

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

ว่าที่เรือเอกหญิงวนิดา อารยะเลิศ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS ASSOCIATED WITH HEALTH-
RELATED QUALITY OF LIFE IN CRITICAL ILLNESS SURVIVORS

Acting Lieutenant Wanida Arayalert



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

| | |
|---------------------------------|--|
| หัวข้อวิทยานิพนธ์ | ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ |
| | ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต |
| โดย | ว่าที่เรือเอกหญิงวนิดา อารยะเลิศ |
| สาขาวิชา | พยาบาลศาสตร์ |
| อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา |
| อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม | ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ระพีณ ผลสุข |

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ระพีณ ผลสุข)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

วนิดา อารยะเลิศ : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (SELECTED FACTORS ASSOCIATED WITH HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN CRITICAL ILLNESS SURVIVORS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.ชนกพร จิตปัญญา, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข, 227 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต โดยใช้กรอบแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ของโรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 127 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบ 3 ขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก แบบประเมินการเผชิญปัญหา แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ หาค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .94, .79, .80, .88, .82, และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ($x = .738$, $SD = .28$)
2. ความสามารถในการทำหน้าที่ และความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .773, .570$ ตามลำดับ)
3. ความเหนื่อยล้า และคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.723, -.441$ ตามลำดับ)
4. การเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5777190336 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: CRITICAL ILLNESS SURVIVORS / HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE / FUNCTIONAL STATUS / FATIGUE / SLEEP QUALITY / SENSE OF COHERENCE / COPING / SOCIAL SUPPORT

WANIDA ARAYALERT: SELECTED FACTORS ASSOCIATED WITH HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN CRITICAL ILLNESS SURVIVORS. ADVISOR: ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., R.N., CO-ADVISOR: POL.CAPT. RAPIN POLSOOK, Ph.D., R.N., 227 pp.

The purpose of this research were to investigate health-related quality of life in critical illness survivors and to determine factors associated with health-related quality of life including functional status, fatigue, sleep quality, sense of coherence, coping, and social support. The theoretical framework was based on Health-Related Quality of Life Conceptual Model of Wilson and Cleary (1995). One hundred and twenty-seven adult critical illness survivors from Lerdsin Hospital, Police General Hospital, and Somdech Phra Pinklao Hospital were enrolled. Research instruments composed of demographic data, functional status, fatigue, sleep quality, sense of coherence, coping, social support, and health-related quality of life. All questionnaires were tested for content validities by five panel of experts and the reliabilities of research instruments were .94, .79, .80, .88, .82, and .89, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficients. The findings were presented as follows:

1. Mean score of health-related quality of life in critical illness survivors was in good level ($\bar{x} = .738$, $SD = .28$).
2. Functional status and Sense of coherence were significantly positive relations to health-related quality of life in critical illness survivors at the .05 ($r = .773$, $.570$, respectively).
3. Fatigue and Poor sleep quality were significantly negative relations to health-related quality of life in critical illness survivors at the .05 ($r = -.723$, $-.441$, respectively).
4. Coping and Social support were not significant to health-related quality of life in critical illness survivors.

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2015

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาอย่างสูงจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ระพีณ ผลสุข อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา เสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย ด้วยความเอาใจใส่และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างยิ่งเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเตชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีคุณค่าแก่ผู้วิจัย ด้วยความรัก ความห่วงใย ตลอดระยะเวลาของการศึกษา

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆ ทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าสารสนเทศ หัวหน้าเวชระเบียนใน พยาบาลประจำแผนกหอผู้ป่วยใน พยาบาลประจำแผนกหอผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านของโรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

กราบขอบพระคุณฝ่ายการพยาบาล ผู้บริหารโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และ กองทัพเรือ ที่ให้การสนับสนุนทุนการศึกษา และเวลาในการศึกษา ขอขอบคุณเพื่อนๆ ร่วมรุ่น และเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำหรับความช่วยเหลือและกำลังใจที่มีให้แก่ผู้วิจัยเสมอมา

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ผู้ให้กำเนิดเลี้ยงดู อบรมสั่งสอนและสนับสนุนการศึกษาด้วยความรักความห่วงใย ตลอดจนสมาชิกในครอบครัวที่คอยเป็นกำลังใจและให้การช่วยเหลืออย่างดียิ่งเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา รวมทั้งกัลยาณมิตรทุกท่านที่มีได้เอ่ยนามซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | จ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ฉ |
| สารบัญ..... | ช |
| สารบัญตาราง..... | ญ |
| สารบัญภาพ | ฎ |
| บทที่ 1 บทนำ | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา | 1 |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย | 6 |
| คำถามการวิจัย | 6 |
| แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย..... | 6 |
| ขอบเขตของการวิจัย..... | 13 |
| คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย | 14 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... | 16 |
| บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 17 |
| 1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยวิกฤต และผู้รอดชีวิตจากภาวะการเจ็บป่วยวิกฤต | 18 |
| 2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ..... | 27 |
| 3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต | 43 |
| 3.1 ความสามารถในการทำหน้าที่..... | 43 |
| 3.2 ความเหนื่อยล้า..... | 48 |
| 3.3 คุณภาพการนอนหลับ | 53 |
| 3.4 ความเข้มแข็งในการมองโลก | 61 |

| | |
|--|-----|
| 3.5 การเผชิญปัญหา..... | 65 |
| 3.6 การสนับสนุนทางสังคม..... | 71 |
| 4. บทบาทพยาบาลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต | 78 |
| 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้รอดชีวิต | 80 |
| 6. กรอบแนวคิดในการวิจัย..... | 86 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย | 87 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 87 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล | 90 |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล | 103 |
| การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง..... | 107 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล..... | 107 |
| บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล | 109 |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ | 120 |
| สรุปผลการวิจัย..... | 121 |
| อภิปรายผลการวิจัย..... | 122 |
| ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้..... | 131 |
| ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป | 132 |
| รายการอ้างอิง | 133 |
| ภาคผนวก..... | 155 |
| ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ | 156 |
| ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือ | 158 |
| ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรม จดหมายขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย..... | 171 |

| | |
|---|-----|
| ภาคผนวก ง เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย | 178 |
| ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 194 |
| ภาคผนวก ฉ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ | 206 |
| ภาคผนวก ช ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม | 219 |
| ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ | 227 |



สารบัญตาราง

| | | |
|-------------|---|-----|
| ตารางที่ 1 | ระยะเวลา และจำนวนงานวิจัยที่ใช้ในการศึกษาผู้รอดชีวิตหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต..... | 22 |
| ตารางที่ 2 | จำแนกหอผู้ป่วย จำนวนงานวิจัยที่ศึกษาผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต..... | 22 |
| ตารางที่ 3 | จำแนกกลุ่มโรค จำนวนงานวิจัยที่ศึกษาผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต | 23 |
| ตารางที่ 4 | ระดับความสามารถในการทำหน้าที่ (Karnofsky et al., 1948)..... | 91 |
| ตารางที่ 5 | ค่าสัมประสิทธิ์สำหรับคำนวณคะแนนของแบบสอบถาม EQ-5D-5L | 99 |
| ตารางที่ 6 | ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมิน..... | 102 |
| ตารางที่ 7 | ค่าความเที่ยงของขอบแบบประเมินทั้ง 6 ชุด | 102 |
| ตารางที่ 8 | การพิจารณาและรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย..... | 103 |
| ตารางที่ 9 | ช่วงวันที่ดำเนินการเก็บข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล..... | 104 |
| ตารางที่ 10 | การแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์..... | 108 |
| ตารางที่ 11 | จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพก่อนการเจ็บป่วยวิกฤต ผลต่อการประกอบอาชีพหลังการเจ็บป่วยวิกฤต สิทธิการรักษา ระยะเวลาหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการรักษา กลุ่มโรค เหตุผลที่ต้องรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ระยะเวลาการเจ็บป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ระยะเวลาการเจ็บป่วยในโรงพยาบาล การดูแลที่ได้รับที่เฉพาะจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต โรคประจำตัว สถานที่เก็บข้อมูล (n = 127)..... | 110 |
| ตารางที่ 12 | จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การดูแลที่ได้รับที่เฉพาะจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (n = 127)..... | 114 |
| ตารางที่ 13 | จำนวน ร้อยละของแต่ละมิติของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพตามแบบประเมิน EQ-5D-5L | 115 |
| ตารางที่ 14 | ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 5 มิติ (EQ-5D-5L) ของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (n=127) | 116 |

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และการแปลผลระดับ
คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ตามเครื่องมือ EuroQol อรรถประโยชน์ของ
EQ-5D-5L และ VAS ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 127)..... 117

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ของความสามารถใน
การทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความเข้มแข็งในการมองโลก
การเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 127)..... 117

ตารางที่ 17 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการ
นอนหลับ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทาง
สังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต วิเคราะห์
โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s product moment
correlation) 118

ตารางที่ 18 จำนวน ร้อยละของความสามารถในการทำหน้าที่ ของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจาก
ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต จำแนกเป็นรายข้อ (n = 127)..... 220

ตารางที่ 19 จำนวน ร้อยละของความสามารถในการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจาก
ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (n=127) 221

ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจาก
ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต จำแนกเป็นรายข้อ (n = 127)..... 221

ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพการนอนหลับจำแนกตามองค์ประกอบ
ของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต จำแนกเป็นองค์ประกอบ
(n = 127)..... 222

ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเข้มแข็งในการมองโลกของกลุ่มตัวอย่าง
ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต จำแนกเป็นรายข้อ (n = 127)..... 223

ตารางที่ 23 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจาก
ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต จำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน (n = 127) 224

ตารางที่ 24 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง
ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต จำแนกเป็นรายข้อ (n = 127)..... 226

สารบัญภาพ

| | |
|--|-----|
| ภาพที่ 1 แสดง แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson and Cleary (1995)..... | 35 |
| ภาพที่ 2 แสดง กรอบแนวคิดในการวิจัย | 86 |
| ภาพที่ 3 แสดง ขั้นตอนในการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง | 89 |
| ภาพที่ 4 แสดง ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล | 106 |



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต เป็นภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและคุกคามต่อชีวิต จากการเสื่อมหน้าที่ทันทีทันใดของอวัยวะหรือระบบใดระบบหนึ่งที่สำคัญของร่างกาย หรือเกิดจากการกำเริบของโรคเรื้อรังซึ่งมีอาการที่รุนแรงขึ้น (สุจิตรา ลีมีอำนาจ และชวนพิศ ทำนอง, 2557) ผู้ป่วยที่เกิดภาวะเจ็บป่วยวิกฤตจะมีอวัยวะที่สำคัญของร่างกายล้มเหลว และไม่สามารถดำรงภาวะสมดุลได้ ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด และพึ่งพาเครื่องมือทางเทคโนโลยีขั้นสูง จึงต้องดูแลรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤต (วิจิตรา กุสุมภ์และคณะ, 2556) ผู้ป่วยวิกฤตต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น ความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพของโรคร่วมกับกระบวนการรักษาที่ซับซ้อน ความรู้สึกไม่สุขสบายจากการผูกมัด สิ่งแวดล้อมที่มีแสง เสียง และอุปกรณ์ทางการแพทย์รบกวนตลอดเวลา ต้องพบเจอกับทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานกันอย่างรีบเร่ง ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วย และการเจ็บป่วยวิกฤตมีความจำเป็นที่ต้องแยกจากครอบครัว ทำให้สูญเสียบทบาทในครอบครัวอย่างฉับพลัน ขาดความภาคภูมิใจ ขาดความรับผิดชอบต่อหน้าที่การงาน (Bizek & Fontaine, 2009; Alasad, Tabar, & Ahmad., 2015)

ในอดีต ช่วง ค.ศ.1980-1989 การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤตจะมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต ณ หอผู้ป่วยวิกฤต และต่อมาในช่วงหลัง ค.ศ. 1990 เริ่มมีการมองถึงปัญหาในระยะยาวของผู้ป่วยกลุ่มนี้ว่าจะเกิดความทุกข์ทรมาน ต้องเผชิญกับปัญหาไม่ว่าจะต่อร่างกายและจิตใจหลังรอดชีวิตจากหอผู้ป่วยวิกฤต (Adhikari, Fowler, Bhagwanjee, & Rubenfeld, 2010; Rattray, 2013) จากแนวคิดเกี่ยวกับผู้รอดชีวิต มักกล่าวถึงบุคคลที่มีประสบการณ์หรือพ้นจากภัยพิบัติทางธรรมชาติ อุบัติภัยที่เกิดจากมนุษย์เป็นผู้กระทำ ภาวะการเจ็บป่วยจากโรค แล้วก่อให้เกิดเหตุการณ์ร้ายแรงส่งผลกระทบต่อชีวิตหรือเสี่ยงต่อชีวิต เช่น ผู้รอดชีวิตจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม เป็นต้น (วารสารณ แก้ววิสัย, 2547; สาลี เฉลิมวรรณพงศ์, 2552; กัญญานาถ สุวรรณชาติ, 2554) ฉะนั้น บุคคลที่พ้นจากภาวะการเจ็บป่วยวิกฤต คือผู้รอดชีวิตที่มีประสบการณ์และผ่านพ้นการเจ็บป่วยรุนแรงที่คุกคามต่อชีวิตของบุคคลนั้น ซึ่งจากการศึกษาในต่างประเทศ พบผู้รอดชีวิตหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตร้อยละ 86.6 (Soliman et al., 2015) และในระยะ 1 ปี, 2 ปี และ 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 72.8, 69.1 และ 42.8 ตามลำดับ (Hofhuis, Vanstel, Schrijvers, Rommes, & Spronk, 2015) ส่วนการศึกษาในประเทศไทย พบผู้รอดชีวิตหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตร้อยละ 68.5 และในระยะ

1 ปี, 2 ปี, 3 ปี, 4 ปี และ 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 79.3, 74.0, 70.3, 66.9 และ 64.2 ตามลำดับ และพบว่าผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ระหว่าง 45-74 ปี (อายุเฉลี่ย 54.5 ปี) (Luangasanatip et al., 2013) จะเห็นว่าแนวโน้มของผู้รอดชีวิตจะค่อยๆ ลดลงตามระยะเวลาการมีชีวิตอยู่ อาจเนื่องมาจากผลกระทบของโรคในภาวะวิกฤต ภาวะแทรกซ้อนจากการดูแล รักษา ต่อทั้งร่างกาย และจิตใจ (Rattray, 2013)

ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต จะรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ได้รับผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ตั้งแต่พักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยทั่วไป ต่อเนื่องไปจนถึงการใช้ชีวิตประจำวันที่บ้าน จะพบปัญหาหลากหลายปัญหา เช่น อ่อนแรง หายใจลำบาก ข้อติดแข็ง เครียด วิตกกังวล (Granja, Amaro, Dias, & Costa, 2012) ทำให้ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่าผู้รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยทั่วไป (Ridley, Chrispin, Scotton, & Lloyd, 1997; Kaarlola, Pettila, & Kekki, 2003; Myhren, Ekeberg, & Stokland, 2010; Orwelius, Fredrikson, Kristenson, Walther, & Sjoberg, 2013) ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ดังต่อไปนี้

1) ผลกระทบด้านร่างกาย เช่น สูญเสียมวลกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรง (Eddleston, White, & Guthrie, 2000) โรคของระบบประสาทส่วนปลาย ที่เกิดจากจำกัดการเคลื่อนไหว การนอนบนเตียงนานๆ ชนิดของโรคและยาที่รักษาในช่วงภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (Pandit & Agrawal, 2006; Schweickert & Hall, 2007; Herridge, 2009; Griffiths & Hall, 2010) ทำให้ระบบของกล้ามเนื้อและประสาทเกิดการทํางานที่บกพร่อง ความบกพร่องของกล้ามเนื้อจะสืบเนื่องไปจนพ้นระยะภาวะเจ็บป่วยวิกฤตและต้องใช้เวลาในการฟื้นตัวอย่างช้าๆ ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง (DerSchaaf et al., 2008; Fan, Zanni, Dennison, Lepre, & Needham, 2009; Koch et al. 2011)

2) ผลกระทบด้านจิตใจ จากความวิตกกังวล ความเครียด ที่เกิดจากความรุนแรงของโรค การนอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการของภาวะซึมเศร้า (Eddleston et al, 2000; Davydow, Gifford, Desai, Needham, & Bienvenu, 2008) การเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเป็นตัวทำนายการเกิดโรคเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์วิกฤติ (Myhren et al., 2010) นอกจากนี้ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต มีประสบการณ์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ การได้รับยาาระงับความรู้สึก/ยานอนหลับ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การรับรู้สิ่งต่างๆ ที่อาจไม่ถูกต้องในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ล้วนทำให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง (Stevenson et al., 2013; McKinley, Fien, Elliott, & Elliott, 2016)

3) ผลกระทบด้านครอบครัว จากผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตพบปัญหาที่สำคัญคือ การเคลื่อนไหว ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ทั้งนี้การฟื้นฟูสภาพร่างกายต้องใช้ระยะเวลาเป็นปี ทำให้ผู้ดูแลเกิด

ความเหนื่อยล้า (Choi et al., 2014) ในครอบครัวที่ต้องดูแลผู้รอดชีวิตกลุ่มนี้ จะเกิดความเครียดส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจของผู้ดูแลและครอบครัว (Unroe et al., 2010) การดูแลผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตนี้ ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้ชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (Foster & Chaboyer, 2003)

4) ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่าผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตไม่สามารถทำงานได้ทันทีหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ทำให้สูญเสียรายได้ อีกทั้งความเสื่อมด้านร่างกายหรือจิตใจที่เกิดขึ้น ถ้าไม่ได้รับแก้ไข ผู้ป่วยสามารถกลับเป็นซ้ำของโรคหรือจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกระทบต่อการพัฒนาประเทศต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษา สูญเสียทรัพยากรมนุษย์ซึ่งเป็นกำลังของชาติ (Myhren et al., 2010; Griffiths et al., 2013)

ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ต่ำนั้นสามารถมีได้ถึง 14 ปีหลังจากการจำหน่าย (Dowdy et al., 2005) และจากการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตจะต่ำสุดในช่วง 6 เดือนหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต มีคุณภาพชีวิตต่ำทุกด้านเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chaboyer and Elliott, 2000; McKinley et al., 2016) ซึ่งเป็นช่วงที่มีการฟื้นคืนเพื่อให้กลับเข้าสู่สภาวะก่อนการนอนรักษาที่โรงพยาบาล อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตพบว่า ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้รอดชีวิตจากหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป ฉะนั้นการวิจัยในครั้งนี้จึงศึกษาหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตภายในช่วงระยะเวลา 3-6 เดือน

แนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบจากโรคและการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยเป็นความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับมิติทางด้านสุขภาพ เป็นผลกระทบมาจากปัจจัยทางด้านบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม ลักษณะทางสรีรวิทยา อาการของโรค การทำหน้าที่ การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม

จากการใช้กรอบแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) ในการคัดสรรปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ได้แก่

ความสามารถในการทำหน้าที่ เป็นความสามารถของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตในการปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตที่พึงประสงค์ ได้แก่ ความสามารถในการทำงาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยปกติ และความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากการศึกษาพบว่า ในระยะ 3 เดือนและ 1 ปี หลังภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ผู้รอดชีวิตจะเกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ร้อยละ 32 และ 27 ตามลำดับ (Jackson et al., 2014) และความสามารถในการทำ

หน้าที่ลดลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง และที่สำคัญคือทางด้านร่างกาย (Vest, Murphy, Araujo, & Pisani, 2011)

ความเหนื่อยล้า เป็นการรับรู้ของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตเกี่ยวกับความรู้สึกเหนื่อยอ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย ขาดพลังงานจนถึงหมดแรง ที่ประกอบด้วยความรุนแรงของความเหนื่อยล้า ความกังวล ผลกระทบของความเหนื่อยล้าต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวันและระยะเวลาของความเหนื่อยล้า จากการศึกษาพบว่า ความเหนื่อยล้า เป็น 1 ใน 4 ของกลุ่มอาการที่เกิดกับผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตในระยะ 2 เดือน และ 4 เดือน (Choi et al., 2014) และพบว่า ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลง (Rattray, 2013)

คุณภาพการนอนหลับ เป็นการรับรู้ของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตถึงความเพียงพอและความพอใจต่อการนอนหลับ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาในการนอนหลับในระดับปานกลางจนถึงสูง ถึงร้อยละ 70 ระหว่างการพักรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยวิกฤต (Nelson et al., 2001) ปัญหาการนอนหลับที่เกิดขึ้นถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะเกิดเป็นปัญหาการนอนหลับเรื้อรังหลังจากผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Matthews, 2011) จากการศึกษาในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตระยะ 12 เดือน พบว่าโรคนอนไม่หลับ (Insomnia) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจลดลง (Parsons, Hough, Vitiello, Zatzick, & Davydow, 2015) อีกทั้งการศึกษาของ Orwelius, Nordlund, Nordlund, Gustafsson, and Sjoberg (2008) พบว่า ในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตระยะ 6 เดือนและ 12 เดือน เกิดปัญหาการนอนหลับแปรปรวนทำให้เกิดการหลับยากส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงกว่าผู้ป่วยจากการเจ็บป่วยทั่วไป

ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นความสามารถในการประเมินเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบในชีวิตของบุคคลด้วยความเข้าใจ สามารถบริหารจัดการ ให้ความหมายเหตุการณ์หรือสิ่งเร้านั้นว่ามีคุณค่าที่จะแก้ไข อีกทั้งช่วยสนับสนุนให้บุคคลสามารถเผชิญและจัดการแก้ไขปัญหาหรือความเครียดที่เกิดขึ้นได้ ในระยะหลังรอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตหลังภาวะการเจ็บป่วยวิกฤต (Granja et al., 2005) ถ้าผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกดี ร่วมกับการเยี่ยมจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ได้รับข้อมูลการรักษา ข้อมูลการพยากรณ์ของโรคที่เป็นอยู่ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Engstrom, Rogmalm, Marklund, & Walivaara, 2015) และในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตระยะ 4 สัปดาห์ พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต (Fok, Chair, & Lopez, 2004)

การเผชิญปัญหา เป็นพฤติกรรมและความคิดที่ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต แสดงออกในการจัดการกับความเจ็บป่วยหรือผลกระทบที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยที่กำลังประสบอยู่ หรือที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต จากการศึกษาพบว่า การเผชิญปัญหาเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิต

(Cohen, 1982) สัมพันธ์กับการศึกษาของ Orwelius et al. (2010) พบว่า ในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต การเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ ควบคุมประคับประคอง และความช่วยเหลือด้านจิตใจ การให้ข้อมูล คำแนะนำ คำปรึกษา ด้วยความเต็มใจจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลได้ระบายความทุกข์ ความวิตกกังวล ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า มีความสำคัญ จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (Tilburgs, Nijkamp, Bakker, & derHoeven, 2015)

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่าการศึกษาคูณภาพชีวิตด้านสุขภาพนั้นจะจำแนกเป็นรายโรค เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน เป็นต้น (วารสารณ์แก้ววิสัย, 2547; วารสารณ์ เปาโรหิตย์, 2549; สาสี เกลิมวรรณพงศ์, 2552; บุญชู อนุสาสนนันท์, 2555) แต่ไม่พบการศึกษาคูณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ซึ่งผลการศึกษาคูณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้รอดกลุ่มนี้มีแต่บริบทของต่างประเทศ จึงต้องมีการนำมาศึกษาอันเนื่องมาจากในบริบทของสังคมไทยมีความแตกต่างกับบริบทของต่างประเทศ อาทิเช่น ศาสนาพบว่า ประชากรในประเทศไทยนับถือศาสนาพุทธถึงร้อยละ 94.6 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) และจากการศึกษาพบว่า ความเชื่อทางพุทธศาสนา การปฏิบัติทางพุทธศาสนา และวิถีชีวิตแบบพุทธมากเพียงใดย่อมส่งผลให้มีความเข้มแข็งในการมองโลกมากขึ้นเท่านั้น (ดารวันต์ รักสัตย์, 2557) การอบรมเลี้ยงดู พบว่า ในวัฒนธรรมตะวันออก เป็นการเลี้ยงดูแบบพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว มีผลทำให้เด็กค่อนข้างพึ่งพาผู้อื่น ผู้ใหญ่ให้การเอาใจใส่ต่อเด็กมาก ค่อนข้างตามใจ และปกป้องเด็ก ทำให้เด็กรู้สึกสะดักสบาย จนไม่มีระเบียบแบบแผน ในขณะที่วัฒนธรรมตะวันตก จะสั่งสอนให้เด็กพึ่งตนเอง มีอิสระ และเน้นความสำเร็จของบุคคล (ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และปราณี สุทธิสุคนธ์, 2550) ซึ่งการอบรมเลี้ยงดูเป็นปัจจัยร่วมทำนายหนึ่งของการเผชิญปัญหา (บุรียาแดงพันธ์ และคณิต เขียววิชัย, 2558) ครอบครัว พบว่า โครงสร้างครอบครัวในสังคมไทย จะมีทั้งครัวเรือนเดี่ยว และครัวเรือนขยาย ในปัจจุบันรวมกันคิดเป็นร้อยละ 90 ของครัวเรือนทั้งหมด จะเห็นว่า รูปแบบการอยู่อาศัยส่วนใหญ่เป็นครัวเรือน (ชาย โพธิสิตา, 2554) ซึ่งการอาศัยร่วมกันจะเกิดความผูกพันพึ่งพิงอาศัยซึ่งกันและกัน อีกทั้งครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ สามารถช่วยลดอัตราการเป็นโรค และอัตราการตายได้ ช่วยให้ความเครียดด้านจิตสังคมลดน้อยลงและยังเป็นตัวกันชนจากผลกระทบของความเครียดต่อภาวะสุขภาพ (House, 1987) ฉะนั้นจะเห็นว่าบริบทของประเทศไทยมีความต่างนี้ จึงนำปัจจัยที่มีการศึกษาในต่างประเทศแล้วนำมาศึกษาซ้ำ เพื่อประโยชน์ในการประเมินปัญหาทางการพยาบาลพยาบาลทั้งในระยะวิกฤต ในระยะฟื้นฟูที่ห่อผู้ป่วย และระยะนัดตรวจที่ห่อผู้ป่วยนอก โดยพยาบาลในระยะที่กล่าวข้างต้นนี้ ซึ่งผู้วิจัยจึงศึกษาคูณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ในผู้รอดชีวิตกลุ่มนี้ที่มีการนิยามอย่างชัดเจน เพื่อให้ได้มาของข้อมูลในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพให้กับผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ซึ่งผลลัพธ์ที่สำคัญของการพยาบาล คือ ดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ดี (Riera et al., 2016) สามารถช่วยให้ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น โดยพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจในผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในระยะยาวจากภาวะการเจ็บป่วยวิกฤต และมีการวางแผนการดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยเจ็บป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ไปสู่หอผู้ป่วยทั่วไป มีการวางแผนจำหน่ายและติดตาม เพื่อให้ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Bergen, 2005) การศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต จะทำให้รู้ว่าปัจจัยใดที่มีความสำคัญ เป็นแนวทางการพัฒนาเพื่อเป็นรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ และเพิ่มคุณภาพทางการพยาบาล ส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตหรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-Related Quality of Life) โดย Wilson and Cleary (1995) อธิบายว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับมิติทางด้านสุขภาพ โดยเป็นผลกระทบมาจากปัจจัยทางด้านบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม ลักษณะทางสรีรวิทยา อาการของโรค การทำหน้าที่ การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านชีววิทยาและสรีรวิทยา (Biological and physiological) คือ ปัจจัยที่ครอบคลุมถึงการทำหน้าที่ของระดับเซลล์ โมเลกุล หรือระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ซึ่งเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง การเปลี่ยนแปลงทางด้านชีววิทยา 2) ปัจจัยด้านอาการ (Symptom

status) คือ ปัจจัยที่เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความผิดปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือการรู้คิดที่ผิดปกติไปจากเดิม เช่น ความอ่อนล้า ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า สามารถจำแนกเป็นด้านร่างกาย (Physical) ด้านจิตใจ (Psychological) และด้านจิตสรีระ (Psychophysical) 3) ปัจจัยด้านสภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) คือ ปัจจัยที่เป็นความสามารถสูงสุดในการทำหน้าที่ในหลายๆ ด้านของแต่ละบุคคล โดยความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมหรืองานให้บรรลุผลสำเร็จ เช่น การทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical function) การทำหน้าที่ทางสังคม (Social function) การทำหน้าที่ทางด้านบทบาทหน้าที่ (Role function) และการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological function) ซึ่งกรอบแนวคิดนี้จะมุ่งสนใจเกี่ยวกับความบกพร่องทางด้านร่างกาย หรือความพิการที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล 4) ปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพโดยรวม (General health perceptions) คือ ปัจจัยที่เป็นการประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของแต่ละบุคคล โดยการสังเคราะห์และประเมินภาวะสุขภาพจากปัจจัยทั้งหมด และมีความเป็นปรนัย 5) ปัจจัยเฉพาะส่วนบุคคล (Characteristic of the Individual) คือ ปัจจัยที่เป็นการทำหน้าที่ด้านชีววิทยา และข้อมูลส่วนบุคคล ด้านพัฒนาการ และด้านจิตใจ 6) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristic of the environment) คือ ปัจจัยที่สามารถจำแนกได้เป็นสิ่งแวดล้อมด้านสังคม เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เช่น เพื่อน ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ และเป็นสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ เช่น ที่อยู่อาศัย ที่ทำงาน ที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพทั้งทางด้านบวกและด้านลบ (Ferrans, Zerwic, Wilbur, & Larson, 2005)

จะเห็นว่าปัจจัยทั้ง 6 ปัจจัยนี้ แบ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงและโดยอ้อม ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงมี 3 ปัจจัย ดังนี้ ปัจจัยเฉพาะส่วนบุคคล (Characteristic of the Individual) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristic of the environment) และปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพโดยรวม (General health perceptions) ส่วนปัจจัยที่ส่งผลโดยอ้อม เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อเนืองกัน โดยปัจจัยด้านชีววิทยาและสรีรวิทยา (Biological and physiological) ส่งผลต่อปัจจัยด้านอาการ (Symptom status) ซึ่งมีผลกระทบต่อปัจจัยด้านสภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) และส่งผลต่อปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพโดยรวม (General health perceptions) และคุณภาพชีวิตตามลำดับ กล่าวคือ เมื่อภาวะเจ็บป่วยหรือพยาธิสภาพของโรคเกิดขึ้น จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบในร่างกาย ทำให้แสดงอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บป่วยนั้น เช่น อ่อนล้า อ่อนเพลีย เครียด ซึมเศร้า จากนั้นต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น ที่ได้จากการรักษาผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนของภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อการลดความสามารถในปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรม การปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ของแต่ละบุคคล ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยหรือภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป และสุดท้ายจะส่งผลต่อความสุขความพึงพอใจในชีวิตหรือคุณภาพชีวิต (Ferrans et al., 2005) ซึ่งอธิบายได้ดังนี้ ปัจจัยเฉพาะบุคคล และ

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีววิทยาและสรีระวิทยา การแสดงออกด้านอาการ และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม และส่งผลต่อปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพโดยรวม และความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคล ถึงแม้ว่าการเปลี่ยนแปลงด้านชีววิทยาและสรีระวิทยา ของภาวะการเจ็บป่วยจะเหมือนกันก็ตาม (นุจรี ประทีปะวณิช จอห์น, 2552)

สำหรับการศึกษาคำนี้ ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิด Wilson and Cleary (1995) เป็นแนวทางในการคัดสรรปัจจัยที่ต้องการศึกษา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต และเป็นปัจจัยที่พยาบาลสามารถใช้บทบาทอิสระในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันสุขภาพ รักษาสุขภาพและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยได้โดยตรง ปัจจัยคัดสรรที่นำมาศึกษาดังต่อไปนี้ 1) ปัจจัยด้านอาการ (Symptom status) ได้แก่ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ 2) ปัจจัยด้านสถานะการทำหน้าที่ (Functional status) ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ 3) ปัจจัยเฉพาะส่วนบุคคล (Characteristic of the Individual) ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristic of the environment) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ส่วนปัจจัยที่เหลือตามกรอบแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) ได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยาและสรีระวิทยา (Biological and physiological) พบว่าเป็นปัจจัยที่ขึ้นอยู่กับสภาพการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล เช่น พยาธิสภาพของโรคในผู้ป่วยแต่ละโรคของสภาวะวิกฤตซึ่งต้องอาศัยการรักษาเป็นหลัก และ ปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพโดยรวม (General health perceptions) พบว่าปัจจัยนี้มีความซ้ำซ้อนกับข้อคำถามในแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ผู้วิจัยใช้อีกทั้งจากการหาความสัมพันธ์ของปัจจัยการรับรู้สุขภาพโดยรวม (General health perceptions) กับความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional status) มีความสัมพันธ์กัน (เอมอร์ แสงศิริ, 2555) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยความสามารถในการทำหน้าที่และตัดปัจจัยการรับรู้สุขภาพโดยรวมเนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยด้านความสามารถในการทำหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วย ปัจจัยเหล่านี้ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำมาศึกษา โดยปัจจัยที่ใช้ศึกษาครั้งนี้มีดังนี้

ความสามารถในการทำหน้าที่ เป็นปัจจัยด้านสถานะการทำหน้าที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) ความสามารถในการทำหน้าที่ คือความสามารถของบุคคลในการประกอบกิจกรรมที่จำเป็นต่อการมีชีวิตอย่างผาสุก ซึ่งความสามารถในการประกอบกิจกรรมเหล่านี้ขึ้นอยู่กับการทำงานที่ร่วมกันของร่างกาย จิตใจ และสังคม (Becker & Cohen, 1984) โดยผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ในร่างกาย เกิดความบกพร่องของอวัยวะ การทำงานของระบบเลือด ความผิดปกติของการขับของเสียที่เกิดจากการทำงานของไตบกพร่อง สภาวะต่างๆ ที่เกิดขึ้นนี้ทำให้การทำงานที่ของร่างกาย และอวัยวะบกพร่องไป

(Iwashyna & Netzer, 2012) เช่น อ่อนแรง หายใจลำบาก เบื่ออาหาร (Granja et al., 2012) มีความยากลำบากในการลุก นั่งหรือยืน เกิดข้อติดแข็ง จากความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง และการไม่สามารถดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลได้ เกิดความวิตกกังวล ความเครียด (DeJong, Kompanje, Hofhuis, Spronk, & Guus, 2009) ทำให้ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตมีการรับรู้ถึงผลกระทบต่อการเจ็บป่วยวิกฤตที่เกิดขึ้น นั่นคือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ไม่สามารถกลับไปทำงานหาเลี้ยงชีพ อีกทั้งต้องพึ่งพาผู้อื่น และการพึ่งพาผู้อื่นจะทำให้ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม เกิดความไม่พึงพอใจกับชีวิต ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง (DerSchaaf et al., 2008; Jackson et al., 2014)

จากการศึกษาของ Haas et al. (2013) พบว่า ผู้รอดชีวิตหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตในระยะ 2 ปี มีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงเมื่อเทียบกับระยะแรกรับที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ Vest et al. (2011) พบว่า ผู้รอดชีวิตที่มีความสามารถในการทำหน้าที่บกพร่องส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นความสามารถในการทำหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

ความเหนื่อยล้า เป็นปัจจัยด้านอาการที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ตามกรอบแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) ความเหนื่อยล้า คือการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ขาดพลังงานจนถึงหมดแรง ไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย สติปัญญา และอารมณ์ นำไปสู่การทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง หรือไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ โดยแต่ละบุคคลจะให้ความหมายของความเหนื่อยล้า อย่งไรขึ้นอยู่กับ การรับรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ (Chalder et al., 1993) โดยผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตจะเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีปัจจัยเสี่ยงทวีความรุนแรงของความเหนื่อยล้า และพบว่าร่างกายจะเกิดปฏิกิริยาที่พยายามรักษาสมดุล ความเหนื่อยล้าจะเกิดขึ้นเมื่อพลังงานที่มีอยู่นั้น ไม่เพียงพอต่อความต้องการในภาวะที่เจ็บป่วย เมื่อความเหนื่อยล้าถูกสะสมเพิ่มขึ้นในระยะเจ็บป่วยวิกฤต และไม่ได้รับการแก้ไข จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าเรื้อรังหลังภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (Schaefer & Potylycki, 1993; Matthews, 2011) ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตจะมีความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย ง่วงซึม หมดพลัง อ่อนแอ ขาดความกระตือรือร้น และหมดความอดทน ส่งผลต่อความสามารถในการเคลื่อนไหว และส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรม หรือความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

นอกจากนี้ความเหนื่อยล้ายังเป็นกลไกการเกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจ ที่แสดงถึงความรู้สึกเป็นทุกข์ เกิดเป็นความไม่พึงพอใจในตนเอง (Piper et al., 1998; Matthews, 2011) เมื่อเกิดความเหนื่อยล้า ผู้รอดชีวิตจะต้องใช้เวลานานขึ้น ในการฟื้นฟูสภาพหลังภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (Salisbury, Merriweather, & Walsh, 2010) จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

น้อยลง ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ลดลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง จากการศึกษา Kelly and McKinley (2010) พบว่า ผู้รอดชีวิตหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตในระยะ 6 เดือน ผู้รอดชีวิตร้อยละ 50 เกิดความเหนื่อยล้า เกิดการหมดพลัง ขาดสมาธิ และความเหนื่อยล้าส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง ดังนั้นความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

คุณภาพการนอนหลับ เป็นปัจจัยด้านอาการที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ตามกรอบแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) คุณภาพการนอนหลับ คือความรู้สึกของบุคคลถึงความเพียงพอและความพอใจต่อการนอนหลับ พบว่า ในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต พบปัญหาการนอนหลับ (Sleep problem) เป็นปัญหาที่สำคัญถึงร้อยละ 32 ในระยะ 6 เดือนหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต (McKinley et al., 2012) ปัญหาการนอนหลับนั้นเกิดขึ้นตั้งแต่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ที่เกิดจากการรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยวิกฤต และภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่เกิดขึ้นคุกคามต่อผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต (Matthews, 2011) ทำให้ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตยังคงต้องเผชิญกับปัญหาการนอนหลับ เช่น การนอนหลับยาก การนอนไม่พอ นอนไม่หลับ นอนไม่เป็นเวลา ตื่นง่าย เกิดความไม่เพียงพอในการนอนหลับ และการนอนในแต่ละช่วงไม่ปกติ (Orwelius et al., 2008) ซึ่งผู้ที่มีปัญหาในการนอนหลับจะทำให้บุคคลนั้นนอนหลับได้ไม่ครบวงจร การนอนหลับในระยะ Non rapid eye movement และ Rapid Eye Movement ไม่สมบูรณ์ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า จะทำให้การหายใจของผลึกไม่เกิดการซ่อมแซมเนื้อเยื่อของร่างกายที่สึกหรอ หรือการสร้างเนื้อเยื่อขึ้นมาใหม่เป็นการทดแทน (Gift, Moore, & Soeken, 1992) อีกทั้ง การเสริมสร้างและซ่อมแซมเนื้อเยื่อสมองถูกรบกวน กลไกการทำงานของสมองและระบบประสาทซิมพาเทติกทำงานลดลง ทำให้การไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงลดลง (Oswald, 1976) จึงทำให้ร่างกายไม่พลังทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ในการทำกิจกรรมและดำรงชีวิตประจำวัน (Romero, 2014; McKinley et al., 2016) ปัญหาการนอนหลับดังกล่าวจึงทำให้คุณภาพการนอนหลับไม่ดีและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2004)

จากการศึกษาของ Orwelius et al. (2008) พบว่า ผู้รอดชีวิตหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตในระยะ 6 เดือนและ 12 เดือน เกิดปัญหาการนอนหลับส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงกว่าผู้ป่วยจากการเจ็บป่วยทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Granja et al. (2005) พบว่า ผู้รอดชีวิตหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตในระยะ 6 เดือน เกิดปัญหาการนอนหลับส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง และจากการศึกษาของ McKinley et al. (2016) พบว่า คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในผู้รอดชีวิตหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตในระยะ 2 เดือนและ 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.346, -.456$ ตามลำดับ) ดังนั้นคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นปัจจัยเฉพาะส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ตามกรอบแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) ความเข้มแข็งในการมองโลก คือการรับรู้โดยกระบวนการทางปัญญาว่าสิ่งเร้าต่างๆ ที่เข้ามากระทบตนเองนั้น สามารถเข้าใจและอธิบายด้วยเหตุผล มองสิ่งเร้านั้นเป็นสิ่งที่ท้าทายมีความคุ้มค่าที่จะใช้กำลังกายและสติปัญญาในการแก้ปัญหาให้ลุล่วงไป ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตได้ ส่งผลให้เกิดความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Antonovsky, 1987) ในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตจะผ่านการพบสิ่งต่างๆ ที่เป็นแรงกดดันในจิตใจ เช่น การทำหัตถการในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยเข้าใจว่าเป็นสิ่งที่กำลังช่วยชีวิตตน แต่ในทางกลับกันก็ก่อให้เกิดความเสียดใจจนกระทั่งเสียชีวิต (Patrick & Erickson, 1993; Torrance, 1984) ความเข้มแข็งในการมองโลก จะทำให้ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตสามารถเผชิญและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางเดินหายใจ เกิดการตีบของหลอดเลือด ปัญหาหัวใจและหลอดเลือด เกิดการตีบตันของหลอดเลือดดำส่วนกลาง ทำให้การทำหน้าที่ของหลอดเลือดดำส่วนที่ตีบตันมีความบกพร่อง อาจทำให้เกิดการตายของตำแหน่งแขน ขา หรือนิ้ว (Epstein, 2005; Iwashyna, & Netzer, 2012)

ฉะนั้นผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตมีความเข้มแข็งในการมองโลกที่ดี พร้อมทั้งจะต่อสู้ปรับตัวและเปลี่ยนแปลงกับสิ่งที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี (Fok et al., 2004; Engstrom et al., 2015) สอดคล้องกับการศึกษาของ Fok et al. (2004) ในผู้รอดชีวิตหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตในระยะ 4 สัปดาห์ พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษา Ekman et al. (2002) ในผู้รอดชีวิตในระยะ 12 เดือน พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

การเผชิญปัญหา เป็นปัจจัยเฉพาะส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ตามกรอบแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) การเผชิญปัญหา คือกระบวนการที่ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ใช้ความพยายามทั้งวิธีการคิด การกระทำ ที่แสดงถึงการจัดการกับสถานการณ์ที่คุกคามหรือผลกระทบที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยที่กำลังประสบอยู่ หรือคาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อจัดการกับปัญหาตามทีบุคคลได้ประเมินไว้ ซึ่งต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างมาก หากมีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมจะทำให้สามารถปรับตัวอยู่ในสังคม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป (Lazarus & Folkman, 1984) โดยผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตจะพบปัญหานานับประการ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง การอ่อนล้า ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า โรคเครียดจากภาวะวิกฤต (Post-Traumatic Stress Disorder) ภาวะสับสน ความบกพร่องทางปัญญา (cognitive impairment) (Rattray, 2013) โดยเฉพาะปัญหาทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นทำให้ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตฟื้นฟูสภาพทางด้าน

ร่างกายได้ซาลง (Easton & MacKenzie, 1988) จากปัญหาที่เกิดขึ้น ในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่มีทักษะของการเผชิญปัญหาที่ดี จะทำให้ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตสามารถที่จะจัดการกับปัญหาที่ประสบอยู่ หรือที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อพยายามควบคุมความทุกข์ทรมานทางอารมณ์หรือความรู้สึกไม่สบายใจต่างๆ ที่มีสาเหตุมาจากภาวะเจ็บป่วยของตนเอง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Caplan, 1964; Bergen, 2005; Jackson & Emery, 2011) ฉะนั้นการเผชิญปัญหา จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิต (Cohen, 1982)

จากการศึกษา Fok et al. (2004) ในผู้รอดชีวิตหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตในระยะ 4 เดือน พบว่า การเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r=0.58$) และจากการศึกษา Orwelius et al. (2010) ในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตในระยะ 6 เดือน พบว่า การเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ตามกรอบแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) การสนับสนุนทางสังคม คือการที่บุคคลได้รับการดูแลเอาใจใส่ ประคับประคอง และความช่วยเหลือในด้านจิตใจ การให้ข้อมูล คำแนะนำ และในด้านการเงิน ด้วยความเต็มใจจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ (Brandt & Weinert, 1985) ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่ช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ความบกพร่องทางด้านร่างกาย และความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Thoits, 1986) โดยผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต จะต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นตัวจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตและการดูแลที่ได้รับจากหอผู้ป่วยวิกฤต จากปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย และจิตใจที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง (Rattray, 2013) ซึ่งการสนับสนุนสังคมจะส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ไม่ว่าจะเป็นการให้ข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ ที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูล ข่าวสาร ที่จะนำไปสู่กระบวนการคิดและการตัดสินใจในการใช้วิธีการจัดการกับภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจากบุคคลในครอบครัวญาติ เพื่อนที่ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลง ล้วนแล้วส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (Deja et al., 2006)

จากการศึกษา Tilburgs et al. (2015) ในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ และจากการศึกษา Kleinpell and Ferrans (2002) ในผู้รอดชีวิตหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตในช่วง 4-6 เดือน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยร่วมทำนายกับ การรับรู้ความเจ็บป่วย ระยะเวลาที่รักษาตัว การเข้ารับการรักษาซ้ำในหอผู้ป่วยวิกฤต ต่อคุณภาพชีวิตในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วย

วิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .51$) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

จากแนวเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ความสามารถในการทำหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต
2. ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต
3. คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต
4. ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต
5. การเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วย
6. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตภายในช่วงระยะเวลา 3-6 เดือน ของโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตภายในช่วงระยะเวลา 3-6 เดือน ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 20-59 ปี ที่เคยนอนพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยวิกฤตของโรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

ตัวแปรที่ศึกษา คือ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต อันส่งผลต่อมิติทางสุขภาพ 5 มิติ คือ การเคลื่อนไหว (mobility) การดูแลตนเอง (self-care) การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (usual activities) ความเจ็บปวดและการไม่สุขสบาย (pain/discomfort) และความวิตกกังวลและความซึมเศร้า (anxiety/depression)

ประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (EQ-5D) สร้างขึ้นโดย The EuroQol Group (Rabin, Oemar, Oppe, Janssen, & Heardman, 2011) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยของ จันทนา พัฒนเกสัช และคณะ (2558)

ความสามารถในการทำหน้าที่ หมายถึง ความสามารถของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตในการปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตที่ผาสุก ได้แก่ ความสามารถในการทำงาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยปกติ และความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ (Karnofsky Performance Status Scale) สร้างขึ้นโดย Karnofsky, Abelmann, Craver, and Burchenal (1948) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยของ อำนวยพร อาชานอก (2549)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตเกี่ยวกับความรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ขาดพลังงานจนถึงหมดแรง ไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย สติปัญญา และอารมณ์ เป็นความเหนื่อยล้าแบบเรื้อรัง

ประเมินโดยใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้า (Revised Piper Fatigue Scale) สร้างขึ้นโดย Piper et al. (1998) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยของ อมรรัตน์ กรเกษม (2556)

คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี หมายถึง ความรู้สึกของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตถึงความไม่เพียงพอและความไม่พอใจต่อการนอนหลับ ประกอบด้วยการนอนหลับในเชิงปริมาณ ได้แก่ ระยะเวลาการนอนหลับ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ จำนวนครั้งในการตื่นระหว่างหลับในแต่ละคืน และการนอนหลับในเชิงคุณภาพ ได้แก่ ความลึก ความเพียงพอและความรู้สึกต่อการนอนหลับ รวมทั้งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในตอนกลางวัน

ประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (The Pittsburgh Sleep Quality Index) สร้างขึ้นโดย Buysse, Reynolds, Monk, Berman, and Kupfer (1989) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยของ ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญญู ตันชัยสวัสดิ์ (2540)

ความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึง การรับรู้ของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่มีต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ เช่น อาการที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค การรักษาหรือผลข้างเคียงของการรักษา เป็นต้น โดยมองว่าสิ่งเร้านั้นเป็นสิ่งที่ทำลาย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถอธิบายสาเหตุ/ผล สามารถคิดค้นวิธีการจัดการกับสิ่งเร้า และมองเห็นว่าตนเองสามารถทำความเข้าใจ ให้ความหมาย และจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ ได้ด้วยตนเองหรือจากบุคคลที่ไวใจได้อย่างมั่นใจจนสำเร็จลุล่วงไปได้ แบ่งองค์ประกอบของความเข้มแข็งในการมองโลกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1) ด้านความสามารถทำความเข้าใจ เป็นองค์ประกอบที่ทำให้ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตรับรู้ปัญหาที่เกิดจากสิ่งเร้านั้นเข้าใจได้ อธิบายได้ด้วยเหตุผล และสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ โดยใช้สติปัญญาในการทำความเข้าใจปัญหานั้นได้

2) ด้านความสามารถในการจัดการ เป็นองค์ประกอบที่ทำให้ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตได้ใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ตอบสนองต่อความต้องการที่เกิดจากสิ่งเร้า แหล่งประโยชน์อาจอยู่ภายใต้ความควบคุมของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) ด้านความสามารถให้ความหมาย เป็นองค์ประกอบที่ทำให้ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตมีการรับรู้ปัญหาที่ท้าทาย และมีคุณค่าที่จะบริหารจัดการให้สำเร็จลุล่วงไป ผู้ที่มีองค์ประกอบนี้จะสามารถระบุหรือค้นหาความหมายในสิ่งที่เกิดขึ้นและสามารถแสดงพฤติกรรมหรือกระทำกิจกรรมที่เอาชนะสิ่งที่เกิดขึ้นด้วยความมั่นใจ

ประเมินโดยใช้แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก (The Sense of Coherence Questionnaire) สร้างขึ้นโดย Antonovsky (1987) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยของ สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ, และพรรณวดี พุฒวนะ (2532)

การเผชิญปัญหา หมายถึง กระบวนการที่ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ใช้ความพยายามทั้งวิธีการคิด การกระทำ ที่แสดงถึงการจัดการกับสถานการณ์ที่คุกคามหรือผลกระทบที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยที่กำลังประสบอยู่ หรือคาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อรักษาความมั่นคงของร่างกายและจิตใจ แบ่งองค์ประกอบของการเผชิญปัญหาเป็น 3 วิธี ดังนี้

1) การเผชิญหน้ากับปัญหา เป็นการที่ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตมุ่งที่จะควบคุมปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดปัญหาให้เป็นไปในทางที่ดี โดยการพยายามหาวิธีการต่างๆ ในการควบคุมปัญหา โดยผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตอาจจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่

2) การจัดการกับอารมณ์ เป็นการที่ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตแก้ปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหานั้นไม่เปลี่ยนแปลง

3) การเบี่ยงเบนความรู้สึก เป็นการที่ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตแก้ปัญหาโดยการควบคุมเหตุการณ์และคิดหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ปัญหา โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหานั้นไม่เปลี่ยนแปลง

ประเมินโดยใช้แบบประเมินการเผชิญปัญหา (Jalowiec Coping Scale) สร้างขึ้นโดย Jalowiec (1988) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยของ ปราณี มิ่งขวัญ (2542)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตได้รับการดูแลเอาใจใส่ ปรึกษาประคอง และความช่วยเหลือในด้านจิตใจ การให้ข้อมูล คำแนะนำ คำปรึกษา และในด้านการเงิน ด้วยความเต็มใจจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ แบ่งองค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เป็นการแสดงออกถึงการยอมรับ เห็นคุณค่า ความรัก ความห่วงใย ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน

2) การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้และไปใช้ในการประเมินตนเอง

3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ชี้แนวทาง และการให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร เป็นการช่วยเหลือในแบบต่างๆ เช่น การให้เวลา สิ่งของ แรงงาน เงิน และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม

ประเมินโดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (ENRICHD Social Support Instrument) สร้างขึ้นโดย Mitchell et al. (2003) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยของ จันทนา หล่อจตระกูล (2549)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต และนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

2. ด้านการศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

3. ด้านการวิจัย ใช้เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล โดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลในการสร้างโปรแกรม หรือแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในการครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมจากแนวคิด ทฤษฎี ตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการดำเนินการศึกษาวิจัย โดยสรุปเนื้อหาสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยวิกฤต และผู้รอดชีวิตจากภาวะการเจ็บป่วยวิกฤต
 - 1.1 ความหมายของภาวะเจ็บป่วยวิกฤต
 - 1.2 ความหมายของผู้ป่วยวิกฤต
 - 1.3 ความหมายของผู้รอดชีวิต
 - 1.4 ความหมายของผู้รอดชีวิตจากภาวะการเจ็บป่วยวิกฤต
 - 1.5 ผลกระทบในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต
2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพ
 - 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพ
 - 2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพ
 - 2.3 แนวคิดทฤษฎีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
 - 2.4 การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
 - 2.5 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต
 - 3.1 ความสามารถในการทำหน้าที่
 - 3.2 ความเหนื่อยล้า
 - 3.3 คุณภาพการนอนหลับ
 - 3.4 ความเข้มแข็งในการมองโลก
 - 3.5 การเผชิญปัญหา
 - 3.6 การสนับสนุนทางสังคม
4. บทบาทพยาบาลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้รอดชีวิต
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยวิกฤต และผู้รอดชีวิตจากภาวะการเจ็บป่วยวิกฤต

1.1 ความหมายของภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

The American Association of Critical Care Nurses ให้ความหมายว่า ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตเป็นภาวะเจ็บป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูง มีปัญหาคุกคามต่อชีวิต ต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลเฉพาะทางวิกฤตที่ได้รับการฝึกอบรมเพื่อการดูแลที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ (Carlson, 2009)

Frost (2007) ให้ความหมายว่า ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตเป็นกระบวนการของโรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติทางสรีรวิทยานำไปสู่ความพิการหรือเสียชีวิตภายในช่วงเวลานาทีหรือชั่วโมง โดยระบบที่สำคัญที่คุกคามต่อร่างกายคือ ระบบประสาท ระบบหัวใจและหายใจ

Medical Dictionary (2012) ให้ความหมายว่า ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตเป็นภาวะการเจ็บป่วยหรือโรคที่ทำให้เกิดความไม่แน่นอนในชีวิตและมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปสู่การเสียชีวิต

สุจิตรา ลิมอำนวย และชวนพิศ ทำนอง (2557) ให้ความหมายว่า ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตเป็นภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เกิดจากการเสื่อมหน้าที่ทันทีของอวัยวะหรือระบบใดระบบหนึ่งที่สำคัญของร่างกาย หรือเกิดจากการกำเริบของโรคเรื้อรังซึ่งมีอาการรุนแรงที่ก่อให้เกิดภาวะเสื่อมหรือเกิดปัญหาคุกคามต่อชีวิต เป็นภาวะวิกฤตของชีวิตที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยการสังเกต ประเมินอาการและการให้การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม และจิตวิญญาณ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคและการรักษา โดยภาวะเจ็บป่วยวิกฤต เป็นภาวะที่เกิดขึ้นร่วมกับภาวะใดภาวะหนึ่งดังนี้

1) ภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด เช่น มีเลือดออกมาก ติดเชื้ออย่างรุนแรง อาจจะทำให้เกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน การติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น

2) ภาวะวิกฤตจากโรคเรื้อรังที่มีการกำเริบของโรค จากการควบคุมโรคไม่ได้ เช่น มีภาวะติดเชื้ออย่างรุนแรงในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว มีภาวะหายใจวายในผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจเรื้อรัง มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง ในผู้ป่วยเบาหวาน มีภาวะปฏิกิริยาไตหรือไตขาดเลือดมาเลี้ยงหรือภาวะติดเชื้อในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต เป็นต้น

3) อุบัติเหตุหรือเกิดภัยอันตราย เช่น ไฟไหม้ บาดเจ็บที่สมอง ที่ไขสันหลัง มีผลเกิดภาวะวิกฤตจากบาดเจ็บและล้มเหลวหลายระบบ

4) การแพ้ยาหรือสารเคมีหรือการรับสารพิษ

5) โรคมะเร็งที่ลุกลามไปอวัยวะที่สำคัญ

6) โรคทางพันธุกรรมและโรคเสื่อม

สรุปได้ว่าภาวะเจ็บป่วยวิกฤต มีความหมายว่าเป็นกระบวนการของโรคที่เกิดขึ้นทันทีทันใด จากการเสื่อมหน้าที่หรือระบบใดระบบหนึ่งในร่างกายหรือเกิดจากการกำเริบของโรค ก่อให้เกิดปัญหา ความทุกข์ต่อชีวิต ต้องได้รับการรักษาและดูแลที่ใกล้ชิดจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่เฉพาะทาง

1.2 ความหมายของผู้ป่วยวิกฤต

American Association of Critical Care Nursing ให้ความหมายว่า ผู้ป่วยวิกฤตเป็นผู้ป่วย ที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีปัญหาคุณภาพชีวิต ต้องได้รับการประเมินและดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรหลาย สาขาเพื่อคงที่สภาพให้ได้มากที่สุดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Kinney, Packa, & Dunbar, 1998)

Wandelt and Ager (1970) ให้ความหมายว่า ผู้ป่วยวิกฤตเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแล จากพยาบาลที่มีทักษะเฉพาะตลอดเวลา เป็นผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยชีวิต อาจเป็นผู้ป่วยที่ไม่อาจ ทำนายได้แน่นอนว่าจะมีชีวิตหรือจะเสียชีวิต

Skillman (1975) ให้ความหมายว่า ผู้ป่วยวิกฤตเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการใช้เครื่องช่วย หายใจและใช้เครื่องช่วยบันทึกตลอดเวลา ต้องได้รับการสังเกตอวัยวะ ระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต อย่างใกล้ชิด ต้องใช้การรักษาทางยาร่วมด้วยอย่างเต็มที่ อีกทั้งต้องให้การพยาบาลอย่างมี คุณภาพและได้ประสิทธิภาพตลอดเวลา

Sole and Hartshorn (1997) ให้ความหมายว่า ผู้ป่วยวิกฤตเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยง หรือมี ปัญหาวิกฤตทางด้านร่างกายที่คุกคามชีวิต มีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มีความจำเป็นต้องได้รับ การดูแลอย่างใกล้ชิด และต่อเนื่อง

วิจิตรา กุสุมภ์ (2546) ให้ความหมายว่า ผู้ป่วยวิกฤตเป็นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยฉุกเฉินหรือเจ็บป่วย อย่างเฉียบพลัน มีปัญหาซับซ้อนต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องพึ่งพาเครื่องมือทางเทคโนโลยี ขั้นสูง จึงต้องมีหน่วยงานพิเศษเพื่อรองรับและมีผู้ดูแลที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง

ชุดิมา อรุโณทยานันท์ (2547) ให้ความหมายว่า ผู้ป่วยวิกฤตเป็นผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยรุนแรง หรือป่วยหนักและคุกคามต่อชีวิต จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว และทันท่วงทีเพื่อรักษา ชีวิตของผู้ป่วยไว้

จรรยา ตันติธรรม (2547) ให้ความหมายว่า ผู้ป่วยวิกฤตเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการ เสียชีวิต หรือมีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพที่คุกคามชีวิต โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการหนัก อาการไม่คงที่ และซับซ้อนต้องได้รับการให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด

สุจิตรา ลิ้มอำนวย และชวนพิศ ทำนอง (2557) ให้ความหมายว่า ผู้ป่วยวิกฤตเป็นผู้ป่วยที่มี ปัญหาสุขภาพที่เสี่ยงต่อภาวะคุกคามกับชีวิต ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง มักมีภาวะร่างกายอ่อนแรง อาการไม่คงที่ และมีภาวะเจ็บป่วยซับซ้อน ต้องการการเฝ้าระวังและประเมินสภาพผู้ป่วยอย่าง

ต่อเนื่อง รวมทั้งการรักษาพยาบาล ทั้งนี้เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะคงที่ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และให้ผู้ป่วยรอดจากภาวะวิกฤต

สรุปได้ว่าผู้ป่วยวิกฤต มีความหมายว่าเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ที่เกิดจากปัญหาทางด้านร่างกายที่ฉับพลัน ชับซ้อน ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด ได้รับการรักษาด้วยเครื่องมือทางเทคโนโลยีขั้นสูง และได้รับการรักษาพยาบาลด้วยพยาบาลเฉพาะทาง

1.3 ความหมายของผู้รอดชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบคำนิยาม ผู้รอดชีวิตจากโรค/ภาวะต่างๆ ดังนี้
 วราภรณ์ แก้ววิสัย (2547) ให้ความหมายว่า ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมเป็นบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านมโดยอยู่ในระยะตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงการได้รับการรักษามะเร็งเต้านมจนครบ จะเป็นช่วงที่มีการดำเนินการรักษาที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายอย่างชัดเจน ตลอดจนมีผลกระทบในด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณในระยะนี้อย่างรุนแรง ต่อเนื่อง

ธัญลักษณ์ โอบอ้อม (2548) ให้ความหมายว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 1 ปีและพิการต้องที่ได้รับการดูแลจากครอบครัว

วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์ (2549) ให้ความหมายว่า ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในระยะ 5 ปีหลังได้รับการรักษามะเร็งจนครบ และไม่มีอาการและอาการแสดงของการกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง

สาลี เฉลิมวรรณพงษ์ (2552) ให้ความหมายว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้าน ที่ยังมีอาการของโรคและความพิการหลงเหลืออยู่ ต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแล (caregivers)

ณสรวง นเรนทรเสณี (2553) ให้ความหมายว่า ผู้รอดชีวิตที่สูญเสียความสมบูรณ์ทางกายเป็นบุคคลที่อยู่ในเหตุการณ์ขณะเกิดเพลิงไหม้สถานบันเทิงชานดิกำแพง แล้วรอดชีวิตออกมาได้ แต่ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์เพลิงไหม้ทำให้ต้องสูญเสียความสมบูรณ์ทางร่างกาย

กัญญาณาด สุวรรณชาติ (2554) ให้ความหมายว่า ผู้รอดชีวิตจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นบุคคลที่ประสบการสูญเสียโดยตรงกับเหตุสะเทือนขวัญ และมีการเติบโตทางด้านจิตใจภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้มาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน

บุญชู อนุศาสนนันท์ (2555) ให้ความหมายว่า ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม เป็นผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งเต้านมและรอดชีวิตอยู่ในระยะเฉียบพลัน ระยะแพร่กระจาย และระยะหลังได้รับการวินิจฉัยครบห้าปี

มนทกานต์ เพ็งสกุล (2555) ให้ความหมายว่า ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บในสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นบุคคลที่เคยประสบการณเหตุการ์ณที่เกิดจากการกระทำของ

มนุษย์มีทั้ง การทำร้ายร่างกาย การลอบวางเพลิง การวางระเบิด การก่อเหตุการณีก่อฆน ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ และทำให้บุคคลนั้นเกิดการบาดเจ็บของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล แล้วมีชีวิตหลังออกจากโรงพยาบาลมากกว่า 1 เดือน

จากรูรณ ป้อมกลาง (2556) ให้ความหมายว่า ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมเป็นบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด หรือรังสีรักษา หรือเคมีบำบัด ครบแผนการรักษาแล้วเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป แต่ไม่เกิน 5 ปี

สรุปได้ว่าผู้รอดชีวิต มีความหมายว่าเป็นบุคคลที่ประสบการณหรือพ้นจาก เหตุการณ์ร้ายแรงภัยพิบัติทางธรรมชาติ อุบัติภัยจากน้ำมือมนุษย์ ภาวะการเจ็บป่วยจากโรค ที่ต้องการศึกษา โดยระบุช่วงเวลาหรือระยะของการรอดชีวิต มักจะคำนึงถึงผลกระทบต่อการดำรงชีวิตมากที่สุดมาใช้ในการศึกษาของผู้รอดชีวิต

1.4 ความหมายของผู้รอดชีวิตจากภาวะการเจ็บป่วยวิกฤต

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยและในต่างประเทศ ไม่พบความชัดเจนของการให้คำนิยามผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศ 97 เรื่อง ที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้รอดชีวิตกลุ่มนี้ จะมีลักษณะของกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้ (ตารางที่ 1-3)

- 1) เป็นบุคคลที่นอนพักรักษาตัวอยู่ที่หอผู้ป่วยวิกฤต จากการศึกษาที่ทั้งมาจากหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตรวมอายุรกรรม-ศัลยกรรม
- 2) เป็นบุคคลที่นอนพักรักษาตัวอยู่ที่หอผู้ป่วยวิกฤตอย่างน้อย 24 ชั่วโมง
- 3) เป็นบุคคลที่มีชีวิตรอดจากหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป
- 4) เป็นบุคคลที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตในโรค/กลุ่มโรค ที่พบ เช่น Respiratory, Gastrointestinal, Cardio-vascular, Intoxication, Sepsis, Metabolic, Renal, Neurological, ARDS, Miscellaneous, Prolonged mechanical ventilation, Cardiac arrest เป็นต้น

ตารางที่ 1 ระยะเวลา และจำนวนงานวิจัยที่ใช้ในการศึกษาผู้รอดชีวิตหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วย
วิกฤต

| ระบุระยะเวลา | | ระบุเป็นช่วงเวลา | | ระบุช่วงเวลาแบบไม่จำกัด | | ระบุตามช่วงเวลาที่ต้องการศึกษา | |
|--------------|-------|------------------|-------|-------------------------|-------|--------------------------------|-------|
| ระยะเวลา | จำนวน | ระยะเวลา | จำนวน | ระยะเวลา | จำนวน | ระยะเวลา | จำนวน |
| 3 เดือน | 3 | 6-12 เดือน | 2 | >1 ปี | 1 | 3 และ 12 เดือน | 2 |
| 4 เดือน | 1 | 6-15 เดือน | 2 | ≥2 ปี | 1 | 3, 6 และ 12 เดือน | 1 |
| 6 เดือน | 11 | 1-2 ปี | 2 | >2 ปี | 1 | 3 และ 3 ปี | 1 |
| 9 เดือน | 1 | 2-7 ปี | 1 | > 6 ปี | 1 | 3, 6, 9, และ 12 เดือน | 1 |
| 12 เดือน | 14 | 1-6 ปี | 1 | | | 6 และ 12 เดือน | 1 |
| 15 เดือน | 1 | 1-13.8 ปี | 1 | | | 6, 12 and 24 เดือน | 1 |
| 18 เดือน | 3 | 19-127 เดือน | 1 | | | 6 เดือน และ 2 ปี | 1 |
| 24 เดือน | 4 | 5-68 เดือน | 1 | | | 1, 2 และ 5 ปี | 1 |
| 3 ปี | 1 | 5.7±32 เดือน | 1 | | | 18, 24, 30, และ 36 เดือน | 1 |
| 5 ปี | 2 | 16.6±10.6 เดือน | 1 | | | 3 และ 13 ปี | 1 |
| 9 ปี | 1 | 4.8±3 ปี | 1 | | | ระบุเวลาไม่ชัดเจน | 1 |
| 12 ปี | 1 | 2.4-41 ปี | 7 | | | | |

ตารางที่ 2 จำแนกหอผู้ป่วย จำนวนงานวิจัยที่ศึกษาผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

| หอผู้ป่วยที่ศึกษา | จำนวน (งาน) |
|----------------------|-------------|
| Medical-Surgical ICU | 40 |
| Mix Medical ICU | 4 |
| Mix Surgical ICU | 4 |
| Cardio-Med ICU | 2 |
| Cardio-Surg ICU | 3 |

ตารางที่ 3 จำแนกกลุ่มโรค จำนวนงานวิจัยที่ศึกษาผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

| กลุ่มโรคผู้ป่วย | จำนวน (งาน) |
|------------------------------------|-------------|
| Trauma | 14 |
| ARDS | 11 |
| Cardiac arrest | 5 |
| Various disease | 4 |
| Prolonged mechanical | 3 |
| Sepsis | 3 |
| Pancreatitis | 2 |
| Acute Kidney Injury | 1 |
| Transthoracic esophageal resection | 1 |

สรุปได้ว่าผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต มีความหมายว่าเป็นผู้ที่พ้นจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ที่เคยนอนพักรักษาตัวอยู่ที่หอผู้ป่วยวิกฤตทั้งจากหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม หรือหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โดยพักรักษาตัวอย่างน้อย 24 ชั่วโมง ด้วยโรค/กลุ่มโรค เช่น Respiratory, Gastrointestinal, Cardio-vascular, Intoxication, Sepsis, Metabolic, Renal, Neurological, Mis-cellaneous และมีชีวิตรอดจากหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป

1.5 ผลกระทบของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยเป็นผู้ที่เคยได้รับการคุกคามต่อชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรงเฉียบพลัน ได้รับการรักษาขั้นสูง ด้วยเครื่องมือที่ทันสมัย ครอบคลุม และราคาแพงในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งผู้ที่ได้รับการดูแลในภาวะเจ็บป่วยวิกฤตจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในระยะยาว (Jacobs, Vlilet, Roozendaal, & Linden, 1988) จากการศึกษาของ Cantlay (2015) แบ่งผลกระทบในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต 3 ด้าน ดังนี้

1.5.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

1) ปัญหาทางเดินหายใจ (Airway) ในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่เคยได้รับการรักษาด้วยท่อช่วยหายใจนานๆ จะทำให้เกิดการบาดเจ็บ ระบายเคือง และการอักเสบเกิดขึ้นได้ทั้งทางเดินหายใจ และบางกรณีท่อช่วยหายใจไปกดทับที่กล่องเสียงและเส้นประสาท สามารถมีปัญหาเรื่องการออกเสียง หรือในบางกรณีที่มีความจำเป็นที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะยาว จะต้องได้รับการเจาะท่อหลอดลมเทียม (Tracheostomy tube) และต้องคงค้างท่อหลอดลมเทียมนี้จนระยะจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยคือ เกิดการตีบตันของหลอดลม

(tracheal stenosis) และ ท่อหลอดลมนิ่ม (tracheomalacia) (Epstein, 2005) ซึ่งจะมีอาการแสดง เช่น ไอบ่อย เสมหะเยอะและคั่งค้าง ทำให้อุดกั้นทางเดินหายใจบางส่วน ก่อให้เกิดการหายใจที่ผิดปกติ

2) ปัญหาการหายใจ (Respiratory) ในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ส่วนใหญ่แล้วมักพึ่งพาท่อช่วยหายใจ เช่น ในผู้ป่วยโรคการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory Distress Syndrome) เกิดจากปอดมีพยาธิสภาพและทำให้ปริมาตรการหายใจอิมของปอดลดลง (Lung volume) ซึ่งการฟื้นตัวจากพยาธิสภาพนี้จะต้องใช้เวลาหลายเดือนจนถึง 12 เดือน และช่วงเวลาในการฟื้นตัวนี้ ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยจะมีการแลกเปลี่ยนอากาศไม่สมบูรณ์ มีอาการหายใจลำบาก (dyspnoea) เกิดขึ้นได้

3) ปัญหาของหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular) ในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่เคยได้รับการสอดใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำใหญ่ (Central venous catheters) มักเกิดแผลเป็นที่ผิวหนัง และบางรายเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเช่น การตีตันของหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central venous stenosis) ทำให้การสอดใส่สายสวนอีกครั้งนั้นทำได้ยาก และทำให้การทำหน้าที่ของหลอดเลือดดำส่วนที่ตีตันมีความบกพร่องไปและส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบอื่นๆ ในระยะยาว และในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่เคยได้รับการสอดใส่สายสวนทางหลอดเลือดแดง (Arterial catheters) เพื่อการติดตามระดับความดันโลหิตต่อเนื่อง นั้นมีผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนปลาย ทำให้แขนหรือขาบริเวณต่ำกว่าตำแหน่งนั้น เกิดการทำงานที่บกพร่อง หรือในกรณีรุนแรง สามารถทำให้แขน ขา หรือนิ้วบริเวณที่หลอดเลือดแดงนั้นถูกทำลายเกิดเป็นการตายของตำแหน่งแขนขานั้นได้

4) ปัญหาทางเดินอาหาร (Gastrointestinal) ในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตส่วนใหญ่พบว่าน้ำหนักตัวลดลง ซึ่งจากการศึกษาในผู้รอดชีวิตจากโรคหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน น้ำหนักลดลง 18% จากน้ำหนักตัวก่อนการเจ็บป่วยวิกฤต และพบว่า 71% สามารถกลับคืนของน้ำหนักหลังจากจำหน่ายจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตในระยะ 1 ปี (Herridge et al., 2003) ซึ่งการกลับคืนมาของน้ำหนักที่ยากนั้น อาจเกิดมาจากการเบื่ออาหาร การรับรสที่เปลี่ยนแปลงจากผลกระทบในระยะที่ใส่ท่อช่วยหายใจ หรือจากยาที่ได้รับในการรักษาภาวะเจ็บป่วยวิกฤต เช่น angiotensin II

5) ปัญหาทางเดินปัสสาวะและสืบพันธุ์ (Genitourinary) ในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่มีปัญหาไตวาย พบว่ามีการฟื้นตัวในทางที่ดี 13% หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล และมีแนวโน้มที่จะได้รับการล้างไตต่อเนื่องในระยะยาว (Uchino et al, 2005) ซึ่งเป็นความเสี่ยงของการดำเนินโรคที่ไม่ดีจากภาวะไตวายเฉียบพลันสู่ภาวะไตวายเรื้อรังได้ อีกทั้งในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตจะมีปัญหาเรื่องการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (Sexual

dysfunction) ที่เกิดจากยาที่ได้รับ เช่น B-blockers และ Tricyclic antidepressants หรือภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดซ่อมแซมหลอดเลือดโป่งพอง หรือเหตุการณ์ทางศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ อีกทั้งอาจเกิดจากปัญหาทางจิตใจ เกี่ยวกับการสูญเสียบทบาทหน้าที่ จากความกลัว ความนับถือตนเองต่ำ ทำให้สูญเสียความต้องการทางเพศไป เกิดการการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

6) ปัญหาทางระบบประสาท (Neurological) ในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต พบความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยวิกฤตที่พัฒนาไปสู่ภาวะ polyneuropathy ถ้าผู้รอดชีวิตเกิดภาวะนี้จะทำให้ความบกพร่องของระบบประสาท และเกิดเป็นอัมพาต (paraesthesia) ได้ในที่สุด โดยจะมีอาการและอาการแสดง เช่น อ่อนเพลีย การรับรู้ของระบบประสาทส่วนปลายบกพร่อง มีอาการ foot drop การสูญเสียการได้ยินซึ่งเกิดมาจากพิษของยาที่ได้รับในการรักษาอยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต เช่น aminoglycosides และ diuretics การสูญเสียการมองเห็น เช่น กระจกตาถลอก เกิดการติดเชื้อที่อาจเกิดจากรักษาด้วยความเย็นและนำอุปกรณ์นั้นๆ วางในตำแหน่งใกล้เคียงกับบริเวณตา หรือจากยา เช่น Amiodarone และการใช้ steroids ในระยะเวลาสั้นๆ นอกจากนี้ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตจะพบกับอาการปวดเรื้อรัง และความไม่สุขสบาย อาการปวดนั้นอาจเกิดจากความบกพร่องของระบบประสาทที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเกิดภายหลังการผ่าตัด หรือเกี่ยวกับโรคประจำตัว เช่น Guillain Barre syndrome หรือจากการบาดเจ็บจากแผลไฟไหม้ เหตุการณ์จากการใส่ท่อระบายทรวงอก ซึ่งพบว่าการศึกษาไว้ในระยะเวลานานและต้องถอดออกนั้นก็ยังคงความปวดในบริเวณที่ใส่ท่อระบายทรวงอก (Herridge et al., 2003)

7) ปัญหาของกระดูกและกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal) ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต เมื่อระยะเจ็บป่วยวิกฤตนั้นพบการทำลายของกระดูกและกล้ามเนื้อจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว จากการศึกษาพบว่า ในระยะวิกฤตจะมีการสูญเสียมวลกระดูกได้ถึง 2-4 % ต่อวัน (Griffiths & Hall, 2010) ผลที่เกิดขึ้นทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลงทำให้การทำงานที่ต่างๆ ของกระดูกและกล้ามเนื้อบกพร่องไป ซึ่งต้องใช้เวลาในการฟื้นตัวหลายเดือน และจากการศึกษาพบว่าการเจ็บป่วยวิกฤตที่ต้องรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตนานถึง 2 สัปดาห์ นั้นจะสามารถทำให้ข้อไหล่ติด ทำให้การเคลื่อนไหวบกพร่อง (Clavet, Hebert, Fergusson, Doucette, & Trudel, 2008) อีกทั้งการใช้ยาเฮปาริน (heparin) เพื่อป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายตีตันที่นิยมใช้ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤตหรือการใช้ยากลุ่ม Steroids นั้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกระดูกพรุน และทำให้เกิดกระดูกหักได้ง่ายขึ้น

8) ปัญหาทางผิวหนัง (Dermatological) ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต โดยทั่วไปจะมีปัญหาทางผิวหนัง เช่น รอยแผลเป็นจากการใส่สายระบาย สายสวนต่างๆ การเจาะหลอดเลือดลมคอ และปัญหาที่สำคัญคือแผลที่เกิดจากการกดทับเรื้อรัง (persistent decubitus ulceration) ที่ต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาล หรือในรายที่เป็นแผลใหญ่กินเนื้อที่บริเวณกว้าง อาจ

มีความจำเป็นที่จะได้รับการรักษาทางศัลยกรรมพลาสติก ปัญหาผมร่วงที่เกิดจากการตอบสนองทาง สรีรวิทยาจากความเครียดที่เกิดขึ้นในการเจ็บป่วยวิกฤต จะพบปัญหานี้ได้ในช่วงเวลา 3 เดือน หลังจากการเจ็บป่วยวิกฤต ซึ่งเรียกปรากฏการณ์นี้ว่า Telogen effluvium และสามารถฟื้นตัวได้ใน 6 เดือนหลังจากการเจ็บป่วย และการเจ็บป่วยวิกฤตทำให้เกิดการหยุดชะงักการแบ่งตัวของเซลล์แผ่น เล็บทำให้เล็บมีเส้นเล็บที่ผิดปกติไปจากเดิมในช่วงประมาณ 6 เดือนซึ่งจะเป็นเล็บที่มีรูปแบบใหม่ เกิดขึ้น ในกรณีที่รุนแรงจะพบเป็น Onychomycosis ของเล็บ อีกทั้งอาการคันตามผิวหนังก็เกิดขึ้นได้ จากปริมาณของ hydroxy-ethyl starch (HES) ที่เพิ่มสูงในระยะเจ็บป่วยวิกฤต

1.5.2 ผลกระทบด้านจิตใจ

ปัญหาทางด้านจิตใจเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้หลังจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ได้แก่

1) ปัญหาความจำแบบหลงผิด (Delusional memories) เป็นปัญหาที่พบบ่อย เกิด จากเหตุการณ์ที่มากระทบอย่างรุนแรงในชีวิต ไม่ว่าจะเป็นความเจ็บป่วย การแปลความหมายของ สิ่งแวดล้อม การรักษา ยาที่ได้รับ และอาการปวดที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดเป็นภาวะสับสนเฉียบพลัน หรือ ICU psychosis ซึ่งในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่คิดวนกลับถึงความจำแบบหลงผิดบ่อยๆ ครั้ง ความจำหลงผิดนั้น จะทำให้เกิดความหวาดระแวง กลัว ซึ่งความหลงผิดที่เกิดขึ้นในระยะเวลาด บ่อยๆ และนาน จะก่อให้เกิดโรคเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์วิกฤติ (Post-Traumatic Stress Disorder) กับเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นในระยะวิกฤต ผื่นร้าย เกิดภาพหลอน ซึ่งทำให้ผู้รอดชีวิตเกิด พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง มีความตื่นตัวที่ผิดปกติ หงุดหงิด ไม่สามารถหลับได้

2) ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Anxiety and Depression) เป็นผลกระทบที่ เกิดขึ้นที่สำคัญแก่ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต เกิดจากความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ การเสีย ภาพลักษณ์ และความบกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์

3) ความผิดปกติด้านการรู้คิด (Cognitive dysfunction) เป็นปัญหาที่พบได้ แต่ ส่วนใหญ่มักจะถูกมองข้ามไป จากการศึกษาพบว่าระยะหลังจากเจ็บป่วยวิกฤต 12 เดือน มีปัญหานี้ได้ ถึง 24% ซึ่งอาการจะคล้ายกับผู้ป่วยอัลไซเมอร์ในระยะเล็กน้อย (Pandharipande et al., 2013) เกิดเป็นความจำและความสนใจบกพร่องไป

1.5.3 ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้รอดชีวิตจากภาวะ เจ็บป่วยวิกฤต เช่นในโรคการหายใจล้มเหลวจะกินเวลาไปถึง 1 ปี และผู้รอดชีวิตจะสามารถกลับไป ทำงานได้นั้นเพียง 49% นอกนั้นจะมีความพิการเกิดขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Herridge et al., 2003) และในระยะเวลา 5 ปีพบว่าจำนวนค่ารักษาเพิ่มได้ถึง 77% (Herridge et al., 2011) สมาชิก ในครอบครัวมีความจำเป็นต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตทำให้เกิด ปัญหาด้านการเงินในระยะยาว

สรุป ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต จะมีผลกระทบไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ส่งผลต่อการดำรงชีวิต ไม่ว่าจะเป็น ความพิการทางร่างกายที่หลงเหลืออยู่ หรือความบกพร่องของอวัยวะ ความบอบซ้ำที่รอการฟื้นฟูสภาพภายหลังเจ็บป่วยวิกฤต ล้วนแล้ว รบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติกิจกรรมของตนเอง และการเข้าร่วมกิจกรรมของคนใน ครอบครัวและสังคม ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้รอดชีวิตมองคุณค่าต่อตัวเองต่ำ เป็นภาระต่อคนใน ครอบครัว และสังคม

2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

แนวคิดคุณภาพชีวิตมีมาตั้งแต่สมัยกรีกโบราณ และนักปรัชญา Aristotle ได้เป็นผู้อธิบาย “ความสุข (happiness)” เป็นลักษณะเฉพาะที่เกิดจากภายในของแต่ละบุคคล (Theofanidis & Fountouki, 2010) และคำว่า คุณภาพชีวิต ได้ถูกกล่าวขึ้นอีกโดยประธานาธิบดีลินคอล์น จอห์นสัน (1964) ได้กล่าวปราศรัยว่า “การมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น มีองค์ประกอบมากกว่าการมีความปลอดภัย ด้านการเงิน” (Campbell, 1981 as cited in Meeberg, 1993) และได้มีการนำมาใช้ในวงการ แพทย์และสาธารณสุขในช่วงปี 1970 จากนั้น องค์การอนามัยโลกได้นำการวัดคุณภาพชีวิตมาเป็น ตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางภาวะสุขภาพของบุคคล ซึ่งไม่ใช่เพียงแต่การปราศจากโรคเท่านั้น แต่รวมถึงความ ผาสุกทางกาย จิตใจ และสังคมของบุคคลด้วย (WHOQOL group, 1994)

องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำนิยามของคำว่า “สุขภาพ คือ ภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมีได้หมายความถึงการไม่มีโรคหรือความไม่พิการ” คำนิยามสุขภาพนี้ ชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงมุมมองของสุขภาพที่รวมถึงความสมบูรณ์ทางจิตใจและสังคมด้วย (Fayers & Machin, 2000 อ้างถึงใน นุจรี ประทีปะวณิช จอห์นสัน, 2552) คำนิยาม “สุขภาพ” ของ องค์การอนามัยโลก ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาเพื่อการวัดคุณภาพชีวิตอย่างเป็นระบบ และ ต่อมาเป็นที่มาของคำว่า “คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ” (Health-related quality of life) โดยมุ่งเน้น เฉพาะคุณภาพชีวิตที่เป็นผลเกี่ยวเนื่องมาจากโรคและการรักษาเท่านั้น ซึ่งเป็นความหมายของ คุณภาพชีวิตที่เป็นผลเกี่ยวเนื่องมาจากโรคและการรักษาเท่านั้น

2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นแนวคิดที่ประกอบด้วยองค์ประกอบหลายมิติเช่นเดียวกับ คุณภาพชีวิต ซึ่งผู้ที่ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพก็มีความหลากหลาย จากการทบทวน วรรณกรรมมีผู้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ดังต่อไปนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ประกอบด้วยคำที่ประกอบด้วยคำ 3 คำ ได้แก่ “คุณภาพ” เป็นลักษณะความดี ลักษณะที่ดีเด่นของ บุคคลหรือสิ่งของ “ชีวิต” ความเป็นอยู่, ตรงข้ามกับ ความตาย “สุขภาพ” เป็นภาวะแห่งความ

สมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี ซึ่งไม่ใช่จำกัดเพียงแต่ความปราศจากโรคหรือทุพพลภาพเท่านั้น ดังนั้น ความหมายของ “คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ” จึงเป็นลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีในด้านความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมของบุคคลซึ่งไม่ใช่เพียงแต่ปราศจากโรคหรือทุพพลภาพเท่านั้น

Stewart and Ware (1992) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะสุขภาพและการรักษาต่อความสามารถในการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

Ware and Sherbourne (1992) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับผลจากโรคและการรักษาต่อสุขภาพ ประกอบไปด้วย สุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิต บทบาทหน้าที่ทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป

Patrick and Erickson (1993) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นค่าที่กำหนดในช่วงชีวิตที่มีการปรับเปลี่ยนจากความบกพร่อง ความสามารถด้านการทำหน้าที่ การรับรู้และโอกาสทางสังคมที่มีอิทธิพลจากความเจ็บป่วย การบาดเจ็บและการรักษา

Lehman, Rachuba, and Postrado (1995) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการประกอบภาวะจิตใจ ร่างกาย บทบาทหน้าที่ทางสังคม รวมถึงปฏิสัมพันธ์และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความพึงพอใจและความผาสุกที่เหมาะสมเข้าด้วยกัน

Ware (1995) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นมิติของสุขภาพในด้านต่างๆ ที่ได้รับอิทธิพลหรือได้รับผลมาจากโรคและการรักษา โดยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะมุ่งเน้น และให้ความสำคัญเกี่ยวกับผลกระทบของโรค หรือความเจ็บป่วยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านสังคม ด้านจิตใจและอารมณ์ การรู้คิด การรับรู้สุขภาพ รวมถึงคุณภาพชีวิตโดยรวม

Wilson and Cleary (1995) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับมิติทางด้านสุขภาพ โดยเป็นผลกระทบมาจากปัจจัยทางด้านบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม ลักษณะทางสรีรวิทยา อาการของโรค การทำหน้าที่ การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งรวมถึง การทำหน้าที่ของร่างกาย สภาวะอาการ สภาวะทางจิต และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม

Schipper, Clinch, and Olweny (1996) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นคุณภาพชีวิตในทางการแพทย์ โดยเป็นการรับรู้ ความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับผลกระทบจากความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ

Sprangers and Schwartz (1999) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นวิถีของการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล โดยที่การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ขึ้นกับการรับรู้ ความ

ตระหนัก และการจัดลำดับความสำคัญเรื่องราวต่างๆ ในชีวิต ซึ่งการรับรู้ของแต่ละบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามประสบการณ์ หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน

Bowling (2001) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพซึ่งมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ทั้งนี้ด้านบวก คือ ความผาสุกทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง ความสามารถในการปรับตัวด้านร่างกายและจิตใจได้อย่างเหมาะสม ด้านลบ คือ การเจ็บป่วยหรือภาวะทุพพลภาพ

Guyatt et al. (2007) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นผลกระทบของอาการจากการเจ็บป่วยและการได้รับการรักษาต่อความสามารถในการดำเนินชีวิต

Kindig, Booske, and Remington (2010) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของแต่ละบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ การทำหน้าที่ของร่างกาย การสนับสนุนจากสังคม สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ

สรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ มีความหมายว่าเป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับมิติทางด้านสุขภาพ โดยผลเกิดจากการเจ็บป่วยและผลกระทบจากการรักษาที่ได้รับแล้วส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

Padilla and Grant (1985) แบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็น 5 ด้าน ดังนี้

1) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (physical functioning) เป็นการรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การมีกิจกรรมต่างๆ

2) ความผาสุกทางด้านร่างกายและจิตใจ (physical and psychological well-being) เป็นการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายโดยทั่วไป เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย รู้สึกว่าตนเองแข็งแรงดี มีกำลังวังชา การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน สมรรถภาพในการทำงาน เป็นต้น ส่วนการรับรู้สภาพทางจิตใจของบุคคล เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ถึงความสุขสบาย ความรู้สึกเป็นสุข ความพึงพอใจในการรับประทานอาหารและพักผ่อนนอนหลับ การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจของตนเอง การให้ความหมายของชีวิต จุดมุ่งหมายของชีวิต การรับรู้ถึงความมั่นใจของตนเอง การรับรู้ถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาหรือความวิตกกังวล

3) ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง (body image concerns) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสภาพที่ตนเองประสบอยู่ การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง ความพึงพอใจในรูปร่างหน้าตา ความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับโรคที่เป็นอยู่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่ายู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการสุขภาพ การสังคมสงเคราะห์ การรับรู้

ว่าตนมีโอกาสนจะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

4) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา (diagnosis/treatment) เป็นการรับรู้ถึงความเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค ความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บป่วยทางร่างกายได้ และความสามารถในการมีกิจกรรมทางเพศ เป็นต้น

5) ความรู้สึกต่อสังคมรอบตัวผู้ป่วย (social concerns) เป็นการรับรู้ถึงความสัมพันธ์ของตนต่อบุคคลอื่นในสังคม หรือการติดต่อกับบุคคลอื่นๆ การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม การพึ่งพาทางสังคม ทำให้ตนรู้สึกไม่อ้างว้างโดดเดี่ยว การมีส่วนร่วมกับสังคม การแยกตัวออกจากสังคม ความต้องการความเป็นส่วนตัว เป็นต้น

The EuroQol Group (1987 as cited in Reenen & Janssen, 2015) แบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็น 5 ด้าน ดังนี้

1) การเคลื่อนไหว (mobility) เป็นการรับรู้ในการขยับร่างกาย เช่น การลุกนั่ง ยืน เดิน ที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน การทำกิจกรรมต่างๆ

2) การดูแลตนเอง (self-care) เป็นการรับรู้ในการดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง เช่น การอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้า

3) กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (usual activities) เป็นการรับรู้ของตนเองต่อการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ เช่น ทำงาน เรียนหนังสือ ทำงานบ้าน กิจกรรมในครอบครัว หรือ กิจกรรมยามว่าง

4) ความเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว (pain/discomfort) เป็นการรับรู้ถึงอาการไม่สบายของร่างกาย เช่น การเจ็บปวด เมื่อย ที่เกิดขึ้นส่งผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน

5) ความวิตกกังวล/ซึมเศร้า (anxiety/depression) โดยความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกทางด้านจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไป เกิดเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ไม่พึงพอใจ โดยไม่สามารถระบุสาเหตุได้หรือรู้สึกว่าควบคุมและหลีกเลี่ยงไม่ได้ และซึมเศร้า เป็นทัศนคติทางอารมณ์ และรูปแบบทางความคิด การมองโลกในแง่ร้ายและการคิดลบอย่างต่อเนื่องรวมไปถึงความรู้สึกโกรธแค้นต่อบุคคลอื่น สถานการณ์ชีวิตโดยรวม และส่งผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน

Ware and Sherbourne (1992) แบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็น 8 ด้าน ดังนี้

1) การทำหน้าที่ทางร่างกาย (Physical functioning) เป็นการรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านร่างกาย เช่น การแต่งตัว การอาบน้ำ

2) ข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย (Limitations in usual role activities because of physical health problems) เป็นการรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษา อันเนื่องมาจากสุขภาพทางด้านร่างกายต่อปัญหาเกี่ยวกับการทำงานหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

3) ความเจ็บปวดทางกาย (Bodily pain) เป็นการรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อความทุกข์ทรมานและความเจ็บปวดที่รับรู้ทางด้านร่างกายของแต่ละบุคคล

4) การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป (General health) เป็นการรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อภาวะสุขภาพโดยทั่วไปที่ขึ้นอยู่กับความรู้ของแต่ละบุคคล

5) ความมีชีวิตชีวา (Vitality) เป็นการรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อ การรับรู้ถึงความอ่อนล้าหรือความกระปรี้กระเปร่าของแต่ละบุคคล

6) การทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) เป็นการรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อความสามารถในการทำกิจกรรมทางสังคมของแต่ละบุคคล

7) สุขภาพจิต (Mental health) เป็นการรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อการรับรู้ถึงสภาวะอารมณ์และความรู้สึกทางจิตใจของแต่ละบุคคล

8) ข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาด้านจิตใจและสุขภาพจิต (Limitation in usual role activities because of emotional problems) เป็นการรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาจากปัญหาด้านจิตใจต่อปัญหาเกี่ยวกับการทำงานหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

Ware, Kosinski, and Keller (1996) แบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็น 5 ด้าน ดังนี้

1) อาการของโรคหรือผลกระทบที่เกิดจากโรค (Disease)
2) ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ โดยเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคล (Personal functioning)

3) ความกดดันทางจิตใจ/ความผาสุก (Psychological distress and well-being)

4) การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของตนเอง (General health perception)

5) ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม (Social/Role functioning)

Borchard, Hewitt, Wotherspoon, and Scott (2006) แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1) ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป (General health perceptions) เป็นความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ในสภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคและการรักษาที่ได้รับ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพภายหลังได้รับการผ่าตัดรักษาของตัวผู้ป่วย เปรียบเทียบผู้ป่วยอื่นและช่วงก่อน

ได้รับการผ่าตัดรักษา รวมถึงการเกิดอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อให้ต้องนอนพัก เข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้

2) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional, mobility, and pain) เป็นความสามารถของร่างกายในการทำกิจกรรมต่างๆ การเคลื่อนไหว รวมถึงการรับรู้เกี่ยวกับความปวดและอาการผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ ความสามารถในการเดินโดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบหรืออาการผิดปกติอื่นๆ เกิดขึ้น ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันด้วยตนเองรวมถึงอาการไม่สุขสบายทางกาย เช่น มึนงง เวียนศีรษะ เป็นลมหมดสติ ภาวะลมชัก หรืออาการของภาวะสมองขาดเลือด เป็นต้น

3) ด้านการรับรู้ทางจิตใจและสังคม (Psycho-social aspect) เป็นการตอบสนองทางด้านอารมณ์และความรู้สึก รวมถึงความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้แก่ การได้พบปะพูดคุยกับเพื่อน บุคคลอื่นๆ การทำงานอดิเรก และภาวะสุขภาพจิต เช่น รู้สึกโดดเดี่ยว ไม่มีความสุข ซึมเศร้า วิตกกังวล เป็นต้น

สรุปได้ว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนั้นมียุทธศาสตร์ประกอบที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับนิยามของแต่ละบุคคล และในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็น 5 ด้าน คือ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ความเจ็บปวด/การไม่สุขสบาย และความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า

2.3 แนวคิดทฤษฎีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ที่ทราบกันทั่วไปว่ามีหลากหลายแนวคิด ที่มีลักษณะเป็นโครงสร้างหลายมิติ โดยมีพื้นฐาน 4 องค์ประกอบ ดังนี้ เงื่อนไขด้านร่างกาย (Physical condition) ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological well-being) กิจกรรมทางสังคม (Social activity) และกิจวัตรทางสังคม และกิจวัตรประจำวัน (Everyday activity) โดยจะครอบคลุมมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยจากการได้ทบทวนแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ใช้กันบ่อยในงานวิจัยมี 3 แนวคิด คือ Wilson and Cleary (1995) Ferrans et al. (2005) and World Health Organization (2007) โดยพบว่าแนวคิด Wilson and Cleary มีการใช้มากที่สุด (Bakes et al., 2012) โดยแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson and Cleary เป็นแนวคิดที่มีการผสมผสานกันระหว่างแง่มุมด้านชีววิทยากับด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และมีการใช้อย่างกว้างขวางในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจากการทดสอบโครงสร้างของแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson and Cleary พบว่าข้อมูลมีความพอดี (fit the data adequately) และมีความสัมพันธ์กันระหว่างโครงสร้างทั้งหมดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Sousa & Kwok, 2006)

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตตามแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson and Cleary (1995) เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมและมีความสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตนี้

แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson and Cleary (1995)

Wilson and Cleary (1995) มองว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบจากโรคและการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งรวมถึง การทำหน้าที่ของร่างกาย สภาวะอาการ สภาวะทางจิตใจ และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม โดยปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) มีการเชื่อมโยงสาเหตุระหว่างปัจจัยด้านชีววิทยาและสรีรวิทยา (Biological and physiological) ที่ส่งผลต่อปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านอาการ (Symptom status) ปัจจัยด้านสภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) ปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพโดยรวม (General health perceptions) มาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall Quality of life) ซึ่งมีความเหมาะสมกับการนำไปประเมินคุณภาพชีวิตในทางคลินิกและจากการนั้น Ferrans et al. (2005) ได้นำ Wilson and Cleary model for health-related quality of life มาพัฒนาปรับเป็น Wilson and Cleary's Health-Related Quality of Life Conceptual Model โดยยังคงรูปแบบโครงสร้างเดิม แต่ได้อธิบายปัจจัยเฉพาะส่วนบุคคล (Characteristic of the Individual) คือ ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล พัฒนาการ ซึ่งมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristic of the environment) คือ แรงกดดันจากสังคมของผู้ป่วยที่ได้จากครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางด้านสุขภาพ หรือแหล่งอื่นๆ รวมทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพ และเนื่องจาก Wilson and Cleary ไม่ได้กล่าวถึง 2 ปัจจัยนี้ เพื่อความครอบคลุม งานวิจัยในครั้งนี้ จึงขอกกล่าวถึงแนวคิดของ Wilson and Cleary model for health-related quality of life เป็นหลัก และนำปัจจัยที่ Ferrans et al. (2005) ทั้งสองปัจจัยข้างต้นมาศึกษา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) ปัจจัยด้านชีววิทยาและสรีรวิทยา (Biological and physiological) นั้นครอบคลุมถึงการทำหน้าที่ของระดับเซลล์ โมเลกุล หรือระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ซึ่งเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง การเปลี่ยนแปลงทางด้านชีววิทยา ที่มีผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อภาวะสุขภาพ คือ การทำหน้าที่ทางกาย อาการ การรับรู้สุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิต

2) ปัจจัยด้านอาการ (Symptom status) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความผิดปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือการรู้คิดที่ผิดปกติไปจากเดิม เช่น ความอ่อนล้า ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า สามารถจำแนกเป็นด้านร่างกาย (Physical) ด้านจิตใจ (Psychological) และด้านจิตสรีระ (Psychophysical) จาก Wilson and Cleary's Health-Related Quality of Life Conceptual Model จะสามารถอธิบายได้ว่า อาการที่เกิดขึ้นนอกจากปัจจัยด้านชีววิทยาและสรีรวิทยาที่

เปลี่ยนแปลง แล้วนั้น สิ่งที่จะมีผลต่ออาการนั้นๆ จะขึ้นอยู่กับปัจจัยเฉพาะส่วนบุคคล ไม่ว่าจะเป็นอายุ เพศ ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ผ่านมา และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สะท้อนถึงอาการของบุคคลนั้นๆ

3) ปัจจัยด้านสภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) เป็นความสามารถสูงสุดในการทำหน้าที่ในหลายๆ ด้านของแต่ละบุคคล โดยความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมหรืองานให้บรรลุผลสำเร็จ เช่น การทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (Physical function) การทำหน้าที่ทางด้านสังคม (Social function) การทำหน้าที่ทางด้านบทบาทหน้าที่ (Role function) และการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Psychological function) ซึ่งกรอบแนวคิดนี้จะมุ่งสนใจเกี่ยวกับความบกพร่องทางด้านร่างกาย หรือความพิการที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล

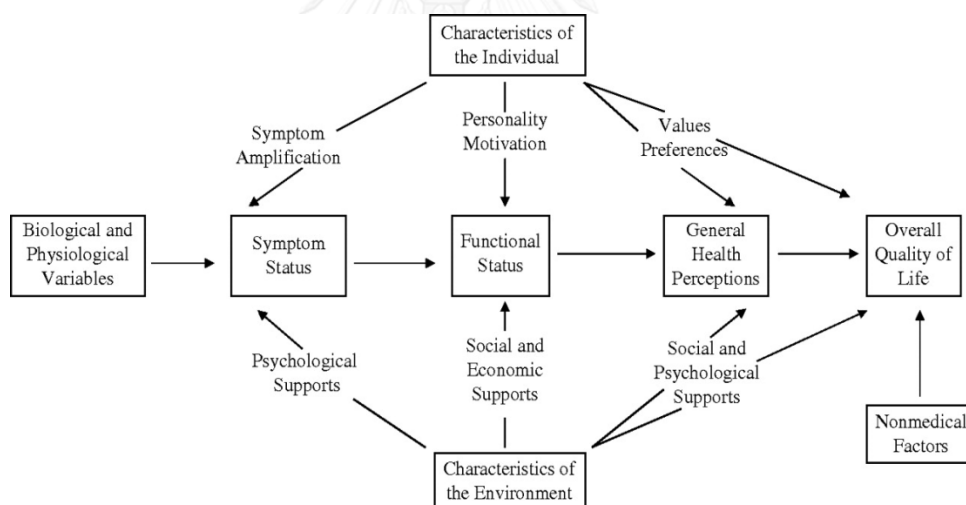
4) ปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพโดยรวม (General health perceptions) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของแต่ละบุคคล โดยการสังเคราะห์และประเมินภาวะสุขภาพจากปัจจัยทั้งหมด และมีความเป็นปรนัย ที่มีผลมาจากการประมวลผลจากปัจจัยเฉพาะส่วนบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านชีววิทยาและสรีรวิทยา ด้านอาการ ด้านสภาวะการทำหน้าที่

5) ปัจจัยเฉพาะส่วนบุคคล (Characteristic of the Individual) เป็นการทำหน้าที่ด้านชีววิทยา และข้อมูลส่วนบุคคล ด้านพัฒนาการ และด้านจิตใจ ซึ่งคือข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะภาพสมรส เชื้อชาติ และการทำหน้าที่ทางชีววิทยาที่มีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ ส่วนด้านพัฒนาการ เป็นปัจจัยเฉพาะบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านชีววิทยา ด้านจิตใจ จำแนกได้ดังนี้ 1) กระบวนการรับรู้ไตร่ตรอง (Cognitive appraisal) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติในการเจ็บป่วย การรักษาหรือพฤติกรรม 2) การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective response) เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว อารมณ์เศร้า หรืออารมณ์ร้ายแรง และ 3) แรงจูงใจ (Motivation) เป็นองค์ประกอบด้านจิตใจที่เป็นกลไกในการขับเคลื่อนให้กับตัวบุคคล ที่จะสามารถเปลี่ยนแปลงได้ และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

6) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristic of the environment) จำแนกได้ดังนี้ 1) สิ่งแวดล้อมด้านสังคม เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เช่น เพื่อน ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ 2) สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ เช่น ที่อยู่อาศัย ที่ทำงาน ที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพทั้งทางด้านบวกและด้านลบ

จะเห็นว่าปัจจัยทั้ง 6 ปัจจัยนี้ แบ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงและโดยอ้อม ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงมี 3 ปัจจัย ดังนี้ ปัจจัยเฉพาะส่วนบุคคล (Characteristic of the Individual) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristic of the environment) และปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพโดยรวม (General health perceptions) ส่วนปัจจัยที่ส่งผลโดยอ้อม เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อเนืองกัน โดยปัจจัยด้านชีววิทยาและสรีรวิทยา (Biological and physiological) ส่งผลต่อปัจจัยด้านอาการ (Symptom status) ซึ่งมีผลกระทบต่อปัจจัยด้านสภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) และส่งผลต่อปัจจัย

ด้านการรับรู้สุขภาพโดยรวม (General health perceptions) และคุณภาพชีวิตตามลำดับ คือ เมื่อภาวะเจ็บป่วยหรือพยาธิสภาพของโรคเกิดขึ้น จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบในร่างกาย ทำให้แสดงอาการและอาการแสดงต่างๆ ของภาวะเจ็บป่วยนั้น เช่น อ่อนล้า อ่อนเพลีย เครียด ซึมเศร้า จากนั้นต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น ที่ได้จากการรักษาผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนของภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรม การปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ของแต่ละบุคคล ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ต่อภาวะเจ็บป่วยหรือภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป และสุดท้ายจะส่งผลต่อความสุขความพึงพอใจในชีวิตหรือคุณภาพชีวิต (Ferrans et al., 2005) กล่าวคือ ปัจจัยเฉพาะบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีววิทยาและสรีรวิทยา การแสดงออกด้านอาการและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม และส่งผลต่อปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพโดยรวม และความสุขความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคล ถึงแม้ว่าการเปลี่ยนแปลงด้านชีววิทยาและสรีรวิทยา ของภาวะการเจ็บป่วยจะเหมือนกันก็ตาม (นุจรี ประทีปวณิช จอห์น, 2552) ส่วนปัจจัยที่เป็น Nonmedical factors นั้น ในกรอบแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) ไม่ได้กล่าวถึง



ภาพที่ 1 แสดง แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson and Cleary (1995)

จากภาพที่ 1 แสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพตามกรอบแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต จากการทบทวนวรรณกรรมและสนับสนุนว่าปัจจัยเหล่านั้น ส่งผลกระทบหรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย ปัจจัยดังนี้ 1) ปัจจัยด้านอาการ (Symptom status) ได้แก่ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ 2) ปัจจัยด้านสภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ 3) ปัจจัย

เฉพาะส่วนบุคคล (Characteristic of the Individual) ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Characteristic of the environment) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ส่วนปัจจัยที่เหลื่อมตามกรอบแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) ได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยาและสรีรวิทยา (Biological and physiological) พบว่าเป็นปัจจัยที่ขึ้นอยู่กับสภาพการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล เช่น พยาธิสภาพของโรคในผู้ป่วยแต่ละโรคของสภาวะวิกฤตซึ่งต้องอาศัยการรักษาเป็นหลัก และ ปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพโดยรวม (General health perceptions) พบว่าปัจจัยนี้มีความซ้ำซ้อนกับข้อคำถามในแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ผู้วิจัยใช้อีกทั้งจากการหาความสัมพันธ์ของปัจจัยการรับรู้สุขภาพโดยรวม (General health perceptions) กับความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional status) มีความสัมพันธ์กัน (เอมอร แสงศิริ, 2555) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยความสามารถในการทำหน้าที่ และตัดปัจจัยการรับรู้สุขภาพโดยรวมเนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยด้านความสามารถในการทำหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วย ปัจจัยเหล่านี้ผู้วิจัยจึงไม่นำมาศึกษา โดยปัจจัยที่ใช้ศึกษาครั้งนี้มีดังนี้

2.4 การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (health-related quality of life) นั้นหลายมิติ มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ในการศึกษาแต่ละเรื่อง ส่วนใหญ่มุ่งไปในทิศทางที่คาดว่าผลจากโรคและการรักษามีผลอย่างไรต่อผู้ป่วย โดยทั่วไปแบ่งการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไว้ 2 ประเภท ได้แก่ การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไป (General HRQOL instrument) และการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบเฉพาะโรค (Disease-Specific instrument) (นุจรี ประทีปะวณิช จอห์นส, 2552) ดังนี้

2.4.1 การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไป (generic HRQOL instrument) แบบประเมินชนิดนี้มุ่งเน้นที่การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไป และวัดหลายด้าน ออกแบบมาเพื่อให้ใช้ได้กับทุกกรณี และสามารถประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้ในผู้ป่วยทุกโรค ที่ระดับความรุนแรงทุกระดับ และสามารถใช้ในคนปกติที่มีสุขภาพดีได้ด้วย คำถามของแบบประเมินนี้จึงมีลักษณะเป็นกลางๆ ที่ไม่เจาะลึก ในแต่ละด้าน เพื่อให้สามารถใช้ได้กับทุกสถานการณ์ ข้อดีของเครื่องมือประเภทนี้คือ สามารถวัดผลของการรักษาที่มีต่อชีวิตและมิติต่างๆ และสามารถเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆ ได้ แต่มีข้อเสียคือ ไม่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงของโรค หรือภาวะสุขภาพค่อนข้างต่ำ เนื่องจากไม่มีความเฉพาะเจาะจงต่อโรคใดๆ เช่น

1) แบบประเมินคุณภาพชีวิต Short Form Health Survey-36 (SF-36) เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปที่มีการใช้อย่างแพร่หลาย SF-36 สร้างขึ้นโดย Ware and Sherbourne (1992) มี 8 มิติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 36 ข้อ ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่

ด้านร่างกาย (Physical Functioning) 10 ข้อ บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย (Role Limitations due to Physical problems) 4 ข้อ ความเจ็บปวดของร่างกาย (Bodily Pain) 2 ข้อ บทบาททางสังคม (Social Functioning) 2 ข้อ สุขภาพจิต (General Mental Health) 5 ข้อ บทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาทางด้านอารมณ์ (Role Limitations due to Emotional problems) 3 ข้อ ความมีพลังในตนเอง/ความกระฉับกระเฉง (Vitality) 4 ข้อ และการรับรู้ต่อสุขภาพทั่วไป (General Health Perceptions) 6 ข้อ รวมทั้งคำถามเปรียบเทียบสุขภาพ (Reported Health Transition) อีก 1 ข้อ แต่ละข้อคำถามจะเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา และตัวเลือกตอบแต่ละข้อคำถามเป็นแบบ likert scale 5 ระดับ โดยคะแนนแต่ละมิติอยู่ช่วงตั้งแต่ 0-100 คะแนนโดยรวมจะอยู่ในช่วง 0-800 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 2 ระดับ คือ ต่ำกว่าร้อยละ 50 หมายถึง คุณภาพชีวิตไม่ดี และมากกว่าร้อยละ 50 หมายถึง คุณภาพชีวิตดี ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha ของแบบสอบถาม SF-36 ในแต่ละมิติอยู่ระหว่าง 0.72-0.82 (วัชร เลอมากกุล และปารณีย์ มีแต้ม, 2546)

2) แบบประเมินคุณภาพชีวิต EuroQOL (EQ-5D) เป็นเครื่องมือในการวัดคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป สร้างขึ้นโดย EuroQol group ตั้งแต่ปี ค.ศ.1990 และมีการแปลไว้หลายภาษาและนำไปใช้ประเมินผู้ป่วยในหลายโรค แบบประเมินประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกมี 5 ข้อคำถาม ประกอบด้วยมิติทางสุขภาพ 5 มิติ ได้แก่ การเคลื่อนไหว (mobility) การดูแลตนเอง (self-care) การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (usual activities) ความเจ็บปวดและการไม่สุขสบาย (pain/discomfort) และความวิตกกังวลและความซึมเศร้า (anxiety/depression) ซึ่งในแต่ละมิติจะมีตัวเลือกอยู่ 3 ระดับ คือ ไม่มีปัญหา มีปัญหาปานกลาง และมีปัญหาอย่างมาก (Brooks, Kerridge, Hillman, Bauman, & Daffurn, 1997) คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ -0.454 ถึง 1 แต่เมื่อปี ค.ศ.2005 EuroQol group ได้มีการศึกษาและพัฒนาปรับตัวเลือกเป็น 5 ระดับ แบบประเมินฉบับนี้จึงมีชื่อว่า EQ-5D-5L โดยตัวเลือก 5 ระดับนั้น คือ ไม่มีปัญหา มีปัญหาเล็กน้อย มีปัญหาปานกลาง มีปัญหาหนัก และมีปัญหาหนักที่สุด (Rabin et al., 2011) คะแนนรวมจึงมีค่าตั้งแต่ -0.283 ถึง 1 คะแนน ซึ่ง 0 หมายถึง การตาย คะแนน 1 หมายถึง ภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ที่สุด ส่วนคะแนนติดลบ หมายถึง ผู้ป่วยมีภาวะที่แย่กว่าการตาย โดยส่วนที่สองเป็น Visual Analogue Scale (VAS) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-100 ขอบบนคือ คะแนน 100 หมายถึง ภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่ท่านสามารถนึกได้ และขอบล่าง คือ คะแนน 0 หมายถึง ภาวะสุขภาพที่แย่ที่สุดเท่าที่สามารถนึกได้ (จันทนา พัฒนเกสัช และคณะ, 2558) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ EuroQOL (EQ-5D-5L) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย จันทนา พัฒนเกสัช และคณะ (2558) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 1156 คน ได้ค่าความเที่ยงในส่วน EQ-5D-5L เท่ากับ 0.82 และส่วน EQ VAS เท่ากับ 0.78 (Sakthong, Sonsardjit, Sukarnjanaset, & Munpan, 2015)

3) แบบประเมินคุณภาพชีวิต Health Utility Index (HUI) สร้างขึ้นโดย Horsman, Furlong, Feeny, and Torrance (2003) ที่ใช้กันแพร่หลายคือ HUI3 จะแบ่งคำถามออกเป็น 8 มิติ ได้แก่ การมองเห็น (vision) การได้ยิน (hearing) การพูด (speech) การเดิน (ambulation) ความคล่องตัว (dexterity) อารมณ์ (emotion) การรับรู้ (cognition) ความปวด (pain) ซึ่งจะให้คะแนนในช่วง 0-1 โดย 0 หมายถึง ความตาย (Death) และ 1 หมายถึง ภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ (full health)

4) แบบประเมินคุณภาพชีวิต Ferrans and Powers Quality of Life Index สร้างขึ้นโดย Ferrans and Powers (1992) ซึ่งใช้ประเมินได้ทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ที่มีอาการเจ็บป่วย เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตใน 2 มิติ ได้แก่ มิติของความพึงพอใจและมิติของการให้ความสำคัญ จำนวน 35 ตัวชี้วัด แต่ละมิติประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย จำนวน 16 ตัวชี้วัด ด้านสังคมและเศรษฐกิจ จำนวน 8 ตัวชี้วัด ด้านจิตวิญญาณ จำนวน 7 ตัวชี้วัด และด้านครอบครัว จำนวน 4 ตัวชี้วัด ทั้งนี้กรอบแนวคิดดังกล่าวเชื่อว่า บุคคลที่ไม่มี ความพึงพอใจเลยในสิ่งที่ได้ให้ความสำคัญมากที่สุด และมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าบุคคลที่มีความพึงพอใจมากที่สุด ในสิ่งที่ตนเองได้ให้ความสำคัญมากที่สุด

5) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL) เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต 6 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล ข้อคำถามเป็นแบบการรับรู้เชิงรูปธรรม ประกอบด้วยข้อคำถามในแง่ของความเข้ม (intensity) ความจุ (capacity) ความถี่ (frequency) ของพฤติกรรมหรือความรู้สึกที่เป็นประสบการณ์ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิต และคำถามเพื่อให้รายงานตามการรับรู้ของตน ในเชิงประเมินสภาพปัญหาที่ตนเผชิญอยู่ว่าประสบการณ์ นั้นมีผลอย่างไรต่อคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยข้อคำถาม 227 ข้อ และถูกปรับปรุงให้เหมาะสมกับการนำมาใช้ จึงได้พัฒนาและปรับข้อคำถามเหลือ 100 ข้อ โดยพบว่าเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึงการประเมินค่าที่เป็น จิตวิสัย (subjective) พัฒนามาจากเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก 2 ข้อคำถาม รวมเป็น 26 ข้อ ประกอบด้วยคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

6) แบบประเมินคุณภาพชีวิต Sickness Impact Profile (SIP) เป็นแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ตรวจหาการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ร่วมกับการ

ติดตามการเปลี่ยนแปลงหลังได้รับกิจกรรมต่างๆ โดยวัดผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ประกอบด้วยข้อคำถาม 136 ข้อ จากนั้น deBruin, Diederiks, Witte, Stevens, and Philipsen (1994) ได้พัฒนาเป็น The Sickness Impact Profile 68 (SIP 68) ประกอบด้วยข้อคำถาม 68 ข้อ แบ่งเป็น 6 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) Somatic autonomy 2) mobility control 3) psychic autonomy and communication 4) social behavior 5) emotional stability และ 6) mobility range โดยแต่ละข้อคำถามจะคิดและรวมคะแนนอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน และให้ค่าคะแนนที่ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ ถึง 100 หมายถึง มีความบกพร่องและข้อจำกัดในความสามารถในการทำหน้าที่มากที่สุด อีกทั้งได้ให้ความหมายของระดับคะแนน SIP 68 ดังนี้ 0-10 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี 11-20 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่มีผลต่อสุขภาพโดยทั่วไปในระดับเล็กน้อย และมากกว่า 20 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ความสามารถในการทำหน้าที่ต่ำ) (Cut of point ที่ ≥ 20 คะแนน)

7) แบบประเมินคุณภาพชีวิต The Nottingham Health Profile (NHP) เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตในลักษณะของการสะท้อนการรับรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับปัญหาด้านร่างกาย ปัญหาด้านสังคม และปัญหาด้านสุขภาพจิตโดยถามเกี่ยวกับความรู้สึกและสภาวะอารมณ์ในขณะนั้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 38 ข้อ เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การเจ็บปวด การนอนหลับ การแยกตัว ปฏิกริยาทางอารมณ์ และระดับการใช้พลังงาน

2.4.2 การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบเฉพาะโรค (disease-specific HRQOL instrument) เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในสภาวะของโรค อาการหรือกลุ่มอาการรวมถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ของโรค ที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อโรค สภาวะ หรือการรักษาอื่นๆ โดยตรง ข้อดีของเครื่องมือประเภทนี้ คือ มีความไวต่อการดำเนินของโรค และสามารถประเมินความแตกต่างระหว่างการเป็นโรคหรือไม่เป็นโรคในระยะต่างๆ เนื่องจากแบบประเมินในกลุ่มนี้ออกแบบมาให้มีความเฉพาะในแต่ ละกรณี ทำให้ข้อมูลที่ได้จากแต่ละแบบสอบถามมีองค์ประกอบที่แตกต่างกัน ซึ่งข้อเสียที่ตามมาคือ ไม่สามารถนำผลที่ได้จากแบบสอบถามที่ต่างกันมาเปรียบเทียบกันได้ แม้จะวัดในกลุ่มประชากรเดียวกัน แต่อย่างไรก็ตามการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเฉพาะโรคจึงเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินผลลัพธ์ของการรักษาได้ดีกว่าเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไป เช่น

1) แบบวัดคุณภาพชีวิตที่ใช้ในโรคมะเร็งโดยทั่วไป เช่น Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของ The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) quality of life questionnaire (QOL) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-

General) แบบวัดคุณภาพชีวิตมะเร็งเฉพาะประเภท เช่น FACT-B Twenty-three item QLI for colostomy patients เป็นต้น

2) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด (FACT-BR) โดยแบบประเมิน FACT-BR สร้างขึ้นโดย Weitzner et al. (1995) ได้พัฒนาจาก FACT-G เพื่อวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคนี้อัน ซึ่งใช้แนวคิดของ Cella et al. (1993) จำนวน 48 ข้อ ประกอบด้วย 5 มิติ ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านการทำหน้าที่ ความผาสุกด้านอารมณ์ ความผาสุกด้านสังคมและครอบครัว ความผาสุกด้านอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น

3) แบบวัดคุณภาพชีวิตที่ใช้ในโรคลมชัก เช่น Quality of Life in epilepsy WPSI ESI-55 QOLIE-89 QOLIE-31 QOLIE-10 และ Liverpool quality of life Batteries เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ EuroQol สร้างขึ้นโดย EuroQol group ฉบับที่แปลภาษาไทยของ จันทนา พัฒนเกษัช และคณะ (2558) โดยเป็นเครื่องมือในการวัดคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป มีการนำไปใช้ประเมินผู้ป่วยในหลายโรค ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการใช้เครื่องมือ EQ-5D นี้มาประเมินคุณภาพชีวิตในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตหลายงาน (Badia et al., 2001; Granja et al., 2005; Lizana, Bota, Cubber, & Vincent, 2003; Orwelius et al., 2005; Khoudri et al., 2012; Griffiths et al., 2013) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ EuroQOL (EQ-5D-5L) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยของ จันทนา พัฒนเกษัช และคณะ (2558) ได้นำมาใช้ในกลุ่มประชากรไทยจำนวน 1,207 คน พบว่า EQ-5D-5L มีคุณสมบัติการวัดพบว่า EQ-5D-5L มีอิทธิพลพาดานน้อยกว่า EQ-5D-3L (33% และ 29%) นอกจากนี้ยังพบว่า EQ-5D-5L มีคุณสมบัติที่ดีกว่า EQ-5D-3L ในด้านอำนาจการจำแนก ความเชื่อมั่นแบบสอบถามซ้ำของคะแนนดัชนี และความพึงพอใจของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่าค่าคะแนนที่คำนวณจาก EQ-5D-5L ให้ค่า ICER ต่ำกว่า EQ-5D-3L และช่วยลดความไม่แน่นอนของผลการศึกษาดังนั้น EQ-5D-5L ควรได้รับการแนะนำให้เป็นแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย และจากการศึกษาของ Sakthong et al. (2015) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย จำนวน 1156 คน ได้ค่าความเที่ยงในส่วน EQ-5D-5L เท่ากับ 0.82 และส่วน EQ VAS เท่ากับ 0.78 อีกทั้งมีความเหมาะสมทั้งในจำนวนข้อคำถาม และความสอดคล้องกับการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพภายหลังเจ็บป่วยวิกฤต ฉะนั้นจึงมีความเหมาะสมกับการนำมาใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ EQ-5D ในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

2.5 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

การเจ็บป่วยวิกฤตส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ในทุกด้านเมื่อเทียบกับคุณภาพชีวิตเดิมของบุคคลนั้น ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ต่ำนั้นสามารถมีได้ถึง 14 ปีหลังจากการจำหน่าย (Dowdy et al., 2005) และจากการศึกษา Chaboyer

and Elliott (2000) พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตจะต่ำสุดในช่วง 6-12 เดือน ซึ่งเป็นช่วงที่มีการฟื้นคืนเพื่อให้กลับเข้าสู่สภาวะก่อนการนอนรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งจะเห็นว่าการศึกษาคูณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตมีความสำคัญในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตในกลุ่มนี้ จากการศึกษาของ Orwelius et al. (2013) ได้แบ่งการศึกษาคูณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตไว้ 2 ระยะ ดังนี้

1) การศึกษาคูณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพในระยะสั้น (Short term) คือ การศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตตั้งแต่จำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต ไปจนถึง 6 เดือน

2) การศึกษาคูณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพในระยะยาว (Longitudinally) คือ การศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่มากกว่า 3 ปีขึ้นไป

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงศึกษาคูณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระยะสั้น (Short term) เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวข้องกับการศึกษาในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต พบว่า ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้รอดชีวิตจากหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป (ดังตารางที่ 1) อีกทั้งจากการศึกษาผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตในระยะ 6 เดือนหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำทุกด้านเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (McKinley et al., 2016) ฉะนั้นการวิจัยในครั้งนี้ จึงศึกษาหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตภายในช่วงระยะเวลา 3-6 เดือน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต สามารถจำแนกผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

2.5.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต พบปัญหาที่สำคัญหลายระบบ เช่น ปัญหาทางเดินหายใจ (Airway) เกิดการตีบตันของหลอดลม (tracheal stenosis) และ ท่อหลอดลมนิ่ม (tracheomalacia) (Epstein, 2005) ซึ่งจะมีอาการแสดงที่เกิดขึ้น เช่น ไอบ่อย เสมหะเยอะและคั่งค้าง อุดกั้นทางเดินหายใจบางส่วนทำให้การหายใจผิดปกติเกิดขึ้นจะมีการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ ปัญหาการหายใจ (Respiratory) ในผู้ป่วยโรคการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory Distress Syndrome) เกิดจากปอดมีพยาธิสภาพและทำให้ปริมาตรการหายใจอิมของปอดลดลง (Lung volume) ซึ่งการฟื้นตัวจากพยาธิสภาพนี้จะต้องใช้เวลาหลายเดือนจนถึง 12 เดือน ทำให้ช่วงเวลาในการฟื้นตัว ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยจะมีการแลกเปลี่ยนอากาศไม่สมบูรณ์ มีอาการหายใจลำบาก (dyspnoea) เกิดขึ้นได้ ปัญหาหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular) เกิดการตีบตันของหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central venous stenosis) ซึ่งทำให้การสอดใส่สายสวนอีกครั้งนั้นทำได้ยาก และทำให้การทำหน้าที่ของหลอดเลือดดำส่วนที่ตีบตันมีความบกพร่องไปและส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบอื่นๆ ในระยะยาว สามารถทำให้แขน ขา หรือนิ้ว

บริเวณที่หลอดเลือดแดงนั้นถูกทำลายเกิดเป็นการตายของตำแหน่งแขนขานั้นได้ ปัญหาทางเดินอาหาร (Gastrointestinal) ส่วนใหญ่พบว่าน้ำหนักตัวลดลง ซึ่งจากการศึกษาในผู้รอดชีวิตจากโรคหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันน้ำหนักลดลง 18% จากน้ำหนักตัวก่อนการเจ็บป่วยวิกฤต และพบว่า 71% สามารถกลับคืนของน้ำหนักหลังจากจำหน่ายจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตในระยะ 1 ปี (Herridge et al., 2003) และในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่มีปัญหาไตวาย พบว่ามีการฟื้นตัวในทางที่ดี 13% หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลและมีแนวโน้มที่จะได้รับการรักษาด้วยการล้างไตต่อเนื่องในระยะยาว (Uchino et al, 2005) อีกทั้งยังเกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ (Eddleston et al, 2000; Rattray, 2013) ในบางรายที่รุนแรงจะเป็นโรคของระบบประสาทส่วนปลาย (Herridge, 2009; Griffiths & Hall, 2010) ที่เกิดจากจำกัดการเคลื่อนไหว การนอนบนเตียงนานๆ ชนิดของโรคและยาที่รักษาในช่วงการเจ็บป่วยวิกฤต (Pandit & Agrawal, 2006; Linos, Foot, Ziegenfuss, Freeman, & Tan, 2007; Schweickert & Hall, 2007) ทำให้ระบบของกล้ามเนื้อและประสาทเกิดการทํางานที่บกพร่อง (Pandit & Agrawal, 2006; Fan et al. 2009; Koch et al. 2011) ปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วต้องใช้เวลาในการฟื้นตัวอย่างช้าๆ ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตลดลง (Cuthbertson, Scott, Strachan, Kilonzo, & Vale., 2005; DerSchaaf et al., 2008; Bailey, Miller, & Clemmer, 2009; Fan et al., 2009)

2.5.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตเคยเผชิญกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากความรุนแรงของโรคในระยะวิกฤต การนอนรักษานานๆ ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ การได้รับยาระงับความรู้สึกหรือยานอนหลับ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การผูกมัด การรับรู้ประสบการณ์จากภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยวิกฤต ในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตบางรายเกิดความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ การเสียภาพลักษณ์ และความบกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการของภาวะซึมเศร้า (Eddleston et al, 2000; Davydow et al., 2008) การเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเป็นตัวทำนายการเกิดโรคเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์วิกฤตได้ (Myhren et al., 2010) ซึ่งในผู้ที่มีความหลงผิดในความจำไม่ได้ถูกแก้ไข ความจำความรู้สึกเหล่านั้นสามารถวนกลับถึงความจำแบบหลงผิดบ่อยๆ ครั้ง ความจำหลงผิดนั้นๆ จะทำให้เกิดความหวาดระแวง กลัว ซึ่งความหลงผิดที่เกิดขึ้นในระยะเวลาบ่อยๆ และนานเข้าก่อเกิดโรคเครียดภายหลังเผชิญเหตุการณ์วิกฤต (PTSD) กับเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นในระยะวิกฤต ฝันร้าย เกิดภาพหลอน ซึ่งทำให้ผู้รอดชีวิตเกิดพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง มีความตื่นตัวที่ผิดปกติ ไม่สามารถหลับได้ หงุดหงิด ล้วนแล้วทำให้ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตเกิดผลกระทบด้านจิตใจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลง (Deja et al., 2006; Vest et al., 2011; Rattray, 2013; Stevenson et al., 2013; McKinley et al., 2016)

2.5.3 ผลกระทบทางการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต จะมีการประเมินระดับสุขภาพของตนเองจากประสบการณ์ ความเชื่อ ความรู้สึกของตนเอง และสรุป เป็นสิ่งที่รับรู้และรู้สึกของตนเอง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และประเมินภาวะสุขภาพของตนในทางลบ ไปด้วย ซึ่งจากการศึกษาของ Brooks, Kerridge, Hillman, Bauman, and Daffurn (1997) ใน ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดีก่อให้เกิด การฟื้นฟูสภาพ ร่างกายช้า มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า เกิดเป็นภาวะสุขภาพที่ไม่ดี และการศึกษาของ Shin and Choi (2010) ในกลุ่มผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะเฉียบพลัน พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพส่งผล ต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ ฉะนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพในทางบวกก็ก่อให้เกิด การรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีตามไปด้วย จึงเห็นได้ว่า การประเมินถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง หลังจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ซึ่งผู้ที่รับรู้ได้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้มีความรุนแรง และอันตรายถึงชีวิตย่อม ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการทำหน้าที่ต่างๆ ของผู้รอดชีวิตจาก ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะการเจ็บป่วยวิกฤตต่ำกว่าผู้ป่วย ทั่วไป การฟื้นคืนต้องใช้เวลาอันยาวนาน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย ด้าน จิตใจ ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาวต่อการดำรงชีวิต

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิด Wilson and Cleary (1995) เป็นแนวทางในการ คัดสรรปัจจัยที่ต้องการศึกษา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพ ชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต และเป็นปัจจัยที่พยาบาลสามารถใช้บทบาท อิสระในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันสุขภาพ รักษาสุขภาพและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยได้โดยตรง ดังนี้

3.1 ความสามารถในการทำหน้าที่

3.1.1 ความหมายของความสามารถในการทำหน้าที่

Karnofsky et al. (1948) ให้ความหมายว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ เป็น ความสามารถในการทำงาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยปกติ และความต้องการความ ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

Becker and Cohen (1984) ให้ความหมายว่า ความสามารถในการทำหน้าที่เป็น ความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นต่อการมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข ผสมผสานการทำ หน้าที่ทั้ง 3 มิติ คือ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านจิตใจและการทำหน้าที่ด้านสังคม

Katz and Stroud (1989) ให้ความหมายว่า ความสามารถในการทำหน้าที่เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน (Basal Active of Daily Living) ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนย้ายตนเอง และการรับประทานอาหาร

Leidy (1994) ให้ความหมายว่า ความสามารถในการทำหน้าที่เป็นความสามารถของบุคคลในการจัดหาสิ่งที่จำเป็นตามความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิต เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความผาสุก

Nelson et al. (2001) ให้ความหมายว่า ความสามารถในการทำหน้าที่เป็นความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ครอบคลุมการหน้าที่ทางด้านจิตสังคม สติปัญญา พฤติกรรมและการปฏิบัติตามบทบาทในสังคม และรวมถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ซึ่งได้แก่ การจัดเตรียมอาหาร การซักเสื้อผ้า

Meiner and Lueckenotte (2006) ให้ความหมายว่า ความสามารถในการทำหน้าที่เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานในการดูแลตนเองแสดงถึงภาวะสุขภาพและความผาสุก เกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวันพื้นฐานต่าง เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย และการใช้ห้องสุขา และกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้แก่ การจับจ่ายซื้อของ การจัดทำอาหาร การทำงานบ้าน การทำความสะอาดเสื้อผ้า และการจัดการเรื่องเงิน

เบญญาภา พรหมพุก และวันชัย มั่งคั่ง (2556) ให้ความหมายว่า ความสามารถในการทำหน้าที่เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง เพื่อตอบสนองจำเป็นขั้นพื้นฐานได้อย่างปกติ และมีความผาสุกในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง

สรุปได้ว่าความสามารถในการทำหน้าที่ มีความหมายว่า ความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตที่ผาสุก ได้แก่ ความสามารถในการทำงาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยปกติ และความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

3.1.2 แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่

ความสามารถในการทำหน้าที่เป็นความสามารถของบุคคลในการประกอบกิจกรรมที่จำเป็นต่อการมีชีวิตอย่างผาสุก ซึ่งความสามารถในการประกอบกิจกรรมเหล่านี้ขึ้นอยู่กับการทำงานที่ร่วมกันของร่างกาย จิตใจ และสังคมส่วนบุคคล การทำหน้าที่ทางด้านร่างกายจะต้องประกอบด้วยการทำงานที่ของอวัยวะในระบบต่างๆ เช่น ระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือด ต่อมไร้ท่อ กระดูกและกล้ามเนื้อ เป็นต้น ส่วนการหน้าที่ทางด้านร่างกาย ได้แก่ ความสามารถทางสติปัญญา การรับรู้ และบุคลิกภาพของบุคคล (Becker & Cohen, 1984)

เบญญาภา พรหมพุก และวันชัย มุ่งดุษฎี (2556) ได้แบ่งคุณลักษณะของความสามารถในการทำหน้าที่เป็น 4 ด้าน ดังนี้

1) การทำหน้าที่ด้านร่างกาย (physical function) เป็นการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ ทั้งการทำกิจวัตรปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADLs) เช่น การเดิน การเคลื่อนไหวร่างกาย การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ และการทำกิจกรรมที่ซับซ้อน (IADLs) เช่น การใช้โทรศัพท์

2) การทำหน้าที่ด้านจิตใจ (psychological function) เป็นการจัดการดูแลเกี่ยวกับสภาพจิตใจได้ เช่น ความรู้สึก (affect) อาทิ รู้สึกเศร้าและหม่นหมอง (felt downhearted and blue) อารมณ์ (mood) อาทิ การสงบอารมณ์ (calm down)

3) การทำหน้าที่ด้านสังคม (social function) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับคนในสังคม เช่น การสนทนากับบุคคลอื่นๆ และการทำงาน เช่น การทำงานตามบทบาทหน้าที่ (work in roles) ทำงานได้อย่างระมัดระวังและถูกต้อง (carefully and accurately)

4) การทำหน้าที่ด้านความคิด (cognitive function) เป็นการรับรู้บุคคล เวลา และสถานที่ (cognitive orientation) การมีสมาธิ (concentration) การตัดสินใจ (decision making) การแก้ปัญหา (problem solving) และความจำ (memory)

Leidy (1994) ได้แบ่งองค์ประกอบความสามารถในการทำหน้าที่เป็น 4 ด้าน ดังนี้

1) สมรรถภาพทางกาย (Functional Capacity) เป็นความสามารถสูงสุดของบุคคล ในการที่จะกระทำกิจกรรมตามปกติของชีวิตประจำวัน เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดีและความผาสุก

2) การปฏิบัติหน้าที่ (Functional Performance) เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมทางกาย จิตใจ สังคม อาชีพ และจิตวิญญาณของบุคคลที่ปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย กิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living) ที่สามารถสังเกตเห็นได้และกิจวัตรประจำวันที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ (Instrumental Activity of Daily Living) เช่น กิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต และการเจริญเติบโตของบุคคล รวมทั้งกิจกรรมทางสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ชุมชน และกิจกรรมทางจิตวิญญาณ ที่เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับความเลื่อมใสศรัทธา การทำสมาธิ และการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา

3) พลังงานสำรองของการทำหน้าที่ (Functional Reserve) เป็นความแตกต่างระหว่างสมรรถภาพทางกาย (Functional Capacity) กับการปฏิบัติจริงในหน้าที่ (Functional Performance) เป็นพลังงานแอบแฝงที่อยู่เหนือสิ่งที่ต้องการ ไม่สามารถมองเห็นหรือสังเกตได้ โดยทั่วไปบุคคลจะไม่มีความสามารถในการทำหน้าที่ได้เต็มที่ ถ้าขาดการพลังสำรองส่วนอื่นๆ เช่น

การบริการทางการเงิน ใช้ความร่วมมือทางสังคม ซึ่งพลังสำรองนี้จะแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุจะมีพลังงานสำรองน้อยกว่าหนุ่มสาว

4) การนำสมรรถภาพทางกายออกมาใช้ (Functional Capacity Utilization) เป็นการดึงหรือใช้ศักยภาพของความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional potential) ออกมาใช้ในกิจกรรมต่างๆ ตามระดับของกิจกรรม

3.1.3 การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่

1) แบบประเมิน The Katz Index of ADL สร้างขึ้นโดย Katz and Stround (1989) เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน (Basal Active of Daily Living) ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนย้ายตนเอง และการรับประทานอาหาร

2) แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ สร้างขึ้นโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2537 อ้างถึงใน เพ็ญพโยม เขยสมบัติ, 2547) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ดัชนีบาร์เทิลเอดีแอล (Barthel ADL Index) เป็นสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน และเป็นแบบวัดที่ดัดแปลงมาจาก Barthel Index เพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะวัฒนธรรมและสังคมไทย ประกอบด้วยกิจกรรมเช่นเดียวกับ Barthel Index ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนที่ การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ส่วนที่ 2 ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index) เป็นแบบวัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติในการดำรงชีวิตที่ซับซ้อน สร้างขึ้นเพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะวัฒนธรรมและสังคมไทยโดยเฉพาะ ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม ได้แก่ การเดินหรือการเคลื่อนที่ออกนอกบ้าน การทำหรือเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้านหรือซักผ้า การทอนเงินหรือการแลกเงิน และการใช้บริการรถเมล์หรือรถสองแถว

3) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของดึก (The Duke Activity Status Index: DASIS) สร้างขึ้นโดย Hlatky et al. (1989) ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมตามข้อคำถามแต่ละข้อว่า “ทำได้” หรือ “ทำไม่ได้” ซึ่งข้อคำถามจะมีความครอบคลุมในเรื่องของการทำกิจกรรมและภาระงานต่างๆ เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวของร่างกาย การทำงานบ้าน การมีเพศสัมพันธ์ และการมีกิจกรรมที่เป็นงานอดิเรก

4) แบบประเมิน Karnofsky Performance Status Scale (KPS) สร้างขึ้นโดย Karnofsky et al. (1948) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการทำงาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยปกติ และความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ลักษณะของข้อคำถาม เป็นมาตราส่วนประเมินค่า มีคะแนน 0-100 คะแนน คะแนน 0

หมายถึง ผู้ป่วยเสียชีวิต คะแนน 100 คะแนน หมายถึง การมีสุขภาพดีไม่มีภาวะเจ็บป่วยสามารถประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ มีค่าความตรงตามเนื้อหาในระดับสูง ($p < .001$) และจากการศึกษาการวัดความสามารถในการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็ง 47 คน ค่าความตรงตามเนื้อหาในระดับสูง ค่าความเที่ยง 0.97 (Mor, Laliberte, Morris, & Wiemann, 1984) และแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยของ อำนวย อาษานอก (2549) ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง ได้ค่าดัชนีความตรงในเนื้อหา 1.0

5) แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ (Functional Performance Inventory) สร้างขึ้นโดย Leidy (1994) ประกอบด้วยข้อคำถาม 65 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การดูแลร่างกาย การดูแลบ้าน การออกกำลังกาย กิจกรรมสันทนาการ กิจกรรมทางด้านจิตวิญญาณ และกิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ครอบครัว และเพื่อน

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ (Karnofsky Performance Status Scale) สร้างขึ้นโดย Karnofsky et al. (1948) ฉบับที่แปลภาษาไทยของ อำนวยพร อาษานอก (2549) เนื่องจากแบบประเมินนี้มีความครอบคลุมในเนื้อหา ใช้ประเมินผู้ป่วยในหลายโรค และมีการนำมาวัดในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (Haas et al., 2013) และจากการศึกษาของ Mor et al. (1984) ในผู้ป่วยมะเร็ง 47 คน ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่เท่ากับ 0.97 และจากการศึกษาในประเทศไทยโดยใช้แบบประเมินนี้กับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง ได้ค่าดัชนีความตรงในเนื้อหา 1.0 (อำนวย อาษานอก, 2549) จึงมีความเหมาะสมกับการนำมาใช้ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

3.1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำหน้าที่กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ความสามารถในการทำหน้าที่ เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตที่ผาสุก จากการศึกษาพบว่าผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตจะเกิดความสามารถในการทำหน้าที่บกพร่องได้ถึงร้อยละ 32 และ 27 ในระยะ 3 เดือนและ 1 ปีตามลำดับ หลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต (Jackson et al., 2014) ความสามารถในการทำหน้าที่บกพร่อง เกิดจากการเจ็บป่วยวิกฤตที่ต้องพักรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤต จำต้องถูกจำกัดทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (DeJong et al., 2009) ดังนี้ 1) ถูกจำกัดด้านร่างกาย เช่น โรค/ภาวะที่ประสบอยู่ในระยะเจ็บป่วยวิกฤต ฟังฟังอุปกรณ์ทางการแพทย์/อุปกรณ์ช่วยชีวิต และพบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤตร้อยละ 82 ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ (DeGroot, Dekkers, Herold, deJonge, & Arbous, 2011) การใส่ท่อช่วยหายใจมีความจำเป็นต้องจำกัดการเคลื่อนไหว พบว่าระยะเวลาที่ใส่ท่อช่วยหายใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วย

วิกฤต (DerSchaaf et al., 2008) อีกทั้งผู้ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตจะต้องได้รับการติดตามสัญญาณชีพ การเต้นของหัวใจอย่างต่อเนื่องมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ และสัญญาณชีพ ทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดการทำกิจกรรมไม่ว่าจะเป็น การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การลุกนั่งหรือยืน ทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อของร่างกายลดลง การเดินเกิดความยากลำบาก ทำให้เกิดปัญหาต่อความสามารถในการทำหน้าที่ 2) ถูกจำกัดด้านจิตใจ เช่น ความต้องการของตนเองไม่ได้รับการตอบสนอง เกิดความวิตกกังวล ความเครียด และ 3) ถูกจำกัดด้านสังคม เช่น ขาดการติดต่อและสื่อสารในครอบครัว เพื่อน จากที่มีอุปกรณ์ช่วยเหลือหายใจ หรือการจำกัดเวลาเยี่ยมอย่างเคร่งครัดในหอผู้ป่วยวิกฤต และความบกพร่องของการสื่อสารกับทีมสุขภาพ ด้วยความเร่งรีบในการช่วยชีวิต

การถูกจำกัดที่กล่าวมาจะเกิดขึ้นเมื่อได้รับการรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยวิกฤตส่งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่บกพร่อง (DerSchaaf, Beelen, Dongelmans, Vroom, & Nollet, 2009) ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลง จากการศึกษา Vest et al. (2011) พบว่าผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตต้องได้รับการช่วยเหลือในการดูแลกิจวัตรประจำวันเมื่อเทียบกับผู้ป่วยทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (18% v. 46%, $p < 0.0001$) ทำให้ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตต้องพึ่งพาผู้อื่น อีกทั้งความสามารถในการทำหน้าที่บกพร่องเกิดได้ถึง 1 ปี ก่อให้เกิดการสูญเสียการงานและอาชีพ (Jackson et al., 2014) ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง จากการศึกษาของ Haas et al. (2013) พบว่า ผู้รอดชีวิตหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตในระยะ 2 ปี มีความสามารถในการทำหน้าที่ต่ำลงเมื่อเทียบกับความสามารถในการทำหน้าที่แรกรับเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ Vest et al. (2011) พบว่า ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่มีความสามารถในการทำหน้าที่บกพร่องส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 ความเหนื่อยล้า

ความเหนื่อยล้า เป็นหนึ่งในอาการสำคัญที่พบได้บ่อยในหลายๆ กลุ่มโรค ทั้งโรคทางกายหรือแม้กระทั่งการเจ็บป่วยทางจิต สามารถเกิดได้กับบุคคลทุกคนทั้งบุคคลสุขภาพดีและบุคคลที่ได้รับการความเจ็บป่วย ความเหนื่อยล้าเป็นอาการเตือนให้ร่างกายพัก เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการทำงานหนักหรือออกแรงมากเกินไป เมื่ออาการเหนื่อยล้าสูงถึงระดับหนึ่งบุคคลจะต้องการพักเพื่อให้ร่างกายได้รับการฟื้นฟู แนวคิดความเหนื่อยล้าได้รับการศึกษามาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ตั้งแต่ทศวรรษที่ 1980 แต่ในปัจจุบันการวัดความเหนื่อยล้าก็ยังเป็นเรื่องยาก เนื่องจากความเหนื่อยล้าเป็นความรู้สึกเฉพาะของบุคคล (Subjective) โดยบุคคลจะได้รับความหมายของความเหนื่อยล้า อย่างไรขึ้นอยู่กับความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ (Chalder et al., 1993) ดังนั้นการให้คำจำกัดความของความเหนื่อยล้าจึงมีมากมาย ขึ้นอยู่กับลักษณะของกลุ่มประชากรที่ศึกษาของแต่ละผู้วิจัย

3.2.1 ความหมายของความเหนื่อยล้า

Varricchio (1985) ให้ความหมายว่า ความเหนื่อยล้าเป็นการรับรู้ของบุคคลว่ารู้สึก เหน็ดเหนื่อย อิดโรยเนื่องมาจากการออกแรงมากเกินไปหรือความเครียด จากการมีกิจกรรมทางด้าน ร่างกายหรือจิตใจในระยะเวลาที่ยาวนาน หรือเกิดจากความรู้สึกเบื่อหน่ายในการทำซ้ำๆ เดิมๆ

Aistars (1987) ให้ความหมายว่า ความเหนื่อยล้าเป็นการที่บุคคลรู้สึกอ่อนล้า หหมด กำลังและขาดพลังอันเป็นผลมาจากการเผชิญต่อภาวะเครียดเป็นระยะเวลาเนิ่นนาน ก่อให้เกิดการทำ หน้าที่ด้านร่างกายบกพร่องและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในที่สุด

Belza, Henke, Yelin, Epstein, and Gilliss (1993) ให้ความหมายว่า ความ เหนื่อยล้าเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับ ความรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ที่ประกอบไปด้วยความรุนแรง ของความเหนื่อยล้า ความกังวลใจ ผลกระทบของความเหนื่อยล้าต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวันและ ระยะเวลาของความเหนื่อยล้า

Winningham et al. (1994) ให้ความหมายว่า ความเหนื่อยล้าเป็นการรับรู้ถึงความ เหน็ดเหนื่อย หหมดแรง อ่อนเพลีย รู้สึกว่าร่างกายไม่สบายอ่อนแอ เฉื่อยชาและขาดสมาธิ ซึ่งเป็นผลมา จากร่างกายขาดพลังงาน ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ของร่างกายที่ลดลง

Piper et al. (1998) ให้ความหมายว่า ความเหนื่อยล้าเป็นการที่บุคคลรับรู้ว่ ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลง มีความผิดปกติ เหนื่อยเพิ่มขึ้นอย่างมาก ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ซึ่ง ความเหนื่อยล้า นั้นอาจเกิดอย่างฉับพลันหรือเรื้อรังก็ได้ และนำไปสู่การทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ถึงแม้ จะนอนหลับพักผ่อนแล้วก็ได้บรรเทาความเหนื่อยล้า นั้นลงได้

Mota and Pimenta (2006) ให้ความหมายว่า ความเหนื่อยล้าเป็นอาการไม่สุข สบายทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา และอารมณ์ ซึ่งอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นไม่สามารถหายได้ด้วย วิธีปกติ อาการเหนื่อยล้าขึ้นอยู่กับระยะเวลา ความรุนแรง ของแต่ละบุคคล ส่งผลให้ความสามารถใน การทำกิจวัตรประจำวันของแต่ละคนแตกต่างกันไป

สรุปได้ว่าความเหนื่อยล้า มีความหมายว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความรู้สึก เหนื่อย อ่อนเพลีย ขาดพลังงานจนถึงหมดแรง ไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย สติปัญญา และอารมณ์

3.2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยล้า

Piper et al. (1998) ได้แบ่งองค์ประกอบความเหนื่อยล้าเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านพฤติกรรมหรือความรุนแรง (Behavioral/severity) เป็นมิติหนึ่งที่สะท้อนถึง พื้นฐานของกลไกที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า แสดงออกถึงความเหนื่อยล้าของตน แขนง และอวัยวะ ต่างๆ ทั่วร่างกาย บุคคลจะมีความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย เฉื่อยชา ไม่มีแรง ส่งผลต่อความสามารถในการ เคลื่อนไหว ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อการทำงาน หรือความสามารถในการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวันของบุคคล เมื่อบุคคลทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองลดลง ส่งผลต่อการรับรู้ถึงความรุนแรงและความทุกข์ทรมานของความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น

2) ด้านการรับรู้ความหมายของความเหนื่อยล้า (Affective meaning) ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นมีกลไกการเกิดจากปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจ เป็นมิติที่แสดงถึงความรู้สึกเป็นทุกข์ การให้ความหมายของความเหนื่อยล้า การที่บุคคลมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ผิดปกติ สามารถเป็นอันตรายต่อชีวิต เป็นสิ่งไม่น่าพอใจและเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะส่งผลต่อความสุขที่ลดลง

3) ด้านความรู้สึกรู้สึก (Sensory) ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นส่งผลต่อการตอบสนองภายในร่างกาย ส่งผลต่อการรับรู้และความรู้สึกในขณะที่บุคคลเกิดความเหนื่อยล้า บุคคลจะรู้สึกเหนื่อยล้าจนไม่สามารถรับได้ ง่วงซึม หมดพลัง อ่อนแอ ขาดความกระตือรือร้น และหมดความอดทน เป็นมิติที่เป็นตัวบ่งบอกความอ่อนแรงของกล้ามเนื้ออีกด้วย

4) ด้านสติปัญญาและอารมณ์ (Cognitive/mood) ความเหนื่อยล้าจะส่งผลต่อกระบวนการเรียนรู้ของบุคคล ส่งผลให้บุคคลขาดความสามารถในการคิด จดจำและสมาธิ ทำให้เกิดอารมณ์ตึงเครียดและซึมเศร้า อาจส่งผลให้สมองหรือระบบประสาทที่เกี่ยวกับความรู้สึกละเลยหน้าที่ ประเภทของความเหนื่อยล้า

1) ความเหนื่อยล้าเฉียบพลัน (acute fatigue) เป็นอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและเกิดในช่วงระยะเวลาสั้นๆ อาการคงอยู่ไม่เกิน 1 เดือน อาจเป็นชั่วโมง เป็นวัน หรือเป็นสัปดาห์ (Jacob & Piper, 1996) เป็นการตอบสนองของร่างกาย (protective response) เพื่อเป็นการเตือนให้ร่างกายพักผ่อน และป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการทำงานหนักหรือออกกำลังกายมากเกินไป เมื่ออาการเหนื่อยล้าสูงถึงระดับหนึ่ง บุคคลจะต้องการพักเพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อน โดยอาการเหนื่อยล้าอาจเกิดขึ้นเฉพาะส่วน เช่น คอ แขน ไหล่ หรือเกิดทั่วร่างกายก็ได้ หากได้รับการจัดการแก้ไขอย่างเหมาะสม ก็สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้

2) ความเหนื่อยล้าเรื้อรัง (Chronic fatigue) เป็นอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลาานานมากกว่า 1 เดือน (Jacob & Piper, 1996) โดยอาการแสดงของอาการเหนื่อยล้าทางร่างกายเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน และไม่สามารถบรรเทาอาการเหนื่อยล้าได้ด้วยการพักผ่อน ต้องใช้วิธีการแก้ไขอาการเหนื่อยล้าหลายวิธีร่วมกัน ซึ่งอาการเหนื่อยล้าเรื้อรังนี้จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และหากเกิดอาการเหนื่อยล้ามากกว่า 6 เดือน จะเรียกว่ากลุ่มอาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง

3.2.3 การประเมินความเหนื่อยล้า

1) แบบประเมิน The FACIT-fatigue (FACIT-F) เป็นแบบประเมินที่พัฒนามาจาก FACIT-G โดย แบบประเมิน FACIT-F สามารถใช้ได้ทั้งบุคคลทั่วไปและในผู้ป่วยมะเร็ง โรคข้ออักเสบ สะเก็ดเงิน โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรค systemic lupus erthematosus paroxysmal nocturnal

haemoglobinuria และ Parkinson's disease ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อคำถาม มีระดับการวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 0 ถึง 52 คะแนน คะแนนที่ต่ำแสดงถึง greater fatigue ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสติปัญญาและความคิด

2) แบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (Piper fatigus scale) สร้างขึ้นโดย Piper et al. (1989) ประกอบด้วยข้อคำถาม 42 ข้อแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านระยะเวลา ด้านความรุนแรง ด้านการรับรู้และด้านความรู้สึก ต่อมา Piper et al. (1998) ได้ปรับปรุงแบบประเมินอีกครั้ง โดยลดจำนวนข้อคำถามเหลือ 22 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า ด้านการให้ความหมายอาการเหนื่อยล้า ด้านร่างกายและจิตใจ และด้านสติปัญญา และต่อมา Piper et al. (2012) ได้ปรับปรุงข้อคำถามอีกครั้ง โดยวิธี Factor Analysis จนได้เครื่องมือที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า 3 ข้อ ด้านการรับรู้ความหมายของความเหนื่อยล้า 3 ข้อ ด้านความรู้สึกของความเหนื่อยล้าที่มีต่อตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ 4 ข้อ และด้านสติปัญญาและอารมณ์ 2 ข้อ และนำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 799 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89 และมีการวัดความเหนื่อยล้าด้วยแบบประเมินความเหนื่อยล้าของ อมรรัตน์ กรเกษม (2556) ใช้คำแปลภาษาไทยโดยเพียงใจ ดาโลปการ (2545) ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว จำนวน 88 คน ได้ค่าความเที่ยง 0.96

3) แบบประเมินความเหนื่อยล้าของ Lee et al. (1991) มีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัด Visual Analog Scale ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านพลังงาน 5 ข้อ และด้านความเหนื่อยล้า 13 ข้อ

4) แบบประเมินความเหนื่อยล้าของ Lareau, Meek, and Roos (1998) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นการประเมินความเหนื่อยล้าผ่านพฤติกรรมในการทำกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วย การสวมใส่เสื้อผ้า การทำความสะอาดร่างกาย การประกอบอาหารหรือรับประทานอาหาร และความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวเลข โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนนแบ่งออกเป็น 0 หมายถึง ไม่เคยทำกิจกรรม (1 คะแนน) คะแนน 1-3 หมายถึง มีความเหนื่อยล้าในระดับเล็กน้อย (2 คะแนน) คะแนน 4-6 หมายถึง มีความเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง (3 คะแนน) และคะแนน 7-10 หมายถึง มีความเหนื่อยล้าในระดับรุนแรง (4 คะแนน) โดยเครื่องมือนี้ได้ผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดจำนวน 131 คนได้ค่าความเที่ยง 0.95 (Lareau et al., 1998)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้า (Revised Piper Fatigue Scale) สร้างขึ้นโดย Piper et al. (1998) ฉบับที่แปลภาษาไทยของ อมรรัตน์ กรเกษม (2556) เนื่องจากเป็นแบบประเมินนี้มีความสอดคล้องกับความหมายของความเหนื่อยล้าในผู้รอดชีวิตจาก

ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต อีกทั้งข้อคำถามมีมาตรวัดแบบวัดระดับด้วยสายตา สามารถประเมินได้ง่ายไม่ยุ่งยาก และจากการศึกษาของ Piper et al. (2012) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 799 คน ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความเหนื่อยล้า เท่ากับ 0.89 และจากการศึกษาในประเทศไทยโดยใช้แบบประเมินนี้กับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว จำนวน 88 คน ได้ค่าความเที่ยง 0.96 (อมรรัตน์ กรเกษม, 2556) จึงมีความเหมาะสมกับการนำมาใช้ประเมินความเหนื่อยล้าในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

3.2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ความเหนื่อยล้า เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (Rattray, 2013) ความเหนื่อยล้า นั้น เป็นการรับรู้ของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตเกี่ยวกับความรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย ขาดพลังงานจนถึงหมดแรง จากการศึกษาพบว่า ความเหนื่อยล้า เป็น 1 ใน 4 ของกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นกับผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตในระยะ 2 เดือนและ 4 เดือน (Choi et al., 2014) และความเหนื่อยล้าหลังภาวะเจ็บป่วยวิกฤตเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของอัตราการเสียชีวิตหลังภาวะเจ็บป่วยวิกฤตได้ถึงร้อยละ 75 (Puntillo et al., 2010) โดยความรุนแรงของความเหนื่อยล้าจะขึ้นอยู่กับ ชนิดของภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นต่อร่างกายและจิตใจ จากปฏิกิริยาของร่างกายที่พยายามรักษาสมดุล โดยความเหนื่อยล้าจะเกิดขึ้นเมื่อพลังงานที่มีอยู่นั้น ไม่เพียงพอต่อความต้องการในภาวะที่เจ็บป่วย (Schaefer & Potylycki, 1993) จากการศึกษาพบว่าผู้ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมีปัจจัยเสี่ยงที่ทวีความรุนแรงของความเหนื่อยล้า เช่น ผลกระทบจากการเจ็บป่วยวิกฤตที่ต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ถูกจำกัดน้ำและอาหารและจำต้องได้รับสารน้ำสารอาหารทางหลอดเลือดดำ ทำให้ผู้ป่วยมีการลดลงของมวลกล้ามเนื้อร้อยละ 2-4 ต่อวัน (Griffiths & Hall, 2010) ทำให้ร่างกายอ่อนกำลัง ร่วมกับสิ่งแวดล้อม (แสง สี เสียง) เหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า การสูญเสียวงจรการหลับคืน ร่างกายที่ถูกคุกคามจากภาวะของโรค ผลข้างเคียงจากยาที่รักษา ความบกพร่องในภาวะโภชนาการ ภาวะช็อค เมื่อความเหนื่อยล้าถูกสะสมเพิ่มขึ้นในระยะเจ็บป่วยวิกฤต และไม่ได้รับการแก้ไข ร่วมกับการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าเรื้อรังหลังภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (Matthews, 2011) ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นนี้ทำให้เกิดความยากลำบากต่อการปฏิบัติกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวัน และต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วย (Salisbury et al., 2010) ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต จากการศึกษา Kelly and McKinley (2010) พบว่า ผู้รอดชีวิตหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตในระยะ 6 เดือน เกิดความเหนื่อยล้า ทำให้หมดพลัง ขาดสมาธิถึงร้อยละ 50 และความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

3.3 คุณภาพการนอนหลับ

3.3.1 ความหมายของคุณภาพการนอนหลับ

Snyder-Halpern and Verran (1987) ให้ความหมายว่า คุณภาพการนอนหลับ เป็นลักษณะการนอนหลับของบุคคลเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับ ตั้งแต่เริ่มเข้านอนจนถึงตื่นนอน สามารถประเมินได้จากความรู้สึกของบุคคลนั้นๆ

Buyse et al. (1989) ให้ความหมายว่า คุณภาพการนอนหลับเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงความเพียงพอและความพอใจต่อการนอนหลับ ประกอบด้วย การนอนหลับในเชิงปริมาณ (quantitative aspect of sleep) และการนอนหลับเชิงคุณภาพ (qualitative aspect of sleep) โดยการนอนหลับในเชิงปริมาณประกอบด้วย ระยะเวลาการนอนหลับ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ และจำนวนครั้งในการตื่นระหว่างหลับในแต่ละคืน ส่วนการนอนหลับเชิงคุณภาพ ได้แก่ ความลึก ความเพียงพอและความรู้สึกต่อการนอนหลับ รวมทั้งผลกระทบต่อการทำงานที่ในตอนกลางวัน โดยการนอนหลับ เชิงคุณภาพเป็นความรู้สึกของบุคคลตามคำบอกเล่า (subjective aspect of sleep) เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งไม่สามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์

American Psychiatric Association (2000) ให้ความหมายว่า คุณภาพการนอนหลับเป็นปรากฏการณ์ถึงการรับรู้ถึงคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ ได้แก่ ระยะเวลาเข้านอนจนกระทั่งนอนหลับ ระยะเวลาในการนอนแต่ละคืน ประสิทธิภาพการนอนหลับ การรบกวนการนอนหลับ และผลกระทบต่อการทำงานที่ในระหว่างวัน

Munson (2000) ให้ความหมายว่า คุณภาพการนอนหลับเป็นภาวะปกติการนอนหลับที่มีคุณภาพจะใช้ระยะเวลาก่อนการเข้านอนน้อย สามารถนอนหลับจนถึงหลับจริงภายในเวลา 20-30 นาที ไม่ถูกรบกวนในขณะหลับ นอนหลับได้ลึกและหลับสนิทอย่างต่อเนื่อง ครบวงจรการนอนหลับทั้งระยะที่มีการกรอกลูกตาอย่างรวดเร็วและระยะที่ไม่มีการกรอกลูกตาอย่างรวดเร็ว ติดต่อกันอย่างน้อย 90 นาที หรือมีการตื่นระหว่างการนอนหลับน้อยและสามารถหลับต่อได้ เมื่อตื่นขึ้นมาจะรู้สึกสดชื่น และรู้สึกพักผ่อนอย่างเพียงพอ มองได้พักอย่างเต็มที่ สามารถปฏิบัติหน้าที่การทำงานอย่างกระฉับกระเฉงไม่่วงนอนหรืออ่อนเพลีย

Dewald et al. (2010) ให้ความหมายว่า คุณภาพการนอนหลับเป็นประสบการณ์รวมทั้งความรู้สึกและความพึงพอใจของบุคคลเกี่ยวกับการนอนหลับ และความรู้สึกหลังตื่นนอนในตอนเช้า

สรุปได้ว่าคุณภาพในการนอนหลับ มีความหมายว่าเป็นความรู้สึกของบุคคลถึงความเพียงพอและความพอใจต่อการนอนหลับ ประกอบด้วยการนอนหลับในเชิงปริมาณ และการนอนหลับในเชิงคุณภาพ

3.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับ

การนอนหลับเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของมนุษย์ที่มีการนอนหลับและการตื่นหมุนเวียนเป็นวัฏจักร การนอนหลับ เป็นช่วงเวลาที่มีการลดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นภายนอกร่างกาย ไม่รับรู้สิ่งต่างๆ รอบตัว มีการหยุดพักลงชั่วคราว ใช้พลังงานลดลง ระดับความรู้คิดเปลี่ยนแปลงไปเป็นภาวะไม่รู้สติชั่วคราว ขณะเดียวกันร่างกายจะมีกระบวนการพักผ่อน ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และช่วยให้สมองเกิดการเรียนรู้ ฟันฟูกลับคืนให้ร่างกายและจิตใจสดชื่นพร้อมเพื่อต่อสู้กับปัญหาต่อไป

สรีรวิทยาการนอนหลับและการตื่นเป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อน เกิดร่วมกับการหลั่งของสารสื่อประสาทออกมาจำนวนมากในสมอง การควบคุมการนอนหลับในสมองเป็น 3 ส่วน คือ ส่วน Reticular activating system (RAS) ในก้านสมอง (Brainstem) สมองส่วนไฮโปทาลามัสและต่อมไพเนียล (Pineal gland) โดย Reticular activating system (RAS) ในก้านสมองมีการหลั่งสารสื่อประสาทพวกโดปามีนบริเวณ RAS ไปกระตุ้นสมองส่วน Cerebral cortex ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการนอนหลับและกระตุ้นให้สมองส่วนบนเกิดความมีสติ มีส่วนในการกำหนดว่าเรากำลังหลับหรือตื่นอยู่ และมีบทบาทในการนอนหลับฝัน สมองส่วนไฮโปทาลามัสจะควบคุมการนอน ระยะเวลาในการนอนหลับ และการตื่นของบุคคล และต่อมไพเนียล (Pineal gland) จะผลิตฮอร์โมนที่ชื่อว่า เมลาโทนิน (Melatonin) ช่วยควบคุมจังหวะของการตื่นและการนอนในแต่ละวัน การที่วงจรการนอน-การตื่นถูกปรับมาเป็น 24 ชั่วโมงได้ เพราะได้รับอิทธิพลมาจากกลางวันและกลางคืน หรือแสงสว่างที่ผ่านจอประสาท (Retina) นำข้อมูลไปยัง Suprachiasmatic nucleus ในไฮโปทาลามัส ความเข้มของแสงทำให้เกิดวงจรการนอนหลับและการตื่น มนุษย์จึงเข้านอนในเวลากลางคืน และตื่นในเวลากลางวัน (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2550; Neugebauer, 1998) การนอนหลับสามารถแบ่งได้เป็น 2 ระยะ ตามการเคลื่อนไหวของลูกตา ดังนี้

1) ระยะการนอนหลับชนิดไม่มีการกลอกของลูกตาอย่างรวดเร็ว (Non-Rapid Eye Movement: NREM sleep) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (Markov & Goldman, 2006; Carskadon & Dement, 2011) คือ

ระยะที่ 1 เป็นช่วงการเปลี่ยนแปลงจากการตื่นสู่การนอนหลับ การนอนหลับในระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 1-7 นาที โดยพบว่าคลื่นสมองจะเปลี่ยนจากคลื่นอัลฟา (Alpha wave) ที่มีขนาดความถี่ของคลื่น 8-13 รอบต่อวินาที ซึ่งเป็นคลื่นสมองเวลาตื่น ไปสู่คลื่นธีต้า (Theta wave) ที่มีความถี่ 5-7 รอบต่อวินาที พบการเปลี่ยนแปลงของร่างกายมีการทำงานลดลง เช่น กล้ามเนื้อเริ่มผ่อนคลาย ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานลดลง คืออุณหภูมิของร่างกายลดต่ำลง การหายใจ การเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตลดลง มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอกลดลง บุคคลที่นอนในระยะนี้

จะมีการกลอกตาไปมาช้าๆ รู้สึกเหมือนกำลังตื่น หากปลุกจะตื่นง่าย พบระยะนี้ได้ประมาณร้อยละ 2-5 ของการนอนหลับทั้งหมด

ระยะที่ 2 เป็นช่วงที่เริ่มเข้าสู่ภาวะที่มีการนอนหลับสนิท มีระยะเวลาต่อจากระยะที่ 1 เป็นช่วงระยะเวลาประมาณ 10-25 นาที ระยะนี้จะมีลักษณะคลื่นจำเพาะ ได้แก่ คลื่นเค คอมเพลกซ์ (K complex) และคลื่นสลับสปินเดิลส์ (Sleep spindles) ระยะนี้ไม่มีการกลอกตาหรืออาจมีน้อยมาก ร่างกายยังมีความไวต่อการปลุกให้ตื่นด้วยเสียงธรรมชาติร่างกาย มีลักษณะการผ่อนคลายมากขึ้น อัตราการเผาผลาญและอุณหภูมิของร่างกายลดลง พบระยะนี้ได้ประมาณร้อยละ 45-55 ของการนอนหลับ ทั้งหมด

ระยะที่ 3 เป็นระยะเริ่มหลับสนิท เรียกรวมกันว่า Slow wave sleep (SWS) ไม่พบการกลอกของลูกตา ใช้เวลาหลังจากเริ่มต้นการนอนหลับ ประมาณ 30-45 นาที ลักษณะคลื่นสมอง เปลี่ยนเป็นคลื่นเดลต้า (Delta wave) ซึ่งมีความถี่ของคลื่นช้าที่สุดระหว่าง 0.5-2 รอบต่อวินาที ระยะนี้จะคงอยู่นานประมาณ 20-40 นาที เป็นระยะปลุกตื่นยากขึ้น กล้ามเนื้อคลายตัว ทำให้อัตราการหายใจ ชีพจรและความดันโลหิตลดลง ในระยะนี้มีการหลั่งของฮอร์โมนที่ช่วยในการเจริญเติบโต (Growth hormone) ซึ่งมีความสำคัญในการสังเคราะห์โปรตีนเพื่อไปฟื้นฟูสภาพร่างกาย หรือซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่สึกหรอ พบระยะนี้ได้ประมาณร้อยละ 10-15 ของการนอนหลับทั้งหมด

2) การนอนหลับชนิดที่มีการกลอกของลูกตาอย่างรวดเร็ว (Rapid Eye Movement: REM sleep) เป็นระยะการนอนหลับที่ลึกที่สุด ระยะนี้มีการกลอกตาอย่างรวดเร็วเป็นระยะๆ เรียกการนอนหลับ ในระยะนี้ว่าการนอนหลับพาราดอกซิคอล (Paradoxical sleep) เนื่องจากมีการกระตุ้นการทำงานของสมองบางส่วน ในขณะที่สมองบางส่วนถูกยับยั้งไว้ในขณะที่ร่างกายนอนหลับสนิทกล้ามเนื้อทั่วร่างกายมีการคลายตัวมากที่สุด การนอนหลับในช่วงแรกประมาณ 1-5 นาที และจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นในวงจรต่อไป ซึ่งการนอนหลับในระยะ REM ใช้เวลาประมาณ 70-100 นาที หากนอนหลับนานจะทำให้ระยะเวลาของการนอนระยะ REM นานยิ่งขึ้น สามารถเกิดขึ้นได้ 4-5 ครั้ง ตลอดระยะเวลาการหลับปกติ หรือพบได้ประมาณร้อยละ 20-25 ของการนอนหลับทั้งหมด (Markov & Goldman, 2006; Carskadon & Dement, 2011)

วงจรการนอนหลับเริ่มต้น ใน NREM ระยะที่ 1 และหลับลึกมากขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะที่ 2, 3 และระยะ REM ซึ่งใช้เวลาประมาณ 90 นาที ในวงจรการนอนหลับรอบแรก ต่อมาในแต่ละรอบ จะใช้เวลาประมาณ 90-120 นาที (Markov & Goldman, 2006) ช่วงที่ร่างกายได้พักผ่อน ระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) ทำงานลดลง และระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic nervous system) ทำงานเพิ่มขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว การนอนหลับที่เพียงพอจะช่วยซ่อมแซมเนื้อเยื่อ และสะสมพลังงานในเซลล์เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้ที่นอนไม่

เพียงพอหรือมีอาการนอนไม่หลับจะส่งผลกระทบต่อร่างกายจิตใจ ทำให้การซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอเสียหาย ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนได้

Snyder-Halpern and Verran (1987) แบ่งคุณภาพการนอนหลับเป็น 3 มิติ ได้แก่

1) มิติความแปรปรวนการนอนหลับ (Sleep disturbance) ประกอบด้วยเวลาใช้ก่อนหลับได้จริงหลังจากล้มตัวลงนอน ความถี่ของการตื่นนอนระหว่างนอนหลับ การพลิกตัวหรือเคลื่อนไหวขณะหลับ ความสนิทของการนอนหลับ ระยะเวลารวมของการตื่นนอนตอนกลางคืน หลังจากหลับตั้งแต่ 0-10 ชั่วโมง ความรู้สึกเป็นปัญหาในการตื่นกลางคืน ความรู้สึกถึงความยากง่ายของการนอนหลับเมื่อเข้านอน

2) มิติประสิทธิภาพการนอนหลับ (Sleep effectiveness) ประกอบด้วย ความรู้สึกเมื่อตื่นนอนตอนเช้า ความรู้สึกต่อการนอนหลับในคืนที่ผ่านมา เวลาที่ใช้ในการนอนหลับโดยรวมใน 1 วัน ความรู้สึกถึงความเพียงพอของการนอนหลับ

3) มิติการงีบหลับในช่วงกลางวัน (Nap supplementation) ประกอบด้วยเวลาที่ใช้ในการงีบหลับในตอนกลางวันของวันที่ผ่านมาตั้งแต่ 0-10 ชั่วโมง การงีบหลับในช่วงเช้าของวันที่ผ่านมา การงีบหลับในช่วงบ่ายของวันที่ผ่านมา และความรู้สึกเมื่อตื่นหลังจากการงีบหลับ

ความสำคัญของการนอนหลับ

1) ด้านร่างกาย เชื่อว่า การนอนหลับระยะ Non rapid eye movement (NREM) ช่วยให้เกิดการหายของแผล โดยการซ่อมแซมเนื้อเยื่อของร่างกายที่สึกหรอ และเริ่มสร้างเนื้อเยื่อขึ้นมาใหม่เป็นการทดแทน (Gift et al., 1992) ก่อให้เกิดการแบ่งตัวของเซลล์ โดยพบว่าเซลล์ผิวหนังและไขกระดูกมีการแบ่งตัวสูงสุดในขณะหลับ กระบวนการในการซ่อมแซมและเสริมสร้างเนื้อเยื่อนี้เกิดขึ้นจากในขณะหลับเนื้อเยื่อใช้พลังงานลดลงจึงมีการสะสมพลังงานไว้ในเซลล์ในระดับสูงในรูปของ Adenosine Triphosphate (ATP) (Closs, 1999) มีการหลั่งฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างเนื้อเยื่อในระดับสูงสุด ส่วนฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการสลายสารอาหารให้มีพลังงานมีการหลั่งลดลง ได้แก่ คอติโคสเตียรอยด์ คอติซอล กลูคากอน และแคลซิโกลามีน (Gift et al., 1992) การเสริมสร้างเนื้อเยื่อที่สำคัญ ได้แก่ การสังเคราะห์โปรตีน โดยมีฮอร์โมนที่มีบทบาทสำคัญ คือ โกรทฮอร์โมน (Growth hormone) จากต่อมใต้สมองส่วนหน้า ซึ่งจะมีการหลั่งสูงสุดในการนอนหลับระยะที่ 3 และ 4 หรือระยะหลับลึกของการนอนหลับ ในการนอนหลับระยะที่ 3 ชั่วโมงแรกของการนอนหลับ โกรทฮอร์โมน (Growth hormone) จะทำหน้าที่นำกรดอะมิโนเข้าสู่เซลล์ และเพิ่มกรดไขมันอิสระในกระแสเลือดให้สูงขึ้น ซึ่งจะป้องกันการสลายกรดอะมิโนและเพิ่มความสามารถในการสังเคราะห์โปรตีน จึงส่งเสริมให้เกิดการสังเคราะห์โปรตีนและกรดไรโบนิวคลีอิก (Ribonucleic Acid, RNA) นอกจากนี้ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายสามารถทำงานได้เต็มที่ เนื่องจากการหลั่งคอติโคสเตียรอยด์ลดลงจึงไม่มีผลลดการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน (Closs, 1999) ส่วนการนอนหลับระยะ

Rapid Eye Movement (REM) เชื่อว่าก่อให้เกิดกระบวนการเสริมสร้างและซ่อมแซมเนื้อเยื่อสมอง โดยอาศัยกลไกการทำงานของสารแคทีโคลามีน ซึ่งทำให้ระบบประสาทซิมพาเทติกทำงานเพิ่มขึ้น จึงทำให้การทำงานของสารแคทีโคลามีน ซึ่งทำให้ระบบประสาทซิมพาเทติกทำงานเพิ่มขึ้น จึงทำให้การไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงเพิ่มขึ้น ทำให้สมองได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น (Oswald, 1976)

2) ด้านสติปัญญาและอารมณ์ เชื่อว่าการนอนหลับระยะ REM มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาของระบบประสาทส่วนกลาง เนื่องจากเกี่ยวข้องกับกระบวนการเรียนรู้และความจำ ซึ่งเปรียบเสมือนเครื่องคอมพิวเตอร์ เนื่องจากทำหน้าที่สำคัญ 2 ประการ คือ การกลั่นกรองข้อมูลเลือกแฟ้มประเด็นสำคัญ และทำลายข้อมูลที่ไม่จำเป็น พร้อมทั้งรวบรวมเรียบเรียงข้อมูลใหม่ๆ และประสบการณ์ที่สำคัญเก็บเอาไว้เป็นความทรงจำ (Oswald, 1976) จึงมีประโยชน์ต่อการปรับตัวในการเผชิญภาวะเครียด เนื่องจากช่วยให้มีการเรียนรู้ใหม่ๆ มีทักษะในการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ ช่วยให้มีความสุข และควบคุมอารมณ์ได้ ถ้าหากนอนหลับไม่เพียงพอจะทำให้มีอาการแปรปรวน เช่น หงุดหงิด ก้าวร้าว หวาดระแวง สับสน และอาจมีประสาทหลอน (กฤษมาลย์ รามศิริ, 2543)

จะเห็นว่า ปัญหาที่รบกวนการนอนหลับ ได้แก่ นอนไม่พอ นอนไม่หลับ นอนไม่เป็นเวลา และการหยุดหายใจขณะหลับ รวมทั้งท่านอนที่ถูกต้องจะส่งเสริมพฤติกรรมการนอนที่ดีส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี หากมีพฤติกรรมที่ส่งผลต่อนอนหลับที่ไม่ถูกต้องหรือปัญหาที่รบกวนการนอนหลับจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตลดลง (Kozier et al., 2004; Parson et al., 2015)

3.3.3 การประเมินคุณภาพการนอนหลับ

โดยเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพการนอนหลับแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) การใช้เครื่องมือวัดการนอนหลับ (objective sleep measurement) (Closs, 1988; Beck, 1992) เช่น

1.1) เครื่องมือโพลีซอมโนกราฟี (Polysomnography: PSG) เป็นเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ที่ใช้วัดการนอนหลับในห้องปฏิบัติการ นับเป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐานกว่าเครื่องมืออื่นๆ เนื่องจากมีหลักฐานความจริงจากลักษณะของคลื่นไฟฟ้าสมอง (electroencephalogram: EEG) ที่เปลี่ยนแปลงตามขั้นตอนของการนอนหลับ ที่สามารถบันทึกวงจรการนอนหลับอย่างต่อเนื่องตามลักษณะทางชีวภาพของการนอนหลับและตื่น โดยวิธีการใช้ขั้วอิเล็กโทรดติดบริเวณศีรษะ รอบดวงตา และคาง เพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG) การเคลื่อนไหวของลูกตา (extraocular eye movement) และการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อหน้าและคาง (chin and facial muscle movement) เครื่องมือนี้สามารถใช้ในการประเมินคุณภาพการนอนหลับในเชิงปริมาณได้แก่ ระยะเวลาที่ตื่นและระยะการนอนหลับที่แท้จริง ในทางคลินิกจึงมีการนำเครื่องมือชนิดนี้มาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ ที่มีปัญหาการนอนหลับเพื่อวินิจฉัยแยกโรคในการรักษา ความรู้สึกภายหลังตื่น

นอนและความพึงพอใจในการนอนหลับได้ และยังพบว่าเครื่องมือนี้มีข้อจำกัดในการใช้งานเนื่องจากมีราคาแพงมีวิธีการใช้งานค่อนข้างซับซ้อน และต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการใช้และแปลผล

1.2) การวัดการเคลื่อนไหวของร่างกาย (body movement measurement) 1) ไนท์แคป (Night cap) เป็นเครื่องมือตรวจการนอนหลับขนาดเล็กที่สามารถพกพาได้ ใช้หลักการวัดการเคลื่อนไหวของร่างกายเพื่อแยกแยะระยะตื่น การนอนหลับระยะ REM และ NREM โดยอาศัยการเคลื่อนไหวของหนังตาและศีรษะ เครื่องมือนี้สามารถวัดระยะเวลาการนอนหลับที่แท้จริงได้แต่มีจุดอ่อนที่ไม่สามารถแยกระยะการนอนหลับของ NREM ได้ 2) ริสท์ เอคติกราฟ (Wrist actigraph) เป็นเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ขนาดเล็กใช้ติดบนข้อมือคล้ายนาฬิกา ใช้การบรรจุหน่วยความจำ (memory bank) ไว้เพื่อวัดการเคลื่อนไหวของร่างกายในระยะ 24 ชั่วโมง สามารถวัดระยะเวลาการนอนหลับและระยะตื่นได้ มีความสัมพันธ์อย่างดีกับเครื่องมือ (Polysomnography: PSG) ในระยะนอนหลับและระยะตื่นเต็มที่ (full wakefulness) แต่ไม่ค่อยสัมพันธ์ในระยะตื่นปกติ (wakefulness) เมื่อเปรียบเทียบกับเครื่องมือ PSG แล้ว ริสท์ เอคติกราฟจะมีขนาดเล็กและราคาถูกกว่า และสามารถใช้ได้อย่างหลากหลาย อย่างไรก็ตามเครื่องมือนี้ก็มีความสัมพันธ์กับเครื่องมือ PSG ที่ต้องการการฝึกเทคนิคอย่างดีในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

2) การประเมินการนอนหลับจากการบอกเล่า (Subjective sleep report) การประเมินการนอนหลับจากการบอกเล่า เป็นการประเมินการรับรู้และความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับของแต่ละบุคคล สามารถประเมินได้ทั้งการนอนหลับเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เป็นวิธีที่นิยมใช้มากที่สุด เนื่องจากสามารถทำได้ง่ายและรบกวนผู้ถูกประเมินน้อย อีกทั้งไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย แต่อาจจะประเมินการนอนหลับได้เพียงผิวเผินหรือไม่ตรงกับสภาพที่เป็นจริงได้ ผลจากการประเมินจึงมีความน่าเชื่อถือน้อยกว่า และอาจเกิดความลำเอียงหรืออคติได้เมื่อเปรียบเทียบกับกรวัดด้วยเครื่องมือวิทยาศาสตร์ โดยทั่วไปการประเมินการนอนหลับจากการบอกเล่ามีรูปแบบการประเมิน เช่น

2.1) แบบประเมินคุณภาพชีวิตการนอนหลับ The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) สร้างขึ้นโดย Buysse et al. (1989) ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ แบ่งเป็น 7 ส่วน ได้แก่ การรายงานคุณภาพการนอนหลับ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน ประสิทธิภาพของการนอนหลับ โดยปกติวิสัย ความแปรปรวน ของการนอนหลับ การใช้นอนหลับ ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน โดยมีการแบ่งเกณฑ์ ตามคะแนนเป็นผู้ที่มีการนอนหลับดีและไม่ดี จากการทดสอบของผู้สร้างเครื่องมือในผู้ที่มีสุขภาพดี 52 คน พบว่า มีความเที่ยงและความตรงเป็นที่ยอมรับ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในทางปฏิบัติและการวิจัยได้ (Buysse et al., 1989) และนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยเปลี่ยนถ่ายไขกระดูกและเปลี่ยนไต จำนวน 472 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80 ความตรงสูงจากการมีความสัมพันธ์สูงในการวัดคุณภาพการนอนหลับและปัญหาการนอนหลับ (Carpenter & Andrykowski, 1998) และจาก

การศึกษาได้มีการวัดคุณภาพการนอนหลับ ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญญู ต้นชัยสวัสดิ์ (2540) ในพยาบาลวิชาวชิพในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยมีค่าความไว เท่ากับ 89.6 ค่าจำเพาะ เท่ากับ 86.5 และได้ค่าความเที่ยงจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.83

2.2) แบบบันทึกการนอนหลับประจำวัน (Daily Sleep Diary or sleep log) เป็นการบันทึกการนอนหลับจากการประเมินตนเองเป็นประจำทุกเช้า ตัวแปรการนอนหลับที่ บันทึก ได้แก่ เวลาเข้านอน เวลาที่เริ่มหลับ การตื่นระหว่างหลับ จำนวนครั้งที่ตื่น และเวลาที่ตื่นนอน รวมทั้ง ความเครียด อารมณ์ ความรู้สึกหลังตื่นนอน การงีบกลางวัน การดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้ ยาเพื่อให้นอนหลับ เครื่องมือนี้ได้รับความนิยมแพร่หลายในทางคลินิกและในการวิจัย และเมื่อ ทดสอบเปรียบเทียบกับเครื่องมือ PSG พบว่ามีความสอดคล้องกันเป็นอย่างดีในข้อมูลเชิงปริมาณ และมีความเที่ยงเป็นที่ยอมรับ (Roger, Caruso, & Aldrich, 1993)

2.3) แบบประเมินการนอนหลับ Verran-Snyder-Halpern Sleep Scale (Snyder-Halpern & Verran, 1987) ประกอบด้วยมาตรวัดด้วยสายตา (visual analog scale: VAS) ประกอบด้วยข้อความ 16 ข้อ โดยเส้นตรง 1 เส้น ความยาว 100 มิลลิเมตร คະแนนที่สูงแสดง ถึงคุณภาพการนอนหลับที่ดีกว่า เครื่องมือนี้ได้รับการออกแบบสำหรับใช้กับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่อยู่ใน โรงพยาบาล สามารถประเมินถึงความรู้สึกถึงการนอนหลับในคืนที่ผ่านมา สามารถประเมินได้ทั้ง ประสิทธิภาพของการนอนหลับที่บ่งบอกถึงความลึกของการนอน ซึ่งบ่งบอกถึงการถึงการถูกรบกวน ระหว่างนอนหลับ การเคลื่อนไหวร่างกายขณะนอนหลับ ระยะเวลาที่ใช้ในการเข้าสู่ระยะการนอน หลับ

2.4) แบบสอบถามการนอนหลับ The St. Mary' Hospital Sleep Questionnaire สร้างขึ้นโดย Eills et al. (1981) ประกอบด้วยข้อความ 14 ข้อ ซึ่งถามข้อมูล เกี่ยวกับแบบแผนการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงไป คำตอบสั้นๆ หลายตัวเลือก สามารถวินิจฉัยอาการ นอนไม่หลับทุกชนิดและสามารถให้ข้อมูลการนอนหลับได้มากที่สุด จากการนำไปทดสอบปรากฏผล ชัดเจนว่าสามารถใช้วัด ภาวะการนอนหลับแปรปรวน ระยะเวลาก่อนหลับ ระยะเวลาการนอนหลับ และความพึงพอใจ ในการนอนหลับ รวมทั้งคุณภาพการนอนหลับได้

2.5) แบบสอบถามการสำรวจนิสัยการนอนหลับ สร้างขึ้นโดย Owens, Spirito, and McGuinn (2000) ข้อคำถามมีเนื้อหาเกี่ยวกับการนอน ความง่วง จังหวะชีวภาพการ นอน ข้อมูลสุขภาพ การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ ความเชื่อด้านการนอนหลับ ลักษณะคำถามเป็นมาตร วัดประมาณค่า 3 ระดับ คือ 1 หมายถึงปฏิบัติเป็นประจำ 2 หมายถึงปฏิบัติบางครั้ง 3 หมายถึงปฏิบัติ เล็กน้อย

2.6) แบบสอบถามสุวลักษณะการนอนหลับของ ญัฐยา ศรีทะแก้ว, ชนกวรจิตปัญญา และประนอม รอดคำดี (2550) ที่ปรับจากแบบสอบถามการสำรวจนิสัยการนอนหลับของ Owens et al. (2000) ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ โดยครอบคลุมเนื้อหาตารางการเข้านอนและตื่นนอนตามปกติจำนวน 5 ข้อ การใช้สารเสพติดและสิ่งกระตุ้นจำนวน 3 ข้อ การรับประทานอาหารก่อนนอนจำนวน 3 ข้อ กิจกรรมก่อนนอนจำนวน 3 ข้อ การทำกิจกรรมที่ช่วยให้ผ่อนคลายจำนวน 1 ข้อ การออกกำลังกายจำนวน 1 ข้อ และสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการนอนหลับจำนวน 4 ข้อ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (The Pittsburgh Sleep Quality Index) สร้างขึ้นโดย Buysse et al. (1989) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยของ ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญญู ต้นชัยสวัสดิ์ (2540) เนื่องจากแบบประเมินนี้มีความสอดคล้องกับความหมายของคุณภาพการนอนหลับของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต และมีการนำมาวัดในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (Choi et al., 2014; McKinley et al., 2016) และจากการศึกษาของ Carpenter and Andrykowski (1998) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยเปลี่ยนถ่ายไขกระดูกและเปลี่ยนไต จำนวน 472 คน ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับเท่ากับ 0.80 และจากการศึกษาในประเทศไทยโดยใช้แบบประเมินนี้กับในพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ค่าความไว เท่ากับ 89.6 ค่าจำเพาะ เท่ากับ 86.5 และได้ค่าความเที่ยง 0.83 (ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์และวรัญญู ต้นชัยสวัสดิ์, 2540) อีกทั้งจากการศึกษาได้มีการวัดคุณภาพการนอนหลับ ในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต จำนวน 193 คน ได้ค่าความเที่ยงจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.79 (McKinley et al., 2016) จึงมีความเหมาะสมกับการนำมาใช้ประเมินคุณภาพการนอนหลับในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

3.3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

คุณภาพการนอนหลับนั้น เป็นความรู้สึกของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตถึงความเพียงพอและความพอใจต่อการนอนหลับ และเชื่อว่าการนอนหลับจะช่วยให้เกิดการหายของแผล โดยการซ่อมแซมเนื้อเยื่อของร่างกายที่สึกหรอ และเริ่มสร้างเนื้อเยื่อขึ้นมาใหม่เป็นการทดแทน (Gift et al., 1992) และก่อให้เกิดกระบวนการเสริมสร้างและซ่อมแซมเนื้อเยื่อสมอง โดยอาศัยกลไกการทำงานของสารแคททีโคลามีน ทำให้ระบบประสาทซิมพาเทติกทำงานเพิ่มขึ้น จึงทำให้การไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงเพิ่มขึ้น ทำให้สมองได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น (Oswald, 1976) จะทำให้ร่างกายกลับมามีพลังทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ในการทำกิจกรรมและดำรงชีวิตประจำวัน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น (Romero, 2014; McKinley et al., 2016) ซึ่งพบว่าปัญหาการนอนหลับ (Sleep problem) เป็นปัญหาสำคัญในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ถึง 14-50 % (Combes et al., 2003; Granja et al., 2005; Orwelius et al., 2008; Parson et al, 2012 as cited in Parson et al., 2015) ปัญหาการนอนหลับนั้นเกิดขึ้นตั้งแต่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ที่เกิด

จากการรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยวิกฤตและภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่เกิดขึ้นคุกคามต่อผู้ป่วย อันได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรง เฝียบปล้นคุกคามต่อชีวิต เกิดความเครียด วิตกกังวล อีกทั้งยาที่ได้รับ เช่น ยาในกลุ่ม Opioid หรือ Benzodiazepine หรือหัตถการที่ได้รับ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจที่ได้รับจากการรักษาในระยะเจ็บป่วยวิกฤต (Matthews, 2011; Parson et al., 2015) จากการศึกษา Nelson et al. (2001) พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาในการนอนหลับ ถึงร้อยละ 70 ระหว่างการพักรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยวิกฤต ทั้งนี้เมื่อผู้ป่วยกลุ่มนี้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ยังคงต้องเผชิญกับปัญหาการนอนหลับ เช่น การนอนหลับยาก คุณภาพการนอนหลับลดลง เกิดความไม่เพียงพอในการนอนหลับ และการนอนในแต่ละช่วงไม่ปกติ จะตื่นง่าย หลังจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (Orwelius et al., 2008) หากมีพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการนอนหลับที่ไม่ถูกต้องหรือปัญหาที่รบกวนการนอนหลับจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตลดลง (Kozier et al., 2004; Parson et al., 2015)

จากการศึกษาของ Orwelius et al. (2008) พบว่า ผู้รอดชีวิตหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตในระยะ 6 เดือนและ 12 เดือน เกิดปัญหาการนอนหลับส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงกว่าผู้ป่วยจากการเจ็บป่วยทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Granja et al. (2005) พบว่า ผู้รอดชีวิตหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตในระยะ 6 เดือน เกิดปัญหาการนอนหลับส่งผลต่อคุณภาพชีวิตลดลง และจากการศึกษาของ McKinley et al. (2016) พบว่า คุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในผู้รอดชีวิตหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตในระยะ 2 เดือนและ 6 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.346, -.456$ ตามลำดับ)

3.4 ความเข้มแข็งในการมองโลก

3.4.1 ความหมายของความเข้มแข็งในการมองโลก

Antonovsky (1987) ให้ความหมายว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นการรับรู้โดยกระบวนการทางปัญญาว่าสิ่งเร้าต่างๆ ที่เข้ามากระทบตนเองนั้น สามารถเข้าใจและอธิบายด้วยเหตุผล มองสิ่งเร้านั้นเป็นสิ่งที่ท้าทายมีความคุ้มค่าที่จะใช้กำลังกายและสติปัญญาในการแก้ปัญหาให้ลุล่วงไปและมองว่าประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตได้

สมจิต หนูเจริญกุล (2532) ให้ความหมายว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นความรู้สึกของบุคคลที่เชื่อมั่นว่า ไม่ว่าจะเกิดเหตุการณ์ใดๆ เกิดขึ้นทั้งภายในตนเองและสิ่งแวดล้อมภายนอกก็สามารถทำนายได้ และทุกสิ่งทุกอย่างสามารถคลี่คลายลงตามที่คาดไว้

จันทนา เตชะคฤท (2540) ให้ความหมายว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นการที่บุคคลมีความเข้าใจสิ่งต่างๆ ที่มากระทบไม่ว่าสิ่งนั้นคาดการณ์ได้หรือไม่ สามารถอธิบายสาเหตุได้ บุคคลนั้นรู้จักหาแหล่งประโยชน์ และวิธีการจัดการแก้ไขให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สุรชัย มณีเนตร (2556) ให้ความหมายว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าเป็นสิ่งทำลาย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถอธิบายได้ด้วยเหตุผล และสามารถพยากรณ์ล่วงหน้าได้ มองเห็นว่าสิ่งเร้าเป็นสิ่งที่ทำลาย และตนเองสามารถจัดการกับสิ่งเร้าเหล่านั้นๆ ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยใช้กำลังสติปัญญาและแหล่งประโยชน์ที่มีรอบๆ ตัว

สรุปได้ว่าความเข้มแข็งในการมองโลก มีความหมายว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลที่ประเมินเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบในชีวิตของบุคคลด้วยความเข้าใจ สามารถบริหารจัดการและให้ความหมายเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าเหล่านั้นว่ามีคุณค่าและคุ่มค่าที่จะแก้ไข ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้บุคคลสามารถเผชิญและจัดการแก้ไขปัญหาหรือความเครียดที่เกิดขึ้นได้

3.4.2 แนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลก

ความเข้มแข็งในการมองโลก พัฒนาขึ้นโดย Antonovsky (1987) นักสังคมวิทยาการแพทย์ชาวอิสราเอล ซึ่งทำงานศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับภาวะเครียดของบุคคลเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การเผชิญปัญหาและภาวะสุขภาพของบุคคล ทฤษฎีความผาสุกในชีวิตเป็นทฤษฎีที่มุ่งอธิบายถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำรงภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิตของบุคคลในขณะที่อยู่ในสถานการณ์ความเครียดมากกว่าอธิบายถึงปัจจัยหรือสาเหตุของโรค ความเข้มแข็งในการมองโลก จะช่วยสนับสนุนให้บุคคลสามารถเผชิญและจัดการแก้ไขปัญหาหรือความเครียดที่เกิดขึ้นได้ Antonovsky อธิบายว่าความเข้มแข็งในการมองโลกของบุคคลมีองค์ประกอบ 3 ด้านดังนี้

1) ด้านความสามารถทำความเข้าใจ เป็นการที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าเป็นปัญหาที่เกิดจากสิ่งเร้าเหล่านั้นเข้าใจได้ อธิบายได้ด้วยเหตุผล และสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ โดยใช้สติปัญญาในการทำความเข้าใจปัญหานั้นได้

2) ด้านความสามารถในการจัดการ เป็นการที่ทำให้บุคคลได้ใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ตอบสนองต่อความต้องการที่เกิดจากสิ่งเร้า แหล่งประโยชน์อาจอยู่ภายใต้ความควบคุมของบุคคลที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) ด้านความสามารถให้ความหมาย เป็นการที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้ว่าเป็นปัญหานั้นทำลาย และมีคุณค่าที่จะบริหารจัดการให้สำเร็จลุล่วงไป ผู้ที่มีความสามารถให้ความหมายจะสามารถระบุหรือค้นหาความหมายในสิ่งที่เกิดขึ้นและสามารถแสดงพฤติกรรมหรือกระทำกิจกรรมที่เอาชนะสิ่งที่เกิดขึ้นด้วยความมั่นใจ

ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นแนวคิดที่สำคัญในการศึกษาทฤษฎีความผาสุก (The Salutogenic Model of Health) ที่เป็นทฤษฎีที่มุ่งค้นหาคำตอบเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลดำรงภาวะสุขภาพที่ดี และมีความผาสุกในชีวิต โดยการที่บุคคลจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าและยังคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี และมีความผาสุกได้นั้น ต้องอาศัยแหล่งประโยชน์ต่างๆ ความเข้มแข็งในการมองโลก

ถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่เป็นคุณลักษณะที่อยู่ในตัวบุคคลมีการจัดการกับสิ่งเร้าหรือปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Antonovsky, 1982) ลักษณะของความเข้มแข็งในการมองโลก Antonovsky (1987) ได้จากการตั้งข้อสังเกต เชลยสงครามที่ถูกกักขังในค่าย และต้องประสบกับเหตุการณ์มากมายที่ก่อให้เกิดภาวะเครียด แต่เชลยบางคนยังมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ จึงได้ศึกษาโดยสัมภาษณ์เชลยสงครามทั้งหมด 51 คน ผลการวิเคราะห์ทำให้สัมภาษณ์พบว่า เชลยสงครามกลุ่มที่มีสุขภาพดีนั้นเป็นบุคคลที่มองโลกในลักษณะ ดังนี้

- 1) เหตุการณ์หรือสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกในชีวิตมนุษย์นั้น มีระบบระเบียบไม่ยุ่งเหยิง สามารถอธิบายเหตุและผล และสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้
- 2) มนุษย์เรามีแหล่งประโยชน์ที่จะตอบสนองต่อความต้องการที่เกิดจากเหตุการณ์หรือสิ่งเร้านั้น
- 3) เหตุการณ์หรือสิ่งเร้านั้นเป็นสิ่งทำลาย มีคุณค่า และคุ้มค่าที่จะใช้กำลังกายและสติปัญญาแก้ไขให้สำเร็จลุล่วงไปได้

Antonovsky (1987) เรียกคุณลักษณะที่พบจากการศึกษาว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกพัฒนาตั้งแต่แรกเกิด และจะเพิ่มมากขึ้นจนเข้าสู่วัยรุ่น ความเข้มแข็งในการมองโลกพัฒนาอย่างเต็มที่ในช่วง 30 ปีแรกของชีวิต และสามารถเปลี่ยนแปลงได้เมื่อมีเหตุการณ์ต่างๆ เกิดขึ้นในชีวิต Antonovsky กล่าวว่าความเข้มแข็งในการมองโลก มีที่มาประสบการณ์ชีวิต มีลักษณะ 3 ประการ ดังนี้

- 1) ประสบการณ์ชีวิตที่ได้จากเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน หรือเกิดขึ้นในลักษณะคงที่สม่ำเสมอ ทำให้บุคคลสามารถคาดการณ์หรือทำนายเหตุการณ์ และจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้
- 2) ประสบการณ์ชีวิตที่ได้จากการเกิดเหตุการณ์ หรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง โดยบุคคลสามารถรับรู้ และจัดการได้อย่างเหมาะสม พอดีกับความสามารถที่มีอยู่ของตน
- 3) ประสบการณ์ชีวิตที่ได้จากการรับรู้ว่าการเผชิญกับเหตุการณ์ หรือสถานการณ์บางอย่างในชีวิตนั้น บางครั้งความคงที่สม่ำเสมอ หรือการจัดความพอดีกับเหตุการณ์เหล่านั้น ตนสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือกำหนดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้เพียงบางส่วน ส่วนที่เหลือต้องอาศัยหรือขึ้นอยู่กับบุคคลและสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของตน

แหล่งประโยชน์ต่างๆ เหล่านี้เอื้อให้บุคคลได้มีส่วนร่วมในการกำหนดผลลัพธ์ของการแก้ปัญหา ได้มีประสบการณ์ของความสำเร็จในการเผชิญกับสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบในชีวิตได้มากขึ้น และประสบการณ์เช่นนี้จะส่งผลให้ความเข้มแข็งในการมองโลกมีการพัฒนาสูงขึ้นได้ด้วย

3.4.3 การประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก

1) แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก (The Sense of Coherence Questionnaire) สร้างขึ้นโดย Antonovsky (1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 29 ข้อแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถในการทำความเข้าใจ ด้านความสามารถในการบริหารจัดการ และด้านความสามารถในการให้ความหมาย จากรายงานวิจัย 26 เรื่อง ได้ค่าความเที่ยงระหว่าง 0.82-0.95 แสดงว่าแบบวัดมีความสอดคล้องภายในสูงในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย ทั้งต่างภาษาและต่างวัฒนธรรม หลังจากนั้น Antonovsky (1987) ได้สร้างแบบสอบถามที่ลดเวลาในการสัมภาษณ์ โดยลดข้อคำถามจาก 29 ข้อเหลือ 13 ข้อ ประกอบด้วย การประเมินความสามารถทำความเข้าใจ 5 ข้อ ความสามารถในการบริหารจัดการ 4 ข้อ และความสามารถในการให้ความหมาย 4 ข้อ แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกแบบ 13 ข้อ ของ Antonovsky (1993) จากรายงานวิจัย 16 เรื่อง พบว่ามีความตรงอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ค่าความเที่ยงระหว่าง 0.74-0.91 และจากการศึกษาได้มีการวัดความเข้มแข็งในการมองโลก ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยของ สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) ในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 150 คน ได้ค่าความตรงในเนื้อหา 0.92 และค่าความเที่ยง 0.86 (สุรัชย์ มณีเนตร, 2556)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก (The Sense of Coherence Questionnaire) สร้างขึ้นโดย Antonovsky (1987) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยของ สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) เนื่องจากแบบประเมินนี้มีความเป็นมาตรฐานและมีการนำไปใช้ที่หลากหลาย สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยเรื้อรังทุกประเภท และจากรายงานวิจัย 16 เรื่อง พบว่า มีความตรงของแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ค่าความเที่ยงระหว่าง 0.74-0.91 และจากการศึกษาในประเทศไทยโดยใช้แบบประเมินนี้กับผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 150 คน ได้ค่าความตรงในเนื้อหา 0.92 และค่าความเที่ยง 0.86 (สุรัชย์ มณีเนตร, 2556) อีกทั้ง The Sense of Coherence Questionnaire มีการนำมาวัดในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (Ekman et al., 2002; Fok et al., 2004) จึงมีความเหมาะสมกับการนำมาใช้ประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

3.4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตสามารถเกิดอาการทางด้านจิต-อารมณ์ ความโกรธ ความรู้สึกของการสูญเสีย ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (MacFarlane, 1988; Feinstein & Dolan, 1991; Strohmeyer et al., 1993 as cited in Fok et al., 2004) จากการศึกษาพบว่าบุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต เผชิญกับการรักษาที่ซับซ้อน โรคหรือภาวะคุกคามที่เกิดขึ้น สิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ทางการแพทย์ ผู้ที่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในระยะเจ็บป่วยวิกฤต จะไม่เคยเห็น

ภาพ หรือเหตุการณ์ในหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้เกิดคำถามในใจ ที่เข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง ไม่ว่าจะ เป็นโรคและภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่เป็นอยู่ การรักษาที่ได้รับ ความเจ็บปวดจากโรคหรือหัตถการ และ จะผ่านกับสิ่งต่างๆ ที่เป็นแรงกดดันในจิตใจ เช่น การทำหัตถการในหอผู้ป่วยวิกฤตซึ่งเข้าใจว่าเป็นสิ่งที่ กำลังช่วยชีวิตตน แต่ในทางกลับกันก็ก่อให้เกิดความเสี่ยงถึงเสียชีวิต (Torrance, 1984; Patrick & Erickson, 1993; Jones et al., 2001)

จากการศึกษาของ Antonovsky (1987) เกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลก ได้ ให้ความหมายเป็นการรับรู้โดยกระบวนการทางปัญญาว่าสิ่งเร้าต่างๆ ที่เข้ามากระทบตนเองนั้น สามารถเข้าใจและอธิบายด้วยเหตุผล มองสิ่งเร้านั้นเป็นสิ่งที่ท้าทายมีความคุ้มค่าที่จะใช้กำลังกายและ สติปัญญาในการแก้ปัญหาให้ลุล่วงไป ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตได้ ในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตมีความเข้มแข็งในการมองโลกที่ดี พร้อมได้รับการสนับสนุนจาก บุคลากรทางสุขภาพ เช่น การให้การพยาบาล การเยี่ยมในช่วงเวลานัด ได้แลกเปลี่ยนพูดคุย ให้ความรู้และความเข้าใจในสิ่งที่เกิด และเป็นส่วนที่สำคัญที่จะเติมเต็มในช่องว่างของความจำ (memory gap) ที่เกิดขึ้นและสามารถเพิ่มความเข้มแข็งในการมองโลกให้กับผู้รอดชีวิตจากภาวะ เจ็บป่วยวิกฤต พร้อมทั้งจะต่อสู้และปรับตัวกับสิ่งที่เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงนั้นในผู้รอดชีวิตจากภาวะ เจ็บป่วยวิกฤต (Fok et al., 2004; Engstrom et al., 2015) จากการศึกษา Fok et al. (2004) ใน ผู้รอดชีวิตหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตในระยะ 4 สัปดาห์ พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.28-0.69$) และจากการศึกษา Ekman et al. (2002) ในผู้รอดชีวิตระยะ 12 เดือน ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.5 การเผชิญปัญหา

แนวคิดการเผชิญปัญหามีความสำคัญต่อศาสตร์ด้านจิตวิทยามาตั้งแต่ประมาณปี ค.ศ. 1940 และปัจจุบันจะสนใจการสร้างโปรแกรมการศึกษาและการบำบัดทางจิต ซึ่งมีจุดมุ่งหมายที่การพัฒนา ทักษะ การเผชิญปัญหา แต่พบว่าความเข้าใจ งานวิจัยและทฤษฎียังมีน้อยมาก รวมทั้งยังมีความ สับสนว่าการเผชิญปัญหา เกี่ยวข้องกับกระบวนการปรับตัว (Lazarus & Folkman, 1984)

3.5.1 ความหมายของการเผชิญปัญหา

Lazarus and Folkman (1984) ให้ความหมายว่า การเผชิญปัญหาเป็นความ พยายามด้านความรู้ความเข้าใจ (cognitive) และพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาเพื่อ จัดการกับความเครียดหรือความต้องการหรือข้อเรียกร้องภายในและภายนอกที่มีมากกว่าแหล่ง ประโยชน์ที่อยู่

Miller, Brody, and Summerton (1988) ให้ความหมายว่า การเผชิญปัญหาเป็นการแก้ปัญหา หรือจัดการกับสถานการณ์ที่มีลักษณะคุกคามของบุคคล โดยจัดความรู้สึกไม่สุขสบาย เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความโศกเศร้า หรือความรู้สึกผิด เพื่อที่จะรักษาความมั่นคง ของการทำงานของร่างกาย

สมจิต หนูเจริญกุล (2534) ให้ความหมายว่า การเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความพยายามทั้งการกระทำและการนึกคิดที่จะจัดการกับปัญหา โดยใช้แหล่งประโยชน์ที่เกินกว่าธรรมดา กระบวนการนี้มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามความสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม และไม่มีการตัดสินว่าวิธีการใดมีประสิทธิภาพเพราะขึ้นอยู่กับบริบทนั้น

เพียรดี เปี่ยมมงคล (2553) ให้ความหมายว่า การเผชิญปัญหาเป็นวิธีการคิด การกระทำที่บุคคลใช้ในการปรับตัว ทั้งในระดับจิตสำนึก (conscious) และในระดับจิตไร้สำนึก (unconscious) เมื่อประสบกับปัญหาหรือความเครียด

สรุปได้ว่าการเผชิญปัญหา มีความหมายว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความพยายามทั้งวิธีการคิด การกระทำ ที่แสดงถึงการจัดการกับสถานการณ์ที่คุกคามหรือผลกระทบที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยที่กำลังประสบอยู่ หรือคาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อรักษาความมั่นคงของร่างกาย จิตใจ

3.5.2 แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา

3.5.2.1 ประเภทของการเผชิญปัญหา

การเผชิญปัญหาตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) แบ่งเป็น 2 ประเภทเปลี่ยนไปตามสถานการณ์และการประเมินของบุคคล ได้แก่

1) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused Forms of Coping) เป็นวิธีการที่บุคคลใช้ทั้งความคิดและการกระทำเพื่อจัดการกับปัญหาโดยมุ่งแก้ที่ตนเองหรือปรับสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลมักจะใช้การเผชิญปัญหาแบบนี้เมื่อมีการประเมินปัญหาว่าสามารถปรับหรือเปลี่ยนแปลงได้ โดยการมุ่งแก้ที่ตนเองซึ่งจะเป็นการเปลี่ยนแปลงวิธีการประเมินทางปัญญาเพื่อพัฒนาและเรียนรู้วิธีใหม่ ส่วนการปรับสิ่งแวดล้อมจะเป็นการแก้ไขที่แหล่งประโยชน์หรือวิธีการ โดยการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา แบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1.1) การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping) เป็นความคิดหรือการแสดงออกทางพฤติกรรมอย่างตรงไปตรงมา ด้วยการเผชิญหน้ากับสถานการณ์โดยไม่หลีกเลี่ยงเพื่อปรับแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งบุคคลต้องมีความมั่นคงทางจิตใจ เพื่อก่อให้เกิดความพึงพอใจและได้ในสิ่งที่ต้องการในที่สุด

1.2) การวางแผนแก้ปัญหา (Planful problem solving) เป็นการมุ่งจัดการกับปัญหาโดยพยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ต่างๆ ให้ดีขึ้น มีการวิเคราะห์ปัญหาและ

มีการกระทำอย่างมีขั้นตอน ซึ่งต้องใช้ความพยายามสูงหรือใช้ประสบการณ์เดิมช่วยในการแก้ปัญหาด้วย

2) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ (Emotion-focused Forms of Coping) เป็นกระบวนการทางความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลเลือกใช้ การลดหรือบรรเทาความไม่สบายใจ โดยการปรับอารมณ์ของตนเอง เมื่อประเมินแล้วว่าไม่สามารถแก้ไขสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหาได้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ชนิด ได้แก่

2.1) การประเมินค่าใหม่ทางบวก (Positive reappraisal) เป็นความคิดและพฤติกรรมในการที่จะพยายามให้ความหมายต่อสถานการณ์ใหม่ในทางที่ดีขึ้น เพื่อเอื้อประโยชน์ต่อตนเองในการลดความตึงเครียดของอารมณ์ ให้วิธีการเผชิญปัญหาในทางที่พัฒนาขึ้นซึ่งรวมถึงมุมมองและความเชื่อทางศาสนาด้วย

2.2) การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา (Accepting responsibility) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่ยอมรับสถานการณ์ที่แท้จริง แม้ว่าจะไม่ใช่สิ่งที่ตนเองต้องการที่สุดรวมทั้งมีการตระหนักว่าตนเองเป็นผู้สร้างปัญหา และบางครั้งปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

2.3) ความควบคุมตนเอง (Self-control) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่พยายามควบคุมความสม่ำเสมอของอารมณ์หรือเป็นการพึ่งพาตนเองเพื่อคิดแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเช่น พยายามเก็บความรู้สึกไว้กับตนเองโดยไม่ให้คนอื่นทราบว่าคุณสถานการณ์นั้นเลวร้ายเพียงใด เพื่อไม่ให้กระทบกระเทือนคนอื่น

2.4) การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม (Seeking social support) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลพยายามจะเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาและหนทางที่จะจัดการกับปัญหานั้น โดยการแสวงหาแหล่งเกื้อหนุนทางสังคมทั้งด้านข้อมูล วัตถุหรือด้านจิตใจ

2.5) การถอยห่างหรือการเมินเฉย (Distancing) เป็นความพยายามทางความคิดที่ให้ความสำคัญกับสถานการณ์นั้นน้อยลงโดยการถอยห่างจากสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ เช่น พยายามลืมสิ่งที่เกิดขึ้น

2.6) การเลี่ยงหนีปัญหา (Escape-avoidance) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลพยายามหลีกเลี่ยงปัญหาชั่วคราว เช่น การเพื่อฝัน การดื่มสุรา การนอนหลับมากกว่าปกติ เพื่อให้ตนเองพ้นจากความเครียดในระยะเวลาหนึ่ง

การเผชิญปัญหาตามแนวคิดของ Jalowiec et al. (1984) แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1) การเผชิญปัญหาแบบการเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping) เป็นการมุ่งที่จะควบคุมปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดปัญหาให้เป็นไปในทางที่ดี โดยการพยายามหา

วิธีการต่างๆ ในการควบคุมปัญหา โดยอาจจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่

2) การเผชิญปัญหาแบบการจัดการกับอารมณ์ (Emotion coping) เป็นการแก้ปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหานั้นไม่เปลี่ยนแปลง

3) การเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึก (Palliative coping) เป็นการแก้ปัญหาโดยการควบคุมเหตุการณ์และคิดหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ปัญหา โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหานั้นไม่เปลี่ยนแปลง

3.5.2.2 แหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหา (Lazarus & Folkman, 1984) ได้แก่

1) สุขภาพและพลังงาน (Health and energy) โดยผู้ที่มีความสุขภาพดีหรือมีสุขภาพดีและมีพลังงานมาก จะสามารถเผชิญปัญหาได้ดีกว่าบุคคลที่อ่อนแอ การเจ็บป่วย การอ่อนล้าหรืออื่นๆ ที่ทำให้บุคคลมีพลังงานน้อย

2) ความเชื่อด้านบวก (Positive beliefs) เป็นความหวังว่าจะสามารถควบคุมผลลัพธ์ของเหตุการณ์ได้ ซึ่งอาจเกิดจากอำนาจที่มีผลต่อผลลัพธ์ เช่น บุคคล หรือเป็นความเชื่อด้านบวกเกี่ยวกับความถูกต้องเหมาะสม ความสมัครใจ ความศรัทธา

3) ทักษะในการแก้ปัญหา (Problem-solving skills) เป็นความสามารถในการค้นหาข้อมูลข่าวสารหรือความรู้ การวิเคราะห์สถานการณ์ โดยมีจุดประสงค์ในการระบุปัญหา เพื่อที่จะทำให้เกิดทางเลือกของการกระทำ ทางเลือกที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวังหรือต้องการ และทางเลือกที่รวมทั้งการดำเนินการวางแผนการกระทำที่เหมาะสม

4) ทักษะทางสังคม (Social skills) เป็นความสามารถในการประพจน์ตัว และการสื่อสารกับบุคคลอื่น ด้วยวิธีที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้

5) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสารและ/หรือวัตถุสิ่งของ จากบุคคลอื่น

6) ทรัพยากรวัตถุ (Material resources) หมายถึง เงินหรือสิ่งของและบริการที่สามารถซื้อหาได้ด้วยเงิน

3.5.3 การประเมินการเผชิญปัญหา

มีผู้สร้างและพัฒนาประเมินการเผชิญปัญหาไว้ดังนี้

1) แบบสอบถามการเผชิญปัญหา Ways of Coping Questionnaire (WCQ) ของ Lazarus and Folkman ที่สร้างและพัฒนาระหว่างปี ค.ศ. 1976-1977 แบ่งการเผชิญปัญหาออกเป็น 2 แบบ ประกอบด้วย 8 วิธี คือ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา มี 2 วิธี คือ 1) การ

เผชิญหน้ากับปัญหา 2) การวางแผนแก้ไขปัญหา และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ มี 6 วิธี คือ 1) การประเมินค่าใหม่ทางบวก 2) การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา 3) การควบคุมตนเอง 4) การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม 5) การถอยห่าง และ 6) การเลี่ยงหนีปัญหา เป็นมาตราส่วน ประเมินค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยใช้เลย ให้ 0 คะแนน จนถึงเคยใช้ประจำให้ 3 คะแนน ประกอบด้วยข้อคำถาม 66 ข้อ แต่นำมาคิดคะแนนเพียง 50 ข้อ และปี ค.ศ. 1988 Lazarus and Folkman ปรับแบบสอบถามให้เหลือ เพียง 31 ข้อ เพื่อให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ โดยจะเลือกข้อคำถามจากแบบสอบถามฉบับเต็มด้วยการพิจารณาค่าน้ำหนักปัจจัยแล้วนำไปทดสอบความเที่ยงอยู่ในช่วง 0.47-0.74 (Lazarus & Folkman, 1988)

2) แบบวัดการเผชิญปัญหา Jalowiec coping scales สร้างขึ้นโดย Jalowiec et al. (1984) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเมื่อ ค.ศ.1979 โดยมีพื้นฐานแนวคิดการเผชิญปัญหาของ Lazarus and Folkman เพื่อวัดการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยในท้องฉุกเฉิน ซึ่ง Jalowiec et al. แบ่งการเผชิญปัญหาออกเป็น 2 วิธี คือ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาและแบบมุ่งปรับอารมณ์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ ต่อมา Jalowiec et al. (1984) พบว่าเครื่องมือมีความตรงเชิงโครงสร้างของการสนับสนุนด้านอารมณ์ ยังไม่เหมาะสม แต่มีความตรงตามเนื้อหาจึงทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมืออีกครั้ง และได้พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยใช้ กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และได้แบ่งการเผชิญปัญหาออกเป็น 3 วิธี โดยวิธีการเผชิญปัญหาที่เพิ่มขึ้นมา คือ พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบการบรรเทาปัญหา เป็นวิธีการเผชิญปัญหาโดยการเลือกรับรู้ปัญหา โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ไม่เปลี่ยนแปลง และเหลือข้อคำถาม 36 ข้อ คือ การเผชิญปัญหาแบบการเผชิญหน้ากับปัญหา 13 ข้อ การเผชิญปัญหาแบบการจัดการกับอารมณ์ 9 ข้อ และการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึก 14 ข้อ โดยเครื่องมือนี้ผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหา ด้วยวิธีระบับการพัฒนาเครื่องมือ นอกจากนี้ยังมีการหาความตรงเชิงโครงสร้างด้วยเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่า 80% อยู่ในปัจจัยที่ 1 และ 56% อยู่ในปัจจัยที่ 2 มี ข้อที่ซ้ำซ้อนอยู่ทั้ง 2 ปัจจัย 1 ข้อ และไม่ได้อยู่ใน 2 ปัจจัยนี้ 5 ข้อ แสดงให้เห็นว่าการเผชิญปัญหามีองค์ประกอบรายด้านมากกว่า 2 ด้าน ซึ่งสอดคล้องกับ Lazarus and Folkman ที่ทำการวิเคราะห์ปัจจัยกับแบบสอบถามวิธีการเผชิญปัญหาพบว่า 78% อยู่ในปัจจัยที่ 1 และ 68% อยู่ในปัจจัยที่ 2 ทำให้ Jalowiec et al. พัฒนาเครื่องมือจนมีการแบ่งการเผชิญปัญหาออกเป็น 3 วิธีดังกล่าวข้างต้น ผ่านการทดสอบความเที่ยงด้วยการทดสอบความคงที่ โดย Jalowiec et al. (1984) ด้วยวิธีการวัดซ้ำ (test-retest) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนทั่วไป จำนวน 28 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนโดยรวม 0.79 และวัดด้วยแบบประเมินการเผชิญปัญหา ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยของ ปราณี มิ่งขวัญ (2542) ในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15 คน ได้ค่าความเที่ยงจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86

3) แบบสอบถามกลยุทธ์การเผชิญปัญหา Coping Strategies Questionnaire (CSQ) สร้างขึ้นโดย Rosenstiel and Keefe (1983) เป็นแบบวัดกลไกการเผชิญความเจ็บปวดของผู้ป่วยปวดหลัง แบ่งเป็นกลยุทธ์การเผชิญปัญหาทางปัญญาและกลยุทธ์การเผชิญปัญหาด้านพฤติกรรม เมื่อผู้ป่วยความเจ็บปวด เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ จาก 0 คะแนน หมายถึงไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นไปจนถึง 6 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบ่อยที่สุด Rosenstiel and Keefe ได้ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่ามีค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม (Items intercorrelation) 0.71

4) แบบสอบถามประสิทธิภาพการเผชิญปัญหา The McNett Coping Effectiveness Questionnaire (MCEQ) สร้างขึ้นโดย McNett (1987) ประกอบด้วยคุณลักษณะของประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา เช่น รู้สึกมีความสุข นอนหลับสนิทในเวลากลางคืนให้ประเมินระดับของความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้น ผ่านการทดสอบความเที่ยงด้วยการทำการศึกษานำร่อง (Pilot study) ในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ นักศึกษาปริญญาตรี จำนวน 52 คน และผู้ทุพพลภาพที่ใช้เก้าอี้มีล้อ จำนวน 50 คน ได้ค่าความเที่ยง 0.89 และ 0.82 ตามลำดับ ซึ่งหลังจากการศึกษานำร่องนี้ McNett ได้พิจารณาตัดข้อคำถามออก 5 ข้อ และนำมาใช้กับผู้ทุพพลภาพที่ใช้เก้าอี้มีล้ออื่นอีก ได้ค่าความเที่ยง 0.90 ทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างการทดสอบความตรงรวมเข้ากับคำถามที่ใช้ประเมินระดับประสิทธิภาพการเผชิญปัญหา ได้ค่าความเที่ยง 0.68

ในการวิจัยนี้ใช้แบบประเมินการเผชิญปัญหา (Jalowiec Coping Scale) สร้างขึ้นโดย Jalowiec et al. (1984) ฉบับที่แปลภาษาไทยของ ปราณี มิ่งขวัญ (2542) เนื่องจากแบบประเมินนี้มีความสอดคล้องกับความหมายของการเผชิญปัญหาของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต และมีการใช้ในการประเมินการเผชิญปัญหาได้ในผู้ป่วยที่หลากหลายเป็นมาตรฐาน และจากการศึกษาของ Jalowiec et al. (1984) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนทั่วไป จำนวน 28 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนของแบบประเมินการเผชิญปัญหาโดยรวม 0.79 และจากการศึกษาในประเทศไทยโดยใช้แบบประเมินนี้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15 คน และได้ค่าความเที่ยง 0.86 (ปราณี มิ่งขวัญ, 2542) จึงมีความเหมาะสมกับการนำมาใช้ประเมินการเผชิญปัญหาในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

3.5.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตจะพบปัญหานานับประการ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง การอ่อนล้า ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า โรคเครียดจากภาวะวิกฤต ภาวะสับสน ความบกพร่องทางปัญญา (Rattray, 2013) โดยเฉพาะปัญหาทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นทำให้ผู้รอดชีวิตฟื้นสภาพทางด้านร่างกายได้ช้าลง (Easton & MacKenzie, 1988) จากปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่มีทักษะของการเผชิญปัญหาที่ดี ร่วมกับพยาบาลให้การส่งเสริมการเผชิญปัญหา

โดยการให้ข้อมูลความรู้ จะทำให้ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตสามารถที่จะจัดการกับปัญหาที่ประสบอยู่ หรือที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อพยายามควบคุมความทุกข์ทรมานทางอารมณ์หรือความรู้สึกไม่สบายใจต่างๆ ที่มีสาเหตุมาจากภาวะเจ็บป่วยของตนเอง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Caplan, 1964; Bergen, 2005; Jackson & Emery, 2011) ส่วนผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตไม่สามารถเผชิญปัญหาและก่อให้เกิดปัญหาจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง ถ้าผู้รอดชีวิตนั้นสามารถประเมินค่าใหม่ทางบวก เข้าใจและพร้อมเผชิญ แก่ไขกับปัญหา ควบคุมตนเอง แสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม การถอยห่างหรือเลี่ยงปัญหาเพื่อทำให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น พบว่าการเผชิญปัญหา เป็นกระบวนการที่บุคคลพยายามใช้ทั้งความคิดและการกระทำเพื่อจัดการกับความปัญหาที่เกิดขึ้น และความพยายามนี้จะใช้แหล่งประโยชน์ทั้งภายในและภายนอกอย่างเต็มที่ (Lazarus & Folkman, 1984) จากการศึกษาพบว่า ทีมบุคลากรทางสุขภาพที่สามารถเสริมและสร้างการเผชิญปัญหาให้กับผู้รอดชีวิตกลุ่มนี้ เช่น การให้คำปรึกษา การให้เข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น ทำกลุ่มบำบัดเพื่อการแก้ปัญหา การใช้กลวิธีการผ่อนคลายความเครียด และให้ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตได้เข้าใจและควบคุมกับปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นคือ ภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ให้เกิดความพึงพอใจและความผาสุกในชีวิต (Sneed, Finch, & Michel, 1997) โดยการเผชิญปัญหา เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิต (Cohen, 1982) จากการศึกษา Fok et al. (2004) ในผู้รอดชีวิตหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตในระยะ 4 เดือน พบว่า ความสามารถการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อคุณภาพชีวิต ($r=0.58$) และจากการศึกษา Orwelius et al. (2010) ในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต พบว่า การเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.6 การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวคิดที่มีโครงสร้างหลายมิติ และเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งถูกค้นพบเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ.1970 และมีผู้สนใจนำแนวคิดนี้มาศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (health) ความเครียด (stress) และภัยอันตรายต่างๆ ที่มีต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต (House & Kahn, 1985; Weinert, 1987)

3.6.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูล ที่สื่อให้เชื่อว่า สิ่งๆ เหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับตนเอง ได้รับการดูแลเอาใจใส่และความรัก ทำให้เห็นคุณค่าในตนเองและทำให้เชื่อว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งนั้นๆ

Caplan and Killilea (1976) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ ที่บุคคลได้รับโดยตรง จากบุคคลหรือกลุ่มคน อาจเป็นทางด้านข่าวสาร เงิน กำลังงานหรือ

ทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ ที่จะช่วยส่งเสริมให้มีการเผชิญความเครียดนั้นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้บุคคลเผชิญภาวะวิกฤตได้ง่ายขึ้น ทำให้ภาวะวิกฤตลดความรุนแรงลงไป ซึ่งมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมกับความรู้สึกผาสุก

House (1981) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ ระหว่างบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพร่วมกัน เช่น คู่สมรส เพื่อน บุคคลในสังคมที่เกี่ยวข้อง อาจอธิบายในรูปแบบของโครงสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล สังคมที่ประกอบด้วย ความรักใคร่ ความห่วงใย ความไว้วางใจ การให้การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของหรือข้อมูลข่าวสาร

Schaefer, Coyne, and Lazarus (1981) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม

Pilisuk (1982) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ ความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมถึงการที่บุคคลรู้สึกกว่าตนเองได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

Hubbard, Muhlenkamp, and Brown (1984) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวคิดที่มีโครงสร้างหลายมิติซึ่งประกอบด้วย การติดต่อสื่อสารในแง่ดี ให้ความรู้สึกผูกพัน รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน

Abbey, Abramis, and Caplan (1985) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอาจเป็นทางด้านข่าวสาร การเงิน ด้านแรงงาน หรือด้านอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ

Brandt and Weinert (1985) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความช่วยเหลือที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายทางสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนม เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา เห็นคุณค่าในตนเอง และได้รับความช่วยเหลือและแนะนำ

Thoits (1986) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับความช่วยเหลือทางด้านสังคม อารมณ์ สิ่งของ และข้อมูล ที่เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์กันของบุคคลในสังคม โดยการช่วยเหลือนั้นจะทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียด และมีการตอบสนองต่อความเครียดได้รวดเร็วขึ้น

Orem (1991) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ เช่น การอยู่เป็นเพื่อน การพูดให้กำลังใจ การบอก การสัมผัส การจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

สรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความหมายว่าการที่บุคคลรับรู้การได้รับการดูแลเอาใจใส่ ประคับประคอง และความช่วยเหลือในด้านจิตใจ การให้ข้อมูล คำแนะนำ คำปรึกษา และ

ในด้านการเงิน ด้วยความเต็มใจจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนม เป็นส่วนของสังคม ได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา เห็นคุณค่าในตนเอง และได้รับความช่วยเหลือและแนะนำ

3.6.2 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1) ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อว่าตนได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งจะได้รับบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและมีความผูกพันลึกซึ้ง

2) ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่จะทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าตนเองมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับของคนในสังคมและคนในสังคมเห็นคุณค่านั้นด้วย

3) ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network support) เป็นข้อมูลที่จะทำให้บุคคลนั้นรับรู้ว่าเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม มีความผูกพัน ช่วยเหลือกันและกัน

Kahn (1979) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ด้าน ได้แก่

1) ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด (Affection) เป็นการแสดงอารมณ์ด้านบวกของบุคคล ซึ่งจะแสดงออกในรูปของความรัก ความผูกพัน การเคารพและการยอมรับ

2) ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์และด้านวัตถุ (Assistance) เป็นการได้รับความช่วยเหลือในด้านคำแนะนำ ชี้แนะ ให้กำลังใจในการแก้ไขปัญหาการเงิน สิ่งของหรือแรงงานจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคม ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้หรือผิดหวัง

3) การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน (Nurturance) เป็นการที่บุคคลได้มีโอกาสให้ความช่วยเหลือหรือบุคคลอื่นให้มีความสุข ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า มีความหมายเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และเป็นที่พึ่งพาของบุคคลอื่นได้ ขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าชีวิตไร้ค่า

4) การรับรู้ว่าคุณค่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) เป็นการมีโอกาสผูกมิตรกับผู้อื่น ทำให้มีการแลกเปลี่ยนด้านข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์และความคิดเห็นและได้รับการยอมรับว่าคุณค่าต่อกลุ่ม

5) การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Worth) เป็นการที่บุคคลได้รับการเคารพยกย่องและชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาทในสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและสังคม

Schaefer et al. (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion support) เป็นการให้ความรักและการดูแลเอาใจใส่ การสนับสนุน การยกย่อง การให้ความรัก ความจริงใจ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ความผูกพัน ใกล้ชิด การได้รับการยืนยันว่าคุณมีความสำคัญและได้รับความรักหรือการดูแลเอาใจใส่ การให้ความมั่นใจ ความรู้สึกที่สามารถพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น

2) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคุณเรื่องเงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม การได้รับการช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ และการบริการ

3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ และทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติของตนเอง

Brand and Weinert (1985) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ด้าน ได้แก่

1) ความใกล้ชิดสนิทสนม ทำให้บุคคลเกิดความอบอุ่นใจ ทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย ไม่เกิดความรู้สึกเหงา และโดดเดี่ยว

2) การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้บุคคลได้ติดต่อกับบุคคลอื่นๆ ในสังคม ทำให้บุคคลได้รับการยอมรับจากผู้อื่น

3) การได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา ทำให้บุคคลได้รับการพัฒนาทั้งด้านความคิด การตัดสินใจ

4) ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ทำให้บุคคลเกิดความภาคภูมิใจในตนเองจากการที่สังคมให้การยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า เมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

5) การได้รับความช่วยเหลือและแนะนำ ซึ่งทำให้สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ของตนเองได้ การสนับสนุนด้านอารมณ์ แลกเปลี่ยนความคิด ข้อมูลข่าวสาร

House and Kahn (1985) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้านคือ

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามิบุคคลที่ให้ความรัก ห่วงใย เอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ มั่นใจว่ามีผู้ที่สามารถพึ่งพาหรือไว้วางใจได้ และเห็นคุณค่า ตลอดจนให้การยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลได้รับข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ ซึ่งสามารถนำไปใช้แก้ปัญหา และปฏิบัติ ซึ่งช่วยให้เกิดการปรับตัว

3) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน (Instrumental support) เป็นการสนับสนุนด้านวัสดุ สิ่งของที่จำเป็นต่างๆ ตลอดจน เงิน เวลา การช่วยเหลือแบ่งเบาภาระ และการปรับสภาพแวดล้อม ซึ่งเป็นการช่วยเหลือโดยตรงที่จำเป็นที่เกิดขึ้นกับบุคคลนั้น

4) การสนับสนุนโดยการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal support) เป็นการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลมีการประเมินตนเอง หรือเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในสังคม เพื่อให้เข้าใจว่าผู้ที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกันที่จะสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้แก่กันและกัน และทราบว่าพฤติกรรมของตนนั้นอยู่เหนือหรือต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานทางสังคม ซึ่งการสนับสนุนในด้านนี้ช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นใจและรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของบุคคล

3.6.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

1) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม Personal Resource Questionnaire (PRQ 85: Part 2) สร้างขึ้นโดย Brandt and Weinert (1981) โดยเครื่องมือ PRQ 85: Part 2 Brandt and Weinert โดยพัฒนาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974) ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นแบบวัดเครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับจำนวนกลุ่มบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในสถานการณ์ต่างๆ ที่พบในการดำรงชีวิต จำนวน 10 สถานการณ์ ส่วนที่ 2 เป็นแบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ ด้านความรักใคร่ผูกพัน ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 7 ระดับ โดยข้อความด้านบวกจากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน ไปจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 7 คะแนน ส่วนข้อความด้านลบต้องกลับค่าคะแนน โดยคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วง 25-175 คะแนน คะแนนรวมสูงแสดงถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

2) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ENRICH Social Support Instrument (ESSI) สร้างขึ้นโดย Mitchell et al. (2003) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยของ จันทนา หล่อจตระกูล (2549) มีข้อคำถาม 7 ข้อ มี 4 ด้าน ดังนี้ ด้านอารมณ์ (emotional) ด้านทรัพยากร (instrumental) ด้านข้อมูลข่าวสาร (informational) และด้านการประเมินคุณค่า (appraisal) และได้หาความเที่ยงในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 186 คน ได้ค่าความเที่ยง 0.86 และจากการแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ได้แปลเป็นภาษาไทยโดย จันทนา หล่อจตระกูล (2549) ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 526 คน ได้ค่าความเที่ยงจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.875

3) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB) สร้างขึ้นโดย Barrera, Sandler, and Ramsay (1981) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความถี่ของการได้รับการสนับสนุนจากผู้ที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ เช่น บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง และครอบครัวใกล้ชิด ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า

5 ระดับ ในการประเมินความถี่ในเหตุการณ์ระหว่างหนึ่งเดือนที่ผ่านมา จาก 1 คะแนน หมายถึงไม่ได้รับ ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึง ได้รับทุกวัน ทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าความคงที่ภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟา 0.93 และ 0.94 และการวัดซ้ำได้ค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟา 0.88 และคะแนนของ ISSB มีความสัมพันธ์กับขนาดของเครือข่ายและการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว

4) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม The Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) สร้างขึ้นโดย Norbeck, Lindsey, and Carrieri (1981) โดยพัฒนาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Kahn (1979) ประกอบด้วยแบบประเมินขนาดของเครือข่ายทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ด้านคือ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และด้านอารมณ์ ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 คะแนน หมายถึงไม่ทั้งหมด ถึง 5 คะแนน หมายถึง ที่สุด ผ่านการตรวจสอบหาค่าความเที่ยง โดยการหาค่าความสอดคล้องภายในแบบการทดสอบซ้ำ ซึ่งได้ค่าความเที่ยงอยู่ในช่วง 0.85-0.92

5) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม Social Support Questionnaire สร้างขึ้นโดย Schaefer et al. (1981) มี 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย 9 สถานการณ์ที่ใช้ในการสนับสนุนสิ่งมีชีวิตตนหรือจับต้องได้ หรือการสนับสนุนด้านวัตถุ ส่วนที่ 2 จำนวนเครือข่ายที่เฉพาะ เช่น คู่สมรส เพื่อน ความสัมพันธ์ในโรงเรียนหรือที่ทำงาน โดยมี 1 ข้อคำถามที่ถามเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และอีก 4 ข้อคำถาม เกี่ยวกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ผ่านการหาค่าความเที่ยง โดยการวัดซ้ำห่างกันระยะมากกว่า 9 เดือน ได้ค่าความเที่ยงของการสนับสนุนด้านวัตถุ 0.56 การสนับสนุนด้านอารมณ์ 0.68 หาค่าความคงที่ภายในของการสนับสนุนด้านอารมณ์และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารได้ ค่าความเที่ยง 0.81 และการสนับสนุนด้านวัตถุ 0.31

6) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ Toljamo and Hentinen (2001) โดยพัฒนาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ โดยแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้จากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ ครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ 4 ข้อ ด้านการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร 3 ข้อ ด้านการสนับสนุนการประเมินคุณค่า 4 ข้อ และด้านการสนับสนุนทรัพยากร 1 ข้อ ซึ่งองค์ประกอบย่อยทั้ง 4 ด้าน สามารถอธิบายความแปรปรวนของการสนับสนุนทางสังคมได้ ร้อยละ 69 (Toljamo & Hentinen, 2001) และมีค่าความเที่ยง 0.75

7) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของกฤติกาพร ไยโนนตาด (2542) โดยพัฒนาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อโดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม

ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน ครอบคลุมทั้งทาง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ นำไปใช้ในสตรีโรคเบาหวานวัยหมดระดู จำนวน กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 210 คน ได้ค่าความเที่ยง 0.88

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ประเมินโดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (ENRICHD Social Support Instrument) สร้างขึ้นโดย Mitchell et al. (2003) ฉบับที่แปลเป็น ภาษาไทยของ จันทนา หล่อจตุระกุล (2549) เนื่องจากแบบประเมินนี้มีความสอดคล้องกับ ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต และมีความเหมาะสม ของจำนวนข้อแก่การประเมินของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต และจากการศึกษาของ Mitchell et al. (2003) ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 186 คน ได้ค่าความเที่ยงของแบบ ประเมินการสนับสนุนทางสังคม 0.86 และจากการศึกษาในประเทศไทยโดยใช้แบบประเมินนี้กับใน ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 526 คน ได้ค่าความเที่ยง 0.875 (จันทนา หล่อจตุระกุล, 2549) จึง มีความเหมาะสมกับการนำมาใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

3.6.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตนั้นจะต้องใช้เวลาในการฟื้นตัวจากภาวะเจ็บป่วย วิกฤตและการดูแลที่ได้รับจากหอผู้ป่วยวิกฤต ที่จะต้องใช้เวลานาน จากปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็น ทางด้านร่างกาย และจิตใจที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง (Ratray, 2013) ซึ่ง การสนับสนุนสังคมจะส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (Deja et al., 2006) โดยการสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ที่เกิดขึ้น จากการได้รับความรักใคร่ผูกพัน ความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับความช่วยเหลือผู้อื่น ด้วยความเต็มใจ (Brandt & Weinert, 1985) การสนับสนุนทางสังคมนั้น ไม่ว่าจะเป็นการให้ข้อมูลจากบุคลากรทาง สุขภาพ ที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูล ข่าวสาร ที่จะนำไปสู่กระบวนการคิดและการตัดสินใจในการใช้ วิธีการจัดการกับภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจากบุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อนที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลง จากการศึกษา Tilburgs et al. (2015) ในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญส่งผล ต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษา Orwelius et al. (2011) ในผู้รอดชีวิตหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตในระยะ 6 เดือน พบว่า การบูรณาการทางสังคม (ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Kahn (1979) พบการบูรณาการทางสังคมเป็น 1 ใน 5 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม) มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและ จิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษา Kleinpell and Ferrans (2002) ในผู้รอดชีวิตหลัง จำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตในช่วง 4-6 เดือน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยร่วมทำนายกับ

การรับรู้ความเจ็บป่วย ระยะเวลาที่รักษาตัว การเข้ารับการรักษาซ้ำในหอผู้ป่วยวิกฤต ต่อคุณภาพชีวิต ในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .51$)

4. บทบาทพยาบาลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

4.1 บทบาทการเป็นผู้จัดการการดูแลสุขภาพ (Care Manager) พยาบาลต้องแสดงบทบาทเป็นผู้จัดการระบบบริการ โดยการประเมินปัญหาและความต้องการ วางแผน กำหนดทิศทาง การติดตามควบคุมกำกับและการเป็นตัวแทนของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการจัดการบริการดูแลสุขภาพ ครอบครัว บุคคล ครอบครัว ให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน

4.2 บทบาทการเป็นผู้นำ (Leader) พยาบาลต้องมีลักษณะของผู้นำ คือ กล้าแสดงความคิดเห็น มีวิสัยทัศน์ เป็นผู้ที่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการทำงาน ประสานงานกับชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องได้เป็นผู้ริเริ่มโน้มน้าวนำกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน ให้มีการตัดสินใจกำหนดเป้าหมายสุขภาพของตนเอง การเป็นแบบอย่างที่ดีของการมีสุขภาพดีและร่วมกันกำหนด แนวทางปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การดูแลสุขภาพเพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมกำหนดแผนและนโยบายด้านการพัฒนาสุขภาพ

4.3 บทบาทของการดูแลเอาใจใส่ (Care Provider) พยาบาลต้องแสดงให้เห็นถึงความห่วงใยในสุขภาพของผู้ป่วยและญาติและยอมรับในความเป็นบุคคล เอาใจใส่และให้การดูแลเสมือนเครือญาติ

4.4 บทบาทการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) พยาบาลโน้มน้าวให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้นในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน เช่น ลดพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย ส่งเสริมการออกกำลังกาย พยาบาลเป็นผู้กระตุ้นให้ชุมชนมีชมรมออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกาย ซึ่งจะเป็นผลดีต่อชุมชนในอนาคต

4.5 บทบาทการเป็นที่ปรึกษา (Counselor) เป็นผู้ให้คำปรึกษาที่เน้นการช่วยเหลือให้บุคคลพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ต้องการ Psychosocial Support โดยทำ Counseling หรือติดตามประเมินผลการปรับตัวของผู้ป่วยที่มีปัญหา และการติดตามทางโทรศัพท์ ในกรณีที่อยู่อาศัยที่และต้องติดตามระยะยาว

4.6 บทบาทการเป็นผู้สอนหรือให้ความรู้ด้านสุขภาพ (Educator) ให้สุขศึกษารูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายโดยให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถตัดสินใจและช่วยเหลือตัวเองภายใต้สิ่งแวดล้อมที่มี

4.7 บทบาทของการเป็นผู้ติดต่อสื่อสารและผู้ช่วยเหลือ (Communicator/Helper) ต้องมีทักษะในการสื่อสารกับคนในครอบครัวได้ทุกระดับ สามารถพูดให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจได้เพราะการติดต่อสื่อสารช่วยสร้างความไว้วางใจ และรับบทบาทของการช่วยเหลือมีส่วนร่วมช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีและสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพบุคคล ครอบครัว

4.8 บทบาทการเป็นผู้รักษาประโยชน์และสิทธิผู้ใช้บริการ (Client Advocate) ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับสิทธิของตนเองในด้านสุขภาพ เช่น สิทธิพื้นฐานในการรับบริการ การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพของตนเอง การรักษาของแพทย์ เป็นต้น ดังนั้น การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจึงนับว่าเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถที่จะช่วยรับรองและคุ้มครองผู้รับบริการหรือเป็นการรักษาผลประโยชน์ รวมถึงช่วยให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงควมมีคุณค่าแห่งตนได้ซึ่งบริการในด้านนี้เป็นส่วนหนึ่งของจริยธรรมของพยาบาล

4.9 บทบาทเป็นนักวิจัย (Researcher) สามารถค้นคว้าหาความรู้อย่างเป็นระบบมีการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยหรือนำผลวิจัยที่เกี่ยวข้องมาปรับใช้ในการดูแลสุขภาพของบุคคลที่บ้าน ครอบครัว และชุมชน

จากบทบาท 9 บทบาทข้างต้นพยาบาลจะต้องนำบทบาทที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมมาดำเนินการหาแหล่งทรัพยากร เพื่อให้การสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการพยาบาลตามแผนการจำหน่ายเพื่อการฟื้นฟูและการฟื้นฟูสภาพเป็นไปตามแผนการพยาบาลบรรลุเป้าหมายการพยาบาลที่ตั้งไว้

ดังนั้น พยาบาลที่จะมีบทบาทในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้รอดชีวิตจากภาวะวิกฤตจึงจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถใช้ทักษะทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง มีความละเอียดอ่อน ช่างสังเกต ตัดสินใจได้รวดเร็วเกี่ยวกับการส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาได้ทันเวลา แก้ปัญหาในเชิงสร้างสรรค์และรับผิดชอบอย่างสูงจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

- 1) ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัว นำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
- 2) วางแผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับทีมสุขภาพ ติดตามความก้าวหน้าของการพยาบาลผู้ป่วย
- 3) ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย โดยการตรวจร่างกาย วินิจฉัยแยกโรคและให้การดูแลเบื้องต้น
- 4) ให้ความรู้สอน สาธิต การให้คำปรึกษา ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ ปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับครอบครัวและผู้ดูแลในเรื่องที่จำเป็น เช่น การให้อาหารทางสายยาง การป้องกันและดูแลแผลกดทับ การดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การดูดเสมหะ การทำแผล การล้างไตผ่านทางช่องท้อง เป็นต้น
- 5) เป็นผู้ประสานงานในการหาแหล่งประโยชน์ ที่จะช่วยจัดการกับปัญหาต่างๆ ให้ผู้ป่วยและครอบครัว
- 6) ประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านโดยพิจารณาผลที่เกิดกับผู้ป่วยและครอบครัว ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว คุณภาพบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ
- 7) บันทึกกิจกรรม สรุปปัญหาที่พบและแนวทางการช่วยเหลือ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้รอดชีวิต

งานวิจัยในประเทศไทย

วรารักษ์ แก้ววิสัย (2547) ศึกษาการบำบัดแบบเสริมของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 136 คน พบว่า ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีการใช้การบำบัดแบบเสริมร้อยละ 84.55 เหตุผลของการใช้การบำบัดแบบเสริมเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของมะเร็งและส่งเสริมสุขภาพ แหล่งข้อมูลได้จากญาติหรือบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้านหรือเพื่อน และการแสวงหาข้อมูลด้วยตนเอง โดยระยะเวลาที่ใช้บำบัดแบบเสริมทั้งในช่วงที่ได้รับวินิจฉัยโรคนั้นถึงก่อนการผ่าตัด หรือในช่วงที่ได้รับการผ่าตัด และช่วงที่ได้รับเคมีบำบัด และการใช้บำบัดแบบเสริมทำให้ผู้รอดชีวิตรับรู้ผลของการใช้การบำบัดว่าเกิดผลดีมากที่สุด อีกร้อยละ 43.78

วัชรารักษ์ เปาโรหิตย์ (2549) ศึกษาเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีทฤษฎีฐานรากเพื่อสร้างแบบจำลองอธิบายกระบวนการเผชิญปัญหาการกลืนเป็นมะเร็งกลับซ้ำของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 22 คน พบว่า กระบวนการเผชิญปัญหาการกลืนเป็นมะเร็งกลับซ้ำ ส่งผลการเกิดความรับผิดชอบต่อตนเอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่ขั้นการสร้างความแข็งแรงให้ร่างกาย ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การทำตามแผนการรักษาของแพทย์ การใช้การรักษาทางเลือก การจัดการกับตนเองเพื่อเฝ้าระวังการเกิดมะเร็งกลับซ้ำ และการพัฒนาจิตใจให้เข้มแข็ง ประกอบด้วย การค้นหาความมั่นคงทางจิตใจ การควบคุมความคิด การจัดการกับปัญหาและการสร้างพลังอำนาจให้กับตนเอง สามารถนำไปสู่ขั้นการเปลี่ยนแปลงความกลัวมะเร็งกลับซ้ำลดลง

สาตี เฉลิมวรรณพงศ์ (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านที่มีต่อความสามารถในการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 67 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คนและกลุ่มควบคุม 34 คน พบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$, $p < .05$ ตามลำดับ)

ณสรวง นเรนทรเสณี (2553) ศึกษาประสบการณ์ทางจิตใจของผู้รอดชีวิตที่สูญเสียความสมบูรณ์ทางกายจากเหตุการณ์เพลิงไหม้ซานติก้าผับ จำนวน 8 คน พบว่า 1) ความทุกข์จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย ความทุกข์จากการได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย ความทุกข์จากความสูญเสีย ความทุกข์จากความกลัวอันฝังใจ ความทุกข์จากความรู้สึกผิด และความทุกข์จากสังคมรอบข้าง 2) การเพิ่มพูนกำลังใจของผู้รอดชีวิต ประกอบด้วย กำลังใจจากบุคคลใกล้ชิด การยอมรับความเป็นจริง และการอยู่กับชีวิตอย่างเป็นบวก 3) ความหมายของการมีชีวิตอยู่รอด ประกอบด้วย มุมมองชีวิตที่เปลี่ยนแปลง การใช้ชีวิตอย่างมีสติ และการเห็นคุณค่าของบุคคลใกล้ชิด

กัญญาณาด สุวรรณชาติ (2554) ศึกษาเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญของผู้รอดชีวิตจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 10 คน พบว่า ประสบการณ์การ

เติบโตภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ 3 ประเด็น คือ 1) การเติบโตที่ปรากฏภายหลังประสบ เหตุการณ์สะเทือนขวัญ ได้แก่ การยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ทุกข์ใจ การไม่ประมาทในการ ดำเนินชีวิต การตระหนักถึงความรักความผูกพันในครอบครัว และการมองเห็นคุณค่าของการมีชีวิต อยู่ 2) การประสบการณสะเทือนขวัญ ได้แก่ ลักษณะเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และการสูญเสียด้าน ร่างกายและจิตใจ 3) การมีแหล่งก่อกวนการเติบโต ได้แก่ การมีวิถีคิดเพื่อสร้างความเข้มแข็งทั้งกาย และจิตใจ การมีครอบครัวและบุคคลรอบข้าง การนำหลักศาสนาใช้ในการดำเนินชีวิต และการมี บทบาทที่ต้องรับผิดชอบ

มนทกานต์ เฟ็งสกุล (2555) ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิต จากการบาดเจ็บในสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดยะลา ปัตตานี นราธิวาส จำนวน 132 คน พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยส่วนบุคคล (ความพิการ อาชีพ) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (แรงสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึก ปลอดภัยจากสถานการณ์ความไม่สงบ) สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากการ บาดเจ็บในสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ได้ร้อยละ 47% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จารุวรรณ ป้อมกลาง (2556) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม จำนวน 259 คน พบว่า ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในอดีต การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทาง สังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 75 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

งานวิจัยต่างประเทศ

Ridley et al. (1997) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ได้รับการ ดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 166 คน โดยประเมินคุณภาพชีวิตระยะเวลา 6 เดือนหลังการ จำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตเมื่อเทียบกับกลุ่มบุคคลทั่วไปมีความ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้านของคุณภาพชีวิต ($p < .001$) โดยมีความแตกต่างมากในด้าน ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Physical Functioning) (-40.2 ; $t = 10.45$, $d.f. = 1850$, $p < .001$)

Wehler et al. (2001) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ได้รับการ ดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม จำนวน 173 คน โดยประเมินคุณภาพชีวิตระยะเวลา 3, 6 และ 12 เดือนหลังการจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตด้วย SF-36 และ EQ-5D พบว่า ผู้เสียชีวิตในระยะ ที่ศึกษาเมื่อเทียบกับผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตที่ความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .0005$)

Frick et al. (2002) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 85 คน โดยประเมินคุณภาพชีวิตระยะเวลา 6 เดือนหลังการจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ผู้รอดชีวิต 62 คน (73%) มีคุณภาพชีวิตในระดับที่ดี ผู้รอดชีวิต 19 คน (22%) มีคุณภาพชีวิตในระดับที่ปานกลาง และผู้รอดชีวิต 4 คน (5%) มีคุณภาพชีวิตระดับที่แย่ พบว่าการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่สมบูรณ์ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

Kleinpell and Ferrans (2002) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 164 คน โดยประเมินคุณภาพชีวิตระยะเวลา 4-6 เดือนหลังการจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยร่วมทำนายกับ การรับรู้ความเจ็บป่วย ระยะเวลาที่รักษาตัว การเข้ารับการรักษาซ้ำในหอผู้ป่วยวิกฤต ต่อคุณภาพชีวิตในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .51$)

Kvale and Fluaaten (2003) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมและศัลยกรรม จำนวน 100 คน โดยประเมินคุณภาพชีวิตระยะเวลา 6 เดือนและ 2 ปีหลังการจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า คุณภาพชีวิตจะเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบใน 2 ช่วงเวลาที่ศึกษา และพบว่าในด้าน Role Physical และ ด้าน Social Functioning จะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Kvale, Ulvik, and Flaatten, (2003) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมและศัลยกรรม จำนวน 346 คน โดยประเมินคุณภาพชีวิตระยะเวลา 6 เดือนหลังการจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า คุณภาพชีวิตจะขึ้นอยู่กับกลุ่มอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นและภาวะโภชนาการของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตทำให้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ งานวิจัยนี้จึงแนะนำว่าควรมีการส่งเสริมการดูแลด้านการจัดการอาการกับกลุ่มโรคและการให้ความรู้ และภาวะโภชนาการตั้งแต่วะการเจ็บป่วยวิกฤตเลย อีกทั้งงานวิจัยนี้ใช้แบบประเมิน Karnofsky Index ในการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่

Fox et al. (2004) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา กับคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตระดับตติยภูมิ จำนวน 88 คน โดยประเมินความเข้มแข็งในการมองโรคของ Antonovsky (1987) วัดในช่วงระยะเวลา 4 สัปดาห์หลังการจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.28-0.69$) และการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.58$)

Cuthbertson et al. (2005) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม จำนวน 185 คน โดยประเมินคุณภาพชีวิตระยะเวลา 6 เดือนหลังการจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตเมื่อเทียบ

กับกลุ่มบุคคลทั่วไปมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้านของคุณภาพชีวิต และพบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกายจะเพิ่มขึ้นช้าๆ ในช่วง 1 ปีแรก และผู้ที่มีประสบการณ์จากการเจ็บป่วย วิกฤตจะมีผลต่อภาระ (burden) ในด้านสุขภาพในระยะยาว

DerSchaaf et al. (2008) ศึกษาความสามารถในการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตรวมอายุกรรม-ศัลยกรรม จำนวน 69 คน โดยประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ และประเมินคุณภาพชีวิตในระยะเวลา 4 สัปดาห์หลังการจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ผู้รอดชีวิต 40% ต้องได้รับการดูแลทั้งหมด (Barthel index score 0-4 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย) และยังพบว่าโดยส่วนใหญ่ผู้ที่มีปัญหาบกพร่องในความสามารถในการทำหน้าที่นั้นเคยใส่ท่อช่วยหายใจและบำบัดที่หอผู้ป่วยอย่างน้อย 48 ชั่วโมง

Hofhuis et al. (2008) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตรวมอายุกรรม-ศัลยกรรม จำนวน 451 คน โดยประเมินคุณภาพชีวิตก่อนการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤต และระยะเวลา 6 เดือนหลังการจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ผู้เสียชีวิตในช่วงระหว่างนอนพักรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตและระยะยาวนั้นมีคุณภาพชีวิตต่ำทุกด้านขององค์ประกอบคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างก่อนการนอนรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตและช่วงระยะเวลา 6 เดือนหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต พบ คุณภาพชีวิตด้าน Physical functioning (PF), general health (GH), และ social functioning (SF) ต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเทียบกับบุคคลทั่วไปก็ยิ่งพบว่า คุณภาพชีวิตในช่วงระยะเวลา 6 เดือนหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ยกเว้น bodily pain score)

Orwelius et al. (2008) ศึกษาความชุกการนอนหลับที่แปรปรวนกับคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตรวมอายุกรรม-ศัลยกรรม จำนวน 1,625 คน โดยประเมินการนอนหลับที่แปรปรวนและคุณภาพชีวิตระยะเวลา 6 เดือนและ 12 เดือนหลังการจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า การนอนหลับที่แปรปรวนระหว่างผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) ปัญหาการนอนหลับที่พบ เช่น การนอนหลับยาก คุณภาพการนอนหลับต่ำ และช่วงเวลาในการนอนหลับสั้น และพบว่า การนอนหลับที่แปรปรวนทำให้คุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ (mental health) และ ความเจ็บปวดของร่างกาย (Bodily Pain)

DerSchaaf et al. (2009) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตรวมอายุกรรม-ศัลยกรรม จำนวน 255 คน โดยประเมินคุณภาพชีวิตในช่วงเวลา 1 ปี พบว่า ผู้รอดชีวิตมีข้อจำกัดในการดำรงชีวิตประจำวันถึง 54% โดยข้อจำกัดที่พบบ่อย คือ การเดินและการร่วมกิจกรรมทางสังคม (30-60% ของผู้รอดชีวิตทั้งหมด) พฤติกรรมทาง

สังคม (social behavior) และการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว (mobility control) มีผลต่อการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย 25% และพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยต่ำกว่าบุคคลทั่วไป

Orwelius et al. (2010) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 780 คน โดยประเมินคุณภาพชีวิตระยะเวลา 6 เดือนหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่า คุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้รอดชีวิตมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Orwelius et al. (2011) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมและศัลยกรรม จำนวน 980 คน โดยประเมิน 6 เดือนหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่า คุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้รอดชีวิตมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และการบูรณาการทางสังคม (ตามแนวคิดของ Weiss (1974) การบูรณาการทางสังคมเป็น 1 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม) มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Skinner, Warrillow, and Denehy (2011) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมและศัลยกรรม จำนวน 100 คน โดยประเมินคุณภาพชีวิตระยะเวลา 6 เดือนหลังการจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายมีผลสำคัญต่อคุณภาพชีวิตในช่วงระยะเวลา 6 เดือน

McKinley et al. (2012) ศึกษาการนอนหลับและปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อสุขภาพจิตใจและการถูกกดดันทางด้านจิตใจของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 195 คน โดยประเมินคุณภาพชีวิตระยะเวลา 6 เดือนหลังการจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับมีผลต่อการฟื้นตัวของสภาพด้านจิตใจ

Haas et al. (2013) ศึกษาความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 499 คน โดยประเมินความสามารถในการทำหน้าที่โดยใช้แบบประเมิน Karnofsky Performance Status Scale scores และ Lawton-IADL score ในระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตวันที่ 1 และในระยะ 24 เดือนหลังการจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่มีระดับต่ำ โดยเฉพาะผู้รอดชีวิตที่ได้เคยได้รับการดูแลด้วยโรคทางอุบัติเหตุและระบบประสาท ผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และผู้ที่เคยได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตมากกว่า 8 วัน

Choi et al. (2014) ศึกษากลุ่มอาการทางกายของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตรวมอายุรกรรม จำนวน 28 คน โดยประเมินในระยะเวลา 2 และ 4

เดือนหลังการจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า 4 อาการหลัก คือ ความเหนื่อยล้า การนอนหลับที่แปรปรวน ความอ่อนเพลีย และอาการปวด โดยในระยะ 2 เดือนแรก ระดับความรุนแรงของอาการปวดมีผลต่อความเหนื่อยล้า และความอ่อนเพลียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พอร์ระยะ 4 เดือน ระดับความรุนแรงของความเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการนอนหลับที่แปรปรวน และความอ่อนเพลียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งพบว่า การศึกษาในระยะยาว ที่เกินกว่า 4 เดือนพบว่า การนอนหลับที่แปรปรวน และความเหนื่อยล้ามีคะแนนสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอาการปวดไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่งลง

Jackson et al. (2014) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมหรือศัลยกรรม โดยทำการประเมินคุณภาพชีวิตในระยะ 3 เดือนและ 1 ปี พบว่า ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตในระยะ 3 เดือนจำนวน 448 และในระยะ 1 ปีจำนวน 382 คน เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ร้อยละ 32 และ 27 ตามลำดับ และพบคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยต่ำกว่าผู้ป่วยทั่วไป โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย

Engstrom et al. (2015) ศึกษาประสบการณ์ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตในเรื่องความเข้มแข็งในการมองโลกโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง จำนวน 9 คน พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกนั้นเป็นขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ถึงการมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตซึ่งมองตามแนวคิดของ Antonovsky และการสร้างความเข้มแข็งในการมองโลกคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นไปตามคะแนนความเข้มแข็งทางสังคมเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม และพบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

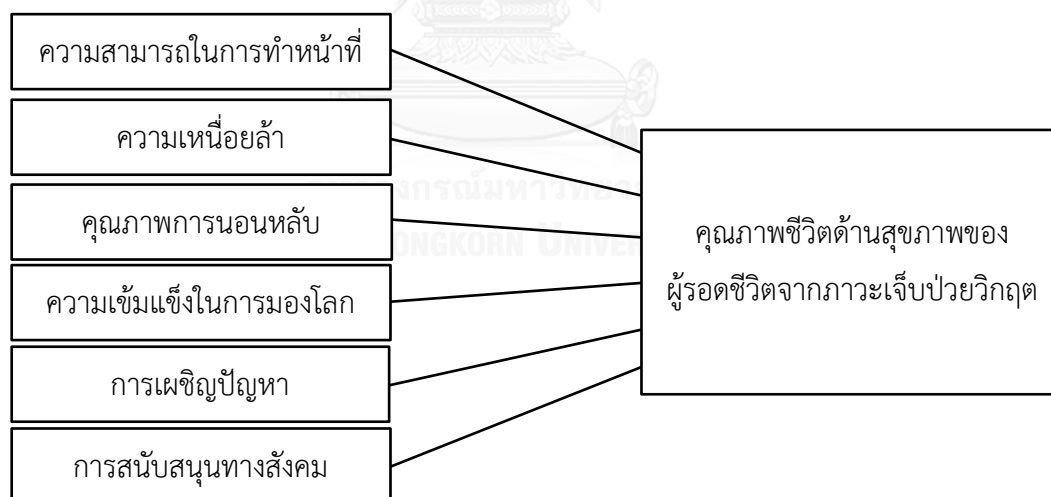
Parsons et al. (2015) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตรวมอายุรกรรม-ศัลยกรรม จำนวน 120 คน โดยประเมินคุณภาพชีวิตระยะเวลา 12 เดือนหลังการจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า คุณภาพชีวิตในผู้รอดชีวิตกลุ่มนี้ต่ำเมื่อแยกเป็นองค์ประกอบ ดังนี้ ความเจ็บปวดของร่างกาย (Bodily Pain) ($p < .001$) ความมีพลังในตนเอง/ความกระฉับกระเฉง (Vitality) ($p < .05$) และความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Physical Functioning) ($p < .05$) และพบว่าประเมินโรคนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) และทางด้านอารมณ์ (Emotional role functioning) ($p < .01$)

Tilburgs et al. (2015) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 88 คน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ โดยการสนับสนุนทางสังคมที่มีความต่อเนื่องตั้งแต่การดูแลผู้ป่วยวิกฤตไปจนถึงระยะรอดชีวิตก็จะเกิดได้ทั้งจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน ผู้ดูแลมืออาชีพ

McKinley et al. (2016) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตระดับตติยภูมิ จำนวน 193 คน โดยประเมินคุณภาพชีวิตระยะเวลา 6 เดือนหลังการจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า คุณภาพชีวิตในผู้รอดชีวิตกลุ่มนี้ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คุณภาพการนอนหลับในระยะ 2 เดือน และ 6 เดือน มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.346, -4.56$ ตามลำดับ) และคุณภาพการนอนหลับเป็น 1 ปัจจัยร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านร่างกายกับความรุนแรงของโรคและจำนวนวันที่นอนรักษาที่ รพ. ($p < .0005$)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ แสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตหลายประการ มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยความสามารถในการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม ว่ามีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต โดยนำกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson and Cleary (1995) ได้ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

6. กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 2 แสดง กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตภายในช่วงระยะเวลา 3-6 เดือน ของโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตภายในช่วงระยะเวลา 3-6 เดือน ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 20-59 ปี ที่เคยนอนพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยวิกฤตของโรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โดยมีวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากสูตรคำนวณของ Thorndike (1978) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่พอ ซึ่งเป็นหนึ่งในหลายปัจจัยที่มีผลต่อความตรงของผลการศึกษา และความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย (รัตนศิริ ทาโต, 2552) คือ

$$n = 10k + 50$$

n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

k คือ จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 7 ตัวแปร

$$\text{ดังนั้น } n = (10 \times 7) + 50 = 120$$

ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 120 คน และพิจารณาเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา (Dillman, 2000) เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 132 คน ทำการสุ่มแบบ 3 ขั้นตอน (Triple stage Sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มสังกัดโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มอย่างง่าย (Cluster simple random sampling) โดยเลือกสุ่มมา 3 สังกัด จาก 6 สังกัด ดังนี้

- 1) โรงพยาบาลของรัฐสังกัดสภากาชาดไทย ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- 2) โรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช
โรงพยาบาลรามธิบดี
- 3) โรงพยาบาลของรัฐสังกัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
- 4) โรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลเลิดสิน
โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลสงฆ์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
- 5) โรงพยาบาลของรัฐสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ
- 6) โรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงกลาโหม ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

การวิจัยครั้งนี้สุ่มได้ 3 สังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
โรงพยาบาลของรัฐสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ และโรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงกลาโหม

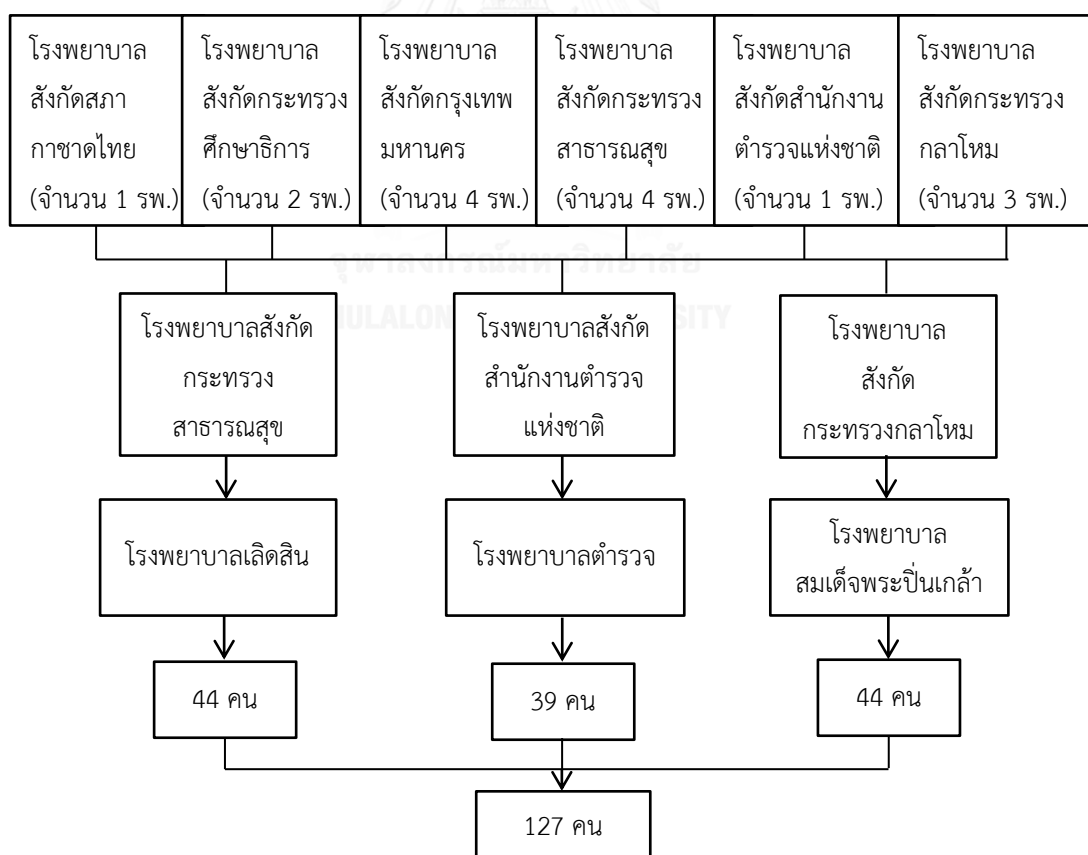
ขั้นตอนที่ 2 สุ่มโรงพยาบาลในแต่ละสังกัด จาก 3 สังกัด สังกัดละ 1 โรงพยาบาล
โดยใช้การสุ่มแบบแบ่งกลุ่มอย่างง่าย (Cluster simple random sampling) ได้แก่ โรงพยาบาลเลิด
สิน โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

ขั้นตอนที่ 3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ด้วยการสุ่มแบบไม่อาศัยความ
น่าจะเป็นด้วยวิธีการเลือกตามสะดวก (Convenience Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

- 1) เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)
 - 1.1) ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตอายุระหว่าง 20 - 59 ปี
 - 1.2) เป็นผู้รอดชีวิตหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตภายในช่วงระยะเวลา
3-6 เดือน
 - 1.3) เคยได้รับการรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต เช่น หอผู้ป่วยวิกฤต
ศัลยกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น
 - 1.4) เคยได้รับการรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างน้อย 24 ชั่วโมง
 - 1.5) เคยได้รับการดูแลรักษาที่เฉพาะสำหรับภาวะเจ็บป่วยวิกฤต(อย่างน้อย
1 อย่าง) เช่น อุปกรณ์ช่วยหายใจ, On IABP, On Arterial line, ใส่สายระบายทรวงอก, On Central
line, Swan ganz catheter, ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ (Pacemaker), การล้างไตต่อเนื่อง (CRRT), กู้
ฟื้นคืนชีพ (CPR, Cardio-version, Defibrillation)
 - 1.6) มีสติสัมปะชัญญะดี รับรู้ต่อ วัน เวลา สถานที่ถูกต้องขณะให้ข้อมูล
 - 1.7) สามารถเข้าใจและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ขณะให้ข้อมูล
 - 1.8) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

2) เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ขณะให้ข้อมูลผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่มีสัญญาณชีพผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเต้นช้ากว่า 60 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจมากกว่า 28 ครั้ง/นาที และอุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส หรือมีการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตซ้ำ

เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้จากโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง จำนวน 132 คน ของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตภายในช่วงระยะเวลา 3-6 เดือน โรงพยาบาลละ 44 คน เนื่องจากการวิจัยนี้ใช้การสุ่มแบบ 3 ขั้นตอน (Triple stage Sampling) ซึ่งการสุ่มเป็นวิธีการที่จะได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรที่ดีที่สุด (Representativeness) (รัตนศิริ ทาโต, 2552) ฉะนั้นในแต่ละโรงพยาบาลที่สุ่มจากแต่ละสังกัดเป็นโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีคุณลักษณะเหมือนกันจึงสามารถแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่าๆ กัน และในการวิจัยครั้งนี้เก็บกลุ่มตัวอย่างได้จริง 127 คน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างอีก 4 คน ไม่ได้ส่งเอกสารกลับโทรติดตามซ้ำ แจ้งไม่สะดวกในการให้ข้อมูลหลังอ่านเอกสารทั้งหมด อีก 1 คน ได้รับเอกสารแต่ให้ข้อมูลไม่ครบ โทรติดตามซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเดินทางไปต่างประเทศ



ภาพที่ 3 แสดง ขั้นตอนในการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบประเมินที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนทั้งหมด 8 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล

ชุดที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่

ชุดที่ 3 แบบประเมินความเหนื่อยล้า

ชุดที่ 4 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ

ชุดที่ 5 แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก

ชุดที่ 6 แบบประเมินการเผชิญปัญหา

ชุดที่ 7 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

ชุดที่ 8 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การสร้างเครื่องมือ

ชุดที่ 1 แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวนข้อคำถาม 15 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้กรอกข้อมูลจำนวน 8 ข้อ เกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพก่อนการเจ็บป่วยวิกฤต ผลต่อการประกอบอาชีพหลังการเจ็บป่วยวิกฤต และส่วนของผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูลโดยศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วย จำนวน 7 ข้อ เกี่ยวกับ สิทธิการรักษา การวินิจฉัยโรคก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล เหตุผลที่ต้องรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ระยะเวลาการเจ็บป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ระยะเวลาการเจ็บป่วยในโรงพยาบาล การดูแลที่ได้รับที่เฉพาะจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต โรคประจำตัว

ลักษณะของแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล โดยส่วนของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้กรอกข้อมูล คือ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพก่อนการเจ็บป่วยวิกฤต ผลต่อการประกอบอาชีพหลังการเจ็บป่วยวิกฤต เป็นแบบเลือกตอบ และ อายุ รายได้ เป็นแบบเติมคำตอบลงในช่องว่าง

ส่วนของผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูลโดยศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วย คือ สิทธิการรักษา เป็นแบบเลือกตอบ และ การวินิจฉัยโรคก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล เหตุผลที่ต้องรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ระยะเวลาการเจ็บป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ระยะเวลาการเจ็บป่วยในโรงพยาบาล การดูแลที่ได้รับที่เฉพาะจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต โรคประจำตัว เป็นแบบเติมคำตอบลงในช่องว่าง

ชุดที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ (Karnofsky Performance Status Scale) สร้างขึ้นโดย Karnofsky et al. (1948) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยของ อำนวยพร อาชานอก (2549) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ความสามารถในการทำงาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดย

ปกติ และความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

เกณฑ์การให้คะแนน

ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า จำนวน 1 ข้อ มีคะแนน 0-100 คะแนน คะแนน 0 หมายถึง ผู้ป่วยเสียชีวิต คะแนน 100 คะแนน หมายถึง การมีสุขภาพดีไม่มีภาวะเจ็บป่วยสามารถประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ โดยกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

จากแบบประเมินความสามารถในทำหน้าที่ประกอบด้วย 1 ข้อ แปลผลคะแนนเป็นการปฏิบัติกิจกรรม คือ คะแนน 0-100 คะแนน คะแนน 0 หมายถึง มีความสามารถในการทำหน้าที่ไม่ดี คะแนน 100 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการทำหน้าที่ดี

ตารางที่ 4 ระดับความสามารถในการทำหน้าที่ (Karnofsky et al., 1948)

| ความสามารถในการทำหน้าที่ | ระดับคะแนน |
|---|------------|
| 1. สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามปกติและทำงานได้ไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ | 80 - 100 |
| 2. ไม่สามารถทำงานได้ สามารถอยู่บ้านได้ แต่ต้องการการดูแลเรื่องส่วนตัวเกือบทั้งหมดต้องการความช่วยเหลือในระดับต่างๆ กัน | 50 - 70 |
| 3. ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องการการดูแลในระดับที่เท่ากับสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาล อาการของโรคดำเนินอย่างรวดเร็ว | 0 - 40 |

ชุดที่ 3 แบบประเมินความเหนื่อยล้า (Revised Piper Fatigue Scale) สร้างขึ้นโดย Piper et al. (1998) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยของ อมรรัตน์ กรเกษม (2556) ใช้คำแปลภาษาไทยโดยเพียงใจ ดาโลปการ (2545) ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า จำนวน 3 ข้อ ด้านการรับรู้ความหมายของความเหนื่อยล้า จำนวน 3 ข้อ ด้านความรู้สึกของความเหนื่อยล้าที่มีต่อตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จำนวน 4 ข้อ และด้านสติปัญญาและอารมณ์ จำนวน 2 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีมาตรวัดแบบวัดระดับด้วยสายตา (Visual Analogue Scale) ซึ่งคำตอบในแต่ละข้อเป็นตัวเลขตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกต่อข้อความนั้นเลย และตั้งแต่ 1 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้ต่อข้อความนั้นเพิ่มขึ้นตามลำดับจนถึงเลข

เกณฑ์การให้คะแนน

จากแบบประเมินความเหนื่อยล้าประกอบด้วย 12 ข้อ คะแนนแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 0 - 10 คะแนน ดังนั้นคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0 - 120 ผู้วิจัยจึงนำคะแนนรวมที่ได้มาหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด คือ 12 ข้อ ได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยล้า

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

จากแบบประเมินความเหนื่อยล้าประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ คะแนนแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 0-10 คะแนน คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-120 ดังนั้นคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 0- 10 คะแนนเฉลี่ย 0 หมายถึง ไม่มีความเหนื่อยล้า คะแนนเฉลี่ย 10 คะแนน หมายถึง การมีความเหนื่อยล้ามากที่สุด

โดยกำหนดคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าซึ่งอยู่ในช่วง 1-10 คะแนน เป็น 4 ระดับ (Piper, 1998) ดังนี้

| | | |
|--------------------------|---------|---------------------------------|
| คะแนนเฉลี่ย 0 | หมายถึง | ไม่มีความเหนื่อยล้า |
| คะแนนเฉลี่ย 0.01 - 3.99 | หมายถึง | มีความเหนื่อยล้าในระดับเล็กน้อย |
| คะแนนเฉลี่ย 4.00 - 6.99 | หมายถึง | มีความเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง |
| คะแนนเฉลี่ย 7.00 - 10.00 | หมายถึง | มีความเหนื่อยล้าในระดับมาก |

ชุดที่ 4 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (The Pittsburgh Sleep Quality Index) สร้างขึ้นโดย Buysse et al. (1989) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยของ ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์ (2540) เป็นแบบสอบถามที่ประเมินด้วยตนเอง ซึ่งให้ประเมินคุณภาพการนอนหลับและความแปรปรวนของการนอนหลับในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ คำถาม แบ่งเป็น 7 องค์ประกอบ ดังนี้ การรายงานคุณภาพการนอนหลับ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน ประสิทธิภาพของการนอนหลับ โดยปกติวิสัย ความแปรปรวน ของการนอนหลับ การใช้อานอนหลับ ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน โดยมีการแบ่งเกณฑ์และนำคะแนนรวมทั้ง 7 องค์ประกอบ

เกณฑ์การให้คะแนน

องค์ประกอบที่ 1 การรายงานคุณภาพการนอนหลับ (ใช้ข้อคำถามที่ 9)

| | | | |
|---------------------------|---------|---|-------|
| คุณภาพการนอนหลับดีมาก | เท่ากับ | 0 | คะแนน |
| คุณภาพการนอนหลับดี | เท่ากับ | 1 | คะแนน |
| คุณภาพการนอนหลับไม่ค่อยดี | เท่ากับ | 2 | คะแนน |
| คุณภาพการนอนหลับไม่ดีเลย | เท่ากับ | 3 | คะแนน |

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 1

องค์ประกอบที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ

1. ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ (ใช้ข้อคำถามที่ 2)

| | | | |
|------------------|---------|---|-------|
| น้อยกว่า 15 นาที | เท่ากับ | 0 | คะแนน |
| 16 - 30 นาที | เท่ากับ | 1 | คะแนน |
| 31 - 60 นาที | เท่ากับ | 2 | คะแนน |
| มากกว่า 60 นาที | เท่ากับ | 3 | คะแนน |

2. ปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับเนื่องจากนอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที (ใช้ข้อคำถามที่ 5.1)

| | | | |
|--------------------------------------|-------------|------------------|-------|
| ไม่มีปัญหาเลย | เท่ากับ | 0 | คะแนน |
| มีปัญหาน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ | เท่ากับ | 1 | คะแนน |
| มีปัญหา 1 - 2 ครั้งต่อสัปดาห์ | เท่ากับ | 2 | คะแนน |
| มีปัญหา 3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า | เท่ากับ | 3 | คะแนน |
| ผลรวมคะแนน ข้อ 1 และ 2 เท่ากับ | 0 คะแนน | ให้คะแนน 0 คะแนน | |
| | 1 - 2 คะแนน | ให้คะแนน 1 คะแนน | |
| | 3 - 4 คะแนน | ให้คะแนน 2 คะแนน | |
| | 5 - 6 คะแนน | ให้คะแนน 3 คะแนน | |

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 2

องค์ประกอบที่ 3 ระยะเวลาอนหลับในแต่ละคืน (ใช้ข้อคำถามที่ 4)

| | | | |
|--------------------|---------|---|-------|
| มากกว่า 7 ชั่วโมง | เท่ากับ | 0 | คะแนน |
| 6 - 7 ชั่วโมง | เท่ากับ | 1 | คะแนน |
| 5 - 6 ชั่วโมง | เท่ากับ | 2 | คะแนน |
| น้อยกว่า 5 ชั่วโมง | เท่ากับ | 3 | คะแนน |

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 3

องค์ประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย (ใช้ข้อคำถามที่ 1, 3 และ 4)

ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย คำนวณจาก

| | | | | | |
|--|------------|-------------|---------|---|-------|
| $\frac{\text{จำนวนชั่วโมงในการนอนหลับจริง (จากข้อคำถามที่ 4)}}{\text{จำนวนชั่วโมงที่นอนอยู่บนเตียง (จากคำถามที่ 3 ลบข้อคำถามที่ 1)}} \times 100$ | | | | | |
| ค่าที่ได้ | มากกว่า 85 | เปอร์เซ็นต์ | เท่ากับ | 0 | คะแนน |
| | 75 - 84 | เปอร์เซ็นต์ | เท่ากับ | 1 | คะแนน |
| | 65 - 74 | เปอร์เซ็นต์ | เท่ากับ | 2 | คะแนน |

| | | | |
|---|---------|---------------|------------------|
| น้อยกว่า 65 เปอร์เซ็นต์ | เท่ากับ | 3 | คะแนน |
| ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 4 | | | |
| องค์ประกอบที่ 5 การรบกวนการนอนหลับ (ใช้ข้อความที่ 5.1 - 5.10) | | | |
| โดยแต่ละข้อความจะแบ่งระดับคะแนนเป็น | | | |
| ไม่มีปัญหาเลย | เท่ากับ | 0 | คะแนน |
| น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ | เท่ากับ | 1 | คะแนน |
| 1 - 2 ครั้งต่อสัปดาห์ | เท่ากับ | 2 | คะแนน |
| 3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า | เท่ากับ | 3 | คะแนน |
| ผลรวมคะแนนข้อ 5.2 - 5.10 | เท่ากับ | 0 คะแนน | ให้คะแนน 0 คะแนน |
| | | 1 - 9 คะแนน | ให้คะแนน 1 คะแนน |
| | | 10 - 18 คะแนน | ให้คะแนน 2 คะแนน |
| | | 19 - 27 คะแนน | ให้คะแนน 3 คะแนน |

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 5
องค์ประกอบที่ 6 การใช้นานอนหลับ (ใช้ข้อความข้อที่ 6)

| | | | |
|----------------------------------|---------|---|-------|
| ไม่เคยใช้เลย | เท่ากับ | 0 | คะแนน |
| ใช้น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ | เท่ากับ | 1 | คะแนน |
| ใช้ 1 - 2 ครั้งต่อสัปดาห์ | เท่ากับ | 2 | คะแนน |
| ใช้ 3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า | เท่ากับ | 3 | คะแนน |

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 6

องค์ประกอบที่ 7 ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน

1. การง่วงนอนหรือเพลอหลับขณะทำกิจกรรมประจำวัน (ใช้ข้อความที่ 7)

| | | | |
|------------------------------|---------|---|-------|
| ไม่เคยเลย | เท่ากับ | 0 | คะแนน |
| น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ | เท่ากับ | 1 | คะแนน |
| 1 - 2 ครั้งต่อสัปดาห์ | เท่ากับ | 2 | คะแนน |
| 3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า | เท่ากับ | 3 | คะแนน |

2. ปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้เสร็จลุล่วงไปด้วยดี (ใช้ข้อ

คำถามที่ 8)

| | | | |
|-----------------------|---------|---|-------|
| ไม่มีปัญหาเลย | เท่ากับ | 0 | คะแนน |
| เป็นปัญหาบ้างเล็กน้อย | เท่ากับ | 1 | คะแนน |
| เป็นปัญหาพอสมควร | เท่ากับ | 2 | คะแนน |
| เป็นปัญหามาก | เท่ากับ | 3 | คะแนน |

| | | |
|-------------------------------|-------------|------------------|
| ผลรวมคะแนนข้อ 1 และ 2 เท่ากับ | 0 คะแนน | ให้คะแนน 0 คะแนน |
| | 1 - 2 คะแนน | ให้คะแนน 1 คะแนน |
| | 3 - 4 คะแนน | ให้คะแนน 2 คะแนน |
| | 5 - 6 คะแนน | ให้คะแนน 3 คะแนน |

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 7

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

จากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ แยกเป็น 7 องค์ประกอบแล้วหาค่าเฉลี่ยคะแนนรวม ดังนั้นคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-21 คะแนน คะแนนรวมที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับดี คะแนนรวมที่มากกว่า 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี (Buysse et al., 1989)

ชุดที่ 5 แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก (The Sense of Coherence Questionnaire) สร้างขึ้นโดย Antonovsky (1987) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยของ สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านความสามารถในการทำความเข้าใจ ด้านความสามารถในการบริหารจัดการ และด้านความสามารถในการให้ความหมาย โดยเป็นข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก 8 ข้อ ได้แก่ 4, 5, 6, 8, 9, 11, 12, และ 13 ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ 5 ข้อ ได้แก่ 1, 2, 3, 7, และ 10

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อคำถามมีมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ลักษณะข้อคำถามจะมีคำตอบให้เลือกตอบ ซึ่งผู้ตอบเลือกได้ตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดยตัวเลข 1-5 จะบ่งชี้ความมากน้อยของความรู้สึกนึกคิดของผู้ตอบ

ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก ให้คะแนนดังนี้

| | | | |
|-------------|---|---------|---------|
| เลือกตัวเลข | 1 | เท่ากับ | 1 คะแนน |
| เลือกตัวเลข | 2 | เท่ากับ | 2 คะแนน |
| เลือกตัวเลข | 3 | เท่ากับ | 3 คะแนน |
| เลือกตัวเลข | 4 | เท่ากับ | 4 คะแนน |
| เลือกตัวเลข | 5 | เท่ากับ | 5 คะแนน |

ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ ให้คะแนนดังนี้

| | | | |
|-------------|---|---------|---------|
| เลือกตัวเลข | 1 | เท่ากับ | 5 คะแนน |
| เลือกตัวเลข | 2 | เท่ากับ | 4 คะแนน |
| เลือกตัวเลข | 3 | เท่ากับ | 3 คะแนน |
| เลือกตัวเลข | 4 | เท่ากับ | 2 คะแนน |

เลือกตัวเลข 5 เท่ากับ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

จากแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกประกอบด้วย 13 ข้อ คะแนนแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 1-5 ดังนั้นคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 13-65 คะแนน คะแนนรวม 13 หมายถึง ความเข้มแข็งในการมองโลกระดับต่ำ คะแนนรวม 65 คะแนน หมายถึง มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับสูง

คะแนนรวมใช้เกณฑ์การแบ่งช่วงระดับคะแนนของสมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) คะแนนรวมจะอยู่ในช่วง 13-65 คะแนน โดยแบ่งช่วงระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

| | | |
|-------------|---------|-------------------------------------|
| 13-29 คะแนน | หมายถึง | ความเข้มแข็งในการมองโลกระดับต่ำ |
| 30-46 คะแนน | หมายถึง | ความเข้มแข็งในการมองโลกระดับปานกลาง |
| 47-65 คะแนน | หมายถึง | ความเข้มแข็งในการมองโลกระดับสูง |

ชุดที่ 6 แบบประเมินการเผชิญปัญหา (Jalowiec Coping Scale) สร้างขึ้นโดย Jalowiec (1988) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยของ ปราณี มิ่งขวัญ (2542) ประกอบด้วยข้อคำถาม 36 ข้อแบ่งเป็นวิธีการเผชิญปัญหาออกเป็น 3 ด้าน คือ การเผชิญหน้ากับปัญหา จำนวน 13 ข้อ การจัดการกับอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ และการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึก จำนวน 14 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

| | | |
|---|----------|---|
| ไม่เคยใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหา | ให้คะแนน | 1 |
| ใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหามานานๆ ครั้ง | ให้คะแนน | 2 |
| ใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหาบางครั้ง | ให้คะแนน | 3 |
| ใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหาบ่อยครั้ง | ให้คะแนน | 4 |
| ใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหาเกือบทุกครั้ง | ให้คะแนน | 5 |

จากแบบประเมินการเผชิญปัญหาประกอบด้วย 36 ข้อ คะแนนแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน ดังนั้นคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 36 - 180 แยกเป็นคะแนนรวมของแต่ละด้านคือ การเผชิญหน้ากับปัญหามีค่าระหว่าง 13-65 คะแนน ด้านการจัดการกับอารมณ์มีค่าระหว่าง 9-45 คะแนน และด้านการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึกมีค่าระหว่าง 14-70 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

ประเมินโดยใช้เกณฑ์จากการคำนวณด้วยคะแนนสัมพัทธ์ คือ การเปรียบเทียบสัดส่วนของการเผชิญปัญหาโดยนำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อมารวมกันหารด้วยจำนวนข้อคำถามของด้านนั้น ได้เป็นค่าเฉลี่ยของแต่ละด้าน นำค่าเฉลี่ยแต่ละด้านหารด้วยผลรวมค่าเฉลี่ยจากทุกด้านจะได้คะแนนสัมพัทธ์ที่บอกสัดส่วนการใช้การเผชิญปัญหาในแต่ละด้านซึ่งอยู่ระหว่าง 0.01-1.00 และเมื่อเทียบกับการใช้การเผชิญปัญหาทุกด้าน คะแนนสัมพัทธ์เฉลี่ยด้านใดมาก แสดงว่าใช้การเผชิญปัญหาด้านนั้น

มาก (ปราณี มิ่งขวัญ, 2542) กำหนดการแปลเป็นค่าเฉลี่ยรายด้านของทุกด้านอยู่ในช่วง 1-5 คะแนน รายด้านใดมากแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหามาก จากการใช้วิธีหาอันตรายภาพชั้น โดยใช้ค่าพิสัย (ประคอง กรรณสูต, 2542) คำนวณจากค่าสูงสุดลบต่ำสุด แล้วนำผลลัพธ์ที่ได้มา แบ่งเป็น 3 ช่วง ซึ่งสามารถแปลความหมายของคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

$$\text{อันตรายภาพชั้น} = \frac{\text{พิสัย}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} = \frac{5-1}{3} = 1.33$$

จากแบบประเมินการเผชิญปัญหาประกอบด้วย 36 ข้อ คะแนนแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 36-180 ดังนั้นคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00-5.00 คะแนนเฉลี่ย 1.00 หมายถึง การเผชิญปัญหาระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 5.00 คะแนน หมายถึง การเผชิญปัญหาระดับสูง คะแนนเฉลี่ยมาแบ่งระดับการเผชิญปัญหา ได้ดังนี้

| | | |
|-------------|---------|------------------------------------|
| 1.00 - 2.33 | หมายถึง | ใช้การเผชิญปัญหาอยู่ในระดับต่ำ |
| 2.34 - 3.67 | หมายถึง | ใช้การเผชิญปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง |
| 3.68 - 5.00 | หมายถึง | ใช้การเผชิญปัญหาอยู่ในระดับสูง |

ชุดที่ 7 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (ENRICHD Social Support Instrument: ESSI) สร้างขึ้นโดย Mitchell et al. (2003) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยของ จันทนา หล่อจตระกูล (2549) มีข้อคำถาม 7 ข้อ มี 4 ด้าน ดังนี้ ด้านอารมณ์ (emotional) ด้านทรัพยากร (instrumental) ด้านข้อมูลข่าวสาร (informational) และด้านการประเมินคุณค่า (appraisal)

เกณฑ์การให้คะแนน

ส่วนที่ 1 เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ จำนวน 6 ข้อ ให้คะแนนดังนี้

| | | | |
|----------------|---------|---|-------|
| ไม่มีเลย | เท่ากับ | 1 | คะแนน |
| มีบ้างเล็กน้อย | เท่ากับ | 2 | คะแนน |
| ปานกลาง | เท่ากับ | 3 | คะแนน |
| เกือบตลอดเวลา | เท่ากับ | 4 | คะแนน |
| ตลอดเวลา | เท่ากับ | 5 | คะแนน |

ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเลือกตอบ ดังนี้

| | | | |
|--------------|---------|---|-------|
| ตอบ “ใช่” | เท่ากับ | 4 | คะแนน |
| ตอบ “ไม่ใช่” | เท่ากับ | 2 | คะแนน |

โดยคะแนนรวมที่ได้อยู่ในช่วง 7-34 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

จากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย 7 ข้อ ดังนั้นคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 7-34 คะแนน คะแนน 7 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับไม่ดี คะแนน 34 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ยมาแบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคม ได้ดังนี้

| | | |
|---------------------------|---------|---------------------------------------|
| คะแนนเฉลี่ย 7.00 – 16.00 | หมายถึง | การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับไม่ดี |
| คะแนนเฉลี่ย 16.01 – 25.00 | หมายถึง | การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง |
| คะแนนเฉลี่ย 25.01 – 34.00 | หมายถึง | การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี |

ชุดที่ 8 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (EQ-5D) สร้างขึ้นโดย The EuroQol Group (2005) (Rabin et al., 2011) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยของ จันทนา พัฒนภัสส์ และคณะ (2558) มีการนำไปใช้ประเมินผู้ป่วยในหลายโรค แบบประเมินประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 EQ-5D-5L มี 5 ข้อคำถาม ประกอบด้วยมิติทางสุขภาพ 5 มิติ คือ การเคลื่อนไหว (mobility) การดูแลตนเอง (self-care) การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (usual activities) ความเจ็บปวดและการไม่สุขสบาย (pain/discomfort) และความวิตกกังวลและความซึมเศร้า (anxiety/depression) โดยแต่ละมิติ จะมีตัวเลือก 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มีปัญหา มีปัญหาเล็กน้อย มีปัญหาปานกลาง มีปัญหาหนัก และมีปัญหาหนักที่สุด สำหรับส่วนที่ 2 EQ VAS เป็น Visual Analogue Scale เพื่อประเมินภาวะสุขภาพทางตรงแบบให้คะแนน (rating) โดยให้ผู้ตอบให้คะแนนภาวะสุขภาพของตน ซึ่งมีลักษณะเป็น scale ตั้งแต่ 0-100

เกณฑ์การให้คะแนน

EQ-5D-5L จะมี 5 มิติ แต่ละมิติจะมีตัวเลือกอยู่ 5 ระดับ โดย

| | |
|-------------------|----------|
| ไม่มีปัญหา | ให้เลข 1 |
| มีปัญหาเล็กน้อย | ให้เลข 2 |
| มีปัญหาปานกลาง | ให้เลข 3 |
| มีปัญหาหนัก | ให้เลข 4 |
| มีปัญหาหนักที่สุด | ให้เลข 5 |

จากนั้นนำเลขที่ได้ 5 ตัวไปแปลงคำตอบเหล่านั้นให้เป็นคะแนนอรรถประโยชน์ได้จาก การนำสภาวะสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ (ซึ่งมีค่าอรรถประโยชน์เท่ากับ 1) หักลบด้วยค่าสัมประสิทธิ์ของแต่ละมิติทางสุขภาพทั้ง 5 มิติ ตามตารางที่ 2

โดยค่าสัมประสิทธิ์ หมายถึง ค่าอรรถประโยชน์ที่สูญเสียไปจากการมีสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์ ค่าสัมประสิทธิ์ดังกล่าวมีความแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ ขึ้นกับทัศนคติที่มีต่อสภาวะสุขภาพ สำหรับประเทศไทยได้มีการศึกษาค่าสัมประสิทธิ์จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างประชากรไทยจำนวน

1,207 รายจาก 12 จังหวัดทั่วประเทศในปี พ.ศ.2557 โดยมหาวิทยาลัยมหิดลและ HITAP ภายใต้โครงการวิจัยเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L: การทดสอบคุณสมบัติการวัดและค่าน้ำหนักอรรถประโยชน์ในประเทศไทย

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สำหรับคำนวณคะแนนของแบบสอบถาม EQ-5D-5L

| มิติทางสุขภาพ | ระดับความรุนแรง | | | | |
|----------------------------|-------------------|------------------------|-----------------------|-------------------|-------------------------|
| | ไม่มีปัญหา (1) | มีปัญหาเล็กน้อย (2) | มีปัญหาปานกลาง (3) | มีปัญหามาก (4) | มีปัญหามากที่สุด (5) |
| การเคลื่อนไหว | 0 | 0.056 | 0.114 | 0.231 | 0.307 |
| การดูแลตนเอง | 0 | 0.033 | 0.108 | 0.225 | 0.254 |
| กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ | 0 | 0.043 | 0.075 | 0.165 | 0.207 |
| อาการเจ็บปวด/ไม่สบาย | 0 | 0.040 | 0.068 | 0.233 | 0.266 |
| ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า | 0 | 0.032 | 0.097 | 0.202 | 0.249 |

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

EQ-5D-5L เมื่อได้คะแนนแต่ละมิติ ได้จากคะแนนในแต่ละมิติสุขภาพทั้ง 5 ด้าน โดยคะแนนรวมที่มีค่าตั้งแต่ -0.283 ถึง 1 เป็นค่าที่แสดงถึงความพึงพอใจของบุคคลต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง มีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 1 โดย 0 หมายถึง เสียชีวิต 1 หมายถึง สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ที่สุด แต่ถ้าค่าคะแนนที่ได้ติดลบซึ่ง หมายถึง สภาวะที่แย่กว่าเสียชีวิต (worse than dead) โดยค่าคะแนนติดลบแสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ส่วนค่าคะแนนสูงแสดงว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี

ยกตัวอย่างเช่น กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินมีสถานะสุขภาพ คือ มีปัญหาในการเดินเล็กน้อย ไม่มีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง สุขภาพมีผลเล็กน้อยต่อการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวปานกลาง รู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมาก ซึ่งหมายถึง 21234 และนำตัวเลขไปดูค่าจากตารางที่ 5 ฉะนั้นคะแนนอรรถประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างนี้คือ 1 ลบค่าทั้ง 5 ตัวจากตารางที่ 5 ได้ดังนี้ $1 - 0.056 - 0 - 0.043 - 0.068 - 0.202 = 0.631$

EQ VAS ลักษณะเป็น scale ตั้งแต่ 0-100 ดังนี้

คะแนน 100 คะแนน หมายถึง ภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่ท่านสามารถนึกได้

คะแนน 0 คะแนน หมายถึง ภาวะสุขภาพที่แย่ที่สุดเท่าที่สามารถนึกได้

EQ VAS จะนำค่าคะแนนที่ได้ มาทำการรายงานผลในรูปแบบค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

ในการวิจัยครั้งนี้ นำผลคะแนนจากส่วน EQ-5D-5L ไปใช้ในการวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์กับตัวแปรในแต่ละตัวของการศึกษาเนื่องจากค่าอรรถประโยชน์ (ค่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ) เป็นค่าที่อ้างอิงจากการศึกษาของประชากรในประเทศไทย ซึ่งจะได้ค่าที่เป็นมาตรฐานตามเกณฑ์ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประเทศไทย และนำส่วน EQ VAS มาช่วยในการอภิปรายผลการศึกษา

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก แบบประเมินวิธีการเผชิญปัญหา แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ความเหมาะสม การใช้ภาษาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และสื่อความหมายของข้อความ จากนั้นปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความตรงเนื้อหา จำนวน 5 ท่าน ได้แก่

- | | |
|--|------|
| 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต | 1 คน |
| 2) อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ | 1 คน |
| 3) พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ | 2 คน |
| 4) พยาบาลเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต | 1 คน |

โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความสอดคล้องระหว่างคำถามกับคำนิยามตามแนวคิดทฤษฎี ยึดเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องกันและยอมรับตรงกัน 4 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และกำหนดระดับแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- | | | |
|---|---------|---|
| 1 | หมายถึง | คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามตามแนวคิดทฤษฎี |
| 2 | หมายถึง | คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยามตามแนวคิดทฤษฎี |
| 3 | หมายถึง | คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยามตามแนวคิดทฤษฎี |
| 4 | หมายถึง | คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยามตามแนวคิดทฤษฎี |

จากนั้น ผู้วิจัยได้นำผลการตัดสินความตรงตามเนื้อหาโดยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำเครื่องมือดังกล่าวมาพิจารณาคำนวณหาค่าดัชนี

ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 (Polit & Beck, 2010) คำนวณได้จากสูตรดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

จากการนั้นเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยปรับภาษา เพิ่มข้อความเพื่อให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหา โดยผลการตรวจและรายละเอียดการปรับแบบสอบถามมีดังนี้

ชุดที่ 1 แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล เพิ่มข้อคำถามเรื่องสิทธิการรักษา และการวินิจฉัยโรคก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และตัดข้อคำถาม การวินิจฉัยแรกรับ และตัดข้อคำถามอาชีพหลังการเจ็บป่วยวิกฤต เป็นผลต่อการประกอบอาชีพหลังการเจ็บป่วยวิกฤต โดยเป็นแบบตัวเลือก คือ ไม่มีผลต่อการประกอบอาชีพ มีผลต่อการประกอบอาชีพ (ต้องเปลี่ยนอาชีพ/ไม่สามารถทำงานได้) ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มในสำคัญของข้อมูลที่เชื่อมโยงกับคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

ชุดที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ ค่า CVI = 1.0 ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับแก้ไขโดยตัดตัวเลขที่อยู่หน้าข้อ ออกตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ใน 5 คนเนื่องจากถ้าคงไว้ กลุ่มตัวอย่างอาจสับสน และจะตอบ 3 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบประเมินความเหนื่อยล้า ค่า CVI = 1.0 ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ในข้อที่ 9 ว่าควรใช้เป็นภาษาเขียน จาก “รู้สึกง่วงเหงาหาวนอน” เป็น “รู้สึกง่วงนอน”

ชุดที่ 4 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ค่า CVI = 0.89 ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับรูปแบบการเลือกตอบตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ในข้อที่ 9 โดยปรับหัวตารางให้ชัดเจน ป้องกันการสับสนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงปรับ เป็นข้อให้เลือกตอบ

ชุดที่ 5 แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก ค่า CVI = 0.92 ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับการเว้นวรรคเพื่อให้อ่านไม่สับสนตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

ชุดที่ 6 แบบประเมินการเผชิญปัญหา ค่า CVI = 0.81 ผ่านเกณฑ์ ไม่มีข้อปรับใดๆ แต่ผู้ทรงคุณวุฒิ เสนอแนะว่ามีจำนวนข้อคำถามมากเกินไปหรือไม่ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทบทวนเครื่องมือการเผชิญปัญหาอีกครั้ง ที่มีความเหมาะสมของจำนวนข้อ และองค์ประกอบที่สอดคล้องกับการเผชิญปัญหา พบว่าเครื่องมือการเผชิญปัญหาที่ผู้วิจัยนำมาในครั้งนี้มีความสอดคล้องและจำนวนข้อน้อยที่สุด จึงไม่ได้ปรับเปลี่ยนเครื่องมือใดๆ

ชุดที่ 7 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ค่า CVI = 1.0 ผ่านเกณฑ์ ไม่มีการปรับแก้ไข

ชุดที่ 8 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ค่า CVI = 1.0 ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับเพิ่มตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ในเรื่องของการใช้คำต้องมีความสอดคล้องกัน เช่น การใช้สรรพนามเรียกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงปรับใช้คำว่า “ท่าน”

ตารางที่ 6 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมิน

| แบบประเมิน | ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) |
|--------------------------|---------------------------------|
| ความสามารถในการทำหน้าที่ | 1.0 |
| ความเหนื่อยล้า | 1.0 |
| คุณภาพการนอนหลับ | 0.89 |
| ความเข้มแข็งในการมองโลก | 0.92 |
| การเผชิญปัญหา | 0.81 |
| การสนับสนุนทางสังคม | 1.0 |
| คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ | 1.0 |

2.2 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก แบบประเมินวิธีการเผชิญปัญหา แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ไปทดลองใช้กับผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน และใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 127 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปหาความเที่ยงโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) โดยผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบประเมินในงานวิจัยครั้งนี้ได้แสดงไว้ ดังนี้

ตารางที่ 7 ค่าความเที่ยงของขอบแบบประเมินทั้ง 6 ชุด

| แบบประเมิน | ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค |
|-------------------------|-----------------------------|
| | ทดลองใช้ 30 คน |
| ความเหนื่อยล้า | 0.94 |
| คุณภาพการนอนหลับ | 0.79 |
| ความเข้มแข็งในการมองโลก | 0.80 |
| การเผชิญปัญหา | 0.88 |
| การสนับสนุนทางสังคม | 0.82 |
| คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ | 0.89 |

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เสนอคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยในแต่ละแห่ง เพื่อขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยของอนุญาติเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัยพร้อมทั้งขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

1.2 ผู้วิจัยนำหนังสืออนุมัติยื่นต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลในแต่ละแห่ง พร้อมชี้แจงเรื่องที่ทำวิจัย วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูล

1.3 หลังจากได้รับผลการพิจารณาจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล และได้รับอนุญาตในการดำเนินการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกหอผู้ป่วยนอก เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ตารางที่ 8 การพิจารณาและรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

| คณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัย | วันที่ผ่านการพิจารณา และรับรองโครงการวิจัย | เลขที่รับรอง |
|--------------------------------|---|----------------|
| โรงพยาบาลเลิดสิน | วัน 31 พฤษภาคม 2559 | สธ 0306/13/181 |
| โรงพยาบาลตำรวจ | วัน 18 พฤษภาคม 2559 | จว.36/2559 |
| โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า | วัน 3 มิถุนายน 2559 | RP12/59 |

2. ขั้นตอนดำเนินการ

2.1 ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่สารสนเทศ เพื่อทำการค้นหาและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลย้อนหลังในช่วง 3-6 เดือนหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต และตามแฟ้มประวัติ เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และติดตามผู้ป่วยเพื่อเข้าร่วมการวิจัย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล ตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ช่วงวันที่ดำเนินการเก็บข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล

| โรงพยาบาล | ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| โรงพยาบาลเลิดสิน | 1 มิถุนายน 2559 ถึง 22 มิถุนายน 2559 |
| โรงพยาบาลตำรวจ | 19 พฤษภาคม 2559 ถึง 22 มิถุนายน 2559 |
| โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า | 3 มิถุนายน 2559 ถึง 22 มิถุนายน 2559 |

2.2 เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งเป็น 3 กรณี ดังนี้

กรณีที่ 1 กลุ่มตัวอย่างยังคงนอนพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่าง นอนพักรักษาตัวเพื่อขอทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงกลุ่มตัวอย่างไม่มีหัตถการใดๆ

กรณีที่ 2 กลุ่มตัวอย่างได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วและมีตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกที่กลุ่มตัวอย่างจะมารับบริการตรวจรักษาเพื่อขอทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างกลุ่มตัวอย่างรอพบแพทย์ตามนัด ก่อนเข้ารับบริการตรวจรักษา

กรณีที่ 3 กลุ่มตัวอย่างได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วแต่ไม่มีตรวจตามนัด จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการโทรศัพท์ติดตามเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมงานวิจัย และส่งเอกสารการวิจัยทางไปรษณีย์ ในกรณีที่ไม่ส่งกลับติดตามซ้ำด้วยโทรศัพท์

2.3 ในกรณีที่ 1 กลุ่มตัวอย่างนอนพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล และกรณีที่ 2 กลุ่มตัวอย่างได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วและมีตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัยและให้ความอิสระก่อนลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมแจ้งขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดและลงนามในใบยินยอม ส่วนในกรณีที่ 3 กลุ่มตัวอย่างได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วแต่ไม่มีตรวจตามนัด ผู้วิจัยโทรศัพท์เพื่อแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัยและให้ความอิสระในการตัดสินใจ ก่อนส่งเอกสารการวิจัยทางไปรษณีย์ที่ประกอบไปด้วยใบประเมินและเอกสารลงนามใบยินยอม

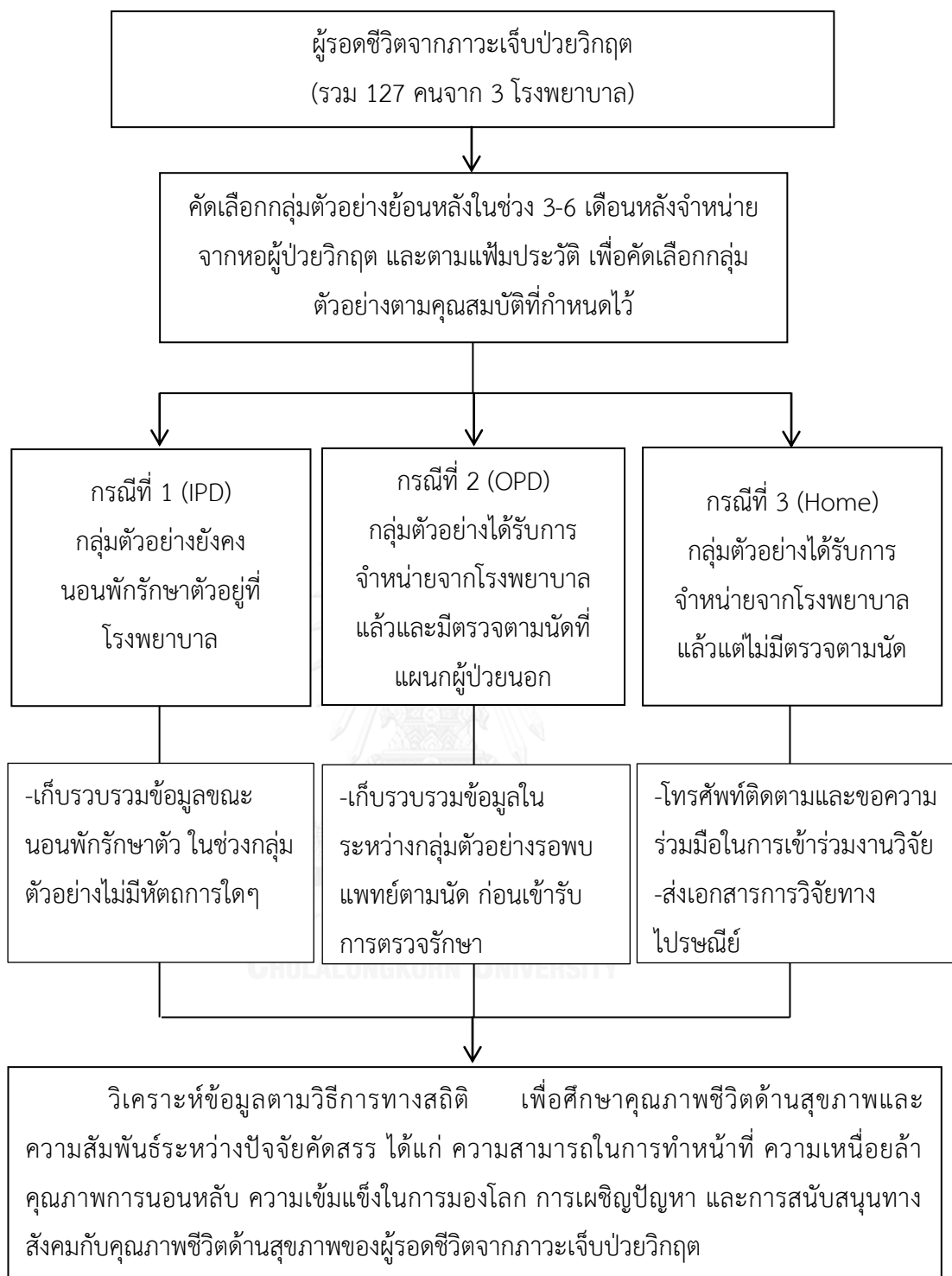
2.4 ในกรณีที่ 1 กลุ่มตัวอย่างนอนพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล และกรณีที่ 2 กลุ่มตัวอย่างได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วและมีตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่งอยู่ในสถานที่ซึ่งมีความเป็นส่วนตัวที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ จากนั้นผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับการตอบแบบประเมินที่ประกอบด้วย แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก แบบประเมินวิธีการเผชิญปัญหา แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมและแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยใช้เวลาในการตอบแบบประเมิน 30-45 นาที

2.5 ในกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบประเมินได้ด้วยตนเอง เช่น มีปัญหาทางสายตา ในกรณีที่ 1 กลุ่มตัวอย่างนอนพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล และกรณีที่ 2 กลุ่มตัวอย่างได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วและมีตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อความและคำตอบให้ทีละข้อ และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบที่ตรงกับตนเองมากที่สุด ในกรณีที่ 3 กลุ่มตัวอย่างได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วแต่ไม่มีตรวจตามนัด แนะนำให้ญาติของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้อ่านข้อความและคำตอบให้

2.6 หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างที่ตอบแบบประเมิน สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ทั้ง 3 กรณี คือ กรณีที่ 1 กลุ่มตัวอย่างนอนพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล และกรณีที่ 2 กลุ่มตัวอย่างได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วและมีตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก สามารถสอบถามได้โดยตรง ส่วนกรณีที่ 3 กลุ่มตัวอย่างได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วแต่ไม่มีตรวจตามนัด ผู้วิจัยให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อทำการติดต่อกลับ โดยผู้วิจัยอธิบายและขยายความในข้อความที่สงสัยและไม่เข้าใจ อีกทั้งทวนซ้ำเพื่อความเข้าใจซึ่งตรงกันของการตอบแบบประเมิน

2.7 ดำเนินการตามขั้นตอนในข้อที่ 2.1-2.6 จนได้กลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้เก็บกลุ่มตัวอย่างได้จริง 127 คน โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 4 คน ไม่ได้ส่งเอกสารกลับโทรติดตามซ้ำ แจ้งไม่สะดวกในการให้ข้อมูลหลังอ่านเอกสารทั้งหมด อีก 1 คน ได้รับเอกสารแต่ให้ข้อมูลไม่ครบ โทรติดตามซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเดินทางไปต่างประเทศ

2.8 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของแบบประเมิน ที่ได้จากการตอบแบบประเมินอีกครั้ง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ



ภาพที่ 4 แสดง ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของแต่ละโรงพยาบาลที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับพิจารณาแล้วจึงเริ่มทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้อันไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์และการให้การรักษาแต่อย่างใด หากมีข้อสงสัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การวิจัยครั้งนี้จะสิ้นสุด โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีพบกลุ่มตัวอย่าง 4 คนแจ้งออกจากการศึกษา โดยหลังอ่านเอกสารการวิจัยทั้งหมดแล้วไม่สะดวกทำ และผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม ไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่างให้ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ระหว่างการเก็บข้อมูลหากกลุ่มตัวอย่างมีความผิดปกติ ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมการช่วยเหลือไว้ดังนี้

1. กรณีเกิดอาการผิดปกติทางด้านร่างกาย ผู้วิจัยยุติให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินทันที และนำกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติส่งพบแพทย์เพื่อดำเนินการรักษาที่เหมาะสมต่อไป
2. กรณีผู้ช่วยเกิดปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้วิจัยยุติการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยระบายความรู้สึก และความต้องการโดยให้ความมั่นใจในการปกปิดความลับของข้อมูลเหล่านั้น ตลอดจนรับฟังอย่างตั้งใจ และแสดงความเห็นใจ แสดงความเข้าใจในความรู้สึกที่เกิดขึ้น ในกรณีผู้ช่วยมีสภาพวิกฤติทางด้านจิตใจและอารมณ์มากเกิดความช่วยเหลือผู้วิจัยจะติดต่อประสานงานกับพยาบาลในแผนกนั้นให้ช่วยเหลือต่อ

การวิจัยครั้งนี้ไม่พบกลุ่มตัวอย่างมีความผิดปกติใดๆ ในขณะที่เข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อคำถามแต่ละฉบับ พร้อมทั้งกำกับรหัสของข้อมูลแต่ละข้อ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรคแรกเริ่ม เหตุผลที่ต้องรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต การดูแลที่ได้รับที่เฉพาะจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต และโรคประจำตัว วิเคราะห์โดยการแจกแจงค่าความถี่และใช้สถิติร้อยละ ส่วน อายุ

รายได้ อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต และระยะเวลาการเจ็บป่วยในโรงพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าพิสัย

2. วิเคราะห์ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson' product-moment correlation) และใช้การแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยเกณฑ์ของ Burns and Grove (2003) ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 10 การแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

| ขนาดความสัมพันธ์ | ความหมาย |
|------------------|--------------------------|
| 0.10 - 0.29 | มีความสัมพันธ์กันต่ำ |
| 0.30 - 0.49 | มีความสัมพันธ์กันปานกลาง |
| 0.50 - 1.00 | มีความสัมพันธ์กันสูง |

ส่วนเครื่องหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) จะแสดงถึงลักษณะความสัมพันธ์ ถ้าเป็น (+) แสดงว่ามีความสัมพันธ์แบบแปรผันตรง ถ้าเป็น (-) แสดงว่ามีความสัมพันธ์แบบแปรผกผันกัน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 20-59 ปี ที่เคยได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของโรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 127 คน นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำอธิบาย แบ่งเป็น 4 ตอน ได้ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ดังตารางที่ 11-12

ตอนที่ 2 การศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ดังตารางที่ 13-15

ตอนที่ 3 คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทางสังคม ดังตารางที่ 16

ตอนที่ 4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ดังตารางที่ 17

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต โดยการหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 11-12

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับ

การศึกษา รายได้ อาชีพก่อนการเจ็บป่วยวิกฤต ผลต่อการประกอบอาชีพหลังการเจ็บป่วยวิกฤต สิทธิการรักษา ระยะเวลาหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการรักษา กลุ่มโรค เหตุผลที่ต้องรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ระยะเวลาการเจ็บป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ระยะเวลาการเจ็บป่วยในโรงพยาบาล การดูแลที่ได้รับที่เฉพาะจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต โรคประจำตัว สถานที่เก็บข้อมูล (n = 127)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน (คน) (n=127) | ร้อยละ |
|----------------------|-----------------------|-----------|
| เพศ | | |
| ชาย | 76 | 59.8 |
| หญิง | 51 | 40.2 |
| อายุ (ปี) | | |
| 30 - 39 | 15 | 11.8 |
| 40 - 49 | 43 | 33.9 |
| 50 - 59 | 69 | 54.3 |
| (Min = 30, Max = 59) | $\bar{x} = 49.6$ | SD = 8.06 |
| ศาสนา | | |
| พุทธ | 124 | 97.6 |
| คริสต์ | 3 | 2.4 |
| สถานภาพสมรส | | |
| คู่ | 72 | 56.7 |
| โสด | 29 | 22.8 |
| หม้าย | 14 | 11.0 |
| หย่าร้าง | 9 | 7.1 |
| แยกกันอยู่ | 3 | 2.4 |
| ระดับการศึกษา | | |
| ประถมศึกษา | 51 | 40.1 |

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน (คน) (n=127) | ร้อยละ |
|---|-----------------------|--------------|
| มัธยมศึกษา/ปวช. | 39 | 30.7 |
| ปวส./อนุปริญญา | 10 | 7.9 |
| ปริญญาตรี | 10 | 7.9 |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 8 | 6.3 |
| ไม่ได้เรียน | 9 | 7.1 |
| รายได้ (บาท) | | |
| 0 - 10,000 | 87 | 68.5 |
| 10,001 - 20,000 | 14 | 11.0 |
| 20,001 - 30,000 | 8 | 6.3 |
| 30,001 - 40,000 | 7 | 5.5 |
| 40,001 บาทขึ้นไป | 11 | 8.7 |
| (Min = 0, Max = 100,000) | $\bar{x} = 12,846.12$ | SD = 1724.78 |
| ความเพียงพอของรายได้ | | |
| เพียงพอ | 48 | 37.8 |
| ไม่เพียงพอ | 79 | 62.2 |
| อาชีพก่อนการเจ็บป่วยวิกฤต | | |
| รับจ้าง | 49 | 38.5 |
| ค้าขาย | 21 | 16.5 |
| ทำนา/ทำไร่/ทำสวน | 3 | 2.4 |
| พนักงานบริษัท | 15 | 11.8 |
| รับราชการ | 18 | 14.2 |
| อื่นๆ | 3 | 2.4 |
| ไม่ได้ทำงาน | 18 | 14.2 |
| ผลต่อการประกอบอาชีพหลังการเจ็บป่วยวิกฤต | | |
| ไม่มีผลต่อการประกอบอาชีพ | 73 | 57.5 |
| มีผลต่อการประกอบอาชีพ | 54 | 42.5 |
| สิทธิการรักษา | | |
| ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) | 66 | 52.0 |

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน (คน) (n=127) | ร้อยละ |
|---------------------------------------|-----------------------|--------|
| ประกันสังคม | 36 | 28.3 |
| ต้นสังกัด | 25 | 19.7 |
| ระยะเวลาหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต | | |
| ตั้งแต่ 3 - 4 เดือน | 32 | 25.2 |
| มากกว่า 4 - 5 เดือน | 41 | 32.3 |
| มากกว่า 5 - 6 เดือน | 54 | 42.5 |
| หอผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการรักษา | | |
| หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม | 89 | 70.1 |
| หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม | 38 | 29.9 |
| กลุ่มโรคของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วย | | |
| Respiratory | 11 | 8.7 |
| Gastrointestinal | 23 | 18.0 |
| Cardio-vascular | 37 | 29.1 |
| Intoxication | 3 | 2.4 |
| Sepsis | 6 | 4.7 |
| Renal | 3 | 2.4 |
| Neurological | 41 | 32.3 |
| Miscellaneous | 3 | 2.4 |
| เหตุผลที่ต้องรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต | | |
| เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด | 52 | 40.9 |
| โรคเรื้อรังที่มีการกำเริบ | 47 | 37.0 |
| อุบัติเหตุหรือเกิดภัยอันตราย | 9 | 7.1 |
| โรคมะเร็งที่ลุกลามไปอวัยวะที่สำคัญ | 9 | 7.1 |
| โรคทางพันธุกรรมและโรคเสื่อม | 10 | 7.9 |
| ระยะเวลาการเจ็บป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต | | |
| 1 - 3 วัน | 68 | 53.5 |
| 4 - 6 วัน | 32 | 25.2 |
| 7 - 9 วัน | 18 | 14.2 |

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน (คน) (n=127) | ร้อยละ |
|--------------------------------|-----------------------|------------|
| 10 - 12 วัน | 6 | 4.7 |
| >13 วัน | 3 | 2.4 |
| (Min = 1, Max =21) | $\bar{x} = 4.24$ | SD = 3.86 |
| ระยะเวลาการเจ็บป่วยในโรงพยาบาล | | |
| 1 - 3 วัน | 6 | 4.7 |
| 4 - 6 วัน | 22 | 17.3 |
| 7 - 9 วัน | 18 | 14.2 |
| 10 - 12 วัน | 23 | 18.1 |
| 13 - 15 วัน | 17 | 13.4 |
| >15 วัน | 41 | 32.3 |
| (Min = 3, Max =65) | $\bar{x} = 15.5$ | SD = 13.40 |
| จำนวนโรคประจำตัว | | |
| 1 โรค | 37 | 29.1 |
| 2 โรค | 24 | 18.9 |
| 3 โรค | 17 | 13.4 |
| ไม่มีโรคประจำตัว | 49 | 38.6 |
| สถานที่เก็บข้อมูล | | |
| หอผู้ป่วยใน | 7 | 5.5 |
| หอผู้ป่วยนอก | 32 | 25.2 |
| ส่งไปรษณีย์ไปที่บ้าน | 88 | 69.3 |

จากตารางที่ 11 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 59.8 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ($\bar{x} = 49.6$, SD = 8.06) คิดเป็นร้อยละ 54.3 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 97.6 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 56.7 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40.1 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 0 - 10,000 บาท ($\bar{x} = 12,846.12$, SD = 1724.78) คิดเป็นร้อยละ 68.5 รายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 62.2 อาชีพก่อนการเจ็บป่วยวิกฤตส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 38.5 การเจ็บป่วยวิกฤตไม่มีผลต่อการประกอบอาชีพหลังการจำหน่าย คิดเป็นร้อยละ 57.5 สิทธิการรักษาพยาบาลใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 52 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เก็บข้อมูลในระยะเวลาหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต มากกว่า 5 - 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ

42.5 กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม คิดเป็นร้อยละ 70.1 กลุ่มโรคที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคระบบประสาท (Neurological) คิดเป็นร้อยละ 32.3 และเหตุผลที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 40.9 ระยะเวลาในหอผู้ป่วยวิกฤต 1-3 วัน (\bar{x} = 4.24, SD = 3.86) คิดเป็นร้อยละ 53.5 ระยะเวลาการเจ็บป่วยในโรงพยาบาล มากกว่า 15 วัน (\bar{x} = 15.5, SD = 13.40) คิดเป็นร้อยละ 32.3 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 38.6 สถานที่เก็บข้อมูลส่วนใหญ่ ส่งไปรษณีย์ไปที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 69.3

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การดูแลที่ได้รับที่เฉพาะจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (n = 127)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน (คน) (n=127) | ร้อยละ | \bar{x} (วัน) | SD |
|--|-----------------------|--------|--------------------|------|
| การดูแลที่ได้รับที่เฉพาะจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต | | | | |
| 1 ชนิด | 74 | 58.3 | | |
| 2 ชนิด | 25 | 19.7 | | |
| 3 ชนิด | 6 | 4.7 | | |
| 4 ชนิด | 16 | 12.6 | | |
| 5 ชนิด | 6 | 4.7 | | |
| จำแนกเป็นชนิดของการดูแล (กลุ่มตัวอย่าง 1 คน สามารถได้รับการดูแลได้มากกว่า 1 ชนิด) | | | | |
| อุปกรณ์ช่วยหายใจ | 121 | 49.4 | 2.57 | 3.32 |
| On IABP | 9 | 3.7 | .31 | 1.17 |
| On Arterial line | 40 | 16.3 | .98 | 1.71 |
| ใส่สายระบายทรวงอก | 25 | 10.2 | .55 | 1.19 |
| On Central line/Swan ganz catheter | 47 | 19.2 | 1.88 | 3.14 |
| ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ (Pacemaker) | 3 | 1.2 | .24 | 1.09 |

จากตารางที่ 12 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการดูแลที่เฉพาะจากการเจ็บป่วยระยะวิกฤต 1 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 58.3 และส่วนใหญ่ได้รับอุปกรณ์ช่วยหายใจ คิดเป็นร้อยละ 49.4 (\bar{x} = 2.57, SD = 3.32)

ตอนที่ 2 การศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต วิเคราะห์โดยการหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 13-14

ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละของแต่ละมิติของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพตามแบบประเมิน EQ-5D-5L

| คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 5 มิติ | จำนวน (ร้อยละ) | | | | |
|------------------------------|----------------|---------------------|--------------------|----------------|----------------------|
| | ไม่มี ปัญหา | มีปัญหา เล็กน้อย | มีปัญหา ปานกลาง | มีปัญหา มาก | มีปัญหา มากที่สุด |
| การเคลื่อนไหว | 52 (40.9) | 39 (30.8) | 21 (16.5) | 6 (4.7) | 9 (7.1) |
| การดูแลตนเอง | 79 (62.2) | 24 (18.9) | 9 (7.1) | 6 (4.7) | 9 (7.1) |
| กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ | 44 (34.6) | 32 (25.2) | 27 (21.3) | 15 (11.8) | 9 (7.1) |
| ความเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว | 24 (18.9) | 64 (50.3) | 27 (21.3) | 9 (7.1) | 3 (2.4) |
| ความวิตกกังวล/ซึมเศร้า | 46 (36.2) | 63 (49.6) | 15 (11.8) | 3 (2.4) | 0 (0) |

จากตารางที่ 13 เมื่อวัดด้วยเครื่องมือ EQ-5D-5L พบว่า ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาในการเดินร้อยละ 40.9 ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองร้อยละ 62.2 ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตส่วนใหญ่สุขภาพ ไม่มีผลต่อการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำร้อยละ 34.6 ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตส่วนใหญ่มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวเล็กน้อยร้อยละ 50.3 และผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ส่วนใหญ่รู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 49.6

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ของคุณภาพชีวิตด้าน
 สุขภาพ 5 มิติ (EQ-5D-5L) ของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต
 (n=127)

| คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 5 มิติ | Possible range | \bar{x} | SD | Min | Max |
|-------------------------------|----------------|-----------|-----|-----|-----|
| 1.การเคลื่อนไหว | 0 ถึง .307 | .069 | .09 | .00 | .31 |
| 2.การดูแลตนเอง | 0 ถึง .254 | .043 | .08 | .00 | .25 |
| 3.กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ | 0 ถึง .207 | .061 | .07 | .00 | .21 |
| 4.ความเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว | 0 ถึง .266 | .057 | .06 | .00 | .27 |
| 5.ความวิตกกังวล/ซึมเศร้า | 0 ถึง .249 | .032 | .04 | .00 | .20 |

จากตารางที่ 14 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้ง 5 มิติ (EQ-5D-5L) ของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต พบว่า มิติการเคลื่อนไหว ค่าเฉลี่ย .069 มิติการดูแลตนเอง ค่าเฉลี่ย .043 มิติกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ค่าเฉลี่ย .061 มิติความเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว ค่าเฉลี่ย .057 มิติการดูแลตนเอง และมิติความวิตกกังวล/ซึมเศร้า ค่าเฉลี่ย .032

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และการแปลผลระดับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ตามเครื่องมือ EuroQol อรรถประโยชน์ของ EQ-5D-5L และ VAS ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 127)

| คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ | Possible range | \bar{x} | SD | Min | Max |
|---|----------------|-----------|-------|------|-----|
| คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 5 มิติ (EQ-5D-5L) | -0.283 ถึง 1 | 0.738 | .28 | -.06 | 1.0 |
| ภาวะสุขภาพ (VAS) | 0 ถึง 100 | 69.21 | 19.92 | 20 | 100 |

จากตารางที่ 15 พบว่า คะแนนอรรถประโยชน์ของ EQ-5D-5L และ VAS พบว่า ค่าเฉลี่ยของอรรถประโยชน์ของ EQ-5D-5L เท่ากับ 0.738 ซึ่งหมายถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่ **ตอนที่ 3 การศึกษาความสามารถในการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทางสังคม**

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ของความสามารถในการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 127)

| ตัวแปร | Possible range | \bar{x} | SD | Min | Max |
|-------------------------------|----------------|-----------|-------|------|------|
| ความสามารถในการทำหน้าที่ | 1-100 | 76.85 | 17.67 | 40 | 100 |
| ความเหนื่อยล้า | 1-10 | 3.59 | 2.50 | 0 | 8.75 |
| คุณภาพการนอนหลับ | 0-21 | 5.61 | 2.97 | 1 | 12 |
| ความเข้มแข็งในการมองโลก | 13-65 | 46.13 | 8.99 | 28 | 61 |
| การเผชิญปัญหาโดยรวม | 1-5 | 2.67 | .52 | 1.11 | 3.61 |
| ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา | 1-5 | 2.88 | .86 | 1.00 | 4.69 |
| ด้านการจัดการกับอารมณ์ | 1-5 | 2.07 | .64 | 1.00 | 3.89 |
| ด้านการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบน | 1-5 | 2.84 | .64 | 1.00 | 4.00 |
| ความรู้สึก | | | | | |
| การสนับสนุนทางสังคม | 7-34 | 26.74 | 4.72 | 14 | 34 |

จากตารางที่ 16 พบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตอยู่ในระหว่างความสามารถปฏิบัติกิจกรรมตามปกติและทำงานได้ไม่ต้องการการดูแล

เป็นพิเศษ และไม่สามารถทำงานได้ สามารถอยู่บ้านได้ แต่ต้องการการดูแลเรื่องส่วนตัวเกือบทั้งหมด ต้องการความช่วยเหลือในระดับต่างๆ กัน ($\bar{x} = 76.85$, $SD = 17.67$) ความเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.59$, $SD = 2.50$) คุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{x} = 5.61$, $SD = 2.97$) ความเข้มแข็งในการมองโลกของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 46.13$, $SD = 8.99$) การเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.67$, $SD = .52$) การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 26.74$, $SD = 4.72$)

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

ตารางที่ 17 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ($n = 127$)

| ตัวแปร | สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ | p-value |
|-------------------------------|------------------------|---------|
| ความสามารถในการทำหน้าที่ | .773 | .000 |
| ความเหนื่อยล้า | -.723 | .000 |
| คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี | -.441 | .000 |
| ความเข้มแข็งในการมองโลก | .570 | .000 |
| การเผชิญปัญหา | .139 | .119 |
| ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา | .269 | .002 |
| ด้านการจัดการกับอารมณ์ | -.472 | .000 |
| ด้านการเผชิญปัญหาแบบเปี่ยงเบน | .262 | .003 |
| ความรู้สึกลึก | | |
| การสนับสนุนทางสังคม | .126 | .158 |

จากตารางที่ 17 พบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ และความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .773, .570$ ตามลำดับ) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ และความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.723$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.441$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ส่วนการเผชิญปัญหาโดยรวม และการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แต่เมื่อวิเคราะห์รายด้านของการเผชิญปัญหา พบว่า การเผชิญปัญหาด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา และด้านการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึกความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .269, .262$ ตามลำดับ) และการเผชิญหน้าด้านการจัดการกับอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.472$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตภายในช่วงระยะเวลา 3-6 เดือน ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 20-59 ปี ที่เคยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของโรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ได้กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบ 3 ขั้นตอน (Triple stage Sampling) จำนวน 127 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยในช่วงระหว่างเดือน พฤษภาคม 2559 ถึง เดือนมิถุนายน 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบประเมินมีทั้งหมด 8 ชุดประกอบด้วย แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก แบบประเมินการเผชิญปัญหา แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ แบบประเมินได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 1.0, 1.0, .89, .92, .81, 1.0, และ 1.0 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยง โดยนำแบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก แบบประเมินการเผชิญปัญหา แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไปทดลองใช้กับผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94, .79, .80, .88, .82, และ .89 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ อาชีพก่อนการเจ็บป่วยวิกฤต ผลต่อการประกอบอาชีพหลังการเจ็บป่วยวิกฤต สิทธิการรักษา การวินิจฉัยโรคก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล เหตุผลที่ต้องรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ระยะเวลาการเจ็บป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ระยะเวลาการเจ็บป่วยในโรงพยาบาล การดูแลที่ได้รับที่เฉพาะจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต โรคประจำตัว วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้ดังนี้

2. ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 59.8 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี (\bar{x} = 49.6, SD = 8.06) คิดเป็นร้อยละ 54.3 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 97.6 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 56.7 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40.1 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 0 - 10,000 บาท (\bar{x} = 12,846.12, SD = 1724.78) คิดเป็นร้อยละ 68.5 รายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 62.2 อาชีพก่อนการเจ็บป่วยวิกฤตส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 38.5 การเจ็บป่วยวิกฤตไม่มีผลต่อการประกอบอาชีพหลังการจำหน่าย คิดเป็นร้อยละ 57.5 สิทธิการรักษาพยาบาลใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 52 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เก็บข้อมูลในระยะเวลาหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต มากกว่า 5 - 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 42.5 กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม คิดเป็นร้อยละ 70.1 กลุ่มโรคที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคระบบประสาท (Neurological) คิดเป็นร้อยละ 32.3 และเหตุผลที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 40.9 ระยะเวลาในหอผู้ป่วยวิกฤต 1-3 วัน (\bar{x} = 4.24, SD = 3.86) คิดเป็นร้อยละ 53.5 ระยะเวลาการเจ็บป่วยในโรงพยาบาล มากกว่า 15 วัน (\bar{x} = 15.5, SD = 13.40) คิดเป็นร้อยละ 32.3 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 38.6 สถานที่เก็บข้อมูลส่วนใหญ่ ส่งไปรษณีย์ไปที่บ้าน คิดเป็นร้อย

ละ 69.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการดูแลที่เฉพาะจากการเจ็บป่วยระยะวิกฤต 1 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 58.3 และได้รับ อุปกรณ์ช่วยหายใจ คิดเป็นร้อยละ 49.4 ($\bar{x} = 2.57$, $SD = 3.32$)

2. ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = .738$, $SD = .28$)

3. ความสามารถในการทำหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .773$)

4. ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.723$)

5. คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.441$)

6. ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .570$)

7. การเผชิญปัญหาโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต แต่พบว่ามีสัมพันธ์ในรายด้าน ดังนี้ การเผชิญปัญหาด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา และด้านการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึกความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .269$, $.262$ ตามลำดับ) และการเผชิญหน้าด้านการจัดการกับอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.472$)

8. การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยและนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับดี ($\bar{x} = .738$, $SD = .28$) ซึ่งไม่สอดคล้องจากการทบทวนวรรณกรรม ว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตจะต่ำในช่วง 3-6 เดือน (Chaboyer, 2000; Cuthbertson et al., 2005; Jackson et al., 2014) อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

ในระยะเวลา 1-3 วัน ($\bar{x} = 4.24$, $SD = 3.86$) คิดเป็นร้อยละ 53.5 จากการศึกษาพบว่า การได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตในระยะเวลาสั้น ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ขาดการสื่อสาร สถานการณ์ในหอผู้ป่วยวิกฤตเร่งรีบ คุณค่าในตนเองลดลง จึงมีผลต่อร่างกายจิตใจและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Orwelius et al., 2005) ของผู้รอดชีวิตซึ่งสอดคล้องจากการศึกษา Ringdal, Plos, Ortenwall, and Bergbom (2010) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรอดชีวิตจากหอผู้ป่วยวิกฤตในระยะเวลา 6-18 เดือน พบว่า การนอนพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยวิกฤตมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้าน physical functioning and role physical domains และจากการศึกษาของ Khoudri et al. (2012) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรอดชีวิตจากหอผู้ป่วยวิกฤตในระยะเวลาตั้งแต่ 3 เดือน พบว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตนานจะพบคุณภาพชีวิตหลังรอดชีวิตจากหอผู้ป่วยวิกฤตที่ต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($b = -0.01$; $p = 0.049$)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการดูแลที่เฉพาะจากการเจ็บป่วยระยะวิกฤต คืออุปกรณ์ช่วยหายใจ คิดเป็นร้อยละ 49.4 ($\bar{x} = 2.57$, $SD = 3.32$) โดยการใช้เครื่องช่วยหายใจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต 5 ด้านคือ physical functioning, role physical, vitality, social functioning, and mental health (Ringdal et al., 2010) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wehler et al. (2001) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรอดชีวิตจากหอผู้ป่วยวิกฤตในระยะเวลา 6 เดือน พบว่า การใช้เครื่องช่วยหายใจในระยะเวลาสั้นจะทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจและใช้เวลาในการใช้เฉลี่ย 2.57 วัน จึงทำให้ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตดี

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 38.6 จากการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรอดชีวิตจากไอซียูตั้งแต่ 2 ปี พบว่า โรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (Granja et al., 2002) สอดคล้องกับการศึกษา (Orwelius et al., 2013) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรอดชีวิตจากหอผู้ป่วยวิกฤตในระยะเวลา 3 เดือนและ 3 ปี พบว่า โรคที่มีก่อนการนอนพักรักษาตัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตกลุ่มนี้ดีกว่าการทบทวนวรรณกรรมจากต่างประเทศ

นอกจากนี้จากการศึกษาเพิ่มเติมพบว่า ปัจจัยพื้นฐานของบุคคลมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Orem, 2001) จากงานวิจัยในครั้งนี้ ดังนี้

เพศ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญกับสิ่งแวดล้อม การปรับตัวทางด้านจิตใจ เพราะความสามารถในการระบายความทุกข์ที่สังคมยอมรับและทัศนคติต่อความเจ็บป่วยแตกต่างกัน (Andreason & Noris, 1972) นอกจากนั้นเพศจะทำให้เกิดความแตกต่างทางด้านสรีระภาพในบุคคล

ซึ่งอาจมีผลต่อความต้องการการดูแลตนเองที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และจากการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นเพศชาย (ร้อยละ 59.8) ซึ่งจากการศึกษาของ Khoudri et al. (2012) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคชีวิตจากหออผู้ป่วยวิกฤตตั้งแต่ 3 เดือน พบว่า เพศชายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($b = 6.5, p = 0.048$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Orwelius et al. (2013) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคชีวิตจากหออผู้ป่วยวิกฤตในระยะ 3 เดือนและ 3 ปี พบว่า เพศชายมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จะเห็นว่าเพศชายจะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศหญิง อีกทั้งสังคมไทยมักมอบหมายให้ผู้หญิง ต้องดูแลเด็ก คนป่วย คนชรา ทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน ร่วมกับในสังคมไทยสมัยใหม่ เพศหญิงจะต้องออกไปหารายได้ให้ครอบครัว (นาถฤดี เต๋นดวง, ม.ป.ป.) ซึ่งทำให้เวลาเพศหญิงเกิดภาวะเจ็บป่วยจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตได้มากกว่าเพศชาย อีกทั้งเพศชายมีความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายมากกว่า ทำให้มีพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ดีกว่า (สุวิมล เสงี่ยมศักดิ์, 2557)

สถานภาพสมรส เป็น ส่วนหนึ่งของปัจจัยพื้นฐานใน ระบบครอบครัว (Family system factors) (Orem, 2001) โดยความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว มีผลต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิกที่เจ็บป่วย โดยการมีคู่สมรสอยู่ด้วยกัน จะส่งผลให้มีผู้คอยดูแลช่วยเหลือ ให้กำลังใจ พร้อมทั้ง รู้สึกมั่นคงในชีวิตซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Umberson & Karas, 2010) และจากการวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นสมรสคู่ (ร้อยละ 56.7) ซึ่งจากการศึกษาของ Orwelius et al. (2013) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคชีวิตจากหออผู้ป่วยวิกฤตในระยะ 3 เดือนและ 3 ปี พบว่า สถานภาพโสดมีคุณภาพชีวิตต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อ ค่านิยมการรับรู้ และความคาดหวังเกี่ยวกับสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตามบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง อาจมีอารมณ์ และความต้องการทางด้านร่างกายสูง โดยที่บุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ จะมีความเชื่อ ความศรัทธา จึงสามารถรับได้ในสถานะการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ (Damghi et al., 2008; Khoudri et al., 2012) และจากการวิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา และไม่ได้เรียน (ร้อยละ 40.1, ร้อยละ 7.1 ตามลำดับ) ซึ่งจากการศึกษาของ Khoudri et al. (2012) ในผู้ป่วยโรคชีวิตจากหออผู้ป่วยวิกฤตตั้งแต่ 3 เดือน พบว่า ผู้รอดชีวิตที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($b = -0.2, p = 0.010$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wehler et al. (2001) ในผู้รอดชีวิตจากหออผู้ป่วยวิกฤตระยะ 6 เดือน พบว่า ระดับการศึกษาสูงจะพบคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.0002$)

ดังนั้นเป็นไปได้ว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทำให้ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตภายในช่วงระยะเวลา 3-6 เดือน ของการวิจัยในครั้งนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ($\bar{x} = .738$, $SD = .28$) แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาคคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Sakthong et al. (2015) ในผู้ป่วยเรื้อรังของประเทศไทยจำนวน 1,156 คน พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่วัดด้วยเครื่องมือ EQ-5D ของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตมีคะแนนเฉลี่ยที่ต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศ ($\bar{x} = 0.86$, $SD = .14$) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่าผู้ป่วยทั่วไป ที่สอดคล้องกับการศึกษา McKinley et al. (2016) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตระดับตติยภูมิ จำนวน 193 คน โดยประเมินคุณภาพชีวิตระยะเวลา 6 เดือนหลังการจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า คุณภาพชีวิตในผู้รอดชีวิตกลุ่มนี้ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และจากการศึกษาของ Orwelius et al. (2013) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมและศัลยกรรม จำนวน 780 คน โดยประเมินในระยะ 3 เดือนและ 3 ปีหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่า คุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้รอดชีวิตมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ฉะนั้นจะเห็นว่าการเจ็บป่วยวิกฤตส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ในทุกด้านเมื่อเทียบกับคุณภาพชีวิตเดิมของบุคคลนั้น คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดำนั้นสามารถมีได้ถึง 14 ปีหลังจากการจำหน่าย (Dowdy et al., 2005) และจากการศึกษา Chaboyer (2000) พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตจะต่ำสุดในช่วง 6 เดือน ซึ่งเป็นช่วงที่มีการฟื้นคืนเพื่อให้กลับเข้าสู่สภาวะก่อนการนอนรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งจะเห็นว่าการศึกษาคคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตมีความสำคัญในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตในกลุ่มนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

2.1 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำหน้าที่กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

ความสามารถในการทำหน้าที่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .773$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่า ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ที่มีความสามารถในการทำหน้าที่ดีจะ

มีคุณภาพชีวิตดี และผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ที่มีความสามารถในการทำหน้าที่ไม่ดี จะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ในความหมายของความสามารถในการทำหน้าที่ เป็นความสามารถของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตในการปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตที่มากที่สุด ได้แก่ ความสามารถในการทำงาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยปกติ และความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ได้ว่า ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ในร่างกาย เกิดความบกพร่องของอวัยวะ การทำงานของระบบเลือด ความผิดปกติของการขับของเสียที่เกิดจากการทำงานของไตบกพร่อง สภาวะต่างๆ ที่เกิดขึ้นนี้ทำให้การทำหน้าที่ของร่างกาย และอวัยวะบกพร่องไป (Iwashyna & Netzer, 2012) ทำให้ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตมีการรับรู้ถึงผลกระทบต่อภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่เกิดขึ้น นั่นคือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ไม่สามารถกลับไปทำงานหาเลี้ยงชีพ อีกทั้งต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง (DerSchaaf et al., 2008; Jackson et al., 2014) ในการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 76 คน ร้อยละ 59.8 (คะแนน 80-100) และพบระยะเวลาการเจ็บป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต 1-3 วัน ($\bar{x} = 4.24$, $SD = 3.86$, $Min = 1$ วัน, $Max = 21$ วัน) จากการศึกษา Villa et al. (2016) พบว่า ระยะเวลาในการนอนพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยวิกฤต และความสามารถในการทำหน้าที่นั้นมีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต อีกทั้งจากการศึกษาของ DerSchaaf et al. (2009) พบว่า ระยะเวลาการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างน้อย 48 ชั่วโมง ส่งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่บกพร่อง จึงเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างนี้จึงสามารถปฏิบัติกิจกรรมตามปกติและทำงานได้ไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ทำให้มีความเชื่อมั่นในสุขภาพของตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สามารถดำรงชีวิตได้ เกิดความพึงพอใจในชีวิต ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยยดี สอดคล้องกับการศึกษา Vest et al. (2011) พบว่า ผู้รอดชีวิตที่มีความสามารถในการทำหน้าที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

ความเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.723$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่า ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ที่ไม่มีความเหนื่อยล้าจะมีคุณภาพชีวิตดี และผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ที่มีความเหนื่อยล้ามาก จะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ในความหมายของความเหนื่อยล้า เป็นการรับรู้ของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตเกี่ยวกับความรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ขาดพลังงานจนถึงหมดแรง ไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย สติปัญญา และอารมณ์ เป็นความเหนื่อยล้าแบบเรื้อรัง ทั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ได้ว่า ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตจะเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การรักษา

ในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีปัจจัยเสี่ยงทวีความรุนแรงของความเหนื่อยล้า และความรุนแรงนี้จะขึ้นอยู่กับชนิดของภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นต่อร่างกายและจิตใจ จากปฏิกิริยาของร่างกายที่พยายามรักษาสมดุล โดยความเหนื่อยล้าจะเกิดขึ้นเมื่อพลังงานที่มีอยู่นั้น ไม่เพียงพอต่อความต้องการในภาวะที่เจ็บป่วย เมื่อความเหนื่อยล้าถูกสะสมเพิ่มขึ้นในระยะเจ็บป่วยวิกฤต และไม่ได้รับการแก้ไข จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าเรื้อรังหลังภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (Schaefer & Potylycki, 1993; Matthews, 2011) ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตจะมีความรู้สึกหมดพลัง ขาดความกระตือรือร้น ส่งผลต่อความสามารถในการเคลื่อนไหว และกระทบต่อการทำกิจกรรม หรือความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อีกทั้งความเหนื่อยล้าเป็นกลไกการเกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจ ที่แสดงถึงความรู้สึกเป็นทุกข์ เกิดเป็นความไม่พึงพอใจในตนเอง เมื่อเกิดความเหนื่อยล้า ผู้รอดชีวิตจะต้องใช้ระยะเวลาเพิ่มขึ้น ในการฟื้นฟูสภาพหลังภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (Piper et al., 1998; Salisbury et al., 2010) จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ลดลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง ในการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.59$, $SD = 2.50$) สอดคล้องกับการศึกษา Kelly and McKinley (2010) ในผู้รอดชีวิตหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตระยะ 6 เดือน พบว่า ผู้รอดชีวิตร้อยละ 50 เกิดความเหนื่อยล้า หมดพลัง ขาดสมาธิ และความเหนื่อยล้าส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง

2.3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.441$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่า ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี และผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ไม่ดี ในความหมายของคุณภาพการนอนหลับ เป็นความรู้สึกของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตถึงความไม่เพียงพอและความไม่พอใจต่อการนอนหลับ ประกอบด้วยการนอนหลับในเชิงปริมาณ ได้แก่ ระยะเวลาการนอนหลับ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ จำนวนครั้งในการตื่นระหว่างหลับในแต่ละคืน และการนอนหลับในเชิงคุณภาพ ได้แก่ ความลึก ความเพียงพอและความรู้สึกต่อการนอนหลับ รวมทั้งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในตอนกลางวัน

ในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต พบปัญหาการนอนหลับ (Sleep problem) เป็นปัญหาที่สำคัญถึงร้อยละ 32 ในระยะ 6 เดือนหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต (McKinley et al., 2012) ปัญหาการนอนหลับนั้นเกิดขึ้นตั้งแต่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ที่เกิดจากการรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยวิกฤต และภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่เกิดขึ้นคุกคามต่อผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต (Matthews,

2011) ทำให้ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตยังคงต้องเผชิญกับปัญหาการนอนหลับ เช่น การนอนหลับยาก การนอนไม่พอ นอนไม่หลับ นอนไม่เป็นเวลา ตื่นง่าย เกิดความไม่เพียงพอในการนอนหลับ และการนอนในแต่ละช่วงไม่ปกติ (Orwelius et al., 2008) ซึ่งผู้ที่มีปัญหาในการนอนหลับจะทำให้บุคคลนั้นนอนหลับได้ไม่ครบวงจร การนอนหลับในระยะ Non rapid eye movement และ Rapid Eye Movement ไม่สมบูรณ์ จึงทำให้ร่างกายไม่พลังทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ในการทำกิจกรรมและดำรงชีวิตประจำวัน (Romero, 2014; McKinley et al., 2016) ปัญหาการนอนหลับดังกล่าวจึงทำให้คุณภาพการนอนหลับไม่ดีและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2004) ในการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{x} = 5.61$, $SD = 2.97$) เมื่อพิจารณาจากการแปลผลคะแนนของเครื่องมือ จะเห็นว่าคะแนนที่น้อยกว่า 5 คะแนนคือคุณภาพการนอนหลับที่ดี จะเห็นว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างคือ 5.61 มีความค่อนข้างไปทางคุณภาพการนอนหลับที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ McKinley et al. (2016) ในผู้รอดชีวิตหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตระยะ 2 เดือนและ 6 เดือน พบว่า คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ Solverson, Easton, and Doig (2016) ในผู้รอดชีวิตหลังจำหน่ายระยะ 3 เดือน พบว่า คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.4 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

ความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .570$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่า ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี และผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำจะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ในความหมายของความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นการรับรู้ของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่มีต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ เช่น อาการที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค การรักษาหรือผลข้างเคียงของการรักษา เป็นต้น โดยมองว่าสิ่งเร้านั้นเป็นสิ่งที่ทำลาย ไม่ยุ่งยากซับซ้อนสามารถอธิบายสาเหตุ/ผล สามารถคิดค้นวิธีการจัดการกับสิ่งเร้า และมองเห็นว่าตนเองสามารถทำความเข้าใจ ให้ความหมาย และจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ ได้ด้วยตนเองหรือจากบุคคลที่ไว้วางใจได้อย่างมั่นใจจนสำเร็จลุล่วงไปได้ ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตได้ (Antonovsky, 1987)

ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตสามารถเกิดอาการทางด้านจิต-อารมณ์ ความโกรธ ความรู้สึกของการสูญเสีย ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (MacFarlane, 1988; Feinstein & Dolan, 1991; Strohmeyer et al., 1993 as cited in Fok et al., 2004) และจะผ่านการพบสิ่งๆ

ต่างที่เป็นแรงกดดันในจิตใจ เช่น การทำหัตถการในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยเข้าใจว่าเป็นสิ่งที่กำลังช่วยชีวิตตน แต่ในทางกลับกันก็ก่อให้เกิดความเสียดใจจนกระทั่งเสียชีวิต ความเข้มแข็งในการมองโลกจะทำให้ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตสามารถเผชิญและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ฉะนั้นผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตมีความเข้มแข็งในการมองโลกที่ดี พร้อมได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ เช่น การให้การพยาบาล การเยี่ยมในช่วงเวลานัด ได้แลกเปลี่ยนพูดคุย ให้ความรู้และความเข้าใจในสิ่งที่เกิด จะทำให้เกิดการต่อสู้ ปรับตัวและเปลี่ยนแปลงกับสิ่งที่เกิดขึ้น ส่งต่อคุณภาพชีวิตที่ดี (Fok et al., 2004; Engstrom et al., 2015) ในการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 46.13$, $SD = 8.99$) สอดคล้องกับการศึกษา Fok et al. (2004) ในผู้รอดชีวิตหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตระยะ 4 สัปดาห์ พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.5 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

การเผชิญปัญหาโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แต่เมื่อเปรียบเทียบรายด้าน พบมีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตดังนี้ การเผชิญหน้ากับปัญหา และการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .269, .262$ ตามลำดับ) โดยการเผชิญปัญหาแบบการเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping) เป็นการมุ่งที่จะควบคุมปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดปัญหาให้เป็นไปในทางที่ดี โดยการพยายามหาวิธีการต่างๆ ในการควบคุมปัญหา โดยอาจจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ และการเผชิญปัญหาแบบการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึก (Palliative coping) เป็นการแก้ปัญหาโดยการควบคุมเหตุการณ์และคิดหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ปัญหา โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหานั้นไม่เปลี่ยนแปลง (Jalowiec et al., 1984) เพื่อเป็นการจัดการกับปัญหาตามที่บุคคลได้ประเมินไว้ ซึ่งต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างมาก หากมีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมจะทำให้สามารถปรับตัวอยู่ในสังคม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Lazarus & Folkman, 1984)

โดยผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตจะพบปัญหานั้นบ่อยประการ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง การอ่อนล้า ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า โรคเครียดจากภาวะวิกฤต ภาวะสับสน (Rattray, 2013) และโดยเฉพาะปัญหาทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นทำให้ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ฟื้นสภาพทางด้านร่างกายได้ช้าลง จากปัญหาที่เกิดขึ้น ในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่มีทักษะของการเผชิญปัญหาที่ดี หรือที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อพยายามควบคุมความทุกข์ทรมานทางอารมณ์หรือความรู้สึกไม่สบายใจต่างๆ ที่มีสาเหตุมาจากภาวะเจ็บป่วยของตนเอง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ขึ้น (Bergen, 2005; Jackson & Emery, 2011) ส่วนการเผชิญปัญหาแบบการจัดการกับอารมณ์ (Emotion coping) เป็นการแก้ปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหานั้นไม่เปลี่ยนแปลง การจัดการกับอารมณ์นี้ทำให้บุคคลนั้นไม่ได้ระบายความรู้สึก ทำให้เกิดการเก็บกด เพราะไม่ถูกการแก้ปัญหาหลัก จะทำให้บุคคลนั้นไม่สดชื่น มีผลต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลง ซึ่งผลการวิจัยพบว่าการเผชิญปัญหาแบบการจัดการอารมณ์ความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.472$) แต่อย่างไรก็ตามการเผชิญปัญหา ก็เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ฉะนั้น จึงควรมีการส่งเสริมและพัฒนาการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมให้กับผู้รอดชีวิตเพื่อให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้น จากการเผชิญปัญหา เป็นกระบวนการที่ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ที่ใช้ความพยายามทั้งวิธีการคิด การกระทำ ที่แสดงถึงการจัดการกับสถานการณ์ที่คุกคามหรือผลกระทบที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยที่กำลังประสบอยู่ หรือคาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต

2.6 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งจากการศึกษาของนิตยา ศรีสุข (2551) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม อาการไม่สบาย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร และจากการศึกษาของวิรัชพร ประภาพักตร์ (2554) ที่ศึกษา ความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรงหลอดเลือดสมอง พบผลการวิจัยที่สอดคล้องกัน ว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

อาจเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีอายุระหว่าง 50-59 ปี (เฉลี่ย 49.6 ปี) ร้อยละ 69 ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง โดยลักษณะวัยนี้จะเป็นบุคคลจะก้าวไปสู่ความสำเร็จ ของชีวิตตามที่จุดมุ่งหมายที่ตนตั้งขึ้นในสมัยวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ มีการะความรับผิดชอบทั้งต่อพ่อแม่ และลูกหลาน เป็นวัยที่มักมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจจึงเป็นที่พึ่งพาของพ่อแม่และญาติ ดังนั้นความต้องการของคนวัยนี้จึงมักมีศูนย์กลางอยู่ที่ความคิดเกี่ยวกับตนเอง (แสงจันทร์ ทองมาก, 2553) การสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นเพียงส่วนหนึ่งในการเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตแต่ไม่ทั้งหมดตามผลการวิจัยในครั้งนี้ อีกทั้งบริบทสังคมวัฒนธรรมไทยนั้น ครอบครัวจะมีความรักและผูกพันกันในระบบเครือญาติ มีการดูแลซึ่งกันและกัน เอื้ออาทรทั้งในภาวะปกติและเมื่อมีการเจ็บป่วยวิกฤต และระยะหลังเจ็บป่วยวิกฤตสมาชิกในครอบครัว ญาติจะมีบทบาทหน้าที่ดูแล ตลอดจนจัดการกับอาการและอาการแสดงต่างๆ ที่

เกิดขึ้นและมีส่วนช่วยให้สามารถปรับตัวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (House, 1985; ชาย โพธิสิตา, 2554)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาสามารถนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ว่าความสามารถในการทำหน้าทีที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .773$) ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.723$) คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.441$) และความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .570$) ดังนั้นจึงควรนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น เช่น การเพิ่มศักยภาพของร่างกาย ฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ลดความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น แก้ปัญหาการนอนหลับ ส่งเสริมการมองตนเองในเรื่องความเข้มแข็งในการมองโลก และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มการมองปัญหาและแก้ปัญหาเพื่อการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง และลดความกดดันที่เกิดขึ้นในจิตใจ โดยเป็นแนวทางการพยาบาลได้ตั้งแต่ระยะ ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ไปจนถึงการวางแผนจำหน่าย ต่อเนื่องไปถึงช่วงการนัดตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตมีความสามารถในการทำหน้าที่ดีส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีต่อไป

2. ด้านการศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยทางการพยาบาลโดยนำผลการศึกษาที่ได้เป็นแนวในทางการศึกษา การกำหนดระยะเวลาในการศึกษา การเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตเพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่สนับสนุนการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

3. ด้านการวิจัย ใช้เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล โดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลในการสร้างโปรแกรม เพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตในลักษณะการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ละเอียด ลึกซึ้ง และครอบคลุมยิ่งขึ้น เช่นผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตเฉพาะ เช่น ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (ARDS) หรือภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เฉพาะมากขึ้นในการเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้รอดชีวิตจากภาวะการเจ็บป่วยวิกฤต

2. ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระยะยาว และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในระยะต่างๆ เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ตามบริบทในประเทศไทย

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตเพื่อได้ผลการวิจัยที่มาช่วยสนับสนุนในการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติและสร้างโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตต่อไป

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กฤติกาพร ไยโนนตาด. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้ลึกรู้ลึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีโรคเบาหวานในภาวะหมดประจำเดือน จังหวัดชัยภูมิ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กัญญาณาด สุวรรณชาติ. (2554). *การเติบโตภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญของผู้รอดชีวิตจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กฤษมาลย์ รามศิริ. (2543). *คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่รบกวนและการจัดการกับปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทนา พัฒนภัสช, มนทรัตน์ ถาวรเจริญทรัพย์, ศิรินาถ ตงศิริ, ลีลี อิงศรีสว่าง, วันทนีย์ กุลเพ็ง, ปุณฐพร กิ่งแก้ว และ ยศ ตีระวัฒนานนท์. (2558). *เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L: การทดสอบคุณสมบัติการวัดและค่าน้ำหนักอรรถประโยชน์ในประชากรไทย*. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. Retrieved 15 มกราคม, 2559, from <http://www.hitap.net/documents/163650>
- จันทนา หล่อจตุระกุล. (2549). *การพัฒนาการเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จรรยา ตันติธรรม. (2547). *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: นิตยบรรณาการ.
- จันทนา เตชะคฤห. (2540). *ความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลก และความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จารุวรรณ ป้อมกลาง. (2556). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมระยะหลังการรักษาครบ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2554). *การเปลี่ยนแปลงครอบครัวและครัวเรือนไทย: เรา (ไม่) รู้อะไร? ประชากรและสังคม*, 23-41. Retrieved 28 กุมภาพันธ์, 2559, from

- <http://www2.ipsr.mahidol.ac.th/ConferenceVII/Download/2011-Article-02.pdf>
 ชูติมา อรุโณทยานันท์. (2547). การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต เล่ม 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ พี. เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด.
- ณสรวง นเรนทรเสณี. (2553). ประสบการณ์ทางจิตใจของ ผู้รอดชีวิตที่สูญเสียความสมบูรณ์ทางกาย จากเหตุการณ์เพลิงไหม้ซานติก้าผับ. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐยา ศรีทะแก้ว, ชนกพร จิตปัญญา และประนอม รอดคำดี. (2550). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความว่างของเด็กวัยรุ่นไทยในกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 21(2)*, 26-39.
- ดารวัฒน์ รักสัตย์. (2557). อิทธิพลของลักษณะทางพุทธที่มีต่อสุขภาวะทางจิตของวัยรุ่นที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาจิตเยาวชนแบบบูรณาการ ณ ยุวพุทธิกสมาคมแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์โดยมีความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นตัวแปรส่งผ่าน. วิทยานิพนธ์การศึกษา มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์. (2540). คุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 42*, 123-131.
- ธัญลักษณ์ โอโบอ้อม. (2548). ประสบการณ์ของครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ดุขฎฐิบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตยา ศรีสุข. (2551). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุขฎฐิบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นาถฤดี เต็นดวง. (ม.ป.ป.). การแบ่งงานระหว่างหญิงชายภายในครอบครัว. Retrieved 25 มิถุนายน, 2559, from <http://www.owf.go.th/wofa/modules/website/upload/news/5c80f2a87a7d0751dc11d603434d2f2b.pdf>
- นุจรี ประทีปะวนิช จอห์นส. (2552). คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ: การประเมินและการนำไปใช้. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บุญชู อนุศาสนนันท์. (2555). พฤติกรรมการเผชิญความเครียดและปัจจัยทำนายในแต่ละระยะของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ดุขฎฐิบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุรียา แต่งพันธ์ และคณิต เขียววิชัย. (2558). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของนักศึกษามหาวิทยาลัยศิลปากร พระราชวังสนามจันทร์. *วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 26(1)*, 27-38.

- เบญญาภา พรหมพุก และวันชัย มั่งคั่ง. (2556). การวิเคราะห์หมโนทัศน์สถานะการทำหน้าที่
A Concept Analysis: Functional Status. *พยาบาลสาร*, 40(ฉบับพิเศษ), 128-137.
- ประคอง กรรณสูต. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- ปราณี มิ่งขวัญ. (2542). *ความเครียดและการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปาริชาติ โรจน์พลากร และยุวดี ฤาชา. (2553). สถิติสำหรับงานวิจัยทางการพยาบาล และการใช้
โปรแกรม SPSS for Window. กรุงเทพฯ: บริษัท จุดทอง จำกัด.
- เพียงใจ ดาโลปการ. (2545). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมี
บำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- เพ็ญพโยม เขยสมบัติ. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความว่าหวในผู้ป่วยสูงอายุที่
เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชา
พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มนทกานต์ เพ็งสกุล. (2555). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากการบำบัดเจ็บในสถานการณ
ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขา
การพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. กรุงเทพฯ: โรง
พิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. พิมพ์ครั้งที่ 4.
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรเจริญทัศน์.
- วรารณณ์ แก้ววิลัย. (2547). *การบำบัดแบบเสริมในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม*. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วัชรารณณ์ เปาโรหิตย์. (2549). *กระบวนการเผชิญปัญหาการกลัวเป็นมะเร็งกลับซ้ำในผู้รอดชีวิตจาก
มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชา
พยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัชรีย์ เลอमानกุล และปารณีย์ มีแต่้ม. (2546). การทดสอบคุณภาพของแบบสอบถาม SF-36
ภาษาไทย ฉบับแปลใหม่. *ไทยเภสัชสาร*, 29(1-2), 69-88.
- วิจิตรา กุสมมภ์. (2546). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญ

นิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.

วิจิตร กุสุมภ์ และคณะ. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต แบบองค์รวม* (พิมพ์ครั้งที่ 5).

กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.

วีรภัทร ปรากฏพัทธ์. (2554). *ความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และปราณี สุทธิสุนทร. (2550). การอบรมเลี้ยงดูเด็ก. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 5(1), 105-118.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2534). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: วิศภูสสิน.

สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ, และพรรณวดี พุฒวัฒนะ. (2532). สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลก และการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย. *วารสารพยาบาล*, 38(3), 169-190.

สมภพ เรื่องตระกูล. (2550). *ความผิดปกติของการนอนหลับ: การประเมินและการรักษา*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สาตี เฉลิมวรรณพงศ์. (2552). *ผลของโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ดุขฎิบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สายใจ สุรชิต. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเคลื่อนไหวกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2557). *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2557*. Retrieved 28 กุมภาพันธ์, 2559, from https://www.msociety.go.th/article_attach/14497/18156.pdf

สุจิตรา ลิมอำนวย และชวนพิศ ทำนอง. (2557). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต* (พิมพ์ครั้งที่ 8). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

สุรัชย์ มณีเนตร. (2556). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อาการ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวิมล เสี่ยงมศักดิ์. (2557). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับขาเทียมระดับเหนือเข่าและใต้เข่า*. *วารสาร*

โรงพยาบาลมหาสารคาม, 11(2), 92-97.

อมรรัตน์ กรเกษม. (2556). *ประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า กลวิธีการจัดการอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.

อำนวยการ อาษานอก. (2549). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เอมอร แสงศิริ. (2555). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

Abbey, A., Abramis, D. J., & Caplan, R. D. (1985). Effects of different sources of social support and social conflict on emotional well-being. *Basic and Applied Social Psychology, 6*(2): 111-129.

Adhikari, N. K. J., Fowler, R. A., Bhagwanjee, S., & Rubenfeld, G. D. (2010). Critical care and the global burden of critical illness in adults. *Lancet, 376*, 1339-1346.

Aistars, J. (1987). Fatigue in the cancer patient: a conceptual approach to a clinical problem. *Oncol Nurs Forum, 14*(6), 25-30.

Alasad, J. A., Tabar, N. A., & Ahmad, M. M. (2015). Patients' experience of being in intensive care units. *Journal of Critical Care, 30*, 859.e7-859.e11.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Andreason, N. T., & Noris, A. C. (1972). Long term adjustment and adaptation mechanism in severely runed adult. *Journal Nervous and Mental Disease, 154*, 532.

Antonovsky, A. (1982). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1987). *Unrevealing the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Fransisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine, 36*(6), 725-733.

- Badia, X., Diaz, P. A., Gorriz, M. T., Herdman, M., Torrado, H., Farrero, E., & Cavanilles, J. M. (2001). Using the EuroQol-5D to measure changes in quality of life 12 months after discharge from an intensive care unit. *Intensive Care Med*, 27(12), 1901-1907.
- Bailey, P., Miller, R., & Clemmer, T. (2009). Culture of early mobility in mechanically ventilated patients. *Critical Care Medicine*, 37, S429-S435.
- Bakas, T., McLennon, S. M., Carpenter, J. S., Buelow, J. M., Otte, J. L., Hanna, K. M., ... Welch, J. L. (2012). Systematic review of health-related quality of life models. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 1-12.
- Barrera, M., Sandler, I. M., & Ramsay, T. B. (1981). Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. *American Journal of Community Psychology*, 9, 435-446.
- Beck, S. L. (1992). Measuring Sleep. In Frank-Stromberg (eds). *Instruments for clinical nursing research*. Boston: Jone and Barlett.
- Becker, P. M., & Cohen, H. J. (1984). The functional approach to the care of the elderly: a conceptual framework. *J Am Geriatr Soc*, 32(12), 923-929.
- Bergen, T. (2005). The role of the critical care nurse in improving quality of life in ICU survivors. *CACCN*, 16(4), 22-29.
- Belza, B., Henke, C., Yelin, E., Epstein, W., & Gilliss, C. (1993). Correlates of fatigue in older adults with rheumatoid arthritis. *Nurs Res*, 42, 93-99.
- Bizek, K. S., & Fontaine, D. K. (2009). The Patient's Experience with Critical Illness. In P. G. Morton & D. K. Fontaine (Eds.), *Critical care nursing: A holistic approach* (pp.18-32). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Borchard, K. A., Hewitt, P. M., Wotherspoon, S., & Scott, A. R. (2006). Australian Vascular Quality of Life Index (AUSVIQUOL): a pilot study of a disease-specific quality of life measure. *ANZ Journal Of Surgery*, 76(4), 208-213.
- Bowling, A. (2001). Health-related quality of life: conceptual meaning, use and Measurement. In A. Bowling (ed.), *Measuring disease: A review of disease-specific quality of life measurement scale* (2nd ed.). Buckingham: Open University Press.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1985). *PRQ: Psychometric update*. Unpublished

- manuscript University of Washington, School of Nursing: Washington D.C.
- Brooks, R., Kerridge, R., Hillman, K., Bauman, K., & Daffurn, K. (1997). Quality of life outcomes after intensive care: Comparison with a community group. *Intensive Care Med*, 23, 581-586.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2003). *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization*. Toronto: WB Saunders.
- Buyse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Journal of Psychiatric Research*, 28(2), 193-213.
- Cantlay, K. L. (2015). Long-term consequences of critical illness. *Critical illness and intensive care*, 30(4), 186-189.
- Caplan, G. (1964). *Principles of prevention psychiatry*. New York: Basic Book.
- Caplan, G., & Killiea, M. (1976). *Social support and mutual help*. New York: Grone & Stratton.
- Carlson, K. K. (2009). *AACN advanced critical care nursing*. St. Louis, MO: Saunders, Elsevier.
- Carpenter, J. S., & Andrykowski, M. A. (1998). Pshchometric evaluation of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *J Psychosom Res*, 45(1), 5-13.
- Carskadon, M. A., & Dement, W. C. (2011). Monitoring and staging human sleep. In Kryger, M. H., Roth, T., & Dement, W.C. (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine*. (5nd ed.) (pp. 16-26). Philadelphia: Elsevier Saunder.
- Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., ... Brannon, J. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *JCO*, 11(3), 570-579.
- Chaboyer, W., & Elliott, D. (2000). Health-related quality of life of ICU survivors: review of the literature. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16, 88-97.
- Chalder, T., Berelowitz, G., Pawlikowska, T., Watts, L., Wessely, S., Wright, D., & Wallace, E. P. (1993). Development of a fatigue scale. *J Psychosom Res*, 37(2), 147-153.
- Choi, J. Y., Hoffman, L. A., Schulz, R., Tate, J. A., Donahoe, M. P., Ren, D., ... Sherwood,

- P. R. (2014). Self-Reported Physical Symptoms in Intensive Care Unit (ICU) Survivors: Pilot Exploration Over Four Months Post-ICU Discharge. *Journal of Pain and Symptom Management, 47*(2), 257-270.
- Choi, J. Y., Tate, J. A., Hoffman, L. A., Schulz, R., Ren, D., Donahoe, M. P., ... Sherwood, P. R. (2014). Fatigue in Family Caregivers of Adult Intensive Care Unit Survivors. *J Pain Symptom Manage, 48*(3), 353-363.
- Clavet, C., Hebert, P., Fergusson, D., Doucette, S., & Trudel, G. (2008). Joint contracture following prolonged stay in the intensive care unit. *Can Med Assoc J, 178*(6), 691-697.
- Closs, L. (1988). Patient's sleep-wake rhythms in hospital: Part 1. *Nursing Times, 84*(1), 54-55.
- Closs, S. J. (1999). Sleep In M. F., Alexander, J. N., Ffaweet, & P. J., Runciman, *Nursing practice: Hospital and home-the adult*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Cobb, S. (1976). Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med, 38*(5), 300-314.
- Cohen, C. (1982). On the quality of life: some philosophical reflections. *Circulation, 66*, 129-133.
- Cuthbertson, B. H., Scott, J., Strachan, M., Kilonzo, M., & Vale, L. (2005). Quality of life before and after intensive care. *Anaesthesia, 60*, 332-339.
- Damghi, N., Khoudri, I., Oualili, L., Abidi, K., Madani, N., Zeggwagh, A. A., & Abouqal, R. (2008). Measuring the satisfaction of intensive care unit patient families in Morocco: a regression tree analysis. *Crit Care Med, 36*, 2084-2091.
- Davydow, D. S., Gifford, J. M., Desai, S. V., Needham, D. M., & Bienvenu, O. J. (2008). Posttraumatic stress disorder in general intensive care unit survivors: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry, 30*, 421-434.
- deBruin, A. F., Diederiks, J. P., Witte, L. P., Stevens, F. C., & Philipsen, H. (1994). The development of a short generic version of the Sickness Impact Profile. *J Clin Epidemiol, 47*, 407-418.
- DeGroot, R. I., Dekkers, O. M., Herold, I. H., deJonge, E., & Arbous, M. S. (2011). Risk

- factors and outcomes after unplanned extubation on the ICU: A case-control study. *Critical Care*, 15(1), 1-9.
- Deja, M., Denke, C., Carstens, S. W., Schroder, J., Pille, C. E., Hokema, F., ... Kaisers, U. (2006). Social support during intensive care unit stay might improve mental impairment and consequently health-related quality of life in survivors of severe acute respiratory distress syndrome. *Critical Care*, 10(5), 1-12.
- DeJong, A. F., Kompanje, E. J. O., Hofhuis, J. G. M., Spronk, P. E., & Guus, A. J. P. (2009). Functional status after intensive care. *J Rehabil Med*, 41, 780-781.
- DerSchaaf, M. V., Beelen, A., Dongelmans, D. A., Vroom, M. B., & Nollet, F. (2009). Functional status after intensive care: a challenge for rehabilitation professionals to improve outcome. *J Rehabil Med*, 41, 360-366.
- DerSchaaf, M. V., Dettling, D. S., Beelen, A., Lucas, C., Dongelmans, D. A., & Nollet, F. (2008). Poor functional status immediately after discharge from an intensive care unit. *Disability and Rehabilitation*, 30(23), 1812-1818.
- Dewald, J. F., Meijer, A. M., Oort, F. J., Kerkhof, G. A., & Bogels, S. M. (2010). The Influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: A meta-analytic review. *Sleep Medicine Reviews*, 14(3), 179-189.
- Dillman, D. A. (2000). *Mail and Internet Survey's: The Tailored Design Method*. New York: Psychology Press.
- Dowdy, D. W., Eid, M. P., Sedrakyan, A., Mendez, T. P. A., Pronovost, P. J., Herridge, M. S., & Needham, D. M. (2005). Quality of life in adult survivors of critical illness: a systematic review of the literature. *Intensive Care Med*, 31(5), 611-620.
- Easton, C., & MacKenzie, F. (1988). Sensory-perceptual alterations: delirium in the intensive care unit. *Heart and Lung*, 17, 229-237.
- Eddleston, J. M., White, P., & Guthrie, E. (2000). Survival, morbidity, and quality of life after discharge from intensive care. *Crit Care Med*, 28(7), 2293-2299.
- Eills, B. W., Johns, M. W., Lancaster, R., Raptopoulos, P., Angelopoulos, N., & Priest, R. G. (1981). The St. Marry Hospital Sleep Questionnaire: A Study of reliability. *Sleep*, 4(1): 93-97.

- Ekman, I., Fagerberg, B., & Lundman, B. (2002). Health-related quality of life and sense of coherence among elderly patients with severe chronic heart failure in comparison with healthy controls. *HEART & LUNG, 31*(2), 94-101.
- Engstrom, A., Rogmalm, K., Marklund, L., & Walivaara, B. M. (2015). Follow-up visit in an ICU: receiving a sense of coherence. *British Association of Critical Care Nurses, 1-8*.
- Epstein, S. K. (2005). Late complications after tracheostomy. *Respir Care, 50*, 542-549.
- Fan, E., Zanni, J., Dennison, C., Lepre, S., & Needham, D. (2009). Critical illness neuromyopathy and muscle weakness in patients in the intensive care unit. *AACN Advanced Critical Care, 20*, 243-253.
- Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1992). Psychometric Assessment of the quality of life index. *Research in Nursing and Health, 15*(1), 29-38.
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *J Nurs Scholarship, 37*(4), 336-342.
- Fok, S. Y., Chair, S. Y., & Lopez, V. (2004). Sense of coherence, coping and quality of life following a critical illness. *Journal of Advanced Nursing, 49*(2), 173-181.
- Forsythe, L. P., Helzlsouer, K. J., MacDonald, R., & Gallicchio, L. (2012). Daytime sleepiness and sleep duration in long-term cancer survivors and non-cancer controls: results from a registry-based survey study. *Support Care Cancer, 20*(10), 2425-2432.
- Foster, M., & Chaboyer, W. (2003). Family carers of ICU survivors: A survey of the burden they experience. *Scand J Caring Sci, 17*, 205-214.
- Frick, S., Uehlinger, D. E., & Zenklusen, R. M. Z. (2002). Assessment of former ICU patients' quality of life: comparison of different quality-of-life measures. *Intensive Care Med, 28*, 1405-1410.
- Frost, P. (2007). Recognition and early management of the critically ill ward patient. *British Journal of Hospital Medicine, 68*(10), M180-M183.
- Gift, A. G., Moore, T., & Soeken, K. (1992). Relaxation to reduce dyspnea and anxiety in COPD patients. *Nursing Research, 41*(4), 242-246.
- Granja, C., Pinto, A. T., & Pereira, A. C. (2002). Quality of life after intensive care

- evaluation with EQ-5D questionnaire. *Intensive Care Med* 28, 898-907.
- Granja, C., Lopes, A., Moreira, S., Dias, C., Costa-Pereira, A., & Carneiro, A. (2005). Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Crit Care*, 9, R96-R109.
- Granja, C., Amaro, A., Dias, C., & Costa, P. A. (2012). Outcome of ICU survivors: a comprehensive review. The role of patient-reported outcome studies. *Acta Anaesthesiol Scand*, 56, 1092-1103.
- Griffiths, R., & Hall, J. B. (2010). Intensive care unit-acquired weakness. *Critical Care Medicine*, 38, 779-787.
- Griffiths, J., Hatch, R. A., Bishop, J., Morgan, K., Jenkinson, C., Cuthbertson, B. H., & Brett, S. J. (2013). An exploration of social and economic outcome and associated health-related quality of life after critical illness in general intensive care unit survivors: A 12-month follow-up study. *Crit Care*, 17, R100.
- Guyatt, G. H., Ferrans, C. E., Halyard, M. Y., Revicki, D. A., Symonds, T. L., Varricchio, C. G., ... Alonso, J. L. (2007). Exploration of the value of health-related quality of life information from clinical research and into clinical practice. *Mayo Clin Proc*, 82(10), 1229-1239.
- Haas, J. S., Teixeira, C., Cabral, C. R., Fleig, A. H. D., Freitas, A. P. R., Treptow, E. C., ... Vieira, S. R. (2013). Factors influencing physical functional status in intensive care unit survivors two years after discharge. *BMC Anesthesiology*, 13(11),1-9.
- Herridge, M. (2009). Legacy of intensive care unit acquired-weakness. *Critical Care Medicine*, 37, S457-S461.
- Herridge, M. S., Cheung, A. M., Tensey, C. M., Martyn, A. M., Granados, N. D., Saidi, F. A., ... Slutsky, A. S. (2003). One year outcomes in survivors of the acute respiratory distress syndrome. *New Engl J Med*, 348, 683-693.
- Herridge, M. S., Tansey, C. M., Matté, A., Tomlinson, G., Diaz-Granados, N., Cooper, A., ... Cheung, A. M. (2011). Functional disability 5 years after acute respiratory distress syndrome. *New Engl J Med*, 364, 1293-1304.
- Hlatky, M. A., Boineau, R. E., Higginbotham, M. B., Lee, K. L., Mark, D. B., Califf, R. M., ...

- Pryor, D. B. (1989). A brief self-administered questionnaire to determine functional capacity (the Duke Activity Status Index). *Am J Cardiol*, *64*(10), 651-654.
- Hofhuis, J. G., Spronk, P. E., vanStel, H. F., Schrijvers, G. J., Rommes, J. H., & Bakker, J. (2008). The impact of critical illness on perceived health-related quality of life during ICU treatment, hospital stay, and after hospital discharge: a long-term follow-up study. *Chest*, *133*, 377-385.
- Hofhuis, J. G. M., Vanstel, H. F., Schrijvers, A. J. P., Rommes, J. H., Spronk, P. E. (2015). ICU survivors show no decline in health-related quality of life after 5 years. *Intensive Care Med*, *41*, 495-504.
- Horsman, J., Furlong, W., Feeny, D., & Torrance, G. (2003). The Health Utilities Index: concepts, measurement properties and applications. *Health and Quality of Life Outcomes*, *1*(54), 1-13.
- House, J. S. (1981). *Work, stress, and social support*. MA: Addison-Wesley.
- House, J. S. (1987). Social support and social structure. *Sociological Forum*, *2*(1), 135-146.
- House, J. S., & Kahn, R. L. (1985). *Measures and concepts of social support*. Ins. Cohen and S. L. Syme (ed), *Social support and health*. Orlando: Academic.
- Hubbard, P., Muhlenkamp, A. F., & Brown, N. (1984). The Relationship between social support and self-care practices. *Nursing Research*, *33*(5), 266-269.
- Iwashyna, T. J., & Netzer, G. (2012). The Burdens of Survivorship: An Approach to Thinking about Long-Term Outcomes after Critical Illness. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, *33*(4), 327-338.
- Jackson, J. L., & Emery, C. F. (2011). Illness knowledge moderates the influence of coping style on quality of life among women with congestive heart failure. *Heart & Lung*, *40*, 122-129.
- Jackson, J. C., Pandharipande, P. P., Girard, T. D., Brummel, N. E., Thompson, J. L., Pun, B. T., ... Dittus, R. S. (2014). Depression, post-traumatic stress disorder, and functional disability in survivors of critical illness in the BRAIN-ICU study: a longitudinal cohort study. *Lancet Respir Med*, *2*, 369-379.

- Jacob, L. A., & Piper, B. F. (1996). The phenomena of fatigue and the cancer patient. In R. Mc Corkle, M. Grant, M. Frank - Stromborg (eds.), *Cancer Nursing: a comprehensive textbook*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Jacobs, C. J., Vliet, J. A. V., Roozendaal, M. T. V., & Linden, C. J. V. (1988). Mortality and quality of life after intensive care for critical illness. *Intensive Care Med*, *14*, 217-220.
- Jalowiec, A. (1988). Confirmatory factor analysis of the Jalowiec Coping Scale. In C. F. Waltz & O. L. Strickland (Eds.), *Measurement of nursing outcomes: Measuring client outcomes*. New York: Springer.
- Jalowiec, A., Murphy, S. P., & Powers, M. J. (1984). Psychometric Assessment of the Jalowiec Coping Scale. *Nursing research*, *33*(3), 157-161.
- Jones, C., Griffiths, R. D., Humphris, G., & Skirrow, P. M. (2001). Memory, delusions, and The development of acute post-traumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Crit Care Med*, *29*(3), 573-580.
- Kaarola, A., Pettila, V., & Kekki, P. (2003). Quality of life six years after intensive care. *Intensive Care Med*, *29*, 1294-1299.
- Kahn, R. L. (1979). Aging and social support. In M. W. Riley (ed.). *Aging From Birth to Death: Interdisciplinary Perspectives*. Boulder, Colo: Westview Press.
- Karnofsky, D. A., Abelmann, W. H., Craver, L. F., & Burchenal, J. H. (1948). The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma with particular reference to bronchogenic carcinoma. *Cancer*, *1*, 634-656.
- Katz, S., & Stroud, M. (1989). Functional assessment in geriatrics: A review of progress and directions. *Journal of American Geriatrics Society*, *37*, 267-271.
- Kelly, M. A., & McKinley, S. (2010). Patients' recovery after critical illness at early follow-up. *J Clin Nurs*, *19*, 691-700.
- Khoudri, I., Belayachi, J., Dendane, T., Abidi, K., Madani, N., Aicha, Z., ... Abouqal, R. (2012). Measuring quality of life after intensive care using the Arabic version for Morocco of the EuroQol 5 Dimensions. *BMC Research Notes*, *5*(56), 1-8.
- Kindig, D. A., Booske, B. C., & Remington, P. L. (2010). Mobilizing Action Toward

- Community Health (MATCH): metrics, incentives, and partnerships for population health. *Prev Chronic Dis*, 7(4), A68.
- Kinney, M. R., Packa, D. R., & Dunbar, S. B. (1998). *AACN'S Clinical Reference for Clinical Care Nursing*. New York: McGraw-Hill.
- Kleinpell, R. M., & Ferrans, C. E. (2002). Quality of Life of Elderly Patients After Treatment in the ICU. *Research in Nursing & Health*, 25, 212-221.
- Khoudri, I., Belayachi, J., Dendane, T., Abidi, K., Madani, N., Zekraoui, A., ... Abouqal, R. (2012). Measuring quality of life after intensive care using the Arabic version for Morocco of the EuroQol 5 Dimensions. *BMC Res Notes*, 5(56), 1-8.
- Koch, S., Spuler, S., Deja, M., Bierbrauer, J., Dimroth, A., Behse, F., ... Weber, C. S. (2011). Critical illness myopathy is frequent: accompanying neuropathy protracts ICU discharge. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 82, 287-293.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice*. New Jersey: Pearson Education.
- Kvale, R., & Flaatten, H. (2003). Changes in health-related quality of life from 6 months to 2 years after discharge from intensive care. *BioMed Central*, 1, 1-9.
- Kvale, R., Ulvik, A., & Flaatten, H. (2003). Follow-up after intensive care: a single center study. *Intensive Care Med*, 29, 2149-2156.
- Lareau, S. C., Meek, P. M., & Roos, P. J. (1998). Development and testing of the modified version of the pulmonary functional status and dyspnea questionnaire (PFSDQ-M). *Heart & Lung*, 27(3), 159-168.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466-475.
- Lee, K. A., Hicks, G., & Murcia, G. N. (1991). Validity and reliability of a scale to assess fatigue. *Psychiatry Res*, 36(3), 291-298.
- Lehman, A. F., Rachuba, L. T., & Postrado, L. T. (1995). Demographic influences on quality of life among persons with chronic mental illnesses. *Evaluation and Program Planning*, 18, 155-164.

- Leidy, N. K. (1994). Functional status and the forward progress of Merry-Go-Rounds: Toward a coherent analytical framework. *Journal of Nursing Research, 43*(4), 196-202.
- Linos, K., Foot, C., Ziegenfuss, M., Freeman, W., & Tan, K. M. (2007). Critical illness weakness: common questions. *Current Anaesthesia and Critical Care, 18*, 252-260.
- Lizana, F. G., Bota, D. P., Cubber, M. D., & Vincent, J. L. (2003). Long-term outcome in ICU patients: What about quality of life?. *Intensive Care Med, 29*, 1286-1293.
- Luangsanatip, N., Hongsuwan, M., Lubell, Y., Limmathurotsakul, D., Teparrukkul, P., Chaowarat, S., ... Cooper, B. S. (2013). Long-term survival after intensive care unit discharge in Thailand: a retrospective study. *Critical Care, 17*(R219), 1-10.
- Markov, D., & Goldman, M. (2006). Normal sleep and circadian rhythms: Neurobiologic mechanisms underlying sleep and wakefulness. *Psychiatric Clinics of North American, 29*(4), 841-853.
- Matthews, E. E. (2011). Sleep Disturbances and Fatigue in Critically Ill Patients. *AACN Advanced Critical Care, 22*(3), 204-224.
- McKinley, S., Aitken, L. M., Alison, J. A., King, M., Leslie, G., Burmeister, E., & Elliott, D. (2012). Sleep and other factors associated with mental health and psychological distress after intensive care for critical illness. *Intensive Care Med, 38*, 627-633.
- McKinley, S., Fien, M., Elliott, R., & Elliott, D. (2016). Health-related quality of life and Associated factors in Intensive Care Unit Survivors 6 months after discharge. *American Journal of Critical Care, 25*(1). 52-58.
- McNett, S. (1987). Social support, threat, and coping responses and effectiveness in the functionally disabled. *Nursing Research, 36*(2), 98-103.
- Medical Dictionary. (2012). *Critical illness*. Retrieved January 20, 2016, from <http://www.medicaldictionaryweb.com/Critical+Illness-definition/>
- Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 18*(1), 32-38.
- Meiner, S. E., & Lueckenotte, A. G. (2006). *Gerontologic Nursing* (3rd ed.). Mosby

Elsevier: St. Louis, MO.

- Miller, S. M., Brody, D. S., & Summerton, J. (1988). Styles of coping with threat: Implications for health. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*, 142-148.
- Mitchell, P. H., Powell, L., Blumenthal, J., Norton, J., Ironson, G., Pitula, C. R., ... Berkman, L. F. (2003). A Short Social Support Measure for Patients Recovering From Myocardial Infarction. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, *23*, 398-403.
- Mor, V., Laliberte, L., Morris, J. N., & Wiemann, M. (1984). The karnofsky performance status scale: An examination of its reliability and validity in a research setting. *Cancer*, *53*, 2002-2007.
- Mota, D. D., & Pimenta, C. A. (2006). Self-report instruments for fatigue assessment: a systematic review. *Res Theory Nurs Pract*, *20*(1), 49-78.
- Munson, B. (2000). Myths & suffering. *The Clinical Journal of Pain*, *16*, S2-S6.
- Myhren, H., Ekeberg, O., & Stokland, O. (2010). Health-related quality of life and return to work after critical illness in general intensive care unit patients: A 1-year follow-up study. *Crit Care Med*, *38*(7), 1554-1561.
- Nelson, J. E., Meier, D. E., Oei, E. J., Niernan, D. M., Senzel, R. S., Manfredi, P.L., ... Morrison, R. S. (2001). Self-reported symptom experience of critically ill cancer patients receiving intensive care. *Crit Care Med*, *29*(2), 277-282.
- Neugebauer, A. (1998). *Macromolecular Interplay in Brain Associative Mechanisms*. Singapore: World Scientific.
- Norbeck, J. S., Lindsey, A. M., & Carrieri, V. L. (1981). The development of an instrument to measure social support. *Nursing Research*, *30*, 264-269.
- Orem, D. (1991). *Nursing: Concept of Practice*. (5th ed). St. Louis: Mosby.
- Orwelius, L., Nordlund, A., Gustafsson, U. E., Simonsson, E., Nordlund, P., Kristenson, M., ... Sjoberg, F. (2005). Role of preexisting disease in patients' perceptions of health related quality of life after intensive care. *Crit Care Med*, *33*(7), 1557-1564.
- Orwelius, L., Backman, C., Fredrikson, M., Nordlund, P., Sjoberg, F., & Walther, S.

- (2010). Coping strategy and perceived hopelessness are important for Health Related Quality of Life after critical illness. *Springer Science Business Media*, 36, S392.
- Orwelius, L., Backman, C., Fredrikson, M., Simonsson, E., Nordlund, P., Samuelsson, A., & Sjoberg, F. (2011). Social integration: an important factor for health-related quality of life after critical illness. *Intensive Care Med*, 37, 831-838.
- Orwelius, L., Fredrikson, M., Kristenson, M., Walther, S., & Sjoberg, F. (2013). Health-related quality of life scores after intensive care are almost equal to those of the normal population: a multicenter observational study. *Critical Care*, 17, 1-12.
- Orwelius, L., Nordlund, A., Nordlund, P., Gustafsson, U. E., & Sjoberg, F. (2008). Prevalence of sleep disturbances and long-term reduced health-related quality of life after critical care: a prospective multicenter cohort study. *Critical Care*, 12(4), 1-11.
- Oswald, I. (1976). The function of sleep. *Postgrad Med J*, 52(603), 15-18.
- Owens, J. A., Spirito, A., & McGuinn, M. (2000). The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): Psychometric Properties of A Survey Instrument for School-Aged Children. *Sleep*, 23(8): 1-9.
- Padilla, G. V., & Grant, M. M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *Advances in Nursing Science*, 8(1), 45-60.
- Pandharipande, P. P., Girard, T. D., Jackson, J. C., Morandi, A., Thompson, J. L., Pun, B. T., ... Ely, E. W. (2013). Long-term cognitive impairment after critical illness. *New Engl J Med*, 369, 1306-1316.
- Pandit, L., & Agrawal, A. (2006). Neuromuscular disorders in critical illness. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 108, 621-627.
- Parsons, E. C., Hough, C. L., Vitiello, M. V., Zatzick, D., & Davydow, D. S. (2015). Insomnia is associated with quality of life impairment in medical-surgical intensive care unit survivors. *Heart & Lung*, 44, 89-94.
- Patrick, D. L., & Erickson, P. (1993). *Health status and health policy: Quality of life in*

- health care evaluation and resource allocation*. New York: Oxford University Press.
- Pilisuk, M. (1982). Delivery of social support: The social inoculation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(1): 20.
- Piper, B. F., Dibble, S. L., Dodd, M. J., Weiss, M. C., Slaughter, R. E., & Paul, S. M. (1998). The revised Piper Fatigues Scale: psychometric evaluation in women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum*, 25(4), 677-684.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (7th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins.
- Puntillo, K. A., Arai, S., Cohen, N. H., Gropper, M. A., Neuhaus, J., Paul, S. M., & Miaskowski, C. (2010). Symptoms experienced by intensive care unit patients at high risk of dying. *Crit Care Med*, 38(11), 2155-2160.
- Rabin, R., Oemar, M., Oppe, M., Janssen, B., & Heardman, M. (2011). *EQ-5D-5L User Guide: Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument*. EuroQol Group Executive Office On behalf of the EuroQol Group. Retrieved January 15, 2016, from http://www.euroqol.org/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/Folders_Flyers/EQ-5D-5L_UserGuide_2015.pdf
- Rattray, J. E. (2013). Life after critical illness: an overview. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 623-633.
- Reenen, M. V., & Janseen, B. (2015). *EQ-5D-5L User Guide: Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument*. Netherlands: EuroQol Research Foundation.
- Ridley, S. A., Chrispin, P. S., Scotton, H., & Lloyd, D. (1997). Change in quality of life After intensive care: comparison with normal data. *Anaesthesia*, 52, 195-202.
- Riera, A., Gallart, E., Vicálvaro, A., Lolo, M., Solsona, A., Mont, A., ... Gallego, C. F. (2016). Health-related quality of life and nursing-sensitive outcomes in mechanically ventilated patients in an Intensive Care Unit: a study protocol. *BMC Nursing*, 15(8), 1-6.
- Ringdal, M., Plos, K., Ortenwall, P., & Bergbom, I. (2010). Memories and health-related

- quality of life after intensive care: A follow-up study. *Crit Care Med* 38(1), 38-44.
- Rogers, A. E., Caruso, C. C., & Aldrich, M. S. (1993). Reliability of sleep diaries for assessment of sleep/wake patterns. *Nurs Res*, 42(6), 368-372.
- Romero, B. F. J. (2014). Sleep quality in intensive care unit: Are we doing our best for our patients?. *Indian J Crit Care Med*, 18(4), 191-192.
- Rosenstiel, A. K., & Keefe, F. J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17(1), 33-44.
- Sakthong, P., Sonsa-ardjit, N., Sukarnjanaset, P., & Munpan, W. (2015). Psychometric properties of the EQ-5D-5L in Thai patients with chronic diseases. *Qual Life Res*, 24, 3015-3022.
- Salisbury, L., Merriweather, J., & Walsh, T. (2010). Rehabilitation after critical illness: could a ward-based generic rehabilitation assistant promote recovery?. *Nursing in Critical Care*, 15, 57-65.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health related function of social support. *Journal of Behavior Medicine*, 4, 381-406.
- Schaefer, K. M., & Potylycki, M. J. S. (1993). Fatigue associated with congestive heart failure: use of Levien's Conservation Model. *Journal of advanced nursing*, 18(2), 260-268.
- Schipper, H., Clinch, J. J., & Olweny, C. (1996). *Quality of life studies: Definitions and conceptual issues*. In B. Spilker (Ed.), *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Lippincott-Raven: Philadelphia.
- Schweickert, W., & Hall, J. B. (2007). ICU-acquired weakness. *Chest*, 131, 1541-1549.
- Shin, N. M., & Choi, J. W. (2010). Relationship Between Survivors' Perceived Health Status Following Acute Coronary Syndrome and Depression Symptoms During Early Recovery Phase. *Asian Nursing Research*, 4(4), 174-184.
- Skillman, J. J. (1975). *Intensive Care*. Boston: Little, Brown and Company.
- Skinner, E. H., Warrillow, S., & Denehy, L. (2011). Health-related quality of life in Australian survivors of critical illness. *Crit Care Med*, 39(8), 1896-1905.

- Sneed, N. V., Finch, N. J., & Michel, Y. (1997). The effect of psychological nursing intervention on the mood state of patients with implantable cardioverter defibrillators and their caregivers. *Professional Cardiovascular Nursing, 12*.
- Snyder-Halpern, R., & Verran, J. A. (1987). Instrumentation to describe subjective sleep characteristics in healthy subjects. *Res Nurs Health, 10*(3), 155-163.
- Sole, M. L., & Hartshorn, J. C. (1997). *Introduction to critical care nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Soliman, I. W., deLange, D. W., Peelen, L. M., Cremer, O. L., Slooter, A. J., Pasma, W., . . . vanDijk, D. (2015). Single-center large-cohort study into quality of life in Dutch intensive care unit subgroups, 1 year after admission, using EuroQoL EQ-6D-3L. *J Crit Care, 30*(1), 181-186.
- Solverson, K. J., Easton, P. A., & Doig, C. J. (2016). Assessment of sleep quality post-hospital discharge in survivors of critical illness. *Respir Med, 114*, 97-102.
- Sousa, K. H., & Kwok, O. M. (2006). Putting Wilson and Cleary to the Test: Analysis of a HRQOL Conceptual Model using Structural Equation Modeling. *Quality of Life Research, 15*(4), 725-737.
- Spielman, A. J., Yang, C., & Glovinky, P. B. (2000). Assessment techniques for insomnia. In M. H. Kryger, T. Roth, & W. C., Dement. *Principles and practice of sleep medicine*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Sprangers, M. A., & Schwartz, C. E. (1999). Integrating response shift into health-related quality of life research: a theoretical model. *Soc Sci Med, 48*(11), 1507-1515.
- Stevenson, J. E., Colantuoni, E., Bienvenu, O. J., Sricharoenchai, T., Wozniak, A., Shanholtz, C., ... Needham, D. M. (2013). General anxiety symptoms after acute lung injury: Predictors and correlates. *Journal of Psychosomatic Research, 75*, 287-293.
- Stewart, A. L., & Ware, J. E. (1992). *Measuring functioning and Well-being: The Medical Outcome Study Approach*. Durham, NC: Duke University.
- Theofanidis, D., & Fountouki, A. (2010). Quality of life and nursing: a position paper. *International Journal of Caring Sciences, 3*(2), 56-62.

- Thoits, P. A. (1986). Support as coping assistance. *J Consult Clin Psychol*, 54(4), 416-423.
- Thorndike, R. M. (1978). *Correlation procedures for research*. New York: Gardner Press.
- Tilburgs, B., Nijkamp, M. D., Bakker, E. C., & derHoeven, H. V. (2015). The influence of social support on patients' quality of life after an intensive care unit discharge: A cross-sectional survey. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(6), 336-342.
- Toljamo, M., & Hentinen, M. (2001). Adherence to self-care and social support. *J Clin Nurs*, 10(5), 618-627.
- Torrance, G. W. (1984). Health states worse than death. In E. W. Von, R. Engelbrecht & C. D. Flagle (Eds.), *Third International Conference on Systems Science in Health Care*. Verlag, Berlin: Springer.
- Uchino, S., Kellum, J. A., Bellomo, R., Doig, G. S., Morimatsu, H., Morgera, S., ... Ronco, C. (2005). Acute Renal Failure in Critically Ill patients: A Multinational, Multicenter Study. *JAMA*, 294(7), 813-818.
- Umberson, D., & Karas, J. (2010). Montez Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy. *J Health Soc Behav*, 51(Suppl), S54-S66.
- Unroe, M., Kahn, J. M., Carson, S. S., Govert, J. A., Martinu, T., Sathy, S. J., ... Cox, C. E. (2010). One-year trajectories of care and resource utilization for recipients of prolonged mechanical ventilation: a cohort study. *Ann Intern Med*, 153, 167-175.
- Varricchio, C. G. (1985). Selecting a tool for measuring fatigue. *Oncology Nursing Forum*, 2, 124-127.
- Vest, M. T., Murphy, T. E., Araujo, K. L. B., & Pisani, M. A. (2011). Disability in activities of daily living, depression, and quality of life among older medical ICU survivors: a prospective cohort study. *BioMed Central, Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 1-9.
- Villa, P., Pintado, M. C., Lujan, J., Garcia, N. G., Trascasa, M., Molina, R., ... dePablo, R.

- (2016). Functional Status and Quality of Life in Elderly Intensive Care Unit Survivors. *Am Geriatr Soc*, 64, 536-542.
- Wandelt, M. A., & Ager, J. W. (1970). *Quality patient care scale*. New York: Appleton-Centing Croft.
- Ware, J. E. (1995). The status of health assessment. *Annu Rev Public Health*, 16, 327-354.
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-item short form health survey: Constructin of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34, 220-233.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Wehler, M., Martus, P., Geise, A., Bost, A., Mueller, A., Hahn, E. G., & Strauss, R. (2001). Changes in quality of life after medical intensive care. *Intensive Care Med*, 27, 154-159.
- Weinert, C. (1987). A social support measure: PRQ 85. *Nursing Research*, 36(5), 273-277.
- Weitzner, M. A., Meyers, C. A., Gelke, C. K., Byrne, K. S., Cella, D. F., & Levin, V. A. (1995). The functional assessment of cancer therapy (FACT) scale. Development of a brain subscale and revalidation of the general version (FACT-G) in patients with primary brain tumors. *Cancer*, 75(5), 1151-1161.
- WHOQOL, Group. (1994). The development of the World Health Organization Quality of life assessment instrument (the WHO-QOL). *Springer Verlag*, 41-57.
- Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life-a conceptual model of patient outcomes. *Journal of American Medical Association*, 273(1), 59-65.
- Winningham, M. L., Nail, L. M., Burke, M. B., Brophy, L., Cimprich, B., & Jones, L. S. (1994). Fatigue and the cancer experience: the state of the knowledge. *Oncology Nursing Forum*, 21(1), 23-35.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก

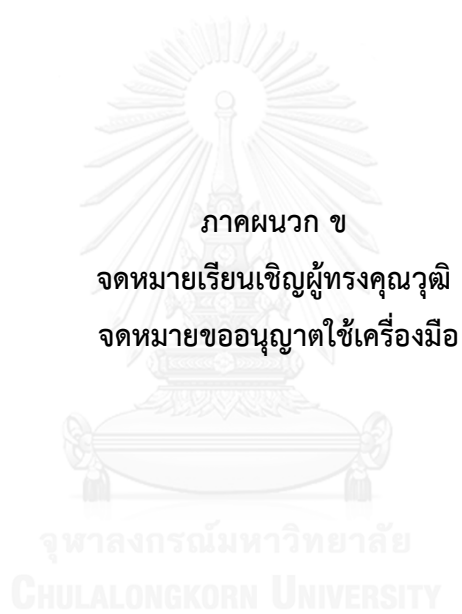
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

| ชื่อ – นามสกุล | ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน |
|---|--|
| 1. นาวาเอก จตุรงค์ ตันติมงคลสุข | แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต อายุรแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พวงผกา กรีทอง | อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ |
| 3. พันโทหญิง วรธกร รักอิสสระ | พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการ พยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ หัวหน้าหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรมหัวใจและ ทรวงอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า |
| 4. ดร.เอมอร แสงศิริ | พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการ พยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ หัวหน้าศูนย์วิจัยทางการแพทย์ งานพัฒนาทรัพยากรบุคคล |
| 5. ดร.รณกรณ์ เอกฉันท์ | ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พยาบาลเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานผู้ป่วยใน และงานส่งเสริมสุขภาพ สถานพยาบาลเรือนจำ พิเศษธนบุรี |



ที่ ศธ 0512.11/ ๐๖๔๘



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๖ เมษายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือโทหญิง วนิดา อารยะเลิศ ร.น. นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นาวาเอก จตุรงค์ ตันติมงคลสุข ร.น. ผู้ช่วยผู้อำนวยการ งานบริหารจัดการผลประโยชน์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาาร่วม

ชื่อนิสิต

นาวาเอก จตุรงค์ ตันติมงคลสุข ร.น.

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1154

อาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 02-218-1151

เรือโทหญิง วนิดา อารยะเลิศ ร.น. โทร. 08-6024-1606

ที่ ศร 0512.11/0649



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑๕ เมษายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือโทหญิง วนิดา อารยะเลิศ ร.น. นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พวงผกา กรีทอง อาจารย์พยาบาลประจำ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ เกื้อการุณย์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พวงผกา กรีทอง

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1154

อาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 02-218-1151

เรือโทหญิง วนิดา อารยะเลิศ ร.น. โทร. 08-6024-1606



ที่ ศช 0512.11/0649

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศิตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

28 เมษายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือโทหญิง วนิดา อารยะเลิศ ร.น. นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ศ.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ พันตรีหญิง วรธกร รักอิสสระ หัวหน้าหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม ทรวงอกหัวใจและหลอดเลือด เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

พันตรีหญิง วรธกร รักอิสสระ

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1154

อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม

อาจารย์ ร.ศ.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 02-218-1151

ชื่อ นิสิต

เรือโทหญิง วนิดา อารยะเลิศ ร.น. โทร. 08-6024-1606



ที่ ศธ 0512.11/0648

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๘ เมษายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือโทหญิง วนิดา อารยะเลิศ ร.น. นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. เอมอร แสงศิริ หัวหน้าศูนย์วิจัยทางการแพทย์ งานพัฒนาทรัพยากรบุคคล ฝ่ายการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย ที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนาเรียน

ดร. เอมอร แสงศิริ

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1154

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

อาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 02-218-1151

ชื่อนิสิต

เรือโทหญิง วนิดา อารยะเลิศ ร.น. โทร. 08-6024-1606

ที่ ศธ 0512.11/๐๖๔๘



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศคพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๓ เมษายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้บัญชาการเรือนจำพิเศษธนบุรี กรมราชทัณฑ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือโทหญิง วนิดา อารยะเลิศ ร.น. นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. รณกรณ์ เอกฉันท์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานผู้ป่วยในและงานส่งเสริมสุขภาพ สถานพยาบาลเรือนจำพิเศษธนบุรี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

ดร. รณกรณ์ เอกฉันท์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1154

อาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 02-218-1151

เรือโทหญิง วนิดา อารยะเลิศ ร.น. โทร. 08-6024-1606

7/3/2016

Gmail - EQ-5D registration



Wanida Arayaalert <wanida.a33@gmail.com>

EQ-5D registration

1 message

Mandy van Reenen <vanreenen@euroqol.org>
 To: "wanida.a33@gmail.com" <wanida.a33@gmail.com>

Mon, Mar 21, 2016 at 7:05 PM

Dear Ms. / Mr. Wanida Arayaalert,

Thank you for registering your research at the EuroQol Research Foundation's website.

As the study "SELECTED FACTORS ASSOCIATED WITH HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN CRITICAL ILLNESS SURVIVORS" you registered involves low patient numbers (110) you may use the EQ-5D-5L instrument (Paper version) free of charge. Please note that separate permission is required if any of the following is applicable:


- Funded by a pharmaceutical company, medical device manufacturer or other profit-making stakeholder;
- Number of respondents over 5000;
- Routine Outcome Measurement;
- Developing or maintaining a Registry;
- Digital representations (e.g. PDA, Tablet or Web)

Please find attached the Thai (Thailand) EQ-5D-5L Paper version (Word format). A brief user guide is downloadable from the EuroQol website (www.euroqol.org).

Please note that over the next months the first value sets associated with the EQ-5D-5L system will be published. It will take time before 5L value sets will be available for most countries. Please check our website to see which 5L value sets are currently available. In the meantime, the EuroQol Research Foundation has developed a "crosswalk" between the EQ-5D-3L value sets and the new EQ-5D-5L descriptive system, resulting in interim value sets for the new EQ-5D-5L descriptive system. Please find all information about the crosswalk from EQ-5D-5L data to the EQ-5D-3L value sets online at the EuroQol website (<http://www.euroqol.org/about-eq-5d/valuation-of-eq-5d/eq-5d-5l-value-sets.html>).

Kind regards,

Mandy van Reenen
 Communications Specialist
 EuroQol Research Foundation
 T: +31 88 4400190
 E: vanreenen@euroqol.org
 W: www.euroqol.org

 **Effective_Thailand (Thai) EQ-5D-5L Paper Self complete v1.0 (ID 23169).docx**
 84K

ที่ ศร 0512.11/0649



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศรทรชน ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

28 เมษายน 2559

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย เรือโทหญิง วนิดา อารยะเลิศ ร.น. นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบประเมินอาการเหนื่อยล้า จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า กลวิธีการจัดการอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วย หัวใจล้มเหลว ของ เรือโทหญิง อมรรัตน์ กรเกษม สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล (2556) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
ที่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1154
อาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 02-218-1151
เรือโทหญิง วนิดา อารยะเลิศ ร.น. โทร. 08-6024-1606

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ 494
วันที่ ๒7/๒/๕9
เวลา ๐8.๑8 น.
ผู้รับ Cpt

เรื่อง ขอนำหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า เรือโทหญิง วนิดา อารยะเลิศ ร.น. รหัสประจำตัว 5777190336
นิสิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แผนกวิชาพยาบาลศาสตร์ใหม่ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 509 ซอย
ถนน สมเด็จพระเจ้าตากสิน ตำบล/แขวง บุคคโล อำเภอ/เขต ธนบุรี
จังหวัด กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 10600 โทรศัพท์ 086-0241606
หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)
..... ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว
.....

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ.....แบบประเมินการทบทวนที่ด้านร่างกาย.....
2. ชื่อวิทยานิพนธ์.....ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ใหญ่นื่องอกสมอง.....
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ..... ยานวยพร อาชานอก.....
4. ปีของวิทยานิพนธ์..... พ.ศ. 2549.....

ลงนาม สก.น. ๒๕๖๑๐๗ ผู้ยื่นคำร้อง
(...เรือโทหญิง วนิดา อารยะเลิศ...)
๒๕ / ๒๖ / ๕๙

| | |
|--|--|
| <p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เรือโทหญิง วนิดา อารยะเลิศ ลงนาม สก.น. ๒๕๖๑๐๗ (...เรือโทหญิง วนิดา อารยะเลิศ...) ๒๕ / ๒๖ / ๕๙</p> | <p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ ๐๒๖๖๐๐ ลงนาม สก.น. ๒๕๖๑๐๗ (...เรือโทหญิง วนิดา อารยะเลิศ...) ๒๕ / ๒๖ / ๕๙</p> |
|--|--|

อนุญาต
.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
29 / ๒.๖. / 59

27/๒/๕๙

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ 496
วันที่ 17/4/59
เวลา 08.30 น.
ผู้รับ ศ.ดร.

เรื่อง ขอนั่งสื่อขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้าเมื่อโทหญิง วนิดา อวระยศเลิศ ร.น.....รหัสประจำตัว5777190336.....
นิสิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แผนกวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่504..... ขอ
ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน.....ตำบล/แขวง.....บุคคล.....อำเภอ/เขต.....ถนนรี
จังหวัด.....กรุงเทพฯ.....รหัสไปรษณีย์10600.....โทรศัพท์086-0241606.....
หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)
.....ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของมีโรคชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต.....

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ.....แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก.....
2. ชื่อวิทยานิพนธ์.....ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล, ภาวะ, การจัดการกับภาวะ, ความเข้มแข็ง.....
ในการมองโลก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี.....
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ สรชัย มณีเนตร.....
4. ปีของวิทยานิพนธ์..... พ.ศ. 2556.....

ลงนาม วนิดา อวระยศเลิศ ผู้ยื่นคำร้อง
(ชื่อ นาม วนิดา อวระยศเลิศ)
25 / 4 / 59

| | |
|--|--|
| <p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ลงนาม (.....) 25 / 4 / 59</p> | <p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ ลงนาม (.....) 25 / 4 / 59</p> |
|--|--|

อนุญาต
รองคณบดี
(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญพัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
29 / 4 / 59

27/4/59

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ 495
วันที่ 27/10/59
เวลา 08.09 น.
ผู้รับ Cpt

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า เรือโทหญิง วนิดา อวระเลิศ.ร.น..... รหัสประจำตัว ...5777190336.....
นิสิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แผนกวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ...504... ซอย
ถนน ...สมเด็จพระเจ้าตากสิน... ตำบล/แขวง..... บคคโล..... อำเภอ/เขต สนนรี.....
จังหวัด..... กรุงเทพฯ..... รหัสไปรษณีย์ ...10600... โทรศัพท์ 086-0241606.....
หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)
..... ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพั่วอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต.....

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ.....แบบวัดการเผชิญปัญหา.....
- ชื่อวิทยานิพนธ์.....ความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ...
โรคหลอดเลือดสมอง.....
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ.....วิรัชพร ปรภาพักตร์.....
- ปีของวิทยานิพนธ์..... พ.ศ. 2554.....

ลงนาม วนิดา อวระเลิศ ผู้ยื่นคำร้อง
(ชื่อในใบสมัคร อวระเลิศ.....)
25 / 10 / 59

| | |
|---|---|
| <p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คณบดี/รองคณบดี/รองคณบดี/คณบดี</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม วนิดา (ชื่อจริง (นามสกุล) ชื่อ นามสกุล) 25 / 10 / 59</p> | <p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม วิรัชพร (ชื่อจริง (นามสกุล) ชื่อ นามสกุล) 25 / 10 / 59</p> |
|---|---|

อนุญาต
.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
27 / 10 / 59

27/10/59

FON-CU-THE9511

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ 498
วันที่ 27 / พ.ย. / 59
เวลา 08.02 น.
ผู้รับ ก.ร.

เรื่อง ขอนั่งสิทธิ์ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า เรือโทหญิง วณิตา อารยะเลิศ ร.น. รหัสประจำตัว 5777190336
นิสิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แผนกวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 504 ซอย
ถนน สมเด็จพระเจ้าตากสิน ตำบล/แขวง บึงคอกโล อำเภอ/เขต หนองปรือ
จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10600 โทรศัพท์ 086-0241606

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)
..... ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเงินกู้ยืมวิกฤต

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

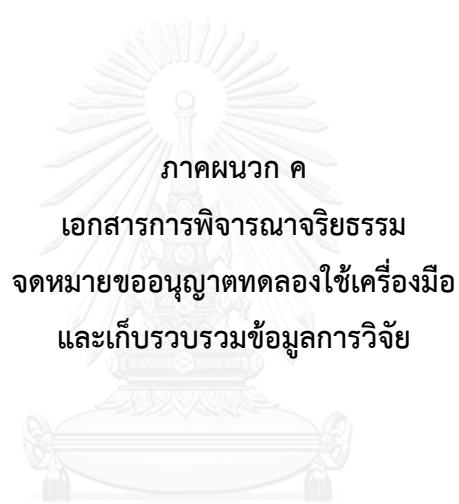
- ชื่อเครื่องมือ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม
- ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนาการเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ จันทนา หล่อจตุระดล
- ปีของวิทยานิพนธ์ พ.ศ. 2549

ลงนาม ก.ร. 25/11/59 ผู้ยื่นคำร้อง
(ชื่อ-นามสกุล กฤษฎิ์)
..... 25 / 11 / 59

| | |
|--|--|
| <p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ <u>ก.ร.</u></p> <p>ลงนาม <u>ก.ร.</u> (ชื่อ-นามสกุล <u>กฤษฎิ์</u>) <u>25</u> / <u>11</u> / <u>59</u></p> | <p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ <u>ก.ร.</u></p> <p>ลงนาม <u>ก.ร.</u> (ชื่อ-นามสกุล <u>กฤษฎิ์</u>) <u>25</u> / <u>11</u> / <u>59</u></p> |
|--|--|

อนุญาต
ก.ร.
(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
29 / พ.ย. / 59

ก.ร.
27 / พ.ย. / 59



ภาคผนวก ค
เอกสารการพิจารณาจริยธรรม
จดหมายขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือ
และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลเลิดสิน โทร. ๐-๒๓๕๓-๔๘๐๐ ต่อ ๔๗๓๔

ที่ สธ ๐๓๐๖ / ๓๓ / ๑๕๖

วันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๕๙

เรื่อง การขอเข้าเก็บข้อมูล

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน / ฝ่าย ที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัย กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ ขอรับรองว่าโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

โดยมี (นาย,นาง,นางสาว).....วนิดา อารยะเลิศ.....เป็นหัวหน้าโครงการ

ได้ขออนุมัติเข้าเก็บข้อมูล ตามหนังสือที่.....ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๐๖๘๙.....

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.....โดยถูกต้องแล้วและ

คณะกรรมการจริยธรรมได้พิจารณาแล้ว(ว/ด/ป).....๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๙.....

ผู้อำนวยการอนุมัติ (ว/ด/ป).....๓๑ พฤษภาคม ๒๕๕๙.....

โดยเอกสารฉบับนี้หมดอายุ (ว/ด/ป).....๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๐.....

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นายเอกฤทธิ์ คุณศรีวิรักษสกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลเลิดสิน



โรงพยาบาลตำรวจสำนักงานตำรวจแห่งชาติ
๔๙๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง: ๑๖๖/๒๕๖๐


| | |
|--|--|
| ชื่อโครงการ/ภาษาไทย | ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต |
| ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ | SELECTED FACTORS ASSOCIATED WITH HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN CRITICAL ILLNESS SURVIVORS |
| ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด | เรือโทหญิง วนิดา อารยะเลิศ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| รหัสโครงการ | - |
| สถานที่ทำการวิจัย | โรงพยาบาลตำรวจ |
| เอกสารรับรอง | ๑. รายละเอียดโครงการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๙ (Version 1.0 Date 18 May 2016) (ฉบับภาษาไทย) ๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอมฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๙ (Version 1.0 Date 18 May 2016) (ฉบับภาษาไทย) ๓. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๙ (Version 1.0 Date 18 May 2016) (ฉบับภาษาไทย) ๔. อัดตประวัตผู้วิจัย |
| รับรองโดย | คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ |
| วันที่รับรอง | ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๙ |
| วันที่หมดอายุ | ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๐ |

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ
โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

ผู้วิจัยสามารถเข้าเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัยได้ตั้งแต่วันที่ออกเอกสารรับรองโครงการวิจัย

พันตำรวจเอกหญิง... พันตรี รัตนา สุมาวงศ์
(พันตรี รัตนา สุมาวงศ์)
รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย
โรงพยาบาลตำรวจ

พันตำรวจเอก... อนันต์ สุวรรณหะคุปต์
(อนันต์ สุวรรณหะคุปต์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย
โรงพยาบาลตำรวจ

| | | |
|--|--|---|
|  | เอกสารรับรองโครงการวิจัย (Certificate of Approval, COA) โดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ | |
| | สำนักงานจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ เลขที่ 504/54 อาคารกองโสตการการแพทย์ทหารเรือ บุคคโล รนบุรี กทม.10600 โทร.02-4752705 | NO. : COA-NMD-REC016/59 : Expedited Review |
| หน้าที่ : คู่มือการวิจัย โดยคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ที่ดำเนินการในสถานพยาบาลของ พ.ร. หรือดำเนินการโดยบุคลากรสายแพทย์ หรือบุคลากรภายในระบบ ได้ยื่นไปคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พ.ร./ น้อยชาย พ.ร./ คนชื่อกำหนดการศึกษาวิจัยและทดลองในมนุษย์ พ.ร. และผู้ต้องดำเนินการจริยธรรมสากล | | |

โครงการวิจัย และเอกสารประกอบตามรายการที่แสดงด้านล่างนี้ ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือแล้ว มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความ สอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนถึงข้อบังคับและข้อกำหนดของกรมแพทยทหารเรือ จึงเห็นสมควรให้ ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

| | |
|--|--|
| ชื่อโครงการ | ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต |
| ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด | เรือโทหญิง วนิตา อารยะเลิศ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทยทหารเรือ |
| รหัสโครงการ | RP012/59 |
| สถานที่ทำวิจัย | โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทยทหารเรือ |
| รายการเอกสารที่รับรอง | 1) โครงการวิจัย (Version 2,วันที่ 30 พฤษภาคม 2559) 2) เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Version 2,วันที่ 30 พฤษภาคม 2559) 3) หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Version 2,วันที่ 30 พฤษภาคม 2559) |
| วันที่รับรอง | 3 มิถุนายน 2559 |
| วันหมดอายุ | 2 มิถุนายน 2560 |

ทั้งนี้ผู้วิจัยต้องดำเนินการวิจัยตามข้อกำหนดและเงื่อนไข ที่ผู้วิจัยต้องปฏิบัติสำหรับโครงการวิจัยที่ได้รับ การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ ตามรายละเอียดใน FM-NMD-REC-12.1 ที่แนบ

พล.ร.ต. 
 (วิจัย มนัสศรีวิทยา)
 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย พ.ร.



ที่ ศร 0512.11/0689



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศิตาพรพร ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

10 พฤษภาคม 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือโทหญิง วนิดา อารยะเลิศ ร.น. นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต จำนวน 54 คน โดยใช้แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก แบบประเมินวิธีการเผชิญปัญหา แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรือโทหญิง วนิดา อารยะเลิศ ร.น. ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ที่นิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1154

อาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 02-218-1151

เรือโทหญิง วนิดา อารยะเลิศ ร.น. โทร. 08-6024-1606

ที่ ศธ 0512.11/๐๖๘๑



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศดรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

/0 พฤษภาคม 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือโทหญิง วนิดา อารยะเลิศ ร.น. นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต จำนวน 54 คน โดยใช้แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก แบบประเมินวิธีการเผชิญปัญหา แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรือโทหญิง วนิดา อารยะเลิศ ร.น. ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1154

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

อาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 02-218-1151

รือนิสิต

เรือโทหญิง วนิดา อารยะเลิศ ร.น. โทร. 08-6024-1606

ที่ ศร 0512.11/0689



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑ พฤษภาคม 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือโทหญิง วนิดา อารยะเลิศ ร.น. นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต จำนวน 54 คน โดยใช้แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก แบบประเมินวิธีการเผชิญปัญหา แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรือโทหญิง วนิดา อารยะเลิศ ร.น. ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาล และฝ่ายการพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

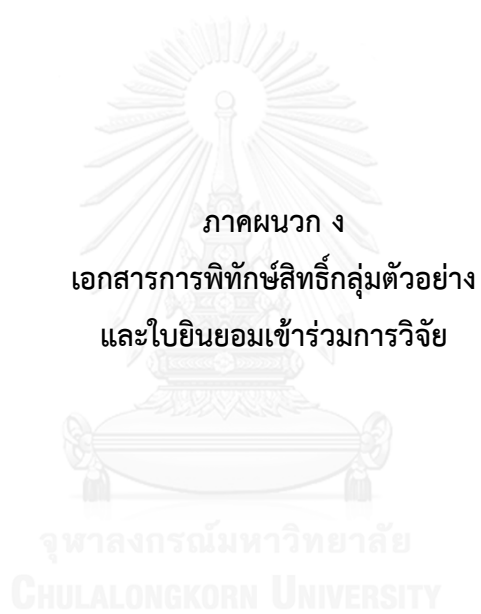
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา โทร. 02-218-1154

อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม

อาจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 02-218-1151

ชื่อนิสิต

เรือโทหญิง วนิดา อารยะเลิศ ร.น. โทร. 08-6024-1606



ชุดที่ 1 เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเอกสารแนะนำ อาสาสมัครของโรงพยาบาลเลิดสิน

Information sheet

ข้าพเจ้า เรือโทหญิง วนิดา อารยะเลิศ หัวหน้าโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับ
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
ของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่
ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความเข้มแข็งในการมองโลก
การเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะ
เจ็บป่วยวิกฤต โดยท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ในโครงการวิจัย ทางโครงการจึงขอเชิญ
ท่านเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยครั้งนี้ โดยท่านจะต้องเสียสละเวลาประมาณ 30-45 นาที
ในการทำใบประเมิน 8 ชุด

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ ดังนี้

กรณีที่ 1 กลุ่มตัวอย่างยังคงนอนพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้า
หอผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่าง นอนพักรักษาตัวเพื่อขอทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยจะทำการเก็บรวบรวม
ข้อมูลในช่วงกลุ่มตัวอย่างไม่มีเหตุการณ์ใดๆ

กรณีที่ 2 กลุ่มตัวอย่างได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วและมีตรวจตามนัดที่แผนก
ผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกที่กลุ่มตัวอย่างจะมารับ
บริการตรวจรักษาเพื่อขอทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างกลุ่ม
ตัวอย่างรอพบแพทย์ตามนัด ก่อนเข้ารับการรักษา

กรณีที่ 3 กลุ่มตัวอย่างได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วแต่ไม่มีตรวจตามนัด จะทำการ
เก็บรวบรวมข้อมูลจากการโทรศัพท์ติดตามเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมงาน
วิจัย และส่งเอกสารการวิจัยทางไปรษณีย์ ในกรณีที่ไม่ส่งกลับจะติดตามซ้ำด้วยโทรศัพท์

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วม
การวิจัย ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ที่แผนกหอผู้ป่วยนอกหรือหอผู้ป่วย หากพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมี
อาการผิดปกติ ผู้วิจัยได้เตรียมการช่วยเหลือไว้ดังนี้ 1) กรณีเกิดอาการผิดปกติทางด้านร่างกาย ผู้วิจัย
ยุติให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินทันที และนำกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติส่งพบแพทย์เพื่อ
ดำเนินการรักษาที่เหมาะสมต่อไป 2) กรณีเกิดปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้วิจัยยุติการเก็บข้อมูล
และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และความต้องการโดยให้ความมั่นใจในการปกปิดความลับ
ของข้อมูลเหล่านั้นตลอดจนรับฟังอย่างตั้งใจ และแสดงความเห็นใจ แสดงความเข้าใจในความรู้สึกที่

เกิดขึ้น ในกรณีผู้ป่วยมีสภาพวิกฤติทางด้านจิตใจและอารมณ์มากเกิดความช่วยเหลือ ผู้วิจัยจะติดต่อประสานงานกับพยาบาลในแผนกนั้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลและบุคลากรที่มีสุขภาพทรานถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต และนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

2) ด้านการศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

3) ด้านการวิจัย ใช้เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล โดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลในการสร้างโปรแกรม หรือแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตต่อไป

หัวหน้าโครงการวิจัยจะเป็นผู้เก็บข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลการเจ็บป่วยของท่าน จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณชน และไม่สามารถสืบถึงตัวท่านได้ การรายงานผลการศึกษารายงานผลเป็นภาพรวมตามวัตถุประสงค์การศึกษาโครงการ

ท่านสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้ตลอดเวลา และจะไม่มีผลกระทบต่อ การเข้ารับการรักษา ท่านจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานและจรรยาบรรณของแพทย์ หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยสามารถติดต่อสอบถามหัวหน้าโครงการได้ตลอด 24 ชั่วโมง เบอร์โทรศัพท์ 086-0241606

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ลงชื่อ.....

(เรือโทหญิง วนิดา อารยะเลิศ
.....)

หัวหน้าโครงการวิจัย

ใบยินยอมการเข้าร่วมโครงการ

Consent form

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว
 ที่อยู่.....

บัตรประจำตัวประชาชน/ข้าราชการ เลขที่

ขอให้ความยินยอมของตนเองที่จะเข้าเกี่ยวข้องในการวิจัย/ค้นคว้า เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ซึ่งผู้วิจัย ได้แก่ เรือโทหญิง วนิดา อารยะเลิศ ได้อธิบายต่อข้าพเจ้าเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้แล้ว ผู้วิจัยมีความยินดีที่จะให้คำตอบต่อคำถามประการใดที่ข้าพเจ้าอาจจะมีได้ตลอดระยะเวลาการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัยและผู้วิจัยจะได้ปฏิบัติในสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจของข้าพเจ้า ตลอดการวิจัยนี้ และรับรองว่า หากเกิดมีอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ผู้ยินยอมจะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และสามารถที่จะถอนตัวจากการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ทั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับถ้าหากข้าพเจ้าเป็นผู้ป่วย และในกรณีที่เกิดข้อข้องใจหรือปัญหาที่ข้าพเจ้าต้องการปรึกษากับผู้วิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ ได้ที่ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า 504 ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวงบुकคโล เขตธนบุรี กรุงเทพฯ 10600 โทรศัพท์ 02-475-2774-5 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 086-024-1606

ลงนาม

(.....)

ผู้ยินยอม

ลงนาม

(.....)

พยาน

ชุดที่ 2 เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเอกสารแนะนำ อาสาสมัครของโรงพยาบาลตำรวจ

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่อาสาสมัคร (Information Sheet)

1. ชื่อโครงการ

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

2. ชื่อผู้รับผิดชอบโครงการ

ร.ท.หญิง วนิดา อารยะเลิศ รน. สถานที่ทำงาน หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า 504 ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวงบुकคโล เขตธนบุรี กรุงเทพฯ 10600 โทรศัพท์ 02-475-2774-5 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 086-024-1606

3. เหตุที่ต้องการทำวิจัย เหตุผลที่อาสาสมัครที่ได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการ

ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตจึงเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์และผ่านพ้นการเจ็บป่วยรุนแรงที่คุกคามต่อชีวิตของบุคคล โดยผลกระทบด้านร่างกาย เช่น สูญเสียมวลกล้ามเนื้อ อ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ความบกพร่องของกล้ามเนื้อจะสืบเนื่องไปจนพ้นระยะภาวะเจ็บป่วยวิกฤตและต้องใช้เวลาในการฟื้นตัวอย่างช้าๆ ผลกระทบด้านจิตใจ จากความวิตกกังวล ความเครียด ที่เกิดจากรุนแรงของโรค การนอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการของภาวะซึมเศร้า ผลกระทบด้านครอบครัว จากผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ทั้งนี้การฟื้นฟูสภาพร่างกายต้องใช้ระยะเวลาเป็นปี ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า ในครอบครัวที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้รอดชีวิตกลุ่มนี้ จะเกิดความเครียด ส่งผลต่อร่างกาย จิตใจของผู้ดูแลและครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้ชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนแปลงไป และผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่าผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตไม่สามารถทำงานได้ทันทีหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ทำให้สูญเสียรายได้ อีกทั้งความเสื่อมด้านร่างกายหรือจิตใจที่เกิดขึ้น ถ้าไม่ได้รับแก้ไข ผู้ป่วยสามารถกลับเป็นซ้ำของโรคหรือจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น กระทบต่อการพัฒนาประเทศต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษา สูญเสียทรัพยากรมนุษย์ซึ่งเป็นกำลังของชาติ ซึ่งล้วนแล้วส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพทั้งสิ้น

ผลลัพธ์ที่สำคัญของการพยาบาลคือดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ดี สามารถช่วยให้ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น โดยต้องมีความรู้ความเข้าใจในผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในระยะยาวจากภาวะการเจ็บป่วยวิกฤต และมีการวางแผนการดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยเจ็บป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ไปสู่หอผู้ป่วยทั่วไป มีการวางแผนจำหน่ายและติดตาม เป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตกลุ่มนี้ต่อไป

4. วัตถุประสงค์ของโครงการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต
- 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

5. ขั้นตอนและกระบวนการทำวิจัย

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะถูกคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการสุ่มแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น ด้วยวิธีการเลือกตามสะดวก ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อยินยอมในการทำวิจัยแล้วจะได้รับแบบประเมินทั้ง 8 ชุด ที่ประกอบด้วย แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก แบบประเมินวิธีการเผชิญปัญหา แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยชี้แจงการตอบแบบประเมิน ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที

6. ประโยชน์ที่อาสาสมัครจะได้รับ และประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการทำวิจัย

- 1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต และนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น
- 2) ด้านการศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต
- 3) ด้านการวิจัย ใช้เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล โดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลในการสร้างโปรแกรม หรือแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตต่อไป

7. สิ่งที่อาสาสมัครจะต้องปฏิบัติและไม่ปฏิบัติระหว่างการศึกษา และระยะเวลาของการวิจัย

ในกรณีที่ 1 กลุ่มตัวอย่างนอนพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล และกรณีที่ 2 กลุ่มตัวอย่างได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วและมีตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบประเมินทั้ง 8 ชุด โดยใช้เวลาในการตอบแบบประเมิน 30-45 นาที

ในกรณีที่ 3 กลุ่มตัวอย่างได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วแต่ไม่มีตรวจตามนัด จะโทรศัพท์ติดตาม 1 ครั้งเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และส่งแบบประเมินทางไปรษณีย์ แต่ถ้าไม่มีการตอบกลับจะโทรศัพท์ติดตามอีก 1 ครั้ง

8. ความเสี่ยงหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นและหรือความไม่สะดวกสบายของอาสาสมัครที่อาจได้รับ และมาตรการที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ป้องกัน

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ที่แผนกหอผู้ป่วยนอกหรือหอผู้ป่วย หากพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยได้เตรียมการช่วยเหลือไว้ดังนี้ 1) กรณีเกิดอาการผิดปกติทางด้านร่างกาย ผู้วิจัยยุติให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินทันที และนำกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติส่งพบแพทย์เพื่อดำเนินการรักษาที่เหมาะสมต่อไป 2) กรณีเกิดปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้วิจัยยุติการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และความต้องการโดยให้ความมั่นใจในการปกปิดความลับของข้อมูลเหล่านั้นตลอดจนรับฟังอย่างตั้งใจ และแสดงความเห็นใจ แสดงความเข้าใจในความรู้สึกที่เกิดขึ้น ในกรณีผู้ป่วยมีสภาพวิกฤติทางด้านจิตใจและอารมณ์มากเกิดความช่วยเหลือ ผู้วิจัยจะติดต่อประสานงานกับพยาบาลในแผนกนั้น

9. กรณีเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยผู้วิจัยจะให้การดูแลรักษาพยาบาลหรือชดเชยอาสาสมัครอย่างไร

ใช้สิทธิการรักษาของอาสาสมัคร

10. การให้ค่าตอบแทนเป็นเงิน ควรระบุจำนวนและจำนวนครั้งที่ให้อาสาสมัคร

ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ ไม่มีค่าตอบแทนเป็นตัวเงินใดๆ

11. การรักษาความลับเกี่ยวกับอาสาสมัคร

โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวของกลุ่มตัวอย่าง และให้เก็บข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยจะเก็บไว้ 5 ปี เพื่อการตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม และจะเก็บรักษาเป็นความลับ บันทึกข้อมูลในกระดาษ เก็บในที่ปลอดภัย และจำกัดผู้เข้าถึงข้อมูล

12. สิทธิของอาสาสมัครในการถอนตัวออกจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยไม่กระทบต่อการรักษาพยาบาลของอาสาสมัครที่เป็นผู้ป่วย

ท่านมีสิทธิบอกเลิกการตอบแบบประเมินเมื่อใดก็ได้ตามต้องการ ซึ่งจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับอยู่ ในกรณีระหว่างการเก็บข้อมูลหากกลุ่มตัวอย่างมีความผิดปกติ ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมการช่วยเหลือไว้ดังนี้ 1) กรณีเกิดอาการผิดปกติทางด้านร่างกาย หรือสัญญาณชีพผิดปกติ ผู้วิจัยยุติให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินทันที และนำกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติส่งพบแพทย์เพื่อดำเนินการรักษาที่เหมาะสมต่อไป 2) กรณีผู้ป่วยเกิดปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้วิจัยยุติการ

เก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และความต้องการโดยให้ความมั่นใจในการปกปิดความลับของข้อมูลเหล่านั้นตลอดจนรับฟังอย่างตั้งใจ และแสดงความเห็นใจ แสดงความเข้าใจในความรู้สึกที่เกิดขึ้น ในกรณีผู้ป่วยมีสภาพวิกฤตทางด้านจิตใจและอารมณ์มากเกิดความช่วยเหลือผู้วิจัยจะติดต่อประสานงานกับพยาบาลในแผนกนั้น



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(Consent Form)

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต
วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือนพ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์
ของการวิจัยวิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการ
วิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ซึ่งผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่
ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ และเข้าร่วมโครงการนี้โดยสมัครใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยไม่เสียสิทธิ์ใน
การรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูล เฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะใน
รูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย

การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็น
ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้นและจะต้องได้รับคำยินยอมจากข้าพเจ้าเป็นลายลักษณ์อักษร

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้กำกับดูแลการวิจัย ผู้ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เพื่อเป็นการยืนยันถึงขั้นตอนโครงการวิจัย
ทางคลินิก โดยไม่ล่วงละเมิดเอกสิทธิ์ ในการปิดบังข้อมูลของการสมัครตามกรอบที่กฎหมายและกฎระเบียบ
ได้อนุญาตไว้

ข้าพเจ้าอ่านข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความ
เต็มใจ

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟังจน
เข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ข้าพเจ้าสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่ เรือโทหญิง วนิดา อารยะเลิศ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถานที่ทำงาน/
ติดต่อ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า 504 ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวง
บुकคโโล เขตธนบุรี กรุงเทพฯ 10600 หมายเลขโทรศัพท์ 02-475-2774-5 หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้
สะดวก 086-024-1606

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ชุดที่ 3 เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเอกสารแนะนำ อาสาสมัครของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Research Subject Information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจาก
ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

วันที่ชี้แจง

ชื่อและสถานที่ทำงานของผู้วิจัย

เรือโทหญิง วนิดา อารยะเลิศ สถานที่ทำงาน หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระ
พระปิ่นเกล้า 504 ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวงบुकคโกล เขตธนบุรี กรุงเทพฯ 10600 โทรศัพท์
02-475-2774-5 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 086-024-1606

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่
โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมใน
โครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง
รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยที่ทำโครงการนี้
เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือ
กับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่
การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็นความสมัครใจของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้
ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านก็จะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอน
ตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบริการ การรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่
พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลืมนำชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วม
ในโครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัคร
ในโครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมายของผู้ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย
และลงนามแทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย
เท่านั้น

ที่มาและวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตจึงเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์และผ่านพ้นการเจ็บป่วย
รุนแรงที่คุกคามต่อชีวิตของบุคคล โดยผลกระทบด้านร่างกาย เช่น สูญเสียมวลกล้ามเนื้อ อ่อนแรง

ของกล้ามเนื้อ ความบกพร่องของกล้ามเนื้อจะสืบเนื่องไปจนพ้นระยะภาวะเจ็บป่วยวิกฤตและต้องใช้ เวลาในการฟื้นตัวอย่างช้าๆ ผลกระทบด้านจิตใจ จากความวิตกกังวล ความเครียด ที่เกิดจากความ รุนแรงของโรค การนอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการของภาวะซึมเศร้า ผลกระทบด้านครอบครัว จากผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ทั้งนี้การฟื้นฟู สภาพร่างกายต้องใช้ระยะเวลาเป็นปี ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า ในครอบครัวที่ไม่มีประสบการณ์ ในการดูแลผู้รอดชีวิตกลุ่มนี้ จะเกิดความเครียด ส่งผลต่อร่างกาย จิตใจของผู้ดูแลและครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้ชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนแปลงไป และผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตไม่สามารถทำงานได้ทันทีหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ทำให้ สูญเสียรายได้ อีกทั้งความเสื่อมด้านร่างกายหรือจิตใจที่เกิดขึ้น ถ้าไม่ได้รับแก้ไข ผู้ป่วยสามารถกลับ เป็นซ้ำของโรคหรือจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น กระทบต่อการพัฒนาประเทศต้องสูญเสีย งบประมาณในการรักษา สูญเสียทรัพยากรมนุษย์ซึ่งเป็นกำลังของชาติ ซึ่งล้วนแล้วส่งผลต่อคุณภาพ ชีวิตด้านสุขภาพทั้งสิ้น

ผลลัพธ์ที่สำคัญของการพยาบาลคือดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ดี สามารถ ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น โดยต้องมีความรู้ความเข้าใจใน ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในระยะยาวจากภาวะการเจ็บป่วยวิกฤต และมีการวางแผนการดูแลตั้งแต่ผู้ป่วย เจ็บป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ไปสู่หอผู้ป่วยทั่วไป มีการวางแผนจำหน่ายและติดตาม เป็นแนวทางการ พัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตกลุ่มนี้ต่อไป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของ ความสามารถในการทำ หน้าที่ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และการ สนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต
- 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการ นอนหลับ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

ประชากร คือ ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตภายในช่วง ระยะเวลา 3-6 เดือน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร โดยการสุ่มได้ โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวนกลุ่ม ตัวอย่างทั้งหมด 132 คน โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย

- 1) ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตอายุระหว่าง 20-59 ปี

- 2) เป็นผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตภายในช่วงระยะเวลา 3-6 เดือน
- 3) เคยได้รับการรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต เช่น หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น
- 4) เคยได้รับการรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างน้อย 24 ชั่วโมง
- 5) เคยได้รับการดูแลรักษาที่เฉพาะสำหรับภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (อย่างน้อย 1 อย่าง) เช่น อุปกรณ์ช่วยหายใจ, ใส่สายระบายทรวงอก, ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ, การล้างไตต่อเนื่อง, ภาวะพิษคั่งชีพ เป็นต้น
- 6) มีสติสัมปชัญญะดี รับรู้ต่อ วัน เวลา สถานที่ถูกต้องขณะให้ข้อมูล
- 7) สามารถเข้าใจและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ขณะให้ข้อมูล
- 8) มีสัญชาติไทย
- 9) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

ขณะให้ข้อมูลผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่มีสัญญาณชีพผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเต้นช้ากว่า 60 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจมากกว่า 28 ครั้ง/นาที และอุณหภูมิกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส หรือมีการย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตซ้ำ

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใดและมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

กรณีที่ 1 กลุ่มตัวอย่างยังคงนอนพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่าง นอนพักรักษาตัวเพื่อขอทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงกลุ่มตัวอย่างไม่มีเหตุการณ์ใดๆ

กรณีที่ 2 กลุ่มตัวอย่างได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วและมีตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกที่กลุ่มตัวอย่างจะมารับบริการตรวจรักษาเพื่อขอทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างกลุ่มตัวอย่างรอพบแพทย์ตามนัด ก่อนเข้ารับการรักษา

กรณีที่ 3 กลุ่มตัวอย่างได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วแต่ไม่มีตรวจตามนัด จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการโทรศัพท์ติดตามเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมงานวิจัย และส่งเอกสารการวิจัยทางไปรษณีย์ ในกรณีที่ไม่ส่งกลับจะติดตามซ้ำด้วยโทรศัพท์

มีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโรงพยาบาลละ 44 คน รวมทั้งสิ้น 132 คน

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งที่นัด

ในกรณีที่ 1 กลุ่มตัวอย่างนอนพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล และกรณีที่ 2 กลุ่มตัวอย่างได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วและมีตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบประเมินทั้ง 8 ชุด โดยใช้เวลาในการตอบแบบประเมิน 30-45 นาที

ในกรณีที่ 3 กลุ่มตัวอย่างได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วแต่ไม่มีตรวจตามนัด จะโทรศัพท์ติดตาม 1 ครั้งเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และส่งแบบประเมินทางไปรษณีย์ แต่ถ้าไม่มีการตอบกลับจะโทรศัพท์ติดตามอีก 1 ครั้ง

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอนหรือได้รับการปฏิบัติอย่างไร

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะถูกคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการสุ่ม จะเป็นด้วยวิธีการเลือกตามสะดวก ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อยินยอมในการทำวิจัยแล้วจะได้รับแบบประเมินทั้ง 8 ชุด ที่ประกอบด้วย แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก แบบประเมินวิธีการเผชิญปัญหา แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยชี้แจงการตอบแบบประเมิน ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที

ความไม่สุขสบาย หรือการเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้างและวิธีการป้องกัน / แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยผู้วิจัยใช้แบบประเมินในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เวลาในการตอบประมาณ 30-45 นาที อาจทำให้เกิดความเมื่อยล้า/เครียด/ไม่สุขสบาย จากการตอบแบบประเมิน ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือหอผู้ป่วย หากพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยได้เตรียมการช่วยเหลือไว้ดังนี้ 1) กรณีเกิดอาการผิดปกติทางด้านร่างกาย ผู้วิจัยยุติให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินทันที และนำกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติส่งพบแพทย์เพื่อดำเนินการรักษาที่เหมาะสมต่อไป 2) กรณีเกิดปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้วิจัยยุติการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และความต้องการโดยให้ความมั่นใจในการปกปิดความลับของข้อมูลเหล่านั้นตลอดจนรับฟังอย่างตั้งใจ และแสดงความเห็นใจ แสดงความเข้าใจในความรู้สึกที่เกิดขึ้น ในกรณีผู้ป่วยมีสภาพวิกฤติทางด้านจิตใจและอารมณ์มากเกิดความช่วยเหลือ ผู้วิจัยจะติดต่อประสานงานกับพยาบาลในแผนกนั้น และในกรณีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วแต่ไม่มีตรวจตามนัด จะทำแบบประเมินโดยการรับทางไปรษณีย์ เมื่อเกิดอาการ ควรพักเพื่อผ่อนคลาย หรือเลือกตอบในช่วงเวลาที่สะดวก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้จากโครงการวิจัย

- 1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลและบุคลากรที่มีสุขภาพทรบถึง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต และนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น
- 2) ด้านการศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับ ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต
- 3) ด้านการวิจัย ใช้เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล โดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลในการสร้างโปรแกรม หรือแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตต่อไป

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ

ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ ไม่มีค่าตอบแทนเป็นตัวเงินใดๆ

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง

ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ท่านจะยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติ

หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใคร และจะได้รับการปฏิบัติอย่างไร

เรือโทหญิง วนิดา อารยะเลิศ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาล ศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถานที่ทำงาน/ติดต่อ หอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า 504 ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวงบुकคโล เขตธนบุรี กรุงเทพฯ 10600 หมายเลขโทรศัพท์ 02-475-2774-5 หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ที่ติดต่อได้สะดวก 086-024-1606 ในกรณีฉุกเฉิน สามารถใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ตามสิทธิที่พึงได้รับในกรณี เจ็บป่วยอื่นๆ

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วม

เรือโทหญิง วนิดา อารยะเลิศ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาล ศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถานที่ทำงาน/ติดต่อ หอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า 504 ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวงบुकคโล เขตธนบุรี กรุงเทพฯ 10600 หมายเลขโทรศัพท์ 02-475-2774-5 หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ที่ติดต่อได้สะดวก 086-024-1606

หากท่านรู้สึกว่าจะได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

เลขาธิการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ ที่สำนักงานจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ อาคารกองบังคับการ กรมแพทยทหารเรือ ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน บุคคโลชนบุรี กรุงเทพฯ 10600 โทร./โทรสาร 0-2475-2705, E-mail : research nmd@nmd.go.th

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวของกลุ่มตัวอย่าง และให้เก็บข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยจะเก็บไว้ 5 ปี เพื่อการตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม และจะเก็บรักษาเป็นความลับ บันทึกข้อมูลในกระดาษ เก็บในที่ปลอดภัย และจำกัดผู้เข้าถึงข้อมูล

ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

ท่านมีสิทธิบอกเลิกการตอบแบบประเมินเมื่อใดก็ได้ตามต้องการ ซึ่งจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับอยู่ ในกรณีระหว่างการเก็บข้อมูลหากกลุ่มตัวอย่างมีความผิดปกติ ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมการช่วยเหลือไว้ดังนี้ 1) กรณีเกิดอาการผิดปกติทางด้านร่างกาย หรือสัญญาณชีพผิดปกติ ผู้วิจัยยุติให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินทันที และนำกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติส่งพบแพทย์เพื่อดำเนินการรักษาที่เหมาะสมต่อไป 2) กรณีผู้ป่วยเกิดปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้วิจัยยุติการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และความต้องการโดยให้ความมั่นใจในการปกปิดความลับของข้อมูลเหล่านั้นตลอดจนรับฟังอย่างตั้งใจ และแสดงความเห็นใจ แสดงความเข้าใจในความรู้สึกที่เกิดขึ้น ในกรณีผู้ป่วยมีสภาพวิกฤตทางด้านจิตใจและอารมณ์มากเกิดความช่วยเหลือผู้วิจัยจะติดต่อประสานงานกับพยาบาลในแผนกนั้น

มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

ชื่อผู้วิจัย ร.ท.หญิงวนิดา อารยะเลิศ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่อยู่ติดต่อ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

504 ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวงบुकโคโล เขตธนบุรี กรุงเทพฯ 10600

โทรศัพท์ 02-475-2774-5 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 086-024-1606

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม ตอบแบบประเมินทั้ง 8 ชุด เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

ที่ประกอบด้วย แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก แบบประเมินวิธีการเผชิญปัญหา แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกทำลายหลังจากการวิจัย 5 ปี เพื่อการตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น ทั้งนี้จะยังได้รับการรักษาพยาบาลเช่นเดิม ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ เลขที่ 504/54 อาคารกองบังคับการ กรมแพทย์ทหารเรือ ชั้น 1 ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน บุคโคโล ธนบุรี กรุงเทพฯ 10600 โทรศัพท์ 0-2475-2705 **E-mail : rec@nmd.go.th**

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว 1 ชุด

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

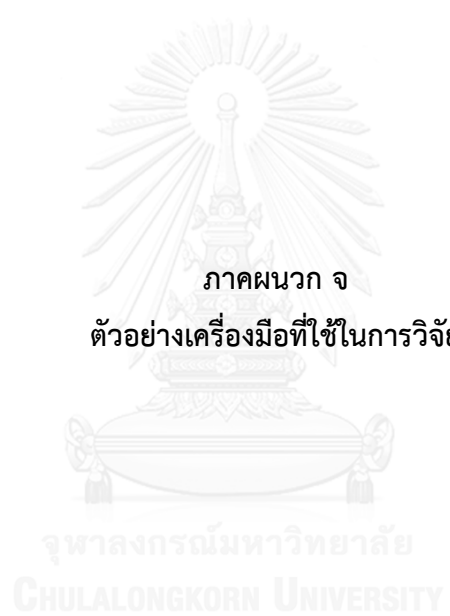
ผู้วิจัยหลัก

ผู้เข้าร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



แบบประเมินการวิจัย

เรื่อง

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

คำชี้แจง ในการตอบแบบประเมิน โปรดอ่านคำชี้แจงในแต่ละส่วนของแบบประเมินและตอบคำถามทุกข้อให้ตรงกับความจริงมากที่สุด โดยแบบประเมินนี้มี 8 ชุด ดังนี้

- ชุดที่ 1 แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล
- ชุดที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่
- ชุดที่ 3 แบบประเมินความเหนื่อยล้า
- ชุดที่ 4 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ
- ชุดที่ 5 แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก
- ชุดที่ 6 แบบประเมินการเผชิญปัญหา
- ชุดที่ 7 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม
- ชุดที่ 8 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านเป็นอย่างยิ่งมา ณ โอกาสนี้ สำหรับการให้ความร่วมมือตอบแบบประเมิน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เรือโทหญิงวนิดา อารยะเลิศ
นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชุดที่ 1 แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล

วันที่เก็บข้อมูล.....รหัส.....

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หรือเติมคำลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี (เต็ม)
3. ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆ ระบุ.....
4. สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย
 หย่าร้าง แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช.
 ปวส./อนุปริญญา ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
 เพียงพอ ไม่เพียงพอ
7. อาชีพก่อนการเจ็บป่วยวิกฤต ไม่ได้ทำงาน รับจ้าง ค้าขาย
 ทำนา/ทำไร่/ทำสวน พนักงานบริษัท
 รับราชการ อื่นๆ (ระบุ).....
8. ผลต่อการประกอบอาชีพหลังการเจ็บป่วยวิกฤต
 ไม่มีผลต่อการประกอบอาชีพไม่ได้ทำงาน
 มีผลต่อการประกอบอาชีพ (ต้องเปลี่ยนอาชีพ/ไม่สามารถทำงานได้)

ส่วนของผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูล (เก็บจากเวชระเบียน)

9. สิทธิการรักษา ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ประกันสังคม
 ต้นสังกัด ประกันชีวิต
 ชำระเงินเอง อื่นๆ (ระบุ).....
10. การวินิจฉัยโรคก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล.....
11. สาเหตุที่จำเป็นต้องรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต.....
12. ระยะเวลาการเจ็บป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต.....วัน
13. ระยะเวลาการเจ็บป่วยในโรงพยาบาล.....วัน
14. การดูแลที่ได้รับที่เฉพาะจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (อย่างน้อย 1 ชนิด)
- | | |
|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> อุปกรณ์ช่วยหายใจ | จำนวน.....วัน |
| <input type="checkbox"/> On IABP | จำนวน.....วัน |
| <input type="checkbox"/> On Arterial line | จำนวน.....วัน |
| <input type="checkbox"/> ใส่สายระบายทรวงอก | จำนวน.....วัน |
| <input type="checkbox"/> On Central line/Swan ganz catheter | จำนวน.....วัน |
| <input type="checkbox"/> ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ (Pacemaker) | จำนวน.....วัน |
| <input type="checkbox"/> การล้างไตต่อเนื่อง (CRRT) | จำนวน.....วัน |
| <input type="checkbox"/> กู้ฟื้นคืนชีพ (CPR, Cardioversion, Defibrillation) | จำนวน.....ครั้ง |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... | จำนวน.....วัน |
15. โรคประจำตัว (ระบุ).....

ชุดที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 1 ข้อ โดยข้อความที่ระบุถึงความสามารถในการทำงาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยปกติ และความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดว่าผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตทำอะไรได้บ้างหรือทำอะไรได้อยู่จริง ไม่ใช่เป็นการทดสอบหรือถามว่าสามารถทำได้หรือไม่ ให้ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตพิจารณาใส่เครื่องหมาย ลงใน หน้าข้อความที่กระทำกิจกรรมนั้นได้ตามความเป็นจริง (เลือกเพียง 1 ข้อเท่านั้น)

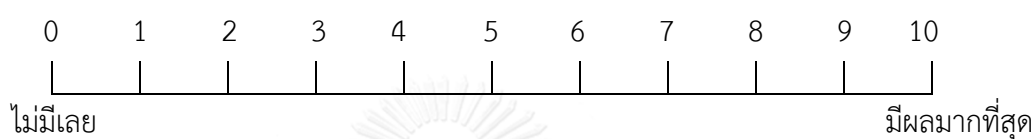
เกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

| ความหมาย | ความสามารถในการทำหน้าที่ของท่าน |
|--|---|
| สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามปกติและทำงานได้ไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ | <input type="checkbox"/> ปกติ ไม่มีการบ่นเกี่ยวกับโรค ไม่มีภาวะโรค |
| | <input type="checkbox"/> สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามปกติ มีอาการหรืออาการแสดงของโรคเพียงเล็กน้อย |
| | <input type="checkbox"/> ต้องใช้ความพยายามในการมีกิจกรรมตามปกติ มีอาการและอาการแสดงบางอย่างของโรค |
| | <input type="checkbox"/> เสียชีวิต |

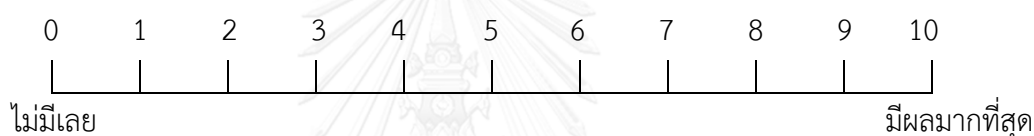
ชุดที่ 3 แบบประเมินความเหนื่อยล้า

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อถามถึงความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับความเหนื่อยล้า โดยความรู้สึกของท่านในแต่ละข้อมีคะแนนอยู่ในช่วง 0 ถึง 10 คะแนน บนเส้นตรงขอให้ท่านอ่านข้อความที่จุดเริ่มต้นทางด้านซ้ายมือและจุดสุดท้ายทางด้านขวา และโปรดทำเครื่องหมาย ○ รอบตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านมากที่สุดของท่านในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โดย 0 หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกต่อข้อความนั้นเลย และตั้งแต่ 1 ขึ้นไป หมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นเพิ่มขึ้นตามลำดับจนถึงเลข 10

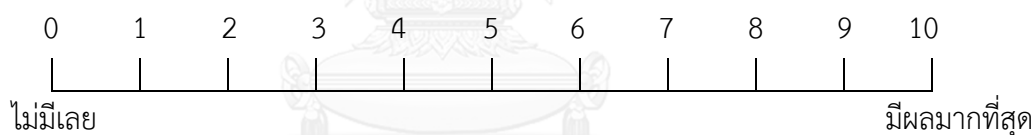
1. ความเหนื่อยล้าทำให้รบกวนความสามารถในการทำงานหรือการเรียนหนังสือ



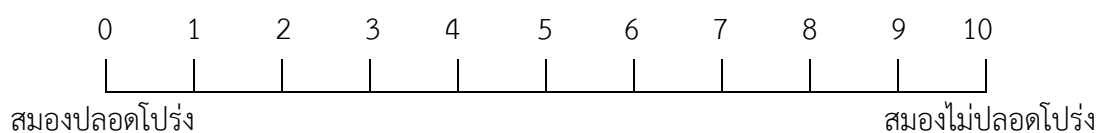
2. ความเหนื่อยล้ามีผลรบกวนความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมที่สร้างความเพลิดเพลิน



3. ความรุนแรงของความเหนื่อยล้า



12. รู้สึกสมองไม่ปลอดโปร่ง



ชุดที่ 4 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 9 ข้อ โปรดเติมข้อความในช่องว่างแต่ละข้อและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ที่ตรงกับการนอนหลับส่วนใหญ่ของท่านในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา (กรุณาตอบทุกข้อ)

1. ท่านมักเข้านอน เวลาประมาณ.....น.
2. ท่านต้องใช้เวลานานประมาณเท่าไร ตั้งแต่เข้านอนจนหลับไป.....นาที่
3. ปกติท่านลุกจากที่นอนในตอนเช้า เวลาประมาณ.....น.
4. ปกติท่านนอนหลับได้คืนละ.....ชั่วโมง

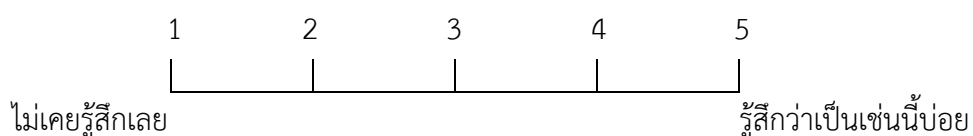
| 5. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับเนื่องจากสาเหตุเหล่านี้บ่อยเพียงใด | ไม่เคย | <1 ครั้ง/ สัปดาห์ | 1-2 ครั้ง/ สัปดาห์ | ≥3 ครั้ง/ สัปดาห์ |
|---|--------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| 5.1 นอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที | | | | |
| . | | | | |
| . | | | | |
| . | | | | |
| . | | | | |
| . | | | | |
| 9. ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านคิดว่าคุณภาพการนอนโดยรวมของท่านเป็นอย่างไร | | | | |
| <input type="checkbox"/> ดีมาก <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ไม่ค่อยดี <input type="checkbox"/> ไม่ดีเลย | | | | |

ชุดที่ 5 แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก

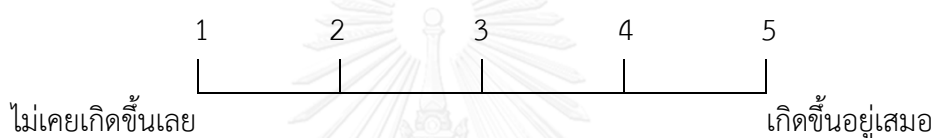
คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 13 ข้อ เพื่อให้ท่านแสดงความคิดเห็นในแต่ละข้อคำถามที่เกี่ยวกับการมองชีวิตในแง่มุมต่างๆ ในข้อคำถามแต่ละข้อจะมีตัวเลขให้ท่านเลือกตั้งแต่ 1 ถึง 5 ระดับ ซึ่งจะบ่งชี้ถึงความมากน้อยของความรู้สึกนึกคิดของท่าน โดยทำเครื่องหมาย

○ รอบตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านมากที่สุด

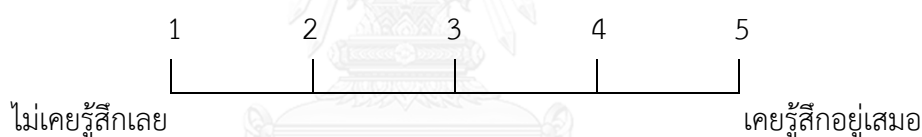
1. ท่านมีความรู้สึกที่ท่านไม่สนใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบๆ ตัวท่าน บ่อยเพียงใด



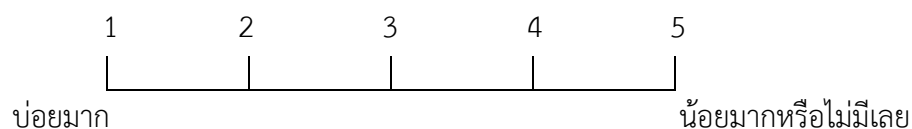
2. ท่านเคยเกิดความแปลกใจ คาดไม่ถึงในพฤติกรรมของผู้ที่ท่านคิดว่าท่านรู้จักเขาดีในช่วงเวลาที่ผ่าน



3. ท่านรู้สึกบ้างไหมว่าคนที่ท่านไว้วางใจทำให้ท่านต้องผิดหวัง



13. ท่านมีความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะสามารถจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ บ่อยเพียงใด



ชุดที่ 6 แบบประเมินการเผชิญปัญหา

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 36 ข้อ เพื่อให้ท่านแสดงความคิดเห็นในแต่ละข้อคำถามที่เกี่ยวกับการคิดและพฤติกรรมที่ท่านใช้ในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของท่าน กรุณาให้ความเห็นในแต่ละข้อว่าตรงกับลักษณะของท่านมากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังต่อไปนี้

| | | |
|---------------|---------|---|
| ไม่เคย | หมายถึง | ท่านไม่เคยใช้ลักษณะการเผชิญปัญหาแบบนั้นเลย |
| นาน ๆ ครั้ง | หมายถึง | ท่านใช้ลักษณะการเผชิญปัญหาแบบนั้นประมาณ 1-3 ครั้งในหนึ่งเดือน |
| บางครั้ง | หมายถึง | ท่านใช้ลักษณะการเผชิญปัญหาแบบนั้นสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง |
| บ่อยครั้ง | หมายถึง | ท่านใช้ลักษณะการเผชิญปัญหาแบบนั้นสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง |
| เกือบทุกครั้ง | หมายถึง | ท่านใช้ลักษณะการเผชิญปัญหาแบบนั้นเกือบทุกครั้ง |

| ข้อความ | ไม่เคย | นาน ๆ ครั้ง | บางครั้ง | บ่อยครั้ง | เกือบทุกครั้ง |
|--|--------|-------------|----------|-----------|---------------|
| 1. พยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหา | | | | | |
| 2. ขอกำลังใจหรือความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือเพื่อน | | | | | |
| 3. คิดหาวิธีการต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์ | | | | | |
| . | | | | | |
| . | | | | | |
| . | | | | | |
| . | | | | | |
| . | | | | | |
| 34. ปลอบใจให้คนอื่นแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์ | | | | | |
| 35. เลิกยุ่งเกี่ยวกับสถานการณ์นั้นเพราะคิดว่าหมดหนทางแก้ไข | | | | | |
| 36. ถอยหนีจากสถานการณ์ | | | | | |

ชุดที่ 7 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ กรุณาให้ความเห็นในแต่ละข้อว่าตรงกับลักษณะของตัวท่านมากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังต่อไปนี้

ไม่มีเลย หมายถึง ท่านไม่เคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆ เลยในความรู้สึกของท่าน

มีบ้างเล็กน้อย หมายถึง ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆ บ้างเล็กน้อย

ปานกลาง หมายถึง ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆ เป็นบางครั้ง

เกือบตลอดเวลา หมายถึง ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆ บ่อยครั้งแต่ไม่ทุกครั้ง

ตลอดเวลา หมายถึง ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นๆ ทุกครั้งในความรู้สึกของท่าน

| ข้อความ | ไม่มีเลย | เล็กน้อย | ปานกลาง | เกือบตลอดเวลา | ตลอดเวลา |
|---|--|----------|---------|---------------|----------|
| 1. ท่านมีคนที่พร้อมจะรับฟังท่านในเวลาที่ท่านต้องการหรือไม่ | | | | | |
| 2. ท่านมีคนที่พร้อมจะให้คำแนะนำที่ดีเวลาท่านมีปัญหาหรือไม่ | | | | | |
| 3. ท่านมีคนที่พร้อมจะให้ความรักท่านและห่วงใยท่านหรือไม่ | | | | | |
| . | | | | | |
| . | | | | | |
| . | | | | | |
| 7. ปัจจุบันท่านแต่งงานแล้ว หรืออาศัยอยู่กับคู่ของท่านใช่หรือไม่ | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | | | | |

ชุดที่ 8 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินคุณภาพชีวิต ที่เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 5 ข้อ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ของคำถามแต่ละข้อที่แสดงถึงภาวะทางสุขภาพของท่านในวันนี้ได้มากที่สุด

1. การเคลื่อนไหว

- ท่านไม่มีปัญหาในการเดิน
- ท่านมีปัญหาในการเดินเล็กน้อย
- ท่านมีปัญหาในการเดินปานกลาง
- ท่านมีปัญหาในการเดินอย่างมาก
- ท่านเดินไม่ได้

2. การดูแลตนเอง

- .
- .
- .
- .
- .

5. ความวิตกกังวล/ซึมเศร้า

- ท่านไม่รู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้า
- ท่านรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าเล็กน้อย
- ท่านรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าปานกลาง
- ท่านรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมาก
- ท่านรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมากที่สุด

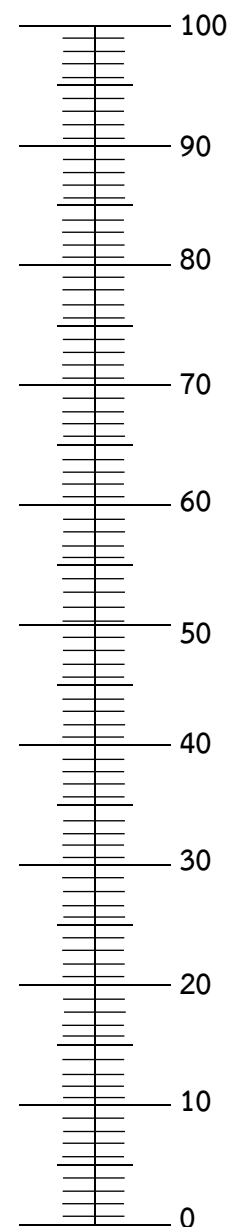
ส่วนที่ 2 แบบประเมิน ที่เป็นเลขวัดระดับภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง ให้คะแนนสุขภาพของท่านใน “วันนี้” เป็นอย่างไร โดยการทำเครื่องหมาย X ลงบนสเกลที่อยู่ทางด้านขวามือที่ตรงกับ ภาวะสุขภาพของท่านในวันนี้ โดยที่ 100 คะแนน หมายถึง สุขภาพที่ดีที่สุด ตามความคิดของท่าน ขณะที่ 0 คะแนน หมายถึง สุขภาพที่แย่ที่สุด ตามความคิดของท่าน และกรุณาใส่ตัวเลขที่ท่านได้ทำเครื่องหมายไว้บนสเกลในช่องสี่เหลี่ยมด้านล่างนี้

สุขภาพของท่านในวันนี้ =

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สุขภาพดีที่สุด
ตามความคิดของท่าน



สุขภาพแย่ที่สุด
ตามความคิดของท่าน

ภาคผนวก ฉ
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น
และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปร 2 ตัว โดยใช้สถิติ t-test ด้วยโปรแกรม SPSS version 17 ได้ผลดังนี้

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

| | ความสามารถในการทำ หน้าที่รวม | ความ เหนียวล้ำ รวม | คุณภาพการ นอนหลับ รวม | ความ เข้มแข็งใน การมอง โลกรวม | การ เผชิญ ปัญหา รวม | กา รสนับสนุน ทาง สังคมรวม | คุณภาพ ชีวิตด้าน สุข ภาพรวม | |
|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--|------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| N | 127 | 127 | 127 | 127 | 127 | 127 | 127 | |
| Normal Parameters ^{a,b} | Mean Std. Deviation | 76.85 17.670 | 3.5866 2.50223 | 5.6142 2.97355 | 46.1260 8.99823 | 2.6651 .52338 | 26.7480 4.71568 | .7383 .28128 |
| Most Extreme Differences | Absolute Positive Negative | .194 .134 -.194 | .134 .134 -.098 | .180 .180 -.112 | .165 .101 -.165 | .131 .086 -.131 | .190 .091 -.190 | .132 .132 -.131 |
| Kolmogorov-Smirnov Z | | 1.064 | .734 | .988 | .905 | .719 | 1.040 | 1.093 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | | .208 | .653 | .284 | .386 | .679 | .230 | .183 |

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

จากตารางการแสดงผลการวิเคราะห์การกระจายของความสามารถในการทำหน้าที่ ความเหนียวล้ำ คุณภาพการนอนหลับ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test ได้ค่า Kolmogorov-Smirnov Z = 1.064, .734, .988, .905, .719, 1.040, 1.093 ค่า p= .208, .653, .284, .386, .679, .230, .183 ($p > .05$) สรุปผลว่า ยอมรับสมมติฐานนัล (H_0) จึงสรุปผลการทดสอบครั้งนี้ได้ว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ ความเหนียวล้ำ คุณภาพการนอนหลับ ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม มีการกระจายแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ α เท่ากับ .05 ($p > .05$) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น การใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (ปาริชาติ โรจนพลากร และยุวดี ฤาชา, 2553)

ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

1.ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความเหนื่อยล้า

Reliability Coefficients

Cronbach's Alpha = .944 Cronbach's Alpha Based on Standardized Items = .945

| | Mean | Std. Deviation | N |
|--------------------------|------|----------------|----|
| ความเหนื่อยล้า ข้อที่ 1 | 3.50 | 3.617 | 30 |
| ความเหนื่อยล้า ข้อที่ 2 | 3.73 | 3.667 | 30 |
| ความเหนื่อยล้า ข้อที่ 3 | 4.23 | 3.540 | 30 |
| ความเหนื่อยล้า ข้อที่ 4 | 3.60 | 3.460 | 30 |
| ความเหนื่อยล้า ข้อที่ 5 | 3.27 | 3.443 | 30 |
| ความเหนื่อยล้า ข้อที่ 6 | 3.07 | 3.814 | 30 |
| ความเหนื่อยล้า ข้อที่ 7 | 3.17 | 3.141 | 30 |
| ความเหนื่อยล้า ข้อที่ 8 | 3.93 | 3.342 | 30 |
| ความเหนื่อยล้า ข้อที่ 9 | 3.90 | 2.833 | 30 |
| ความเหนื่อยล้า ข้อที่ 10 | 2.60 | 2.634 | 30 |
| ความเหนื่อยล้า ข้อที่ 11 | 2.37 | 2.659 | 30 |
| ความเหนื่อยล้า ข้อที่ 12 | 2.70 | 2.867 | 30 |

Item-Total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|-------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| ความเหนื่อยล้า ข้อที่ 1 | 36.57 | 800.668 | .681 | .941 |
| ความเหนื่อยล้า ข้อที่ 2 | 36.33 | 781.333 | .772 | .938 |
| ความเหนื่อยล้า ข้อที่ 3 | 35.83 | 774.764 | .841 | .935 |
| ความเหนื่อยล้า ข้อที่ 4 | 36.47 | 781.637 | .824 | .936 |
| ความเหนื่อยล้า ข้อที่ 5 | 36.80 | 791.890 | .771 | .938 |

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|-------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| ความเหน้อยล่า ข้อที่ 6 | 37.00 | 775.379 | .768 | .938 |
| ความเหน้อยล่า ข้อที่ 7 | 36.90 | 809.128 | .750 | .938 |
| ความเหน้อยล่า ข้อที่ 8 | 36.13 | 801.982 | .739 | .939 |
| ความเหน้อยล่า ข้อที่ 9 | 36.17 | 848.971 | .582 | .944 |
| ความเหน้อยล่า ข้อที่ 10 | 37.47 | 846.120 | .653 | .942 |
| ความเหน้อยล่า ข้อที่ 11 | 37.70 | 818.769 | .836 | .937 |
| ความเหน้อยล่า ข้อที่ 12 | 37.37 | 829.068 | .702 | .940 |

2.ค่าความเที่ยงของแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ

Reliability Coefficients

Cronbach's Alpha = .787 Cronbach's Alpha Based on Standardized Items = .794

| | Mean | Std. Deviation | N |
|------------------------------|------|----------------|----|
| คุณภาพการนอนหลับ ข้อที่ 5.1 | 1.13 | 1.306 | 30 |
| คุณภาพการนอนหลับ ข้อที่ 5.2 | 1.63 | 1.129 | 30 |
| คุณภาพการนอนหลับ ข้อที่ 5.3 | 1.80 | 1.157 | 30 |
| คุณภาพการนอนหลับ ข้อที่ 5.4 | .53 | .900 | 30 |
| คุณภาพการนอนหลับ ข้อที่ 5.5 | 1.03 | 1.159 | 30 |
| คุณภาพการนอนหลับ ข้อที่ 5.6 | .33 | .661 | 30 |
| คุณภาพการนอนหลับ ข้อที่ 5.7 | .53 | 1.074 | 30 |
| คุณภาพการนอนหลับ ข้อที่ 5.8 | .43 | .774 | 30 |
| คุณภาพการนอนหลับ ข้อที่ 5.9 | 1.10 | 1.348 | 30 |
| คุณภาพการนอนหลับ ข้อที่ 5.10 | .23 | .774 | 30 |
| คุณภาพการนอนหลับ ข้อที่ 6 | .47 | 1.074 | 30 |
| คุณภาพการนอนหลับ ข้อที่ 7 | .53 | .973 | 30 |
| คุณภาพการนอนหลับ ข้อที่ 8 | .37 | .765 | 30 |
| คุณภาพการนอนหลับ ข้อที่ 9 | 1.13 | .629 | 30 |

Item-Total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlatio n | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--|---|
| คุณภาพการนอนหลับ ข้อที่ 5.1 | 10.13 | 38.878 | .739 | .736 |
| คุณภาพการนอนหลับ ข้อที่ 5.2 | 9.63 | 43.206 | .548 | .760 |
| คุณภาพการนอนหลับ ข้อที่ 5.3 | 9.47 | 50.120 | .071 | .806 |
| คุณภาพการนอนหลับ ข้อที่ 5.4 | 10.73 | 44.478 | .611 | .758 |
| คุณภาพการนอนหลับ ข้อที่ 5.5 | 10.23 | 48.116 | .196 | .795 |
| คุณภาพการนอนหลับ ข้อที่ 5.6 | 10.93 | 47.857 | .473 | .773 |
| คุณภาพการนอนหลับ ข้อที่ 5.7 | 10.73 | 47.720 | .252 | .788 |
| คุณภาพการนอนหลับ ข้อที่ 5.8 | 10.83 | 49.937 | .190 | .789 |
| คุณภาพการนอนหลับ ข้อที่ 5.9 | 10.17 | 39.247 | .684 | .743 |
| คุณภาพการนอนหลับ ข้อที่ 5.10 | 11.03 | 51.068 | .086 | .796 |
| คุณภาพการนอนหลับ ข้อที่ 6 | 10.80 | 43.269 | .580 | .758 |
| คุณภาพการนอนหลับ ข้อที่ 7 | 10.73 | 49.444 | .163 | .794 |
| คุณภาพการนอนหลับ ข้อที่ 8 | 10.90 | 45.886 | .593 | .763 |
| คุณภาพการนอนหลับ ข้อที่ 9 | 10.13 | 46.326 | .689 | .761 |

3.ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก

Reliability Coefficients

Cronbach's Alpha = .801 Cronbach's Alpha Based on Standardized Items = .806

| | Mean | Std. Deviation | N |
|-----------------------------------|--------|----------------|----|
| ความเข้มแข็งในการมองโลก ข้อที่ 1 | 3.4000 | 1.47625 | 30 |
| ความเข้มแข็งในการมองโลก ข้อที่ 2 | 4.1000 | 1.21343 | 30 |
| ความเข้มแข็งในการมองโลก ข้อที่ 3 | 3.7000 | 1.55696 | 30 |
| ความเข้มแข็งในการมองโลก ข้อที่ 4 | 3.4333 | 1.56873 | 30 |
| ความเข้มแข็งในการมองโลก ข้อที่ 5 | 2.2667 | 1.48401 | 30 |
| ความเข้มแข็งในการมองโลก ข้อที่ 6 | 3.9000 | 1.47040 | 30 |
| ความเข้มแข็งในการมองโลก ข้อที่ 7 | 3.6333 | 1.42595 | 30 |
| ความเข้มแข็งในการมองโลก ข้อที่ 8 | 3.7667 | 1.40647 | 30 |
| ความเข้มแข็งในการมองโลก ข้อที่ 9 | 3.6333 | 1.37674 | 30 |
| ความเข้มแข็งในการมองโลก ข้อที่ 10 | 4.0333 | 1.27261 | 30 |
| ความเข้มแข็งในการมองโลก ข้อที่ 11 | 3.9000 | 1.37339 | 30 |
| ความเข้มแข็งในการมองโลก ข้อที่ 12 | 3.7333 | 1.59597 | 30 |
| ความเข้มแข็งในการมองโลก ข้อที่ 13 | 3.8000 | 1.27035 | 30 |

Item-Total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlatio n | Cronbach' s Alpha if Item Deleted |
|-----------------------------------|-------------------------------------|---|--|--|
| ความเข้มแข็งในการมองโลก ข้อที่ 1 | 43.9000 | 89.748 | .351 | .796 |
| ความเข้มแข็งในการมองโลก ข้อที่ 2 | 43.2000 | 92.924 | .314 | .797 |
| ความเข้มแข็งในการมองโลก ข้อที่ 3 | 43.6000 | 92.593 | .224 | .808 |
| ความเข้มแข็งในการมองโลก ข้อที่ 4 | 43.8667 | 85.361 | .480 | .784 |
| ความเข้มแข็งในการมองโลก ข้อที่ 5 | 45.0333 | 107.757 | -.267 | .845 |
| ความเข้มแข็งในการมองโลก ข้อที่ 6 | 43.4000 | 82.386 | .644 | .769 |
| ความเข้มแข็งในการมองโลก ข้อที่ 7 | 43.6667 | 83.402 | .626 | .771 |
| ความเข้มแข็งในการมองโลก ข้อที่ 8 | 43.5333 | 80.602 | .758 | .759 |
| ความเข้มแข็งในการมองโลก ข้อที่ 9 | 43.6667 | 84.299 | .615 | .773 |
| ความเข้มแข็งในการมองโลก ข้อที่ 10 | 43.2667 | 90.340 | .404 | .791 |
| ความเข้มแข็งในการมองโลก ข้อที่ 11 | 43.4000 | 91.628 | .313 | .798 |
| ความเข้มแข็งในการมองโลก ข้อที่ 12 | 43.5667 | 82.047 | .593 | .773 |
| ความเข้มแข็งในการมองโลก ข้อที่ 13 | 43.5000 | 82.466 | .765 | .762 |

4.ค่าความเที่ยงของแบบประเมินการเผชิญปัญหา

Reliability Coefficients

Cronbach's Alpha = .877 Cronbach's Alpha Based on Standardized Items = .870

| | Mean | Std. Deviation | N |
|-------------------------|------|----------------|----|
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 1 | 2.83 | 1.315 | 30 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 2 | 2.30 | 1.343 | 30 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 3 | 2.90 | 1.423 | 30 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 4 | 3.17 | 1.416 | 30 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 5 | 3.23 | 1.331 | 30 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 6 | 2.80 | 1.324 | 30 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 7 | 2.97 | 1.402 | 30 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 8 | 3.23 | 1.357 | 30 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 9 | 3.07 | 1.413 | 30 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 10 | 3.03 | 1.326 | 30 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 11 | 2.43 | 1.431 | 30 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 12 | 3.03 | 1.450 | 30 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 13 | 2.70 | 1.368 | 30 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 14 | 2.37 | 1.402 | 30 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 15 | 1.97 | 1.189 | 30 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 16 | 2.13 | 1.137 | 30 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 17 | 2.17 | 1.206 | 30 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 18 | 2.23 | 1.194 | 30 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 19 | 2.13 | 1.306 | 30 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 20 | 1.83 | 1.262 | 30 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 21 | 1.77 | 1.251 | 30 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 22 | 1.70 | .952 | 30 |

| | Mean | Std. Deviation | N |
|-------------------------|------|----------------|----|
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 23 | 3.73 | 1.311 | 30 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 24 | 3.70 | 1.236 | 30 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 25 | 3.40 | 1.380 | 30 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 26 | 3.43 | 1.501 | 30 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 27 | 3.57 | 1.331 | 30 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 28 | 3.13 | 1.548 | 30 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 29 | 3.20 | 1.606 | 30 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 30 | 2.77 | 1.455 | 30 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 31 | 2.10 | 1.185 | 30 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 32 | 2.80 | 1.375 | 30 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 33 | 2.73 | 1.258 | 30 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 34 | 1.93 | 1.143 | 30 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 35 | 1.67 | .994 | 30 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 36 | 1.83 | 1.085 | 30 |

| | Item-Total Statistics | | | Cronbach's |
|-------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|--|-----------------------------|
| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Alpha if Item Deleted |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 1 | 93.17 | 391.937 | .616 | .870 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 2 | 93.70 | 423.734 | .003 | .882 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 3 | 93.10 | 400.024 | .416 | .874 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 4 | 92.83 | 396.764 | .478 | .872 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 5 | 92.77 | 398.944 | .470 | .872 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 6 | 93.20 | 396.441 | .522 | .871 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 7 | 93.03 | 391.757 | .577 | .870 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 8 | 92.77 | 387.633 | .679 | .868 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 9 | 92.93 | 391.375 | .579 | .870 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 10 | 92.97 | 392.378 | .601 | .870 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 11 | 93.57 | 394.530 | .513 | .871 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 12 | 92.97 | 397.964 | .444 | .873 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 13 | 93.30 | 387.183 | .681 | .868 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 14 | 93.63 | 419.895 | .067 | .881 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 15 | 94.03 | 410.102 | .295 | .876 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 16 | 93.87 | 418.809 | .121 | .879 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 17 | 93.83 | 401.247 | .477 | .873 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 18 | 93.77 | 419.840 | .091 | .879 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 19 | 93.87 | 413.016 | .207 | .878 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 20 | 94.17 | 412.764 | .222 | .877 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 21 | 94.23 | 408.323 | .313 | .876 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 22 | 94.30 | 426.631 | -.046 | .881 |

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|-------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|--|---|
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 23 | 92.27 | 405.444 | .351 | .875 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 24 | 92.30 | 395.734 | .579 | .871 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 25 | 92.60 | 394.386 | .537 | .871 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 26 | 92.57 | 388.599 | .589 | .870 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 27 | 92.43 | 389.151 | .663 | .869 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 28 | 92.87 | 401.706 | .349 | .875 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 29 | 92.80 | 400.166 | .358 | .875 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 30 | 93.23 | 394.806 | .498 | .872 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 31 | 93.90 | 419.610 | .097 | .879 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 32 | 93.20 | 400.579 | .423 | .873 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 33 | 93.27 | 397.926 | .523 | .872 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 34 | 94.07 | 419.651 | .102 | .879 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 35 | 94.33 | 423.609 | .028 | .880 |
| การเผชิญปัญหา ข้อที่ 36 | 94.17 | 424.557 | .000 | .880 |

5.ค่าความเที่ยงของแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

Reliability Coefficients

Cronbach's Alpha = .817 Cronbach's Alpha Based on Standardized Items = .811

| | Mean | Std. Deviation | N |
|------------------------------|------|----------------|----|
| การสนับสนุนทางสังคม ข้อที่ 1 | 3.87 | 1.224 | 30 |
| การสนับสนุนทางสังคม ข้อที่ 2 | 3.97 | 1.326 | 30 |
| การสนับสนุนทางสังคม ข้อที่ 3 | 4.33 | .994 | 30 |
| การสนับสนุนทางสังคม ข้อที่ 4 | 3.67 | 1.124 | 30 |
| การสนับสนุนทางสังคม ข้อที่ 5 | 3.83 | 1.147 | 30 |
| การสนับสนุนทางสังคม ข้อที่ 6 | 3.97 | .999 | 30 |
| การสนับสนุนทางสังคม ข้อที่ 7 | 3.13 | 1.008 | 30 |



Item-Total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlatio n | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--|---|
| การสนับสนุนทางสังคม ข้อที่ 1 | 22.90 | 20.093 | .720 | .762 |
| การสนับสนุนทางสังคม ข้อที่ 2 | 22.80 | 19.338 | .720 | .760 |
| การสนับสนุนทางสังคม ข้อที่ 3 | 22.43 | 22.668 | .617 | .784 |
| การสนับสนุนทางสังคม ข้อที่ 4 | 23.10 | 23.610 | .423 | .815 |
| การสนับสนุนทางสังคม ข้อที่ 5 | 22.93 | 20.271 | .766 | .755 |
| การสนับสนุนทางสังคม ข้อที่ 6 | 22.80 | 21.890 | .706 | .770 |
| การสนับสนุนทางสังคม ข้อที่ 7 | 23.63 | 28.447 | .003 | .870 |

6.ค่าความเที่ยงของแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

Reliability Coefficients

Cronbach's Alpha = .885 Cronbach's Alpha Based on Standardized Items = .875

| | Mean | Std. Deviation | N |
|--------------------------------|------|----------------|----|
| คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ข้อที่ 1 | 2.13 | 1.332 | 30 |
| คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ข้อที่ 2 | 1.77 | 1.305 | 30 |
| คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ข้อที่ 3 | 2.13 | 1.196 | 30 |
| คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ข้อที่ 4 | 2.17 | .986 | 30 |
| คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ข้อที่ 5 | 1.70 | .702 | 30 |



Item-Total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Cronbach's | |
|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| | | | Item-Total Correlatio n | Alpha if Item Deleted |
| คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ข้อที่ 1 | 7.77 | 12.047 | .865 | .825 |
| คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ข้อที่ 2 | 8.13 | 12.257 | .860 | .825 |
| คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ข้อที่ 3 | 7.77 | 13.633 | .765 | .850 |
| คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ข้อที่ 4 | 7.73 | 14.478 | .849 | .836 |
| คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ข้อที่ 5 | 8.20 | 19.407 | .310 | .929 |



ตารางที่ 18 จำนวน ร้อยละของความสามารถในการทำหน้าที่ ของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากภาวะ
เจ็บป่วยวิกฤต จำแนกเป็นรายข้อ (n = 127)

| ความสามารถในการทำหน้าที่ | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| 100% ปกติ ไม่มีการปนเกี่ยวกับโรค ไม่มีภาวะโรค | 19 | 15.0 |
| 90% สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามปกติ มีอาการหรืออาการแสดงของโรคเพียงเล็กน้อย | 36 | 28.3 |
| 80% ต้องใช้ความพยายามในการมีกิจกรรมตามปกติ มีอาการและอาการแสดงบางอย่างของโรค | 21 | 16.5 |
| 70% ดูแลตนเองได้ แต่ไม่สามารถทำกิจกรรมหรือทำงานได้ตามปกติ | 6 | 4.7 |
| 60% ต้องการความช่วยเหลือเป็นครั้งคราว แต่ยังคงดูแลตนเองในสิ่งที่จำเป็นส่วนใหญ่ได้ | 0 | 0 |
| 50% ต้องการความช่วยเหลือตัดสินใจ และการดูแลจากแพทย์บ่อยครั้ง | 36 | 28.3 |
| 40% ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ ต้องการความช่วยเหลือและการดูแลเป็นพิเศษ | 0 | 0 |
| 30% ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ จำเป็นต้องอยู่ในโรงพยาบาล ถึงแม้ว่ายังไม่ถึงแก่ชีวิต | 9 | 7.1 |
| 20% จำเป็นต้องอยู่ในโรงพยาบาล อาการเจ็บป่วยรุนแรง จำเป็นต้องให้การรักษาแบบประคับประคองอย่างเต็มที่ | 0 | 0 |
| 10% อาการกำเริบรวดเร็ว ใกล้เสียชีวิต | 0 | 0 |
| 0% เสียชีวิต | 0 | 0 |

จากตารางที่ 18 พบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ ของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ข้อที่มีจำนวนสูงสุด 3 อันดับ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตสามารถปฏิบัติกิจกรรมตามปกติ มีอาการหรืออาการแสดงของโรคเพียงเล็กน้อย และกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตต้องการความช่วยเหลือตัดสินใจ และการดูแลจากแพทย์บ่อยครั้ง คิดเป็นร้อยละ 28.3 รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตต้องใช้ความพยายามในการมีกิจกรรมตามปกติ มีอาการและอาการแสดงบางอย่างของโรค คิดเป็นร้อยละ 16.5

ตารางที่ 19 จำนวน ร้อยละของความสามารถในการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (n=127)

| ความสามารถในการทำหน้าที่ | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| 1. สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามปกติและทำงานได้ไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ | 76 | 59.8 |
| 2. ไม่สามารถทำงานได้ สามารถอยู่บ้านได้ แต่ต้องการการดูแลเรื่องส่วนตัวเกือบทั้งหมดต้องการความช่วยเหลือในระดับต่างๆ กัน | 42 | 33.1 |
| 3. ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องการการดูแลในระดับที่เท่ากับสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาล อาการของโรคดำเนินอย่างรวดเร็ว | 9 | 7.1 |

จากตารางที่ 19 พบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามปกติและทำงานได้ไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ คิดเป็นร้อยละ 59.8 รองลงเป็นผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ไม่สามารถทำงานได้ สามารถอยู่บ้านได้ แต่ต้องการการดูแลเรื่องส่วนตัวเกือบทั้งหมดต้องการความช่วยเหลือในระดับต่างๆ กัน คิดเป็นร้อยละ 33.1 และเป็นผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องการการดูแลในระดับที่เท่ากับสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาล อาการของโรคดำเนินอย่างรวดเร็ว คิดเป็นร้อยละ 7.1 ตามลำดับ

ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต จำแนกเป็นรายข้อ (n = 127)

| ความเหนื่อยล้า | \bar{x} | SD | แปลผล |
|--|-----------|------|----------|
| 1. ความเหนื่อยล้าทำให้รบกวนความสามารถในการทำงานหรือการเรียนหนังสือ | 3.94 | 3.44 | เล็กน้อย |
| 2. ความเหนื่อยล้ามีผลรบกวนความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมที่สร้างความเพลิดเพลิน | 3.98 | 3.39 | เล็กน้อย |
| 3. ความรุนแรงของความเหนื่อยล้า | 4.15 | 3.21 | ปานกลาง |
| 4. ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นผิดปกติ | 3.17 | 3.10 | เล็กน้อย |
| 5. ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นสร้างความไม่พอใจ | 3.74 | 3.38 | เล็กน้อย |
| 6. ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นเป็นโทษ | 3.57 | 3.66 | เล็กน้อย |
| 7. รู้สึกเหนื่อยหน่าย | 3.57 | 3.10 | เล็กน้อย |

| ความเหนื่อยล้า | \bar{x} | SD | แปลผล |
|---|-----------|------|----------|
| 8. ภายหลังจากมีภาวะเจ็บป่วยวิกฤตสุขภาพของท่าน อ่อนแอลง | 3.92 | 3.10 | เล็กน้อย |
| 9. รู้สึกง่วงเหงาหาวนอน | 3.98 | 2.99 | เล็กน้อย |
| 10. รู้สึกใจร้อนมากขึ้น | 2.93 | 2.85 | เล็กน้อย |
| 11. รู้สึกไม่มีสมาธิขณะทำกิจกรรมต่างๆ | 2.63 | 2.83 | เล็กน้อย |
| 12. รู้สึกสมองไม่ปลอดโปร่ง | 2.93 | 2.96 | เล็กน้อย |

จากตารางที่ 20 พบว่า ความเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต
ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับ ได้แก่ ข้อที่ 3 ความรุนแรงของความเหนื่อยล้า มีคะแนนเฉลี่ย 4.15
รองลงมา ข้อที่ 2 ความเหนื่อยล้ามีผลรบกวนความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมที่สร้างความ
เพลิดเพลิน และ ข้อที่ 9 รู้สึกง่วงเหงาหาวนอน มีคะแนนเฉลี่ย 3.98

ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพการนอนหลับจำแนกตามองค์ประกอบของ
กลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต จำแนกเป็นองค์ประกอบ (n = 127)

| คุณภาพการนอนหลับ | \bar{x} | SD |
|--|-----------|------|
| องค์ประกอบที่ 1 การรายงานคุณภาพการนอนหลับ | 1.17 | 0.65 |
| องค์ประกอบที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ | 1.08 | 1.03 |
| องค์ประกอบที่ 3 ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน | 0.81 | 0.99 |
| องค์ประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย | 0.32 | 0.67 |
| องค์ประกอบที่ 5 การรบกวนการนอนหลับ | 1.49 | 0.74 |
| องค์ประกอบที่ 6 การใช้อานอนหลับ | 0.16 | 0.65 |
| องค์ประกอบที่ 7 ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน | 0.59 | 0.72 |

จากตารางที่ 21 พบว่า คุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วย
วิกฤต องค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 5 การรบกวนการนอนหลับ มี
คะแนนเฉลี่ย 1.49 รองลงมา องค์ประกอบที่ 1 การรายงานคุณภาพการนอนหลับ มีคะแนน
เฉลี่ย 1.17 และ องค์ประกอบที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ มีคะแนนเฉลี่ย 1.08

ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเข้มแข็งในการมองโลกของกลุ่มตัวอย่าง
ผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต จำแนกเป็นรายข้อ (n = 127)

| ความเข้มแข็งในการมองโลก | \bar{x} | SD |
|---|-----------|------|
| 1. มีความรู้สึกที่ไม่สนใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบๆ ตัว | 3.44 | 1.19 |
| 2. เคยเกิดความแปลกใจ คาดไม่ถึงในพฤติกรรมของผู้ที่คิดว่ารู้จักเขา ดีในช่วงเวลาที่ผ่าน | 3.97 | 1.34 |
| 3. รู้สึกบ้างไหมว่าคนที่ไว้ใจทำให้ต้องผิดหวัง | 3.46 | 1.52 |
| 4. รู้สึกอย่างไรกับชีวิตในทุกวันนี้ | 3.48 | 1.38 |
| 5. มีความรู้สึกที่ไม่ได้รับความยุติธรรม | 2.36 | 1.40 |
| 6. มีความรู้สึกที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย และไม่ทราบว่าจะทำ อะไร | 3.85 | 1.32 |
| 7. รู้สึกอย่างไรกับสิ่งที่กระทำอยู่ทุกวันนี้ | 3.46 | 1.34 |
| 8. มีความรู้สึกนึกคิดที่สับสน | 3.66 | 1.32 |
| 9. เกิดความคิดว่า ความรู้สึกที่กำลังเกิดขึ้นภายในจิตใจนั้น ไม่น่าจะ เกิดขึ้น | 3.59 | 1.29 |
| 10. รู้สึกว่าตนเองล้มเหลว เป็นผู้แพ้ในชีวิตที่ผ่านมา | 3.94 | 1.22 |
| 11. เมื่อมีเรื่องใดเกิดขึ้น มักจะให้ความสำคัญกับเรื่องนั้น | 3.59 | 1.32 |
| 12. มีความรู้สึกที่สิ่งที่กระทำอยู่ทุกวันนี้ไม่ค่อยมีความหมาย | 3.59 | 1.47 |
| 13. มีความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะสามารถจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ | 3.74 | 1.19 |

จากตารางที่ 22 พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากภาวะ
เจ็บป่วยวิกฤต ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับ ได้แก่ ข้อที่ 2 เคยเกิดความแปลกใจ คาดไม่ถึงใน
พฤติกรรมของผู้ที่คิดว่ารู้จักเขาดีในช่วงเวลาที่ผ่าน มีคะแนนเฉลี่ย 3.97 รองลงมา ข้อที่ 10 รู้สึกว่า
ตนเองล้มเหลว เป็นผู้แพ้ในชีวิตที่ผ่านมา มีคะแนนเฉลี่ย 3.94 และ ข้อที่ 6 มีความรู้สึกที่อยู่ใน
สิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย และไม่ทราบว่าจะทำอะไร มีคะแนนเฉลี่ย 3.85

ตารางที่ 23 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต จำแนกเป็นรายข้อและรายด้าน (n = 127)

| การเผชิญปัญหา | \bar{x} | SD |
|--|-----------|------|
| ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา | 2.88 | .86 |
| 1. พยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหา | 2.88 | 1.27 |
| 2. ขอกำลังใจหรือความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือเพื่อน | 2.39 | 1.29 |
| 3. คิดหาวิธีการต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์ | 2.94 | 1.34 |
| 4. พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนและทุกแง่ทุกมุม | 3.13 | 1.26 |
| 5. พยายามหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์เพิ่มเติม เพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น | 3.19 | 1.28 |
| 6. ลองแก้ปัญหาหลายๆ วิธี เพื่อหาวิธีที่ดีที่สุด | 2.83 | 1.28 |
| 7. กำหนดเป้าหมายให้เจาะจงชัดเจนเพื่อแก้ปัญหา | 2.88 | 1.34 |
| 8. พยายามแก้ไขปัญหาโดยแยกแยะปัญหาเป็นส่วนๆ | 3.12 | 1.34 |
| 9. พยายามค้นหาเป้าหมายหรือทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น | 3.10 | 1.30 |
| 10. พยายามควบคุมสถานการณ์บางอย่างไว้ | 3.03 | 1.24 |
| 11. ปรึกษาปัญหากับผู้ที่เคยผ่านประสบการณ์แบบเดียวกัน | 2.63 | 1.34 |
| 12. ลดความเครียดโดยการออกกำลังกายหรือออกกำลังกาย | 2.84 | 1.42 |
| 13. พยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์อย่างจริงจัง | 2.50 | 1.25 |
| ด้านการจัดการกับอารมณ์ | 2.07 | .64 |
| 14. กังวล | 2.47 | 1.30 |
| 15. อารมณ์เสีย ฉุนเฉียว สบประสาธน์ สบถ | 1.91 | 1.16 |
| 16. คิดฝันหรือเพ้อฝันไปเรื่อย | 2.12 | 1.07 |
| 17. เตรียมการสำหรับความเลวร้ายที่สุดที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้ | 2.31 | 1.23 |
| 18. กระทบกระชวย หงุดหงิดใจ | 2.35 | 1.10 |
| 19. แยกตัว ออกจากผู้คนเดียวตามลำพัง | 2.13 | 1.24 |
| 20. การกิน การสูบบุหรี่ การชบเคี้ยว | 1.95 | 1.22 |
| 21. ระบายอารมณ์กับคนหรือสิ่งของ | 1.69 | 1.10 |
| 22. ตำหนิคนอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา | 1.72 | 0.95 |

| การเผชิญปัญหา | \bar{x} | SD |
|--|-----------|------|
| ด้านการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึก | 2.84 | .64 |
| 23. สวดมนต์ เชื่อในสิ่งศักดิ์ หรือสิ่งที่เชื่อถือ | 3.58 | 1.26 |
| 24. ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นอย่างจริง | 3.55 | 1.15 |
| 25. ยอมรับปัญหา คิดเสียว่าสิ่งต่างๆ อาจเลวร้ายได้ | 3.29 | 1.35 |
| 26. บอกตนเองไม่ต้องกังวล ทุกอย่างอาจจะดีขึ้น | 3.45 | 1.40 |
| 27. หวังว่าสิ่งต่างๆ จะดีขึ้น | 3.50 | 1.25 |
| 28. ปล่อยให้สถานการณ์เป็นไปเพราะเป็นเรื่องของโชคชะตาที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ | 3.06 | 1.39 |
| 29. เข้านอนโดยคิดหวังว่าสิ่งต่างๆ จะดีขึ้นในตอนเช้า | 3.12 | 1.45 |
| 30. มองหาสิ่งใหม่ที่ต้องการอย่างแท้จริงและดีที่สุด | 2.83 | 1.34 |
| 31. อยู่เฉยๆ โดยหวังว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลายได้เอง | 2.25 | 1.10 |
| 32. พยายามลืมปัญหาและคิดถึงเรื่องอื่นแทน | 2.84 | 1.26 |
| 33. พยายามทำอะไรก็ได้แม้ว่าจะไม่แน่ใจว่าจะช่วยแก้ปัญหาได้ | 2.71 | 1.16 |
| 34. ปล่อยให้คนอื่นแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์ | 1.98 | 1.08 |
| 35. เลิกยุ่งเกี่ยวกับสถานการณ์นั้นเพราะคิดว่าหมดหนทางแก้ไข | 1.80 | 1.10 |
| 36. ถอยหนีจากสถานการณ์ | 1.83 | 1.01 |

จากตารางที่ 23 พบว่า การเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับ ได้แก่ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา มีคะแนนเฉลี่ย 2.88 รองลงมา ด้านการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึก มีคะแนนเฉลี่ย 2.84 และ ด้านการจัดการกับอารมณ์ มีคะแนนเฉลี่ย 2.07 โดยแต่ละด้านมีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับ ดังนี้ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ได้แก่ ข้อที่ 5 พยายามหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์เพิ่มเติม เพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น มีคะแนนเฉลี่ย 3.19 รองลงมา ข้อที่ 4 พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนและทุกแง่ทุกมุม มีคะแนนเฉลี่ย 3.13 และข้อที่ 8 พยายามแก้ไขปัญหาโดยแยกแยะปัญหาเป็นส่วนๆ มีคะแนนเฉลี่ย 3.12 ด้านการเผชิญปัญหาแบบเบี่ยงเบนความรู้สึก ได้แก่ ข้อที่ 23 สวดมนต์ เชื่อในสิ่งศักดิ์ หรือสิ่งที่เชื่อถือ มีคะแนนเฉลี่ย 3.58 รองลงมา ข้อที่ 24 ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นอย่างจริง มีคะแนนเฉลี่ย 3.55 และข้อที่ 27 หวังว่าสิ่งต่างๆ จะดีขึ้น มีคะแนนเฉลี่ย 3.50 และด้านการจัดการกับอารมณ์ ได้แก่ ข้อที่ 14 กังวล มีคะแนนเฉลี่ย 2.47 รองลงมา ข้อที่ 18 กระทบกระชวย หงุดหงิดใจ มีคะแนนเฉลี่ย 2.35 และข้อที่ 17 เตรียมการสำหรับความเลวร้ายที่สุดที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้ มีคะแนนเฉลี่ย 2.31

ตารางที่ 24 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต จำแนกเป็นรายชื่อ (n = 127)

| การสนับสนุนทางสังคม | \bar{x} | SD |
|--|-----------|------|
| 1. มีคนที่พร้อมจะรับฟังในเวลาที่ต้องการ | 3.74 | 1.06 |
| 2. มีคนที่พร้อมจะให้คำแนะนำที่ดีเวลามีปัญหา | 3.80 | 1.18 |
| 3. มีคนที่พร้อมจะให้ความรัก และห่วงใย | 4.29 | 0.91 |
| 4. มีคนที่พร้อมจะช่วยทำงานบ้านประจำวัน | 3.78 | 1.03 |
| 5. สามารถวางใจใครสักคนที่จะพูดคุยเรื่องปัญหาต่างๆ หรือช่วย ตัดสใจในเรื่องยากๆ | 3.93 | 0.98 |
| 6. มีการติดต่อกับคนที่รู้สึกไว้วางใจและไว้วางใจได้มากเท่าที่ ต้องการ | 4.05 | 0.97 |
| 7. ปัจจุบันแต่งงานแล้ว หรืออาศัยอยู่กับคู่ | 3.17 | 0.99 |

จากตารางที่ 24 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับ ได้แก่ ข้อที่ 3 มีคนที่พร้อมจะให้ความรัก และห่วงใย มีคะแนนเฉลี่ย 4.29 รองลงมา ข้อที่ 6 มีการติดต่อกับคนที่รู้สึกไว้วางใจและไว้วางใจได้มากเท่าที่
ต้องการ มีคะแนนเฉลี่ย 4.05 และข้อที่ 5 สามารถวางใจใครสักคนที่จะพูดคุยเรื่องปัญหาต่างๆ หรือช่วยตัดสใจในเรื่องยากๆ มีคะแนนเฉลี่ย 3.93

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ว่าที่เรือเอกหญิง วนิตา อารยะเลิศ เกิดเมื่อวันที่ 27 มกราคม พ.ศ.2529 ภูมิลำเนา จังหวัดนนทบุรี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ เมื่อปีการศึกษา 2549 ผ่านการอบรมหลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ รุ่นที่ 15 จากโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปี พ.ศ.2554 ปัจจุบันปฏิบัติงานแผนกหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าและกำลังศึกษาต่อในระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2557

