



Factors Related to Readiness to Care of Caregivers of Critical Illness Survivors before Hospital Discharge*

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล*

ณัฐวดี	กระแสรู้**	Nutvadee	Krasae**
มยุลี	สำราญญาติ***	Mayulee	Somrarnyart***
จิราภรณ์	เตชะอุดมเดช****	Chiraporn	Tachaudomdach****

Abstract

Caregivers of critical illness survivors are important in terms of caring for those survivors during rehabilitation and helping them with all activities. The purpose of this descriptive correlational research was to study factors involved in the readiness to care of caregivers. Participants were 85 caregivers of patients who had survived a critical illness before discharge from a university tertiary hospital in the northern region. The research instruments were composed of a Personal Record Form for caregivers, the Readiness to Care Questionnaire for caregivers, a questionnaire on Social Support from Healthcare Provider for caregivers, and an Anxiety Assessment. Validity and reliability of all analytical tools were approved. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient statistics.

The results showed that the participants were at a high level of readiness to care ($M = 85.32$, $SD = 26.42$), received social support from their healthcare provider at a moderate level ($M = 74.70$, $SD = 19.92$), and had anxiety at a moderate level ($M = 46.77$, $SD = 9.60$). In addition, social support from the healthcare provider was significantly positively correlated with the readiness to care of caregivers of intensive care unit survivors ($r = .53$, $p < 0.01$). Caregivers' anxiety was significantly negatively correlated with the readiness to care of caregivers of intensive care unit survivors ($r = -.52$, $p < 0.01$).

The findings of this study can be used as basic information for nurses to prepare caregivers' readiness in caring for critical illness survivor patients. Furthermore, they can be used to improve the quality of nursing services.

Keywords: Caregivers; Readiness to care; Social support; Critical Illness Survivors; Anxiety

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding author, Graduate student of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: nutvadeekrasae@gmail.com

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

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

Received 24 April 2023; Revised 20 December 2023; Accepted 18 March 2024



บทคัดย่อ

ผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต เป็นบุคคลสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพและช่วยเหลือในการทำกิจกรรมของผู้รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตก่อนจำหน่ายจากหอผู้ป่วย โรงพยาบาลตติยภูมิของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในเขตภาคเหนือจำนวน 85 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล แบบสอบถามความพร้อมในการดูแล แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ และแบบประเมินความวิตกกังวล เครื่องมือที่ใช้ทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Pearson's correlation coefficient

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับมาก ($M = 85.32, SD = 26.42$) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 74.70, SD = 19.92$) และมีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 46.77, SD = 9.60$) นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความพร้อมในการดูแล ของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .53, p < 0.01$) และความวิตกกังวลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับความพร้อมในการดูแล ของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.52, p < 0.01$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล ในการดูแลผู้รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต นอกจากนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพของการบริการทางการพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ดูแล ความพร้อมในการดูแล การสนับสนุนทางสังคม ผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต ความวิตกกังวล

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: nutvadeekrasae@gmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันวิวัฒนาการด้านการแพทย์มีความก้าวหน้ามากขึ้น รวมถึงการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีการพัฒนาทั้งด้านการรักษา อุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัย และการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดลง และมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยวิกฤตมีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มมากขึ้น (Gordo & Abella, 2014; Silberman et al., 2013) อย่างไรก็ตามผู้ที่รอดชีวิตหลายรายต้องเผชิญกับปัญหา หรือภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตยังมีความเจ็บป่วยที่ผู้ดูแลต้องดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น การดูแลป้องกันการติดเชื้อของร่างกาย การดูแลการดูดเสมหะ และการให้อาหารทางสายยาง การช่วยเหลือส่งเสริมทำกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น (Iwashyna & Netzer, 2012; Svenningsen et al., 2017) ดังนั้น ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือดูแลฟื้นฟูสภาพร่างกาย และช่วยเหลือในการทำกิจกรรม กิจวัตรประจำวันแก่ผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตทั้งในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผู้ดูแล เป็นบุคคลที่ช่วยเหลือผู้ที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ สามารถช่วยเหลือผู้ที่ต้องพึ่งพา และมีความต้องการการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง โดยผู้ดูแลอาจเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลคนอื่น ๆ ที่ใกล้ชิด โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน (Mueanchoo et al., 2016) ผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต มักเกิดความพิการ และต้องพึ่งพาผู้ดูแล ช่วยเหลือการทำกิจกรรม ช่วยเหลือดูแลฟื้นฟูด้านจิตใจ ผู้ดูแลอาจเกิดความวิตกกังวลกับการปรับบทบาท ดังนั้น ผู้ดูแลควรมีความพร้อมในการดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต และในระหว่างการดูแล ผู้ดูแลสามารถควบคุมและจัดการกับปัญหา หรือความเครียดจากการเปลี่ยนบทบาทจากผู้เยี่ยมเป็นผู้ดูแลหลักได้

ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต เป็นการศึกษาประเมินทัศนคติสุขภาพของผู้ผ่านพ้นภาวะเจ็บป่วยวิกฤต และรับรู้ความสามารถในการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของผู้ที่รอดชีวิต รวมถึงจัดการปัญหาความเครียดของตัวผู้ดูแลเองที่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ดูแลหลัก จากการศึกษาพบว่า ความพร้อมในการดูแลตามแนวคิดของ อาร์ชโบลด์ และ สจิวต์ (Archbold & Stewart, 1986) มีองค์ประกอบทั้งหมด 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านอารมณ์ 3) ด้านการหาข้อมูลการให้บริการสุขภาพ และจัดหาแหล่งสนับสนุนในการดูแล 4) ด้านการจัดการความเครียดที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดูแล 5) ด้านผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ 6) ด้านการจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วย 7) ด้านการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล และ 8) ด้านความพร้อมในการดูแล

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลมีหลายปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลด้านผู้ป่วย ปัจจัยส่วนบุคคลด้านผู้ดูแล และปัจจัยภายนอกอื่น ๆ โดยปัจจัยส่วนบุคคล ด้านผู้ดูแลที่สำคัญ ได้แก่ ความวิตกกังวล (Charoenwuttimakorn, 2012; Phommatat & Watthanakitkrileart, 2011) และปัจจัยภายนอกที่สำคัญในการส่งเสริมความพร้อมในการดูแล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้ดูแลมักได้รับจากทั้งญาติผู้ป่วย และบุคลากรทางสุขภาพ (Archbold et al., 1995; Charoenwuttimakorn, 2012) ทั้งสองปัจจัยมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น (Benjamin et al., 2017; Charoenwuttimakorn, 2012) โดยการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่ผู้ดูแลควรได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพอย่างครอบคลุม และการประเมินความวิตกกังวล สามารถประเมินได้โดยบุคลากรทางสุขภาพก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย เช่นกัน

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกมีกำลังใจ ได้รับการช่วยเหลือ ผู้ดูแลควรได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตจนย้ายไปดูแลที่หอผู้ป่วยสามัญ จนกระทั่งเตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ ความวิตกกังวล เป็นอีกปัจจัยที่สามารถเกิดขึ้นในทุกกระยะของการเปลี่ยนผ่านของผู้ดูแล โดยเฉพาะในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงบทบาทจากญาติ



ผู้เยี่ยมมาเป็นผู้ดูแล ก่อนจำหน่ายผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตออกจากโรงพยาบาล

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาโดยบุคคลที่มีศักยภาพในการช่วยเหลือ (House, 1981) ได้แก่ ช่วยเหลือด้านเงินทอง ด้านการจัดหาอุปกรณ์ และการหาแหล่งประโยชน์ในการรักษาพยาบาล หรือ การช่วยเหลือที่จับต้องไม่ได้ ได้แก่ การช่วยเหลือด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือเพื่อป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากภาวะเครียด (Cassel, 1976) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือ ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (House, 1981) ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร 3) ด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า และ 4) ด้านทรัพยากร นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมควรได้รับตั้งแต่ผู้ป่วยรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตจนกระทั่งก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพควรเป็นผู้ที่ให้การสนับสนุนหลักแก่ผู้ดูแล อย่างไรก็ตาม ความวิตกกังวล เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแล (Benjamin et al., 2017; Charoenwuttimakorn, 2012) โดยความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นภาวะสำคัญที่มักพบในการศึกษา

ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกเครียดและกังวลใจ จากการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในเวลานั้น สาเหตุมาจากกระบวนการความคิดที่มีสิ่งเร้ามากระตุ้น ซึ่งสิ่งเร้านี้อาจเป็นความจริงหรือการคาดการณ์ ประเมินว่าสิ่งนั้นทำให้เกิดอันตรายหรือคุกคามตนเอง (Spielberger & Sydeman, 1994) ความวิตกกังวลแบ่งได้ 2 ประเภท ได้แก่ ความวิตกกังวลแบบแฝง (trait-anxiety: A-Trait) และความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state-anxiety: A-State) โดยความวิตกกังวลของผู้ดูแล สามารถเกิดได้ตลอดเวลาที่ผู้ป่วยรักษาที่โรงพยาบาล ตั้งแต่รักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤต จนกระทั่งก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Myhren et al., 2010) โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ผู้ที่รอดชีวิตกำลังจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่การดูแลที่บ้าน อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด หวาดหวั่น ภาวะวุ่นวาย รู้สึกไม่สบายใจ และกลัวเกี่ยวกับการดูแลหลังจำหน่าย ความวิตกกังวลดังกล่าวถือเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญ (Spielberger, 1972) ทั้งนี้ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่มักเกิดได้กับผู้ดูแล

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวล พบการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ผลการศึกษาพบว่า ความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคม ผู้ที่ให้การสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลที่สำคัญ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพอื่น ๆ และความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล ทำให้ผู้ดูแลในโรคกลุ่มนี้ไม่มีความพร้อมในการเรียนรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ไม่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่อเองที่บ้าน จึงเสนอแนะให้บุคลากรทางสุขภาพเตรียมความพร้อมในการดูแลแก่ผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยส่งเสริมความรู้สึกทางบวกแก่ผู้ดูแล ช่วยลดความเครียด และความวิตกกังวลของผู้ดูแล นอกจากนี้ ควรประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Boonchuwong et al., 2017; Schumacher et al., 2008; Silver et al., 2004)

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงถึงความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต ซึ่งความพร้อมในการดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต ผู้ดูแลต้องมีความพร้อมในการดูแล ซึ่งอาจมีความแตกต่างกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตต้องมีความรู้เฉพาะเจาะจง และทักษะช่วยเหลือดูแล รวมถึงสามารถเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังการจำหน่าย เช่น ภาวะสำลักน้ำและอาหาร ภาวะติดเชื้อมีในร่างกาย และการเกิดภาวะข้อติด เป็นต้น การศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล จะช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพวางแผนการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ดูแล ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลปฏิบัติการพยาบาล และให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษาระดับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพของผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
3. เพื่อศึกษาระดับของความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวลกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใช้กรอบแนวคิดความพร้อมในการดูแลของ อาร์ชโบลด์ และ สจิวต์ (Archbold & Stewart, 1986) ประกอบด้วยความพร้อมในการดูแลทั้งหมด 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การดูแลป้องกันการติดเชื้อ และภาวะแทรกซ้อน การดูแลให้อาหารทางสายอย่าง 2) ด้านอารมณ์ ได้แก่ การดูแลช่วยเหลือควบคุม และจัดการกับอารมณ์ของตนเอง ในขณะที่ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต แสดงออกทางอารมณ์ เช่น ภาวะวิตกกังวล หงุดหงิด ก้าวร้าว ซึมเศร้า และความเครียด เป็นต้น 3) ด้านการจัดการข้อมูลการให้บริการทางสุขภาพและการจัดหาแหล่งในการดูแล ได้แก่ ความพร้อมที่ผู้ดูแลมีข้อมูลแหล่งบริการที่ผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตสามารถขอรับบริการได้ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลใกล้บ้าน และอนามัยใกล้บ้าน เป็นต้น 4) ด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ได้แก่ ความพร้อมในการจัดการกับความเครียดระหว่างการดูแล 5) ด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ ได้แก่ ความพร้อมที่ทำให้เกิดกำลังใจและมีความรู้สึกที่ดีในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล 6) การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ ความพร้อมในการควบคุม จัดการ และสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงเกี่ยวกับโรค รวมทั้งการตัดสินใจในการดูแล หรือนำผู้ป่วยไปโรงพยาบาล 7) ด้านการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล ได้แก่ ความพร้อมในการหาแหล่งเครือข่ายทางสังคมที่สามารถเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม 8) ความพร้อมในการดูแลโดยรวม

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพตามกรอบแนวคิดของ เฮาส์ (House, 1981) ประกอบไปด้วย การสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านอารมณ์ ได้แก่ การแสดงความเห็นอกเห็นใจ การให้ความรัก การแสดงถึงความห่วงใย การสร้างความพึงพอใจและการแสดงการยอมรับนับถือ 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การให้ข้อมูล ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษา การตักเตือน ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะแก่ผู้ดูแล เพื่อชี้แนะแนวทางให้สามารถจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่ 3) ด้านการเปรียบเทียบและการประเมินคุณค่า ได้แก่ การเคารพ เสริมบทบาทของสมาชิกในผู้ดูแล การให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ดูแล และ 4) ด้านทรัพยากร ได้แก่ การช่วยเหลือโดยตรงด้านการเงิน สิ่งของ เครื่องมือ แรงงาน เวลา การปรับสภาพแวดล้อม หรือบริการต่าง ๆ และศึกษาความวิตกกังวลของผู้ดูแลตามกรอบแนวคิดของ สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1983)



วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม 1 หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท ถูกจำหน่ายไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วยสามัญก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตติยภูมิของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในเขตภาคเหนือ

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) และคุณสมบัติที่กำหนดไว้ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลหลัก 2) อายุ 18 ปี ขึ้นไป 3) เป็นคู่สมรส หรือญาติสายตรง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับผู้รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต ทางสายโลหิต เช่น พ่อ แม่ และบุตร เป็นต้น หรือมีความสัมพันธ์ฉันท์เครือญาติ เพื่อน คนรัก 4) มีการรับรู้ปกติ สื่อสารเข้าใจภาษาไทย สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการเปิดตารางประมาณค่ากลุ่มตัวอย่างตามอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ให้อำนาจการทดสอบ (power of test) .80 และกำหนดการประมาณค่าขนาดอิทธิพล (effect size) .30 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลระดับปานกลาง (medium effected size) เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนี้มาก่อนจึงไม่มีงานวิจัยอื่น ๆ นำมาเทียบเคียงได้ ซึ่งในการศึกษาวิจัยทางการแพทย์จึงนิยมใช้ค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Polit & Beck, 2008) และนำมาประมาณค่ากลุ่มตัวอย่างทางการแพทย์ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้เท่ากับ 85 ราย

ผู้วิจัยแบ่งการเก็บกลุ่มตัวอย่างของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ ผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตจากหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โดยคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามสัดส่วนประชากร (proportion to size) ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมจำนวน 23 ราย และผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมจำนวน 62 ราย รวมเป็น 85 ราย โดยผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตที่ย้ายมา ณ หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม หอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรม และหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมประสาท โดยเก็บข้อมูลในช่วงเวลา 12.00-13.00 น. และ 18.00-19.00 น. เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ผู้ดูแลสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตก่อนออกจากโรงพยาบาล

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวของผู้ดูแล แหล่งบริการสุขภาพใกล้บ้านของผู้ดูแล ประสบการณ์ในการเจ็บป่วยวิกฤต ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต และการถูกฝึกหรือถูกสอนให้ดูแลผู้ป่วยก่อนการดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา สิทธิในการรักษา โรคประจำตัว ประวัติการรักษาในอดีต ประวัติการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤต การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาในการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤต และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตามแนวคิดความพร้อมในการดูแลของ อาร์ชโบลด์ และ สจิวต์ (Archbold & Stewart, 1986) และดัดแปลงมาจากแบบประเมินความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมองเสื่อมของ สุปราณี สมบูรณ์ (Somboon, 2005) ผู้วิจัยดัดแปลงเพิ่มเติมข้อคำถามให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง แบ่งได้ 8 ด้าน มีทั้งหมด 33 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ 2) ด้านอารมณ์ จำนวน 4 ข้อ 3) ด้านการหาข้อมูลการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล จำนวน 5 ข้อ 4) ด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล จำนวน 4 ข้อ 5) ด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ จำนวน 4 ข้อ 6) ด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉิน จำนวน 5 ข้อ 7) ด้านการขอความช่วยเหลือและขอข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล จำนวน 3 ข้อ และ 8) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโดยรวม จำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เป็นช่วงคะแนน 4-0 คะแนน โดยคะแนน 4 คือ มีความพร้อมในการดูแลมากที่สุด จนถึงคะแนน 0 คือไม่มีความพร้อมในการดูแล

แปลความหมายคะแนนความพร้อมในการดูแลโดยรวม ดังนี้ ช่วงคะแนน 0-25 คือ ไม่มีความพร้อมในการดูแล ช่วงคะแนน 26-52 คือ มีความพร้อมในการดูแลเล็กน้อย ช่วงคะแนน 53-79 คือ มีความพร้อมในการดูแลปานกลาง ช่วงคะแนน 80-106 คือ มีความพร้อมในการดูแลมาก ช่วงคะแนน 107-132 คือ มีความพร้อมในการดูแลมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ สร้างขึ้นภายใต้แนวคิดและทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (House, 1981) ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ ฆรรภัทร อิมโอธู (Imote, 2007) โดยดัดแปลงทั้งหมด 23 ข้อ แบ่งเป็นการได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ 2) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 9 ข้อ 3) การสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า จำนวน 3 ข้อ และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร จำนวน 6 ข้อ เป็นลักษณะคำตอบซึ่งมีมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ คะแนน 5 คือ ได้รับการสนับสนุนมากที่สุด จนถึง คะแนน 1 คือ ไม่ได้รับการสนับสนุนในเรื่องนั้น

การแปลผลของการสนับสนุนทางสังคม พิจารณาเป็น 3 ระดับของคะแนนรวม ดังนี้ ช่วงคะแนน 23-53 คือ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย ช่วงคะแนน 54-84 คือ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และช่วงคะแนน 85-115 คือ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (the state anxiety inventory: STAI Form Y) แบบประเมินสร้างขึ้นและปรับปรุงโดย สปีลเบอร์เกอร์ ในปี ค.ศ. 1983 (Spielberger, 1983) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์ สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต และ ดาราวรรณ ต๊ะปินตา (Thapinta, 1991) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ ไม่มีเลย คือ ความรู้สึกนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบ มีบ้าง คือ ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกผู้ตอบเล็กน้อยค่อนข้างมาก คือ ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกผู้ตอบค่อนข้างมาก มากที่สุด คือ ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด เกณฑ์การให้คะแนนคำถาม คือ ข้อความแต่ละข้อมีความหมายทางบวก ให้ 4 คะแนน (ไม่มีเลย) จนถึง 1 คะแนน (มากที่สุด) ถ้าเป็นทางลบให้ 1 คะแนน (มากที่สุด) จนถึง 4 คะแนน (ไม่มีเลย)

แปลความหมายระดับของความวิตกกังวลเทียบตามระดับอันตรายตามระดับ ดังนี้ ช่วงคะแนน 20-40 คือ ความวิตกกังวลระดับต่ำ ช่วงคะแนน 41-60 คือ ความวิตกกังวลระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 61-80 คือ ความวิตกกังวลระดับสูง



การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ประจำหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลปฏิบัติการชั้นสูงด้านพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมและศัลยกรรมจำนวน 2 ท่าน ได้ค่าดัชนีตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .91 และ .89 ตามลำดับ และได้้นำแบบสอบถามความพร้อมในการดูแล แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ดูแล ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย แล้วหาความเชื่อมั่นโดยวิธีหาความสอดคล้องภายใน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .89, .96 และ .85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผู้วิจัยดำเนินการโดยนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยได้รับอนุมัติเลขที่ 084/2020 และได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลที่ทำการวิจัย โดยได้หนังสืออนุมัติเลขที่ ศธ 6993(8). 3บจ.จร/2522 และ ศธ 6369(7)/609 หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ ก่อนดำเนินการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยวิจัยในการช่วยเก็บข้อมูลในครั้งนี้ โดยเตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 ท่าน ทำหน้าที่เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง หลังการเตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลตติยภูมิของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในเขตภาคเหนือ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม 1 และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมฉุกเฉิน หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท รวมถึงหัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม หอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรม และหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมประสาท เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย แจ้งถึงการมีผู้ช่วยวิจัย และหน้าที่ของผู้ช่วยวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา การรวบรวมข้อมูล พร้อมขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการร่วมกับผู้ช่วยวิจัย

2. ผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 ท่าน เป็นพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท และผ่านการอบรมการวิจัยในมนุษย์ ทดลองเก็บข้อมูลในผู้ดูแลทั้งหมด 5 ราย นำผลการเก็บข้อมูลมาทำความเข้าใจให้ตรงกันจากการตรวจสอบความถูกต้องพบว่า ผู้ช่วยวิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้ถูกต้องครบถ้วนทั้งหมด

3. ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยได้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต ซึ่งผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตที่ย้ายมา ณ หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม หอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรม และหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมประสาท โดยเก็บข้อมูลในช่วงเวลา 12.00-13.00 น. และ 18.00-19.00 น. เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ผู้ดูแลสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจนครบ 85 ราย และนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และผู้รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต ด้วยความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ระดับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลโดยรวม การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ และระดับความวิตกกังวล โดยใช้สถิติพรรณนาแสดงถึงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



ความสัมพันธ์ของความพร้อมในการดูแล การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ และความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov และข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติทั้งสามตัวแปร และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้ค่า Pearson's correlation coefficient

ผลการวิจัย

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.40) อยู่ในช่วงอายุ 41-60 ปี (ร้อยละ 45.90) อายุเฉลี่ย 45 ปี (SD = 14.02) สถานภาพสมรสมีสถานะคู่ (ร้อยละ 62.40) นัถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94.10) ระดับการศึกษามัธยมศึกษา (ร้อยละ 30.60) และมีระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 24.70) มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 21.20) และมีอาชีพข้าราชการ และรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 20.00) เป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 74.10) มีความสัมพันธ์เป็นบิดา/มารดากับผู้รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต (ร้อยละ 27.10) และมีความสัมพันธ์แบบคู่สมรส (ร้อยละ 25.90) กลุ่มตัวอย่างมีรายได้อยู่ในช่วง ต่ำกว่า 15,000 บาท (ร้อยละ 51.80) และมีความเพียงพอของรายได้พอใช้จ่าย (ร้อยละ 72.90) ผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 75.30) มีโรงพยาบาลรัฐบาล/โรงพยาบาลเอกชน หรือโรงพยาบาลศูนย์เป็นแหล่งสุขภาพใกล้บ้าน (ร้อยละ 54.10) ไม่เคยเจ็บป่วยรุนแรง และไม่เคยพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมาก่อน (ร้อยละ 91.80) ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 78.80) ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต (ร้อยละ 83.50) และผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้รับการสอนการดูแลมาก่อนในการเจ็บป่วยครั้งก่อน (ร้อยละ 74.10)

ผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต เป็นเพศชาย (ร้อยละ 58.80) มีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี (ร้อยละ 34.10) และอายุอยู่ในช่วง มากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 29.40) อายุเฉลี่ย 49 ปี (SD = 20.09) ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 56.50) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 52.90) ส่วนใหญ่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน (ร้อยละ 56.50) ไม่เคยรับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤต หรือหอผู้ป่วยหนัก (ร้อยละ 69.40) การวินิจฉัยของโรคพบว่า กลุ่มกระดูกหักและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุมากที่สุด (ร้อยละ 24.70) ผู้ป่วยโรคกลุ่มเลือดออกในสมอง (ร้อยละ 18.80) และโรคติดเชื้อในกระแสเลือด (ร้อยละ 15.30) และภาวะการบาดเจ็บหลายระบบจากอุบัติเหตุ (ร้อยละ 12.94) ตามลำดับ ระยะเวลาในการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตพบว่าอยู่ในช่วง 4-14 วัน (คิดเป็นร้อยละ 61.20) เฉลี่ยอยู่ที่ 6 วัน (SD = 4.71) และระยะเวลาในการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญตั้งแต่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตพบว่า อยู่ในช่วง 4-14 วัน (ร้อยละ 70.60) เฉลี่ยอยู่ที่ 7 วัน (SD = 5.63) มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองระดับปานกลาง (ร้อยละ 45.90)

ผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตส่วนใหญ่มีความพร้อมในการดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 85.32, SD = 26.42) เมื่อพิจารณาความพร้อมในการดูแลรายด้านพบว่าผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลในแต่ละด้านอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งหมด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตโดยรวมและรายด้าน (n = 85)

ความพร้อมในการดูแลแต่ละด้าน	M	SD	ระดับ
ความพร้อมในการดูแลโดยรวม	85.32	26.42	มาก
ความพร้อมในการดูแลรายด้าน			
ด้านร่างกาย	17.61	6.44	มาก
ด้านอารมณ์	10.85	3.63	มาก



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตโดยรวมและรายด้าน (n = 85) (ต่อ)

ความพร้อมในการดูแลแต่ละด้าน	M	SD	ระดับ
ด้านการหาข้อมูลการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล	12.80	4.10	มาก
ด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต	10.64	3.41	มาก
ด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ	10.30	3.57	มาก
ด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉิน	12.57	4.44	มาก
ด้านการขอความช่วยเหลือ และข้อมูลที่จำเป็น	7.91	2.76	มาก
ด้านความพร้อมในการดูแลโดยรวม	2.61	1.04	มาก

ผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตส่วนใหญ่ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (M = 74.70, SD = 19.92) เมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมรายด้านพบว่า ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพในแต่ละด้านอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ของผู้ดูแลจำแนกตามรายด้าน (n = 85)

การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์	M	SD	ระดับ
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	74.70	19.92	ปานกลาง
ด้านอารมณ์	17.49	4.47	ปานกลาง
ด้านข้อมูลข่าวสาร	28.76	7.99	ปานกลาง
ด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า	8.83	3.38	ปานกลาง
ด้านทรัพยากร	19.61	6.26	ปานกลาง

ปัจจัยด้านความวิตกกังวลของผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตส่วนใหญ่ร้อยละ 48.20 มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง และได้ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลโดยรวม (M = 46.77, SD = 9.60) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต (n = 85)

ระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
ความวิตกกังวลระดับต่ำ	31	36.50
ความวิตกกังวลระดับปานกลาง	41	48.20
ความวิตกกังวลระดับสูง	13	15.30



ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .53, p < .01$) และความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($r = -.52, p < .01$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต การสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ($n = 85$)

ตัวแปร	ความพร้อมในการดูแล	การสนับสนุนทางสังคม	ความวิตกกังวล
การสนับสนุนทางสังคม	.53**	1	
ความวิตกกังวล	-.52**	-	1

หมายเหตุ ** $p < .01$

การอภิปรายผล

1. ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 85.32, SD = 26.42$) อาจเนื่องมาจากมีความเกี่ยวข้องกับเพศ อายุ การศึกษา และระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 69.40 ซึ่งเพศหญิงเป็นเพศที่มีแนวโน้มปรับตัวได้ดีกว่าผู้ดูแลเพศชาย มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดี และดูแลได้นานกว่าเพศชาย (Dethkan, 2020) และผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุ 41-60 ปี (ร้อยละ 45.90) และ ช่วงอายุ 21-40 ปี (ร้อยละ 36.50) ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ประสบความสำเร็จในชีวิต มีความมั่นคงทางอารมณ์สูง สามารถค้นคว้าและเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่ช่วยในการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับผู้ดูแลส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (ร้อยละ 30.60) และระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 24.70) การศึกษาที่สูงขึ้นจะทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาได้ง่าย และส่งผลต่อความพร้อมในการดูแลที่มากขึ้น

สำหรับการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีความเจ็บป่วยด้วยภาวะเลือดออกในสมองจากอุบัติเหตุ โรคติดเชื้อในกระแสเลือด โรคเนื้องอกในสมอง และภาวะการบาดเจ็บหลายระบบจากอุบัติเหตุ โดยภาวะเหล่านี้ ผู้ป่วยมีความต้องการดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลทำแผล และการดูแลไม่ให้เกิดภาวะติดเชื้อซ้ำซ้อน แต่เนื่องจากการฟื้นฟูร่างกายของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยในครั้งนี้ค่อนข้างดี ทำให้ผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 49.50) และช่วยเหลือตนเองได้ในระดับมาก (ร้อยละ 27.05) ซึ่งผู้ดูแลยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง อาจพึ่งพาผู้ดูแลในบางกิจกรรม ผู้ดูแลจึงมีบทบาทในการดูแลเล็กน้อย

สาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความพร้อมในการดูแลอีกประการ คือ งานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ ซึ่งมีความก้าวหน้าด้านความรู้ด้านสุขภาพ การให้บริการ และทักษะการดูแลผู้ป่วย บุคลากรทางสุขภาพส่วนใหญ่ได้รับการฝึกอบรม และสามารถให้ความรู้ ข้อมูลกับผู้ดูแลได้ ซึ่งระหว่างการเก็บข้อมูล ถึงแม้ว่าผู้ดูแลจะไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ที่รอดชีวิต หรือไม่ได้รับการสอนการดูแลมาก่อน แต่ผู้วิจัยพบว่าทางโรงพยาบาลมีแผนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยมีการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ได้แก่ การให้ความรู้ต่าง ๆ แก่ผู้ดูแล เช่น การสอนการให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะ การทำแผลท่อหลอดลมคอ และการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น ข้อมูลดังกล่าวเป็นการเตรียมความพร้อมด้านการดูแลเมื่อผู้ป่วยถูก



จำหน่ายกลับบ้าน และเนื่องด้วยผู้ดูแลเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้รอดชีวิตโดยตรง หรือเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์กันในครอบครัว ทำให้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการดูแลครั้งนี้ได้ ด้วยปัจจัยดังกล่าว จึงทำให้ผู้ดูแลประเมินว่าตนมีความพร้อมในการดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับมาก และยังประเมินความพร้อมในการดูแลรายด้านอยู่ในระดับมาก ทั้งหมดเช่นกัน

2. การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ

ผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 74.70, SD = 19.92$) คือ ได้มีการสอน และสนับสนุนผู้ดูแลจากบุคลากรทางสุขภาพอย่างไรก็ตาม อาจไม่ครอบคลุมทั้งหมด โดยบุคลากรทางสุขภาพมักมีหน้าที่และความรับผิดชอบอื่น ๆ ในการทำงานค่อนข้างมาก ทำให้ผู้ดูแลอาจได้รับการสนับสนุนได้ไม่เต็มที่ หรืออาจเนื่องจาก บุคลากรทางสุขภาพมีการสอน และให้ข้อมูลการเตรียมการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย เช่น ผู้ป่วยนอนติดเตียง ผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอ และผู้ป่วยที่ใช้สายยางให้อาหาร เป็นต้น

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตส่วนใหญ่ร้อยละ 45.90 สามารถช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง หมายถึง ผู้ที่รอดชีวิตยังพอช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ไม่ได้พึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด สำหรับผู้ที่รอดชีวิตที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือไม่ได้เลย ผู้ดูแลได้รับการสอนจากบุคลากรทางสุขภาพในเรื่องของการดูแล และเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแล ผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตส่วนใหญ่ร้อยละ 61.17 ดูแลรักษาตัวที่หอผู้ป่วยวิกฤต 4-14 วัน และร้อยละ 70.60 ดูแลรักษาที่หอผู้ป่วยสามัญ โดยระยะเวลาในการพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเฉลี่ยอยู่ที่ 6 วัน ($M = 6.43, SD = 4.71$) และระยะเวลาในการพักรักษาในหอผู้ป่วยสามัญอยู่ที่ 7 วัน ($M = 7.76, SD = 5.63$) ในระยะเวลาดังกล่าว ผู้ดูแลมักได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา อาการของผู้ป่วย การสอน และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจากบุคลากรทางสุขภาพระหว่างการเยี่ยม หรือเฝ้าผู้ที่รอดชีวิต โดยข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา และอาการของผู้ที่รอดชีวิตก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นข้อมูลที่ผู้ดูแลอยากได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาพบว่า ภาระหน้าที่ของพยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพอื่น ๆ ที่มีมากอาจทำให้การสนับสนุนแก่ผู้ดูแลได้ไม่ครบถ้วน ทั้งนี้ส่วนใหญ่บุคลากรทางสุขภาพ ได้มีการให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายไปดูแลที่บ้าน และมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยทั้งข้างเตียง และทางโทรศัพท์ ข้อมูลที่ผู้ดูแลมีความต้องการจากบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับการสังเกตภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเมื่อกลับไปที่บ้าน ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมอุปกรณ์ หรือสถานที่ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ดูแลบางส่วนอาจได้รับข้อมูลในส่วนนี้ยังไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า ภาระหน้าที่ของพยาบาลในหอผู้ป่วย มีข้อจำกัดเรื่องเวลา และภารกิจที่มากในการพยาบาลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลอาจยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรค การดูแล หรือเข้าใจยังไม่ครอบคลุม ซึ่งอาจส่งผลทำให้ผู้ดูแลประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพในระดับปานกลาง

3. ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 46.77, SD = 9.60$) อาจเนื่องจาก เมื่อต้องปรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ดูแลยังคงมีความกังวลเกี่ยวกับอาการ และภาวะแทรกซ้อนของผู้ที่รอดชีวิต จากเดิมผู้ดูแลได้ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ โดยมีบุคลากรทางสุขภาพเป็นหลักในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า ซึ่งผู้ดูแลอาจได้รับการอธิบาย หรือชี้แจงจากพยาบาลในหอผู้ป่วยเกี่ยวกับการดำเนินของโรค และการดูแลก่อนการจำหน่ายไม่ครอบคลุม ผู้ดูแลหลายท่านมีความกลัวในการซักถามอาการของผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตต่อบุคลากรทางสุขภาพ จึง



ทำให้เกิดความวิตกกังวลอยู่บ้าง อีกทั้งเวลาที่จำกัด และภาระของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตทำให้การตอบข้อสงสัยของผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการ และการดูแลผู้ป่วยอาจจะยังไม่ครบถ้วน นอกจากนี้ผู้ดูแลร้อยละ 58.80 มีอายุอยู่ในช่วง 36-60 ปี เป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะ มีความพร้อมทางด้านจิตใจ การตัดสินใจ การเรียนรู้ รวมทั้งสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ และสามารถปรับตัวได้ดี (Diehl et al., 1996) ทั้งนี้แม้ว่าร้อยละ 72.90 ของผู้ดูแลประเมินว่ามีรายได้เพียงพอต่อการดูแล แต่ปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ดูแล คือ ค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลต่อเนื่องระยะยาวหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยพบว่า ค่าครองชีพที่สูงขึ้นส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะยาว และการเจ็บป่วยวิกฤตมีผลกระทบต่ออาการดูแลในระยะยาวและภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวอย่างมาก โดยเฉพาะในรายที่มีฐานะยากจน และผู้ป่วยมักเป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัว อาจส่งผลต่อผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต ประเมินว่ามีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ และความวิตกกังวลของผู้ดูแลกับความพร้อมในการดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4.1 ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .53, p < .01$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มากขึ้น ความพร้อมในการดูแลมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งการเตรียมความพร้อมจะทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตมีความพร้อมในการดูแลเป็นอย่างดี เนื่องจากได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ อาร์ชโบลด์ และ สจิวต์ (Archbold & Stewart, 1986) ที่กล่าวว่า ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลในระดับที่มากทำให้ผู้ดูแลรับรู้บทบาทในการดูแลมากขึ้น และมีความพร้อมที่จะเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อนได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดความมั่นใจ สามารถที่จะประเมินปัญหาได้ ตลอดจนทำให้ไม่มีผลกระทบต่อตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาศรี พุ่มมีผล (Tungmephon, 2005) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความพร้อมในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติกพบว่า ความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะทำให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

การศึกษานี้พบว่า ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะจากบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการปรับตัว และการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล บุคลากรทางสุขภาพมีส่วนช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น การให้ความรู้ ความเข้าใจ การให้คำปรึกษา ซึ่งทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยมากขึ้น อีกทั้ง ปัจจัยส่วนบุคคลต่าง ๆ ของผู้ดูแลมีผลต่อความพร้อมในการดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ และสิทธิการรักษา เป็นต้น โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ และเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการพัฒนาตนเองให้เกิดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย และดูแลตนเอง นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงจะได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพเท่านั้น แต่ยังได้รับจากสมาชิกในครอบครัว ญาติ และบุคคลใกล้ชิด ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ การยกย่อง ความหวังใจ ได้รับข้อมูลข่าวสาร รวมถึงความเชื่อเหลือด้านการดูแลเพื่อแบ่งเบาภาระต่าง ๆ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกได้รับการยอมรับ และมีกำลังใจที่จะปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองให้ดีขึ้น (Orem et al., 2001) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพทำให้ผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตเกิดความมั่นใจในการดูแล และพร้อมที่จะดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.2 ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.52, p < .01$) อธิบายได้ว่า หากผู้ดูแลผู้ที่



รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลในระดับต่ำ ความพร้อมในการดูแลจะมีสูงมากขึ้น โดยร้อยละ 67.10 ของผู้ดูแลมีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นระดับความวิตกกังวลที่ทำให้บุคคลเกิดความตื่นตัว ทำให้ผู้ดูแลมีความสนใจปัญหาของผู้ที่รอดชีวิตที่เกิดขึ้น มีการควบคุมตัวเองในด้านอารมณ์ให้มั่นคงได้มากขึ้น เพิ่มความสามารถในการเรียนรู้ และความสามารถในการแก้ไขปัญหาของตนได้ดีขึ้น (Shives, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนิภรณ์ ภัทรปกรณ์ (Pattharapakorn, 2014) และการศึกษาของ ดวงกมล วัตราดุลย์ (Wattradul, 2010) ที่พบว่า ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลลดลง เมื่อมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และส่งผลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล

ผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นการสนับสนุนแนวคิดความพร้อมในการดูแลของ อาร์ชโบลด์ และ สจ๊วต (Archbold & Stewart, 1986) ที่นำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ และความวิตกกังวล พบว่า ผู้ดูแลจะมีความพร้อมในการดูแลในระดับมาก ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพระดับปานกลาง และมีความวิตกกังวลระดับปานกลาง เกี่ยวกับอาการ การดำเนินของโรคผู้ป่วย และการเตรียมความพร้อมเพื่อที่จะดูแล

นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังคงมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ปรึกษาตัวที่โรงพยาบาล โดยเฉพาะในด้านข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน การเตรียมตัวอุปกรณ์ที่จำเป็น และสถานที่ เป็นต้น ข้อมูลบางส่วนผู้ดูแลจะได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพ นอกจากนี้ ปัจจัยพื้นฐาน เช่น อายุ การศึกษา และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลเช่นกัน ความพร้อมในการดูแลจำเป็นต้องมีการประเมินทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการที่บุคลากรทางสุขภาพช่วยสนับสนุน และให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล การวางแผนให้ความรู้ และฝึกทักษะการดูแลผู้ที่รอดชีวิตแก่ผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในกลุ่มโรงพยาบาลอื่น ๆ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก เป็นต้น
2. ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตในระดับที่ดีมากยิ่งขึ้น

References

- Archbold, P. G., & Stewart, B. J. (1986). *Family caregiving inventory* [Unpublished manuscript]. Department of Family Nursing, Oregon Health Sciences University.
- Archbold, P. G., Stewart, B. J., Miller, L. L., Harvath, T. A., Greenlick, M. R., van Buren, L., Kirschling, J. M., Valanis, B. G., Brody, K. K., Schook, J. E., & Hagan, J. M. (1995). The Prep system of nursing interventions: A pilot test with families caring for older members. *Research in Nursing & Health, 18*(1), 3-16. <https://doi.org/10.1002/nur.4770180103>



- Benjamin, E. J., Blaha, M. J., & Muntner, P. (2017). Heart disease and stroke statistics-2017 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, *135*(10), e146-e603.
- Boonchuwong, O., Sanaha, C., Pinyopasakul, W., & Nilanont, Y. (2017). Factors influencing readiness of caregivers of patients with stroke before hospital discharge. *Journal of Nursing Science*, *35*(3), 46-57.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance: The fourth wade hampton frost lecture. *American Journal of Epidemiology*, *104*(2), 107-122.
- Charoenwuttimakorn, P. (2012). *Factors related to preparedness for caregiving among caregivers of patients with ischemic stroke* [Unpublished master's thesis]. Burapha University. (in Thai)
- Dethkan, S. (2020). Stress and quality of life caregivers of elderly in Lao Phatthana Sub-District Health Promotion Hospital. *Journal of Council of Community Public Health*, *3*(2), 31-43. (in Thai)
- Diehl, M., Coyle, N., & Labouvie-Vief, G. (1996). Age and sex differences in strategies of coping and defense across the life span. *Psychology and Aging*, *11*(1), 127-139.
- 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.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison- Wesley.
- Imote, P. (2007). *Factors related to stress of family caregiver of patients with stroke at home* [Unpublished master's thesis]. Christain University. (in Thai)
- 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.
- Mueanchoo, S., Keeratiyutawong, P., & Wachirawut, W. (2016). Predictive factors in stress-coping ability of caregivers of spinal cord injury patients. *Thai Journal of Nursing Council*, *31*(1), 124-136. (in Thai)
- 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*, *14*(1), R14. <https://doi.org/10.1186/cc8870>
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Pattharapakorn, R. (2014). The Influences of anxiety, perceived health status and social support on self-care behaviors of stroke caregivers. *Journal of Nursing Science*, *32*(2), 52-61. (in Thai)
- Phommatat, P., & Watthnakitkrileart, D. (2011) Factors influencing caregivers' readiness incaring patients with tracheostomy in transition from hospital to home. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, *23*(3), 107-118. (in Thai)



- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Schumacher, K. L., Stewart, B. J., Archbold, P. G., Caparro, M., Mutale, F., & Agrawal, S. (2008). Effects of caregiving demand, mutuality, and preparedness on family caregiver outcomes during cancer treatment. *Oncology Nursing Forum*, 35(1), 49-56.
- Shives, L. R. (2008). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing* (7th ed.). Lippincott.
- 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.
- Silver, P. M., Oliver, B. G., & White, T. C. (2004). Role of candida albicans transcription factor Upc2p in drug resistance and sterol metabolism. *Eukaryot Cell*, 3(6), 1391-1397.
- Spielberger, C. D. (1972). Review of profile of mood states [Review of the book profile of mood states, by D. M. McNair, M. Lorr & L. F. Droppleman]. *Professional Psychology*, 3(4), 387-388. <https://doi.org/10.1037/h0020742>
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI*. Mind Garden.
- Spielberger, C. D., & Sydeman, S. J. (1994). State-Trait Anxiety Inventory and State-Trait Anger Expression Inventory. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (pp. 292-321). L. Erlbaum Associates.
- Somboon, S. (2005). *Caregiving preparedness among caregivers of persons with dementia attending at Suan Prung Psychiatric Hospital* [Unpublished master's thesis]. Chiang Mai University. (in Thai)
- Svenningsen, H., Langhorn, L., Agard, A. S., & Dreyer, P. (2017). Post-ICU symptoms, consequences, and follow-up: An integrative review. *Nursing in Critical Care*, 22(4), 212-220.
- Thapinta, D. (1991). *Reduction of anxiety of staff nurses working with AIDS patients through cognitive restructuring and mindfulness training* [Unpublished master's thesis]. Chulalongkorn University. (in Thai)
- Tungmephon, P. (2005). *Social support, caregiving preparedness and stress among mothers of autistic children*. [Unpublished master's thesis]. Chiang Mai University. (in Thai)
- Wattradul, D. (2010). Effects of health promotion program on self care knowledge, anxiety and behavioral change in stroke patients and caregivers. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 21(2), 18-33. (in Thai)