บทความวิจัย

ประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรม : การวิจัยแบบผสานวิธี

Intensive Care Experiences of Patients in Medical ICU: a Mixed-Method Study

มลธิรา อุดชุมพิสัย * นภาพร พีรกวี **

Monthira Udchumpisai* Napaporn Peerakavee**

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสานวิธีครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ระดับและลักษณะประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรม โดยใช้กรอบแนวคิด Timing It Right (TIR) กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์จำนวน 70 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย แบบสอบถามประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤต (มี 4 ด้านประกอบด้วย ด้านการตระหนักรู้ต่อสิ่งแวดล้อม ด้านการรับรู้ประสบการณ์ที่ทำให้ตื่นตระหนก ด้านประสบการณ์ที่เป็นความทรงจำ และด้านความพึงพอใจต่อการดูแล) และการสัมภาษณ์ด้วยแนวคำถามปลายเปิด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติบรรยาย และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา นำผลที่ได้มาตีความปรากฏการณ์ของประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรมร่วมกัน

ผลการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 97.1 รับรู้ประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตด้านการตระหนักรู้ต่อสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูง (Mean 37.4; SD 4.3) โดยกลุ่มตัวอย่างรู้สึกตัวอยู่เสมอขณะอยู่ในห้องไอซียู และรู้สึกว่าไอซียูเป็นสถานที่ที่ปลอดภัยเป็นข้อคิดเห็นที่มากที่สุด ด้านประสบการณ์ที่ทำให้ตื่นตระหนก กลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 61.4 มีการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ (Mean 12.5; SD 4.6) โดยระบุว่ารู้สึกอยู่ตลอดเวลาว่าไม่ได้รับการช่วยเหลือ และรู้สึกว่าตนเองกำลังจะตายเป็นข้อคิดเห็นที่มีจำนวนมากที่สุด ด้านประสบการณ์ที่เป็นความทรงจำ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.6 รับรู้อยู่ในระดับสูง (Mean 15.8; SD 4.7) โดยระบุข้อคิดเห็นว่าจดจำเรื่องราวขณะเข้ารับการรักษาในไอซียูได้ตลอดเวลา และจำได้ว่าเป็นช่วงเวลากลางวันหรือกลางคืนเป็นจำนวนมากที่สุด และด้านความพึงพอใจต่อการดูแล กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 85.7 รับรู้อยู่ในระดับสูง (Mean 16.1; SD 2.9) โดยข้อคิดเห็นที่มีจำนวนมากที่สุดคือรู้สึกว่าได้รับการบริการดีอยู่แล้ว และไม่มีเสียงดังรบกวนเลย

ผลการศึกษาที่ได้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรสุขภาพในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในไอซียูทางอายุรกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และเพิ่มความพึงพอใจต่อการดูแลรักษา

คำสำคัญ : ประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤต, ผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรม, การวิจัยแบบผสานวิธี

* อาจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย กรุงเทพมหานคร

**corresponding author อาจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย กรุงเทพมหานคร E-mail: napaporn.p@stin.ac.th

วันที่รับบทความ: 15 สิงหาคม 2563 วันที่แก้ไขบทความ: 11 ตุลาคม 2563 วันที่ตอบรับบทความ: 15 ตุลาคม 2563

Abstract

This mixed-method study aimed to study the level and characteristics of intensive care experiences of patients in the medical ICU. Timing It Right (TIR) was employed as a conceptual framework. Seventy participants, who met the inclusion criteria, were enrolled in the study. Data collection involved questionnaires inquiring about the patients, personal information and intensive care experiences (four dimensions—awareness of surroundings, frightening experiences, experience recall, and satisfaction with care) as well as interviews with open-ended questions. Descriptive statistics were used to analyses the quantitative data and content analyses were used to scrutinize qualitative information. Then, interpretation together both the data with the aim of describing the phenomena related to the experiences of medical ICU patients.

The findings revealed that 97.1% of the participants perceived intensive care experiences having a high awareness level of their surroundings (mean 37.4; SD 4.3), they always knew what was happening and felt safe with being in ICU were the most mentioned. Meanwhile, the intensive care experiences regarding the frightening experiences dimension were found to be of a low level (mean 12.5; SD 4.6), the patients tended to feel helpless and think they would die were the largest number. Concerning recall of experience, a high-level perception score was found among 58.6% of the participants (mean 15.8; SD 4.7), most patients remembered a lot of their ICU experiences and knew whether it was day or night. Finally, a high satisfaction level with care was reported by 85.7% of the participants (mean 16.1; SD 2.9), the most they perceived the care in ICU was as good as it could have been, and that it was not noisy.

The results of this study could guide the healthcare team in improving the clinical practice guidelines related to caring for critically-ill patients with the aims of ensuring the provision of holistic care, supporting family engagement, and improving the satisfaction with care of medical ICU patients.

Keywords : intensive care experiences, patients in medical ICU, mixed-method study

บทนำ

การดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมในไอซียู มีเป้าหมายเพื่อรักษาชีวิตและการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายเมื่อเจ็บป่วยอย่างรุนแรงเพื่อให้ร่างกายผู้ป่วยสามารถฟื้นหายกลับสู่ภาวะปกติ (Kaukonen et al., 2014; Kluge et al., 2015) ผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับการดูแลรักษาและการใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย ไม่ว่าจะเป็นการใช้เครื่องช่วยหายใจจากภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว การใช้เครื่องบำบัดทดแทนไตจากภาวะไตวายเฉียบพลัน การใส่สายสวนในหลอดเลือดต่าง ๆ เพื่อรักษาและเฝ้าระวังภาวะติดเชื้ออย่างรุนแรง และการให้ยากระตุ้นระบบไหลเวียนโลหิตและหัวใจ ตลอดจนยาสงบระงับต่าง ๆ

(Brinkman et al., 2013; Molina et al., 2014) ผลจากระดับความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย และการรักษาโดยการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนอยู่บนเตียงเป็นเวลานาน ๆ ขณะเข้ารับการรักษา เมื่อภายหลังที่รอดชีวิตและสามารถย้ายออกจากไอซียูได้ ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีภาวะแทรกซ้อน หรือผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Hashem et al., 2016) ซึ่งเรียกว่ากลุ่มอาการป่วยหลังภาวะวิกฤต (post intensive care syndrome) (Davidson et al., 2016) ปัจจุบันพบผู้ป่วยเหล่านี้มีจำนวนมากขึ้นและแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต จะเห็นได้จากสถิติของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตสหรัฐอเมริกา ที่พบอุบัติการการเกิดกลุ่มอาการป่วยหลังภาวะวิกฤตประมาณร้อยละ 50-70 ของจำนวนผู้ป่วยวิกฤตในประเทศทั้งหมด (Society of Critical Care Medicine, 2018)

การเกิดกลุ่มอาการป่วยหลังภาวะวิกฤตจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องของการทำหน้าที่ของร่างกาย (functional) ได้แก่การทำหน้าที่ของระบบทางเดินหายใจลดลง มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง และความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง (Davidson & Harvey, 2016) ผลกระทบด้านจิตใจ (psychological) ได้แก่ ความวิตกกังวล ความเครียดและความกดดันของจิตใจจากเหตุการณ์ที่รุนแรง (Jackson et al., 2014) และการรู้คิดเปลี่ยนแปลง (cognitive disorder) ได้แก่ ความจำและสมาธิลดลง (Desai, Law, & Needham, 2011) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพลดลง (Davidson et al., 2016; Svenningsen et al., 2017) และมีอัตราการตายที่สูงขึ้นเมื่อย้ายออกจากไอซียูไปแล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Dexheimer Neto et al. (2016) และการศึกษาของ Linder et al. (2014) ที่ พบว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากภาวะวิกฤตมักพบอัตราการตายที่สูงในช่วงระยะกลาง และระยะยาวภายหลังการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปแล้ว เนื่องจากผู้ป่วยต้องเผชิญกับโรคร่วมทางร่างกาย (Rydingsward et al., 2016, Hashem et al., 2016) ระดับการรู้คิดเปลี่ยนแปลง (Wolters et al., 2013) และมีภาวะซึมเศร้า (Huang et al., 2016) นอกจากนั้นแล้วยังพบผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสสูงที่จะกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Prescott, Langa, & Iwashyna, 2015) มีการใช้ทรัพยากรเกี่ยวกับการดูแลรักษาจำนวนมาก และตามมาด้วยเรื่องค่าใช้จ่ายของการรักษาที่เพิ่มขึ้น (Ruhl et al., 2017) ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว และยังส่งผลกระทบกับค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับระบบสุขภาพของประเทศชาติเป็นอย่างมาก (Cuthbertson et al., 2010)

ทั้งนี้ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดกลุ่มอาการป่วยหลังภาวะวิกฤต รวมทั้งการที่ผู้ป่วยจะฟื้นหายและมีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังภาวะวิกฤตได้นั้น นอกจากผลกระทบจากความรุนแรงของการเจ็บป่วย และการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องแล้ว (Mehlhorn et al., 2014) ประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตถือเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบกับผู้ป่วย เนื่องจากประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในไอซียู สามารถสร้างผลลัพธ์ด้านบวกหรือด้านลบให้เกิดกับผู้ป่วยได้ จากการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของ Rovatti, Teodoro, and Kern de Castro (2012) พบว่า ประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตระหว่างเข้ารับการรักษาอยู่ในไอซียูเป็นช่วงเวลาที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย เนื่องจากเป็นสาเหตุทำให้เกิดเงื่อนไขที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยและเป็นประสบการณ์ที่ห่างไกลกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วย สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นเป็นสถานที่ที่แปลกผู้ป่วยไม่คุ้นเคย และรู้สึกตื่นตระหนก อีกทั้งเป็นการเกิดขึ้นอย่างกระทันหัน ผู้ป่วยอาจไม่ได้เตรียมตัวมาก่อนและเป็นสิ่งที่ไม่ต้องการให้เกิดขึ้น ซึ่งประสบการณ์นี้จะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านบวกและด้านลบ ขึ้นอยู่กับว่า

ผู้ป่วยนั้นมีการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์อย่างไร (Rattray, Johnston, & Wildsmith, 2004) โดยประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียู ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ด้านการตระหนักรู้ต่อสิ่งแวดล้อม ด้านประสบการณ์ที่ทำให้ตื่นตระหนก ด้านประสบการณ์ที่เป็นความทรงจำและด้านความพึงพอใจต่อการดูแล (Rattray, Johnston, & Wildsmith, 2004) นอกจากนั้นการที่ผู้ป่วยได้รับการสื่อสารที่ดี รู้สึกมั่นใจในความปลอดภัย และการแสดงท่าทีที่เป็นมิตรของบุคคลากรทางสุขภาพจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายได้มากขึ้น (Fredriksen & Ringsberg, 2007) ในขณะเดียวกันประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ในด้านลบตามมา ได้แก่ ภาวะกดดันของจิตใจ (Jones, Humphris, & Griffiths, 2000) กลุ่มอาการหลังภาวะวิกฤต และความเครียดเฉียบพลัน (Davidson et al., 2016) ดังนั้นการเข้าใจประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในไอซียูทางอายุรกรรม จึงมีความสำคัญสำหรับบุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานในไอซียู เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการรักษาพยาบาล ให้สอดคล้องกับความต้องการและสถานการณ์ของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

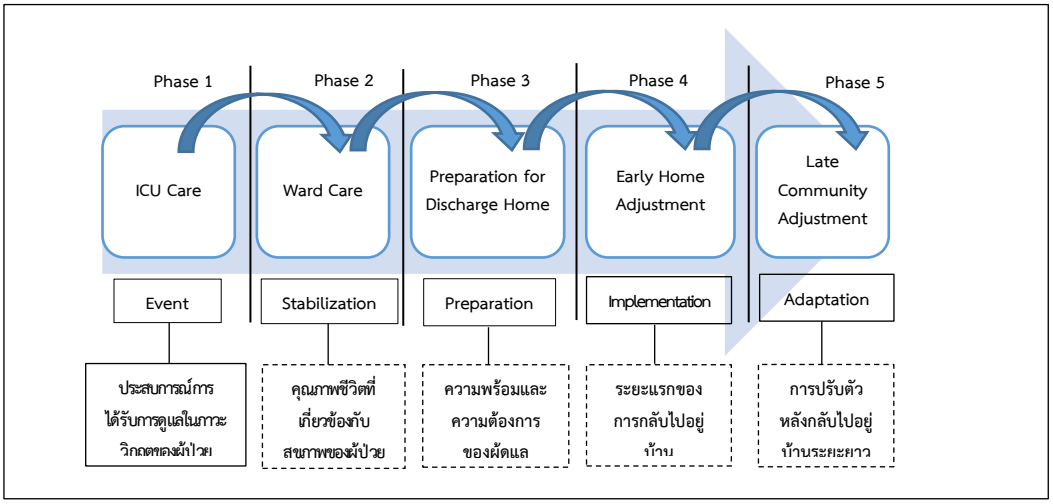
อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในปัจจุบัน พบว่า การศึกษาประสบการณ์ในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวสำหรับประเทศไทยยังพบน้อย โดยพบ 1 งานวิจัยที่เป็นการศึกษาอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยหลังภาวะวิกฤต (Luangasanatip et al., 2013) และการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต (Chaiweeradet, Ua-Kit, & Oumtanee, 2013; Hatprakob & Surit, 2013) ข้อมูลส่วนใหญ่เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยภาวะวิกฤตในไอซียูเป็นการศึกษาในต่างประเทศที่มีบริบททางสังคม วัฒนธรรมการดูแล และระบบสุขภาพที่มีความแตกต่างจากประเทศไทย นอกจากนั้นการศึกษาบางส่วนจะมุ่งเน้นเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา (Ruhl et al., 2017) และผลกระทบของผู้ดูแล (Czerwonka et al., 2015; Jezierska, 2014)

ดังนั้นเพื่อให้บุคคลากรทางสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลสามารถเข้าใจประสบการณ์ของผู้ป่วยในไอซียูจากสถานการณ์ที่แท้จริงตามบริบทและรูปแบบการดูแลรักษา ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรมโดยใช้กรอบแนวคิด Timing It Right ซึ่งจะอธิบายการฟื้นหายจากโรคของผู้ป่วยวิกฤตในไอซียูว่าเป็นไปตามระยะ (phase) ของการได้รับการดูแลแต่ละช่วงเวลาและสอดคล้องกับความต้องการการดูแลที่เฉพาะกับระยะนั้น ๆ (Cameron & Gignac, 2008) ซึ่งเป็นการทำความเข้าใจการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้นแล้วการวิจัยแบบผสานวิธี (mixed method study) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผสานกันระหว่างการตอบแบบสอบถามกับการสัมภาษณ์เชิงลึก (Creswell & Clark, 2018) โดยผสานข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้ ซึ่งเป็นตัวเลขและแบ่งระดับประสบการณ์การได้รับการรักษาในภาวะวิกฤต กับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่สามารถอธิบายลักษณะประสบการณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยในไอซียู เพื่อให้ได้คำตอบที่มีความหลากหลาย และนำไปพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในไอซียู และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยหลังภาวะวิกฤตในประเทศไทยได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้แนวคิด Timing It Right (TIR) ซึ่งอธิบายว่าผู้ป่วยวิกฤตที่รอดชีวิตออกจากไอซียูจะเข้าสู่การฟื้นหายของโรคซึ่งเป็นไปตามระยะ (phase) ของการดูแลแต่ละช่วงเวลา และเกี่ยวข้องกับความต้องการการดูแลที่เฉพาะกับระยะนั้น ๆ (Cameron & Gignac, 2008) ถือว่าเป็นการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยเหล่านี้มีความต้องการที่เฉพาะในแต่ละระยะการฟื้นหายอยู่ตลอดเวลา ตั้งแต่การได้รับการดูแลในไอซียูจนถึงขั้นตอนการฟื้นฟูสภาพ กรอบแนวคิด TIR ประกอบไปด้วย 5 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตและเป็นสาเหตุของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (event/ diagnosis) 2) ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ (stabilization) 3) ระยะการเตรียมตัวกลับบ้าน (preparation for discharge home) 4) ระยะแรกของการกลับไปอยู่ที่บ้าน (early home adjustment) ซึ่งเป็นการประเมินสภาพผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านในช่วง 3 เดือนแรก และ 5) การปรับตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านในระยะยาว (late community adjustment) ซึ่งเป็นการประเมินผู้ป่วยอีกครั้งเมื่อเข้าสู่ระยะการใช้ชีวิตอย่างปกติ โดยระยะที่ 1 และ 2 จะเกิดขึ้นในช่วงการดูแลในโรงพยาบาล ระยะที่ 3 อาจเกิดขึ้นทั้งระยะในไอซียูและระยะฟื้นฟูสภาพ ส่วนระยะที่ 4 และ 5 เป็นช่วงเวลาหลังออกจากโรงพยาบาลและกลับไปอยู่ที่บ้าน

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์การได้รับดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรม ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลระยะที่ 1 คือศึกษาระยะที่ผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์การเจ็บป่วยช่วงวิกฤตในไอซียู (event/ diagnosis) โดยการประเมินประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตร่วมกับการสัมภาษณ์ด้วยแนวคำถามปลายเปิด กรอบแนวคิด Timing It Right ของผู้ป่วยภาวะวิกฤตในไอซียู แสดงดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิด Timing It Right ของผู้ป่วยภาวะวิกฤตในไอซียูทางอายุรกรรม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรม
2. เพื่อศึกษาลักษณะประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรม

คำถามการวิจัย

1. ระดับประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรมเป็นอย่างไร
2. ลักษณะประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรมเป็นอย่างไร

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสานวิธีชนิดคู่ขนานเข้าหากัน (convergent parallel mixed method study) เป็นการวิจัยที่เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพไปพร้อม ๆ กันในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน และนำผลที่ได้มาพิจารณาตีความร่วมกันเพื่อให้งานวิจัยสมบูรณ์สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้หลายมิติมากขึ้น (Creswell, & Plano Clark, 2018) การศึกษาประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรมครั้งนี้ มีการศึกษาเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม (questionnaire) ร่วมกับการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก (in-depth interview) เกี่ยวกับประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรม เพื่อตอบคำถามการวิจัยที่ชัดเจนและครอบคลุมขึ้น ระยะเวลาการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2562 – เดือนพฤษภาคม 2563

ประชากร ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยวิกฤตทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาในไอซียูอายุรกรรม 1 และ 2 และไอซียูโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งได้รับการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่งทั้งชนิด invasive ได้แก่การใช้เครื่องช่วยหายใจ (mechanical ventilation) ผ่านทางท่อช่วยหายใจ (endotracheal tube) หรือท่อหลอดลมคอ (tracheostomy tube) การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (central line) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis machine) การใส่สายสวนหัวใจและหลอดเลือดเป็นต้น และการรักษาชนิด non-invasive เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ (non-invasive mechanical ventilation) และผู้ป่วยที่มีการให้ยาเพื่อกระตุ้นการทำงานของหัวใจและระบบไหลเวียนในร่างกาย (inotropic drug) เป็นต้น

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยวิกฤตทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่เจ็บป่วยในภาวะวิกฤต และเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยไอซียูทางอายุรกรรมได้แก่ หอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 1 และ 2 และหอผู้ป่วยไอซียูระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 48 ชั่วโมง โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง

เป็นการเลือกจากกลุ่มประชากร โดยการเลือกตามเกณฑ์ (convenience sampling) ซึ่งกำหนดคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. อายุมากกว่า 18 ปี
2. มีอาการคงที่เป็นเวลาอย่างน้อย 24 ชั่วโมงที่หอผู้ป่วยทั่วไปภายหลังย้ายออกจากไอซียูแล้ว
3. รู้สึกตัวดี สื่อสารได้เข้าใจ Glasgow Coma Scale ในวันสัมภาษณ์ > 8 คะแนน
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า แต่ไม่ประสงค์ที่จะเปิดเผยหรือเล่าประสบการณ์จากการได้รับการดูแลในช่วงภาวะวิกฤต

2. ผู้ให้ข้อมูลมีอาการทางคลินิกแย่ลงระหว่างการสัมภาษณ์

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณโดยใช้เทคนิคของ Thorndike (1987 cited in Prescott, 1987) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณคือ $n \geq 10k + 50$ (n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง, k = จำนวนของตัวแปรที่ศึกษา)

ดังนั้น $n \geq (10 \times 2) + 50$ จึงได้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ 70 คน

สถานที่ศึกษา

สถานที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ เป็นหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 1 และ 2 และหอผู้ป่วยไอซียูโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยจากภาวะวิกฤตทางอายุรกรรมทั่วไป อายุรกรรมโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ มีความเชี่ยวชาญในการรักษาผู้ป่วยวิกฤต ทั้งด้านบุคลากรและเครื่องมือที่ทันสมัย และจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในไอซียูดังกล่าวมีอัตราการรอดชีวิตสูง

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม ประกอบไปด้วย 3 ส่วนดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ สิทธิการรักษา สาเหตุของการเข้ารักษา การวินิจฉัยโรค การเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับขณะอยู่ในไอซียู ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยไอซียู ระดับการรู้สึกตัว ประวัติการได้รับยานอนหลับหรือยาแก้ปวดที่เป็นอนุพันธ์จากฝิ่น และการใช้เครื่องช่วยหายใจขณะเข้ารับการรักษาในไอซียู

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤต ผู้วิจัยแปลจาก intensive care experience questionnaire (Rattray, Johnston, & Wildsmith, 2004) โดยได้รับอนุญาตอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรจากเจ้าของเครื่องมือ Janice Rattray ผู้พัฒนาแบบสอบถาม ให้แปลแบบสอบถามจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการแปลแบบสอบถามตามกระบวนการแปลแบบสอบถาม (Brislin, Lonner, & Thorndike, 1973) โดยเริ่มต้นจากผู้วิจัย 2 คนที่เป็นอิสระต่อกัน แปลแบบสอบถามจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย (forward translation) จากนั้นวิเคราะห์ผลการแปลจากผู้แปลทั้งสองคน เขียนรายงานการแปลในรูปแบบการแปลที่สังเคราะห์จากการแปลของผู้แปลสองคนเป็นฉบับภาษาไทย จากนั้นแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ (back translation) โดยอาจารย์พยาบาลที่มีทักษะการใช้ภาษาอังกฤษในระดับดี จบการศึกษาระดับปริญญาเอกจากมหาวิทยาลัยในประเทศสหราชอาณาจักร และไม่เคยอ่านแบบสอบถามต้นฉบับที่เป็นภาษาอังกฤษมาก่อน จากนั้นตรวจสอบฉบับแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ สรุปความเห็นเบื้องต้น และตรวจทานการแปลฉบับภาษาไทยให้ถูกต้อง

แบบสอบถามประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤต (intensive care experience questionnaire, ICEQ) สำหรับผู้ป่วย มีข้อคำถามสั้น ๆ เกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้รับการดูแลในภาวะวิกฤต จำนวน 24 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้านที่เกี่ยวข้องได้แก่ ด้านการตระหนักรู้ต่อสิ่งแวดล้อม (awareness of surroundings: 9 ข้อ) ด้านประสบการณ์ที่ทำให้ตื่นตระหนก (frightening experiences: 6 ข้อ) ด้านประสบการณ์ที่เป็นความทรงจำ (recall of experiences: 5 ข้อ) และ ด้านความพึงพอใจต่อการดูแล (satisfaction with care: 4 ข้อ) โดยแต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง ผลรวมคะแนนแต่ละด้านที่สูงบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีประสบการณ์ในด้านนั้น ๆ สูง

ส่วนที่ 3 แนวคำถามปลายเปิด เป็นแนวคำถามในการเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งเป็นแนวทางที่สามารถยืดหยุ่นและปรับไปตามบริบทของกระบวนการสนทนา และปฏิสัมพันธ์ของผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูลตามสถานการณ์ เช่น ประสบการณ์ของท่านขณะได้รับการรักษาในไอซียูเป็นอย่างไรบ้าง ท่านคิดว่าอะไรคือสิ่งที่ดีที่สุดและแย่ที่สุดระหว่างที่เข้ารับการรักษาในไอซียู เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤต ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความชัดเจนของการใช้ภาษาและความสอดคล้องของข้อคำถามจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมจำนวน 2 คน และผู้ช่วยศาสตราจารย์ที่มีประสบการณ์และสอนการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 1 คน หลังจากได้รับคำแนะนำและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาปรับปรุงด้านภาษาให้มีความชัดเจน และครอบคลุมมากขึ้น โดยมีดัชนีค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) 0.8 และภายหลังโครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 คน เพื่อประเมินความเข้าใจในข้อคำถาม ระยะเวลาการตอบแบบสอบถาม และการศึกษาในครั้งนี้ได้ทำการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟ่า จากแบบสอบถามประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตในแต่ละด้านได้แก่ด้านการตระหนักรู้ต่อสิ่งแวดล้อม ด้านประสบการณ์ที่ทำให้ตื่นตระหนก ด้านประสบการณ์ที่เป็นความทรงจำ และด้านความพึงพอใจต่อการดูแล ได้เท่ากับ 0.7, 0.7, 0.8, และ 0.7 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (IRB No. 178/62) ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีการดำเนินการ ตลอดจนระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยซักถามข้อสงสัย และตัดสินใจด้วยตนเองอย่างอิสระ ในการปฏิเสธหรือยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย โดยสามารถกระทำได้ตลอดเวลาและไม่มีผลกระทบกับการรักษาพยาบาล และเมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยยินยอมเข้าร่วม จะลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนและได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์แล้ว ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม 1 และ 2 และหอผู้ป่วยไอซียูโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ในการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีแผนการรักษาจากแพทย์ให้ย้ายไปหอผู้ป่วยทั่วไป

2. เมื่อพยาบาลในหอผู้ป่วยดังกล่าว แจ้งผู้วิจัยว่ามีผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้วิจัยจะเข้าพบผู้ป่วยเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย **เมื่อผู้ป่วยย้ายไปอยู่หอผู้ป่วยทั่วไปและมีอาการคงที่แล้วไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง** หากผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยจะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

3.1 เก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มตั้งแต่เวลา 7.00 – 15.00 น. ทุกวันจันทร์ – วันศุกร์

3.2 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย แบบสอบถามประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤต ซึ่งใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

3.3 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แนวคำถามปลายเปิด ร่วมกับการสัมภาษณ์เกี่ยวกับลักษณะประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตขณะเข้ารับการรักษาในไอซียู โดยผู้วิจัยจดบันทึกคำตอบ และบันทึกเสียงสัมภาษณ์ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30-45 นาทีในผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย

4. ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ รายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลเกี่ยวกับระดับประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤต

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับลักษณะประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรมที่ได้จากคำถามปลายเปิด และบทสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยใช้เกณฑ์ของ Schreier (2012) คือนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์รายบุคคล (individual interview) ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ จัดกลุ่มประเด็น จำแนกอย่างเป็นระบบ คัดเลือกข้อมูลของผู้ป่วยที่มีความชัดเจนลึกซึ้ง และประเด็นที่น่าสนใจจากผู้ป่วยจำนวน 1-3 ราย อ่านทบทวนซ้ำหลายรอบ และทำการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการศึกษาอีกครั้งกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์

3. นำผลการวิเคราะห์ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่ได้มาพิจารณาและตีความร่วมกันเพื่ออธิบายประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรม

ผลการวิจัย

การศึกษาประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรม แบ่งการนำเสนอเป็น 2 ส่วนคือส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง และส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ย ระดับ และลักษณะประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤต

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในไอซียูทางอายุรกรรม ส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 60.0 มีอายุตั้งแต่ 18-87 ปี อายุเฉลี่ย 54.4 ปี (SD 17.5) มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 61.4

และเรียนจบชั้นปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 31.4 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 90.0 อาชีพก่อนการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเกษียนอายุการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 41.4 และส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตร 30 บาท) คิดเป็นร้อยละ 50.0 นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เข้ามารับการรักษาในไอซียูถูกส่งตัวมาจากห้องฉุกเฉินคิดเป็นร้อยละ 44.3 โดย พบว่า สาเหตุของการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตทางอายุรกรรมมาจากโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.6 รองลงมาคือการติดเชื้อในร่างกายคิดเป็นร้อยละ 28.6 นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 40.0 ได้รับการใส่ท่อและเครื่องช่วยหายใจชนิด invasive ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 รายคิดเป็นร้อยละ 2.9 ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด non-invasive และกลุ่มตัวอย่างอีกจำนวนร้อยละ 8.6 ได้รับการช่วยหายใจด้วยออกซิเจนชนิด high flow สำหรับระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในไอซียูพบตั้งแต่ 2-20 วัน เฉลี่ย 4.9 (SD 3.4) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวนร้อยละ 68.6 ไม่เคยเข้ารับการรักษาในไอซียูมาก่อน สำหรับข้อมูลระดับการรู้สึกตัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุว่ารู้สึกตัวดีตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษาในไอซียู คิดเป็นร้อยละ 35.8 รองลงมาคือรู้สึกตัวดีเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 37.1 และประมาณร้อยละ 27.2 รู้สึกตัวดีเป็นส่วนน้อย นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 52.4 เคยได้รับยานอนหลับหรือยาแก้ปวดที่เป็นอนุพันธ์จากฝิ่น (opioid) ระหว่างเข้ารับการรักษาในไอซียู เช่น มอร์ฟีน (morphine) เฟนตานิล (fentanyl) หรือโดมิคุม (dormicum)

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ย ระดับ และลักษณะประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤต

ตารางที่ 1 แสดงระดับประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรมทั้ง 4 ด้าน จำแนกเป็นระดับสูงและระดับต่ำโดยแบ่งตามอันตรภาคชั้น (class interval) ผลการศึกษา พบว่าประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรม **ด้านการตระหนักรู้ต่อสิ่งแวดล้อม** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้อยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 97.1 โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 9 - 45 และมีคะแนนเฉลี่ย 37.4 (SD 4.3) เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุว่ารู้สึกตัวดีอยู่เสมอขณะอยู่ในห้องไอซียู คิดเป็นร้อยละ 82.9 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด สามารถจำญาติที่มาเยี่ยมได้ คิดเป็นร้อยละ 88.6 รู้สึกว่าไอซียูเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 61.4 ผู้ป่วยสามารถบอกความต้องการของตนเองได้ คิดเป็นร้อยละ 52.9 และรู้สึกตัวเมื่อมีใครเข้ามาใกล้คิดเป็นร้อยละ 47.1 ดังตัวอย่าง

> *มีพยาบาลมาตลอด สามารถเรียกได้ตลอด คือมันจะมีอยู่ช่วงหนึ่งที่หนูอ็วก (อาเจียน) เป็นเลือด มันเป็นเลือดหนูไม่รู้ พยาบาลบอกเป็นเลือด แล้วตามหมอมาดู ทำให้เรารู้สึกปลอดภัย* (P68)

> *ห้องที่อยู่ (ไอซียู) มันเงียบ และมีอุปกรณ์ครบสมบูรณ์ เวลาช่วยชีวิตสามารถมีอุปกรณ์หยิบฉวยได้เลย ของใช้รอบตัว เตียงปรับได้ ชั่งน้ำหนักได้ ...เป็นห้องที่นอนเดี่ยวๆ ไม่มีใครมารบกวน รู้สึกปลอดภัย ใกล้หมอ ใกล้พยาบาลดี ช่วยดูแลให้เราฟื้นมา เหมือนพ้นความตาย รู้สึกอบอุ่นที่พยาบาลอยู่ข้างหน้า มองไปก็เห็นพยาบาลอุ่นใจดี (P56)*

> *กำลังใจจากครอบครัว ญาติพี่น้อง แฟน คนรอบตัวเวลาเขามาเยี่ยม มันทำให้เรามีกำลังสู้ต่อ คิดว่าอยู่กับหมอแล้วยังไง ก็คงจะหาย (P69)*

ด้านประสบการณ์ที่ทำให้ตื่นตระหนก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 61.4 มีการรับรู้ประสบการณ์ที่ทำให้ตื่นตระหนกอยู่ในระดับต่ำ โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 6-30 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 12.6 (SD 4.7) และ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกเป็นส่วนใหญ่ว่าไม่ได้รับการช่วยเหลือมีเป็นจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 24.3 และรู้สึกเป็นส่วนใหญ่ว่ากำลังจะตายคิดเป็นร้อยละ 17.1

ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ประสบการณ์ที่ทำให้ตื่นตระหนกในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 38.6 โดย พบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกตลอดเวลาว่าไม่ได้รับการช่วยเหลือ และรู้สึกตลอดเวลาว่าตนเองกำลังจะตาย มีจำนวนที่เท่ากันคือร้อยละ 21.4 นอกจากนั้นยังมีกลุ่มตัวอย่างที่รู้สึกกลัวและรู้สึกเจ็บปวดตลอดเวลาจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 5.7 กลุ่มตัวอย่างที่รู้สึกว่าเห็นสิ่งแปลก ๆ ตลอดเวลา และรู้สึกฝันร้ายตลอดเวลาคิดเป็นร้อยละ 4.3 และ 1.4 ตามลำดับ ดังตัวอย่าง

> *ขยับตัวไม่ได้ บอกใครไม่ได้ เหมือนคนนอนแล้วโดนตรึงอยู่...บางทีตัวเราเองคิดว่าเค้าจะมาทำร้าย มันเกิดตอนที่มีคนเข้ามา (P15)*

> *เสียงร้องติ้ด ๆ มันเหมือนเราไม่หายสักที ไม่พ้นไปจากตรงนี้ มันเหมือนบอกว่าจะตายๆ เสียงนี้...เครื่องช่วยหายใจ สายอยู่ในปาก ดันเพดานปากจนเป็นแผลเลย ผมพูดไม่ได้ ผมอยากจิบน้ำบ้าง คอแห้งมาก มันทรมานมาก (P70)*

> *ไม่ชอบให้ผูกมือ ผูกเท้า เสียงดังโครมคราม ๆ คิดว่าถ้าเกิดอะไรขึ้น แล้วใครจะช่วยเรา เราถูกผูกมือ ช่วยตัวเองไม่ได้ เราไม่ชอบเหมือนจิตหลอน (P38)*

ด้านประสบการณ์ที่เป็นความทรงจำ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 58.6 โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 5-25 คะแนนเฉลี่ย 15.8 (SD 4.8) เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จดจำเรื่องราวขณะเข้ารับการรักษาในไอซียูได้ตลอดเวลา คิดเป็นร้อยละ 41.4 และจำได้ว่าเป็นช่วงเวลากลางวันหรือกลางคืนคิดเป็นร้อยละ 37.1 ในขณะที่ พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างอีกจำนวนร้อยละ 41.4 ที่มีประสบการณ์ที่เป็นความทรงจำอยู่ในระดับต่ำ โดย พบว่า ร้อยละ 21.4 ไม่รู้เลยว่าเป็นเวลากลางวันหรือกลางคืน นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างที่รู้สึกว่าตนเองนอนหลับมากเกินไปคิดเป็นร้อยละ 31.4 ดังตัวอย่าง

> *กลางวัน กลางคืน อันนี้ไม่รู้เลย ไม่เห็นแสงของพระอาทิตย์ในวันใหม่ แล้วพวกนี้ (แสงพระอาทิตย์ของวันใหม่) ทำให้คนไข้ดีขึ้น เพราะทำให้รู้ว่า จะมีวันพรุ่งนี้ ตลอดห้าวันที่อยู่ไอซียู เรารู้สึกตัว แต่ไม่เคยรู้เลยว่า วันอะไร เวลาอะไร (P23)*

> *อยู่ตรงนั้น (ไอซียู) ไม่ได้รับรู้อะไรมาก รู้สึกเหมือนได้ยานอนหลับ (P14)*

ด้านความพึงพอใจต่อการดูแล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการดูแลอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 85.7 โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 4-19 คะแนนเฉลี่ย 16.13 (SD 2.9) โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่มีความเห็นว่าได้รับการบริการดีอยู่แล้วร้อยละ 42.9 และรับรู้ว่าไม่มีเสียงดังรบกวนเลยร้อยละ 35.7 ดังตัวอย่าง

> *การรักษาของหมอที่นี่ดี ปลอดภัยในชีวิต...ทุกอย่าง สถานที่ดี แบบไม่มีอะไรรบกวน เงียบ คุณหมอ พยาบาลเอาใจใส่ดี...ดูแลอย่างดีแล้ว นอนสบาย หลับสบายดี ไม่อยากย้ายออกมาเลย อยากอยู่ห้องนั้นต่ออีก (P16)*

พยาบาลบางคนดูแลคน ห่วง ดูแลให้กำลังใจ คอยบอกว่าไม่เป็นไรนะ เดี๋ยวก็ดีนะ คอยแนะนำ เวลาถามก็บอก... เค้าจะเข้ามาปลอบ นอนนะ เค้า (พยาบาล) รู้สึกถึงสภาวะของเรา เวลาจะมาถอดเครื่อง ยังถามว่าไหวไหม เค้าเอาใจใส่เรา รู้ถึงสิ่งที่เกิดขึ้น ขอบคุณห้องไอซียูช่วยชีวิตคนๆ หนึ่งให้ฟื้นคืนกลับมา (P38)

ในขณะที่มีกลุ่มตัวอย่างอีกจำนวนร้อยละ 42.9 รับรู้ว่ามีเสียงดังรบกวนเล็กน้อย และกลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 50 รู้สึกว่าระหว่างอยู่ในไอซียูมีการถูกรบกวนอย่างต่อเนื่องเพียงเล็กน้อย ดังตัวอย่าง

การดูแลดีอยู่แล้วไม่ต้องเข้ามาบ่อยเกินไป กำลังหลับอยู่แล้วมาปลุก เช่นมาให้ยา เพิ่งหลับแล้วมาปลุก ให้ยาไม่ต้องบอกก็ได้ให้เลย (P14)

ห้องผู้ป่วยห้องข้าง ๆ ได้ยินเสียงร้องไห้บ่อย อยากให้แยก ไม่ให้ผู้ป่วยคนอื่นรับรู้ รับทราบ (P8)

ตารางที่ 1 แสดงช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่างขณะเข้ารับการรักษาในไอซียูทางอายุรกรรม (N=70)

ประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตรายด้าน	ระดับสูง [n (%)]	ระดับต่ำ [n (%)]
ด้านการตระหนักรู้ต่อสิ่งแวดล้อม (คำถามจำนวน 9 ข้อ) (Mean 37.4, SD 4.32, Range 9-45)	68 (97.1)	2 (2.9)
ด้านประสบการณ์ที่ทำให้ตื่นตระหนก (คำถามจำนวน 6ข้อ) (Mean 12.57, SD 4.66, Range 6-30)	27 (38.6)	43 (61.4)
ด้านประสบการณ์ที่เป็นความทรงจำ (คำถามจำนวน 5 ข้อ) (Mean 15.84, SD 4.76, Range 5-25)	41 (58.6)	29 (41.4)
ด้านความพึงพอใจต่อการดูแล (คำถามจำนวน 4ข้อ) (Mean 16.13, SD 2.90, Range 4-19)	60 (85.7)	10 (14.3)

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในไอซียูทางอายุรกรรมจำนวน 70 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 54.4 ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Atramont et al. (2019) ที่ พบว่าผู้ป่วยรอดชีวิตหลังภาวะวิกฤตเป็นวัยผู้ใหญ่มากกว่าวัยสูงอายุ และอัตราการรอดชีวิตยังมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรคที่เจ็บป่วยและสาเหตุของการเข้ารับการรักษาในไอซียู นอกจากนั้นผลการศึกษาครั้งนี้ยัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถูกส่งตัวมาจากห้องฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 44.3 อธิบายได้ว่าการเข้ารับการรักษาในไอซียูเป็นภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต เกิดขึ้นอย่างเร่งด่วน กระทันหัน และไม่ได้มีการวางแผนล่วงหน้ามาก่อน (Torheim & Kvangarsnes, 2014) เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยดังกล่าว ผู้ป่วยจึงถูกนำส่งที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล นอกจากนั้นแล้วกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในไอซียูมาก่อน ส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีความเครียดและความกดดันสูงกว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทั่วไป (Brame & Singer, 2010)

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังระบุอีกว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการใส่ท่อและเครื่องช่วยหายใจชนิด invasive สอดคล้องกับการศึกษาอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยในไอซียู ที่ระบุว่า ขณะอยู่ในไอซียูผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจชนิด invasive ของ (Atramont et al., 2019) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้ ระบุว่ารู้สึกตัวดี จดจำเรื่องราวในไอซียูได้ คิดเป็นร้อยละ 41.4 สอดคล้องกับการศึกษาของ Pattison, Gara, and Rattray (2015) ที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยในไอซียูระบบหัวใจและ พบว่า ผู้ป่วยจำนวนมากกว่าครึ่งสามารถจดจำเรื่องราวขณะอยู่ในไอซียูได้ดี อย่างไรก็ตามผลการศึกษาดังกล่าวแตกต่างจากการศึกษาของ Ariffin, Pinyokham, and Tachaudomdach (2018) ที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยวิกฤตขณะเข้ารับการรักษาในไอซียูโรงพยาบาลรัฐบาลและ พบว่า ผู้ป่วยจำนวนมากถึงร้อยละ 82.4 ไม่สามารถจดจำเรื่องราวระหว่างเข้ารับการรักษาได้ อธิบายได้ว่าระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยในไอซียูที่แตกต่างกัน อาจเป็นผลจากการได้รับยาแก้ปวดหรือยาที่ช่วยให้ร่างกายหลับในปริมาณที่แตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นระบุว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับยานอนหลับจำนวนถึงร้อยละ 74.6 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (Ariffin, Pinyokham, & Tachaudomdach, 2018) ในขณะที่ผลการศึกษาครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยานอนหลับระหว่างเข้ารับการรักษในไอซียูเพียงร้อยละ 52.4

ผลการศึกษาประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทางอายุรกรรมครั้งนี้สนับสนุนแนวคิด Timing It Right ซึ่งอธิบายว่าการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยวิกฤตตั้งแต่การเจ็บป่วยด้วยภาวะวิกฤตและเข้ารับการรักษาในไอซียู จนกระทั่งเข้าสู่การฟื้นฟูสภาพและย้ายออกจากไอซียูไปนั้น ผู้ป่วยต้องการการดูแลที่เฉพาะกับระยะของการเจ็บป่วย (Cameron & Gignac, 2008) ดังนั้นประสบการณ์ของผู้ป่วยระหว่างการเข้ารับการรักษาในไอซียูซึ่งเป็นระยะที่ 1 ของแนวคิดนี้ คือระยะการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตและเป็นสาเหตุของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดย พบว่า มีทั้งประสบการณ์ด้านบวกและประสบการณ์ด้านลบ การมีประสบการณ์ด้านบวกจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นหายได้เร็วขึ้น (Fredriksen & Ringsberg, 2007) ในขณะที่การมีประสบการณ์ด้านลบจะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะกดดันของจิตใจ เกิดความเครียดเฉียบพลัน (Jones, Humphris, & Griffiths, 2000) ส่งผลให้เกิดกลุ่มอาการหลังภาวะวิกฤต และการฟื้นหายช้าลง (Davidson et al., 2016) ดังนั้นการส่งเสริมประสบการณ์ด้านบวกสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในไอซียูทางอายุรกรรมจึงเป็นบทบาทสำคัญที่พยาบาลและบุคคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในไอซียูควรให้ความสนใจ

ประสบการณ์การได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในไอซียูทั้ง 4 ด้านประกอบด้วย **ด้านการตระหนักรู้ต่อสิ่งแวดล้อม** ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้อยู่ในระดับสูง และส่วนใหญ่ระบุว่ารู้สึกตัวดีอยู่เสมอขณะอยู่ในห้องไอซียู จดจำญาติที่มาเยี่ยมได้ รู้สึกว่าไอซียูเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Ariffin et al. (2018) ที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยในไอซียูรวมของโรงพยาบาลรัฐบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างในการวิจัยร้อยละ 50 มีความตระหนักรู้ต่อสิ่งแวดล้อมในระดับสูง และความตระหนักรู้เกี่ยวกับญาติหรือบุคคลในครอบครัวมากที่สุดถึงร้อยละ 83 นอกจากนั้นการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยระหว่างเข้ารับการรักษาระบุว่า ผู้ป่วยรู้สึกดีที่ญาติมาเยี่ยม โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่พวกเขาไม่รู้สึกตัว การมีญาติอยู่ด้วยจะรู้สึกปลอดภัย (Olsen et al., 2017) อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาอื่นที่ผลการศึกษาระบุว่าผู้ป่วยมีความตระหนักรู้ต่อสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับต่ำ โดยระบุว่าไม่มีความตระหนักรู้ต่อบุคคล สถานที่และเวลาและผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองนอนหลับเป็นส่วนมาก (Alasad, Abu Tabar, & Ahmad, 2015) นอกจากนั้นแล้วยัง พบว่า

ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 35 ที่จดจำเรื่องราวขณะเข้ารับการรักษาในไอซียูไม่ได้เลย (Soh et al., 2014) ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยช่วงภาวะวิกฤตในไอซียู จึงควรส่งเสริมให้ญาติได้เข้ามาเยี่ยม และมีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ รู้สึกปลอดภัย และเพิ่มการฟื้นหายจากโรคได้เร็วขึ้น (Kleinpell et al., 2019) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตจึงมีความสำคัญทั้งในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต และภายหลังที่ย้ายออกไปแล้ว อีกทั้งความมั่นใจดูแลของพยาบาลและบุคลากรสุขภาพที่ให้การดูแลจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยโดยเฉพาะระหว่างช่วงเวลาที่ไม่รู้สึกตัว (Olsen et al., 2017)

ด้านประสบการณ์ที่ทำให้ตื่นตระหนก

ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้อยู่ในระดับต่ำ โดยผู้ป่วยรู้สึกเป็นส่วนใหญ่ และรู้สึกเพียงบางครั้งว่าไม่ได้รับการช่วยเหลือ เป็นข้อคิดเห็นที่มีจำนวนมากที่สุด นอกจากนั้นมีผู้ป่วยบางส่วนที่รู้สึกเป็นส่วนใหญ่ว่าตนเองกำลังจะตาย ในขณะเดียวกันผลการศึกษาครั้งนี้ยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่รับรู้ประสบการณ์ที่ทำให้ตื่นตระหนกในระดับสูง โดยผู้ป่วยรู้สึกตลอดเวลาว่าไม่ได้รับการช่วยเหลือ รู้สึกตลอดเวลาว่าตนเองกำลังจะตาย รู้สึกกลัว เจ็บปวดและฝันร้ายตลอดเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaiweeradet et al. (2013) ที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่เครื่องช่วยหายใจในไอซียู ผลการวิจัยระบุว่าผู้ป่วยรู้สึกเหมือนคนกำลังจะตาย รู้สึกทรมานกับอาการเจ็บปวด และนอนไม่ได้เพราะใจมีแต่ความกลัว นอกจากนั้นผู้ป่วยวิกฤตในไอซียูระบุว่าประสบการณ์ที่มีผลกระทบกับจิตใจของพวกเขามากที่สุดคือความเจ็บปวด (Soh et al., 2014) ดังนั้น การประเมินความปวดและคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยในไอซียู ไม่ว่าจะเป็นการประเมินด้วยเครื่อง polysomnography หรือการประเมินด้วยแบบสอบถาม (Medrzycka-Dabrowskaet et al., 2018) รวมทั้งการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด หรือยานอนหลับโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในไอซียูควรให้ความสำคัญ นอกจากนั้น การหาวิธีที่จะพูดคุยและสื่อสารกับผู้ป่วยระหว่างการดูแลรักษา (Foa et al., 2016) ตลอดจนการพูดคุยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การให้กำลังใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและมั่นใจการดูแลรักษามากขึ้น นอกจากนั้น การดูแลรักษาแบบอื่นที่ไม่ต้องใช้ยา (non-phamaco therapy) และไม่ขัดกับแผนการรักษาของแพทย์ เช่นการจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ หรือการใช้กลิ่นหรือดนตรีบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสุขสบายมากขึ้น (Erdogan & Atik, 2017) รวมทั้งการดูแลให้ได้รับการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อและต้องการของผู้ป่วยอาจจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจเป็นการตอบสนองทางจิตวิญญาณ (Alasad et al., 2015) เพื่อให้ผู้ป่วยลดอาการตื่นตระหนกของจิตใจในช่วงภาวะวิกฤตของชีวิตลงได้

ด้านประสบการณ์ที่เป็นความทรงจำ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้อยู่ในระดับสูง โดยจดจำเรื่องราวขณะเข้ารับการรักษาในไอซียูได้ตลอดเวลา และจำได้ว่าเป็นช่วงเวลากลางวันหรือกลางคืน เป็นข้อคิดเห็นที่ระบุมากที่สุด ในขณะเดียวกันผลการศึกษายัง พบว่า มีผู้ป่วยเกือบครึ่งของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ที่มีประสบการณ์ที่เป็นความทรงจำอยู่ในระดับต่ำ โดยผู้ป่วยเหล่านี้จดจำเรื่องราวระหว่างเข้ารับการรักษาในไอซียูได้เพียงบางส่วน และเกือบตลอดเวลาไม่รู้เลยว่าเป็นช่วงเวลากลางวันหรือกลางคืน นอกจากนั้นผู้ป่วยยังรู้สึกว่าตนเองนอนหลับมากเกินไปอีกด้วย ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Pattison et al. (2015) ที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยวิกฤตระบบหัวใจ พบว่า ระหว่างที่เข้ารับการรักษาในไอซียูระบบหัวใจพวกเขาไม่รู้เลยว่าเป็นกลางวันหรือ

กลางคืนถึงร้อยละ 42.9 และผู้ป่วยที่รู้สึกว่าความทรงจำช่วงเวลานั้นมันเลือนลางมีจำนวนมากถึงร้อยละ 35.1 นอกจากนั้นการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในไอซียู ผู้ป่วยระบุว่ารู้สึกเหมือนล่องลอยอยู่ระหว่างความจริงกับความฝัน และไม่แน่ใจว่าเรื่องราวที่จำได้นั้นอันไหนคือความจริงและอันไหนคือความรู้สึกหลอน (Olsen et al., 2017) ผลการศึกษาดังกล่าวยังระบุอีกว่าความทรงจำไม่ได้มีเพียงแค่การฝันร้ายเท่านั้น แต่ยังคงฝันเห็นนักดนตรีที่มีชื่อเสียง ซึ่งถือว่าเป็นความรู้สึกด้านบวกที่เกิดขึ้น

ประสบการณ์ที่เป็นความทรงจำของผู้ป่วยในไอซียู พบว่า มีความหลากหลาย โดยพบผลการศึกษาที่ผ่านมาที่มีการระบุว่า มีทั้งผู้ป่วยที่จดจำเรื่องราวได้ดีเป็นส่วนใหญ่ (Alasad et al., 2015) และผู้ป่วยที่จำเรื่องราวและเหตุการณ์ในระหว่างภาวะวิกฤตได้น้อยหรือไม่ได้เลย (Ariffin et al., 2018; Pattison et al., 2015) ซึ่งความแตกต่างนี้เป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลผู้ซึ่งให้การดูแลอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลาต้องใช้ความสามารถในการประเมินและเข้าใจความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยแต่ละคน และเน้นการดูแลที่ให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยจะต้องมีการประเมินบริบทหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยด้วย (Esmaeili, Cheraghi, & Salsali, 2017) นอกจากนั้น ควรมีการตระหนักและให้ความสำคัญกับการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยในภาวะวิกฤต (advocacy) (Peerakavee & Udchumpisai, 2020) เนื่องจากผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถตัดสินใจได้เอง อีกทั้งการดูแลทางด้านจิตใจให้กับผู้ป่วย เพื่อลดความเครียด และส่งเสริมให้มีการฟื้นหายและเพื่อให้ผู้ป่วยมีช่วงเวลาของความทรงจำที่ดี ลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นทั้งต่อร่างกายและจิตใจ ระหว่างที่เข้ารับการรักษาในไอซียู ไม่ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกตัว หรือไม่ก็ตาม (Wade et al., 2018)

ด้านความพึงพอใจต่อการดูแล

การศึกษาในครั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการดูแลระหว่างอยู่ในไอซียูทางอายุรกรรมอยู่ในระดับสูง โดยความเห็นส่วนใหญ่ระบุว่าได้รับการบริการดีอยู่แล้ว และไม่มีเสียงดังรบกวน อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 42.9) รับรู้ว่าขณะเข้ารับการรักษาในไอซียูมีเสียงดังรบกวนเล็กน้อย และจำนวนร้อยละ 50.0 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดรู้สึกว่ามีการถูกรบกวนอย่างต่อเนื่องเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษา ของ Ariffin et al. (2018) ที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยในไอซียูโรงพยาบาลของรัฐบาลและพบว่า ผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 43.0 มีความพึงพอใจในระดับสูงต่อการดูแลที่ได้รับและระบุว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในไอซียูใจดี ให้การดูแลที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและไว้ใจในการดูแลของพยาบาล และรู้สึกขอบคุณที่ได้ช่วยให้มีชีวิตรอดออกมาได้ (Olsen et al., 2017) นอกจากนั้นการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยวิกฤตระบบหัวใจและวิกฤตทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกมีประสบการณ์ด้านบวกกับการเข้ารับการรักษาในไอซียู (Pattison et al., 2015) และการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในไอซียู พบว่า ผู้ป่วยจะรู้สึกปลอดภัยเมื่อมีเจ้าหน้าที่อยู่ด้วยจำนวนมากถึงร้อยละ 70 แม้ว่าเป็นเป็นช่วงเวลาเจ็บป่วยวิกฤตอยู่ในไอซียูก็ตาม (Rattray et al., 2004) การศึกษาของ Chaiweeradet et al. (2013) ที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยระหว่างที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ พบว่า แม้จะรู้สึกกลัวการเข้ารับการรักษาในไอซียู แต่ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจต่อการดูแลของพยาบาลตั้งแต่การทำกิจวัตรประจำวัน การพูดคุย หยอกล้อ และทักทายผู้ป่วย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายความเครียดและความกลัว นอกจากนั้นยังรู้สึกปลอดภัยเมื่ออยู่ท่ามกลางพยาบาลที่ดูแลเอาใจใส่เขาเป็นอย่างดี (Chaiweeradet etal., 2013) ดังนั้นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการพยาบาลด้วยความเข้าใจ

เอื้ออาทร และใส่ใจความรู้สึกของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่พยาบาลควรทำควบคู่ไปกับการดูแลช่วงภาวะวิกฤตของชีวิตผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมประสบการณ์ด้านบวกระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในไอซียู

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาสามารถนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในไอซียูทางอายุรกรรม เพื่อให้พยาบาลให้การดูแลได้อย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม

2. ผลการศึกษาที่ระบุลักษณะประสบการณ์ที่ทำให้ตื่นตระหนก สามารถนำไปพัฒนากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในไอซียูอายุรกรรม เพื่อลดประสบการณ์ด้านลบ เช่นการผูกยึด และส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจต่อการพยาบาลมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

Alasad, J. A., Abu Tabar, N., & Ahmad, M.M. (2015). *Patients' experience of being in intensive careunits*. Journal of Critical Care, 30(4), 859.e7-859.e11.

Ariffin, S. M., Pinyokham, N., & Tachaudomdach, C. (2018). *Intensive care experience among intensive care unit survivors*. Nursing Journal, 45(4), 181-191.

Atramont, A., et al. (2019). *"Association of Age With Short-term and Long-term Mortality Among patients discharged from intensive care units in France*." JAMA Network Open, 2(5), e193215-e193215.

Brame, A. L., & Singer, M. (2010). *Stressing the obvious? An allostatic look at critical illness*. Critical care medicine, 38(10 Suppl), S600–S607. https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181f23e92

Brinkman, S., Abu-Hanna, A., de Jonge, E., & de Keizer, N. F. (2013). *Prediction of long-term mortality in ICU patients: model validation and assessing the effect of using in-hospital versus long-term mortality on benchmarking.* Intensive Care Medicine, 39(11), 1925-1931. doi:10.1007/s00134-013-3042-5

Brislin, R. W., Lonner, W. J., & Thorndike, R. M. (1973). *Cross-cultural research methods*. New York: John Wiley & Sons.

Cameron, J. I., & Gignac, M. A. (2008). *"Timing It Right": a conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home*. Patient Education and Counseling, 70(3), 305-314. doi:10.1016/j.pec.2007.10.020

Chaiweeradet, M., Ua-Kit, N., & Oumtanee, A. (2013). *Experiences of being an adult patient receiving mechanical ventilator*. Boromrajonani College of Nursing Songkhla Journal, 33(2), 31-46.

Creswell, J. W, & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed-methods research (3rd ed.)*. California: Sage.

Cuthbertson, B. H, Roughton S, Jenkinson D, & MacLennan G, Vale G. (2010). *Quality of life in the five years after intensive care: A cohortstudy*. Critical Care, 14, 1-12.

Czerwonka, A. I., Herridge, M. S., Chan, L., Chu, L. M., Matte, A., & Cameron, J. I. (2015). *Changing support needs of survivors of complex critical illness and their family caregivers across the care continuum: a qualitative pilot study of towards recover*. Journal of Critical Care, 30(2), 242-249. doi:10.1016/j.jcrc.2014.10.017

Davidson, J. E., & Harvey, M. A. (2016). *Patient and family post-Intensive care syndrome.* American Advanced Critical Care Nursing, 27(2), 184-186. doi:10.4037/aacnacc2016132

Desai, S. V., Law, T. J., & Needham, D. M. (2011). *Long-term complications of critical care*. Critical Care Medicine, 39(2), 371-379. doi:10.1097/CCM.0b013e3181fd66e5

Dexheimer Neto, F. L., Rosa, R. G., Duso, B. A., Haas, J. S., Savi, A., Cabral, C., . . . Teixeira, C. (2016). *Public versus private healthcare systems following discharge from the ICU: A propensity score-Matched comparison of outcomes. BioMed Research International, 2016 Mar 30*. 1-8. doi: 10.1155/2016/6568531

Erdogan, Z., & Atik, D. (2017). *Complementary health approaches used in the intensive care unit.* Holistic Nursing Practice, 31, 325-342. doi: 10.1097/HNP.0000000000000227

Esmaeili, M., Cheraghi, M.A., & Salsali, M. (2017). *Explaining the context of patient-center care in critical care unit*. Journal of Holistic Nursing and Midwifery, 27(3), 17-26.

Foa, C., Cavalli, L., Maltoni, A., Tosello, N., Sangilles, C., Maron, I., . . . Artioli, G. (2016). *Communications and relationships between patient and nurse in Intensive Care Unit: Knowledge, knowledge of the work, knowledge of the emotional state*. ACTA BIOMEDICA for Health Professions, 87(suppl), 71-82.

Fredriksen, S.T.D., & Ringsberg, K.C. (2007). *Living the situation stress experience among intensive care patients*. Intensive and Critical Care Nursing, 23(3), 124 – 131.

Hashem, M. D., Nallagangula, A., Nalamalapu, S., Nunna, K., Nausran, U., Robinson, K. A., . . . Eakin, M. N. (2016). *Patient outcomes after critical illness: a systematic review of qualitative studies following hospital discharge*. Critical Care, 20(1), 345. doi:10.1186/s13054-016-1516-x

Hatprakob, P, & Surit, P. (2013). *Experience of elderly who depend on mechanical ventilation in surgical ICU, tertery care hospital*. (2013). Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division, 31(4), 70-79.

Huang, M., Parker, A. M., Bienvenu, O. J., Dinglas, V. D., Colantuoni, E., Hopkins, R. O., & Needham, D. M. (2016). *Psychiatric symptoms in acute respiratory distress syndrome survivors: A 1-Year national multicenter study*. Critical Care Medicine, 44(5), 954-965. doi:10.1097/ccm.0000000000001621

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*. Lancet Respiratory Medicine, 2(5), 369-379. doi:10.1016/s2213-2600(14)70051-7

Jezierska, N. (2014). Psychological reactions in family members of patients hospitalised in intensive care units. Anaesthesiology Intensive Therapy, 46(1), 42-45. doi:10.5603/ait.2014.0009

Jones, C., Humphris, G., & Griffiths, R. D. (2000). *Preliminary validation of the ICUM tool: A tool for assessing memory of the intensive care experience*. Clinical Intensive Care, 11(5), 251-255.

Kaukonen, K. M., Bailey, M., Suzuki, S., Pilcher, D., & Bellomo, R. (2014). *Mortality related to severe sepsis and septic shock among critically ill patients in Australia and New Zealand, 2000-2012*. Journal of the American Medical Association, 311(13), 1308-1316. doi:10.1001/jama.2014.2637

Kleinpell, R., Zimmerman, J., Vermoch, K. L., Harmon, L. A., Vondracek, H., Hamilton, R., . . . Hwang, D. Y. (2019). Promoting family engagement in the ICU: Experience from a national collaborative of 63 ICUs. Critical Care Medicine, 47(12). 1692-1698.

Kluge, G. H., Brinkman, S., van Berkel, G., van der Hoeven, J., Jacobs, C., Snel, Y. E., . . . Boon, E. S. (2015). *The association between ICU level of care and mortality in the Netherlands*. Intensive Care Medicine, 41(2), 304-311. doi:10.1007/s00134-014-3620-1

Linder, A., Guh, D., Boyd, J. H., Walley, K. R., Anis, A. H., & Russell, J. A. (2014). *Long-term (10 -year) mortality of younger previously healthy patients with severe sepsis/septic shock is worse than that of patients with nonseptic critical illness and of the general population*. Critical Care Medicine, 42(10), 2211-2218. doi:10.1097/ccm.0000000000000503

Luangasanatip, 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(5), R219. doi:10.1186/cc13036

Medrzycka-Dabrowska, W., Lewandowska, K., Kwiecien-Jagus, K., & Czyz-Szypenbajl, K. (2018). *Sleep deprivation in intensive care unit - systematic review*. Open Medicine (Warsaw, Poland), 13, 384–393. Retrived August 2 2020, from https://doi.org/10.1515/med-2018-0057

Mehlhorn, J., Freytag, A., Schmidt, K., Brunkhorst, F. M., Graf, J., Troitzsch, U., . . . Gensichen, J. (2014). *Rehabilitation interventions for postintensive care syndrome: A systematic review*. Critical Care Medicine, 42(5), 1263-1271. doi:10.1097/ccm.0000000000000148

Molina, J. A., Seow, E., Heng, B. H., Chong, W. F., & Ho, B. (2014). *Outcomes of direct and indirect medical intensive care unit admissions from the emergency department of an acute care hospital: a retrospective cohort study*. British Medical Journal Open, 4(11), e005553. doi:10.1136/bmjopen-2014-005553

Olsen, K. D., Nester, M., & Hansen, B. S. (2017). *Evaluating the past to improve the future - A qualitative study of ICU patients' experiences*. Intensive and Critical Care Nursing, 43, 61-67. doi:10.1016/j.iccn.2017.06.008

Pattison, N, Gara, O. G, & Rattray, J. (2015). *After critical care: Patient support after critical care*. A mixed method longitudinal study using email interviews and questionnaires. Intensive and Critical Care Nursing, 31, 213-222.

Peerakavee, N., & Udchumpisai, M. (2020). *Decision making experiences of critical care nurses during transition from advanced life support to end-of-life care: Hermeneutic phenomenology*. Journal of Nursing Science & Health, 43(2), 13-24.

Prescott, H. C., Langa, K. M., & Iwashyna, T. J. (2015). *Readmission diagnoses after hospitalization for severe sepsis and other acute medical conditions*. Journal of the American Medical Association, 313(10), 1055-1057. doi:10.1001/jama.2015.1410

Prescott, P. A. (1987). *Multiple regression analysis with small samples: Cautions and suggestions*. Nursing Research, 36(2), 130–133. https://doi.org/10.1097/00006199-198703000-00015

Rattray, J. E., Johnston, M., & Wildsmith, J. A. W. (2004). *The intensive care experience: Development of the ICE questionnaire*. Journal of Advanced Nursing, 47(1), 64-73. Retrieved January, 9 2019, from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15186469

Rovatti, K. B., Teodoro, M., & Kern de Castro, E. (2012). *Memories and prevalence of posttraumatic stress disorder in intensive care units*. Psicologia: Reflexao e Critica, 25(3), 499-505. doi:10.1590/S0102-79722012000300009

Ruhl, A. P., Huang, M., Colantuoni, E., Karmarkar, T., Dinglas, V. D., Hopkins, R. O., & Needham, D. M. (2017). *Healthcare utilization and costs in ARDS survivors: a 1-year longitudinal national US multicenter study*. Intensive Care Medicine, 43(7), 980-991. doi:10.1007/s00134-017-4827-8

Rydingsward, J. E., Horkan, C. M., Mogensen, K. M., Quraishi, S. A., Amrein, K., & Christopher, K. B. (2016). *Functional status in ICU survivors and out of hospital outcomes: A cohort study*. Critical Care Medicine, 44(5), 869-879. doi:10.1097/ccm.0000000000001627

Schreier, M. (2012). *Qualitative content analysis in practice*. London: Sage.

Society of Critical Care Medicine. (2018). Critical care statistics. . Retrieved October, 18 2018, from http://sccm.org/Communications/Pages/CriticalCareStats.aspx

Soh, K.L, Soh, K.G., Noor Aini, I., & Nor Zehan, A., Salimah, J., Rosna, A.R. (2014). *Recalling ICU experiences: Patients' perspectives*. Middle-East Journal of Scientific Research 19 (Innovation Challenges in Multidisciplinary Research and Practice), 106-111.

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. doi:10.1111/nicc.12165

Torheim, H., & Kvangarsnes, M. (2014). *How do patients with exacerbated chronic obstructive pulmonary disease experience care in the intensive care unit?.* Scandinavian Journal of Caring Sciences, 28(4), 741–748. Retrived August 6 2020, from https://doi.org/10.1111/scs.12106

Wade, D., Als, N., Bell, V., Brewin, C., D'Antoni, D., Harrison, D. A., . . . Rowan, K. M. (2018). *Providing psychological support to people in intensive care: Development and feasibility study of a nurse-led intervention to prevent acute stress and long-term morbidity.* British Medical Journal Open, 8(7), 1-12. doi: 10.1136/bmjopen-2017-021083

Wolters, A. E., Slooter, A. J., van der Kooi, A. W., & van Dijk, D. (2013). *Cognitive impairment after intensive care unit admission: A systematic review*. Intensive Care Medicine, 39(3), 376-386. doi:10.1007/s00134-012-2784-9