

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต

Factors Related to Health-related Quality of Life Among Critically ill Survivors

กชพร	พงษ์दै *	Kodchaporn	Pongtae *
จิราภรณ์	เตชะอุดมเดช **	Chiraporn	Tachaudomdach **
มยุลี	สำราญญาติ ***	Mayulee	Somrarnyart ***

บทคัดย่อ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นการรับรู้สภาวะชีวิตในมุมมองของตนเองจากประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบจากการเจ็บป่วยวิกฤตและการรักษา ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน (proportional sampling) ของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เป็น จำนวน 102 ราย ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558 ถึงเดือนพฤษภาคม 2560 เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และแบบสอบถามสุขภาพเอสเอฟ 36 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยมีคะแนนเฉลี่ยรายด้าน 8 ด้าน อยู่ในระดับที่แตกต่างกัน ดังนี้ ด้านสุขภาพจิต มีคะแนนเฉลี่ยระดับสูง ($\bar{X} = 81.22$, S.D. = 15.65) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย มีคะแนนเฉลี่ยระดับต่ำ ($\bar{X} = 33.09$, S.D. = 38.72) ส่วนด้านอื่นๆ มีคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านกิจกรรมทางสังคม ($\bar{X} = 69.98$, S.D. = 22.75) ด้านความเจ็บปวด ($\bar{X} = 69.24$, S.D. = 23.64) ด้านมีพลังกำลัง ($\bar{X} = 67.94$, S.D. = 15.83) ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ($\bar{X} = 63.82$, S.D. = 21.34) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ ($\bar{X} = 63.07$, S.D. = 41.67) และด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ($\bar{X} = 58.04$, S.D. = 29.74)

2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านย่อย ได้แก่ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ($r = .521$) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย ($r = .285$) ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ($r = .263$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และด้านมีพลังกำลัง ($r = .223$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

* ผู้เขียนหลัก, อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี แพร่

* Corresponding Author, Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Phrae, kanyarat.nunoon@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

วันที่รับบทความ 21 สิงหาคม 2560 วันที่แก้ไขบทความ 4 ธันวาคม 2560 วันตอบรับบทความ 26 กุมภาพันธ์ 2561

จากผลการวิจัยจึงควรวางแผนเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต โดยมุ่งเน้นการลดความซึมเศร้าและความวิตกกังวล และส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพเพื่อเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ, ผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต

Abstract

Health-related Quality of Life (HRQOL) is the perception of the state of liveliness in their perspective on experiences related to the impact of critical illness and the treatment that effects the daily lives of people who have survived a critical illness. This research aims to study the HRQOL and factors related to HRQOL among critically ill survivors. The samples selection with proportional sampling of critically ill survivors at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. The samples of this study were 102 critically ill survivors who received services at the outpatient department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital from October 2015 to May 2017. The research instruments included: Barthel Activity Daily Living (ADL), Hospital Anxiety and Depression Scales (HADS) and Short - Form Health Survey 36 (SF-36). Descriptive statistics and spearman's rank correlation coefficients were used to analyze the data.

The results revealed that:

1. The critically ill survivors had the following average scores of HRQOL and average score of 8 dimensions in different levels as follows role limitations due to physical problems dimensions have a high average rating ($\bar{X}$ = 81.22, S.D. = 15.65), the general mental health dimensions have a low average rating ($\bar{X}$ = 33.09, S.D. = 38.72). Others, having a medium grade point average were social functioning dimensions ($\bar{X}$ = 69.98, S.D. = 22.75), bodily pain dimensions ($\bar{X}$ = 69.24, S.D. = 23.64), vitality dimensions ($\bar{X}$ = 67.94, S.D. = 15.83), general health perceptions dimensions ($\bar{X}$ = 63.82, S.D. = 21.34), role limitations due to emotional problems dimensions ($\bar{X}$ = 63.07, S.D. = 41.67) and physical functioning dimensions ($\bar{X}$ = 58.04, S.D. = 29.74)

2. Activity daily living was significantly positive relations to HRQOL in the physical functioning dimensions (r = .521), role limitations due to physical problems dimensions (r = .285), general health perceptions dimensions (r = .263) and vitality dimensions (r = .223) at the .05.

3. Anxiety was significantly negative relations to HRQOL in the general mental health dimensions (r = -.742), vitality dimensions (r = -.550), general health perceptions dimensions (r = -.455), bodily pain dimensions (r = -.453), role limitations due to emotional problems dimensions (r = .427) and social functioning dimensions (r = -.407) at the .01. In addition depression was significantly negative relations to HRQOL in all dimensions (r = -.644 to -.217) at the .01 and .05.

The results of this study can plan to promote the HRQOL of Critically ill survivors. Focus on reducing depression and anxiety and promote rehabilitation to increase the ability to perform

activity daily living.

Keywords: *Health-related Quality of Life (HRQOL), Critically ill survivors*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจริญก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และการพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตในปัจจุบันทำให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ป่วยวิกฤตที่มีโอกาสเสียชีวิตสูงจากโรคหรือภาวะต่างๆ มีโอกาสรอดชีวิตมากกว่าในอดีต ทำให้จำนวนผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตเพิ่มมากขึ้น (Gordo & Abella, 2014; Silberman, Bitran, Fink, Tauber, & Merin, 2013) ในประเทศออสเตรเลีย มีอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยวิกฤต คิดเป็นร้อยละ 90 (Craven & Hicks, 2012) สำหรับในประเทศไทยยังไม่พบสถิติอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตโดยรวม แต่มีการบันทึกจำนวนผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตของโรงพยาบาลต่างๆ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่น โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ในช่วง 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 ถึง 2559 มีผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต คิดเป็นร้อยละ 91 91 92 93 และ 92 ตามลำดับ (Medical Records and statistics Section, Faculty of Medicine, Chiang Mai University (2016)

การเจ็บป่วยวิกฤตและการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานด้านร่างกายบกพร่องทำให้มีการฟื้นคืนสภาพล่าช้า การที่ผู้ป่วยวิกฤตต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย เพิ่มอุบัติการณ์การเกิดอาการผื่นแพ้ ประสาทหลอนและเกิดความทรงจำในด้านลบต่อผู้ป่วยวิกฤต (Schnabel, Rundshagen, Wegner, & am Esch, 2002) นอกจากนี้ยังมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ทำให้ไม่สามารถสื่อสารบอกความต้องการ เกิดความรู้สึกวิตกกังวล ความรู้สึกกลัว และความรู้สึกโดดเดี่ยว (Egerod, Bergbom, Lindahl, Henricson, Granberg-Axell, & Storli, 2015) การรักษาในหอผู้ป่วย

วิกฤตเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดความบกพร่องทางกระบวนการคิดภายหลังออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต (Myhren, Ekeberg, Toien, Karlsson, & Stokland, 2010)

ผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตที่เคยรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตในระยะเวลานานมักจะประสบความทุกข์ทรมานจากการอักเสบของกล้ามเนื้อและเส้นประสาท ส่งผลทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแอและบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ทำให้อยู่ในสภาวะพึ่งพาภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Dennis, Hebden-Todd, Marsh, Cipriano, & Parsons, 2011) และการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานมากกว่า 48 ชั่วโมงส่งผลต่อสมรรถภาพของปอดทำให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่องภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (van der Schaaf, Beelen, Dongelmans, Vroom, & Nollet, 2009) นอกจากนี้ยังพบอาการไม่สุขสบายทางกายที่ยังหลงเหลืออยู่ในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ถึง 4 เดือนแรกหลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้ผู้ที่รอดชีวิตมีข้อจำกัดและอุปสรรคในการดำเนินชีวิต (Choi et al., 2014) นอกจากนี้การเจ็บป่วยที่รุนแรงและการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมักจะพบอาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล ภาวะเครียด ภายหลังเกิดเหตุการณ์รุนแรงภายหลังจากการเจ็บป่วยวิกฤตและจากการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต (Jackson et al., 2014)

คุณภาพชีวิต เป็นมุมมองของความคิดของแต่ละบุคคลที่จะรับรู้ต่อสภาวะชีวิตของตนเองภายใต้บริบททางวัฒนธรรม และการให้คุณค่าของบุคคล ขึ้นอยู่กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความสนใจของบุคคล ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม

ตามความเชื่อ วัฒนธรรมของสังคมนั้นๆ (Group, 1994) ภาวะสุขภาพเป็นมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิต และสอดคล้องกับแนวคิดของคำว่าสุขภาพที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลกที่ว่า สุขภาพ คือการมีสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่ใช่แต่เพียงการปราศจากโรค (World Health Organization, 1948 อ้างถึงใน Sakthong, 2011) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้สภาวะชีวิตตนเองของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตที่เป็นผลกระทบมาจากการเจ็บป่วยวิกฤต และการได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต และสะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ การตอบสนองของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลที่ได้รับอิทธิพลมาจากประสบการณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง และการรับรู้ของแต่ละบุคคล (Wilson & Cleary, 1995) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีองค์ประกอบ 8 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย 2) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย 3) ด้านความเจ็บปวด 4) ด้านการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป 5) ด้านมีพลังกำลัง 6) ด้านกิจกรรมทางสังคม 7) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ และ 8) ด้านสุขภาพจิตของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต (Ware & Sherbourne, 1992) โดยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตลดลงเนื่องจากได้รับผลกระทบมาจากการเจ็บป่วยวิกฤต และการได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพด้านร่างกาย และจิตใจทำให้มีอุปสรรคในการดำเนินชีวิตภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Chaboyer & Elliott, 2000)

ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต โดยมีทั้งปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความแตกต่างกันตามมุมมองของผู้ที่รอดชีวิตแต่ละบุคคล และมีปัจจัยอื่นๆ (Wilson & Cleary, 1995) ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นการรับรู้ของตนเองในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วย

วิกฤต ในภายหลังจากการเจ็บป่วยวิกฤตที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งถ้าผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตรับรู้ว่าไม่มีข้อจำกัดด้านร่างกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี (Hofhuis, van Stel, Schrijvers, Rommes, & Spronk, 2011) และมีการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวล ซึ่งเป็นความรู้สึกวิตกกังวลและไม่สบายใจภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่เกิดจากการความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่หลงเหลืออยู่ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตลดลง (Myhren et al., 2010; Stevenson et al., 2013) นอกจากนี้การศึกษายังพบว่า ความซึมเศร้า ซึ่งเป็นความรู้สึกไม่มีความสุข ความรู้สึกสิ้นหวังและมองตัวเองไม่มีค่าภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่เกิดจากประสบการณ์ด้านลบจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การนอนหลับถูกรบกวน และความยากลำบากในการสื่อสารบอกความต้องการ (Jackson et al., 2014) ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลง (Kwek et al., 2006)

ในประเทศไทยยังไม่พบรายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยวิกฤตและผลจากการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ทำให้ผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตยังคงต้องทุกข์ทรมานจากผลกระทบที่เกิดขึ้น และมีผลต่อการฟื้นคืนสภาพที่ล่าช้า แสดงให้เห็นว่าการศึกษาค้นคว้าด้านสุขภาพในผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์ดังกล่าว ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ส่งเสริมชีวิต

ความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต และช่วยในการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกาย และจิตใจต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลและความซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตเป็นอย่างไร
2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับคุณภาพด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตมีความสัมพันธ์กันหรือไม่อย่างไร
3. ความวิตกกังวล และความซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตมีความสัมพันธ์กันหรือไม่อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-Related Quality of Life [HRQOL]) ของ Ware & Sherbourne (1992) ร่วมกับการสังเคราะห์งานวิจัยเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยเป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตตามการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพเนื่องมาจากการเจ็บป่วยวิกฤต และการรักษาที่มีตามการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ ความเชื่อ ความคาดหวังและการรับรู้ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจำแนกออกเป็น 8 ด้านย่อย ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย

จิตใจ และสังคม สอดคล้องตามแนวคิดสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) ดังนี้ 1) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย 2) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย 3) ด้านความเจ็บปวด 4) ด้านการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป 5) ด้านมีพลังกำลัง 6) ด้านกิจกรรมทางสังคม 7) ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ และ 8) ด้านสุขภาพจิต (Ware & Sherbourne, 1992) โดยการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันซึ่งเป็นการรับรู้ของตนเองในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตภายหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต โดยผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตมีการรับรู้ว่ามีข้อจำกัดทางด้านร่างกายสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี (Haghgoo, Pazuki, Hosseini, & Rassafiani, 2013) ส่วนความวิตกกังวล ซึ่งเป็นความรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจ ไม่มีความสุข และความซึมเศร้า ซึ่งเป็นความรู้สึกสิ้นหวังและมองตัวเองไม่มีค่า มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งเมื่อผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตเกิดความรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจ ไม่มีความสุข มองตัวเองไม่มีค่าจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง (Jutte, Needham, Pfoh, & Bienvenu, 2015)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational study) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต และหาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความวิตกกังวล และความซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตที่จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตและออกจากโรงพยาบาลที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558 ถึงเดือนพฤษภาคม 2560 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า คือ เป็นผู้มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เคยรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมากกว่า 48 ชั่วโมง เคยใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้รับการจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตและกลับไปอยู่ที่บ้าน เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือนและไม่เกิน 6 เดือน สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีอ่าน เขียน ภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดโดยการคำนวณค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัย ก่อนหน้าที่มีความคล้ายคลึงกัน ได้คำนวณอิทธิพล ขนาดกลาง .30 ระดับอำนาจในการทดสอบที่ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Polit & Lake, 2010) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย ผู้วิจัยได้เพิ่ม ขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เท่ากับ 17 ราย ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างจึงเท่ากับ 102 ราย นำมากำหนด สัดส่วนตามสถิติจำนวนผู้ป่วยในแต่ละหอผู้ป่วย ดังนี้ หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม จำนวน 34 ราย หอผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรม จำนวน 36 ราย และหอผู้ป่วย วิกฤตอุบัติเหตุ จำนวน 32 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้ต่อเดือน และข้อความ ปลายเปิด 1 ข้อเกี่ยวกับอาการไม่สุขสบายที่นอกเหนือ จากอาการปวดที่เกิดขึ้นกับผู้รอดชีวิตจากการเจ็บป่วย ในหอผู้ป่วยวิกฤต

1.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มโรคที่ได้รับการรักษาใน หอผู้ป่วยวิกฤต จำนวนระบบที่ได้รับการวินิจฉัยความ ผิดปกติ จำนวนวันนอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ระยะ ระยะเวลาหลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ระยะเวลา หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. แบบประเมินเพื่อจัดกลุ่มผู้ที่รอดชีวิต จำนวน 2 ชุด ได้แก่

2.1 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน (Barthel Activity Daily Living [ADL]) ของ Mahoney (1965) ที่ได้รับการแปลเป็น ภาษาไทยและปรับปรุงโดย Jitaphantakun, Thawi-Kittik, Khamya, & Milintharangkun (1998) โดยมีข้อคำถามรวมทั้งหมด 10 ข้อ ประเมินความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ที่รอดชีวิตจากการ เจ็บป่วยวิกฤตในแต่ละคำถามมีข้อที่มีคะแนนตั้งแต่ 0-1 คะแนน จำนวน 2 ข้อ บางคำถามมีคะแนนตั้งแต่ 0-2 จำนวน 6 ข้อ และคำถามที่มีคะแนนตั้งแต่ 0-3 จำนวน 2 ข้อ คะแนนทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 0-20 คะแนน สำหรับเกณฑ์ในการจัดระดับคะแนนความสามารถใน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีดังนี้ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน หมายถึงเป็นกลุ่มภาระพึ่งพาโดยสมบูรณ์ 5-8 คะแนน หมายถึงเป็นกลุ่มภาระพึ่งพารุนแรง 9-11 คะแนน หมายถึงเป็นกลุ่มภาระพึ่งพาปานกลาง และ 12-20 คะแนน หมายถึงเป็นกลุ่มไม่เป็นภาระพึ่งพา

2.2 แบบประเมินความวิตกกังวลและความ ซึมเศร้า (Hospital Anxiety and Depression Scales [HADS]) ของ Zigmond & Snaith (1983) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย Nilchaikovit, Lortrakul, & Phisansuthidet, (1996) มีข้อคำถาม รวมทั้งหมด 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับความ วิตกกังวล 7 ข้อ (ข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด) และคำถาม สำหรับความซึมเศร้าอีก 7 ข้อ (ข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด) การให้คะแนนคำตอบในแต่ละข้อเป็นแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert scale) มีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน การคิด คะแนนแยกเป็นส่วนของความวิตกกังวลและความ ซึมเศร้ามีค่าของคะแนนในแต่ละส่วนได้ตั้งแต่ 0-21 คะแนน สำหรับเกณฑ์ในการจัดระดับคะแนนอาการ วิตกกังวลและอาการซึมเศร้า คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-7 คะแนน หมายถึงกลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช 8-10 คะแนน หมายถึงกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรือ อาการซึมเศร้าสูง แต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน และ 11-21

คะแนน หมายถึงกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าในขั้นที่เป็นความผิดปกติทางจิตเวช

3. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถามสุขภาพเอสเอฟ 36 (Short-Form Health Survey 36 [SF-36]) ของ Ware & Sherbourne (1992) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย Leurman-kul, & Meetam, (2005). โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อแบ่งออกเป็น 8 ด้าน ดังนี้ 1) การทำหน้าที่ของร่างกาย มีคำถามจำนวน 10 ข้อ 2) บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย มีคำถามจำนวน 4 ข้อ 3) ความเจ็บปวด มีคำถามจำนวน 2 ข้อ 4) การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป มีจำนวนคำถาม 5 ข้อ 5) มีพลังกำลัง มีจำนวน 4 ข้อ 6) กิจกรรมทางสังคม มีคำถามจำนวน 2 ข้อ 7) บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ มีคำถามจำนวน 3 ข้อ และ 8) สุขภาพจิต มีคำถามจำนวน 5 ข้อ รวมทั้งคำถามเกี่ยวกับการรายงานการเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพมีคำถามจำนวน 1 ข้อ การให้คะแนนคำตอบในแต่ละข้อเป็นแบบ Likert scale มีคะแนนตั้งแต่ 0-100 คะแนน ทุกด้านมีการแปลผลคะแนนค่าคะแนนที่สูงขึ้น หมายถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี และคะแนนที่ต่ำ หมายถึงคุณภาพด้านสุขภาพที่ลดลง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

มีรายงานการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องทางด้านผู้สูงอายุจำนวน 3 คน (ผู้แปลเครื่องมือไม่ได้รายงานค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาไว้) ส่วนแบบประเมินความวิตกกังวลและความซึมเศร้ามีการตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮน (Cohen's kappa) ได้ค่าเท่ากับ 0.67 และ 0.73 ตามลำดับ สำหรับแบบสอบถามสุขภาพเอสเอฟ 36 มีการตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) เช่นกัน โดยมีค่าเท่ากับ 0.91 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้หาค่าความตรงซ้ำอีก แต่ทำการหา

ค่าความเที่ยง (reliability) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยไปทดลองใช้กับผู้รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตซึ่งเคยได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ศัลยกรรม และอุบัติเหตุในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย จากนั้นนำคะแนนมาหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's reliability coefficient alpha) ตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ 0.80 ขึ้นไป (Burns & Grove, 2009) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาคของแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินความวิตกกังวล และความซึมเศร้า และแบบสอบถามสุขภาพเอสเอฟ 36 เท่ากับ 0.91 0.92 และ 0.89 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 138/2558 วันที่รับรอง 2 ช่วง ได้แก่ ช่วงที่ 1 วันที่ 28 สิงหาคม 2558 ถึง 27 สิงหาคม 2559 และช่วงที่ 2 วันที่ 28 สิงหาคม 2559 ถึง 27 สิงหาคม 2560 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 382/58 COA-NUR 138/58 วันที่รับรอง 2 ช่วง ได้แก่ ช่วงที่ 1 วันที่ 28 สิงหาคม 2558 ถึง 27 สิงหาคม 2559 และช่วงที่ 2 วันที่ 28 สิงหาคม 2559 ถึง 27 สิงหาคม 2560 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบรายละเอียดโครงการวิจัย และแจ้งให้ทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรักษา ถ้ากลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ ไม่มีผลต่อการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ สำหรับข้อมูลส่วนตัวที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอผลหรืออภิปรายข้อมูลของการวิจัยในรายงานการวิจัยจะเสนอผลในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และจะนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้นภายหลังจากการได้รับคำอธิบายแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้า

ร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จึงทำการรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 โดยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยเชียงใหม่ ถึงคณบดีคณะแพทยศาสตรมหาวิทาลัยเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตในการรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต และหัวหน้าแผนกเวชระเบียนโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการดำเนินการรวบรวมข้อมูล เลือกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจตามคุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย อธิบายการตอบแบบประเมินและแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินและแบบสอบถาม ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบหลังจากนั้นจึงรวบรวมข้อมูลที่ได้และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา และการจัดกลุ่มของข้อคำถามปลายเปิดด้านอาการไม่สุขสบายนอกเหนือจากอาการปวดของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ใช้การวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (spearman's rank correlation)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นเพศชาย (ร้อยละ 59.80) อายุเฉลี่ย 50.04 ปี มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 43.14) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 52.00) ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ (ร้อยละ 43.10) กลุ่มโรคที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นระบบทางเดินหายใจร้อยละ

100 รองลงมาคือระบบหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 46.08) มีจำนวนระบบที่ได้รับการวินิจฉัยความผิดปกติ 2 ระบบ (ร้อยละ 66.67) มีวันนอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต 3-6 วัน (ร้อยละ 85.29) มีระยะเวลาหลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เฉลี่ย 10.86 วัน มีระยะเวลาหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1-3 เดือน (ร้อยละ 54.90) และส่วนใหญ่ไม่มีอาการไม่สุขสบาย (ร้อยละ 72.50) รองลงมา มีอาการนอนไม่หลับ และเหนื่อยง่าย (ร้อยละ 5.90)

การศึกษานี้พบกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 8 ด้านย่อย พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านสุขภาพจิต โดยมีคะแนนเฉลี่ยระดับสูง เท่ากับ 81.22 คะแนน รองลงมา ได้แก่ ด้านกิจกรรมทางสังคม ด้านความเจ็บปวด ด้านมีพลังกำลัง ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยทั่วไป ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ และด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 69.98 69.24 67.94 63.82 63.07 และ 58.04 คะแนนตามลำดับ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกายมีคะแนนเฉลี่ยระดับต่ำ เท่ากับ 33.09 คะแนน

การศึกษานี้พบกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นกลุ่มไม่เป็นภาระพึ่งพา จำนวน 96 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.12 ไม่มีอาการวิตกกังวลที่มีความผิดปกติทางจิตเวช จำนวน 93 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.18 และไม่มีอาการซึมเศร้าที่มีความผิดปกติทางจิตเวช จำนวน 93 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.18

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้ง 8 ด้านย่อย กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า (N=102)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (8 ด้านย่อย)	ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน	ความ วิตกกังวล	ความ ซึมเศร้า
การทำหน้าที่ของร่างกาย	.521**	-.151	-.284**
บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย	.285**	-.039	-.217*
ความเจ็บปวด	.187	-.453**	-.538**
การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป	.263**	-.455**	-.485**
มีพลังกำลัง	.223*	-.550**	-.622**
กิจกรรมทางสังคม	-.021	-.407**	-.470**
บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์	.131	-.427**	-.557**
สุขภาพจิต	.038	-.742**	-.644**

หมายเหตุ ** $p < .01$ * $p < .05$

จากตารางที่ 1 พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใน 4 ด้านย่อย ได้แก่ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และด้านมีพลังกำลัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใน 6 ด้านย่อย ได้แก่ ด้านสุขภาพจิต ด้านมีพลังกำลัง ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ด้านความเจ็บปวดด้านบทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางอารมณ์ และด้านกิจกรรมทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้ง 8 ด้านย่อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณาขนาดของความสัมพันธ์พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตมากที่สุด รองลงมาคือความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผล

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านสุขภาพจิตโดยมีคะแนนเฉลี่ยระดับสูง

อธิบายได้ว่าผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตมีชีวิตรอด และสามารถผ่านพ้นช่วงที่คุกคามต่อชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตมีความพึงพอใจกับการมีชีวิตอยู่ โดยให้ความสำคัญกับปัญหาภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย ส่งผลทำให้ผู้ที่รอดชีวิตมีสุขภาพจิตดี (Duggan et al., 2017) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุและเพศที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพจิต ซึ่งการศึกษารังนี้ผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตมีอายุเฉลี่ย 50.04 ปี และเป็นเพศชาย ผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตที่อายุน้อย และเป็นเพศชายนั้นมีความสามารถในการดูแลตนเอง และมีการรับรู้สภาวะทางจิตใจได้ดีกว่า ส่งผลทำให้มีคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตที่มีอายุมาก และเป็นเพศหญิง (Myhren et al., 2010)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยรองลงมาได้แก่ ด้านกิจกรรมทางสังคม ด้านความเจ็บปวด ด้านมีพลังกำลัง ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ และด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าการที่ผู้ที่รอดชีวิต

มีระยะเวลาหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลในช่วง 1-3 เดือน ทำให้ผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตส่วนใหญ่ไม่มีอาการไม่สุขสบายนอกเหนือจากอาการปวด สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองมากขึ้น จนเกิด การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปดี มีการฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ดี มีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองมากขึ้น ส่งผลกับสภาวะจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี (Duggan et al., 2017) ระยะเวลาหลังจำหน่ายจาก โรงพยาบาลดังกล่าวมีความสำคัญในการฟื้นฟูสภาพ ร่างกายจนมีผลกำลังที่จะทำกิจกรรมทางสังคมได้มากขึ้นในระดับหนึ่ง (ระดับปานกลาง) ดังนั้นช่วงเวลาจึงมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Jones, 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hofhuis et al. (2011) ที่ศึกษาการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต พบว่า ผู้ที่รอดชีวิตการเจ็บป่วยวิกฤตมีการฟื้นฟูภาวะสุขภาพ ด้านร่างกายและจิตใจ ระยะเวลา 3 เดือนภายหลังออกจากโรงพยาบาลมีผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ยระดับต่ำ อธิบายได้ว่าปัญหาสุขภาพทางกาย และผลกระทบที่เกิดจากการรักษาที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดปัญหาการทำงานทางด้านร่างกายบกพร่อง ทำให้ผู้ที่รอดชีวิตมีข้อจำกัดและอุปสรรคในการดำเนินชีวิตภายหลังจำหน่ายออกจาก หอผู้ป่วยวิกฤต (Agard, Egerod, Tonnesen, & Lomborg, 2012) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Saira, 201) ถึงแม้ว่าผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง แต่ยังมีผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตบางส่วนมีความบกพร่อง ด้านร่างกาย มีอาการนอนไม่หลับ และเหนื่อยง่าย และมีระยะเวลาหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลอยู่ในช่วง

1-3 เดือน ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้าน บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกายมี คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกายมีคะแนน ลดลงในช่วง 3 เดือนแรก (Hofhuis, van Stel, Schrijvers, Rommes, & Spronk, 2011)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใน 4 ด้านย่อย ได้แก่ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกายมีความสัมพันธ์กันมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และด้านมีผลกำลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องมาจากผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต เมื่อจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ไม่เป็นภาระพึ่งพา ไม่มีอาการไม่สุขสบายนอกเหนือจากอาการปวดภายหลังจากการเจ็บป่วยวิกฤต จึงมีการ ทำหน้าที่ของร่างกายได้ดีขึ้นมากกว่าช่วงที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถอยู่อย่างเป็นอิสระในบ้านโดยไม่ต้องพึ่งพา และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่มีข้อจำกัด ในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี (Duggan et al., 2017) นอกจากนี้มีจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่นาน 3-6 วัน และมีระยะเวลาหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1-3 เดือน ระยะเวลาที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพด้านร่างกาย และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Neves et al., 2015) สอดคล้องกับการศึกษาของ Haghighi et al. (2013) ที่ศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ($r = .910, p < .01$) โดยผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตได้รับภาวะแทรก

ซ้อนจากการเจ็บป่วยวิกฤตและการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตส่งผลกระทบต่อการทำงานทางด้านร่างกายทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในด้านการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงตามมา (Hofhuis et al., 2011; Innocenti et al., 2015)

ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใน 6 ด้านย่อย เรียงลำดับความสัมพันธ์จากมากไปหาน้อยคือ ด้านสุขภาพจิต ด้านมีพลังกำลัง ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ด้านความเจ็บปวด ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางอารมณ์ และด้านกิจกรรมทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้ง 8 ด้านย่อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jutte et al. (2015) ที่ศึกษาการประเมินทางด้านความวิตกกังวลของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตที่ได้รับบาดเจ็บที่ปอดในช่วง 3 เดือนแรกภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าความวิตกกังวลและความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่างๆ ได้แก่ ด้านสุขภาพจิต ด้านมีพลังกำลัง ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ ด้านกิจกรรมทางสังคม และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kwek et al. (2006) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและสภาวะทางด้านจิตใจในผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตด้วยกลุ่มอาการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันระยะเวลา 3 เดือนภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว พบว่าความวิตกกังวลและความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันเชิงลบกับคุณภาพชีวิตในด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป

และด้านความเจ็บปวด อธิบายได้ว่าผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตที่มีการฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ดีมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ถึงแม้จะไม่สามารถทำได้เต็มที่เมื่อเทียบกับก่อนเจ็บป่วย ส่งผลกับสภาวะจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก มีความพึงพอใจในชีวิต ทำให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี (Duggan et al., 2017)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาลและด้านการศึกษาพยาบาล จากผลการวิจัยพบความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านสุขภาพจิตมากที่สุด ดังนั้นจึงควร มุ่งเน้นการศึกษาและการพยาบาลที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านสุขภาพจิตเพื่อลดผลกระทบทั้งจากความวิตกกังวลและความซึมเศร้าให้แก่ผู้ป่วยวิกฤตตั้งแต่ช่วงการรับการรักษาในโรงพยาบาลตลอดไปจนถึงการติดตามผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตต่อไป เช่น วิจัยเชิงคุณภาพ โดยทำการศึกษาสุขภาพจิตของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต ส่วนวิจัยเชิงปริมาณ ทำการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ที่รอดชีวิตที่ไม่พึงพาและไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- Agard, A. S., Egerod, I., Tonnesen, E., & Lomborg, K. (2012). Struggling for independence: A grounded theory study on convalescence of ICU survivors 12 months post ICU discharge. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28(2), 105-113.
- Burns, N., & Grove, S. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal. Synthesis and generation of evidence*. (6th ed.). St Louis: Saunders Elsevier.

- Chaboyer, W., & Elliott, D. (2000). Health-related quality of life of ICU survivors: Review of the literature. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16(2), 88-97.
- Choi, J., 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.
- Craven, J., & Hicks, P. (2012). Intensive care resources and activity: Australia and New Zealand 2009/2010. *ANZICS, Melbourne*.
- Dennis, D. M., Hebden-Todd, T. K., Marsh, L. J., Cipriano, L. J., & Parsons, R. W. (2011). How do Australian ICU survivors fare functionally 6 months after admission. *Critical Care and Resuscitation*, 13(1), 9-16.
- Duggan, M. C., Wang, L., Wilson, J. E., Dittus, R. S., Ely, E. W., & Jackson, J. C. (2017). The relationship between executive dysfunction, depression, and mental health-related quality of life in survivors of critical illness: Results from the BRAIN-ICU investigation. *Journal of Critical Care*, 37, 72-79.
- Egerod, I., Bergbom, I., Lindahl, B., Henricson, M., Granberg-Axell, A., & Storli, S. L. (2015). The patient experience of intensive care: A meta-synthesis of Nordic studies. *International Journal of Nursing Studies*, 52(8), 1354-1361.
- Gordo, F., & Abella, A. (2014). Intensive Care Unit without walls: Seeking patient safety by improving the efficiency of the system. *Medicina Intensiva (English Edition)*, 38(7), 438-443.
- Group, T. W. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46(12), 1569-1585.
- Group, W. (1994). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). *Quality of life assessment: International perspectives. Heidelberg: Springer Verlag*, 41-57.
- Haghgoo, H. A., Pazuki, E. S., Hosseini, A. S., & Rassafiani, M. (2013). Depression, activities of daily living and quality of life in patients with stroke. *Journal of the Neurological Sciences*, 328(1-2), 87-91.
- Hofhuis, J. G., Spronk, P. E., van Stel, 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 Journal*, 133(2), 377-385.
- Hofhuis, J. G., van Stel, H. F., Schrijvers, A. J., Rommes, J. H., & Spronk, P. E. (2011). Changes of health-related quality of life in critically ill octogenarians: A follow-up study. *CHEST Journal*, 140(6), 1473-1483.

- Innocenti, F., Del Taglia, B., Coppa, A., Trausi, F., Conti, A., Zanobetti, M., & Pini, R. (2015). Quality of life after mild to moderate trauma. *Injury*, 46(5), 902-908.
- Jitaphantakun, S., Thawikittik, R., Khamya, T., & Milintharangkun, C. (1998). *Analysis of the elderly. Principles of geriatric medicine* (pp. 85-86), Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. (In Thai)
- Jackson, J. C., Pandharipande, P. P., Girard, T. D., Brummel, N. E., Thompson, J. L., Hughes, C. G., . . . Ely, E. W. (2014). Depression, post-traumatic stress disorder, and functional disability in survivors of critical illness in the BRAIN-ICU study: A longitudinal cohort study. *The Lancet Respiratory Medicine*, 2(5), 369-379.
- Jones, C. (2014). Recovery post ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(5), 239-245.
- Jutte, J. E., Needham, D. M., Pfoh, E. R., & Bienvenu, O. J. (2015). Psychometric evaluation of the hospital anxiety and depression scale 3 months after acute lung injury. *Journal of Critical Care*, 30(4), 793-798.
- Kwek, S.-K., Chew, W.-M., Ong, K.-C., Ng, A. W.-K., Lee, L. S.-U., Kaw, G., & Leow, M. K.-S. (2006). Quality of life and psychological status in survivors of severe acute respiratory syndrome at 3 months postdischarge. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(5), 513-519.
- Leurmarnkul, W., & Meetam, P. (2005). *Developing and testing the standards of the short-form health survey 36 (Thai version)*. Nakorn Pathom: Silpakorn University Research and Development Institute. (In Thai)
- Mahoney, F. I. (1965). Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Myhren, H., Ekeberg, O., Toien, K., Karlsson, S., & Stokland, O. (2010). Posttraumatic stress, anxiety and depression symptoms in patients during the first year post intensive care unit discharge. *Critical Care Medicine*, 14(1), 14.
- Medical Records and statistics Section, Faculty of Medicine, Chiang Mai University. (2016). *The statistics of the movement of patients admitted to the hospital Classified by ward for the year 2012-2016*. Retrieved April 7, 2016, from <https://w2.med.cmu.ac.th/> (In Thai)
- Nilchaikovit, T., Lortrakul, M., & Phisansuthidet, U. (1996). Development of Thai version of hospital anxiety and depression scale in cancer patients. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*, 41(1), 18-30. (In Thai)
- Neves, A. V. D., Vasquez, D. N., Loudet, C. I., Intile, D., Sáenz, M. G., Marchena, C., . . . Estenssoro, E. (2015). Symptom burden and health-related quality of life among intensive care unit survivors in Argentina: A prospective cohort study. *Journal of Critical Care*, 30(5), 1049-1054.
- Polit, D. F., & Lake, E. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research*. Retrieved from <http://www.pearsonhighered.com/educator/product/Statistics-and-Data-Analysis-for-Nursing-Research/9780135085073>.

- Schnabel, K., Rundshagen, I., Wegner, C., & am Esch, S. J. (2002). Incidence of recall, nightmares, and hallucinations during analgosedation in intensive care. *Intensive Care Medicine*, 28, 38-43.
- Sakthong, P. (2011). *Health-related quality of life* (1). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. (In Thai)
- Silberman, S., Bitran, D., Fink, D., Tauber, R., & Merin, O. (2013). Very prolonged stay in the intensive care unit after cardiac operations: Early results and late survival. *The Annals of Thoracic Surgery*, 96(1), 15-22.
- 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(3), 287-293.
- Saira,P. (2014). Effects of a Self-management Training Program on FunctionalPerformance, Acute exacerbation and quality of life among patients chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing Journal*, 41(4), 23-35. (In Thai)
- van der Schaaf, M., Beelen, A., Dongelmans, D. A., Vroom, M. B., & Nollet, F. (2009). Poor functional recovery after a critical illness: A longitudinal study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(13), 1041-1048.
- Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 473-483.
- Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *Jama*, 273(1), 59-65.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.