอบถามความเครียดของครอบครัวที่สัมพันธ์กับการย้ายสถานที่การดูแล (Family relocation stress scale) สำหรับประเมินในญาติ ผู้วิจัยทำการแปลแบบสอบถามด้วยเทคนิคการแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทย (Back-translation technique) แบบสอบถามมีจำนวน 17 ข้อ ครอบคลุม 4 มิติ ประกอบด้วย ความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต (ข้อ 1, 3, 4, 5, 9, 16) การรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม (ข้อ 2, 7, 12, 13, 14) การรับรู้ว่าคุณป่วยยังอยู่ในภาวะวิกฤต (6, 8, 15, 17) และ ความวิตกกังวลในการดูแลของพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไป (ข้อ 10, 11) ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกจำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามทางลบจำนวน 7 ข้อ คำตอบแบบ Likert scale มี 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ข้อคำถามทางด้านบวก (ข้อ 2, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16)

ไม่เห็นด้วย	5 คะแนน
เห็นด้วยเล็กน้อย	4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	3 คะแนน
เห็นด้วยค่อนข้างมาก	2 คะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	1 คะแนน

ข้อคำถามทางด้านลบ (ข้อ 1, 3, 4, 5, 9, 11, 17)

ไม่เห็นด้วย	1 คะแนน
เห็นด้วยเล็กน้อย	2 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	3 คะแนน
เห็นด้วยค่อนข้างมาก	4 คะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	5 คะแนน

การแปลผลคะแนนความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่านของญาติโดยการหาค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม ค่าเฉลี่ยของคะแนนที่สูงหมายถึงมีความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่านสูง ค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ต่ำหมายถึงมีความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่านต่ำ นอกจากนี้ Oh et al. (2015) ได้แบ่งระดับคะแนนความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเพื่อการพรรณนาเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 17-50	หมายถึง มีระดับความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่านต่ำ
คะแนน 51-67	หมายถึง มีระดับความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่านปานกลาง
คะแนน 68-85	หมายถึง มีระดับความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่านสูง

Oh et al. (2015) ได้นำแบบสอบถามทดลองใช้กับญาติผู้ป่วยวิกฤตเกาหลี จำนวน 95 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83

3.แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ใช้แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บตามการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ของรัชนก ทรงทรัพย์ (2554) มีลักษณะเป็น Visual numeric scale ค่าคะแนนเป็นช่วง 0-100 คะแนน วิธีการประเมินทำ โดยให้ญาติประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วย โดยทำเครื่องหมาย X ลงบนเส้นตรงตำแหน่งที่รับรู้ว่าเป็นความรุนแรงของความเจ็บป่วย ปลายด้านซ้ายสุดของเส้นตรงเท่ากับ 0 คะแนน หมายถึง ญาติผู้ป่วยวิกฤตรับรู้ว่าคุณป่วยวิกฤตทางระบบประสาทไม่มีความรุนแรงของการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามคะแนน ไปทางด้านขวาของเส้นตรงโดย ปลายด้านขวาสุดเท่ากับ 100 คะแนน หมายถึง ญาติรับรู้ว่าคุณป่วยวิกฤตทางระบบประสาทมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากที่สุด

การแปลผลความรุนแรงของการเจ็บป่วยโดยการหาค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม ค่าเฉลี่ยของคะแนนที่สูงหมายถึง ญาติรับรู้ว่าคุณป่วยมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมาก ค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ต่ำ หมายถึงญาติรับรู้ว่าคุณป่วยมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยน้อย นอกจากนี้จะแปลผลเพื่อการพรรณนาการรับรู้ของญาติต่อความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งรัชนก ทรงทรัพย์ (2554) แปลผลคะแนนโดยแบ่งระดับคะแนนจากการหาอันตรายภาคขึ้นได้ 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0-20	หมายถึง ญาติรับรู้ว่ารุนแรงและคุณภาพต่อชีวิตน้อยที่สุด
คะแนน 21-39	หมายถึง ญาติรับรู้ว่ารุนแรงและคุณภาพต่อชีวิตเล็กน้อย
คะแนน 40-59	หมายถึง ญาติรับรู้ว่ารุนแรงและคุณภาพต่อชีวิตปานกลาง
คะแนน 60-79	หมายถึง ญาติรับรู้ว่ารุนแรงและคุณภาพต่อชีวิตมาก
คะแนน 80-100	หมายถึง ญาติรับรู้ว่ารุนแรงและคุณภาพต่อชีวิตมากที่สุด

4. แบบประเมินความหวัง ใช้แบบประเมินความหวัง The Herth Hope Index (HHI) ซึ่งพัฒนาโดย Herth (1992) แปลเป็นภาษาไทยด้วยเทคนิคการแปลย้อนกลับ (Back-translation techniques) โดย Tantisuvanitchkul et al. (2020) แบบสอบถามมีจำนวน 12 ข้อ ข้อคำถามทุกข้อสามารถวัดขอบเขตความหวังได้ทั้งความหวังทั่วไป และความหวังเฉพาะ เครื่องมือนี้ ประเมินความหวังเป็น 3 มิติ ได้แก่

มิติที่ 1 ความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนและความรู้สึกต่ออนาคต (Inner sense of temporality and future) เป็นการรับรู้ภายในของบุคคลต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และอาจจะเกิดขึ้นในอนาคต ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 1, 2, 6 และ 11 ประเมินการรับรู้ของบุคคลถึงสิ่งที่ต้องการ หรือสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

มิติที่ 2 ความรู้สึกพร้อมและการคาดหวังในเชิงบวก (Inner positive readiness and expectancy) เป็นความรู้สึกเชื่อมั่นและพยายามที่จะทำ เพื่อบรรลุเป้าประสงค์ ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 4, 7, 10 และ 12 ประเมินความคาดหวังและความเชื่อมั่น หรือไม่แน่ใจในสิ่งที่ต้องการ หรือสิ่งที่คิดว่าว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต รวมทั้งการกระทำ เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จดังกล่าว

มิติที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น (Interconnectedness with self and others) เป็นการเห็นความสำคัญของการพึ่งพาระหว่างกัน ความเกี่ยวข้องผูกพันระหว่างตนกับบุคคลอื่น และระหว่างตนกับจิตวิญญาณ ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 3, 5, 8 และ 9 ประเมินการตระหนักถึงการพึ่งพาอาศัย และมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองและผู้อื่น และจิตวิญญาณ

ลักษณะคำตอบเป็น Likert scale มี 4 ระดับ ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความคิด ความรู้สึกของ  
ญาติเป็นอย่างดี

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิด ความรู้สึก  
ของญาติ

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิด ความรู้สึกของ  
ญาติ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิด ความรู้สึกของ  
ญาติเป็นอย่างดี

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ข้อคำถามทางด้านบวก (ข้อ 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12)

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน

ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน

เห็นด้วย 3 คะแนน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนน

ข้อคำถามทางด้านลบ (ข้อ 3, 6)

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนน

ไม่เห็นด้วย 3 คะแนน

เห็นด้วย 2 คะแนน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน

การแปลผลคะแนน ความหวัง โดยการหาค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม ค่าเฉลี่ยของคะแนนที่สูงหมายถึงญาติมีความหวังระดับสูง ค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ต่ำ หมายถึงญาติรับรู้ผู้ป่วยมีความหวังระดับต่ำ นอกจากนี้จะแปลผลเพื่อการพรรณนาการรับรู้ของญาติต่อระดับความหวัง ซึ่ง ศิริเมศร์ โภโค (2562) แปลผลคะแนนโดยแบ่งระดับคะแนนจากการหาอันตรภาคชั้น ได้ 2 ระดับ ดังนี้

ค่าคะแนนความหวัง 12 - 30 คะแนน หมายถึง ระดับความหวังต่ำ

ค่าคะแนนความหวัง 31 - 48 คะแนน หมายถึง ระดับความหวังสูง

จิราวรรณ ลีลาพัฒนาพาณิชญ์ (2541) ได้นำแบบประเมินความหวัง ไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .86 และ ศิริเมศร์ โภโค (2562) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 20 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .87

5.แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลของญาติ เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินการรับรู้ของญาติว่ามีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทเมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปหอผู้ป่วยทั่วไป แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล (The Preparedness of Caregiving Scale) พัฒนามาโดย Stewart & Archbold (1986) ต่อมา Wirojratana (2002) แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (Back-translation techniques) และปรับเนื้อหาของแบบสอบถามให้เหมาะสมกับบริบทประเทศไทย แบบสอบถามมีจำนวน 8 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 5 ระดับ คือ ไม่มีความพร้อมเลย (1 คะแนน) มีความพร้อมเล็กน้อย (2 คะแนน) มีความพร้อมค่อนข้างมาก (3 คะแนน) มีความพร้อมมาก (4 คะแนน) มีความพร้อมมากที่สุด (5 คะแนน) การแปลผล นำคะแนนทั้งหมด 8 ข้อ รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยของความพร้อมของผู้ดูแลหารด้วยจำนวนข้อคำถาม ค่าเฉลี่ยของคะแนนที่สูงหมายถึงมีญาติมีความพร้อมในการดูแลสูง และค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ต่ำหมายถึงญาติมีความพร้อมในการดูแลต่ำ นอกจากนี้จะแปลผลเพื่อการพรรณนาระดับความพร้อมในการดูแลของญาติ ซึ่งฉนิชารีย์ พิริยจรัสชัย (2560) แบ่งระดับคะแนนได้ 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00	หมายถึง การรับรู้ความพร้อมในการดูแลมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49	หมายถึง การรับรู้ความพร้อมในการดูแลมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49	หมายถึง การรับรู้ความพร้อมในการดูแลปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49	หมายถึง การรับรู้ความพร้อมในการดูแลน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49	หมายถึง การรับรู้ความพร้อมในการดูแลน้อยที่สุด

วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ (2549) นำแบบสอบถามไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่แตกต่างกันออกไป ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์อัลฟาของ

كرونบาท .86 และ นิชชารี่ พิริยจรัสชัย (2560) นำแบบสอบถามทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟังฟัง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์อัลฟาของكرونบาท .90

6. แบบสอบถามคุณภาพการสอนของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตใช้แบบสอบถาม คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (The Quality of Discharge Teaching Scale [QDTS]) ที่พัฒนาโดย Weiss and Piacentine (2006) แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (Back-translation techniques) โดย แสงเดือน กันทะขู (2552) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้ คือ

1. ด้านเนื้อหาการสอน จำนวน 6 ข้อ คือ ข้อ 1-6 แต่ละข้อประกอบด้วยคำถาม เปรียบเทียบระหว่างข้อมูลที่ญาติผู้ป่วยต้องการ กับข้อมูลที่ได้รับการสอนก่อนจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการดูแล การจัดการกับภาวะอารมณ์ ยาและการรักษาของผู้ป่วย และการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหากับผู้ป่วย โดยในส่วนของข้อมูลที่ต้องการนั้น ไม่ได้นำมาคิดคะแนน เพื่อวิเคราะห์คุณภาพการสอน แต่นำมาเปรียบเทียบกันระหว่างข้อมูลที่ญาติผู้ป่วยต้องการกับญาติผู้ป่วยได้รับจริง

2. ด้านทักษะการสอน จำนวน 13 ข้อ คือ ข้อ 7-18 เป็นข้อคำถามการรับรู้ของญาติผู้ป่วย ต่อความสามารถในการสื่อสาร อธิบาย และความเอาใจใส่ของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในการสอน ก่อนจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต

ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 11 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0-10 โดยที่ 0 คะแนน หมายถึง ไม่พบเหตุการณ์นั้นเลย และ 10 คะแนน หมายถึง พบเหตุการณ์นั้นเป็น อย่างมาก

การแปลผลคะแนนคุณภาพการสอนของพยาบาล โดยการหาค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม ค่าเฉลี่ยของคะแนนที่สูงหมายถึงคุณภาพการสอนของพยาบาลดี และค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ต่ำ หมายถึงคุณภาพการสอนของพยาบาลต่ำ นอกจากนี้จะแปลผลเพื่อการพรรณนาคุณภาพการสอน ของพยาบาล ซึ่งแสงเดือน กันทะขู (2552) แบ่งระดับคะแนนได้ 3 ระดับ ดังนี้

0-60 คะแนน	หมายถึง คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตต่ำ
61-120 คะแนน	หมายถึง คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตปาน กลาง
121-180 คะแนน	หมายถึง คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตดี

Weiss and Piacentine (2006) ได้นำแบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนออกจาก โรงพยาบาลไปทดสอบในผู้ใหญ่ที่มีความเจ็บป่วยด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมจำนวน 121 ราย มารดาหลังคลอดบุตรจำนวน 122 ราย และบิดามารดาของผู้ป่วยเด็ก 113 ราย ก่อนจำหน่ายออกจาก

โรงพยาบาล พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .89 ต่อมา Weiss et al. (2007) ได้นำไปทดสอบในผู้ใหญ่ที่มีความเจ็บป่วยด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม จำนวน 147 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .92 และ แสงเดือน ก้นทะขู้ (2552) ได้นำไปทดสอบในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล 100 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .85 และ โสภา หมู่ศิริ (2556) ได้นำไปทดสอบกับผู้ป่วยกระดูกหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูก ภายใน จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .90

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

#### การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Validity)

แบบสอบถามความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่าน ใช้แบบสอบถามความเครียดของ ครอบครัวที่สัมพันธ์กับการย้ายสถานที่การดูแล (Family relocation stress scale) โดย Oh et al. (2015) ซึ่งยังไม่เคยมีการแปลเป็นภาษาไทยมาก่อน ผู้วิจัยทำการแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยโดยใช้ เทคนิคการแปลย้อนกลับ (Back-Translate) ของ Brislin (1986) โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตให้เครื่องมือจาก Oh et al. (2015) เมื่อได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ แล้ว ผู้วิจัยทำการแปลเครื่องมือนี้จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย (Forward translation) หลังจากนั้น เรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิอีกท่านแปลย้อนกลับเป็นภาษาอังกฤษ (Backward translation)

2. ภายหลังจากแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษแล้ว ผู้วิจัยทำตารางเปรียบเทียบข้อคำถามจาก เครื่องมือต้นฉบับและเครื่องมือที่แปลย้อนกลับเป็นภาษาอังกฤษ และนำไปเรียนปรึกษาอาจารย์ที่ ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์ และ Native English Speaker เพื่อ ตรวจสอบเปรียบเทียบความหมายของภาษาอังกฤษต้นฉบับและภาษาอังกฤษที่ผ่านการแปล ย้อนกลับจากภาษาไทย ซึ่งทั้งสามท่านเห็นชอบว่าความหมายภาษาอังกฤษต้นฉบับและ ภาษาอังกฤษที่ผ่านการแปลจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ มีความหมายตรงกัน และนำไปใช้เป็น เครื่องมือไปใช้ในการวิจัยครั้งนี้

แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย แบบประเมินความหวัง แบบสอบถามความพร้อมในการดูแล และแบบสอบถามคุณภาพการสอน ที่นำมาใช้ในการวิจัย โดย ไม่มีการตัดแปลงเนื้อหาหรือเปลี่ยนโครงสร้างของคำถามในแบบสอบถาม ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ต้อง หาค่าความตรงตามเนื้อหาอีก

### การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่าน แบบประเมินความหวัง แบบสอบถามความพร้อมในการดูแล และแบบสอบถามคุณภาพการสอน ไปวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) โดยทดลองใช้กับญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .80, .84, .91, .94 และเมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .70, .85, .89, .91 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีลักษณะเป็น Numeric Scale เป็นเส้นตรง ค่าคะแนนให้อยู่ในช่วง 0-100 คะแนน เป็นเครื่องมือที่มีข้อคำถามเพียงข้อเดียว จึงไม่ต้องนำมาหาความเชื่อมั่น

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา (G-HS 020/2565) คณะกรรมการจริยธรรมในคน โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่ (BHQ-IRB-2022-05-21) และคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ เครือโรงพยาบาลญาไท-เปาโล (IRB 003-2566) เมื่อได้รับอนุมัติผลการรับรองจริยธรรมการวิจัย จึงดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยจึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนของการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวออกจากการวิจัย สามารถบอกยกเลิกได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับด้วยการลงรหัส นำเสนอเป็นสถิติในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จากนั้นข้อมูลจะถูกทำลายหลังจากตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานไปแล้ว 1 ปี

3. หลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบและตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามเข้าร่วมการวิจัยในเอกสารยินยอมแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

4. ในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะสังเกตกลุ่มตัวอย่างและคอยประเมินการตอบสนอง พฤติกรรม การแสดงออกของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับสูงหรือมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการไม่สามารถปรับตัวต่อความเครียด ผู้วิจัยจะให้การดูแลกลุ่มตัวอย่าง โดยการพูดคุยและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างระบายความรู้สึกหรือสอบถามประเด็นของความเครียด และส่งต่อข้อมูลให้บุคลากรในหน่วยงานที่รับผิดชอบ เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือดูแลตามมาตรฐานการดูแลญาติผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาลต่อไป

หากกลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดในระดับสูงและต้องการยุติการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะยุติการเก็บรวบรวมข้อมูลและให้การดูแลและส่งต่อข้อมูลกลุ่มตัวอย่างให้กับบุคลากรในหน่วยงานที่รับผิดชอบ การดูแลช่วยเหลือดูแลตามมาตรฐานการดูแลญาติผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาลต่อไป

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษารั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่เครือข่ายโรงพยาบาลกรุงเทพ ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 4 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่ โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล โรงพยาบาลพญาไท 1 และ โรงพยาบาลพญาไท 3 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ.2565 ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ.2567 ภายหลังโครงการวิทยานิพนธ์ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยมีวิธีการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่ โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล โรงพยาบาลพญาไท 1 และ โรงพยาบาลพญาไท 3 แจ้งวัตถุประสงค์ประสงค์ในการทำวิจัย และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการ ได้แก่ โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่ โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล โรงพยาบาลพญาไท 1 และ โรงพยาบาลพญาไท 3 ผู้วิจัยเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัยกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลที่หอผู้ป่วยวิกฤต ณ โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่ โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล โรงพยาบาลพญาไท 1 และ โรงพยาบาลพญาไท 3 เมื่อแพทย์มีแผนการรักษาให้ย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต และตรงตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ของผู้ป่วยและญาติ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤตทำการสอบถามญาติซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยถึงความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัย ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างสนใจและตอบรับเข้าร่วมการวิจัย พยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤตจะติดต่อประสานงานกับผู้วิจัยเพื่อเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง
4. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหา หรือข้อสงสัย และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

5. ผู้วิจัยขออนุญาตจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาล แพทย์เจ้าของไข้ หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต และญาติผู้ป่วย เพื่อขอเข้าถึงและศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลผลการประเมินภาวะสุขภาพที่ แพทย์และพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตได้ประเมินตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางระบบ ประสาท และบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย โดยจะไม่ระบุชื่อ นามสกุล ในแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

6. ผู้วิจัยเชิญกลุ่มตัวอย่างมายังสถานที่ที่สงบ บริเวณหอผู้ป่วยวิกฤตที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ โดยผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลช่วงเวลา 8.00-19.00 น. ทุกวันที่มีกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

7. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างที่แผนการรักษาให้ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ก่อนย้ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต

8. อธิบายขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม โดยทำแบบสอบถามตามลำดับ ดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่าน แบบสอบถาม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย แบบประเมินความหวัง แบบสอบถามความพร้อมในการดูแล และแบบสอบถามคุณภาพการสอนของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตตามลำดับ ระหว่างที่ตอบ แบบสอบถามหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที

9. ในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะสังเกตกลุ่มตัวอย่างและคอย ประเมินการตอบสนอง พฤติกรรม การแสดงออกของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนน ความเครียดอยู่ในระดับสูงหรือมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการไม่สามารถปรับตัวต่อความเครียด ผู้วิจัยจะให้การดูแลกลุ่มตัวอย่าง โดยการพูดคุยและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างระบายความรู้สึก หรือสอบถามประเด็นของความเครียด และส่งต่อข้อมูลให้บุคลากรในหน่วยงานที่รับผิดชอบ เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือดูแลตามมาตรฐานการดูแลญาติผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาลต่อไป หาก กลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดในระดับสูงและต้องการยุติการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะยุติการเก็บ รวบรวมข้อมูลและให้การดูแลและส่งต่อข้อมูลกลุ่มตัวอย่างให้บุคลากรในหน่วยงานที่รับผิดชอบ การดูแลช่วยเหลือดูแลตามมาตรฐานการดูแลญาติผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาลต่อไป

10. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความสมบูรณ์ กล่าวขอบคุณที่ร่วมการ วิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหาและข้อสงสัย แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์ข้อมูล ทางสถิติ

11. จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ผู้วิจัยปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระหว่าง ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

11.1 ทุกคนต้องผ่านการคัดกรองอุณหภูมิก่อนเข้าโรงพยาบาล หากอุณหภูมิต่ำกว่า 37.5 องศาเซลเซียส จะได้รับอนุญาตให้เข้าไปในโรงพยาบาลและบริเวณด้านหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต

11.2 ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างสวมหน้ากากอนามัยอย่างถูกต้องตลอดกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

11.3 รักษาระยะห่างระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 1-2 เมตร

11.4 ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างต้องล้างมือด้วยแอลกอฮอล์ก่อนและหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล

11.5 แบบสอบถามที่กรอกข้อมูลเสร็จแล้วจะถูกเก็บไว้ในถุงแยกเก็บเอกสาร

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล และแปลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ทำการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย และข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย โดยการใช้สถิติพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่าน การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล คุณภาพของการสอน โดยการใช้สถิติพรรณนาด้วยการหาพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยก่อนการวิเคราะห์ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2555) ได้แก่

3.1 ตัวแปรต้นและตัวแปรตาม เป็นตัวแปรที่มีการวัดที่ระดับอันตรภาค (Interval scale) หรืออัตราส่วน (Ratio)

3.2 กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มจากกลุ่มประชากร (Random sampling)

3.3 การแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normal distribution)

3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองตัวแปรเป็นแบบเส้นตรง (Linear relationship)

3.5 ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity)

หลังจากนั้นวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล คุณภาพของการสอน โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

พิจารณาแบ่งระดับความสัมพันธ์ออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Burns and Grove (2005) ดังนี้

ค่า  $r < .3$  หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ

ค่า  $r = .3 - .5$  หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

ค่า  $r > .5$  หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับสูง



## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research design) เพื่อศึกษาความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงตามการเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล และคุณภาพการสอน กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยวิธีการสถิติ และนำเสนอผลการวิจัยโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท

ส่วนที่ 2 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่านของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท การรับรู้ความรุนแรงตามการเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล และคุณภาพการสอน

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล และคุณภาพการสอน กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

##### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วยและผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วยและผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาท แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาท ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ความถี่ในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยหรือโทรศัพท์ถามอาการผู้ป่วย ขณะเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤต ระบบประสาท ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบอื่น ๆ ข้อมูลการได้รับคำแนะนำ ผู้ให้คำแนะนำ ความเครียดในปัจจุบันของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท และประเด็นที่ส่งผลให้เกิดความเครียด ณ ปัจจุบันของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทแสดงได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย  
 วิกฤตระบบประสาท ( $n = 84$ )

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>			
	หญิง	69	82.10
	ชาย	15	17.90
<b>อายุ</b>			
	20-40 ปี (วัยผู้ใหญ่ตอนต้น)	26	31.00
	41-60 ปี (วัยกลางคน)	52	61.90
	มากกว่า 60 ปี (วัยสูงอายุ)	6	7.10
	( $M = 46.54$ , $SD = 11.68$ , Min 20, Max 78)		
<b>ศาสนา</b>			
	พุทธ	79	97.00
	คริสต์	2	2.40
	อิสลาม	2	2.40
	ซิกข์	1	1.20
<b>ระดับการศึกษา</b>			
	ประถมศึกษา	2	2.40
	มัธยมศึกษาตอนต้น	3	3.60
	มัธยมศึกษาตอนปลาย (หรือเทียบเท่า/ปวช.)	7	8.30
	อนุปริญญา (ปวส.)	3	3.60
	ปริญญาตรี	52	61.90
	ปริญญาโทและปริญญาเอก	17	20.20
<b>อาชีพปัจจุบัน</b>			
	ธุรกิจส่วนตัว	33	39.30
	พนักงานบริษัท	21	25.00
	งานบ้าน	16	19.00
	ข้าราชการบำนาญ	5	6.00
	รับราชการ	4	4.80

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>อาชีพปัจจุบัน (ต่อ)</b>		
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2	2.40
นักศึกษา	2	2.40
เกษตรกรรวม	1	1.20
<b>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย</b>		
บุตร	33	39.30
ภรรยา	26	31.00
น้อง	7	8.30
มารดา	6	7.10
หลาน	6	7.10
สามี	4	4.80
บิดา	2	2.40
<b>ความถี่ในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยขณะผู้ป่วยรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต</b>		
วันละ 1 ครั้ง	14	16.67
วันละ 2 ครั้ง	25	29.76
มากกว่าวันละ 2 ครั้ง	45	53.57
<b>ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท</b>		
มี	17	20.20
ไม่มี	67	79.80
<b>ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบอื่น ๆ</b>		
มี	21	25.00
ไม่มี	63	75.00
<b>คำแนะนำที่ได้รับ ในระหว่างที่ผู้ป่วยรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (n = 277)*</b>		
การประเมินและสังเกตอาการผิดปกติ	63	75.00
การฟื้นฟูสภาพ	56	66.67
การขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่	51	60.71
การรับประทานอาหารและยา	46	54.76

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>คำแนะนำที่ได้รับ ในระหว่างที่ผู้ป่วยรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)</b>		
การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์	27	32.10
การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย	17	20.24
การช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงสู่เก้าอี้	17	20.23
<b>บุคคลที่ให้คำแนะนำข้อมูล (n = 175)*</b>		
พยาบาล	82	97.61
แพทย์	80	95.23
เภสัชกร	4	4.76
นักกายภาพบำบัด	3	3.57
โภชนากร	3	3.57
นักกิจกรรมบำบัด	2	2.38
นักจิตวิทยา	1	1.19
<b>ปัจจุบันท่านมีความเครียด</b>		
ไม่มี	50	59.50
<b>มี ระบุประเด็น (n = 40)*</b>		
การดูแลผู้ป่วยหลังภาวะวิกฤต	12	30.00
อาการของผู้ป่วย	11	27.50
การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย	7	17.50
คำรักษาพยาบาล	5	12.50
การกลับไปใช้ชีวิตของผู้ป่วย	3	7.50
อาการแทรกซ้อน	1	2.50
ผู้ดูแล	1	2.50

\*แบบสอบถามสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.20) อยู่ในวัยกลางคนที่มียุทธระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 61.90) มีอายุเฉลี่ย 46.54 ปี ( $SD=11.68$ ) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.00) มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 61.90) โดยประกอบ

อาชีพธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด (ร้อยละ 39.30) รองลงมาคือ พนักงานบริษัท (ร้อยละ 25.00) ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ บุตร (ร้อยละ 39.30) รองลงมาคือ ภรรยา (ร้อยละ 31.00) ความถี่ในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ขณะรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต ส่วนใหญ่เข้าเยี่ยมมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน (ร้อยละ 53.57) กลุ่มตัวอย่างไม่มีประสบการณ์การดูแลทั้งผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท (ร้อยละ 79.80) และไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบอื่น ๆ (ร้อยละ 75.00)

คำแนะนำที่ญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทที่ได้รับระหว่างรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมากที่สุดคือ การประเมินและสังเกตอาการผิดปกติ (ร้อยละ 75.00) รองลงมาคือ การฟื้นฟูสภาพ (ร้อยละ 66.67) และการขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ (ร้อยละ 60.71) ตามลำดับ บุคคลที่ให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทมากที่สุดคือ พยาบาล (ร้อยละ 97.61) และแพทย์ (ร้อยละ 95.23) ญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทส่วนใหญ่ไม่มีความเครียด (ร้อยละ 59.50) สำหรับญาติที่มีความเครียด (ร้อยละ 40.50) พบว่าประเด็นที่ส่งผลให้เกิดความเครียดมากที่สุด คือ การดูแลผู้ป่วยหลังภาวะวิกฤต (ร้อยละ 30.00) รองลงมา คือ อาการของผู้ป่วย (ร้อยละ 27.50)

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาท ประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค โรคร่วม ระดับความรุนแรงของโรค ระดับการพึ่งพาในการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับความพิการ อุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต และจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ( $n = 84$ )

	ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	48	57.10
	หญิง	36	42.90
อายุ	15-19 ปี (วัยรุ่น)	1	1.20
	20-40 ปี (วัยผู้ใหญ่ตอนต้น)	6	7.10
	41-60 ปี (วัยกลางคน)	27	32.10
	มากกว่า 60 ปี (วัยสูงอายุ)	50	59.50
	$(M = 65.88, SD = 16.91, \text{Min } 16, \text{Max } 91)$		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>การวินิจฉัยโรค</b>		
โรคหลอดเลือดสมองตีบและแตก (Stroke)	75	89.30
การบาดเจ็บสมอง (Traumatic Brain Injury)	9	10.70
<b>ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตก แรกรับเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต (n =75)</b>		
ปานกลาง (NIHSS 5-15)	58	77.30
ปานกลางถึงรุนแรง (NIHSS 16-20)	9	12.00
รุนแรง (NIHSS 21-42)	8	10.70
<b>ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตก ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต (n =75)</b>		
เล็กน้อย (NIHSS 0-4)	17	22.66
ปานกลาง (NIHSS 5-15)	50	66.67
ปานกลางถึงรุนแรง (NIHSS 16-20)	5	6.67
รุนแรง (NIHSS 21-42)	3	4.00
<b>ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บทางสมอง แรกรับเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต (n =9)</b>		
ปานกลาง (GCS 9-12)	6	66.70
รุนแรง (GCS 3-8)	3	33.30
<b>ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บทางสมอง ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต (n =9)</b>		
เล็กน้อย (GCS 13-15)	6	66.70
ปานกลาง (GCS 9-12)	2	22.20
รุนแรง (GCS 3-8)	1	11.10
<b>ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(Barthel index [BI]) ก่อนย้ายออก</b>		
ระดับน้อยมาก (BI = 0-20)	37	44.00
ระดับน้อย (BI = 25-45)	33	39.30
ระดับปานกลาง (BI = 50-75)	14	16.70
<b>ระดับความพิการ (Modified Rankin Scale [mRS]) ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต</b>		
มีความผิดปกติรุนแรง(mRS = 5)	38	45.20
มีความผิดปกติมาก (mRS = 4)	37	44.00
มีความผิดปกติพอควร (mRS = 3)	9	10.70

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคร่วม</b>		
ไม่มี	8	9.50
มี ( $n=167$ )*	76	90.50
โรคมะเร็ง	67	40.60
โรคไขมันในเลือดสูง	46	27.90
โรคเบาหวาน	31	18.80
โรคหัวใจและหัวใจเต้นผิดจังหวะ	15	9.10
โรคอื่น ๆ**	6	3.60
<b>การรักษาที่ได้รับ (<math>n=90</math>) ***</b>		
รักษาด้วยการผ่าตัด ( $n=12$ )	12	14.30
Craniotomy	9	98.80
Craniectomy	3	1.20
รักษาด้วยยา ( $n=71$ )	71	84.50
รักษาด้วยหัตถการ ( $n=7$ )	7	8.30
Thrombectomy	6	85.71
Coiling embolization	1	14.29
<b>อุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต</b>		
ไม่มี	35	41.70
มี ( $n=79$ ) ****	49	58.30
สายยางให้อาหารจมูก (NG tube)	37	46.80
สายสวนปัสสาวะ (Foley's catheter)	38	48.10
ท่อหลอดลมคอ (Tracheostomy)	4	5.10

\*ผู้ป่วยมีโอกาสมีโรคร่วมได้มากกว่า 1 โรค

\*\* โรคอื่นๆ ได้แก่ โรคไต, มะเร็ง, ต่อมลูกหมากโต, ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และหอบหืด

\*\*\* ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการรักษามากกว่า 1 ชนิด

\*\*\*\* อุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตมากกว่า 1 ชนิด

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>การได้รับยาต้านเกร็ดเลือด (Antiplatelet)</b>		
ไม่ได้รับ	31	36.90
ได้รับ	53	63.10
<b>การได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant)</b>		
ไม่ได้รับ	76	90.50
ได้รับ	8	9.50
<b>จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต</b>		
1-7 วัน	61	72.60
8-14 วัน	14	16.70
15-21 วัน	2	2.40
21-28 วัน	3	3.60
29-35 วัน	4	4.80
<i>(M = 7.35, SD = 7.16, Min 1, Max 33, Median 5)</i>		

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 57.10) อยู่ในวัยสูงอายุ (ร้อยละ 59.50) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตกมากที่สุด (ร้อยละ 89.30) โดยที่ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตก เมื่อแรกรับเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 77.30) และระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.67) เช่นเดียวกัน ส่วนระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บสมอง เมื่อแรกรับเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.70) มากที่สุด แตกต่างกับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บสมอง ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 67.70) โดยที่ระดับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับน้อยมาก (ร้อยละ 44) รองลงมา มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับน้อย (ร้อยละ 39.30) ระดับความพิการก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ส่วนใหญ่ มีความผิดปกติรุนแรงต้องนอนบนเตียงตลอดเวลาและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด (ร้อยละ

45.20) ใกล้เคียงกับมีความผิดปกติมากไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่มีคนช่วย แต่สามารถเดินได้โดยต้องมีคนช่วยพยุง (ร้อยละ 44.00)

ผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทส่วนใหญ่มิโรคร่วม (ร้อยละ 90.5) โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมที่มากที่สุด (ร้อยละ 40.6) รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 27.90) ด้านการรักษาผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยา (ร้อยละ 84.50) โดยที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาต้านเกร็ดเลือด (antiplatelet) (ร้อยละ 63.10) สำหรับการรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นการรักษาที่ได้รับรองมาจากการรักษาด้วยยา (ร้อยละ 14.30) ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทมีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัว คือ สายสวนปัสสาวะมากที่สุด ร้อยละ (48.10) รองลงมา คือ สายยางให้อาหารจมูกหรือทางปากหรือทางหน้าท้อง (ร้อยละ 46.80) และท่อหลอดลมคอ (ร้อยละ 5.10) ตามลำดับ จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทโดยรวมเฉลี่ย 7.35 ( $SD=7.16$ ) จำนวนวันที่น้อยที่สุดคือ 1 วัน และนานที่สุดคือ 33 วัน

## ส่วนที่ 2 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่านของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท การรับรู้ความรุนแรงตามการเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล และคุณภาพการนอน

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่านของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ( $n = 84$ )

ตัวแปร	$n$ (%)	พิสัย ที่เป็นไปได้	พิสัย ที่เป็นจริง	$M$	$SD$	ระดับ
ความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่าน	84 (100)	17-85	18-55	34.69	7.65	ต่ำ
ความเครียดระดับต่ำ	81 (96.4)	17-50	18-49			-
ความเครียดระดับปานกลาง	3 (3.60)	51-67	52-55			-

จากตารางที่ 3 พบว่า ญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทมีความเครียดระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไปอยู่ในระดับต่ำ ( $M = 34.69$ ,  $SD = 7.65$ ) โดยที่มีความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 96.40 และระดับปานกลางร้อยละ 3.60

ตารางที่ 4 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล และคุณภาพการสอน ( $n = 84$ )

ตัวแปร	พิสัย ที่เป็นไปได้	พิสัย ที่เป็นจริง	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	0-100	0-100	65.19	2.36	มาก
ความหวัง	12-48	34-48	42.15	4.20	สูง
ความพร้อมในการดูแล	1-5	3-5	3.85	.61	มาก
คุณภาพการสอน	0-180	106-180	151.83	19.49	ดี

จากตารางที่ 4 พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามการรับรู้ของญาติอยู่ในระดับมาก ( $M = 65.19, SD = 2.36$ ) ความหวังอยู่ในระดับสูง ( $M = 42.15, SD = 4.20$ ) ความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับมาก ( $M = 3.85, SD = .61$ ) และคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตอยู่ในระดับมาก ( $M = 151.83, SD = 19.49$ )

### ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล และคุณภาพการสอน กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป

การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาหาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามการรับรู้ของญาติ ความหวัง ความพร้อมในการดูแลของญาติ และคุณภาพการสอนของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation) โดยก่อนการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2555) ดังนี้

1. ตัวแปร การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล คุณภาพการสอนของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต และความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้าย

ผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป เป็นตัวแปรที่มีการวัดที่ระดับอันดับ

2.กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มจากประชากร (Random sampling)

3.การกระจายตัวของข้อมูลที่ทำการทดสอบโดย Normal Q-Q ของ ตัวแปรต้น ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล และคุณภาพการสอนของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่ามีการกระจายตัวแบบปกติ ส่วนการกระจายตัวของข้อมูลตัวแปรตาม คือ ความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป ที่ทำการทดสอบโดยกราฟ Histogram พบว่ามีการกระจายตัวแบบปกติเช่นเดียวกัน

4.ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity) ทำการพิจารณาจากกราฟ Scatter plot ของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล คุณภาพการสอนของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป พบว่า มีค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์กระจายบริเวณศูนย์

5.การทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Test of linearity) โดยใช้สถิติ F-Test พบว่าตัวแปรต้น การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล คุณภาพการสอนของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต ทุกตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแรกตาม คือ ความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป

จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทั้งหมด จึงทำการวิเคราะห์ และนำเสนอค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล และคุณภาพการสอน กับ ความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป ( $n = 84$ )

ตัวแปร	ความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่าน
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	.22*
ความหวัง	-.44***
ความพร้อมในการดูแล	-.63***
คุณภาพการสอนของพยาบาล	-.36**

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

จากตารางที่ 5 พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามการรับรู้ของญาติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .22, p < .05$ )

ความหวัง มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.44, p < .001$ )

ความพร้อมในการดูแลของญาติ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.63, p < .001$ )

คุณภาพการสอนของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.36, p < .01$ )

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล และคุณภาพการสอน กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป โดยใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ เมลลิส และคณะ (Meleis et al., 2010) และการทบทวนวรรณกรรมเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทที่จะรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยหลังจากย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป ในเครือโรงพยาบาลกรุงเทพ เขตกรุงเทพมหานคร สุ่มตัวอย่างโดยการกำหนดช่วงเวลาเก็บข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ.2565 ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ.2567 ในการวิจัย รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 84 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามส่วนบุคคลของญาติ แบบสอบถามส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท แบบสอบถามความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่าน แบบประเมินความหวัง แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลของญาติ แบบสอบถามคุณภาพการสอนของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต และแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือดังกล่าวไปวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) กับญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .80, .84, .91, .94 ตามลำดับ และเมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .70, .85, .89, .91 ตามลำดับ สำหรับแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นเครื่องมือที่มีข้อคำถามเพียงข้อเดียว จึงไม่ต้องนำมาหาความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท คะแนนความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่าน การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล คุณภาพของการสอน โดยการใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามการรับรู้ของญาติ ความหวัง ความพร้อมในการดูแล คุณภาพของการสอนกับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่าน โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

## ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาระดับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาท

กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นญาติของผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.10) อยู่ในวัยกลางคนที่มีอายุระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 61.90) มีอายุเฉลี่ย 46.54 ปี ( $SD=11.68$ ) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.00) มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 61.90) โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 39.30) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ บุตร (ร้อยละ 39.30) รองลงมาคือ ภรรยา (ร้อยละ 31.00) ความถี่ในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ขณะรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน (ร้อยละ 53.57) ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การดูแลทั้งผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท (ร้อยละ 79.80) และไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบอื่น ๆ (ร้อยละ 75.00)

คำแนะนำที่ญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทที่ได้รับระหว่างรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมากที่สุดคือ การประเมินและสังเกตอาการผิดปกติ (ร้อยละ 75.00) และบุคคลที่ให้คำแนะนำมากที่สุดคือ พยาบาล (ร้อยละ 97.61) และแพทย์ (ร้อยละ 95.23) ญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทส่วนใหญ่ไม่มีความเครียด ณ ปัจจุบัน (ร้อยละ 59.50) สำหรับญาติที่มีความเครียด (ร้อยละ 40.50) พบว่าประเด็นที่ส่งผลให้เกิดความเครียดมากที่สุด คือ การดูแลผู้ป่วยหลังภาวะวิกฤต (ร้อยละ 30.00) รองลงมา คือ อาการของผู้ป่วย (ร้อยละ 27.50)

### 2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาท

ผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 57.10) อยู่ในวัยสูงอายุ (ร้อยละ 59.50) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตกมากที่สุด (ร้อยละ 89.30) โดยที่ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตก เมื่อแรกรับเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 77.30) และระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.67) เช่นเดียวกัน ส่วนระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บสมอง เมื่อแรกรับเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.70) มากที่สุด ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บสมอง ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 67.70) โดยที่ระดับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยมาก (ร้อยละ 44) รองลงมาอยู่ในระดับน้อย

(ร้อยละ 39.30) สำหรับระดับความพิการก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ส่วนใหญ่มีความผิดปกติรุนแรงต้องนอนบนเตียงตลอดเวลาและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด (ร้อยละ 45.20) ใกล้เคียงกับมีความผิดปกติมากไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่มีคนช่วย แต่สามารถเดินได้โดยต้องมีคนช่วยพยุง (ร้อยละ 44.00)

ผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทส่วนใหญ่มิโรคร่วม (ร้อยละ 90.5) โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมที่มากที่สุด (ร้อยละ 40.6) ด้านการรักษาผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยา (ร้อยละ 84.50) โดยที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาต้านเกร็ดเลือด (antiplatelet) (ร้อยละ 63.10) สำหรับการรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นการรักษาที่ได้รับรองมาจากการรักษาด้วยยา (ร้อยละ 14.30) ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัว คือ สายสวนปัสสาวะมากที่สุด (ร้อยละ 48.10) รองลงมา คือ สายยางให้อาหารจมูกหรือทางปากหรือทางหน้าท้อง (ร้อยละ 46.80) จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทโดยรวมเฉลี่ย 7.35 (SD=7.16) จำนวนวันที่น้อยที่สุดคือ 1 วัน และนานที่สุดคือ 33 วัน

3.คะแนนความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทเมื่อย้ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไปอยู่ในระดับต่ำ ( $M = 34.69, SD = 7.65$ )

4.การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับมาก ( $M = 65.19, SD = 2.36$ ) ความหวังอยู่ในระดับสูง ( $M = 42.15, SD = 4.20$ ) ความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับมาก ( $M = 3.85, SD = .61$ ) และคุณภาพการนอนอยู่ในระดับดี ( $M = 151.83, SD = 19.49$ )

5.การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .22, p < .05$ )

6.ความหวังมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.44, p < .001$ )

7.ความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.63, p < .001$ )

8.คุณภาพการนอนของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.36, p < .01$ )

## การอภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้  
ระดับความเครียดของญาติในระยะเวลาเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาท  
ออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป

จากการศึกษาระดับความเครียดในระยะเวลาเปลี่ยนผ่านครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบ  
ประสาทมีความเครียดระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไปอยู่ใน  
ระดับต่ำ ( $M = 34.69, SD = 7.65$ ) ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความเครียดอยู่  
ในระดับปานกลางถึงระดับสูง (Li et al. 2021; Zhou et al. 2017) อธิบายได้จาก 3 ปัจจัยที่พบจาก  
การศึกษานี้ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ปัจจัยส่วนบุคคลของ  
ผู้ป่วย และระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในเครือโรงพยาบาลกรุงเทพ ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง  
(ร้อยละ 82.10) มีอายุเฉลี่ย 46.54 ปี ( $SD = 11.68$ ) ส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคนที่อายุระหว่าง 41-60 ปี  
(ร้อยละ 61.90) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร (ร้อยละ 39.30) และภรรยา (ร้อยละ 31.00)  
อธิบายได้ว่า ผู้หญิงวัยกลางคน เป็นวัยที่มีวุฒิภาวะ มีความคิดเป็นเหตุเป็นผล มีพัฒนาการด้าน  
สติปัญญา อารมณ์ และสังคมอย่างสมบูรณ์ มีความอดทน และผ่านประสบการณ์ในการดูแล  
ครอบครัว ทั้งสามี บุตรหรือบิดามารดา ส่งผลให้สามารถเข้าใจและตัดสินใจแสดงพฤติกรรมใน  
สถานการณ์ต่าง ๆ รวมทั้งการเผชิญปัญหาในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้ดี นอกจากนี้  
ผู้หญิงวัยกลางคนยังมีความเข้าใจและมีประสบการณ์ในชีวิตเป็นอย่างดี รวมถึงการมีหน้าที่การงาน  
และมีฐานะทางการเงิน (เกษร เกษมสุข & บังอร ฤทธิอุดม, 2566) เมื่อได้รับบทบาทเป็นผู้ดูแล  
บุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยที่มีความรักใคร่ใกล้ชิดผูกพันกัน ญาติจะมีความพร้อมในการ  
ตอบสนองทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย (พิศมัย สุรกาญจน์ และดารุณี จงอุดมการณ์, 2562)  
ส่งเสริมให้เกิดการปรับตัวในบทบาทผู้ดูแลที่ดี (อุไรวรรณ ทองอร่าม, 2562)

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 61.90)  
และสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 20.20) ซึ่งมีความสามารถในการแสวงหาข้อมูลโดยการสอบถาม  
หรือสืบค้นข้อมูลด้วยตนเอง ตลอดจนสามารถสื่อสารหรือสอบถามข้อมูลที่สงสัยกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล  
รักษาผู้ป่วยได้ ซึ่งส่งผลให้เกิดความเข้าใจในแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับมากขึ้น สอดคล้องกับ  
การศึกษาของ Ramya et al. (2022) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงสามารถเข้าถึงข้อมูลและ  
ทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย สามารถนำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย  
และสามารถแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วยได้ อีกทั้งสามารถสื่อสารได้อย่างมี  
ประสิทธิภาพกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ส่งผลให้ญาติมีความมั่นใจและทำให้ความเครียดลดลง

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 39.30) ทำให้สามารถบริหารเวลาในการทำงานหรือปรับเปลี่ยนเวลาในการทำงาน ทำให้สามารถบริหารจัดการเวลาในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้มากกว่าวันละสองครั้ง ในขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต (ร้อยละ 53.57) ส่งผลให้ทราบถึงความก้าวหน้าของสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับอาการ การรักษาและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก

นอกจากนี้ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทส่วนใหญ่มีอาการและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นกว่าเมื่อแรกรับในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยที่ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตกแรกรับส่วนใหญ่มีความรุนแรงระดับปานกลาง (ร้อยละ 77.30) ระดับปานกลางถึงรุนแรง (ร้อยละ 22.70) เมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตกลดลงเหลือระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 22.66) และระดับปานกลางเหลือเพียงร้อยละ (66.67) เช่นเดียวกับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บทางสมอง พบว่าเมื่อแรกรับความรุนแรงส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.70) แต่เมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บทางสมองส่วนใหญ่ลดลงเหลือเพียงระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 66.70) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ghorbanzadeh et al. (2021) ซึ่งพบว่าการศึกษาที่ผู้ป่วยอาการดีขึ้นพอที่จะย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตได้ จะทำให้ความเครียดของญาติน้อยลง เป็นการตอบสนองทางด้านบวกของญาติต่อการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

นอกจากนี้ระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและญาติของเครือโรงพยาบาลกรุงเทพ เป็นระบบการดูแลที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ประกอบกับการมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาททั้งโรคหลอดเลือดสมองและการบาดเจ็บสมอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นมาตรฐานและแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และลดความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย อีกทั้งเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการรักษา รวมถึงการดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แพทย์ พยาบาลรวมถึงสหสาขาวิชาชีพจะมีหน้าที่ในการให้ข้อมูลและการวางแผนการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยที่ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา โดยการจัดประชุมทั้งทีมแพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยและญาติ (Patient and Family meeting conference) รวมถึงการแจ้งความก้าวหน้าของการรักษาตลอดระยะเวลาที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับคำแนะนำในระหว่างผู้ป่วยรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยที่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาล (ร้อยละ 97.61) แพทย์ (ร้อยละ 95.23) และสหสาขาวิชาชีพ (ร้อยละ 14.50) โดยที่คำแนะนำที่ได้รับครอบคลุม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านจิตสังคม ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ญาติประเมินว่าได้รับข้อมูล เรื่อง การประเมินและ

สังเกตอาการผิดปกติ (ร้อยละ 75.00) รองลงมาคือการฟื้นฟูสภาพ (ร้อยละ 66.67) การขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ (ร้อยละ 60.71) รวมถึงการสนับสนุนผู้ป่วยทางด้านจิตใจและอารมณ์ (ร้อยละ 32.10) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วันเพ็ญ สุทธิศักดิ์สุนทร และคณะ (2565) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลที่เพียงพอและเป็นแบบแผนส่งผลให้ความเครียดของผู้ดูแลลดลง

อีกทั้งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การเข้าเยี่ยมผู้ป่วยวิกฤตของญาติที่สามารถเข้าเยี่ยมวันละ 2 ครั้ง (ร้อยละ 29.76) และมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน (ร้อยละ 53.57) ซึ่งทางหอผู้ป่วยวิกฤตมีความยืดหยุ่นทางด้านเวลาในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และในทุกครั้งที่เข้ามาเยี่ยมผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยจะได้รับการแจ้งอาการปัจจุบันของผู้ป่วย ความคืบหน้าของการรักษาและแผนการรักษาพยาบาล รวมถึงคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต นอกจากนี้แล้วญาติยังสามารถสอบถามอาการผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง และสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของญาติผู้ป่วยวิกฤตในระยะเปลี่ยนผ่านของ Meiring-Noordstra et al. (2024) พบว่าการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยอย่างเพียงพอสามารถลดความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Naef et al. (2021) และ Twibell et al. (2020) ที่พบว่า การดูแลแบบผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง รวมถึงการเปิดโอกาสในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และความยืดหยุ่นในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยของญาติ รวมถึงการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับญาติผู้ป่วย สามารถลดผลกระทบทางด้านจิตใจที่ส่งผลให้เกิดความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตได้

นอกจากนี้ การจัดสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาลของในเครือโรงพยาบาลกรุงเทพ ทั้งในหอผู้ป่วยวิกฤตและบริเวณพักรอระหว่างการเข้าเยี่ยมของญาติ เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยและญาติด้วยการเยียวยา (healing environment) และการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อสร้างความสุขสบาย (environment comfort) เช่น การมีที่พักรอที่สุขสบาย มีภาพวาด เสียงเพลง หรือสิ่งอำนวยความสะดวกหรือกิจกรรมที่ญาติสามารถผ่อนคลาย เช่น ดูโทรทัศน์ เป็นต้น ในระหว่างรอเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งสามารถลดความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Nwozichi & Olorunfemi (2023) ที่พบว่า การจัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤตหรือในโรงพยาบาลให้ดูเป็นมิตร มีความอบอุ่น ทำให้ญาติผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และลดความเครียดได้ จะเห็นได้ว่า การดูแลผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลาง รวมถึงกระบวนการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยและความยืดหยุ่นจะส่งผลให้ญาติมีความเข้าใจในการดำเนินของโรคและมีความคุ้นเคยกับสภาวะของผู้ป่วย รวมถึงสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤตและบริเวณพักรอของญาติในโรงพยาบาล ส่งผลให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ

ถึงแม้ว่าญาติจะได้รับข้อมูลจากบุคลากรอย่างต่อเนื่องและอาการผู้ป่วยฟื้นจิตใจอันตราย แต่อย่างไรก็ตาม ญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ร้อยละ 40.50 ยังบอกว่าจะมีความเครียดโดยประเด็นที่ญาติเครียดส่วนใหญ่ คือ การดูแลหลังภาวะวิกฤต (ร้อยละ 30) และอาการผู้ป่วย (ร้อยละ 27.50) จะเห็นได้ว่าการรับรู้ของญาติบางส่วนยังรับรู้ว่าการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ป่วยยังมีความรุนแรงของการเจ็บป่วย อธิบายได้ว่า เนื่องจากการเข้าเยี่ยมและติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ญาติรับรู้ว่าการย้ายผู้ป่วยยังนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลาและต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนย้ายออกอยู่ในระดับน้อยมาก (ร้อยละ 44) และระดับความพิการอยู่ในระดับรุนแรงต้องมีคนดูแลอย่างใกล้ชิด (ร้อยละ 45.20) นอกจากนี้ผู้ป่วยวิกฤตก่อนย้ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตบางส่วนยังมีท่อหลอดลมคอ (Tracheostomy) ร้อยละ 5.10 สายยางให้อาหารทางจมูก (NG tube) ร้อยละ 46.80 และสายสวนปัสสาวะ (Foley's catheter) ร้อยละ 48.10 ประกอบกับญาติส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท (ร้อยละ 79.80) และไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบอื่น ๆ (ร้อยละ 75.00) อาจส่งผลให้ญาติบางส่วนยังรับรู้ว่ามีตนเองมีความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 3.6) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wu et al. (2020) ที่พบว่า ความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยและความพิการของผู้ป่วย หากญาติรับรู้ว่าการของผู้ป่วยยังรุนแรง ส่งผลให้ญาติมีความเครียดเพิ่มขึ้นได้

**ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล คุณภาพการนอน กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป**

ผลการศึกษานี้พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามการรับรู้ของญาติ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .22, p < .05$ ) กล่าวคือ ญาติผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยสูง จะส่งผลให้ความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่านสูง อธิบายโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลลิส และคณะ (Meleis et al., 2010) ที่กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามการรับรู้ของญาติ เป็นเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน คือการให้ความหมาย ซึ่งอาจจะเอื้ออำนวยหรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่านให้ผ่านพ้นไปได้โดยง่ายหรือมีความยากลำบาก กล่าวคือ หากญาติให้ความหมายของการรับรู้การเจ็บป่วยว่าไม่รุนแรงหรือรุนแรงน้อย ญาติจะมีความเครียดระดับต่ำและสามารถเปลี่ยนผ่านในสถานการณ์นั้นได้ ในทางตรงกันข้ามหากญาติให้ความหมายว่า

ยังรับรู้ว่ามีผู้ป่วยยังคงมีความรุนแรงมาก ส่งผลให้ญาติมีความเครียดสูงและอาจไม่สามารถเปลี่ยนผ่านในช่วงการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตได้

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ญาติประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ( $M = 65.19, SD = 2.36$ ) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนย้ายออกอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 39.3) ถึงน้อยมาก (ร้อยละ 40.00) และความพิการของผู้ป่วยยังอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 44.00) ถึงระดับรุนแรง (ร้อยละ 45.20) นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยวิกฤตบางส่วนยังมีท่อหลอดลมคอ, สายยางให้อาหารทางจมูก และสายสวนปัสสาวะ ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อย้ายไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Wu et al. (2022) ที่พบว่า ความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย หากญาติรับรู้ว่าการอาการของผู้ป่วยยังรุนแรง ส่งผลให้ญาติมีความเครียดเพิ่มขึ้นได้ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Biswas et al. (2019) ที่พบว่า หากญาติรับรู้ว่ามีอาการของโรครุนแรงเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ญาติมีความเครียดเพิ่มมากขึ้นด้วย และการศึกษาของ Valero-Moreno et al. (2022) ที่พบว่า เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการของโรคเพิ่มขึ้นและไม่สามารถควบคุมอาการได้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเครียดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ญาติไม่สามารถเปลี่ยนผ่านเป็นผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่าน จากการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.44, p < .001$ ) อธิบายได้ว่า ความหวัง เป็นหนึ่งในเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านส่วนบุคคลตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis et al., 2010) หมายความว่า หากญาติผู้ป่วยวิกฤตมีความหวังในระดับสูงว่าผู้ป่วยจะต้องฟื้นหายและปลอดภัยจากภาวะวิกฤตจะส่งผลให้ความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่านน้อยลง อีกทั้งความหวังจะเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตสามารถเปลี่ยนผ่านสู่บทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างสมบูรณ์ การศึกษาครั้งนี้ พบว่าญาติประเมินว่าความหวังอยู่ในระดับสูง ( $M = 42.15, SD = 4.20$ ) ส่งผลให้ความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่านในระดับต่ำเนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตประสาทอาการดีขึ้นจนสามารถย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Garcia et al. (2022) ที่พบว่าความหวังมีประสิทธิภาพในการลดความเครียดของบิดามารดาและสามารถรับมือกับความกดดันและความไม่แน่นอนในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด 19 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ McCarthy et al.

(2022) อธิบายว่า ความหวังเป็นสิ่งสำคัญในการสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัว สามารถจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องด้านจิตใจได้

จากการศึกษาพบว่า ความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.63, p < .001$ ) กล่าวคือ เมื่อญาติมีความพร้อมในการดูแลมาก ความเครียดของญาติจะน้อยลง ซึ่งความพร้อมในการดูแลของญาติเป็นเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านในส่วนปัจจัยส่วนบุคคลตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis et al., 2010) การเตรียมความพร้อมและความรู้ที่ดีให้แก่ญาติผู้ป่วยในการทำหน้าที่ผู้ดูแล ญาติจะมีความเครียดน้อยลง อีกทั้งเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ญาติเปลี่ยนผ่านสู่บทบาทใหม่ได้อย่างเหมาะสม และทำให้ญาติสามารถเปลี่ยนผ่านได้อย่างสมบูรณ์

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Hancock et al. (2023) ที่พบว่า หากผู้ดูแลรู้สึกพร้อมในบทบาทของตนจะส่งผลให้มีความเครียดน้อยลง การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแลมีความสำคัญอย่างมากในการลดความเครียดของผู้ดูแล เนื่องจากเกิดความมั่นใจและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Lin et al. (2023) ที่พบว่า การรับรู้ความเครียดของผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแล และหากรับรู้ความเครียดมากอาจส่งผลให้มีผู้ดูแลมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการสอนของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตกับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่านพบว่า คุณภาพการสอนของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.36, p < .01$ ) การสอนของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นการบำบัดทางการพยาบาลตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis et al., 2010) ที่จะช่วยส่งเสริม สนับสนุนให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านจากสภาวะหนึ่งไปยังสภาวะหนึ่ง หรือเปลี่ยนแปลงจากบทบาทหนึ่งไปยังอีกบทบาทหนึ่งได้อย่างมีทักษะและมีความชำนาญ (Mastery) กล่าวคือ หากญาติได้รับการสอนที่มีคุณภาพที่ดี ขณะที่ผู้ป่วยรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ส่งผลให้ญาติเกิดความรู้ความเข้าใจ และสามารถนำไปใช้ในการช่วยสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและการดูแลผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติที่ต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เมื่อญาติมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ญาติมีความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่านนี้น้อยลงหรือไม่มีความเครียดเลย การศึกษานี้พบว่าญาติประเมินว่าคุณภาพการสอนของพยาบาลในหอผู้ป่วยอยู่ในระดับดี ( $M = 151.83, SD = 19.49$ ) ทั้งนี้เนื่องจากระบบการสอนและการให้ข้อมูลของพยาบาล เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย รวมถึง

การสังเกตอาการผิดปกติ เมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการบาดเจ็บทางสมองที่มีระเบียบแบบแผน

สอดคล้องกับการศึกษาของ Shoushi et al. (2020) ที่พบว่าความเครียดของญาติผู้ป่วยที่ผ่าตัดหัวใจแบบเปิดลดลง ภายหลังจากที่ได้ข้อมูลผ่านการสอนตัวต่อตัวและทางโทรศัพท์จากพยาบาล ตั้งแต่ 1 วันก่อนการผ่าตัดจนถึง 14 วันหลังจากจำหน่าย และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Nalwadda et al. (2023) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่คลอดก่อนกำหนดมีความเครียดและวิตกกังวล เนื่องจากขาดการให้ข้อมูลที่เหมาะสมและต่อเนื่องภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากข้อมูลดังกล่าวเห็นชัดว่าการให้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอและขาดการสอนที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ระดับความเครียดของผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านเพิ่มมากขึ้นนอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ (Li & Yang., 2023) พบว่า พยาบาลประสานงานที่ทำหน้าที่ให้ข้อมูลรวมถึงให้การสอนแก่ญาติสามารถช่วยลดความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่านของญาติได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาในครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐาน และกรอบแนวคิดการวิจัย (ภาพที่ 1) ยืนยันได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล และคุณภาพการสอนของพยาบาล มีความสัมพันธ์กับความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่านของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท เมื่อย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป มีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

#### 1.ด้านการพยาบาล

1.1 จากผลการศึกษา ที่พบว่า การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอยู่ในระดับมาก พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของญาติ และพัฒนาแนวทางการให้ข้อมูลหรือการให้คำปรึกษา (Counselling) เพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจกับญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยก่อนย้าย

1.2 ควรสนับสนุนให้ญาติมีความหวัง มีกำลังใจในระหว่างที่ผู้ป่วยรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จัดสถานที่เพื่อช่วยส่งเสริมความหวัง กำลังใจ ตามความเชื่อส่วนบุคคลของญาติเช่น ห้อง

พระ สำหรับศาสนาพุทธ สถานที่สวดภาวนา สำหรับศาสนาคริสต์ และห้องละมวด สำหรับศาสนาอิสลาม

1.3 ควรมีแผนการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ ด้วยการสอนและการให้ข้อมูลอย่างมีคุณภาพในขณะที่ผู้ป่วยรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต รวมถึงการพัฒนาสมรรถนะทางการสอนแก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งการสอนที่มีคุณภาพจะสามารถลดความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่าน และเตรียมความพร้อมในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่อย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมีคุณภาพ

## 2.ด้านการวิจัย

2.1 ควรมีการศึกษาหาปัจจัยที่มีความอิทธิพลต่อความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่านของญาติเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป

2.2 ให้ผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการดูแลญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท เพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย เมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป

2.3 ควรศึกษาหาปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่านของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่านจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป

## บรรณานุกรม

- เกษร เกษมสุข, และบังอร ฤทธิอุตม. (2566). การส่งเสริมพัฒนาการผู้ใหญ่วัยกลางคน: บทบาทของพยาบาล. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 17(1), 368-380.
- ขวัญตา บุญวาศ, ชิดารัตน์ สุภานันท์, อรุณี ชุนหบดี, และนิมิตตรา แว. (2560). ความเครียดและ ความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยและการสาธารณสุข ภาคใต้*, 4(1), 205-216.
- จรรยา ชำเจริญ, สุปรีดา มั่นคง, และนุชนาฏ สุทธิ. (2564). ปัจจัยทำนายความเครียดของญาติผู้ดูแล จากกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 36(1), 150-166.
- จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, อภิญญา เพียรพิจารณ์ และรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร. (2550). *แนวคิดพื้นฐานทฤษฎีการพยาบาลและกระบวนการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- จิตตวดี เจริญทอง และศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ. *พยาบาลสาร*, 3(48), 214-225.
- จิราพร มิตรมาตย์. (2560). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม้ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิราวรรณ ลีลาพัฒน์พานิชย์. (2541). *ความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. [วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม้ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2555). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพ และการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS*. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ณิชชาวิทย์ พิริยจรัสชัย และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2561). ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(พิเศษ), 234-240
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- ปริมล หงส์ศรี. (2559). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมเพื่อการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม้ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- พิศมัย สุรกาญจน์ และคารุณี จงอุคมการณ์. (2562). บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพของ สมาชิกครอบครัวที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: การสังเคราะห์วิทยานิพนธ์ แบบการวิจัยเชิงคุณภาพ. *วารสารสำนักงานกองทุนรณรงค์โรครักษา 7 ขอนแก่น*, 26(2), 83-92.
- มลธิรา อุดมพิสัย และนันทยา แสงทรงฤทธิ์. (2563). ความต้องการและความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม: การศึกษาแบบผสมวิธีผสมผสาน. *วารสาร สภากาชาดไทย*, 13(1), 261-281.
- ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ (Clinical practice guidelines for traumatic brain injury)*.  
<http://www.neurosurgerycmu.com/wp-content/uploads/2019/12/GPG-final-2562-compressed.pdf>
- รัชชก ทรงทรัพย์. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยการสนับสนุนทางสังคมความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพและความรู้สึกไม่แน่นอนของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดสมอง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต "ไม่ได้ตีพิมพ์"]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เลิศมะณี ศรีสุพรรณวงศ์. (2548). ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยกระดูกขาหักหลังได้รับการ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต "ไม่ได้ตีพิมพ์"]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วันเพ็ญ สุทธิศักดิ์สุนทร, นิภาภรณ์ ชื่นอร่าม และพรทิพา สุภราสี. (2565). ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความเครียดและความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กภาวะวิกฤต. *วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ*, 4(1), 1-17.
- วิจิตรา กุสุมภ์ และสุนันทา ครองยุทธ. (2563). ผลกระทบด้านจิตใจในผู้ป่วยวิกฤต: กลยุทธ์ในการจัดการ. *วารสารพยาบาล*, 69(3), 53-61.
- สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย. (2550). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา.
- สุชา จันทน์เอม. (2542). *จิตวิทยาพัฒนาการ*. สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิชจำกัด.
- แสงเดือน กันทะขู้. (2552). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยมหิดล.

- แสงเดือน กันทะขู้, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คณิงนิจ พงศ์ถาวรกมล, นัตรกนก ทุมวิภาต. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *Journal of Nursing Science*, 21(2), 83-91.
- โสภา หมูศิริ. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศิริเมศร์ โภโค, ศากุล ช่างไม้, และทิพา ต่อสกุลแก้ว. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความหวังต่อดัชนีชี้วัดความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 3(29), 81-93.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2557). สถิติในการวิจัย เลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม. กรุงเทพฯ: ส.เอเชียเพรส.
- อุไรวรรณ ทองอร่าม และนิภาวรรณ สามารถกิจ. (2562). อิทธิพลของความพร้อมในการดูแลและการระในการดูแล และรางวัลจากการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 46(3), 88-102.
- Abdelmalik, P. A., Draghic, N., & Ling, G. S. F. (2019). Management of moderate and severe traumatic brain injury. *Transfusion*, 59(S2), 1529-1538.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/trf.15171>
- Abdul Halain, A., Tang, L. Y., Chong, M. C., Ibrahim, N. A., & Abdullah, K. L. (2022). Psychological distress among the family members of intensive care unit (ICU) patients: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 31(5-6), 497-507.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.15962>
- Abuatiq, A., Brown, R., Wolles, B., & Randall, R. (2020). Perceptions of stress: Patient and caregiver experiences with stressors during hospitalization. *The Clinical Journal of Oncology Nursing*, 24(1), 51-57. <https://doi.org/10.1188/20.Cjon.51-57>
- Alfheim, H. B., Hofsv, K., Småstuen, M. C., Tøien, K., Rosseland, L. A., & Rustøen, T. (2019). Post-traumatic stress symptoms in family caregivers of intensive care unit patients: A longitudinal study. *Intensive Critical Care Nursing*, 50, 5-10.  
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.05.007>
- Archbold, P.G. & Stewart, B.J. (1986). *Family caregiving inventory*. Unpublished manuscript, Oregon Health Sciences University, School of nursing, Department of Family Nursing, Portland.

- Archbold, P. G., Stewart, B. J., Miller, L. L., Harvath, T. A., Greenlick, M. R., Van Buren, L., Kirschling, J. M., Valanis, B. G., Brody, K. K., Schook, J. E., & et al. (1995). The PREP system of nursing interventions: a pilot test with families caring for older members. Preparedness (PR), enrichment (E) and predictability (P). *Research in nursing and health*, 18(1), 3-16. <https://doi.org/10.1002/nur.4770180103>
- Almeida, R. (1996). *Severity of illness versus severity of disease: definitions and applications* [Doctoral dissertation], Linköpings university.
- Badenes, R., Robba, C., Taccone, F. S., & Bilotta, F. (2018). Neuro-icu patient disposition: Optimal venue for acute needs. *Current Opinion in Critical Care*, 24(2), 65-71. <https://doi.org/10.1097/mcc.0000000000000482>
- 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. <https://doi.org/10.22391/fppc.787056>
- Becker, C. D., Bowers, C., Chandy, D., Cole, C., Schmidt, M. H., & Scurlock, C. (2018). Low risk monitoring in neurocritical care. *Frontiers in Neurology*, 9, 938-938. <https://doi.org/10.3389/fneur.2018.00938>
- Bervers, M. B., & Kimberly, W. T. (2017). Critical care management of acute ischemic stroke. *Current treatment options in cardiovascular medicine*, 19(6), 41-41. <https://doi.org/10.1007/s11936-017-0542-6>
- Biaiek, K., & Sadowski, M. (2021). Stress, anxiety, depression and basic hope in family members of patients hospitalised in intensive care units – preliminary report. *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 53(2), 134-140. <https://doi.org/10.5114/ait.2021.105728>
- Biswas, B., Saha, R., Haldar, D., & Saha, I. (2019, 09/26). Level of stress perception and predictors of higher stress perception among informal primary caregivers of Eastern Indian people living with HIV/AIDS. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 6, 4374. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20194497>
- Bolosi, M., Peritogiannis, V., Tzimas, P., Margaritis, A., Milios, K., & Rizos, D. V. (2018). Depressive and anxiety symptoms in relatives of intensive care unit patients and the perceived need for support. *Journal of neurosciences in rural practice*, 9(4), 522-528. [https://doi.org/10.4103/jnrp.jnrp\\_112\\_18](https://doi.org/10.4103/jnrp.jnrp_112_18)

- Bonow, R. H., Quistberg, A., Rivara, F. P., & Vavilala, M. S. (2019). Intensive care unit admission patterns for mild traumatic brain injury in the USA. *Neurocritical Care*, *30*(1), 157-170. <https://doi.org/10.1007/s12028-018-0590-0>
- Bramlett, H. M., & Dietrich, W. D. (2015). Long-term consequences of traumatic brain injury: current status of potential mechanisms of injury and neurological outcomes. *Journal of neurotrauma*, *32*(23), 1834-1848. <https://doi.org/10.1089/neu.2014.3352>
- Brandstater, M. E. (1998). *Stroke Rehabilitation*. In J. A. DeLisa, & B. M. Gans (Eds.), *Rehabilitation medicine: Principles and practice (3rd ed.)*. Philadelphia: Lippincott.
- Brislin, R. W. (1986). The wording and translation of research instruments. In W. J. Lonner & J. W. Berry (Eds.), *Field Methods in Cross-Cultural Research* (pp.137-164). Beverly Hills, CA:Sage.
- Burns, N. and Grove, S.K. (2005) *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization. (5th Ed.)*, Elsevier Saunders, Missouri.
- Cameron, J. I., Chu, L. M., Matté, A., Tomlinson, G., Chan, L., Thomas, C., Friedrich, J. O., Mehta, S., Lamontagne, F., Levasseur, M., Ferguson, N. D., Adhikari, N. K. J., Rudkowski, J. C., Meggison, H., Skrobik, Y., Flannery, J., Bayley, M. T., Batt, J., dos Santos, C. B., Abbey, S., Tan, A., Lo, V., Mathur, S., Parotto, M., Morris, D., Flockhart, L., Fan, E., Lee, C. M., Wilcox, M. E., Ayas, N. T., Choong, K., Fowler, R. A., Scales, D. C., Sinuff, T., Cuthbertson, B. H., Rose, L., Robles, P., Burns, S., Cypel, M., Singer, L. G., Chaparro, C., Chow, C. W., Keshavjee, S., Brochard, L. J., Hebert, P., Slutsky, A. S., Marshall, J. C., Cook, D. J., & Herridge, M. S. (2016). One-year outcomes in caregivers of critically ill patients. *The New England Journal of Medicine*, *374*(19), 1831-1841.
- Carlson, E. B., Spain, D. A., Muhtadie, L., McDade-Montez, L., & Macia, K. S. (2015). Care and caring in the intensive care unit: Family members' distress and perceptions about staff skills, communication, and emotional support. *Journal of Critical Care*, *30*(3), 557-561. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.01.012>
- Carney, N., Totten, A. M., O'Reilly, C., Ullman, J. S., Hawryluk, G. W., Bell, M. J., Bratton, S. L., Chesnut, R., Harris, O. A., Kisson, N., Rubiano, A. M., Shutter, L., Tasker, R. C., Vavilala, M. S., Wilberger, J., Wright, D. W., & Ghajar, J. (2017). Guidelines for the

- Management of severe traumatic brain injury, fourth edition. *Neurosurgery*, 80(1), 6-15.  
<https://doi.org/10.1227/neu.0000000000001432>
- Chaboyer, W., James, H., & Kendall, M. (2005). Transitional care after the intensive care unit: Current trends and future directions. *Critical care nurse*, 25, 16-18, 20.
- Choi, J., Donahoe, M. P., & Hoffman, L. A. (2016). Psychological and physical health in family caregivers of intensive care unit survivors: Current knowledge and future research strategies. *Journal Korean Academic Nurse*, 46(2), 159-167.  
<https://doi.org/10.4040/jkan.2016.46.2.159>
- Colbenson, G. A., Johnson, A., & Wilson, M. E. (2019). Post-intensive care syndrome: Impact, prevention, and management. *Breathe*, 15(2), 98-101.  
<https://doi.org/10.1183/20734735.0013-2019>
- Czerwonka, A. I., Herridge, M. S., Chan, L., Chu, L. M., Matte, A., & Cameron, J. I. (2015). Changing support needs of survivors of complex critical illness and their family caregivers across the care continuum: A qualitative pilot study of towards recover. *Journal of Critical Care*, 30(2), 242-249. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.10.017>
- Dalcin Pde, T., Rampon, G., Pasin, L. R., Becker, S. C., Ramon, G. M., & Oliveira, V. Z. (2009). Perception of disease severity in adult patients with cystic fibrosis. *Journal Brasileiro de Pneumologia*, 35(1), 27-34. <https://doi.org/10.1590/s1806-37132009000100005>
- Davidson, J. E., & Harvey, M. A. (2016). Patient and family post-intensive care syndrome. *AACN advanced critical care*, 27(2), 184-186. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2016132>
- Dufault, K., & Martocchio, C. B. (1985). Hope: Its spheres and dimensions. *Nursing Clinics of North America*, 20(2), 379-391.
- Duggleby, W., Lee, H., Nekolaichuk, C., & Fitzpatrick-Lewis, D. (2021). Systematic review of factors associated with hope in family carers of persons living with chronic illness. *Journal of Advance Nursing*, 77(8), 3343-3360. <https://doi.org/10.1111/jan.14858>
- Ehikhametalor, K., Fisher, L., Bruce, C., Aquart, A., Minott, J., Hanna, C., Fletcher, K., Wilson-Williams, C., Morris, L., & Campbell, M. (2019). Guidelines for intensive care unit admission, discharge and triage. *West Indian Medical Journal*, 68.
- Follin, S., Milis, E.J., & Munden, J. (2006). *Disease: a nursing process approach to excellent care*. (4th ed.). William & Wilkins: Lippincott.

- Ferrario, M. M., Veronesi, G., Kee, F., Chambless, L. E., Kuulasmaa, K., Jørgensen, T., Amouyel, P., Arveiler, D., Bobak, M., Cesana, G., Drygas, W., Ferrieres, J., Giampaoli, S., Iacoviello, L., Nikitin, Y., Pajak, A., Peters, A., Salomaa, V., Soderberg, S., Tamosiunas, A., Wilsgaard, T., & Tunstall-Pedoe, H. (2017). Determinants of social inequalities in stroke incidence across europe: A collaborative analysis of 126 635 individuals from 48 cohort studies. *Journal of epidemiology and community health*, *71*(12), 1210-1216. <https://doi.org/10.1136/jech-2017-209728>
- Fukuhara, S., Kurita, N., Wakita, T., Green, J., & Shibagaki, Y. (2019). A scale for measuring health-related hope: its development and psychometric testing. *Annals of Clinical Epidemiology*, *1*, 102-119. [https://doi.org/10.37737/ace.1.3\\_102](https://doi.org/10.37737/ace.1.3_102)
- Garcia, A. S., Born, S. L., Carotta, C. L., Lavender-Stott, E. S., & Stella Liu, H. L. (2022). Hope and Self-Compassion to Alleviate Parenting Stress in the Context of the COVID-19 Pandemic. *Family Journal Alex Va*, *30*(2), 164-173. <https://doi.org/10.1177/10664807211040836>
- Ghorbanzadeh, K., Ebadi, A., Hosseini, M., Madah, S. S. B., & Khankeh, H. (2021). Challenges of the patient transition process from the intensive care unit: A qualitative study. *Acute and Critical Care*, *36*(2), 133-142. <https://doi.org/10.4266/acc.2020.00626>
- Green, T. L., McNair, N. D., Hinkle, J. L., Middleton, S., Miller, E. T., Perrin, S., Power, M., Southerland, A. M., & Summers, D. V. (2021). Care of the patient with acute ischemic stroke (posthyperacute and prehospital discharge): Update to 2009 comprehensive nursing care scientific statement: A scientific statement from the american heart association. *Stroke*, *52*(5), e179-e197. <https://doi.org/10.1161/str.0000000000000357>
- Hancock, D. W., Czaja, S., & Schulz, R. (2022). The Role of Preparedness for Caregiving on the Relationship Between Caregiver Distress and Potentially Harmful Behaviors. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* *37*,15333175221141552. <https://doi.org/10.1177/15333175221141552>
- Hirshberg, E. L., Butler, J., Francis, M., Davis, F. A., Lee, D., Tavake-Pasi, F., Napia, E., Villalta, J., Mukundente, V., Coulter, H., Stark, L., Beesley, S. J., Orme, J. F., Brown, S. M., & Hopkins, R. O. (2020). Persistence of patient and family experiences of critical illness. *The British Medical Journal Open*, *10*(4), e035213. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035213>

- Herth, K. A. (1989). Fostering hope in terminal ill people. *Journal of Advanced Nursing*, 15(3), 1250-1259.
- Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17(10), 1251-1259.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x>
- Hervé, M. E. W., Zucatti, P. B., & Lima, M. (2020). Transition of care at discharge from the intensive care unit: A scoping review. *Revista Lation-Americana Enfermagem*, 28, e3325.  
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.4008.3325>
- Hinds, P. S. (1984). Inducing and definition of hope through the use of grounded theory Methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 9(1), 357-362.
- Hoog, S., Dautzenberg, M., Eskes, A., Vermeulen, H., & Vloet, L. (2020). The experiences and needs of relatives of intensive care unit patients during the transition from the intensive care unit to a general ward: A qualitative study. *Australian Critical Care*, 33.  
<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.01.004>
- Huijben, J. A., Wiegers, E. J. A., Lingsma, H. F., Citerio, G., Maas, A. I. R., Menon, D. K., Ercole, A., Nelson, D., van der Jagt, M., Steyerberg, E. W., Helbok, R., Lecky, F., Peul, W., Birg, T., Zoerle, T., Carbonara, M., & Stocchetti, N. (2020). Changing care pathways and between-center practice variations in intensive care for traumatic brain injury across Europe: a CENTER-TBI analysis. *Intensive Care Medicine*, 46(5), 995-1004.  
<https://doi.org/10.1007/s00134-020-05965-z>
- Inoue, S., Hatakeyama, J., Kondo, Y., Hifumi, T., Sakuramoto, H., Kawasaki, T., Taito, S., Nakamura, K., Unoki, T., Kawai, Y., Kenmotsu, Y., Saito, M., Yamakawa, K., & Nishida, O. (2019). Post-intensive care syndrome: its pathophysiology, prevention, and future directions. *Acute medicine & surgery*, 6(3), 233-246.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/ams2.415>
- Jarrahi, A., Braun, M., Ahluwalia, M., Gupta, R. V., Wilson, M., Munie, S., Ahluwalia, P., Vender, J. R., Vale, F. L., Dhandapani, K. M., & Vaibhav, K. (2020). Revisiting traumatic brain injury: from molecular mechanisms to therapeutic interventions. *Biomedicines*, 8(10), 389.  
<https://www.mdpi.com/2227-9059/8/10/389>

- Johnson, C. C., Suchyta, M. R., Darowski, E. S., Collar, E. M., Kiehl, A. L., Van, J., Jackson, J. C., & Hopkins, R. O. (2019). Psychological sequelae in family caregivers of critically ill intensive care unit patients. A systematic review. *Annals of the American Thoracic Society*, *16*(7), 894-909. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201808-540SR>
- Janssens, T., Verleden, G., De Peuter, S., Van Diest, I., & Van den Bergh, O. (2009). Inaccurate perception of asthma symptoms: a cognitive-affective framework and implications for asthma treatment. *Clinical psychology review*, *29*(4), 317-327. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.006>
- Kogan, E., Twyman, K., Heap, J., Milentijevic, D., Lin, J. H., & Alberts, M. (2020). Assessing stroke severity using electronic health record data: a machine learning approach. *BMC medical informatics and decision making*, *20*(1), 8-8. <https://doi.org/10.1186/s12911-019-1010-x>
- Kramer, A. H., & Zygun, D. A. (2011). Do neurocritical care units save lives? Measuring the impact of specialized ICUs. *Neurocritical Care*, *14*(3), 329-333. <https://doi.org/10.1007/s12028-011-9530-y>
- LaBuzetta, J. N., Rosand, J., & Vranceanu, A.-M. (2019). Review: Post-intensive care syndrome: Unique challenges in the neurointensive care unit. *Neurocritical Care*, *31*(3), 534-545. <https://doi.org/10.1007/s12028-019-00826-0>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Li, B., & Yang, Q. (2023). The effect of an ICU liaison nurse-led family-centred transition intervention program in an adult ICU. *Nursing in Critical Care*, *28*(3), 435-445. <https://doi.org/10.1111/nicc.12764>
- Li, Y., Zou, D., Yang, Y., Li, Y., Zhao, Q., & Zhou, Z. (2021). A study on the psychological status of the caregivers to patients out of icu after craniocerebral tumor surgery and their factors. *Neuroscience and Medicine*, *12*, 1-11.
- Lin, H., Lin, R., Yan, M., Lin, L., Sun, X., Wu, M., Dai, X., & Lin, N. (2024). Associations between preparedness, perceived stress, depression, and quality of life in family caregivers of patients with a temporary enterostomy. *European Journal of Oncology Nursing*, *70*, 102557. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102557>

- Meiring-Noordstra, A., van der Meulen, I. C., Onrust, M., Hafsteinsdóttir, T. B., & Luttik, M. L. (2024). Relatives' experiences of the transition from intensive care to home for acutely admitted intensive care patients-A qualitative study. *Nursing in Critical Care*, 29(1), 117-124. <https://doi.org/10.1111/nicc.12918>
- Mccance, K. L., & Huether S. E. (2006). *Pathophysiology the biologic basis for disease in adults and children (5th ed.)*. St. Louise: Elsevier Mosby.
- McCarthy, J., Higgins, A., McCarthy, B., Flynn, A. V., & Gijbels, H. (2023). Family members' perspectives of hope when supporting a relative experiencing mental health problems. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32(5), 1405-1415. <https://doi.org/10.1111/inm.13185>
- Miceli, J., Geller, D., Tsung, A., Hecht, C. L., Wang, Y., Pathak, R., Cheng, H., Marsh, W., Antoni, M., Penedo, F., Burke, L., Ell, K., Shen, S., & Steel, J. (2019). Illness perceptions and perceived stress in patients with advanced gastrointestinal cancer. *Psychooncology*, 28(7), 1513-1519. <https://doi.org/10.1002/pon.5108>
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D., & K.L, S. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23, 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Pub. Co.
- Miller, J. F. (2000). *Coping with Chronic Illness Overcoming Powerlessness*. Philadelphia, F.A. Davis, 17(4), 287-299.
- Morgenstern, L. B., & Kasner, S. E. (2004). *Cerebrovascular disorders*. In D. C. Dale, & D. D. Federman (Eds.), *ACP Medicine* (2151-2164). New York.
- Naef, R., von Felten, S., & Ernst, J. (2021). Factors influencing post-icu psychological distress in family members of critically ill patients: a linear mixed-effects model. *BioPsychoSocial Medicine*, 15(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s13030-021-00206-1>
- Nalwadda, C., Tusubira, A. K., Nambuya, H., Namazzi, G., Muwanguzi, D., Waiswa, P., Kurinczuk, J., Kelley, M., & Nair, M. (2023). Transition from hospital to home care for preterm babies: A qualitative study of the experiences of caregivers in Uganda. *PLOS Global Public Health*, 3(5), e0000528. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000528>

- Nwozichi, C., & Olorunfemi, O. (2023, 07/01). Intensive care environment: Perspective of relatives of critically ill patient sustained by health technology. *Journal of Integrative Nursing*, 2023, 102-107. [https://doi.org/10.4103/jin.jin\\_117\\_22](https://doi.org/10.4103/jin.jin_117_22)
- Oh, H., Lee, S., Kim, J., Lee, E., Min, H., Cho, O., & Seo, W. (2015). Clinical validity of a relocation stress scale for the families of patients transferred from intensive care units. *Journal clinical nurse*, 24(13-14), 1805-1814. <https://doi.org/10.1111/jocn.12778>
- Pelosi, P., Ferguson, N. D., Frutos-Vivar, F., Anzueto, A., Putensen, C., Raymondos, K., Apezteguia, C., Desmery, P., Hurtado, J., Abroug, F., Elizalde, J., Tomicic, V., Cakar, N., Gonzalez, M., Arabi, Y., Moreno, R., Esteban, A., & Group, f. t. V. S. (2011). Management and outcome of mechanically ventilated neurologic patients. *Critical Care Medicine*, 39(6), 1482-1492. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31821209a8>
- Peters, J. S. (2017). Role of transitional care measures in the prevention of readmission after critical illness. *Critical care nurse*, 37(1), e10-e17. <https://doi.org/10.4037/ccn2017218>
- Pourghane, P., Nikfam, M., & Ebadi, A. (2018). Perceived Stressors of Hospitalized Patients' Family in Cardiac Care Unites: A Qualitative Content Analysis. *Qualitative Report*, 23. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2018.3020>
- Rath, K., Kreitzer, N., Schlichter, E., Lopez, O., Ferioli, S., Ngwenya, L. B., & Foreman, B. (2020). The experience of a neurocritical care admission and discharge for patients and their families: A qualitative analysis. *Journal Neuroscience Nursing*, 52(4), 179-185. <https://doi.org/10.1097/jnn.0000000000000515>
- R, R., Shetty, S., Bhandary, R., & Kulkarni, V. (202). Assessment of psychological stress among family care takers of cancer subjects in India- A cross-sectional study. *Biomedicine*, 42, 1044-1050. <https://doi.org/10.51248/.v42i5.2157>
- Rawal, G., Yadav, S., & Kumar, R. (2017). Post-intensive care syndrome: An overview. *Journal of translational internal medicine*, 5(2), 90-92. <https://doi.org/10.1515/jtim-2016-0016>
- Samarakit, N., Kasemkitvattana, S., Thosingha, O., & Vorapongsathorn, T. (2010). Caregiver Role Strain and Rewards: Caring for Thais with a Traumatic Brain Injury. *Pacific rim international journal of nursing research*, 14, 297-314.
- Scharloo, M., Kaptein, A. A., Schlösser, M., Pouwels, H., Bel, E. H., Rabe, K. F., & Wouters, E. F. (2007). Illness perceptions and quality of life in patients with chronic obstructive

- pulmonary disease. *Journal of asthma*, 44(7), 575-581.  
<https://doi.org/10.1080/02770900701537438>
- Shoushi, F., Janati, Y., Mousavinasab, S., Kamali, M., & Shafipour, V. (2020). The impact of family support program on depression, anxiety, stress, and satisfaction in the family members of open-heart surgery patients. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 7, 69.  
[https://doi.org/10.4103/JNMS.JNMS\\_21\\_19](https://doi.org/10.4103/JNMS.JNMS_21_19)
- Sint Nicolaas, S. M., Schepers, S. A., van den Bergh, E. M. M., Evers, A. W. M., Hoogerbrugge, P. M., Grootenhuis, M. A., & Verhaak, C. M. (2016). Illness cognitions and family adjustment: psychometric properties of the illness cognition questionnaire for parents of a child with cancer. *Support Care Cancer*, 24(2), 529-537. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2795-5>
- Son, Y. J., Hong, S. K., & Jun, E. Y. (2008). Concept analysis of relocation stress: focusing on patients transferred from intensive care unit to general ward. *Taehan kanho hakhoe chi*, 38(3), 353-362. <https://doi.org/10.4040/jkan.2008.38.3.353>
- Stein, P. (1988). Chemotherapy. In Tschudin, V. (editor). *Nursing the patient with cancer*. 2nd. Washington, Prentice Hall International.
- Suarez, J. I. (2006). Outcome in neurocritical care: advances in monitoring and treatment and effect of a specialized neurocritical care team. *Critical Care Medicine*, 34(9), S232-238.  
<https://doi.org/10.1097/01.Ccm.0000231881.29040.25>
- Sweringen, P. L., & Keen, J. H. (2001). *Manual of critical care nursing: Nursing intervention and collaborative management (4th ed)*. St. Louis: Mosby.
- Tantisuvanitchkul, P., Thanakiatpinyo, T., & Kuptniratsaikul, V. (2020). Psychometric properties of the Thai herth hope index in stroke patients. *ASEAN Journal of Rehabilitation Medicine*, 30(1), 15-20.
- Timmerch, T.C. (1997). *Health services Cyclopedia dictionary*. Boston: Jone and Bartlett.
- Turner-Cobb, J. M., Smith, P. C., Ramchandani, P., Begen, F. M., & Padkin, A. (2016). The acute psychobiological impact of the intensive care experience on relatives. *Psychological Health Medicine*, 21(1), 20-26. <https://doi.org/10.1080/13548506.2014.997763>
- Twibell, R.K., Petty, Olynger, A., & Abebe, S. (2018). Families and post-intensive care syndrome. *American nurse today*, 13(4), 6-11.

- Valero-Moreno, S., Montoya-Castilla, I., Schoeps, K., Postigo-Zegarra, S., & Pérez-Marín, M. (2022). Perceived Stress in the Primary Caregivers of Adolescents with Asthma: A Cross-Sectional Study. *Children (Basel)*, *9*(11). <https://doi.org/10.3390/children9111614>
- Valle, M., & Lohne, V. (2021). The significance of hope as experienced by the next of kin to critically ill patients in the intensive care unit. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *35*(2), 521-529. <https://doi.org/10.1111/scs.12864>
- van Beusekom, I., Bakhshi-Raiez, F., van der Schaaf, M., Busschers, W. B., de Keizer, N. F., & Dongelmans, D. A. (2019). Icu survivors have a substantial higher risk of developing new chronic conditions compared to a population-based control group. *Critical Care Medicine*, *47*(3), 324-330. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000003576>
- Venkatasubba Rao, C. P., Suarez, J. I., Martin, R. H., Bauza, C., Georgiadis, A., Calvillo, E., Hemphill, J. C., 3rd, Sung, G., Oddo, M., Taccone, F. S., & LeRoux, P. D. (2020). Global survey of outcomes of neurocritical Care Patients: Analysis of the PRINCE Study Part 2. *Neurocritical Care*, *32*(1), 88-103. <https://doi.org/10.1007/s12028-019-00835-z>
- Vincent, J.-L., & Creteur, J. (2015). Paradigm shifts in critical care medicine: The progress we have made. *Critical Care*, *19*(3), S10. <https://doi.org/10.1186/cc14728>
- Walraven, V. C., Bennett, C., Jennings, A., Austin, C. P., & Forster, J. A. (2011). Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review. *Canadian medical association journal*, *187*(7), 391-402.
- Watts, R., Gardner, H., & Pierson, J. (2005). Factors that enhance or impede critical care nurses' discharge planning practices. *Intensive Critical Care Nursing*, *21*(5), 302-313. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2005.01.005>
- Wehmeier, S. (2000). *Oxford Advanced Learner's Dictionary of Current English* (6<sup>th</sup> ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Wirojratana V. (2002). *Development of the Thai family Care inventory* [Doctoral dissertation]. Portland: Oregon Health & Science University.
- Weiss, M. E., & Piacentine, L. B. (2006). Psychometric properties of the Readiness for Hospital Discharge Scale. *Journal of Nursing Measurement*, *14*(3), 163-180. <https://doi.org/10.1891/jnm-v14i3a002>

- Weiss, M. E., Piacentine, L. B., Lokken, L., Ancona, J., Archer, J., Gresser, S., Holmes, S. B., Toman, S., Toy, A., & Vega-Stromberg, T. (2007). Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical Nurse Special*, 21(1), 31-42. <https://doi.org/10.1097/00002800-200701000-00008>
- Wu, X., Liang, Y., Zheng, B., Wang, H., Ning, M., Zheng, H., & Shi, B. (2020). Care stress in caregivers of disabled stroke patients: a cross-sectional survey. *Annals of Palliative Medicine*, 9(4), 2211-2220. <https://doi.org/10.21037/apm-20-1369>
- Xie, Y., Chen, H., & Li, D. (2020). Effect of liaison nurse-led relocation program on the relocation stress in family members of neurosurgery patients after ICU transfer. *Chinese journal of practical nursing*, 36, 1207-1212.
- Yao, Y.-Y., Wei, Z.-J., Zhang, Y.-C., Li, X., Gong, L., Zhou, J.-W., Wang, Y., Zhang, Y.-Y., & Wang, R.-P. (2021). Functional disability after ischemic stroke: A Community-based cross-sectional study in shanghai, china [Original Research]. *Frontiers in Neurology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fneur.2021.649088>
- Yıldırım, M., & Arslan, G. (2020). Exploring the associations between resilience, dispositional hope, preventive behaviours, subjective well-being, and psychological health among adults during early stage of COVID-19. *Current Psychology*, 1-11.
- Yuan, C., Timmins, F., & Thompson, D. (2021). Post-intensive care syndrome: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 114, 103814. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103814>
- Zhang, M., Hong, L., Zhang, T., Lin, Y., Zheng, S., Zhou, X., Fan, R., Wang, Z., Zhang, C., & Zhong, J. (2016). Illness perceptions and stress: mediators between disease severity and psychological well-being and quality of life among patients with Crohn's disease. *Patient preference and adherence*, 10, 2387-2396. <https://doi.org/10.2147/PPA.S118413>
- Zhou, S., Wang, J., & Zha, L. (2017). Relocation stress and its influencing factors of the families of patients transferred from icu. *Chinese Journal of Nursing*, (12), 911-915.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

สำเนา

ที่ IRB3-048/2565



เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS020/2565

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป

หัวหน้าโครงการวิจัย : นายอัษฎางค์พร หมอนวัน

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฉบับที่ 2 วันที่ 22 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
2. เอกสารโครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 2 วันที่ 22 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 22 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 22 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
5. เอกสารแสดงรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 22 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
6. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) ฉบับที่ - วันที่ - เดือน - พ.ศ. -

วันที่รับรอง : วันที่ 22 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565

วันที่หมดอายุ : วันที่ 22 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566

ลงนาม นางสาวรมร แยมประทุม

(นางสาวรมร แยมประทุม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)

สำเนา

ที่ IRB3-006/2566  
Amendment ครั้งที่ 1

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS020/2565

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป

หัวหน้าโครงการวิจัย : นายอัษฎางค์พร หนองวัน

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฉบับที่ 3 วันที่ 25 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
2. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 3 วันที่ 25 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 22 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 22 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
5. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบบันทึกข้อมูล (Data Collection Form) แบบสอบถาม หรือสัมภาษณ์ หรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 2 วันที่ 22 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
6. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) ฉบับที่ - วันที่ - เดือน - พ.ศ. -

วันที่รับรอง : วันที่ 16 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

วันที่หมดอายุ : วันที่ 22 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566

ลงนาม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงมรณ แยมประทุม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงมรณ แยมประทุม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)



บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน)  
2 ซอยสุขุมวิทจิก 7 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่  
กรุงเทพฯ 10310

Bangkok Dusit Medical Services P.L.C.  
2 Soi Sukhumvit 7, Nove Perchburi Rd.  
Bangkok 10310, Thailand

Tel 66-2310-3000 Fax 66-2310-3115  
Contact Center Tel 1719  
www.bangkokhospitalgroup.com

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
โรงพยาบาลกรุงเทพ (สำนักงานใหญ่)

ที่ จธ.154/2565  
วันที่ 27 กันยายน 2565  
เรื่อง เอกสารรับรองโครงการวิจัย BHQ-IRB 2022-05-21 (Full board)  
เรียน นายอัครวิทย์พร หมอนวัน

ตามที่ท่านได้นำส่งโครงการวิจัย (ภาษาไทย) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป หรือ (ภาษาอังกฤษ): FACTORS RELATED TO TRANSITIONAL STRESS AMONG THE RELATIVES WHEN TRANSFERING NEURO-CRITICALLY ILL PATIENTS FROM INTENSIVE CARE UNITS TO GENERAL WARDS รหัสโครงการ BHQ-IRB 2022-05-21 เป็นการศึกษาแบบ Full board เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน บัดนี้โครงการฯ ของท่านได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการฯ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

หากผู้วิจัยมีการแก้ไขเพิ่มเติมโครงร่างการวิจัย การเปลี่ยนแปลงจากโครงการ การปิดโครงการ หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทุกชนิด กรุณารายงานต่อคณะกรรมการจริยธรรมฯ ตามระยะเวลาที่นโยบายกำหนด รวมทั้งต่ออายุโครงการทุกๆ 1 ปี ในกรณีที่ยังไม่แล้วเสร็จ

จึงเวียนมาเพื่อทราบ พร้อมทั้งขอขอบคุณท่านมา ณ ที่นี้

ขอแสดงความนับถือ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์สมบุรณ์ คุณาธิคม  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
โรงพยาบาลกรุงเทพ (สำนักงานใหญ่)



คณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ เครือโรงพยาบาลพญาไท-เปาโล  
Phyathai-Paolo Hospital Group Institutional Review Board  
943 Phaholyothin Rd., Phyathai, Bangkok 10400 Thailand Tel. +662617-2444 Fax.



แบบเอกสารที่ PF 04\_3

**เอกสารรับรองผลการพิจารณาโครงการวิจัย  
โดยคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์  
เครือโรงพยาบาลพญาไท-เปาโล**

COA. 007/2023

**ชื่อโครงการวิจัย :** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วย  
วิกฤตทางระบบประสาทออกจากห้องผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป

**ชื่อหัวหน้าโครงการ:**

นายอัษฎางค์พร หมอนวัน

Clinical Nurse Educator โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล (BIH)

**รหัสโครงการ :** IRB 003-2566

**สถานที่ศึกษาวิจัย :** รพ. พญาไท 1, รพ. พญาไท 2, รพ. พญาไท 3 และ รพ. เปาโล พหลโยธิน

**วันที่รับรอง :** 17 พฤษภาคม 2566

**วันที่สิ้นสุดการรับรอง :** 17 พฤษภาคม 2567

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยคณะกรรมการจริยธรรม  
งานวิจัยในมนุษย์ เครือโรงพยาบาลพญาไท-เปาโล ซึ่งได้ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์สากลเพื่อการคุ้มครอง  
งานวิจัยของมนุษย์

(มศ.นพ.วีระยะ เภาเจริญ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์

เครือโรงพยาบาลพญาไท-เปาโล

วันที่ 17 / 05 / 2566

คณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ เครือโรงพยาบาลพญาไท-เปาโล

ที่อยู่ : อาคารสำนักงาน, ชั้น 10, โรงพยาบาลพญาไท 2 Tel: +662 617 2444 Ext. 1975, 5192 E-mail: prapasri\_ben@phyathai.com



ภาคผนวก ข

เอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย/ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



เอกสารหมายเลข 3 ก.

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย/อาสาสมัคร (Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือ ผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษากับ ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป
ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นายอัษฎางค์พร หนองวัน
สถานที่วิจัย โรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่ โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท
โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์ โรงพยาบาลพญาไท 1 โรงพยาบาลพญาไท 2 โรงพยาบาลพญาไท 3 และโรงพยาบาลเปาโล พหลโยธิน
สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ
ICU7-8 โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล และเบอร์โทรศัพท์ 089-6704782, 02-3087107, 023087108

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย ..... ไม่มี .....
การมีส่วนได้ส่วนเสียระหว่างผู้วิจัยกับแหล่งทุน  ไม่มี  มี ระบุ .....
ระยะเวลาในการวิจัย ..... 2 ปี 3 เดือน .....
ที่มาของโครงการวิจัย ผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาท ส่วนใหญ่เมื่อผ่านพ้นภาวะวิกฤตแล้ว แพทย์จะมีแผนการรักษาให้ผู้ป่วยย้ายไปยังหอผู้ป่วยทั่วไปเพื่อฟื้นฟูสภาพ หากแต่ผู้ป่วยจะยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ ทั้งทางด้านร่างกาย ความคิด สติปัญญา พฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ ญาติจึงเป็นบุคคลสำคัญในการประเมินอาการ ช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยทั่วไป อาจส่งผลให้ญาติเกิดความเครียดในการดูแล การที่ผู้ป่วยถูกย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตซึ่งเป็นสถานที่ที่ญาติไว้วางใจ ด้วยมีแพทย์ พยาบาลที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย มีเครื่องมือในการรักษาที่ทันสมัย พร้อมอุปกรณ์ติดตามสัญญาณชีพตลอดเวลา เมื่อผู้ป่วยถูกย้ายไปยังสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย เป็นห้องแยกส่วนตัว มีญาติและผู้ป่วยอยู่ด้วยกันเพียงลำพังตลอดเวลา และญาติต้องทำหน้าที่ดูแลและสังเกตอาการผู้ป่วย และขอความช่วยเหลือจากพยาบาลเมื่อเกิดอาการผิดปกติ ทำให้ญาติมีความวิตกกังวล และมีความเครียดตามมา เนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์ในการทำหน้าที่นี้มาก่อน ความเครียดที่เกิดขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของญาติผู้ป่วย และทำให้ไม่สามารถรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างประสิทธิภาพ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ทำให้ต้องย้ายกลับมารักษาตัวซ้ำในหอผู้ป่วยวิกฤต ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น ระยะเวลาในการรักษาตัวเพิ่มขึ้น และค่ารักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป โดยการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้จะมีกำหนดระยะเวลาประมาณ 1 ปี 7 เดือน โดยจะมีอาสาสมัครจำนวนทั้งสิ้นประมาณ 92 คน ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานใน



การพัฒนาการระบอบดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทและประสาท โดยการออกแบบกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและญาติ เพื่อลดความเครียด ในช่วงเวลาการย้ายผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป และส่งเสริมให้ญาติมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทเมื่อย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและฟื้นหายอย่างมีประสิทธิภาพ

**วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย**

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป กับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความหวัง ความพร้อมในการดูแล และคุณภาพการนอน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจาก ท่านเป็นญาติของผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาท ที่เป็นญาติสายตรง ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง สามี ภรรยา และบุตร ที่มาเยี่ยมและสอบถามข้อมูล ติดตามอาการ ร่วมตัดสินใจในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต และเป็นบุคคลที่ได้รับการแจ้งกำหนดการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต และจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยหลังจากย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสำนักงานใหญ่ โรงพยาบาลกรุงเทพมหานครในชั้นเนื้องอก โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์ โรงพยาบาลพญาไท 1 โรงพยาบาลพญาไท 2 โรงพยาบาลพญาไท 3 และโรงพยาบาลเปาโล พหลโยธิน

จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยอาสาสมัครนี้ทั้งสิ้นประมาณ 92 คน  
หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยขอการขออนุญาตใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย พร้อมกับลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย และมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ-

**ขั้นตอนในการวิจัย**

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านต้องปฏิบัติ คือ ตอบแบบสอบถามตามความจริงด้วยตัวท่านเอง แบบสอบถามมี 6 ชุดดังนี้

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 2) แบบสอบถามความเครียดที่สัมพันธ์กับการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต
- 3) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามการรับรู้ของญาติ
- 4) แบบประเมินความหวัง
- 5) แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่านจากหอผู้ป่วยปกติไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป
- 6) แบบสอบถามคุณภาพการนอนขณะที่ผู้ป่วยรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

คณะกรรมการวิจัยโครงการวิจัย  
โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใน  
COA เลขที่ 2023-34  
รับรองวันที่ 22 กย 66  
ถึง 21 กย 67



ใช้เวลาทั้งสิ้น 20 - 30 นาที ในระหว่างที่ท่านตอบแบบสอบถาม หากท่านมีความเครียดมากให้แจ้งผู้วิจัยเพื่อยุติการตอบแบบสอบถาม หากท่านต้องการยุติหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยสามารถทำได้ทันที

ในการวิจัยนี้ มีความเสี่ยงหรือโอกาสเกิดเหตุไม่พึงประสงค์เมื่อเข้าร่วมวิจัย และอาจเกิดประโยชน์ที่คิดว่าจะได้รับ ดังนี้:

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น	ประโยชน์ที่คิดว่าจะได้รับ
ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในการใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 20-30 นาที ในระหว่างที่ตอบแบบสอบถาม หากมีความเครียด ไม่พร้อมในการตอบแบบสอบถาม ให้แจ้งผู้วิจัยเพื่อยุติการตอบแบบสอบถาม เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก และหาแนวทางช่วยลดความเครียด หากท่านต้องการยุติหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยสามารถทำได้ทันที	ประโยชน์โดยตรงต่อผู้ร่วมวิจัย คือ ได้รับคำแนะนำในการจัดการกับความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่านจากผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป อีกทั้ง ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการระบบดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทและญาติ โดยการออกแบบกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและญาติ เพื่อลดความเครียดในช่วงเวลาการย้ายผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป และส่งเสริมให้ญาติมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทเมื่อย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งส่งผลให้ผู้วิจัยมีความปลอดภัยและฟื้นหายอย่างมีประสิทธิภาพ

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของข้าพเจ้าจะยังได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคตามวิธีการที่เป็นมาตรฐานคือ การดูแลรักษาตามมาตรฐานของโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสำนักงานใหญ่ โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์ โรงพยาบาลพญาไท 1 โรงพยาบาลพญาไท 2 โรงพยาบาลพญาไท 3 และโรงพยาบาลเปาโล พหลโยธิน

หากมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับกรวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ จากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ นายธีรภูมิกพร หนองวัน หมายเลขโทรศัพท์ 089-6704782 หรืออีเมล anu\_joo@hotmail.com

ท่านจะได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลรักษาการบาดเจ็บเจ็บป่วยอื่นเนื่องมาจากกรวิจัยตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาคือ โรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่ โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์ โรงพยาบาลพญาไท 1 โรงพยาบาลพญาไท 2 โรงพยาบาลพญาไท 3 และโรงพยาบาลเปาโล พหลโยธิน

ค่าตอบแทนที่ผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัครจะได้รับ ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ และท่านจะไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ในการเข้าร่วมครั้งนี้

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัครจะต้องรับผิดชอบเอง ไม่มี



ข้อมูลของการวิจัยจะถูกเก็บไว้ประมาณ .....3..... ปีหลังจากสิ้นสุดการวิจัย หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้าน  
ประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย/อาสาสมัคร จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและจะไม่เปิดเผย ต่อ  
สาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัครเป็น  
รายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย สถาบันหรือองค์กรของรัฐ  
ที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย/  
อาสาสมัครในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายอนุญาตไว้

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย/อาสาสมัครมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้  
ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยซึ่งเป็น  
ญาติของข้าพเจ้าในการได้รับการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับความมาตรฐานแต่ประการใด

หากท่านมีข้อสงสัย หรือมีเหตุใดๆที่ต้องการสอบถาม หรือขอความช่วยเหลือเกี่ยวกับโครงการวิจัย  
สามารถติดต่อหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้รับผิดชอบที่สามารถติดต่อได้ 24 ชั่วโมงตาม

ชื่อ นาสัน ภูงาญพร หมอนวัน

ที่อยู่ ICU7-8 โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล

เบอร์โทรศัพท์ 089-6704782

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถร้องเรียนไปยัง ประธาน  
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคาร 2C โรงพยาบาล  
กรุงเทพสำนักงานใหญ่ ซอยศูนย์วิจัย โทรศัพท์: 0-2755-1171 Fax:0-2318-1546 อีเมล: BHQ.IRB@bangkokhospital.com

ลงชื่อ..... ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย/อาสาสมัคร

(.....)

วันที่.....



เอกสารหมายเลข 3 ข.

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย  
(Informed Consent)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี  
อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....  
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง บัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อ  
ย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากห้องผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป  
หัวหน้าโครงการวิจัย คือ นายอัครฐาญ ศร หนองวัน

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากผู้วิจัย  
เกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ระยะเวลา ขั้นตอนต่างๆ ที่ข้าพเจ้าจะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะ  
ได้รับของการวิจัย และอันตรายหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหาก  
เกิดอันตรายขึ้น ค่าตอบแทนที่จะได้รับ ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเองและแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่าง  
ละเอียด

ข้าพเจ้าจึงยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ  
ข้าพเจ้าทราบว่าข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะถอนตัวหรือขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งล่วงหน้า  
หรือระบุเหตุผล โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต

ข้าพเจ้าตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อจะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูล  
ในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิทยาศาสตร์เท่านั้น หากข้าพเจ้าขอถอนตัวจาก  
การวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและหรือตัวอย่างที่ได้ตรวจสอบที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้ ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการ  
เก็บข้อมูลของข้าพเจ้าเพิ่มเติม

ชื่อโครงการ บัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอ  
ผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป

Version 2 Date 26 Aug 2022

FIM-03.14RB-001 Rev.0 (23 Dec 2019)

Page 1/2

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน  
โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่  
COA เลขที่ 2023-34  
ขบรองวันที่ 22 กย 66  
ถึง 21 กย 67



หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัยหรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้า จะสามารถติดต่อกับ... นายสัมพันธ์พร วัฒนอนันต์.....แผนก ICU7-B โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล 02-308-7107, 02-308-7108....โทรศัพท์ 089-6704782.....

ผู้วิจัยรับรองว่าข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและจะไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลโดยรวม ข้อมูลของข้าพเจ้าอาจมีคุณสมบัติบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย สถาบันหรือองค์กรที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น โดยไม่ละเมิดสิทธิของการรักษาความลับของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารนี้แจ้งผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้ โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ..... ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย/อาสาสมัคร หรือผู้แทนโดยชอบธรรม (.....) วันที่.....

ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอมหัวหน้าโครงการวิจัย (.....) วันที่.....

พยานขออืนยันว่าข้อมูลในหนังสือแสดงเจตนายินยอมหรือข้อมูลที่ได้รับและเอกสารอื่นได้รับการอธิบายอย่างถูกต้อง และผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย/อาสาสมัคร หรือผู้แทนโดยชอบธรรม แสดงว่าเข้าใจรายละเอียดต่างๆ พร้อมทั้งให้ความยินยอมโดยสมัครใจ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ..... พยาน วันที่..... (.....)

ชื่อโครงการ ปีวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป

Version 2 Date 26 Aug 2022 F/M-03.1-IRB-001 Rev.0 (23 Dec 2019)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในโรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่ COA เลขที่ 2023-34 รับรองวันที่ 22 กย 66 ถึง 21 กย 67



ภาคผนวก ค  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป

เลขที่แบบสอบถาม

--	--	--

วันที่...../...../.....

**คำชี้แจง** เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาหาความสัมพันธ์ของความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 6 ชุดคือ

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความเครียดที่สัมพันธ์กับการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามการรับรู้ของญาติ

ชุดที่ 4 แบบประเมินความหวัง

ชุดที่ 5 แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในระยะเปลี่ยนผ่านจากหอผู้ป่วยปกติไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป

ชุดที่ 6 แบบสอบถามคุณภาพการสอนขณะที่ผู้ป่วยรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

## ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

## ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่อง [ ] หน้าข้อความ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ [ ] ชาย [ ] หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ระดับการศึกษา

.....

.....

.....

13. ขณะนี้ท่านมีความเครียดหรือไม่ [ ] มี [ ] ไม่มี

หากมีความเครียด ท่านมีความเครียดในเรื่องใด.....

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (สำหรับผู้วิจัย ข้อมูลจากเวชระเบียน)

1. เพศ [ ] ชาย [ ] หญิง

2. อายุ.....ปี

3. การวินิจฉัยโรค

.....

.....

.....

12. ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant)

[ ] ไม่ได้รับ

[ ] ได้รับ

## ชุดที่ 2 แบบสอบถาม ความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่าน

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการสอบถามความเครียดของท่านในระยะที่ย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ขอให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้ และทำเครื่องหมาย “√” ลงใน  ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยค่อนข้างมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยเล็กน้อย	ไม่เห็นด้วย
1. การตัดสินใจเกี่ยวกับการย้ายผู้ป่วยออกจากไอซียูที่ไม่คาดคิดทำให้ฉันกังวล					
2. ฉันเห็นด้วยกับการตัดสินใจย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป					
3..... .....					
4. .... .....					
5. .... .....					
6. .... .....					
7. .... .....					
17. ฉันเกรง (กังวล) ว่าสภาพของผู้ป่วยอาจแย่ลงกะทันหันหลังจากย้ายไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป					

### ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามการรับรู้ญาติ

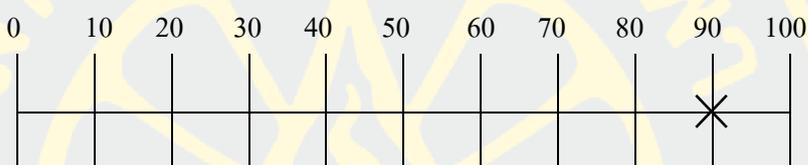
**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย X บนเส้นแบบวัดที่ตรงกับการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยของท่านมากที่สุดในขณะนี้ เส้นตรงนี้เป็นแบบวัดความรุนแรงของการเจ็บป่วย คะแนนความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 100 คะแนน

0 คะแนน หมายถึง ท่านมีความรู้สึกว่าคุณป่วยไม่มีความรุนแรงของการเจ็บป่วย

100 คะแนน หมายถึง ท่านมีความรู้สึกว่าคุณป่วยมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากที่สุด

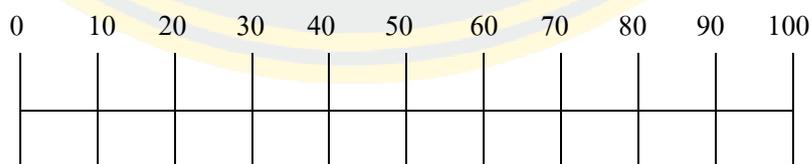
#### ตัวอย่าง

ท่านคิดว่าในขณะนี้ผู้ป่วยมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากน้อยเพียงใด



หากท่านทำเครื่องหมาย X บนเส้นแบบวัดที่ 90 ท่านคิดว่าญาติของท่านมีความรุนแรงของการเจ็บป่วย = 90 คะแนน

**โปรด** ทำเครื่องหมาย X บนเส้นแบบวัดที่ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยของญาติของท่านด้านล่าง



ไม่รุนแรง

รุนแรงมากที่สุด

0 คะแนน

100 คะแนน

ไม่มีความรุนแรงของการเจ็บป่วย

มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากที่สุด

#### ชุดที่ 4 แบบประเมินความหวัง

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ต้องการประเมินความหวังของท่าน ขอให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้ และทำเครื่องหมาย “√” ลงใน  ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันมีมุมมองที่ดีเกี่ยวกับชีวิตของฉัน				
2. ฉันมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต				
3. ....				
4. ....				
5. ....				
6. ....				
7. ....				
8. ....				
9. ....				
10. ....				
11. ....				
12. ฉันรู้ดีกว่าชีวิตของฉันมีคุณค่าและมี ความหมาย				

**ชุดที่ 5 แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลของญาติของผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทในระยะ  
เปลี่ยนผ่านจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยปกติ**

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ต้องการสอบถามความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยของท่าน เมื่อย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ขอให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้ และทำเครื่องหมาย “√” ลงใน  ที่ตรงกับความรู้สึกความพร้อมของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่มี ความ พร้อม	มีความ พร้อม น้อย	มีความ พร้อม ปาน กลาง	มีความ พร้อม มาก	มีความ พร้อม มากที่สุด
1. คุณคิดว่าคุณพร้อมสำหรับการดูแลทางด้านร่างกายของผู้ป่วยเมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตมากแค่ไหน?					
2. คุณคิดว่าคุณพร้อมสำหรับการดูแลทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วยเมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตมากแค่ไหน?					
3. .... ..... .....					
4. .... ..... .....					
8. โดยรวมแล้ว คุณคิดว่าคุณพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตดีแค่ไหน?					





ภาคผนวก ง

การขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

Re: FW: **Letter Seeking** Permission to Use Questionnaire Tool "Family relocation stress scale"

2022년 2월 20일 (월) 오후 12:09, Asadangphon Monwan <[auu\\_joo@hotmail.com](mailto:auu_joo@hotmail.com)> 님이 작성:

Dear Professor, WhaSook Seo

My name's Asadangphon Monwan from Thailand. I'm a registered nurse in Neurocritical care unit, Bangkok hospital headquarter, Bangkok, Thailand.

I have been working in this unit for 17 years and now I'm studying master's degree in nursing (Adult and gerontological nursing) at Burapha University, Chonburi, Thailand.

I'm developing my thesis and interested in transitional stress of the relatives of neurological critically ill patients from Neurocritical care unit to general ward under the direction of my

Thesis major advisor Associate professor Dr. Niphawan Samartkit, Department of Adults nursing, faculty of nursing, Burapha university, Chonburi, Thailand.

I have read research article published "Clinical validity of a relocation stress scale for the families of patients". The development of this tool is in topic with what I want to study,

the relocation stress of family member which is the variable that I want to study

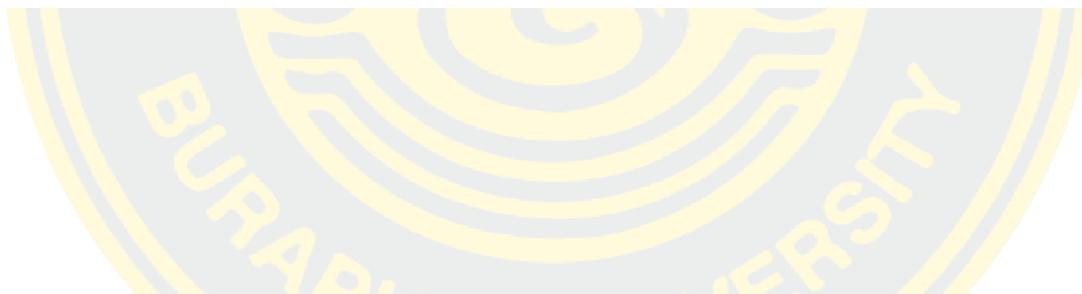
Therefore, I would like to ask for your permission in the use of tools at the family relocation stress scale and full version family relocation stress scale questionnaire

(Original version and Thai's Version if possible) of for use in the study and development of thesis of master's degree studies. If there is no Thai version I would like to use back translation technique to Thai version and use in my thesis. In addition to this, if possible, I would like some advice from you on the family relocation scale.

Best regards,

Asadangphon Monwan

RN, Master's degree student in nursing.



From: 서화숙/교수/간호학과 <[wschang@inha.ac.kr](mailto:wschang@inha.ac.kr)>

Sent: Sunday, February 20, 2022 10:39 AM

To: Asadangphon Monwan <[auu\\_joo@hotmail.com](mailto:auu_joo@hotmail.com)>

Subject: Re: **Letter Seeking** Permission to Use Questionnaire Tool "Family relocation stress scale"

Dear Asadangphon Monwan

You can use the scale. However, the scale was originally developed in Korean, and no English version is available. The scale items were translated in English only for publication purposes. Thank you.

2022년 2월 20일 (일) 오후 12:09, Asadangphon Monwan <[auu\\_joo@hotmail.com](mailto:auu_joo@hotmail.com)> 님이 작성:



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล  
25/25 ถนนพุทธมณฑลสาย 4 ตำบลศาลายา  
อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

ที่ อว 78.02/ 04610  
วันที่ 3 พฤษภาคม 2565  
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
อ้างถึง หนังสือที่ อว 8137/421 ลงวันที่ 31 มีนาคม 2565

ตามหนังสือที่อ้างถึง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา แจ้งว่า  
**ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย** : นายอัษฎางค์พร หมอนวัน นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ** : “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่าน  
เมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.นิภาวรรณ  
สามารถกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

**เครื่องมือวิจัยที่ขอใช้** : แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล

**เครื่องมือวิจัยที่พัฒนาโดย** : น.ส.แสงเดือน กันทะชู ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มี  
อิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” หลักสูตรพยาบาล  
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมี รองศาสตราจารย์  
ดร.ดวงรัตน์ วิมลกิจไกรเลิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัยได้รับแจ้งจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล **ว่าไม่ขัดข้องและยินดี  
อนุญาตให้ นายอัษฎางค์พร หมอนวัน ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้** ทั้งนี้ขอให้ผู้วิจัยดำเนินการขอแบบฟอร์มการขอ  
ใช้เครื่องมือวิจัย พย.ม.014 พร้อมชำระค่าบริการการขอใช้เครื่องมือจำนวน 200 บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือ  
วิจัย 1 ชุด ด้วยตนเองหรือโดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาศิริราช ชื่อบัญชี “หลักสูตร  
บัณฑิตศึกษา” เลขที่บัญชี 016-294528-5 ประเภทออมทรัพย์ และแนบสำเนาหลักฐานการโอนเงิน ส่งมายัง e-mail:  
[rowankee.mah@mahidol.edu](mailto:rowankee.mah@mahidol.edu) และเอกสารฉบับจริงส่งไปที่

หลักสูตรบัณฑิตศึกษา (เพื่อการขอใช้เครื่องมือวิจัย)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ 2 ถนนวิสุทธิฯ แขวงศิริราช

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700

โทร. 0-2441-5333 ต่อ 2542-2543

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

*รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ อัครปฐมวงศ์*

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ อัครปฐมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติหน้าที่แทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

หมายเหตุ ผู้ที่รับผิดชอบเรื่องเครื่องมือวิจัยที่หลักสูตรฯ คณะพยาบาลศาสตร์ ศาลายา ชั้น 5 ให้ติดต่อตั้งเวลา 8.30-14.30 น.

ขออนุญาตใช้เครื่องมือในงานวิจัย

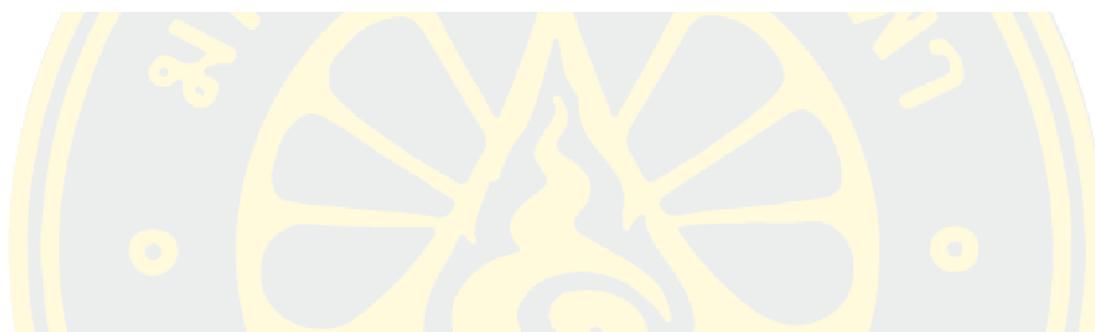
 Pheeravut Tantisuvanitchkul <pheeravut.tan@gmail.com>  
To ● Asadangphon Monwan

You replied to this message on 4/5/2565 21:38.

 Translate message to: English | Never translate from: Thai | Translation preferences

ว. 4/5/2565 11:06

อนุญาตให้ใช้ Thai Herth hope index ในงานวิจัยได้ครับ



Re: ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้คือ “แบบประเมินความพร้อมของผู้ดูแล”

 Virapun Wirojratanana <virapun.wir@mahidol.ac.th>  
To ● Asadangphon Monwan

You replied to this message on 8/7/2565 23:23.

 Translate message to: English | Never translate from: Thai | Translation preferences

ศ. 8/7/2565 19:36

เรียน คุณ อัญญาภัทร หมอนวัน ที่นับถือ

ดิฉันมีความยินดีและอนุญาตให้ คุณ อัญญาภัทร หมอนวัน นำ “แบบประเมินความพร้อมของผู้ดูแล” ประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป” เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล หากมีข้อสงสัยสามารถติดต่อสอบถามได้ตลอดเวลา

ด้วยความนับถือ

รศ.ดร. วิภาพรธรรม วิโรจน์รัตน์



ที่ อว ๘๓๓๗/ ๔๑๘

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
๑๖๙ ถ.สงครามบางแสน ต.แสนสุข  
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕

**เรื่อง** อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

**เรียน** นายอักษางค์พร หมอนวัน

อ้างถึงหนังสือ อว ๘๓๐๖/๐๐๗๙๓ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ออกหนังสือ  
ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ โดย นายอักษางค์พร หมอนวัน นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตร-  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ขอใช้เครื่องมือวิจัย คือ “แบบสอบถาม  
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ” จากวิทยานิพนธ์เรื่อง  
“ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อและยอมรับในบุคลากร  
ทีมสุขภาพ และความรู้สึกไม่แน่นอนของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดสมอง” ของ คุณรัชก ทรงแท้พ  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ.  
๒๕๕๔ โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ตินาน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก เพื่อนำไปใช้ในการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง  
“ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติในระยะเปลี่ยนผ่านเมื่อย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาท  
ออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป”

ในการนี้ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยบัณฑิตวิทยาลัย อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้อ้างอิง  
วิทยานิพนธ์ของนิสิตดังกล่าวด้วย รวมถึงจัดส่ง “แบบฟอร์มรับรองการใช้ประโยชน์จากผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์”  
ไปยังบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th (สามารถดาวน์โหลดได้ที่  
[http://grd.buu.ac.th/wordpress/?page\\_id=3717](http://grd.buu.ac.th/wordpress/?page_id=3717))

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน  
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
โทร ๐๓๘ ๓๐๖ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๓, ๗๐๕, ๗๐๗  
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

## ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นายอัยฉัตร หมนวนัน
วัน เดือน ปี เกิด	12 มีนาคม พ.ศ. 2525
สถานที่เกิด	จังหวัดพิษณุโลก
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	999/157 หมู่บ้านบุราสิริ วงแหวนอ่อนนุช ม.13 ซ.กิ่งแก้ว 25/1 ถ.กิ่งแก้ว ต. ราชาเทวะ อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ 10540
ตำแหน่งและประวัติการ ทำงาน	พ.ศ.2547-ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท โรงพยาบาลกรุงเทพ
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2547 ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. 2567 ปริญญาโท พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา