ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

กฤษณา ปะสาวะเท

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
มกราคม 2561
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของ กฤษณา ปะสาวะเท ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ดร.เขมารดี มาสิงบุญ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ)

..... กรรมการ
(ดร.เขมารดี มาสิงบุญ)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
วันที่ 19 เดือน มกราคม พ.ศ. 2561

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และ ดร.เขมารดี มาสิงบุญ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียด ถี่ถ้วน และเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ตรวจแก้ไขและวิจารณ์ผลงาน ทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ รวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี หัวหน้าหอผู้ป่วยอารยุรกรรม ธท 1 โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ รวมถึงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวมรวมข้อมูล จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ขอขอบพระคุณ คุณการัณฑ์รัตน์ ประยูรศิริศักดิ์ พยาบาลประสานงานทางคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชันแนล ที่คอยให้ความช่วยเหลือและให้คำแนะนำในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ โดยข้อมูลที่ได้รับนั้นเป็นสิ่งที่เป็นประโยชน์ และไม่สามารถประเมินราคาได้

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และกำลังใจในระหว่างการศึกษา จนสามารถบูรณาการความรู้มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณครอบครัว เพื่อน ๆ พี่ ๆ ที่ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจด้วยดีเสอมมา จนมาถึงวันที่วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยดี

กฤษณา ปะสาวะเท

57910054: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่: พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
คำสำคัญ: ความวิตกกังวล/ การย้ายออกจากหอผู้ป่วย/ ระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วย/ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย/ การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์/ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

กฤษณา ปะสาวะเท: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (FACTORS RELATED TO ANXIETY AMONG ACUTE ISCHEMIC STROKE PATIENTS TRANSFERRING OUT OF STROKE UNIT) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วัลภา คุณทรงเกียรติ, พย.ด., เขมารดี มาสิงบุญ, D.S.N. 101 หน้า. ปี พ.ศ. 2561.

ความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักมีความสำคัญต่อการฟื้นหายหลังจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาความวิตกกังวลจากการย้ายออก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 82 ราย คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจากผู้ป่วยที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา แบบสอบถามความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค และแบบสอบถามการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86, .93 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และค่าสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง (M = 76.59, SD = 8.27) การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความวิตกกังวลจากการย้ายอออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .343, p < .01) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วย การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (p > .05)

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การลดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยก่อนการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ถูกต้องและเพียงพอ รวมทั้งการวางแผนการย้ายออกอย่างเหมาะสมจะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

57910054: MAJOR: ADULT NURSING; M.N.S. (ADULT NURSING)
KEYWORDS: ANXIETY/ TRANSFERRING OUT FROM A PATIENT UNIT/ LENGTH OF STAY/ SEVERITY OF ILLNESS/ INFORAMTION AND EMOTIONAL SUPPORT/ ACUTE ISCHEMIC STROKE PATEINTS

KRITSANA PASAWATE: FACTORS RELATED TO ANXIETY AMONG ACUTE ISCHEMIC STROKE PATIENTS TRANSFERRING OUT OF STROKE UNIT. ADVISORY COMMITTEE: WANLAPA KUNSONGKEIT, Ph.D., KHEMARADEE MASINGBOON, D.S.N. 101 P. 2018.

Anxiety of transferring out of an intensive care unit among acute ischemic stroke patients is important for recovery after transferring out from that unit. This descriptive correlational study aimed to determine anxiety from transferring out and factors related to anxiety among acute ischemic stroke patients transferring out from a stroke unit. A simple random sampling was used to recruit a samples of 82 patients who were transferred out from a stroke unit. Research instruments consisted of a demographic questionnaire, a record form of illness history and treatment, the questionnaires of anxiety of transferring out of a stroke unit, perceived severity of illness, and the information and emotional supports. Their reliabilities were .86, .93 and .80, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficients.

The results showed that anxiety of the sample for transferring out from a stroke unit was at a moderate level (M = 76.59, SD = 8.27). Perceived severity of illness was positively moderately related to anxiety of transferring out from a stroke unit (r_s = .343, p < .01). However, length of stay and information and emotional supports were not related to anxiety of transferring out from a stroke unit (p > .05).

These findings indicate that reducing perceived severity of illness before transferring out from a stroke unit is important. Nurses should provide correct and adequate knowledge of the disease. In addition, appropriated discharge planning before transferring out could reduce anxiety among acute ischemic stroke patients transferring out from a stroke unit.

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

สารบัญ ..... ฉ

สารบัญตาราง ..... ซ

สารบัญภาพ ..... ฌ

บทที่

1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย 6

สมมติฐานของการวิจัย 6

กรอบแนวคิดในการวิจัย 7

ขอบเขตของการวิจัย 8

นิยามศัพท์เฉพาะ 9

2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 11

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน 11

หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 16

ความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน 21

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้าย 30

3 วิธีดำเนินการวิจัย 37

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 37

สถานที่ในการศึกษา 38

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 39

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย 42

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 44

การเก็บรวบรวมข้อมูล 45

การวิเคราะห์ข้อมูล 46

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย	48
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	48
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	56
สรุปผลการวิจัย	57
การอภิปรายผล	58
ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้	65
บรรณานุกรม	66
ภาคผนวก	75
ภาคผนวก ก	76
ภาคผนวก ข	79
ภาคผนวก ค	82
ภาคผนวก ง	86
ภาคผนวก จ	95
ภาคผนวก ฉ	97
ภาคผนวก ช	99
ประวัติย่อของผู้วิจัย	101

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน	49
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุดของข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา	50
3	จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	52
4	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย คำต่ำสุดและค่าสูงสุดของจำนวนชั่วโมงในการนอนในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	53
5	จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย	53
6	จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์	54
7	การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วย ความรุนแรงของความเจ็บป่วย สนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	55
8	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วย ความรุนแรงของความเจ็บป่วยและการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์	98

สารบัญภาพ

ภาพที่ หน้า

1 กรอบแนวคิดการวิจัย..... 8

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยอยู่ในระยะวิกฤตและการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ถือได้ว่าคุกคามและส่งผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยอย่างมาก เนื่องจากสมองเป็นอวัยวะที่ควบคุมระบบสั่งการต่าง ๆ ของร่างกาย เมื่อหลอดเลือดสมองได้รับบาดเจ็บย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ และในระยะเฉียบพลันนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักหรือแผนกผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ (Acute stroke unit หรือ Stroke unit) เพื่อจะได้รับการรักษาที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เพราะสามารถลดอัตราการตายและความพิการของผู้ป่วยได้ (นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), 2550; พรภัทร ธรรมสโรช และคณะ, 2558; สิริรัตน์ ลีลาจรัส และจริยา วิรุฬราช, 2550) จากภาวการณ์เจ็บป่วยดังกล่าวนี้ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันเกิดความวิตกกังวล ไม่ว่าจะเป็นความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย กลัวว่าตนเองจะไม่หายไม่สามารถกลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง หรือไม่สามารถกลับมาทำงานได้ กลัวการเป็นภาระ และเกิดความวิตกกังวลมากขึ้นไปอีกเมื่อต้องเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก (Brooke, 2013)

ความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ต้องเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย ซึ่งเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยทุกโรคที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก อาจมีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต การที่ไม่สามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ตามปกติด้วยตนเอง รวมไปถึงเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่อยู่ที่ตนคุ้นเคย (Lewis, Dirken, Heitkemper, Bucher, & Camera, 2012) การได้รับการดูแลจากบุคคลากรทางสุขภาพไม่ว่าจะเป็นการดูดเสมหะจากท่อช่วยหายใจ การได้รับการสวนปัสสาวะ การให้อาหารทางสายยางหรือทางหลอดเลือดดำ ล้วนทำให้ผู้ป่วยรับรู้และประเมินว่าถูกคุกคามด้านร่างกาย (Steven, Sharshar, & Ely, 2013) การต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ตนไม่คุ้นเคย ไม่ว่าจะเป็นการจำกัดเวลาเยี่ยม การเปิดไฟตลอดเวลา การที่ต้องติดอุปกรณ์และเครื่องมือต่าง ๆ เพื่อเฝ้าติดตามอาการ การต้องแยกจากครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รัก ล้วนเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยให้หอผู้ป่วยหนักเกิดความวิตกกังวล (Daniel & Nicoll, 2012) เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันต้องเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักสิ่งเหล่านี้รวมถึงสภาพการเจ็บป่วยจะยิ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลได้เช่นกัน (Brooke, 2013)

อย่างไรก็ตามเมื่อความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายนั้นทุเลาลง ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้น เริ่มคุ้นเคยในสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนักและบุคคลากรทางการแพทย์ เพราะเป็นบุคคลที่ทำให้

ตนเองหายจากการเจ็บป่วยที่รุนแรงจนทำให้ความวิตกกังวลนั้นลดลง พร้อมทั้งเมื่อสถานการณ์การเจ็บป่วยที่รุนแรงนั้นจบลง ผู้ป่วยมีความจำเป็นที่ต้องย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปยังหอผู้ป่วยทั่วไปจะนำมาซึ่งความวิตกกังวลของผู้ป่วยอีกครั้ง เพราะการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักนั้นหมายถึงว่า การเจ็บป่วยเหล่านั้นได้หายหรือเป็นปกติแล้ว แต่ในขณะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ ยิ่งเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันเกิดความวิตกกังวลมากขึ้น และเป็นความวิตกกังวลที่มีความสัมพันธ์กับการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก (Brooke, 2013)

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่มีความสัมพันธ์กับการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักเป็นความวิตกกังวลที่สัมพันธ์กับการย้ายจากสถานที่หนึ่งหรือสิ่งแวดล้อมหนึ่งไปยังสถานที่หนึ่งหรือสิ่งแวดล้อมหนึ่ง ซึ่งเรียกว่า Transfer anxity โดย Leith (1998) อธิบายเกี่ยวกับลักษณะของความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักที่สำคัญว่าเป็นความวิตกกังวล ความไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ ซึ่งอาจเกิดจากการรับรู้ทางด้านลบเกี่ยวกับการย้าย นอกจากนี้แล้วยังพบว่า ความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักนั้นเกิดจากการที่ผู้ป่วยรู้สึกเกิดความสูญเสียการดูแลอย่างใกล้ชิด และการที่ต้องย้ายจากสิ่งแวดล้อมที่รู้สึกว่าปลอดภัย ต้องแยกจากพยาบาลที่ไว้วางใจ และต้องแยกจากอุปกรณ์เฝ้าติดตาม (Bench & Day, 2010) โดยมีรายงานว่าผู้ป่วยที่จะย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักมีความวิตกกังวลก่อนย้ายถึงร้อยละ 30 (Zakerimoghadam, Ghyasvandian, Asayesh, & Jodaki, 2016) อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลจากการย้ายจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ รวมไปถึงผลกระทบทางด้านพฤติกรรม (Gustad, Chaboyer, & Wallis, 2008)

ผลกระทบจากความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักที่สำคัญ ได้แก่ ผลกระทบทางด้านร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Brooke, 2013; Carpenito, 2013) เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันมีภาวะวิตกกังวลจะทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น หัวใจเต้นผิดจังหวะ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ทำให้เลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้น มีผลต่อกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดทำให้เลือดที่ไหลผ่านต้องถูกบีบอย่างแรง เกิดอันตรายต่อเยื่อบุภายในหลอดเลือด และมีผลทำให้มีการหลั่งสารที่มีผลต่อการหดตัวของหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดหดตัวมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อหลอดเลือดทั่วร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองต้องทำงานมากขึ้น เกิดความผิดปกติบริเวณหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองจะทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดเส้นเลือดสมองตีบมากขึ้น เนื้อสมองขาดเลือดเพิ่มขึ้น (Progressive stroke) หรือเกิดภาวะสมองขาดเลือดตำแหน่งใหม่เพิ่มขึ้น (Wang & Vadan, 2005) เป็นผลให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงเพิ่มมากขึ้นหรือกลับมามีอาการกล้ามเนื้อ

อ่อนแรงอีกครั้ง ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ เช่น เกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล หงุดหงิด เกิดความรู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา รู้สึกโดดเดี่ยว (Strahan & Brown, 2005) ผลกระทบท้างด้านพฤติกรรม เช่น มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการนอน แสดงออกถึงความต้องการการพึ่งพาตลอดเวลา ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองน้อยลง (Carpenito, 2013; Cullinance & Plowright, 2013; Strahan & Brown, 2005) นอกจากนี้อาจทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยในระยะยาว โดยเฉพาะในระยะพักฟื้น ทำให้การฟื้นตัวช้าลงได้ (McKinney & Melby, 2002) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักที่สำคัญ เป็นปัจจัยด้านบุคคล ด้านอาการและสถานการณ์ และปัจจัยทางด้านสังคม (Brodsky-Israeli & DeKeyser-Ganz, 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดความวิตกกังวลจากการย้าย และมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายที่สำคัญ ได้แก่ การย้ายโดยไม่มีการเตรียมการ การขาดการสนับสนุนทางด้านข้อมูลและอารมณ์ และความรู้สึกไม่แน่นอนของความเจ็บป่วย (Leith, 1998) จากการศึกษาของ Gustad et al. (2008) พบว่า ระยะเวลาการนอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้าย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยทางด้านความรุนแรงของความเจ็บป่วย ประสบการณ์ด้านลบเกี่ยวกับการย้ายในอดีต การย้ายโดยไม่สมัครใจ การย้ายอย่างเฉียบพลันโดยไม่คาดคิด (Coyle, 2001; McKinney & Melby, 2002) และจากการศึกษาของ Brodsky-Israeli and DeKeyser-Ganz (2010) พบว่า ความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ (r = -.21, p < .05) และจำนวนวันที่นอนในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลจากการย้าย (r = .21, p < .05) ในขณะที่การศึกษาของ Jin-Hee, Moon-Sook, Youn-Jung, and Sun (2010) พบว่า ระยะเวลาการนอนรักษาในหอผู้ป่วยหนัก การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลที่แตกต่างกันระหว่างหอผู้ป่วยหนักกับหอผู้ป่วยทั่วไป ความพึงพอใจในกระบวนการย้าย และสถานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001)

สำหรับประเทศไทย จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักนั้น พบว่า มีการศึกษาของ นภาพร นุ่มมีชัย (2550) ที่ทำการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักของผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งทำการศึกษาหลังจากที่ผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปแล้ว 48 ชั่วโมง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก ได้แก่ ชนิดของการย้าย (Eta = .229, p < .05) ระยะเวลาที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (r = .28,

$p < .05$) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ($r = .414$, $p < .005$) ส่วนการสนับสนุนทางด้านข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักอย่างมีนัยสำคัญ ($r = -.276$, $p < .005$) ในขณะที่การสนับสนุนด้านอารมณ์และความรุนแรงของความเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งตรงกันข้ามกับการศึกษาของ รุ่งนภา ธนูชาญ (2558) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยหนักในการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต โดยทำการวัดความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตก่อนผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตประมาณ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง พบว่า ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลจากการย้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .313$, $p < .05$) และพบว่าระยะเวลาการนอนรักษาในหอผู้ป่วยหนักและชนิดของการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักที่ผ่านมาจะสังเกตเห็นได้ว่าเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์การย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักกับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก โดยศึกษาในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง (นภาพร นุ่มมีชัย, 2550; Green, 1996; Leith, 1999; Odell, 2000) จนกระทั่งถึง 1 ปี หลังจากที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปแล้ว (Bench & Day, 2010; McCairn & Jones, 2014; Strahan & Brown, 2005) ข้อมูลที่ได้อาจคลาดเคลื่อนเนื่องจากไม่ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความวิตกกังวลจากการย้ายที่เกิดขึ้น ณ เวลาที่ย้ายออกจริง เพราะผู้ป่วยอาจจำเหตุการณ์ในขณะที่ย้ายออกไม่ได้ ทำให้ไม่ได้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลการย้ายอย่างแท้จริง (Gustad et al., 2008) และส่วนมากเป็นการศึกษาที่นานมากแล้ว ซึ่งบริบทต่าง ๆ แตกต่างกับสถานการณ์ปัจจุบันมาก รวมไปถึงแนวทางการดูแลและรักษาผู้ป่วย จึงอาจเป็นข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยมาใช้ในปัจจุบัน ส่วนผลการศึกษาที่ได้จากการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักนั้น ระดับความสัมพันธ์ที่ได้ยังอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลางและยังมีความขัดแย้งในตัวแปรบางตัวแปร นอกจากนี้แล้วยังพบว่าการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักนั้นเป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจและศึกษาในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมรวมทุกโรคเป็นส่วนมาก (Brooke, 2013) ผลการศึกษาที่ได้นั้นอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยหนักโรคอื่น ๆ ได้ ซึ่งผู้ป่วยหนักโรคอื่น ๆ นั้นอาจมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลทำให้เกิดความวิตกกังวลจากการย้ายที่แตกต่างกันออกไป

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม อันได้แก่ ระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วย ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ นำมาหาความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองในผู้ป่วยโรคหลอเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน โดยมีข้อมูลสนับสนุนในการเลือกปัจจัยต่าง ๆ มาศึกษาดังนี้

ระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยหนักในที่นี้คือ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ถ้าระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยยาวนานมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยไว้วางใจพยาบาลและการดูแลที่ได้รับ มีคนคอยดูแล ทำกิจกรรมต่างๆ ให้ คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยเมื่อจะมีการย้ายจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมใหม่ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ใหม่ในหอผู้ป่วยที่จะย้ายไป เกิดความวิตกกังวลถึงการดูแลที่จะได้รับจากหอผู้ป่วยทั่วไป พร้อมทั้งนึกถึงความปลอดภัยของตนว่ามีความปลอดภัยแล้วหรือยังที่จะย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก (นภาพร นุ่มมีชัย, 2550; Brodsky-Israeli & DeKeyser-Ganz, 2010; Jin-Hee et al., 2010) ยิ่งมีระยะเวลาการนอนที่ยาวนานมากขึ้น ยิ่งทำให้ความวิตกกังวลจากการย้ายนั้นสูงขึ้น

ความรุนแรงของความเจ็บป่วย เป็นความรุนแรงตามการรับรู้ของตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นและเพิ่มการรับรู้ว่าการย้ายเป็นความวิตกกังวล ถ้าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันมีการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยว่าการเจ็บป่วยของตนนั้นมีความรุนแรงมาก ยิ่งจะเพิ่มความวิตกกังวลมากขึ้นเมื่อรู้ว่าตนเองจะต้องย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป (Brooke, 2013; Carpenito, 2013) และความวิตกกังวลจากการย้ายเกิดขึ้นได้เมื่อผู้ป่วยถูกเตรียมตัวได้ไม่ดีสำหรับการย้ายออก ซึ่งผู้ป่วยยังรู้สึกว่าตนเองยังมีอาการหนักและมีความคาดหวังว่าตนเองจะได้รับการดูแลเช่นเดียวกับหอผู้ป่วยหนัก (Leith, 1998) เพราะคิดว่าการเจ็บป่วยของตนนั้นรุนแรงกว่าผู้ป่วยโรคอื่น ๆ จากการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองและสื่อสารให้คนอื่นเข้าใจได้เมื่อผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลในการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น แล้วยิ่งรู้ว่าจะต้องมีการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปหอผู้ป่วยทั่วไปซึ่งจะต้องอยู่กับญาติหรือผู้ดูแล และลักษณะการพยาบาลในหอผู้ป่วยทั่วไปนั้นพยาบาลจะต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยหลายราย อาจให้การดูแลผู้ป่วยไม่ทั่วถึง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดมีความวิตกกังวลจากการย้ายมากกว่าผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ได้ เพราะกลัวว่าจะไม่ปลอดภัยเนื่องจากไม่มีคนค่อยดูแลอย่างใกล้ชิดเหมือนอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก และโรคที่ตนเป็นอยู่ยังไม่หายขาด (Brooke, 2013)

การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางด้านสังคม เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ความรักใคร่ ห่วงใย ความไว้วางใจ การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนให้ข้อมูลป้อนกลับ ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินสถานการณ์เพื่อการปรับตัว (House, 1981) ความวิตกกังวลจากการย้ายเกิดจากการที่บุคคลไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการย้ายหรือได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการย้ายที่น้อยมากหรือได้ไม่ครบถ้วน (Brooke, Hasan, Slark, & Sharma, 2012; Leith, 1998) การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลไม่ว่าจะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

และข้อมูลเกี่ยวกับหอผู้ป่วยที่จะย้ายไปทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนมีผลทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการย้ายตามมา (Leith, 1998; 1999) นอกจากนี้แล้วยังทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบ คือมีความรู้สึกว่าถูกทอดทิ้งอย่างทันทีทันใด ความรู้สึกไม่มั่นใจและขาดความช่วยเหลือ มีความรู้สึกว่าตนเองไม่สำคัญ ซึ่งอาการเหล่านี้ล้วนเกิดจากการขาดการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลจากการย้ายตามมาได้เช่นกัน (Chaboyer, Kenall, Kendall, & Foster, 2005)

จากผลการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วย ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วย ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

สมมติฐานของการวิจัย

1. ระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน
2. ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

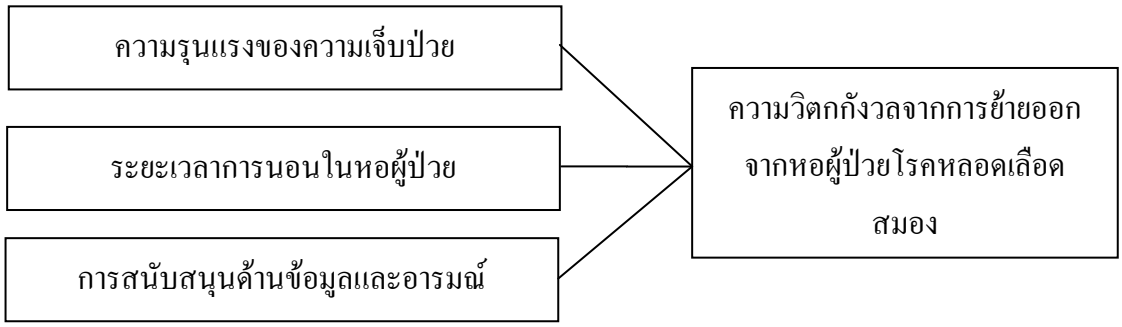
การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดความวิตกกังวลจากการย้ายของ Leith (1998) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความวิตกกังวลจากการย้ายเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่ง Leith (1998) ได้ทบทวนวรรณกรรมและสังเคราะห์งานวิจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับความวิตกกังวลจากการย้าย โดยได้กล่าวว่า ความวิตกกังวลจากการย้ายเป็นความวิตกกังวลที่มีความสัมพันธ์กับการย้ายออกจากหอผู้ป่วยเกิดขึ้นกับบุคคลเมื่อมีการย้ายจากสถานที่หนึ่งหรือสิ่งแวดล้อมหนึ่งไปอีกสถานที่หนึ่งหรือสิ่งแวดล้อมหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยทฤษฎีอีก 3 ทฤษฎี ที่มาสนับสนุนและอธิบายความวิตกกังวลจากการย้ายในผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ ทฤษฎีความวิตกกังวลจากการแยกจาก (Separation anxiety theory) ทฤษฎีความเครียดและการจัดการกับความเครียด (Stress, appraisal and coping theory) และทฤษฎีความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Uncertainty in illness theory)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปยังหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ จากลักษณะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันเป็นการเจ็บป่วยที่วิกฤตและรุนแรง เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างทันทีทันใด เพื่อประสิทธิภาพในการรักษาจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักหรือหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่ออาการคงที่แล้วผู้ป่วยต้องมีการย้ายไปอยู่หอผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประเมินว่าการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้าย อันเนื่องมาจากการขาดความรู้ ความไม่เพียงพอ การให้ความรู้ที่ไม่ถูกต้อง ถูกเวลาหรือความใส่ใจในการเตรียมย้ายไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสม เกิดขึ้นเมื่อต้องมีการย้ายอย่างฉับพลัน ไม่มีการเตรียมการทำให้เกิดการรับรู้ว่าการย้ายเป็นการคุกคามต่อความปลอดภัย เกิดเป็นความวิตกกังวลที่สัมพันธ์กับการแยกจาก อันเนื่องจากเกิดการแยกจากคนที่ตนให้ความไว้วางใจคือพยาบาลและสิ่งแวดล้อมที่ตนรู้สึกว่าปลอดภัยในหอผู้ป่วยหนัก จากเหตุผลนี้ทำให้เกิดอาการแสดงของความวิตกกังวล (Coyle, 2001) และในขณะเดียวกัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันประเมินว่าการเจ็บป่วยของตนนั้นรุนแรงมาก มีอาการหนัก ต้องการการได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด การประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคนั้นจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับประสบการณ์ การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสม รวมไปถึงการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์จากบุคคลากรทางสุขภาพ และสมาชิกในครอบครัว (นภาพร นุ่มมีชัย, 2550, Brooke, 2013)

นอกจากนี้แล้วการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลหรือได้รับไม่เพียงพอเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อต้องย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก ลักษณะหอผู้ป่วยทั่วไป และการดูแลที่จะได้รับเมื่อไปอยู่หอผู้ป่วยทั่วไปจากแพทย์ พยาบาล รวมไปถึงความช่วยเหลือ ความเอาใจใส่ คอยเป็นกำลังใจจากการญาติ

ครอบครัว ผู้ดูแลและจากบุคลากรทางสุขภาพ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับตนเกิดความวิตกกังวลจากการย้ายตามมา ล้วนเกิดจากการไม่ได้รับการสนับสนุนทางด้านข้อมูลและอารมณ์อย่างเพียงพอ ซึ่งเป็นปัจจัยที่จะเป็นตัวช่วยในการลดความวิตกกังวลอันเกิดจากความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ (นภาพร นุ่มมีชัย, 2550; Brodsky-Israeli & DeKeyser-Ganz, 2010; Leith, 1998) การนอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักเป็นระยะเวลานอนทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้ใจ และคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมและพยาบาลที่ให้การดูแล เพราะทำให้ตนหายจากอาการเจ็บป่วย เมื่อจะมีการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมใหม่ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ใหม่ในหอผู้ป่วยทั่วไป และเกิดความวิตกกังวลถึงการดูแลที่จะได้รับจากหอผู้ป่วยทั่วไป พร้อมทั้งนึกถึงความปลอดภัยของตนว่ามีความปลอดภัยแล้วหรือยังที่จะย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก (นภาพร นุ่มมีชัย, 2550; Brodsky-Israeli & DeKeyser-Ganz, 2010; Jin-Hee et al., 2010)

ดังนั้นผู้วิจัยคิดว่าปัจจัยเหล่านี้อันได้แก่ ระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วย ความรุนแรงของความเจ็บป่วยและการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้จึงแสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันชนิดตีบหรืออุดตันและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว ที่เข้ารับการรักษา

ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 82 ราย

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันชนิดตีบหรืออุดตันและโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว

ความวิตกกังวลจากการย้าย หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันเมื่อรู้ว่าจะมีการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปยังหอผู้ป่วยอายุรกรรม ประเมินโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลจากการจำหน่ายจากหอบำบัดวิกฤตของ ณัฐิดา บุญมี (2556)

ความรุนแรงของความเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้หรือความรู้สึกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของอาการของตน ประเมินโดยให้ใช้แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันของ ตวงทิพย์ บินไทยสงค์ (2555)

ระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยหนัก หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันนอนรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนที่จะมีการย้ายออกไปยังหอผู้ป่วยอารยุรกรรมนับเป็นชั่วโมง โดยนับตั้งแต่เวลาที่ผู้ป่วยเข้ามานอนรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจนถึงเวลาย้ายออกไปยังหอผู้ป่วยอายุรกรรม

การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันถึงการได้รับความช่วยเหลือ สนับสนุนในด้านข้อมูลและอารมณ์จากบุคคลรอบข้าง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล สมาชิกในครอบรัว และญาติที่ดูแล ประกอบไปด้วย

การสนับสนุนด้านข้อมูล หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันรับรู้ถึงการได้รับข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง เช่น แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัว ลักษณะทางพยาธิสภาพของโรค ความก้าวหน้าของโรค ลักษณะของหอผู้ป่วยที่จะย้ายไป ลักษณะการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยที่จะย้ายไป รวมทั้งคำแนะนำต่าง ๆ ในการปฏิบัติตัวเมื่อย้ายออกไปอยู่หอผู้ป่วยทั่วไป

การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันรับรู้ถึงการได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การระบายความคับข้องใจต่าง ๆ จากทั้งแพทย์ พยาบาล สมาชิกในครอบครัว และญาติที่ดูแลผู้ป่วย

ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกของ สายนาท พลไชโย (2543)

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและมีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยครอบคลุมเนื้อหา ดังต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน
2. หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. ความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้าย

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

ความหมายและประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) หรือทางการแพทย์เรียกว่า Stroke เป็นความผิดปกติของระบบประสาทเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของการไหลเวียนของเลือดภายในสมอง โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ซึ่ง World Health Organization [WHO] (2011) ได้กำหนดคำนิยามของโรคหลอดเลือดสมองไว้ว่าคือ กลุ่มอาการทางคลินิกที่ประกอบด้วยลักษณะของอาการทางระบบประสาทบกพร่องที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงนานกว่า 24 ชั่วโมง ซึ่งสามารถแบ่งประเภทตามลักษณะพยาธิสรีรวิทยาออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ โรคที่เกิดจากสมองขาดเลือดเฉียบพลันจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และโรคที่เกิดจากสมองขาดเลือดจากการมีเลือดออก (สิริรัตน์ ลีลาจรัส และจริยา วิรุฬราช, 2550) ซึ่งในการศึกษานี้จะขอกล่าวเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันชนิดตีบหรืออุดตันเท่านั้น

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันชนิดตีบหรืออุดตัน สามารถแบ่งประเภทตามพยาธิสภาพ ได้ 2 ลักษณะ คือ การมีความผิดปกติของหลอดเลือดหรือหลอดเลือดแข็งที่เรียกว่า Atherosclerosis และการมีลิ่มเลือดหลุดจากที่อื่นมาอุดตันหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในผู้ที่มีโรคหัวใจบางชนิด ซึ่งจะทำให้เกิดการตีบแคบและอุดตันหลอดเลือดที่ส่งเลือดไปเลี้ยงสมองทำให้สมองเกิดการขาดเลือด ส่งผลให้สมองส่วนนั้นไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ อาการทางสมอง

ขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือด (นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), 2550; พรภัทร ธรรมสโรช, 2555; สิริรัตน์ ลีลาจรัส และจริยา วิรุฬราช, 2550)

พยาธิสภาพการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

เมื่อหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันจะทำให้สมองส่วนนั้น ๆ ขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้เซลล์ประสาทไม่สามารถสร้างพลังงานไปใช้ได้ มีผลเกิด Failure of ionic pump เกิด Oxygen free radicals mitochondrial injury กระตุ้นเม็ดเลือดขาวและทำให้เกิดการคั่งของไอออน Calcium sodium และ Chloride ในเซลล์ประสาท ซึ่งจะไปกระตุ้นการทำงานของเอนไซม์ Phospholipase และ Protease ทำให้ดีเอ็นเอ (DNA deoxyribonucleic acid) และโครงสร้างของเซลล์เสียหาย การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดทางกล้องจุลทรรศน์จะพบภายใน 6 ชั่วโมงหลังขาดเลือด โดยเซลล์ประสาทจะบวมขึ้นในช่วงแรก ร่วมกับพบการบวมของเซลล์และแตกออกของ Actrocytes พบเนื้อเยื่อของบุโพรงหลอดเลือดบวม (Endothelia swelling) มีเซลล์ Neutrophils เข้ามาบริเวณที่ขาดเลือดและเพิ่มจำนวนมากขึ้น เซลล์ Microglia เพิ่มจำนวนและเก็บกินปลอกประสาท (Myelin) ที่เสียหาย เกิดเป็น Foamy macrophages ในระยะต่อมาจะพบการสร้างหลอดเลือดฝอยใหม่ (Neovascularization) ในสมองส่วนที่ตายจะค่อย ๆ ถูกดูดซึมกลับเป็นโพรง (Cavity) ที่ล้อมรอบด้วยส่วนของ Glial และ Fibrovascular tissue โดยปกติสมองมีเลือดไปเลี้ยงประมาณ 50-55 มิลลิลิตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที ถ้ามีเลือดไปเลี้ยงน้อยลง คือ 18 มิลลิลิตรต่อเนื้อสมอง 100 กรัมต่อนาที เซลล์ประสาทจะไม่ทำงาน หรือสมองจะมี Electrical failure (Inhibition of electrical excitability ของเซลล์ประสาท) แต่ยังสามารถฟื้นตัวได้ถ้าได้รับเลือดมาเลี้ยงทันเวลา (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555; Davis & Lockhart, 2016).

บริเวณของเนื้อเยื่อที่มีการขาดเลือด (Ischemic penumbra) ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดการตายแต่มีศักยภาพที่จะสามารถแก้ไขให้กลับคืนสภาพเดิมได้ เนื้อเยื่อที่ขาดเลือดนั้น เชื่อกันว่าอยู่ที่ระดับของ Cerebral blood flow ระหว่าง 10-20 มิลลิลิตรต่อ 100 กรัมต่อนาที บริเวณนี้มีความสำคัญในแง่ของการรักษา คือ ถ้ามี Reperfusion ก็จะกลับคืนสภาพปกติ ในทางตรงกันข้าม ถ้าหากปล่อยให้ภาวะของการขาดเลือดนั้นล่วงเลยไป หรือมีความรุนแรงมากขึ้น ในที่สุดบริเวณเนื้อเยื่อที่ขาดเลือดนี้จะกลายเป็น infarction และขยายวงกว้างขึ้นเรื่อย ๆ ถ้าสามารถทำให้บริเวณเหล่านี้กลับมามีเลือดหล่อเลี้ยง ก็สามารถที่จะหยุดยั้งการขยายวงของ infarction ออกไปได้ (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดนั้น สามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภท ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. สมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว (Transient Ischemic Attack [TIA]) ซึ่งเป็นอาการเตือนว่าจะเกิดสมองขาดเลือด จากการที่เลือดไปเลี้ยงสมองบางส่วนไม่เพียงพอจึงทำให้เกิดอาการชาและอ่อนแรงของกล้ามเนื้อมือ แขน ขา ใบหน้าบางส่วนอาการจะเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว และเมื่อมีการปรับตัวได้อาการก็จะหายไป โดยทั่วไปอาการมักจะน้อยกว่า 30 นาที และจะหายไปภายใน 24 ชั่วโมง (พรภัทร ธรรมสโรช และคณะ, 2558)

2. อาการโรคหลอดเลือดสมองที่ก้าวหน้าขึ้น (Progressive stroke) เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่มากขึ้นเรื่อย ๆ เป็นชั่วโมง หรือหลังจากเนื้อสมองตาย 72 ชั่วโมง ทั้งนี้เนื่องจากการที่มีภาวะสมองบวม ซึ่งจะมีการอุดตันของหลอดเลือดคาโรติดมากขึ้นในเวลาที่แตกต่างกัน การที่หลอดเลือดคาโรติดอุดตันมากขึ้นนั้นจะทำให้สมองด้านนั้นขาดเลือดไปเลี้ยงมากขึ้นทำให้เกิดภาวะสมองบวมมากขึ้น เกิดการตายของสมองด้านนั้นมากขึ้น สมองบวมมากขึ้น หมดสติ สมองขยับเลื่อน ซึ่งพบอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 10-20

3. อาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดแบบสมบูรณ์ (Complete stroke) จะพบในโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการมีลิ่มเลือดหลุดลอยมาอุด และความผิดปกติของระบบประสาทที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในช่วงระยะ 2-3 สัปดาห์ อาการของโรคคงที่ (Stable stroke)

การวินิจฉัยและการรักษา

เนื่องจากอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน มีผลทำให้เกิดความเสียหายต่อสมองและเกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ถ้าไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ การวินิจฉัยโรคประกอบด้วย การตรวจร่างกาย และการตรวจทางระบบประสาท การซักประวัติการเจ็บป่วย การตรวจเอ็กซ์เรย์คอมพิวเตอร์สมองเบื้องต้น หรือการตรวจสมองด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การซักประวัติเบื้องต้นที่สำคัญที่สุดคือ ระยะเวลาที่เกิดอาการ ซึ่งผู้ป่วยและญาติสามารถบอกเวลาที่เกิดอาการได้อย่างแม่นยำโดยนับจากอาการปกติครั้งสุดท้ายของผู้ป่วยจะช่วยในการพิจารณาในการรักษาได้ดียิ่งขึ้นรวมกับการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับเกลือแร่ในเลือด Partial Thromboplastin Time [PTT] Prothombin Time [PT] การตรวจการทำงานของไต การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ซึ่งการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดนั้นถ้าผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำอาจมาด้วยอาการทางระบบประสาทได้ และในทางตรงกันข้ามนั้น ถ้าผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอาจจะทำให้ภาวะสมองขาดเลือดเลวลงได้ ควรต้องมีการรักษาอย่างรวดเร็ว (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559; Davis & Lockhart, 2016) และส่งตรวจทางรังสีวิทยาอย่างรวดเร็วคือการส่งตรวจเอ็กซ์เรย์คอมพิวเตอร์สมองตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเบื้องต้นการเอ็กซ์เรย์คอมพิวเตอร์สมองสามารถวินิจฉัยแยกโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

ชนิดตีบหรืออุดตันออกจากโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจากหลอดเลือดแตกได้ เพื่อประกอบการตัดสินใจในการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555; สิริรัตน์ ลีลาจรัส และจริยา วิรุฬราช, 2550; Davis & Lockhart, 2016)

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

หลักในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันแบ่งออกเป็น การรักษาทั่วไป การรักษาเฉพาะ และการรักษาระยะยาว ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. การรักษาทั่วไป ได้แก่ การดูแลระบบทางเดินหายใจโดยการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน การควบคุมความดันโลหิตไม่ให้สูงหรือต่ำจนเกินไป American Heart and Stroke Association (2013) ได้แนะนำว่าไม่ควรลดความดันโลหิตในช่วง 1-2 สัปดาห์แรกของโรค และแนะนำไม่ควรให้ยาลดความดันโลหิตในกลุ่มยาต้านแคลเซียม (Calcium antagonist) เช่น Adalat อมใต้ลิ้น เพราะจะทำให้ระดับความดันโลหิตลดต่ำเร็วเกินไป ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง ซึ่งแนวทางในการลดความดันโลหิตในช่วงระยะสมองขาดเลือดเฉียบพลันคือ เมื่อผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงมากกว่า 220/ 110 mmHg เท่านั้น การดูแลระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติและในเกณฑ์ที่เหมาะสม การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย เพื่อป้องกันและรักษาภาวะอุณหภูมิสูง หากมีไข้ต้องมีการให้ยาลดไข้ การดูแลให้สารน้ำและเกลือแร่ให้เพียงพอ ควรมีการหลีกเลี่ยงสารน้ำที่มีส่วนผสมของน้ำตาล รวมไปถึงการดูแลและรักษาป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น เช่น หัวใจเต้นผิดปกติ ชัก รวมไปถึงการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เป็นต้น เพราะฉะนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันควรได้รับการดูแลและการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด (นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา), 2550; Davis & Lockhart, 2016)

2. การรักษาเฉพาะ ได้แก่ การรักษาภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพมากที่สุด ที่สำคัญได้แก่ การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ หรือที่เรียกว่า การให้ยากระตุ้นทิชชู พลาสมิโนเจน (Tissue plasminogen activator: rt-PA) ซึ่งผลการรักษาจะได้ประสิทธิภาพมากจะต้องให้ยาภายใน 3-4.5 ชั่วโมงหลังจากมีอาการของหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Powers et al., 2015) แต่ก็อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาได้ คือ การมีเลือดออกในสมองซึ่งจะพบได้ประมาณร้อยละ 6.4 การดูแลที่สำคัญในระหว่างที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำตามคำแนะนำของสมาคมโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (American Heart and Stroke Association, 2013) ได้แก่ การติดตามระดับความรู้สึกตัว ติดตามการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาททุก 15 นาที การประเมินสัญญาณชีพ การวัดระดับออกซิเจนในเลือด เมื่อมีอาการผิดปกติให้รายงานแพทย์และหยุดยาทันที และหลังการให้ยาไปแล้ว

ควรมีการติดตามอาการทางระบบประสาทอย่างใกล้ชิดทุก 1 ชั่วโมงเป็นเวลาอย่างน้อย 24 ชั่วโมง รวมไปถึงระดับสัญญาณชีพ การดูแลทางเดินหายใจ การลดไข้ การให้สารน้ำอย่างเพียงพอ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

นอกจากนั้นแล้วยังมีการรักษาด้วยการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Antithrombotic drug) ในระยะเฉียบพลัน ได้แก่ Heparin ซึ่งจะมีฤทธิ์ในการป้องกันไม่ให้เกิดการรวมตัวของลิ่มเลือด ขณะเดียวกันยากลุ่มนี้ยังมีฤทธิ์ไม่ให้หลอดเลือดมีการอุดตันซ้ำ การให้ยาต้านเกล็ดเลือดจับกลุ่มกัน (Antiplatelet) ที่ใช้ในปัจจุบันก็คือ แอสไพริน ขนาด 300 มิลลิกรัม ซึ่งเป็นสารที่ทำให้มีการจับกลุ่มกันของเกร็ดเลือด (Platelet aggregation) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการดื้อต่อแอสไพริน สามารถใช้ยา Plavix ขนาด 75 มิลลิกรัมแทนได้ โดยแนะนำว่าควรมีการเริ่มยาต้านเกร็ดเลือดหรือต้านการแข็งตัวของเลือดภายใน 24-48 ชั่วโมง (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555; 2559)

การรักษาในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการมากกว่า 4.5 ชั่วโมง หรือในสถานพยาบาลที่ยังไม่มีความพร้อมในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ จะแบ่งการรักษาตามระดับความรุนแรง ได้แก่ 1) ความรุนแรงที่คุกคามต่อชีวิต แนวทางการรักษาประกอบไปด้วยการรักษาความดันในกะโหลกศีรษะสูงร่วมกับการผ่าตัด 2) ความรุนแรงมาก รักษาโดยการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด แก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้มีอาการแย่ลง 3) ความรุนแรงน้อย แนวทางการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดกลุ่ม Aspirin ร่วมกับการทำกายภาพบำบัด

3. การรักษาในระยะยาว ได้แก่ การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย โดยการทำกายภาพบำบัด การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ปอดอักเสบจากการสำลัก การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น และที่สำคัญคือ การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ซึ่งได้แก่ การควบคุมและรักษาปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีผลทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) เป็นต้น

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

เมื่อเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีทั้งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ซึ่งอธิบายได้ ดังนี้ (จตุพงษ์ พันธ์วิไล, ภูพิงค์ เอกะวิภาต และสายสมร บริสุทธิ์, 2555)

1. ผลกระทบต่อร่างกาย ที่สำคัญได้แก่ เกิดความบกพร่องของการกำหนดรู้ (Cognitive impairment) ความบกพร่องทางการรับรู้ (Perception impairment) ความบกพร่องทางการติดต่อสื่อสาร ความบกพร่องทางสติปัญญา ความบกพร่องของการรับรู้ทางระบบประสาทสัมผัส ความบกพร่องของการควบคุมการขับถ่าย ความบกพร่องเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ซึ่งผลกระทบดังกล่าว

ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพและตำแหน่งของสมองที่ถูกทำลายไป

2. ผลกระทบต่อจิตใจ เมื่อเกิดผลกระทบทางด้านร่างกายส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าและความเป็นตัวของตัวเอง ที่สำคัญได้แก่ ความวิตกกังวล ซึ่งอาจพบได้ในระยะแรกของโรค เกิดจากความไม่รู้ ไม่เข้าใจว่าตนเองป่วยเป็นโรคอะไร สาเหตุจากอะไร ต้องรักษาอย่างไร เสียค่าใช้จ่ายมากน้อยเท่าไร รักษาหายหรือไม่ ซึ่งอาจแสดงออกมาทางร่างกาย คือ กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ พฤติกรรมถดถอย เรียกร้องความสนใจ ต้องการให้ช่วยเหลือทั้ง ๆ ที่สามารถทำได้ นอกจากนั้นยังมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งแสดงอาการคือการถอยหนีจากสังคมเช่น แยกตัวเอง แสดงอารมณ์หงุดหงิด หมดหวัง โกรธง่าย ก้าวร้าว เกิดอึดอัดคับข้องใจ รู้สึกด้อยค่าในตัวเองจึงแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งอาจเนื่องมาจากรอยโรคโดยตรง

จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นโรคที่มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจอย่างมาก การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ได้มาตรฐานและรวดเร็วเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างมาก ซึ่งมาตรฐานในการรักษาที่สูงขึ้นนั้นสามารถลดอัตราการตาย ลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาระยะยาว ลดภาวะแทรกซ้อนของการเกิดโรค รวมทั้งลดความพิการของผู้ป่วยและลดภาระของสังคม การรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะหรือในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างมาก ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาโดยบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญโดยตรง ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ฉะนั้นการรับผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉพาะหรือหอผู้ป่วยวิกฤตจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อการรอดชีวิตและการฟื้นหายของผู้ป่วย รวมไปถึงการวางแผนการดูแลและการวางแผนการย้ายและการจำหน่ายกลับบ้านอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ในสถานการณ์การเจ็บป่วยในปัจจุบันที่มีความรุนแรงและมีความซับซ้อนของโรคมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เรื้อรัง เมื่อเจ็บป่วยจะส่งเสริมให้การป่วยนั้นรุนแรงและมีความซับซ้อนมากขึ้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักหรือหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยหนักในระยะวิกฤตที่มีความซับซ้อนของโรคร่วมหลายอย่างร่วมกัน เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องด้วยเครื่องมือติดตามสัญญาณชีพตลอดเวลา ด้วยผู้ให้บริการทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตมาแล้วไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 ของบุคลากรทั้งหมด มีระบบสนับสนุนการรักษาพยาบาลที่ครบถ้วน คือ ระบบการให้บริการยา ระบบติดตาม/ ช่วยหายใจ การเฝ้าระวังด้านโภชนาการและด้านอื่น ๆ (American College of Critical Care Medicine, 2003)

ผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาการเจ็บป่วยที่วิกฤตฉุกเฉิน เฉียบพลันและซับซ้อนหลายประการ และมีการเปลี่ยนแปลงของการเจ็บป่วยที่รวดเร็ว ซึ่งมักถูกรับไว้เพื่อรักษาในโรงพยาบาลและในหอผู้ป่วยหนักต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดรวดเร็วโดยการใช้เครื่องมือทางเทคโนโลยีขั้นสูง เพื่อเป็นการช่วยเหลือและดำรงไว้ซึ่งการทำงานของอวัยวะที่สำคัญสำหรับการดำรงชีวิต ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ต้องเจอเหตุการณ์ที่ตนไม่สามารถรู้ได้ เช่น แผนการรักษาที่ซับซ้อน ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย และการที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสูญเสียการควบคุมตนเองหรือสถานการณ์เพื่อให้เป็นไปตามที่ตนเองต้องการได้ (วิจิตรา กุสุมภ์, 2556; สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, 2556) เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่อยู่ในระยะเฉียบพลันเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วนและมีประสิทธิภาพ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดสมองหรือหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Acute stroke unit หรือ Stroke unit)

ลักษณะหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2552) ได้ให้คำจำกัดความเกี่ยวกับหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นสถานที่เฉพาะภายในโรงพยาบาลที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อที่จะสามารถติดตามสัญญาณชีพและเฝ้าติดตามอาการทางระบบประสาทอย่างใกล้ชิด โดยทั่วไปแล้ว สามารถจำแนกได้เป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

1. Acute stroke unit คือ หอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ซึ่งอาจรวมไปถึงผู้ป่วยวิกฤตหรือผู้ป่วยหนัก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการสังเกตอาการทางระบบประสาทอย่างใกล้ชิด และให้การรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิด ขึ้นอยู่กับสถานพยาบาลนั้น ๆ 2. Rehabilitation unit คือ เป็นหอผู้ป่วยที่รับดูแลผู้ป่วยหลังจากเกิดอาการ ประมาณ 1-2 สัปดาห์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การรักษาโดยการทำกายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วยเป็นหลัก

3. Combined acute and rehabilitation unit คือ หอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ระยะเฉียบพลันหรือเรียกได้ว่าระยะมีอาการทันที และให้การรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องจนกระทั่งวางแผนจำหน่ายและจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ซึ่งรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) เมื่อผู้ป่วยมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน จะต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อน เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 48 ชั่วโมง เมื่อมีอาการคงที่และต้องย้ายผู้ป่วย

ออกจากหอผู้ป่วยโรหลอดเลือดสมองไปพักรับการรักษาต่อเนื่องที่แผนกอายุรกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูและวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านต่อไป

หอผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดสมอง หรือ Acute stroke unit หรือ Stroke unit ในบริบทของการศึกษาในครั้งนี้เป็นหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) มีลักษณะการบริการเหมือนแผนกหรือหอผู้ป่วยหนักโรคอื่น ๆ ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่ดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน ไม่ว่าจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดทั้งชนิดตีบหรืออุดตัน โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากหลอดเลือดสมองแตก ซึ่งมีรายงานจากการศึกษาของหลาย ๆ การศึกษาพบว่า การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่ได้ประสิทธิภาพมากที่สุดนั้น ผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่อยู่ในระยะเฉียบพลัน (พรภัทร ธรรมสโรช และคณะ, 2558) เพื่อให้การรักษา และป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการวางแนวทางในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการป้องกันการเกิดโรคซ้ำ นอกจากนี้แล้วหากผู้ป่วยได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะจะทำให้ลดอัตราการตาย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลได้ (Alberts, Latchaw, & Jagoda, 2011; Meretoja, Roine, & Kaste, 2014)

ลักษณะการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) เหมือนกับการดูแลในหอผู้ป่วยหนักโรคอื่น ๆ (พรภัทร ธรรมสโรช และคณะ, 2558; Brooke, 2013) ไม่ว่าจะเป็นการมีอุปกรณ์เฝ้าติดตามอาการ อุปกรณ์ติดตามสัญญาณชีพตลอดเวลา มีพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด โดยมีอัตราพยาบาลต่อผู้ป่วยเป็นพยาบาลหนึ่งคนต่อผู้ป่วยหนึ่งคน หรือเป็นพยาบาลหนึ่งคนต่อผู้ป่วยสองคน ซึ่งลักษณะของผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตนั้นจะต้องเป็นผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยอย่างรุนแรง คุกคามชีวิต เสี่ยงต่อความตาย ทำให้ต้องการการพยาบาลอย่างใกล้ชิด การดำเนินของโรคมีความยุ่งยากและซับซ้อน และต้องอาศัยเครื่องมือที่ทันสมัยใช้เทคโนโลยีสูง และให้การดูแลรักษาเพื่อให้ปลอดภัยและรอดชีวิตจากความเจ็บป่วยที่รุนแรง ในบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันก็เช่นกันจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้พักรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดสมอง (Brooke, 2013) ซึ่งถ้าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน หรือแม้แต่กระทั่งโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว ก็จะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดอย่างน้อย 24 ชั่วโมง เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่แล้วสามารถที่จะย้ายผู้ป่วยออกไปอยู่หอผู้ป่วยทั่วไปได้ เช่นเดียวกับผู้ป่วยหนักโรคอื่น ๆ (พรภัทร ธรรมสโรช และคณะ, 2558)

การให้การดูแลผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) จะให้ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่างๆ ที่มีปัญหาหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

หรือหลอดเลือดสมองแตกในระยะเฉียบพลัน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การป้องกันการกลับเป็นโรคเดิมซ้ำ รวมไปถึงการวางแผนการฟื้นฟู จำหน่ายผู้ป่วยออกไปสู่แผนกผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองหรือหอผู้ป่วยสามัญ ซึ่งแผนกผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดสมองหรือหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Acute stroke unit หรือ Stroke unit) มีลักษณะในการทำงานดังต่อไปนี้ (พรภัทร ธรรมสโรช และคณะ, 2558)

1. งานด้านบริการพยาบาล เป็นหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะหลอดเลือดในสมองตีบหรืออุดตัน และหลอดเลือดสมองแตกที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาในช่วงแรก รับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งผู้ป่วยทั้งเพศหญิง และเพศชายจากแผนกฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยทั่วไปในโรงพยาบาลที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้น หรือผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยให้การรักษาทางยา หรือให้การผ่าตัดสมอง และมีระบบ เร่งด่วนในการให้ยาละลายลิ่มเลือดนับจากระยะเวลาที่ผู้ป่ายเริ่ม มีอาการ จนถึงการวินิจฉัยได้ต้องไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยและญาติจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการดำเนินของโรค การปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน รวมไปถึงการเตรียมญาติ และผู้ดูแลคร่าว ๆ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน และการส่งไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยสามัญ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทางระบบประสาทหรือโรงพยาบาลใกล้บ้านโดยทีมพยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญเป็นพิเศษในการดูแล รวมไปถึงบางโรงพยาบาลอาจมีพยาบาลผู้ประสานงานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองนั้นเป็นพยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดและการผ่าตัดสมองโดยเฉพาะ เน้นการดูแลแบบองค์รวม

2. งานด้านการบริหาร บริหารจัดหาสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ในหอ ผู้ป่วยให้พร้อมใช้งาน เตรียมความพร้อมของบุคลากร ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การกำกับการดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การประสานงานกับนักกายภาพบำบัดแผนกกายภาพบำบัด เป็นต้น

การรับผู้ป่วยไว้ในแผนกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไว้ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีหลักในการพิจารณา ดังต่อไปนี้ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันทุกรายที่มีอาการมาแล้วไม่เกิน 7 วัน รวมไปถึงผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว และผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดซ้ำ

2. ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท เช่น การมีภาวะสมองบวมหรือมีเลือดออกในสมอง

3. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแต่ยังไม่สามารถหาสาเหตุที่แน่ชัดได้ หรือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่หาสาเหตุของโรคได้แล้วแต่ต้องการต้องวินิจฉัยพิเศษเพิ่มเติม

4. ไม่มีโรคทางอายุรกรรมที่เร่งด่วนและวิกฤตต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน อันได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การติดเชื้อที่รุนแรง

การย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพักรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 24 ชั่วโมง หรืออย่างน้อย 72 ชั่วโมง ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่แล้วไม่ว่าจะเป็นอาการทางระบบประสาทหรือสัญญาณชีพและอาการอื่น ๆ คงที่ แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาในการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดสมอง ไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งการดูแลในหอผู้ป่วยทั่วไปเน้นการดูแลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายและการทำกายภาพบำบัดเป็นหลัก การย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนักไปยังหอผู้ป่วยทั่วไปเป็นการเปลี่ยนการดูแลและเปลี่ยนสภาพแวดล้อมหนึ่งไปยังสภาพแวดล้อมหนึ่ง หรือเป็นการเปลี่ยนระดับการดูแลจากการดูแลที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดและการที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่อยู่ใกล้ชิดกับพยาบาล มีพยาบาลที่ดูแลอย่างใกล้ชิดไปอยู่ในระดับการดูแลที่อยู่กับญาติหรือผู้ดูแลเป็นหลัก แต่ยังได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ในเรื่องของการส่งเสริม ฟื้นฟู และเฝ้าติดตามอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ แต่ไม่ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเหมือนที่อยู่ในหอผู้ป่วยหนัก

หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) ในบริบทของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นสถานที่ให้การดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันและได้รับรองมาตรฐานว่าเป็นศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน (Certified Primary Stroke Center [CPSC]) (พรภัทร ธรรมสโรช และคณะ, 2558) เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันชนิดตีบหรืออุดตันรวมไปถึงโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวจะนอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างน้อย 48 ชั่วโมง และจะได้รับการดูแลเหมือนผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักทั่วไป เช่น มีการติดตามอาการอย่างใกล้ชิดโดยการติดอุปกรณ์เพื่อติดตามสัญญาณชีพตลอดเวลา ติดตามอาการทางระบบประสาทอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง มีพยาบาลที่ดูแลอย่างใกล้ชิดในอัตราพยาบาลต่อผู้ป่วย 1:2 หรือ 1: 3 ตามอาการของผู้ป่วย และมีผู้ช่วยเหลือพยาบาล 2 คน พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลจะได้รับการอบรมเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมองโดย เฉพาะ และเมื่อ

ผู้ป่วยมีอาการคงแล้ว จึงจะย้ายออกไปยังหอผู้ป่วยอายุรกรรม

การย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับการพิจารณาจากแพทย์ผู้ดูแลที่เป็นแพทย์เฉพาะทางระบบประสาทและหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ จะทำการย้ายออกเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่แล้ว ผู้ป่วยทุกรายจะนอนในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 48 ชั่วโมง แต่เนื่องจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นศูนย์กลางในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ต้องรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันทั้งในพื้นที่การรักษาของตนและผู้ป่วยในส่วนของโรงพยาบาลเครือข่าย ที่ส่งต่อมาเพื่อรักษาต่อ จึงทำให้มีจำนวนผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เร็วแต่ส่วนมากก็จะนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อยให้ได้ 24 ชั่วโมงเป็นอย่างต่ำ ซึ่งเวลาที่ทำการย้ายจะสามารถเกิดขึ้นได้ทันทีทันใดและตลอดเวลา ขึ้นอยู่ว่ามีผู้ป่วยใหม่มาเมื่อใด ซึ่งจะย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอีกที

จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันเป็นภาวการณ์เจ็บป่วยที่วิกฤตต้องการการรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็วรวมไปถึงการรักษาที่มีประสิทธิภาพและการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา จำเป็นที่ต้องรับผู้ป่วยไว้รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตหรือแผนกผู้ป่วยหนักที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ นอกจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบทางด้านร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบทั้งทางด้านจิตใจของผู้ป่วย โดยเฉพาะความวิตกกังวล ไม่ว่าจะเป็นความวิตกกังวลในเรื่องของความเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้น หรือความวิตกกังวลอื่นที่มีผลต่อการฟื้นหายจากการเจ็บป่วย จำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรทางด้านสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยต้องให้ความสำคัญ เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ได้ประสิทธิภาพต่อไป

ความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

เป็นที่ทราบแล้วว่าโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นภาวะที่ฉุกเฉินและวิกฤตคุกคามและเป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย จากอาการของโรคไม่ว่าจะเป็นอาการที่ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องแขนขาอ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พูดไม่ชัด ไม่สามารถสื่อสารได้ ปวดศีรษะไม่ทราบสาเหตุอาจจะกลายเป็นอัมพาตทันที รู้สึกตัวแต่มีกล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นจะอ่อนปวกเปียก หรืออาจไม่รู้สึกตัวร่วมด้วย ซึ่งกว่าผู้ป่วยจะมีอาการคงที่จะใช้เวลาประมาณ 1-14 วัน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องรับผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดสมอง (Acute stroke unit หรือ Stroke unit) เพื่อการรักษาที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ และสามารถลดอัตราการตายและพิการได้ของผู้ป่วยได้

(พรภัทร ธรรมสโรช และคณะ, 2558; Brook, 2013; Menlove et al., 2015) ผลกระทบที่เห็นได้ชัดเจนนอกจากผลกระทบทางด้านร่างกายแล้ว โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ เกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้าตามมา (Menlove et al., 2015)

ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญ ซึ่งเป็นอาการที่สามารถพบได้ตั้งแต่ในระยะเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลได้ถึงร้อยละ 26.4 (Fure, 2007) และพบได้ร้อยละ 20 ภายใน 1 เดือนหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และพบได้ร้อยละ 24 ภายใน 6 เดือนหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Morris, Wijck, Joice, & Donaghy, 2013) และความวิตกกังวลยังคงมีอยู่จนกระทั่งถึง 5 ปี (Tang, Lau, Mok, Ungvari, & Won, 2013) หลังจากนั้นเมื่อผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการทำกายภาพบำบัดจะไม่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความวิตกกังวลอีกเลย ฉะนั้นแสดงให้เห็นว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายหรือความพิการของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ความวิตกกังวลของผู้ป่วยก็หายไป (Masskulpan, Riewthong, Dajpratham, & Kuptniratsaikul, 2008) นอกจากนี้ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดนั้นยังมีความสัมพันธ์กับตำแหน่งของพยาธิสภาพ การมีประสบการณ์การเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ดี และเพศ โดยพบว่า เพศหญิงหลังจากเกิดอาการ โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย ในขณะผู้ป่วยที่อายุที่น้อยกว่า 59 ปีจะมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากเนื่องจากกระบวนการนึกคิดและการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ดีกว่าผู้สูงอายุ (Barker-Collo, 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดดังกล่าวข้างต้น จะพบว่ามีการศึกษาถึงความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดนั้นทั้งในระยะเฉียบพลัน (Acute phase) และความวิตกกังวลในระยะการฟื้นฟู (Rehabilitation phase) ในขณะที่การศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลในระยะที่ต้องมีการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปยังหอผู้ป่วยทั่วไปยังมีการศึกษาน้อย จากการทบทวนวรรณกรรมนั้นพบว่ามีการศึกษาของ Brooke (2013) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองและความวิตกกังวลจากการย้ายจากหอผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดสมอง (Hyper acute stroke unit) ไปยังหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการตนเองและความวิตกกังวลจากการย้าย โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 6 คน พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลจากการย้ายเพียง 1 คน จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 6 คน ซึ่ง Brooke (2013) ได้อธิบายถึงความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดสมองว่าผู้ป่วยแสดงอาการกลัวขึ้นมาทันทีทันใดและกังวลเกี่ยวกับกระบวนการย้าย จากการศึกษานี้อธิบายได้ว่า

จากลักษณะโครงสร้างและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดสมองกับหอผู้ป่วยทั่วไปนั้นมีรูปแบบการดูแลที่แตกต่างกัน ในหอผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดสมองให้การดูแลที่รวดเร็ว มีพยาบาลดูแลใกล้ชิด มีเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์รวมถึงมีอุปกรณ์ติดตามอาการตลอดเวลา ในขณะที่หอผู้ป่วยทั่วไปไม่มีจึงส่งผลโดยตรงต่อผู้ป่วยทำให้เกิดความวิตกกังวลจากการย้ายได้และจะมีผลต่อการฟื้นหายจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย นอกจากนี้แล้ว Brooke (2013) ยังเสนอแนะควรมีการวัดระดับความวิตกกังวลและอาการที่แสดงของความวิตกกังวลจากการย้ายของผู้ป่วยเพื่อจะได้ทราบถึงระดับความวิตกกังวล ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลนั้นอย่างแท้จริงเพื่อจะได้มีการออกแบบการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยต่อไป

ซึ่งจากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะทำการศึกษาความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่มีการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) ไปยังหอผู้ป่วยอายุรกรรม จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลจากการย้าย ว่ามีลักษณะและมีความสำคัญอย่างไร และมีความแตกต่างจากความวิตกกังวลประเภทอื่นอย่างไร เพื่อจะได้ให้การดูแลและการพยาบาลที่ถูกต้อง ครบถ้วนและมีประสิทธิภาพเหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป

ความหมายและลักษณะสำคัญของความวิตกกังวลจากการย้าย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีคำที่ใช้ในการเรียกเกี่ยวกับความวิตกกังวลจากการย้ายไว้หลากหลาย เช่น “Transfer anxiety” (Jenkins & Rogers, 1995; Leith, 1998) ซึ่งเป็นศัพท์ทั่วไปที่ศาสตร์ทางสุขภาพโดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลและนักสังคมสงเคราะห์ใช้กัน และยังมีคำศัพท์อื่น ๆ อีกที่ใช้แทนกัน เช่น “Transfer stress” “Transfer trauma” Transfer syndrome” “Transfer shock” “Relocation syndrome” และ “Relocation stress” (Carpenit, 2013; McKinney & Melby, 2002) โดยให้ความหมายของความวิตกกังวลที่มีสาเหตุมาจากการย้ายนั้นว่า เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลซึ่งมีความสัมพันธ์กับการย้ายจากสถานที่หนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่งหรือจากสิ่งแวดล้อมหนึ่งไปยังสิ่งแวดล้อมหนึ่ง นอกจากนี้แล้วยังมีผู้ให้ความหมายของคำว่า “Transfer anxiety” ไว้ดังต่อไปนี้

Robert (1986 อ้างถึงใน Leith, 1998) ได้ให้ความหมายของ Transfer anxiety ว่าหมายถึงประสบการณ์ความวิตกกังวลของแต่ละบุคคลเมื่อต้องมีการย้ายออกจากที่คุ้นเคยหรือจากสิ่งแวดล้อมที่ค่อนข้างปลอดภัยไปสู่สิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย

Saarman (1993) ได้กล่าวไว้ว่า “Transfer anxiety” หรือ “Relocation stress” เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดจากการย้ายจากสถานที่คุ้นเคยและปลอดภัย

Byers and Smyth (1997) อธิบายเกี่ยวกับ “Transfer anxiety” หรือ “Relocation stress” จะเกิดขึ้นและเกี่ยวข้องกับการรับรู้และการตัดสินเกี่ยวกับความเครียดของแต่ละบุคคล โดยอธิบายว่าความเครียดจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลประเมินความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมว่าเป็นสิ่งที่คุกคามความผาสุกของชีวิต ซึ่งทำให้เข้าใจการตอบสนองต่อความเครียดที่แตกต่างกันของผู้ป่วยในสิ่งที่มากระตุ้นความเครียดเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตทั้งในทางด้านลบและการตอบสนองในด้านบวก

ในขณะที่ Leith (1998) กล่าวว่า Transfer anxiety ไม่ใช่แค่ประสบการณ์ของบุคคลในการเปลี่ยนที่ใหม่ แต่มักมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญ โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้ คือ มีการรับรู้ในด้านลบเกี่ยวกับการย้ายจากสิ่งแวดล้อมหนึ่งไปสู่สิ่งแวดล้อมใหม่ มีอาการและอาการแสดงของความวิตกกังวลทั้งด้านร่างกายและจิตใจเกิดขึ้นช่วงสั้น ๆ หรือหลังจากการย้ายซึ่งเป็นปรากฏการณ์ผ่านทางวัฒนธรรมที่สามารถเกิดได้กับคนทุกเพศทุกวัย

นอกจากนี้แล้วทางสมาคมการวินิจฉัยทางการพยาบาลของสหรัฐอเมริกา (The North America Nursing Diagnosis Association; [NANDA], 2013 cited in Carpenito, 2013) ได้ใช้คำเรียกความวิตกกังวลที่สัมพันธ์กับการย้ายหอผู้ป่วยว่า “Relocation stress” และได้ให้ความหมายว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นกับบุคคลเมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่รบกวนทางด้านร่างกายหรือจิตใจ ที่เป็นผลมาจากการย้ายจากสถานที่หนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่งหรือจากสิ่งแวดล้อมหนึ่งไปยังสิ่งแวดล้อมหนึ่ง NANDA ยังได้สรุปไว้ว่าความวิตกกังวลจากการย้ายนั้นสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกรูปแบบของการย้ายไม่ว่าจะเป็นการย้ายจากหอผู้ป่วยทั่วไป หรือแม้กระทั่งการย้ายโรงพยาบาลก็ตาม ไม่ได้เฉพาะเจาะจงต่อการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตเท่านั้น และนอกจากนี้แล้วสามารถที่จะเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยทุกโรคและทุกประชากร แต่ในการศึกษาครั้งนี้จะทำการศึกษาความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก

Carpenito (2013) ได้ให้ความหมายของคำว่า Relocation stress ว่าเป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลเมื่อมีการย้ายสถานที่ และกล่าวถึงลักษณะอาการหลักที่พบได้ในผู้ป่วยที่มีภาวะ Relocation stress คือ ความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึมเศร้า ความรู้สึกโกรธ หวาดหวั่น วิตกกังวล สับสน ซึ่งอาการเหล่านี้จะพบได้มากถึงประมาณร้อยละ 80-100 และอาการอื่นที่เกี่ยวข้องจะพบได้ประมาณร้อยละ 50-70 เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ไม่ว่าจะเป็นการนอน การรับประทาน รูปแบบการนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนไป ต้องการการดูแลที่มากขึ้น แสดงคำพูดหรือความรู้สึกไม่ปลอดภัยจากการย้าย แสดงคำพูดหรือกล่าวถึงการย้ายบ่อย ๆ ต้องการการรับรองเพื่อให้เกิดความมั่นใจ

สรุปได้ว่า ความวิตกกังวลจากการย้าย หมายถึง ประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลใด บุคคลหนึ่งที่เกิดจากการย้ายจากสถานที่หนึ่งหรือจากสิ่งแวดล้อมหนึ่งที่ตนเองรู้จักคุ้นเคยและรู้สึกปลอดภัยไปยังสถานที่หรือสิ่งแวดล้อมที่ตนเองประเมินว่าไม่ปลอดภัย โดยมีการรับรู้ในด้านลบเกี่ยวกับการย้ายและมีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ อาการและอาการแสดงจะเกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้นๆ ก่อนหรือหลังจากการย้าย

Leith (1998) ได้วิเคราะห์แนวคิดความวิตกกังวลจากการย้ายและสรุปลักษณะสำคัญของความวิตกกังวลจากการย้ายได้ ดังนี้

1. Critical attribute คือ ลักษณะที่สำคัญของความวิตกกังวลจากการย้าย ประกอบด้วย การรับรู้ด้านลบเกี่ยวกับสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้นหรือการย้ายจากสิ่งแวดล้อมหนึ่งไปสู่สิ่งแวดล้อมหนึ่ง อาการและอาการแสดงของความวิตกกังวลที่แสดงออกทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นจะเกิดในช่วงเวลาสั้น ๆ ก่อนหรือหลังการย้าย

2. Antecedents หมายถึง เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนที่ ความวิตกกังวลจากการย้ายจะเกิดขึ้น ความหลากหลายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนย้ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต สนับสนุนให้เกิดความวิตกกังวลจากการย้าย ซึ่งมีสาเหตุมาจากทางด้านร่างกาย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงภาวะ สุขภาพด้านร่างกาย การรับรู้ความวิตกกังวลก่อนการเคลื่อนย้าย ความหดหู่ หรือความนับถือในตนเองลดลง หรือแม้แต่สาเหตุจากสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมในระดับปานกลางหรือสูงในสิ่งแวดล้อมใหม่ การมีประวัติการมีปัญหาในการย้ายมาก่อนและการสูญเสียความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั้งในอดีตและปัจจุบัน

3. Consequences เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งเป็นผลจากแนวคิดความวิตกกังวลที่เกี่ยวเนื่องกับการรับรู้ในเรื่องการลดลงของคุณภาพการดูแล หรือคุณภาพชีวิต รวมไปถึงการเพิ่มความวิตกกังวลและการลดลงของความสามารถในการเผชิญความเครียด การเผชิญหน้าและการปรับตัว

4. Empirical referents เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง โดยสามารถวัดได้จากการที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ มีความวิตกกังวล ความเครียด และเกิดการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพหลังจากการย้าย

องค์ประกอบของความวิตกกังวลจากการย้าย

ความวิตกกังวลจากการย้ายนั้นจะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนจากสถานที่หนึ่งหรือจากสิ่งแวดล้อมหนึ่ง ซึ่ง Bowlby (1960 อ้างถึงใน Leith, 1998) ได้อธิบายเกี่ยวกับองค์ประกอบของความวิตกกังวลจากย้ายนั้นประกอบด้วยความวิตกกังวล 3 อย่าง ได้แก่ ความวิตกกังวลปฐมภูมิ (Primary transfer anxiety) ความวิตกกังวลจากการคาดคะเนเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตน (Expectant

transfer anxiety) และความวิตกกังวลที่เกิดจากความกลัวหลังการย้าย (Fright after transfer anxiety) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ความวิตกกังวลปฐมภูมิ (Primary transfer anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบและระยะเวลาในการย้าย โดยเกิดขึ้นเนื่องจากการได้รับแจ้งว่าจะมีการย้ายเกิดขึ้น เป็นความวิตกกังวลที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะต้องเจอหรือเผชิญกับประสบการณ์ใหม่ที่จะได้รับและไม่คุ้นเคย กลัวอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเอง โดยผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาตอบสนองอย่างทันทีทันใด ซึ่งจะแสดงออกทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ (Daniel & Nicoll, 2012) การย้ายที่เกิดขึ้นทันทีทันใดเมื่อมีความจำเป็นต้องรับผู้ใหม่อย่างฉุกเฉิน แม้กระทั่งการย้ายในเวลากลางคืนกระตุ้นทำให้เกิดความวิตกกังวลปฐมภูมิได้ (McCairn & Jones, 2014) การย้ายที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดจะทำให้ไม่มีเวลาในการเตรียมการย้ายผู้ป่วยอย่างเพียงพอ สิ่งเหล่านี้จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง สูญเสียความปลอดภัย (McKinney & Melby, 2002; Saarman, 1993) จึงทำให้เกิดความวิตกกังวลจากการย้ายได้

2. ความวิตกกังวลจากการคาดคะเนเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตน (Expectant transfer anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกี่ยวเนื่องจากการวางแผนเกี่ยวกับการดูแลที่จะได้รับในอนาคต เป็นการเฝ้าระวังอันตรายที่จะเกิดขึ้น โดยผู้ป่วยบางรายมีความสนใจการดูแลที่ควรจะได้รับหลังจากการย้ายออกจากผู้ป่วยวิกฤต เป็นความคาดหวังว่าการเจ็บป่วยของตนจะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยทั่วไปเช่นเดียวกับการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งเกิดได้จากการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมก่อนมีการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต (Jenkins & Rogers, 1995; McKinney & Melby, 2002)

3. ความวิตกกังวลที่เกิดจากความกลัวหลังการย้าย (Fright after transfer anxiety) พบว่าสิ่งแรกที่ทำให้เกิดความกลัว คือ การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และการย้ายออกจากสิ่งแวดล้อมที่รู้สึกปลอดภัย เช่น หอผู้ป่วยหนัก และความกลัวดังกล่าวจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีการย้ายไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป และไม่ทราบเกี่ยวกับการดูแลที่จะได้รับและสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยทั่วไป (McKinney & Melby, 2002) หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งในด้านการสังเกตอาการและการรักษาที่จะได้รับ

โดย Leith (1998) ได้สรุปเกี่ยวกับปัจจัยของการเกิดความวิตกกังวลจากการย้ายไว้ว่า เกิดจากการเตรียมตัวเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีการเตรียมตัวเลยสำหรับการเคลื่อนย้าย การลดการติดตามผู้ป่วยโดยทันทีเมื่อถึงเวลาเคลื่อนย้าย การสูญเสียความรู้สึกปลอดภัยจากการขาดการติดตาม การขาดการอธิบายถึงความแตกต่างระหว่างหอผู้ป่วยวิกฤตและหน่วยผู้ป่วยทั่วไป การไม่มีเวลาในการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงเวลาการย้ายออกจริงและการย้ายที่จะเกิดขึ้น การเปลี่ยนการให้การดูแล

โดยทันที การย้ายผู้ป่วยในเวลากลางคืน การย้ายในทันทีทันใด หรือมีการย้ายระหว่างเปลี่ยนเวร ซึ่งจะมีส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกาย จิตใจและพฤติกรรมของผู้ป่วยตามมา

ผลกระทบของความวิตกกังวลจากการย้ายในผู้ป่วยโรคหลอเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

การย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักในบริบทของการวิจัยนี้คือ การย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปยังหอผู้ป่วยอายุรกรรมเป็นการเปลี่ยนระดับการดูแลและเปลี่ยนจากสิ่งแวดล้อมหนึ่งไปสิ่งแวดล้อม ซึ่งการย้ายเชื่อว่าเป็นสัญญาณที่บ่งบอกถึงอาการเจ็บป่วยที่ดีขึ้น ซึ่ง Leith (1998) กล่าวว่า อาการและอาการแสดงของความวิตกกังวลจากการย้ายในผู้ป่วยวิกฤตนั้นจะสัมพันธ์กับความรู้สึกที่ไม่แน่นอน ซึ่งสาเหตุเกิดจากการย้ายหรือแยกจากสิ่งแวดล้อมและบุคคลที่คุ้นเคย เป็นเหตุให้นำมาสู่ความเครียดและความสามารถในการจัดการกับปัญหาลดลง ซึ่งการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตนำไปสู่การเกิดความรู้สึกวิตกกังวลปฐมภูมิ ความวิตกกังวลจากการคาดคะเน และความวิตกกังวลที่เกิดจากความกลัวหลังการย้ายอย่างทันทีทันใด จะพบอาการและอาการแสดงทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันก็เช่นเดียวกัน จึงสามารถสรุปผลกระทบของความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันได้ ดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย

กลไกการเกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากพยาธิสภาพในสมองมีการเปลี่ยนแปลงการหลั่งสาร Neuroendocrine mechanism เมื่อผู้ป่วยเผชิญกับสิ่งที่มากระตุ้นไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์ใดก็ตามทำให้ร่างกายมีการหลั่งสารแคททิโลลามีน (Catecholamine) ออกมาทำให้กระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติโคสเตอรอยด์ เข้าสู่กระแสเลือดมากขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น หัวใจเต้นแรงและเร็ว อันเนื่องมาจากหลอดเลือดมีการหดรัดตัวมากขึ้น ความดันโลหิตสูง เมื่อความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจสูงขึ้นทำให้เลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีผลมาจากการมีฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองส่วนหน้าคือแคททีโคลามีน (Catecholamines) หลั่งเข้ามาในระบบไหลเวียนเพิ่มมากขึ้น มีการทำงานของระบบประสาทซิมพาธิติก (Sympathetic nerve) และมีการกระตุ้นระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน (Renin-angiotensin) เพิ่มมากขึ้น จึงมีผลทำให้ความดันเลือดแดงเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ทำให้เลือดที่ไหลผ่านหลอดเลือดต้องถูกบีบตัวอย่างแรงทำให้เกิดอันตรายต่อเยื่อบุหลอดเลือดเกิดอันตรายต่อหลอดเลือดทั่วร่างกาย เช่น หลอดเลือดสมอง หัวใจ และไต โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลอดเลือดที่เลี้ยงสมองต้องทำงานมากขึ้น เกิดความผิดปกติบริเวณที่หลอดเลือดที่ไปเลี้ยง ทำให้เส้นเลือดสมองตีบ เนื้อสมองขาดเลือดไปเลี้ยง (Wang & Vadan, 2005) ส่งผลให้อาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

เป็นมากขึ้น (Progressive stroke) นอกจากนั้นยังทำให้ผู้ป่วยปวดศีรษะ กระสับกระส่าย คลื่นไส้อาเจียน สับสนในเรื่องของวันเวลาสถานที่ ซึ่งอาจพบอัตราหายใจเร็วขึ้น ปากแห้ง ตัวสั่น เหงื่อออก ปัสสาวะบ่อย รบกวนต่อสมดุลของอิเลคโตรลัยต์ในร่างกาย (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2544) ทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาการนอนไม่หลับ กระบวนการการทำงานของกระเพาะอาหารถูกรบกวน เบื่ออาหาร เกิดความเสื่อมโทรมของร่างกาย เกิดการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว บุคคลจะเกิดความรู้สึกกระวนกระวาย ซึ่งอาการเหล่านี้เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมตัวที่ดีเพื่อที่จะย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป (Brooke, 2013; Carpenito, 2013) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Strahan and Brown (2005) ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตจะมีอาการทางด้านการนอนหลับ ปัญหาเกี่ยวกับระบบขับถ่ายและปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวซึ่งอาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นทันทีเมื่อมีการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันนอกจากส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้ป่วยโดยตรงแล้วนั้น ผลจากการเจ็บป่วยดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วยของตนอยู่แล้วมีความวิตกกังวลจากการย้ายมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยจะต้องย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักอาจเกิดความรู้สึกว่าถูกทอดทิ้งหรือถูกละเลยจากพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักรวมไปถึงการกลัวในสิ่งที่ยังไม่รู้ (Leith, 1998) โดยมีอาการและอาการแสดงตอบสนองต่อการย้าย เช่น เกิดความรู้สึกทางด้านลบ ความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึมเศร้าและเครียด โกรธ หวาดระแวง กลัว วิตกกังวล ความรู้สึกว่าขาดผู้ช่วยเหลือ (Carpenito, 2013; Eunice & Robert, 2005; Strahan & Brown, 2005; Odell, 2000) เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในหอผู้ป่วยทั่วไป วิตกกังวลว่าจะไม่มีผู้ดูแล เพราะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันนั้นยังคิดว่าการเจ็บป่วยของตนยังรุนแรง เพราะตนยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จากการที่แขนขายังอ่อน ในขณะที่การศึกษาของ Chaboyer, Thalib, Alcorn, and Foster (2007) พบว่า ผู้ป่วยที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักจะเกิดความรู้สึกว่าถูกทอดทิ้งอย่างทันทีทันใด เกิดความรู้สึกที่ไม่มั่นคงไม่แน่ใจ รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสำคัญ (เกิดความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบพร้อมกัน) สาเหตุเกิดจากการขาดการสนับสนุนด้านอารมณ์ และผู้ป่วยบางรายมีความรู้สึกว่าต้องแยกจากพยาบาลที่ตนคุ้นเคย แยกจากอุปกรณ์เฝ้าติดตามที่ทำให้ตนรู้สึกว่าปลอดภัย จึงเกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัยตามมาเมื่อจะย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก (Brook, 2013; Manookian, Dehghan-Nayeri, Negarandeh, & Shali, 2015)

3. ผลกระทบทางด้านพฤติกรรม โดยพบว่า เมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมที่เกิดจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก เช่น มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การขับถ่าย การนอนหลับพักผ่อน ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

เฉียบพลันจะมีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมต่างเหล่านี้อยู่แล้วจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น และอาการเหล่านี้จะยิ่งมากขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลจากกการย้ายเป็นตัวส่งเสริมอีก บางรายนอนไม่หลับ เมื่อมีการเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมจากหอผู้ป่วยหนัก ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลถึงความปลอดภัยของตนเองส่งผลให้นอนไม่หลับ (Brook, 2013; Manookian et al., 2015) พฤติกรรมการดูแลตนเองลดลง การแสดงออกถึงความต้องการพึ่งพาอันเนื่องจากคิดว่าตนเองยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ความรู้สึกไม่มั่นคง ไม่มั่นใจ และไม่ไว้วางใจเกี่ยวกับการย้าย บางทีอาจมีคำพูดที่พูดถึงการดูแลของพยาบาลหลังจากที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักหรือคำพูดที่แสดงถึงความไม่ปลอดภัยเกี่ยวกับการย้ายหรือสถานการณ์ที่เป็นอยู่ หรือมีคำพูดเกี่ยวกับความต้องการการดูแลที่มากขึ้น (Carpenito, 2013)

จะเห็นได้ว่าจากผลกระทบดังกล่าวข้างต้นนั้น ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและพฤติกรรมต่อผู้ป่วยอย่างมาก ดังนั้นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องมีการประเมินความวิตกกังวลก่อนการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก เพื่อที่จะได้ให้การดูแล รักษาพยาบาลและช่วยเหลือได้ทันและเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ความวิตกกังวลนั้นรุนแรงมากขึ้นจนก่อให้เกิดผลเสียหรืออันตรายต่อผู้ป่วยต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความวิตกกังวลจากการย้าย

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความวิตกกังวลจากการย้ายหรือเพื่อค้นหาความวิตกกังวลจากย้ายนั้น มีเครื่องมือในการประเมินหรือค้นหาทั้งที่เป็นเฉพาะโรคและประเมินความวิตกกังวลจากการย้ายในผู้ป่วยรวมทุกโรค โดยมีลักษณะดังนี้

1. แบบวัดความวิตกกังวลจากการย้ายจากไอซียู (The Pre-Post Transfer anxiety inventory [PP-TAI]) ซึ่งพัฒนาโดย วรรธกร รักอิสสระ (2547) โดยใช้แนวความคิดความวิตกกังวลจากการย้ายของ Leith (1998) เพื่อใช้วัดระดับความวิตกกังวลจากการย้ายภายใน 8 ชั่วโมงก่อนและหลังการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต เครื่องมือนี้ประกอบด้วย 2 ชุด คือ แบบวัดความวิตกกังวลก่อนการย้าย (Pre Transfer Anxiety Inventory [Pre-TAI]) และแบบวัดความวิตกกังวลหลังการย้าย (Post Transfer Anxiety Inventory [Post-TAI]) ซึ่งแต่ละชุดมีข้อคำถาม 30 ข้อ เครื่องมือทั้งสองชุดถูกออกแบบให้ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเอง โดยไม่จำกัดเวลา ใช้ประเมินความวิตกกังวลจากการย้ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต 2 ครั้ง ครั้งแรกจะประเมินในวันที่ย้ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตภายใน 8 ชั่วโมง และหลังจากย้ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตภายใน 8 ชั่วโมง ให้ระยะการวัดทั้ง 2 ครั้งห่างกัน 4 ชั่วโมง เครื่องมือนี้มีความตรงเชิงเนื้อหาโดยได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยการนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 รายและนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ซึ่ง Pre-TAI ได้ 0.80

และ Post-TAI ได้ 0.93

2. แบบวัดความวิตกกังวลจากการจำหน่ายจากหอบำบัดวิกฤต (Transfer anxiety inventory; TAI) ของ ณัฐิดา บุญมี (2556) โดยนำมาจากแบบความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากไอซียูของ วรรธกร รักอิสสระ (2547) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดความวิตกกังวลของ Leith (1998) มีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ใช้ประเมินความวิตกกังวลจากการจำหน่ายจากหอบำบัดวิกฤตก่อนที่ผู้ป่วยย้ายออกจากหอบำบัดวิกฤต

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดความวิตกกังวลจากการจำหน่ายจากหอบำบัดวิกฤตของ ณัฐิดา บุญมี (2556) ซึ่งนำมาจากแบบวัดความวิตกกังวลจากการย้ายจากไอซียูของ วรรธกร รักอิสสระ (2547) ที่สร้างขึ้นตามแนวความคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลจากการย้ายของ Leith (1998) เนื่องจากแบบวัดความวิตกกังวลจากการจำหน่ายออกจากหอบำบัดวิกฤตนี้ได้สร้างมาจากแนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลจากการย้ายและใช้วัดความวิตกกังวลจากย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักอย่างแท้จริงจึงมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก อีกทั้งเป็นแบบวัดที่มีความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นของแบบสอบถามที่น่าเชื่อถือ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้าย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก ในการศึกษานี้หมายถึง การย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีหลายปัจจัย แต่จากการทบทวนวรรณกรรมและจากแนวคิดความวิตกกังวลจากการย้ายของ Leith (1998) จะพบว่า มีหลายปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก แต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยที่จะศึกษาอันได้แก่ ระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยหนัก ความรุนแรงขอการเจ็บป่วย ตามการรับรู้ของผู้ป่วย และการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยทางด้านอาการที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต โดยการศึกษาของ Dunbar (1982 อ้างถึงใน Leith, 1998) ที่ทำการศึกษาความวิตกกังวลจากการย้ายในผู้ป่วยวิกฤตพบว่า ผู้ป่วยที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นเวลานานนั้นจะเกิดความวิตกกังวลจากการย้ายมากกว่าผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตระยะเวลาสั้นๆ และจากการศึกษาของ นภาพร นุ่มมีชัย (2550) พบว่าระยะเวลาการนอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล ($r = .28$, $p < .05$) ส่วนการศึกษาของ Jin-Hee et al. (2010) พบว่า ระยะเวลาการนอนรักษาใน

หอผู้ป่วยวิกฤตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต และสามารถร่วมทำนายการเกิดความวิตกกังวลจากการย้ายได้ ($r = .17$, $R^2 = .40$, $p < .05$)

ในขณะที่การศึกษาของ Brodsky-Israeli and DeKeyser-Ganz (2010) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายจากหอผู้ป่วยไอซียูไปหอผู้ป่วยทั่วไปพบว่า ระยะเวลาการรักษาในหอผู้ป่วยหนักมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลจากการย้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .21$, $p < .05$) อาจเนื่องมาจากเมื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมีระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ยาวนานทำให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมพยาบาลที่ดูแล เกิดความไว้วางใจเมื่อผู้ป่วยจะย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าจะต้องแยกออกจากพยาบาลที่ตนไว้ใจหรือสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับตนเอง รู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้งจากสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ทำให้รู้สึกไม่ปลอดภัย และเกิดความวิตกกังวลตามมา ซึ่งผู้ป่วยมีความเชื่อว่าเจ้าหน้าที่พยาบาล สิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยเป็นสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการปรับตัวของตน (Brodsky-Israeli & DeKeyser-Ganz, 2010) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันก็เช่นเดียวกัน ความวิตกกังจากการย้ายจะมีลักษณะเช่นเดียวกับผู้ป่วยวิกฤตโรคอื่น ๆ ที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตและมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง (Owen, Provine, & Stephenson, 1992 cited in Brooke, 2013)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันโดยทั่วไปแล้วมีระยะเวลาการนอนรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 3-5 วัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพและอาการของผู้ป่วยเป็นหลัก เมื่อผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตนานวันขึ้นเกิดความคุ้นเคยกับพยาบาลคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนัก เมื่อจะมีการย้ายออกจากหอผู้ป่วยทำให้เกิดความวิตกกังวลในพยาบาลที่จะมาดูแลตนเนื่องจากยังไม่คุ้นเคยและเกิดความวิตกกังวลในสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยทั่วไป กลัวไม่ปลอดภัยเพราะไม่มีอุปกรณ์เฝ้าติดตามอาการ ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น (Brooke, 2013)

2. ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนนั้นมีความรุนแรงเป็นปัจจัยหนึ่งในปัจจัยด้านบุคคล ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนมีความรุนแรงมากจะเกิดความวิตกกังวลจากการย้ายมากกว่าการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยนั้นรุนแรงน้อย (รุ่งนภา ธนูชาญ, 2558; Carpenito, 2013; Leith, 1998) ซึ่งความรุนแรงของความเจ็บป่วย ทำให้เพิ่มการรับรู้ว่าการย้ายเป็นความวิตกกังวล ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและลดความมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยถูกเตรียมตัวสำหรับการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไม่ดี ผู้ป่วยยังคงรู้สึกว่าเป็นผู้ป่วยหนัก และคาดหวังจะได้รับการดูแลและเฝ้าติดตามอาการ (Carpenito, 2013) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันเมื่อนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

จะได้รับการเฝ้าติดตามอย่างใกล้ชิด มีเครื่องเฝ้าติดตามตลอดเวลา มีคนคอยช่วยเหลือตลอดเวลา เนื่องจากไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองจากผลกระทบของโรคที่ทำให้แขนขาอ่อนแรงหรือพิการ ซึ่งยิ่งเพิ่มการรับรู้ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการเจ็บป่วยของตนรุนแรง เมื่อมีอาการคงที่ไม่จำเป็นต้องอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตแล้วสามารถย้ายออกไปหอผู้ป่วยทั่วไปเพื่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายแค่นั้น แต่ตัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันยังรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนนั้นยังรุนแรง เพราะยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยังต้องขอความช่วยเหลือจากพยาบาลและญาติอยู่ มีผลทำให้เกิดความวิตกกังวลเกิดขึ้นเมื่อต้องมีการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก (Brooke, 2013)

เครื่องมือที่ใช้วัดความรุนแรงของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยหนักหรือวิกฤตนั้นมีหลายเครื่องมือที่ซึ่งจะใช้วัดการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยของผู้ป่วยหนัก เช่น

1. แบบวัดความรุนแรงของความเจ็บป่วยของ นภาพร นุ่มมีชัย (2550) ที่ใช้วัดการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยวิกฤตเมื่อผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดความรุนแรงของความเจ็บป่วยของ สุมาพร บรรณสาร (2544) ที่สร้างขึ้นโดยใช้ฐานแนวคิดจากแบบวัดความเจ็บปวด แบบช่อง 11 ระดับคะแนน (11-Point Box Scale: BS-11) ของ Jensen et al. (1986 อ้างถึงใน นภาพร นุ่มมีชัย, 2550) ลักษณะของเครื่องมือนี้ กำหนดระดับความรุนแรงเป็น 11 ระดับ คือ 0-10 ซึ่งใช้ช่องความรุนแรงแทนระดับความรุนแรง ซึ่งมี 11 ช่อง โดยเริ่มจากระดับคะแนน 0 หมายถึง อาการไม่รุนแรงเลย ระดับ 5 หมายถึง อาการมีความรุนแรงปานกลาง ระดับคะแนน 10 หมายถึง อาการมีรุนแรงมากที่สุด

2. แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ของ ตวงทิพย์ บินไทยสงค์ (2555) โดยนำมาจากการศึกษา Shephard (2004) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาล่าช้าหลังเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นแบบประเมินการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analog) มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงแนวนอนความยาว 100 มิลลิเมตร ปลายซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์ ซึ่งหมายถึง รับรู้ว่าโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันไม่รุนแรง และปลายขวาสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 100 ซึ่งหมายถึง รับรู้ว่าโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันรุนแรงมากที่สุด

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยใช้แบบวัดความรุนแรงของความเจ็บป่วยของ ตวงทิพย์ บินไทยสงค์ (2555) โดยนำมาจากการศึกษา Shephard (2004) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาล่าช้าหลังเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

3. แบบประเมินสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านข้อมูลและอารมณ์นั้นเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางด้านสังคม จัดเป็นปัจจัยทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต (นภาพร นุ่มมีชัย, 2550; Brodsky-Israeli & DeKeyser-Ganz, 2010) ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคนเรา ช่วยให้การฟื้นฟูภายหลังเจ็บป่วยหรือแม้แต่ขณะเจ็บป่วย ช่วยลดภาวะวิกฤต ความเครียด และความวิตกกังวลได้

House (1981) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ความรักใคร่ ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนให้ข้อมูลป้อนกลับ ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ และการประเมินตนเองในสังคม และ House (1981) ยังได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน อันได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประมาณค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ซึ่งในการศึกษานี้ได้เลือกการสนับสนุนทางด้านข้อมูลและอารมณ์ ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยในระยะวิกฤตต้องการมากที่สุด โดยมีราย ละเอียดดังต่อไปนี้

การสนับสนุนด้านข้อมูล คือ การได้รับข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง เช่น แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัว ลักษณะทางพยาธิสภาพของโรค รวมทั้งคำแนะนำต่าง ๆ ในการปฏิบัติตัวเมื่อย้ายออกไปอยู่หอผู้ป่วยทั่วไป ลักษณะของหอผู้ป่วยทั่วไป ลักษณะการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยทั่วไป

การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ คือ การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ระบายความคับข้องใจต่าง ๆ จากทั้งแพทย์ พยาบาล และครอบครัว และญาติที่ดูแลผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักนั้นเป็นการให้ข้อมูลความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การชี้แนวทางเพื่อนำไปแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ และการให้ความรัก ความผูกพัน ความห่วงใย เห็นอกเห็นใจ ความไว้วางใจ การรับฟัง การดูแลเอาใจใส่ จากครอบครัว ญาติ และเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ อันได้แก่ แพทย์และพยาบาล ซึ่งถือได้ว่าเป็นการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักที่จะมีการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก การให้ข้อมูลที่ถูกต้องมีความกระจ่างชัดเจน ทำให้บุคคลรับรู้เหตุการณ์ที่ตรงตามความเป็นจริงและสามารถเผชิญความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม (Hurdle, 2001) ความวิตกกังวลจากการย้ายเกิดจากการที่บุคคลไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการย้ายหรือได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการย้ายที่น้อยมากหรือได้ไม่ครบถ้วน (Brooke et al., 2012; Leith, 1998; 1999) นอกจากนี้แล้วมีผู้ป่วยที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักบางรายเกิดความรู้สึกว่าถูกทอดทิ้งอย่างทันทีทันใด เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงและขาดความช่วยเหลือ รู้สึกว่า

ตนเองไม่มีความสำคัญ รู้สึกไม่แน่ใจในการแผนการรักษา ซึ่งเป็นความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบพร้อมกัน สาเหตุมาจากการขาดการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ซึ่งส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลจากการย้ายตามมา (Chaboyer et al., 2005)

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันก็เช่นเดียวกันกับผู้ป่วยหนักโรคอื่น ๆ เพราะจากลักษณะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในหอผู้ป่วยทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตน การสังเกตความผิดปกติต่าง ๆ ที่ต้องแจ้งให้กับพยาบาลได้ทราบ รวมไปถึงการมีญาติมาคอยให้กำลังใจ อยู่เป็นเพื่อน แสดงความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยตลอดเวลาทั้งก่อนย้ายและหลังย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางด้านข้อมูลและอารมณ์ทั้งจากแพทย์ พยาบาล และญาติผู้ดูแลจะทำให้ความวิตกกังวลจากการย้ายนั้นลดลงหรือหายไปได้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งภายหลังการเจ็บป่วยผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคม อย่างมากอยู่แล้ว เมื่อผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดีจากสังคมทั้งในระยะเฉียบพลัน ระยะหลังเฉียบพลัน ร่วมไปถึงระยะการฟื้นฟู ซึ่งส่งผลต่อการฟื้นหายของโรคทั้งนั้น และยังส่งผลต่อการลดความวิตกกังวลในระยะต่าง ๆ ได้ โดยเฉพาะความวิตกกังวลในระยะที่ต้องมีการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งส่งผลต่อการฟื้นหายรวมไปถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกายต่อไป

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม มีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมหลายชนิด เช่น

1. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Brown ซึ่ง กาญจนา บุญทับ (2534 อ้างถึงในนภาพร นุ่มมีชัย, 2550) แปลและเรียบเรียงมาจาก Brown ซึ่ง Brown สร้างแบบสอบถามชุดนี้ขึ้นโดยใช้แนวคิดในการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประมาณเปรียบเทียบ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของและบริการ มีข้อคำถามรวม 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 อันดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด 6 คะแนน และไม่พึงพอใจมากที่สุดได้ 1 คะแนน หาความเที่ยงโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81-.91

2. แบบสอบถามการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ของ นภาพร นุ่มมีชัย (2550) เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลและอารมณ์ของผู้ป่วยวิกฤตที่มีการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางด้านสังคมของสุนี สุวรรณพสุ (2544) ที่ใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Cobb (1976) และ

Jacobson (1986) ซึ่งแบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลและอารมณ์ของผู้ป่วยวิกฤต นี้มีทั้งหมด 2 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูล จำนวน 5 ข้อ และการสนับสนุนด้านอารมณ์ 10 ข้อ รวมเป็นข้อคำถาม 15 ข้อ คะแนนเต็มทั้งหมด 75 คะแนน มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .86

3. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกของ สายนาท พลไชโย (2543) ที่แปลและดัดแปลงมาจากแนวคิดเกี่ยวกับชนิดของการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981 อ้างถึงใน สายนาท พลไชโย, 2543) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งได้นำไปประเมินการรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกและเป็นแบบประเมินที่มีผู้วิจัยหลายผู้วิจัยได้นำแบบประเมินตามแนวคิดของ House ไปศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในหลายกลุ่มตัวอย่าง เช่น ในกลุ่มผู้เกษียณอายุ หญิงตั้งครรภ์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามมากกว่า .80

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกของ สายนาท พลไชโย (2543) เนื่องจากมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่มีภาวะอัมพาตครึ่งซีก ซึ่งมีความเปราะบางทางอารมณ์เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้และจากพยาธิสภาพของการเกิดโรคที่เหมือนกันและผลกระทบของโรคต่อร่างกายที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างเหมือนกัน จึงเลือกแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ สายนาท พลไชโย (2543) มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบบสอบแบบประเมินนี้ใช้ประเมินการสนับสนุนการได้รับการช่วยเหลือที่ผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกได้รับทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 6 ข้อ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร 8 ข้อ การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร 6 ข้อ การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ 5 ข้อ ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นมาตรส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย และไม่มีเลย และนำแบบประเมินไปทดลองใช้ในผู้ป่วยผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีก จำนวน 130 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบราคเท่ากับ .88 ซึ่งเป็นแบบประเมินที่มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องที่ดี และมีครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน แต่การศึกษาครั้งนี้ได้คัดเลือกมาเฉพาะการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าความต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์เป็นความต้องการของผู้ป่วยที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักต้องการเป็นอันดับแรก (นภาพร นุ่มมีชัย, 2550; Brodsky-Israeli & DeKeyser-Ganz, 2010; Leith, 1998)

จากจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นจะพบว่าโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันนั้นเป็นการเจ็บป่วยที่ถือได้ว่ามีภาวะวิกฤตและคุกคามต่อชีวิตต้องได้รับการรักษาที่มี

ประสิทธิภาพและรวดเร็ว โดยการเจ็บป่วยดังกล่าวส่งผลกระทบทั้งทางร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นแขนขาอ่อนแรง มีความบกพร่องทางการสื่อสาร ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และผลกระทบทางด้านจิตใจที่สำคัญนั้นได้แก่ ความวิตกกังวล ซึ่งความวิตกกังวลจะส่งผลต่อการฟื้นหายจากการเจ็บป่วยทางร่างกาย การศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ผ่านมานั้นมีการศึกษาเฉพาะในส่วนของความวิตกกังวลในระยะเฉียบพลันและความวิตกกังวลในระยะการฟื้นฟูเท่านั้น แต่การศึกษาในระยะที่ผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักยังมีการศึกษาน้อย ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วย อันได้แก่ ปัจจัยทางด้านระยะเวลาการนอนรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางด้านข้อมูลและอารมณ์นั้นมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มโรคทางอายุรกรรมอื่น ๆ เท่านั้น ซึ่งอาจทำให้เกิดข้อจำกัดทางด้านความรู้ที่จะนำไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันเพื่อลดความวิตกกังวลจากการย้ายต่อไปในอนาคตได้ เพราะฉะนั้นพยาบาลให้หอผู้ป่วยหนักไม่ว่าจะเป็นหอผู้ป่วยหนักประเภทใดก็ตามไม่ควรมองข้ามความวิตกกังวลจากการย้ายเพราะความวิตกกังวลดังกล่าว มีผลต่อการฟื้นหายของผู้ป่วยเมื่อมีการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก และส่งผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจและพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งอาการดังกล่าวอาจส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอีกได้

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วย และการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งมีรายละเอียดในการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันชนิดตีบหรืออุดตันและโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) แล้วย้ายไปหอผู้ป่วยอายุรกรรม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันชนิดตีบหรืออุดตันและโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว ที่ได้จากการวินิจฉัยของแพทย์ โดยมีคุณสมบัติตามที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) อย่างน้อย 24 ชั่วโมง และย้ายมาหอผู้ป่วยผู้ป่วยอายุรกรรมแล้วไม่เกิน 12 ชั่วโมง
2. อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย
3. ระดับความรู้สึกตัวดี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล โดยประเมินได้จากการสอบถามวัน เวลา สถานที่ และบุคคล
4. สามารถพูดและสื่อสารภาษาไทยได้ดี
5. มีอาการคงที่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ไม่มีภาวะเลือดออกในสมองหลังจากได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเกิดขึ้นในระหว่างให้การรักษา

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) สำหรับการใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดการทดสอบสมมติฐานเป็นสองทาง (Two-tailed test) กำหนดขนาดอิทธิพล .30 เป็นขนาดอิทธิพลปานกลาง โดยขนาดอิทธิพลที่ .2-.3

เป็นที่ยอมรับได้ในการศึกษาหาความสัมพันธ์ในวิจัยทางการพยาบาล (Polit & Hungler, 2004) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน .05 และอำนาจการทดสอบ .80 จำนวนตัวแปร 3 ตัวแปร ทำการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power 3 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 82 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยผู้วิจัยทำการสำรวจจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่มีทั้งหมดในแต่ละวันที่ทำการเก็บตัวอย่าง จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันในแต่ละวันมีจำนวนไม่แน่นอน หลังจากนั้นทำการคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดและเมื่อผู้ป่วยรายใดมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดใส่หมายเลขลำดับให้เป็นลำดับที่ 1, 2, 3, 4, 5 ไปเรื่อย ๆ ตามจำนวนผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับฉลากหมายเลขลำดับที่ใส่กำกับไว้ ซึ่งฉลากเขียนระหว่างเลขคู่หรือเลขคี่ของหมายเลขลำดับที่ใส่ไว้ เมื่อจับฉลากได้เลขคู่หรือเลขคี่แล้วจึงทำการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละวัน โดยผู้วิจัยทำการสุ่มแบบนี้ทุกครั้งในการเก็บข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดคือ 82 ราย ถ้ามีผู้ป่วยเพียงคนเดียวที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดในวันที่ทำการเก็บตัวอย่างให้ถือว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างและทำการเก็บข้อมูลได้เลย ผู้ป่วยที่ถูกสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้วจะไม่ถูกสุ่มอีก

สถานที่ในการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันชนิดตีบหรืออุดตันและแตก รวมไปถึงโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว โรคทางระบบประสาททุกชนิดที่เป็นทั้งอายุรกรรมและศัลยกรรมทางระบบประสาท รับดูแลผู้ป่วยทั้งชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป มีแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมระบบประสาทตลอด 24 ชั่วโมง หอผู้ป่วยอายุรกรรมจะรับดูแลผู้ป่วยที่ย้ายมาจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit)

หอผู้ป่วยอายุรกรรมที่เป็นสถานที่ในการศึกษาครั้งนี้ จะรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ย้ายมาจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นหลัก หรือผู้ป่วยโรคอายุรกรรมทั่วไป ในกรณีที่จำนวนเตียงในหอผู้ป่วยอายุรกรรมอื่นเต็ม และมีจำนวนเตียงว่างพอที่จะรับผู้ป่วยอายุรกรรมอื่น ๆ ได้ ซึ่งหอผู้ป่วยอายุรกรรม มีจำนวนเตียงทั้งหมด 12 เตียง พยาบาลที่ดูแลเป็นพยาบาลที่เป็นพยาบาลชุดเดียวกันกับพยาบาลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะผลัดเปลี่ยนกันตามการมอบหมายงาน และจะดูแลผู้ป่วยในอัตราพยาบาลต่อผู้ป่วย 1: 4 โดยมีผู้ช่วยพยาบาล 1 คน

การดูแลผู้ป่วยจะเน้นไปทางด้านการพยาบาลที่ต่อเนื่องจากหอผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การติดต่อประสานงาน การทำกายภาพบำบัด การฝึกการดูแลผู้ป่วยให้กับญาติและสำคัญคือ การวางแผนการดูแลที่บ้านร่วมกับญาติ (Discharge plan)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด 4 ส่วน คือ

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลส่วนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพ รวม 5 ข้อ โดยผู้วิจัยอ่านข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างและบันทึกคำตอบตามที่กลุ่มตัวอย่างตอบ

1.2 ข้อมูลส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ผู้วิจัยรวบรวมจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย มีลักษณะให้เติมข้อความลงในช่องว่าง ประกอบด้วยประวัติโรคประจำตัว ประสบการณ์ที่เคยเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก เวลาที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เวลาที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก จำนวนชั่วโมงในการนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก ตำแหน่งของพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความรุนแรงของโรคที่ได้จากการประเมินของแพทย์ (NIHSS) จำนวน 8 ข้อ

2. แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบวัดความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดความวิตกกังวลจากการจำหน่ายจากหอบำบัดวิกฤตของ ณัฐิดา บุญมี (2556) ซึ่งนำมาจากแบบวัดความวิตกกังวลก่อนการย้ายออกจากไอซียูของ วรรธกร รักอิสสระ (2547) ที่ได้สร้างขึ้นตามแนวคิดความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของ Leith (1998) โดยมีรายงานค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .90 และมีค่าความเชื่อมั่นโดยนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ของแบบสอบถามเท่ากับ .80 (วรรธกร รักอิสสระ, 2547) หลังจากนั้น ณัฐิดา บุญมี (2556) นำแบบวัดความวิตกกังวลจากการจำหน่ายจากหอบำบัดวิกฤตไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ทำให้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) เท่ากับ .85 ซึ่งมีความตรงเชิงเนื้อหาผ่านเกณฑ์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่สอดคล้องกันอย่างน้อยร้อยละ 80 โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตดังกล่าวมาใช้โดยไม่ได้มีการดัดแปลงใดๆ ก่อนนำไปใช้ผู้วิจัยนำแบบวัดความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .83 ซึ่งลักษณะของแบบวัดความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก เป็นมาตราประเมินค่าแบบลิเกิต (Likert's scale) แบบสัมภาษณ์นี้มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 30 ข้อ มีคะแนนคำตอบ 5 ระดับ คือ

ข้อความที่เป็นลบ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11,13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 และ 30 ให้ค่าคะแนนดังนี้

5 หมายถึงข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมากที่สุด

4 หมายถึงข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมาก

3 หมายถึงข้อความนั้นเฉย ๆ หรือไม่แน่ใจ

2 หมายถึงข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกมาก

1 หมายถึงข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด

ข้อความที่เป็นบวก ได้แก่ ข้อคำถามที่ 9, 12, 17 และ 19 ให้ค่าคะแนนดังนี้

1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมากที่สุด

2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมาก

3 หมายถึง ข้อความนั้นเฉย ๆ หรือไม่แน่ใจ

4 หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกมาก

5 หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด

คะแนนโดยรวมจะมีค่าคะแนนตั้งแต่ 30 คะแนน ถึง 150 คะแนน การแปลความหมายคะแนนความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก มีเกณฑ์ในการคิดค่าคะแนนจาก คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด/ จำนวนชั้น (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553) ดังนี้

คะแนน 121-150 คะแนน หมายถึง ความวิตกกังวลจากการย้ายอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนน 91-120 คะแนน หมายถึง ความวิตกกังวลจากการย้ายอยู่ในระดับมาก

คะแนน 61-90 คะแนน หมายถึง ความวิตกกังวลจากการย้ายอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 30-60 คะแนน หมายถึง ความวิตกกังวลจากการย้ายอยู่ในระดับน้อย

3. แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันของ ตวงทิพย์ บินไทยสงค์ (2555) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน นำมาจากการศึกษา Shephard (2004) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับ

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาล่าช้าหลังเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน โดยมีความตรงเชิงเนื้อหาที่ผ่านเกณฑ์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตรงกันอย่างน้อยร้อยละ 80 แล้ว และหาค่าความความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันได้ เท่ากับ 0.95 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันนี้ เป็นแบบประเมินการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analog scale) มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงแนวนอนความยาว 100 มิลลิเมตร ปลายซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์ หมายถึง รับรู้ว่าโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันไม่รุนแรงและปลายขวาสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 100 หมายถึง รับรู้ว่าโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันรุนแรงมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน ค่าคะแนนได้จากการวัดความยาวจากตำแหน่งซ้ายสุดของมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นไปถึงตำแหน่งที่กลุ่มตัวอย่างทำเครื่องหมาย X ตัดลงบนเส้นตรงคะแนนแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าตั้งแต่ 0-100 คะแนน โดยแปลผลการให้คะแนน ดังนี้ (ตวงทิพย์ บินไทยสงค์, 2555)

0-33 คะแนน หมายถึงรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับต่ำ

34-66 คะแนน หมายถึงรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง

67 คะแนนขึ้นไป หมายถึงรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก

4. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกของ สายนาท พลไชโย (2543) แปลและดัดแปลงมาจากแนวคิดการสนับสนุนด้านสังคมของ House (1981) ที่ใช้ประเมินการรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุอัมพาตครึ่งซีก มีทั้งหมด 4 ด้าน รวม 25 ข้อ เป็นด้านบวกทั้งหมด มีรายงานความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากการนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.87

เพื่อให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของ สายนาท พลไชโย (2543) มาเพียง 2 ด้าน คือ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ เนื่องจาก จากการทบทวนพบว่าการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์เป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยวิกฤตต้องการมากที่สุดเมื่อมีการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก (นภาพร นุ่มมีชัย, 2550; Brodsky-Israeli & DeKeyser-Ganz, 2010) โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงและปรับปรุงข้อคำถามของแบบสัมภาษณ์การรับรู้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ของ สายนาท พลไชโย (2543) จนทำให้ได้แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อใช้วัดการรับรู้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลและอารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางด้านข้อมูลและอารมณ์นี้ มีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อคำถาม เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด แบ่งเป็น

1. การสนับสนุนด้านข้อมูล มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-7
2. การสนับสนุนด้านอารมณ์ มีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 9-16

เกณฑ์การให้คะแนนนั้นเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แต่ละข้อคำถามมีคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนทั้งหมด 80 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 5 เห็นด้วย ให้คะแนน 4 ไม่แน่ใจ ให้คะแนน 3 ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 2 และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 1 โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 16-80 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการคิดค่าคะแนนจาก คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด/ จำนวนชั้น (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553) สรุปผล 4 ระดับ ดังนี้

65-80 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางด้านข้อมูลและอารมณ์ในระดับสูงมาก
49-64 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางด้านข้อมูลและอารมณ์ในระดับสูง
33-48 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางด้านข้อมูลและอารมณ์ในระดับปานกลาง
16-32 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางด้านข้อมูลและอารมณ์ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบไปด้วย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด 2 ท่าน พยาบาลชำนาญการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดสมอง

จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลชำนาญการที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) จำนวน 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความสอดคล้อง และความถูกต้องของเนื้อหาให้ครอบคลุม มีความชัดเจน มีความเหมาะสมของคำถามก่อนนำไปทดลองใช้ โดยใช้สูตรดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ ผลรวมจำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นที่ระดับ 3 และ 4 หารด้วยจำนวนข้อคำถาม ในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์เท่ากับ 0.91 ส่วนแบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของความโรคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้วิจัยไม่ได้มีการหาความตรงเชิงเนื้อหาเพราะไม่ได้มีการดัดแปลงใด ๆ เนื่องจากมีความเหมาะสมของเนื้อหาแล้ว

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและแบบสัมภาษณ์การสนับด้านข้อมูลและอารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้หาความเชื่อมั่นซ้ำข้อมูลที่ได้จริงทั้งหมด (n = 82) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ .86 ความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์เท่ากับ .80 ส่วนแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ทำการหาความเชื่อมั่นโดยใช้การคำนวณวิธีการวัดซ้ำ (Test retest method) โดยใช้วัดประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันกับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง 2 ครั้ง โดยวัดครั้งที่ 2 ห่างกับครั้งแรก 1 วัน แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน เท่ากับ 0.93

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามลำดับ ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำเค้าโครงวิทยานิพนธ์พร้อมเครื่องมือการวิจัย เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2. เมื่อเค้าโครงวิทยานิพนธ์ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรม ระดับบัณฑิตศึกษาของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว โดยมีรหัส 03-05-2559 ผู้วิจัยนำเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยเสนอต่อคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 2 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พิจารณาและตรวจสอบความเหมาะสม

3. เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 2 มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์ โดยมีหนังสือรับรองเลขที่ 062/ 2559 ผู้วิจัยได้นำเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล

4. เมื่อได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่ทำการเก็บข้อมูล โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้รับทราบ โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการทำวิจัย พร้อมทั้งมีการชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการที่จะตอบรับหรือการปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลต่อการบริการพยาบาล หรือการบำบัดรักษาแต่อย่างใด

5. ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยอธิบายถึงความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะได้รับ เช่น ผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น สัญญาณชีพมีการเปลี่ยนแปลง หรืออาการแสดงอื่นที่บ่งบอกถึงความไม่สุขสบายของผู้ป่วย ซึ่งในส่วนนี้จะผู้วิจัยจะหยุดการทำแบบสัมภาษณ์ก่อน แจ้งให้กับพยาบาลได้ทราบ เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยและสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ตามมาตรฐานการพยาบาลของโรงพยาบาล จนกระทั่งผู้ป่วยสบายใจหรือหายความวิตกกังวล ระดับสัญญาณชีพกลับมาปกติหรืออาการไม่สุขสบายต่าง ๆ หายไป จึงให้ผู้ป่วยกลับมาทำแบบสัมภาษณ์ต่อ โดยในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการดังกล่าวข้างต้น กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา และเมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์ และตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมทำการวิจัย

6. ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลและเผยแพร่ผลการวิจัยต่าง ๆ โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยทราบเฉพาะ

ผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย ไปหลังจากตีพิมพ์แล้ว 1 ปี และหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ สามารถที่สอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์ ชุดที่ 2 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม (Stroke unit) ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ที่ย้ายออกมาจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิน 12 ชั่วโมง ตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยมีการสำรวจผู้ป่วยและคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อนำเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยการจับฉลากเลขคู่-เลขคี่ โดยนำรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามกำหนดมาใส่หมายเลขลำดับ 1, 2, 3, 4 ไปเรื่อย ๆ ตามจำนวนผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติกำหนดในแต่ละวัน เช่น ถ้าจับฉลากวันนั้นได้เลขคู่ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่มีลำดับเลขคู่ในวันนั้น และในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย เพื่อทำการเก็บข้อมูล โดยทำการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ และให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่บังคับ อธิบายขั้นตอนในการทำแบบสัมภาษณ์แต่ละส่วนอย่างละเอียดจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และให้ผู้ป่วยได้ทำแบบสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ให้กับกลุ่มตัวอย่างฟัง โดยปราศจากการชี้นำเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบ แล้วบันทึกคำตอบของกลุ่มตัวอย่างลงในแบบสัมภาษณ์ที่ได้ตามความเป็นจริง และทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ข้างเตียงผู้ป่วยตัวต่อตัว ไม่มีญาติหรือบุคคลอื่นรบกวน เพื่อเป็นการลดสิ่งที่จะมีอิทธิพลต่อการตอบแบบสอบสัมภาษณ์ของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นจากผู้มาเยี่ยม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายจะใช้เวลาประมาณ 30-45 นาทีในการตอบแบบสัมภาษณ์ทั้ง 4 ชุด

2.3 ในระหว่างที่ทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างมีอาการแสดงถึงความไม่สุขสบาย หรือมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น หรือไม่พร้อมที่จะตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะยุติการตอบแบบสัมภาษณ์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้พัก และรอจนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างพร้อมในการตอบแบบสัมภาษณ์ต่อไป

2.4 ดำเนินการ เช่น ข้อ 2.1-2.3 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 82 ราย ซึ่งในการเก็บข้อมูลครั้งนี้มีผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบและเป็นกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ย 2-4 รายต่อวัน และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องอีกครั้ง ก่อนนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้ครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติโรคประจำตัว ประสบการณ์ที่เคยเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก ตำแหน่งของพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง และความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่ได้จากการประเมินของแพทย์ (NIHSS) นำไปแจกแจงความถี่ แสดงจำนวน ร้อยละ

2. วิเคราะห์อายุ ความรุนแรงของความเจ็บป่วย จำนวนชั่วโมงการนอนในหอผู้ป่วยหนัก นำมาหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

3. วิเคราะห์ความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ นำมาหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

4. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก โดยใช้สถิติสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีข้อตกลงของสถิติ ดังนี้ (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2555)

4.1 ตัวแปรทั้งสองตัวมีการวัดที่ระดับ Interval หรือ Ratio

4.2 กลุ่มตัวอย่างมีการสุ่มมาจากประชากร (Random sampling)

4.3 ข้อมูลของตัวแปรอย่างน้อยหนึ่งตัวมีการกระจายเป็นแบบปกติ (Normal distribution)

4.4 ที่ระดับค่าหนึ่ง ๆ ของตัวแปรที่หนึ่ง จะมีการกระจายของอีกตัวแปรหนึ่งเท่ากันหรือมีความแปรปรวนเท่ากัน (Homoscedasticity)

4.5 ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship)

โดยพิจารณาแบ่งระดับความสัมพันธ์ออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Burns and Grove (2009) ได้แก่

r มีค่าตั้งแต่ .1 ถึง .29 แสดงถึง การมีความสัมพันธ์ต่ำ

r มีค่าตั้งแต่ .3 ถึง .5 แสดงถึง การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

r สูงกว่า .5 ถึง 1 แสดงถึง การมีความสัมพันธ์ระดับสูง

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยหนัก ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางด้านข้อมูลและอารมณ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปยังหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 82 ราย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอผลเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลจำนวนชั่งโมงในการนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 5 ข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

ส่วนที่ 6 ข้อมูลการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์

ส่วนที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วย ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและอาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด แสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 82)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	53	64.6
หญิง	29	35.4
อายุ		
20-40 ปี	7	8.5
41-60 ปี	36	43.9
61 ปีขึ้นไป	39	47.6
M = 56.99, SD = 10.70, Min = 23, Max = 73		
สถานภาพสมรส		
โสด	8	9.8
คู่	71	86.6
หม้าย	1	1.2
หย่า	1	1.2
แยกกันอยู่	1	1.2
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	36	43.9
มัธยมศึกษา	25	30.5
ปริญญาตรี	9	11
สูงกว่าปริญญาตรี	1	1.2
อื่น ๆ	11	13.4
อาชีพ		
นักเรียน/ นักศึกษา	3	3.7
ธุรกิจส่วนตัว/ ค้าขาย	15	18.3
พนักงานบริษัท/ ลูกจ้าง	27	32.9
ข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	9	11

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เกษตรกร	6	7.3
ไม่มีอาชีพ	22	26.8

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 64.6) อายุเฉลี่ย 56.99 (*SD* = 10.70) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 86.6) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 43.9) มีอาชีพส่วนใหญ่เป็นพนักงานบริษัท/ ลูกจ้าง (ร้อยละ 32.9)

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา โดยข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบไปด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับโรคประจำตัว ประสบการณ์การนอนในหอผู้ป่วยหนัก ตำแหน่งพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง ระดับความรุนแรงของโรค (NIHSS) การรักษาที่ได้รับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุดของข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา (*n* = 82)

ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติโรคประจำตัว		
ไม่มี	21	25.6
มี	61	74.4
เบาหวาน	24	29.3
ความดันโลหิตสูง	53	64.6
ไขมันในเลือดสูง	29	35.4
โรคหัวใจ	8	9.8
โรคไต	2	2.4
Old CVA	18	22
อื่น ๆ (Migraine, Gout, Thyroid)	3	3.7

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์การเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก		
ไม่เคย	59	71.9
เคย	23	28.1
1 ครั้ง	16	19.6
2 ครั้ง	5	6.1
3 ครั้ง	2	2.4
ตำแหน่งพยาธิสภาพ		
ไม่ระบุตำแหน่งพยาธิสภาพ	30	36.6
Lt MCA	21	25.6
Rt MCA	24	29.3
Lt and Rt MCA	4	4.9
Lacunar	2	2.4
Multiples	1	1.2
อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง		
TIA (Transient Ischemic Attack)	21	25.6
Progressive stroke	49	59.7
Complete stroke	12	14.6
ระดับความรุนแรงของโรค (NIHSS) (คะแนน)		
0-5	56	68.3
6-10	18	22
11-15	6	7.3
ตั้งแต่ 16 ขึ้นไป	2	2.4
M = 5.33, SD = 3.79, Min = 0, Max = 19		

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว (โรคร่วม) ร้อยละ 74.4 เป็นความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน Old CVA ร้อยละ 64.6, 35.4 และ 29.3 และ 22 ตามลำดับ ไม่เคยนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก (ร้อยละ 71.9) โดยเคยนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน

1 ครั้ง (ร้อยละ 19.6) ตำแหน่งพยาธิสภาพที่พบมากสุด คือ Rt MCA (ร้อยละ 29.3) รองลงมาเป็น Lt MCA (ร้อยละ 25.6) และไม่สามารถระบุตำแหน่งพยาธิสภาพได้ ร้อยละ 36.6 มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ก้าวหน้าขึ้น (Progressive stroke) ร้อยละ 59.7 อาการของโรคหลอดเลือดสมองชั่วคราว ร้อยละ 25.6 ระดับความรุนแรงของโรคที่ได้จากการประเมินโดยแพทย์เมื่อมารับการรักษา (NIHSS) คะแนน 0-5 คะแนน ร้อยละ 68.3 (M = 5.33, SD = 3.79)

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการหาจำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ดังแสดงไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 82)

ความวิตกกังวลจากการย้าย	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**	**พิสัย**		***M***	***SD***
			ที่เป็นไปได้	**ที่เป็นจริง**		
ระดับน้อย	3	3.7	30-60	55-60	58.33	2.87
ระดับปานกลาง	75	91.5	61-90	62-89	76.29	6.38
ระดับสูง	4	4.9	91-120	93-100	95.75	3.40
ระดับสูงมาก	-	-	-	-	-	-
รวม	82	100	30-150	55-100	76.59	8.27

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ร้อยละ 91.5 มีความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลจากการย้ายโดยรวมเท่ากับ 76.59 (SD = 8.27)

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์จำนวนชั่วโมงในการนอนรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยวิเคราะห์หา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย คำต่ำสุดและค่าสูงสุดของจำนวนชั่วโมงในการนอนในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 82)

จำนวนชั่วโมงในการนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	**จำนวน**	**ร้อยละ**
24-48	63	76.8
49-72	15	18.3
73 ขึ้นไป	4	4.9
M = 39.30, SD = 16.83, Min = 25, Max = 93		

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ร้อยละ 76.8 นอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่าง 24-48 ชั่วโมง โดยมีชั่วโมงเฉลี่ยการนอนเท่ากับ 39.3 ชั่วโมง (SD = 16.83)

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันโดยหาจำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย (n = 82)

การรับรู้ความรุนแรงความเจ็บป่วย	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**	**พิสัย**		***M***	***SD***
			ที่เป็นไปได้	**ที่เป็นจริง**		
ระดับน้อย	17	20.7	0-33	10-33	21.65	8.96
ระดับปานกลาง	39	47.6	34-66	32-65	49.93	9.16
ระดับสูง	26	31.7	67-100	67-100	84.73	12.55
รวม	82	100	0-100	10-100	55.32	25.06

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันในระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.6) โดยมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันโดยรวม เท่ากับ 55.32 (SD = 25.06)

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ จำแนก ดังแสดงไว้ในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ (n = 82)

การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**	**พิสัย**		***M***	***SD***
			ที่เป็นไปได้	**ที่เป็นจริง**		
ระดับน้อย	-	-	-	-	-	-
ระดับปานกลาง	2	2.4	33-48	44-46	45	1.41
ระดับสูง	78	95.1	49-64	50-64	56.91	2.57
ระดับสูงมาก	2	2.4	65-80	69-70	69.5	0.71
รวม	82	100	16-80	40-70	57.06	3.51

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันมีการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์จากแพทย์ พยาบาล สมาชิกในครอบครัวและญาติผู้ดูแลในระดับสูง ร้อยละ 95.1 โดยมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 57.06 (SD = 3.51)

ส่วนที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วย ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติก่อนทำการวิเคราะห์สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า คะแนนของความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น คือ ตัวแปรมีการวัดที่ระดับ Interval หรือ Ratio กลุ่มตัวอย่างมีการสุ่มมาจากประชากร ตัวแปรมีค่าต่อเนื่อง ตัวแปรมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ และมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ส่วนตัวแปรระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ จึงวิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficients) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วย ความรุนแรงของความเจ็บป่วย สนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	*p*-value
ระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วย	.191	.085
ความรุนแรงของความเจ็บป่วย	.343	.002
การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์	-.029	.799

จากตารางที่ 7 พบว่า ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .343, p < .002$) ส่วนระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วย การสนับสนุนข้อมูลและด้านอารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วย ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันชนิดตีบหรืออุดตันและโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว จำนวน 82 ราย ที่ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย และเข้ารับการนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) แล้วย้ายไปหอผู้ป่วยอายุรกรรมของศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน และส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ผู้วิจัยได้คัดเลือกแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ สายนาท พลไชโย (2543) มาเพียง 2 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านข้อมูลและการสนับสนุนด้านอารมณ์ มาวัดการรับรู้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งได้มีการดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ได้ค่าเท่ากับ .91 ได้นำมาปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยวิธีวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าดังนี้ แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ .86 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน เท่ากับ .93 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ .80

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์สถิติ ซึ่งสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และค่าสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman’s rank correlation

coefficients) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 64.6 พบมากที่สุดในช่วงอายุ 61 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 47.6) โดยมีอายุน้อยที่สุด 23 ปี และอายุมากที่สุด 73 ปี (M = 56.99, SD = 10.70) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 86.6) ส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 43.9) โดยมีอาชีพเป็นพนักงานบริษัท/ ลูกจ้าง (ร้อยละ 32.9)

ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา

กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว (โรคร่วม) เป็นความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน และ Old CVA ร้อยละ 64.6, 35.4, 29.3 และ 22 ตามลำดับ เคยนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก ร้อยละ 28.1 โดยจำนวนครั้งของการนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก คือ 1 ครั้ง (ร้อยละ 19.5) ตำแหน่งพยาธิสภาพที่พบมากที่สุด คือ Rt MCA (ร้อยละ 29.3) มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ก้าวหน้าขึ้น (Progressive stroke) ร้อยละ 59.7 และอาการของโรคหลอดเลือดสมองชั่วคราว ร้อยละ 25.6 ระดับความรุนแรงของโรคตามการประเมินของแพทย์ (NIHSS) เฉลี่ย 5.33 คะแนน

ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา

ข้อมูลความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า มีระดับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง (ร้อยละ 91.5) มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม 76.59 (SD = 8.27)

กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.6 รับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับมาก ร้อยละ 31.7 และรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับน้อย ร้อยละ 20.7

กลุ่มตัวอย่าง 82 ราย นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉลี่ย 39.30 ชั่วโมง โดยมีระยะเวลาการนอนต่ำสุด 25 ชั่วโมง และมากสุด 93 ชั่วโมง

กลุ่มตัวอย่างรับรู้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในระดับสูง 95.1 โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวม 57.06 (SD = 3.51)

ข้อมูลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยมี

ความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .343, p < .01) ส่วนระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วย การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ไม่มีมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วย ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

1. ความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันมีความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง (ร้อยละ 91.5) โดยมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 76.59 (SD = 6.38) และร้อยละ 4.90 มีความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 95.8 (SD = 3.40) เนื่องจากในการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 59.7 มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันจะมีอาการและอาการแสดงของโรคเป็นแบบโรคหลอดเลือดสมองที่ก้าวหน้าขึ้น (Progressive stroke) คือ อาการของโรคหลอดเลือดสมองที่มากขึ้นเรื่อย ๆ เป็นชั่วโมง แต่เมื่อได้รับการรักษาและนอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจนมีอาการคงที่และไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ผู้ป่วยจึงจะสามารถที่จะย้ายออกจากหอผู้ป่วยได้ ซึ่งแสดงว่าอาการของโรคนั้นดีขึ้นและทุเลาลง จึงทำให้ผู้ป่วยความวิตกกังวลก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว (TIA) ร้อยละ 25.6 ซึ่งเกิดจากสมองบางส่วนขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว อาการผิดปกติทางระบบประสาทจะหายไป ซึ่งโดยส่วนใหญ่อาการจะเป็นประมาณ 30 นาที และจะหายเป็นปกติภายใน 24 ชั่วโมง (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555) โดยส่วนมากเมื่อจะย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาการและอาการแสดงของโรคก็หายไปแล้วจึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลจากการย้ายในระดับปานกลางได้เช่นกัน

นอกจากนี้แล้วยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง อาจมีสาเหตุจากองค์ประกอบด้านอื่น ๆ เช่น

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 64.6 และมีอายุเฉลี่ย 56.99 ปี ซึ่งเป็นอายุที่อยู่ในช่วงวัยทำงาน ต้องทำงานเป็นหัวหน้าครอบครัว เมื่อมีภาวะโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันนั้นผู้ป่วยจะมีความรู้สึกวิตกกังวลโดยเฉพาะวิตกกังวลกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทันทีทันใด จากคนที่มีอาการปรกติ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ กลับกลายเป็นคนที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว ทำอะไรต้องคอยขอความช่วยเหลือจากคนอื่น และเป็นกังวลกลัวการเป็นภาระ สูญเสียภาพลักษณ์ สูญเสียความมั่นใจ (นภาดา สุขกฤต, 2553) ซึ่งปัญหาเหล่านี้เมื่อต้องมีการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก ในขณะที่อาการยังไม่ดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยคิดว่าอาการตนเองยังรุนแรงอยู่ และไม่รู้ว่าหอผู้ป่วยที่ตนจะย้ายไปมีความปลอดภัยสำหรับตนเองหรือไม่ ยิ่งจะกระตุ้นส่งเสริมให้เกิดความวิตกกังวลที่สัมพันธ์กับการย้ายนั้นเกิดขึ้นได้

ถ้าพิจารณาจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47.6 มีอายุในช่วง 61 ปีขึ้นไป ซึ่งอยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวลมากกว่าคนที่อยู่ในวัยอื่น (Barker-Collo, 2007) เนื่องจากคนที่มีอายุมากขึ้น กระบวนการคิดและการจัดการปัญหาหรือแม้กระทั่งการเผชิญปัญหาและเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนจะสามารถทำได้ไม่ดีเท่ากับคนที่อายุน้อยกว่า เมื่อมีการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักอย่างทันทีทันใด หรือมีการเตรียมการย้ายไม่เพียงพอ ยิ่งจะส่งผลกระทบให้เกิดความวิตกกังวลที่เกี่ยวกับการย้ายมากขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ (Leith, 1999) นอกจากนี้แล้วจะพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25.6 มีอาการของโรคเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient ischemic attack) และส่วนมากอาการของโรคนั้นหายไป ภายใน 24 ชั่วโมง หรือก่อนที่จะมีการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแล้วทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลางได้

2. ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วย ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่า ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในขณะที่ระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วย การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งสามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

2.1 ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .343, p < 0.01) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย และสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองยังมีความรุนแรงอยู่ ยังรู้สึกว่าอาการยังไม่ดีขึ้น และไม่ดีพอที่จะย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักได้ จะยิ่งส่งผลทำให้ระดับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักนั้นสูงขึ้น จากคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีระดับคะแนนการรับรู้ความรุนแรงความเจ็บป่วยในระปานกลาง ร้อยละ 47.6 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 55.32 (*SD* = 25.06) และจากผลการวิจัยยังพบอีกว่า ผู้ป่วยที่มีคะแนนรวมความวิตกกังวลจากย้ายสูงก็มีคะแนนรวมของการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยสูงเช่นกัน คือ มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเท่ากับ 100 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 อธิบายได้ว่า ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเป็นความรุนแรงตามการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับโรค ความรุนแรงของโรค การรักษา ประสบการณ์ ความเชื่อ ข้อมูลที่ได้ในระหว่างการรักษา (ฐิติพร ปฐมจารุวัฒน์, 2556)

จากข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างยังพบว่า ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Old CVA) ร้อยละ 22 ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง เพราะจากประสบการณ์การเจ็บป่วยของตัวผู้ป่วยเองประเมินว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเป็นโรคที่รักษาให้หายได้ ไม่มีความรุนแรงมาก มีโอกาสเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้น้อย เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าความเจ็บป่วยของตนเองไม่มีความรุนแรงมากหรือรุนแรงในระดับปานกลางจึงส่งผลให้ความวิตกกังวลมีระดับปานกลางหรือน้อยได้เช่นกัน (Leith, 1999) และจากผลการวิจัยยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25.6 มีอาการของโรคเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient ischemic attack) และส่วนมากอาการของโรคนั้นหายไปภายใน 24 ชั่วโมงหรือก่อนที่จะมีการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันในระดับน้อยหรือปานกลาง ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมทางด้านจิตวิทยาของผู้ป่วย โดยส่วนมากจะแสดงออกไปทางด้านลบ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล (Becker et al., 1977 อ้างถึงใน ศุภกานต์ นุสรณ์รัมย์, 2557) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคปานกลางหรือสูงจะทำให้ความวิตกกังวลนั้นสูงหรือปานกลางได้เช่นกัน

จากการศึกษาของ Leith (1999) อธิบายไว้ว่า ความวิตกกังวลจากการย้ายจะขึ้นอยู่กับการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการย้าย ถ้าผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าการย้ายเป็นเรื่องดี แสดงถึงความก้าวหน้าของโรค รู้สึกว่าอาการของตนดีขึ้นแล้วก็จะทำให้ความวิตกกังวลจากการย้ายอยู่ในระดับต่ำ แต่ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับการย้ายด้านลบ รับรู้และประเมินการเจ็บป่วยของตนว่ามีความรุนแรง ยังไม่หายดี จะยิ่งส่งผลให้ความวิตกกังวลที่สัมพันธ์กับการย้ายมากขึ้น เพราะฉะนั้น การลดการรับรู้ความรุนแรง

ของการเจ็บป่วยโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ถูกต้องและเพียงพอกับความต้องการจะช่วยลดการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย พร้อมทั้งมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการย้ายที่ชัดเจนเป็นแบบแผน มีการวางแผนเกี่ยวกับการย้ายที่ชัดเจนเพื่อให้เกิดความรู้สึกด้านบวกต่อการย้ายจะสามารถลดความวิตกกังวลจากการย้ายได้ (Brooke, 2013; Leith, 1999)

2.2 ระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย หมายถึง ระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยหนักไม่ว่าจะมีระยะเวลาการนอนนานหรือระยะเวลาการนอนสั้นไม่ได้มีผลทำให้ระดับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักเพิ่มขึ้นหรือต่ำลง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะการรับและย้ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) มีการรับและการย้ายผู้ป่วยที่รวดเร็ว และอาจเนื่องมาจากมีจำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษาจำนวนมาก แต่จำนวนเตียงที่จะรองรับผู้ป่วยมีน้อย จึงทำให้ผู้ป่วยบางรายเมื่ออยู่ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ 24 ชั่วโมง ก็มีความจำเป็นที่จะต้องย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปยังหอผู้ป่วยอายุรกรรม ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่ติดกับหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงทำให้ระยะเวลาที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนชั่วโมงสั้นลง โดยพบว่าระยะเวลาเฉลี่ยของผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 39.3 ชั่วโมง (*SD* = 16.83) ทำให้ผู้ป่วยอาจยังไม่ได้เกิดความคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเมื่อผู้ป่วยย้ายไปหอผู้ป่วยอายุรกรรม เจ้าหน้าที่พยาบาลที่ดูแลเป็นเจ้าหน้าที่ชุดเดียวกันทำให้ไม่เกิดเสียความคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับต่ำได้และไม่สัมพันธ์กับระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการได้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตั้งแต่วันแรก ๆ ของการนอนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) (Brooke, 2013; Manookian et al., 2015) ซึ่งการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีส่วนช่วยให้ความวิตกกังวลจากการย้ายนั้นลดลงได้ ฉะนั้นจึงทำให้ระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อพิจารณาแล้วยังพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระยะเวลาการนอนรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ 24-48 ชั่วโมง มีคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลจากการย้ายออกเท่ากับ 76.44 คะแนน ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการนอนรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ 49-72 ชั่วโมง มีคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลจากการย้ายออกเท่ากับ 75.33 และผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการนอนรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ 73 ชั่วโมงขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ย

ของความวิตกกังวลจากการย้ายออกเท่ากับ 83.5 ซึ่งจะเห็นได้ว่าคะแนนความวิตกกังวลไม่มีความผันแปรตามระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเมื่อในช่วงระยะ 24-48 ชั่วโมง มีคะแนนความวิตกกังวลจากการย้ายสูงกว่าในระยะเวลาการนอน 49-72 ชั่วโมง อาจเนื่องมาจากว่าผู้ป่วยยังรู้สึกว่ามีการย้ายออกจากโรคหลอดเลือดสมองเร็วเกินไป ยังรู้สึกว่าอาการยังไม่ดีขึ้น แต่เมื่อผู้ป่วยนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยในระดับหนึ่งอาการเริ่มคงที่แล้ว ความสามารถในการตัดสินใจได้ด้วยตนเองดีขึ้น ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น สามารถทำอะไรได้ด้วยตนเองมากขึ้น เมื่อมีการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปอยู่หอผู้ป่วยทั่วไปก็ไม่ทำให้เกิดความวิตกกังวลหรือเกิดความวิตกกังวลจากการย้ายน้อย แต่เมื่อผู้ป่วยนอนรักษาตัวในระยะเวลาที่ยาวนานมากขึ้น เริ่มคุ้นชินกับสถานที่กับเจ้าหน้าที่ และรู้สึกปลอดภัยไว้ใจกับเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยหนักมากขึ้นแล้ว แต่เมื่อตนเองจะต้องมาย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก จึงเกิดความวิตกกังวลขึ้นมาอีกครั้ง (Leith, 1998)

จากการศึกษาของ รุ่งนภา ธนูชาญ (2558) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยหนักในการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยหนักไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้าย ในขณะที่การศึกษาของนภาพร นุ่มมีชัย (2550) ที่ทำการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ระยะเวลาที่นอนรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความวิตกกังวลจากการย้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .28$, $p < .05$) และเช่นเดียวกับการศึกษาของ Jin-Hee et al. (2010) พบว่า ระยะเวลาการนอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตและสามารถร่วมทำนายการเกิดความวิตกกังวลจากการย้ายได้ ($r = .17$, $R^2 = .40$, $p < .05$) ในขณะที่การศึกษาของ Brodsky-Israeli and DeKeyser-Ganz (2010) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายในผู้ป่วยที่กำลังย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป ก็พบว่าระยะเวลาการนอนรับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .21$, $p < .05$) อาจเนื่องมาจากระยะเวลาที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยหนักที่ศึกษานานมากกว่าระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ มีระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยหนักเฉลี่ย 5.3 วัน (123 ชั่วโมง) จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ สิ่งแวดล้อมและการพยาบาลที่ได้รับมากขึ้น เกิดความปลอดภัย เกิดความเคยชินในการดูแลที่มีคนคอยทำให้ เมื่อต้องมีการย้ายออกจะให้เกิดความวิตกกังวลที่สัมพันธ์กับการย้ายสูงขึ้นได้ (McKinney & Melby, 2002) ในขณะที่การศึกษานี้มีระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเพียง 39.3 ชั่วโมง จึงทำให้ระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการ

ย้ายได้

2.3 การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สามารถอธิบายได้ว่า การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในระดับมากหรือน้อยไม่ได้มีผลต่อระดับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน อาจเนื่องจากลักษณะของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้มีการพัฒนาไปมากเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด จึงมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน ตั้งแต่การรับผู้ป่วยเข้ามานอนในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) มีแนวทางการดูแลในหอผู้ป่วยโรหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน แนวทางการวางแผนการจำหน่ายอย่างมีแบบแผน (Discharge planning) ที่ชัดเจน ซึ่งเป็นการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างครบวงจรของศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลและแนวทางการดูแลรักษาที่เป็นแบบแผนชัดเจน รวมไปถึงจากลักษณะวัฒนธรรมของสังคมไทยที่เป็นสังคมของการให้ความรัก ความเอื้ออาทร เอาใจใส่และดูแลกันและกันโดยเฉพาะจากครอบครัว ญาติ และผู้ดูแลของผู้ป่วยรวมทั้งจากแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล ทำให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลและอารมณ์ไม่มีผลต่อความวิตกกังวลจากการย้าย

จากการพิจารณาคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการรับรู้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์พบว่า ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ตามการรับรู้ของผู้ป่วยจากแพทย์ พยาบาล ญาติ และผู้ดูแลในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยการการรับรู้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีค่าเท่ากับ 57.06 (*SD* = 3.51) แต่ยังพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักเท่ากับ 76.59 ซึ่งเป็นความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การเปลี่ยนแปลงของโรคเป็นระยะ ๆ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลต่าง ๆ ตั้งแต่ผู้ป่วยมานอนรับการรักษา แต่การให้ข้อมูลต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยนั้นอาจจะยังไม่ครอบคลุมและเหมาะสมเพียงพอต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยโดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับการย้าย ซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญเมื่อจะมีการย้ายเกิดขึ้นจึงทำให้ผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวลจากการย้ายในระดับปานกลางอยู่ หรือแม้กระทั่งการย้ายที่ไม่ได้มีการเตรียมการมาก่อน การย้ายที่เกิดขึ้นทันทีทันใด จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลจากการย้ายในระดับปานกลางได้ การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ที่ถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสมตรงกับความต้องการของผู้ป่วยสามารถลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการย้าย

หรือมีการเตรียมย้ายอย่างมีแบบแผนเหมาะสมและเพียงพอก็จะสามารถช่วยลดความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักได้เช่นกัน (มนทิราวรรณ พิมพ์ศรี, 2550; Brigitte, 2013, Brooke, 2013; Brooke et al., 2012; Leith, 1998; 1999)

ในขณะที่การศึกษาของ Brodsky-Israeli and DeKeyser-Ganz (2010) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายในผู้ป่วยที่กำลังย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป พบว่า ความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ (r = -.21, p < .05) และการศึกษาของ นภาพร นุ่มมีชัย (2550) ที่ทำการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วยวิกฤต พบว่า การสนับสนุนทางด้านข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.28, p < .05) ซึ่งเป็นการศึกษาที่นานมาแล้วการพัฒนาเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วยหรือแนวทางการย้ายผู้ป่วยหรือการจำหน่ายผู้ป่วยได้มีการพัฒนาไปมากเพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและเพื่อเป็นการการดูแลผู้ป่วยที่อย่างต่อเนื่องมีคุณภาพมากที่สุด โดยการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและเพียงพอและเหมาะสมต่อความต้องการของผู้ป่วยจะช่วยลดความวิตกกังวลจากการย้ายได้ (Brooke et al., 2012)

นอกจากนี้แล้วการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการฟื้นสภาพในทางที่ดีขึ้นจากการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต (Halm, 1990 อ้างถึงใน นภาพร นุ่มมีชัย, 2550) ซึ่ง House (1981) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ความรักใคร่ ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา การให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นจริงและเพียงพอ ตลอดจนให้ข้อมูลป้อนกลับทั้งจากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ ญาติ และผู้ดูแลจะทำให้ผู้ป่วยในภาวะวิกฤตเข้าใจและสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ รวมไปถึงการเผชิญกับความวิตกกังวลที่จะเกิดขึ้นได้ เพราะฉะนั้นการให้การสนับสนุนทางด้านสังคมโดยเฉพาะการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ที่ถูกต้อง เพียงพอและเหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ถูกต้อง ลดการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และจะช่วยลดความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักตามมา (Brooke, 2013; Leith, 1998; 1999)

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า ส่วนมากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันมีความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วย และการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากผลการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังต่อไปนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการย้ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนที่จะมีการย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป เพื่อเป็นการลดความวิตกกังวลที่มีสาเหตุมาจากการย้ายให้กับผู้ป่วย ด้วยการประเมินความวิตกกังวลจากการย้ายก่อนมีการย้ายจริง รวมไปถึงประเมินความพร้อมในการย้ายว่าผู้ป่วยมีความพร้อมต่อการย้ายหรือไม่ ไม่ว่าจะเป็นความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมไปถึงมีการติดตามอาการหลังการย้าย และมีการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเพื่อจะได้นำไปวางแผนการพยาบาลเพื่อลดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่ถูกต้อง เช่น การให้มูลเกี่ยวกับโรค เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ถูกต้องซึ่งจะสามารถลดการรับรู้ความรุนแรงของโรคและลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยได้ต่อไป

ด้านการวิจัย

เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ทำการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) โดยเฉพาะ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันชนิดตีบหรืออุดตันเท่านั้น จึงไม่อาจนำไปอ้างอิงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประเภทอื่นได้ และไม่สามารถนำไปอ้างอิงในผู้ป่วยในบริบทอื่น ๆ ได้เช่นกัน จึงควรนำผลการศึกษาที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาปัจจัยทำนายความวิตกกังวลก่อนการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

บรรณานุกรม

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *แนวทางการตั้งหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: สำนักพัฒนาวิชาการ สถาบันประสาทวิทยา.

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์*. กรุงเทพฯ: สำนักพัฒนาวิชาการ สถาบันประสาทวิทยา.

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แนวทางการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพฯ: สำนักพัฒนาวิชาการ สถาบันประสาทวิทยา.

งามพิศ ธนไพศาล. (2551). *ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดและดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการวางสายล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร โรงพยาบาลศรีนครินทร์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จตุพงษ์ พันธ์วิไล, ภูพิงค์ เอกะวิภาต และสายสมร บริสุทธิ์. (2555). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้นในระยะฉุกเฉินสำหรับพยาบาล. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษสุรินทร์ บุรีรัมย์*, *27*(1), 53-64.

จุฬาลักษณ์ บารมี. (2555). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ชลบุรี: บางแสนการพิมพ์.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2554). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* (พิมพ์ครั้งที่ 11). นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.

ฐิติพร ปฐมจารุวัฒน์. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความวิตกกังวล กับระยะเวลาการทดสอบการหายใจเองในผู้ป่วยที่ไม่ผ่านการหย่าเครื่องช่วยหายใจ. *วารสารสภาการพยาบาล*, *28*(1), 49-63.

ณัฐิดา บุญมี. (2556). *ผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอบำบัดวิกฤตต่อความวิตกกังวลก่อนการจำหน่าย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ตวงทิพย์ บินไทยสงค์. (2555). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

นภาดา สุขกฤต. (2553). *ผลของการฟังเพลงต่อภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นภาพร นุ่มมีชัย. (2550). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วยวิกฤต*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเวลา). (2550). *การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.

พรภัทร ธรรมสโรช. (2555). พยาธิสรีรวิทยา อาการและการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน. ใน *โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน* (หน้า 22-79). กรุงเทพฯ: จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์.

พรภัทร ธรรมสโรช, ดิษยา รัตนากร, สามารถ นิธินันทน์, นิจศรี ชาญณรงค์ (สุวรรณเลขา), อรอุมา ชุติเนตร, เจษฎา เขียนดวงจันทร์, สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล, ยงชัย นิละนนท์, เจษฎา อุดมมงคล, ทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์, สมบัติ มุ่งทวีพงษา และอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. (2558). ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน (Certified primary stroke center; CPSC). *วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย, 14*(2), 75-85.

มนทิราวรรณ พิมพ์ศรี. (2550). *ผลของการเตรียมย้ายออกจากหอผู้ป่วยระยะวิกฤติต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

รุ่งนภา ธนูชาญ. (2558). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยหนักในการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, *21*(1), 18-30.

วรรธกร รักอิสสระ. (2547). *ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการย้ายออกจากไอซียูในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดต่อความวิตกกังวลจากการย้าย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิจิตรา กุสุมภ์. (2556). บทนำการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต. ใน *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม* (พิมพ์ครั้งที่ 5 เรียบเรียงใหม่; หน้า 1-18). กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.

ศรีพิมล ดิษยบุตร. (2554). *ความวิตกกังวล สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช*. ศรีสะเกษ: คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเฉลิมกาญจนา.

ศุภกานต์ นุสรณ์รัมย์. (2557). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

สายนาท พลไชโย. (2543). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุอัมพาตครึ่งซีกในโรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

สิริรัตน์ ลีลาจรัส และจริยา วิรุฬราช. (2550). โรคหลอดเลือดสมอง: การให้การพยาบาลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วย. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, *21*(3), 80-93.

สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ. (2556). ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตและการพยาบาล. ใน สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ และชวนพิศ ทำนอง (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยวิกฤต* (พิมพ์ครั้งที่ 7; หน้า 1-27). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

สุนี สุวรรณพสุ. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข่อเข่าเสื่อม*.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

สุมาพร บรรณสาร. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนด้านสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการปรับตัวของผู้ป่วยผู้ใหญ่ไตวายเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรชุมา ชุติเนตร. (2558). ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองครบวงจร (Comprehensive stroke center). *วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย*, *14*(1), 35-43.

Alberts, M. J., Latchaw, R. E., & Jagoda, A. (2011). Revised and updated recommendations for the establishment of primary stroke centers. *A Summary Statement from the Brain Attack Coalition, 42*, 2651-2655.

American College of Critical Care Medicine. (2003). Guideline on critical care services and personel: Recommendations based on a system of categorization of three level cares. *Critical Care Medicine*, *31,* 2677-2683.

American Heart and Stroke Association. (2013). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. *Stroke*, *44,* 870-947.

Barker-Collo, S. L., (2007). Depression and anxiety 3 months post stroke: Prevalence and correlations. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *22*, 519-531.

Bench, S., & Day, T. (2010). The user experience of critical care discharge: A metasynthesis of qualitative research. *International Journal of Nursing Studies*, *47*, 487-499.

Brigitte, S. (2013). Transfer out of intensive care: An evidence-based literature review. *Dimensions of Critical Care Nursing*, *32*(5), 244-261.

Brodsky-Israeli, M., & DeKeyser-Ganz, F. (2010). Risk factors associated with transfer anxiety among patients transferring from the intensive care unit to the ward. *Journal of Advanced Nursing*, *67*(3), 510-518.

Brooke, J. (2013). *The exploration of self-regulation and transfer anxiety within stroke patients transferred from a hyper acute stroke unit to a ward.* Doctoral dissertation, Health Psychology, Metropolitan University.

Brooke, J., Hasan, N., Slark, J., & Sharma, P. (2012). Efficacy of information interventions in reducing transfer anxiety from a critical care setting to a general ward: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Critical Care*, *27,* 425.e9-425.e15.

Brooke, J., Kar, A., & Ames, D. (2010). Impact of hyper acute stroke unit on length of hospital stay and discharge destination: Imperial College Healthcare NHS trust. *International Journal of Stroke*, *5*(supply 3), 30.

Burns, N., & Grove, S. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis: W. B. Saunders.

Byers, J. F., & Smyth, K. A. (1997). Application of a transactional model of stress and coping with critically ill patients. *Dimensions of Critical Care Nursing*, *16*(6), 292-300.

Campbell, A. J., Cook, J. A., Adey, G., & Cuthbertson, B. H. (2008). Predicting death and readmission after intensive care discharge. *British Journal Anesthesia*, *100*(5), 656-662.

Carpenito, L. J. (2013). *Nursing diagnosis application to clinical practice* (14th ed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkings.

Chaboyer, W., Kenall, E., Kendall, M., & Foster, M. (2005). Transfer out of intensive care: A qualitative exploration of patient and family perceptions. *Australian Critical Care*, *18*(4), 138-145.

Chaboyer, W., Thalib, L., Alcorn, K., & Foster, M. (2007). The effect of an ICU liaison nurse on patients and family's anxiety prior to transfer to the ward: An intervention study. *Intensive and Critical Care Nursing*, *23*(6), 362-369.

Chan, K., Tan, C., Fang, C., Tsai, C., Hou, C., Cheng, K. & Lee, M. (2009). Readmission to the intensive care unit: An indicator that reflects the potential risks of morbidity and mortality of surgical patients in the intensive care unit. *Surgery Today*, *39*(4), 295-299.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, *38*(5), 300-357.

Coyle, M. A. (2001). Transfer anxiety: Preparing to leave intensive care. *Intensive Critical Care Nurse*, *17*, 138-143.

Cullinance, J. P., & Plowright, C. I. (2013). Patients and relatives experiences of transfer from intensive care unit to ward. *Critical Care Nursing*, *18*(6), 289-96.

Cutler, L., & Garner, M. (1995). Reducing relocation stress after discharge from the intensive therapy unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, *11*, 333-335.

Daffurn, K., Bishop, G. F., Hillman, K. M., & Bauman, A. (1994). Problems following discharge after intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, *10*, 244-251.

Daniel, R., & Nicoll, L. (2012). *Contemporary medical-surgical nursing*. New York: Delmar.

Davey, A. H., Barrete, P., & Butow, J. D. (2006). A one item question with a likert or visual analog scale adequately measured current anxiety. *Journal of Clinical Epidemiology*, *60*, 356-360.

Davis, C., & Lockhart, L. (2016). *Update: Stroke guidelines*. Retrieved from http://www.nursingmanagement.com

Eunice, H. E., & Robert, J. (2005). A qualitative study of experiences of patients following transfer from intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, *21*, 106-171.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, *39*(2), 175-191.

Fure, B. (2007). Depression, anxiety and other emotional symptoms after cerebral stroke. *Tidsskrift for Praktisk Medicin*, *127*, 1387-1389.

Garvin, B. G., Moser, D. K., Riegel, B., McKinley, S., Doering, L., & An, K. (2003). Effects of gender and preference for information and control on anxiety early after myocardial infarction. *Nursing Research*, *52*, 386-392.

Green, A. (1996). An exploratory study of patient's memory recall of their stay in an adult intensive care unit. *Intensive Care Nurse*, *12*, 131-137.

Gustad, L. T., Chaboyer, W., & Wallis, M. (2008). ICU patient's transfer anxiety: A prospective cohort study. *Australian Critical Care*, *21*, 181-189.

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Hurdle, D. E. (2001). Social support: A critical factor in woman's health and health promotion. *Health and Social Work*, *28*, 72-79.

Jacobson, D. E. (1986). Type and timing of social support. *Journal of Health and Social Behavior*, *27*, 250-264.

Jenkins, D. A., & Rogers, H. (1995). Transfer anxiety in patients with myocardial infarction. *British Journal of Nursing*, *4*(21), 1248-1252.

Jin-Hee, P., Moon-Sook, Y., Youn-Jung, S., & Sun, H. B. (2010). Factors influencing relocation stress syndrome in patients following transfer from intensive care unit. *Journal Korean Academic Nursing*, *40*(3), 307-316.

Kim, K., Moser, D. K., Garvin, B. J., Riegel, B. J., Doering, L. V., Jadack, R. A., Mckinley, S., Schueler, A. L., Underman, L., & McErlean, E. (2000). Differences between men and women in anxiety early after acute myocardial infarction. *American Journal of Critical Care*, *9,* 245-253.

Leith, B. A. (1998). Transfer anxiety in critical care patients and their family members. *Critical Care Nursing*, *18*, 24-32.

Leith, B. A. (1999). Patient's and family member's perceptions of transfer from intensive care. *Heart and Lung*, *28*, 210-218.

Lewis, S. L., Dirken, S. R., Heitkemper, M. M., Bucher, L., & Camera, L. M. (2012). *Medical surgical nursing assessment and management of clinical problems*. St. Louis: Elsevier.

Manookian, A., Dehghan-Nayeri, N., Negarandeh, R., & Shali, M. (2015). The lived experiences of intensive care patients on transfer to a general ward. *Nursing Practice Today*, *2*(2), 56-61.

Masskulpan, P., Riewthong, K., Dajpratham, P., & Kuptniratsaikul, V. (2008). Anxiety and depressive symptoms after stroke in 9 rehabilitation centers. *Journal of the Medical Association of Thailand*, *91*(10), 1595-602.

McCairn, M. J., & Jones, W. (2014). Dose time of transfer from critical care to the general wards affect anxiety?: A pragmatic prospective cohort study. *Intensive and Critical Care Nursing*, *30*(4), 219-225.

McKinney, A. A., & Melby, V. (2002). Relocation stress in critical care: A review of the literature. *Journal of Critical Nursing*, *11*, 149-157.

Menlove, L., Crayton, E., Kneebone, I., Allen-Crooks, R., Otto, E., & Harder. H., (2015). Predictors of anxiety after stroke: A systematic review of observational studies. *Journal Stroke Cerebrovascular Disease*, *24*(6), 1107-1117.

Meretoja, A., Roine, R. O., & Kaste, M. (2014). Effectiveness of primary and comprehensive stroke center: Perfect stroke: A nationwide observational study from Finland. *Stroke*, *14*, 1102-1107.

Mitchell, M. L., Courtney, M., & Coyer, F. (2003). Understanding uncertainty and minimizing families's anxiety at the time of transfer from intensive care. *Nursing and Health Sciences*, *5*, 207-217.

Morris, J. H., Wijck, F., Joice, S., & Donaghy, M. (2013). Predicting health related quality of life 6 months after stroke: The role of anxiety and upper limb dysfunction. *Disability Rehabilitation*, *35*(4), 291-299.

O' Brien, B. P., Murphy, D., Conrick-Martin, I., & Marsh, B. (2010). The functional outcome and recovery of patients admitted to an intensive care unit following drug overdose: A follow-up study. *Anesthesia Intensive Care*, *37*(5), 802-806.

Odell, M. (2000). The patient's thoughts and feelings about their transfer from intensive care to the general ward. *Journal of Advance Nursing*, *31*(2), 322-329.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (2004). *Nursing research: Principle and methods* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Powers, W. J., Derdeyn, C. P., Jose Biller, V. C., Coffey, C., Hoh, B. L., Jauch, E. C., Johnston, K. C., Johnston, S. C., Khalessi, A. A., Kidwell, C. S., Meschia, J. F., Ovbiagele, B., & Yavagal, D. R. (2015). American Heart Association/ American Stroke Association focused update of the 2013 guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke regarding endovascular treatment. *Stroke*, *46*, 3020-3035.

Saarman, L. (1993). Transfer out of critical care: Freedom or fear?. *Critical Care Nursing*, *16*(1), 78-85.

Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health related functions of social support. *Journal of Behavior Medicine*, *4*(4), 381-406.

Shephard, T. J. (2004). *Exploratory investigation of a model of patient delay in seeking treatment after the onset of acute ischemic stroke.* Doctoral dissertation, Virginia Commonwealth University School of Nursing.

Shuldham, C. M., Cunningham, G., Hiscock, M., & Luscombe, P. (1995). Assessment of anxiety in hospital patients. *Journal of Advanced Nursing*, *22*, 87-93.

Speilberger, C. D. (1972). Assessment of state and trait anxiety: Conceptual and methodological issues. *The Southern Psychologist*, *2*, 6-16.

Speilberger, C. D. (2002). *Anxiety*: *Current trends in theory and research*. New York: Academic Press.

Steven, R. D., Sharshar, T., & Ely, E. W. (2013). *Brain disorders in critical illness mechanism diagnosis and treatment*. New York: Consulting Psychological Press.

Strahan, E. H., & Brown, R. J. (2005). A qualitative study of the experiences of patients following transfer from intensive care. *Intensive and Critical Nursing*, *21*(3), 160-171.

Stroke Unit Trialists Collaboration. (2007). Organized inpatient (stroke unit) care for stroke (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *4,* 1-41.

Tang, W. K., Lau, C. G., Mok, V., Ungvari, G. S., & Wong, K. S. (2013). Impact of anxiety on health-related quality of life after stroke: A cross-sectional study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *94*, 2535-2541.

Utzolino, S., Kaffarnik, M., Keck, T., Berlet, M., & Hopt, U. (2010). Unplanned discharge from a surgical care unit: Readmissions and mortality. *Journal of Critical Care*, *25*(3), 375-381.

Wang, T. J., & Vadan, R. S. (2005). Contemporary reviews in cardiovascular medicine: Epidemiology of uncontrolled hypertension in the United States. *Circulation*, *112*, 1651-1662.

Watts, R., & Brooks, A. (1997). Patient's perceptions of the pre-operative information they need about events they may experience in the intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, *26*, 85-92.

Watts, R., Pierson, J., & Gardner, H. (2007). Co-ordination of the discharge planning process in critical care. *Journal of Clinical Nursing*, *16,* 194-204.

World Health Organization [WHO]. (2011). *World stroke day 2011*. Retrieved from http://www.strokeassociation.org/worldstrokeday

Zakerimoghadam, M., Ghyasvandian, S., Asayesh, H., & Jodaki, K. (2016). Prevalence of anxiety in the process of transferring patients from cardiac surgery intensive care unit to the general ward. *Critical Care Nursing*, *9*(3), 8001-8004.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

คำชี้แจงในการศึกษาและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

รหัสจริยธรรมการวิจัย 03-05-2559

ชื่อผู้วิจัย นางสาวกฤษณา ปะสาวะเท

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก ท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้ เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ การตอบแบบสัมภาษณ์จำนวน 1 ชุด โดยตอบแบบสัมภาษณ์ตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเอง แบบสัมภาษณ์ 1 ชุดมี 5 ตอน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา ซึ่งบันทึกโดยผู้วิจัย 3) แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก 4) แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน 5) แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 30-45 นาที

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้อาจจะไม่ได้เป็นประโยชน์กับท่านโดยตรง แต่จะเป็นประโยชน์ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่จะย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลที่จะเกิดขึ้นขณะย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก และเป็นประโยชน์ด้านการศึกษาพยาบาล โดยสามารถนำข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยไปวางแผนการเรียนสอนให้กับนักศึกษาพยาบาล พร้อมทั้งวิเคราะห์วางแผนแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันเพื่อให้การดูแลที่อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่านโดยใช้รหัสตัวเลขแทน

การระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อคกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายไป

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวกฤษณา ปะสาวะเท หมายเลขโทรศัพท์ 084-7641087 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102835

นางสาวกฤษณา ปะสาวะเท
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823 หรือคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 2 ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

ภาคผนวก ข

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

วันให้คำยินยอม วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. .....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวกฤษณา ปะสาวะเท)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม……ผู้ยินยอม

(……)

ลงนาม……พยาน

(……)

ลงนาม……ผู้วิจัย

(นางสาวกฤษณา ปะสาวะเท)

ภาคผนวก ค

แบบรายงานผลการพิจารณาการจริยธรรมการวิจัย

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

Factors Related to Transfer Anxiety among Acute Ischemic Stroke Patients Transferring out of Intensive Care Unit

ชื่อนิสิต นางสาวกฤษณา ปะสาวะเท

รหัสประจำตัวนิสิต 57910054 **หลักสูตร** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคปกติ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ **รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 03 - 05 - 2559** โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ **ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันชนิดตีบหรืออุดตัน ที่เข้ารับการรักษาอย่างน้อย 24 ชั่วโมง** จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน **82 ราย** สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ **หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ**

2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลา<u>หนึ่งปี</u> นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ **ถึงวันที่ 16 มิถุนายน พ.ศ. 2560**

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 16 **เดือน** มิถุนายน **พ.ศ.** 2559

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เพิ่มเติม)

---

1. ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

Factors Related to Transfer Anxiety among Acute Ischemic Stroke Patients Transferring out of Intensive Care Unit

2. ชื่อนิสิต นางสาวกฤษณา ปะสาวะเท

รหัสประจำตัวนิสิต 57910054 **หลักสูตร** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคปกติ)

3. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย (เพิ่มเติม)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ **รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 03 - 05 - 2559**

ให้เพิ่มเติมสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล คือ **หอผู้ป่วยอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ**

4. วันที่ให้การรับรอง: 16 **เดือน** กุมภาพันธ์ **พ.ศ.** 2560

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หนังสือรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 2
99 หมู่ที่ 18 ถ.พหลโยธิน ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121
โทร. / โทรสาร 0-2564-4440-79 ต่อ 1804

หนังสือรับรองเลขที่ 062/2559

รหัสโครงการ 084/2559

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

ชื่อผู้วิจัยหลัก นางสาวกฤษณา ปะสาวะเท

หน่วยงานที่รับผิดชอบ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เอกสารที่รับรอง

1. โครงร่างการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 24 สิงหาคม 2559
2. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information Sheet) ฉบับที่ 2 วันที่ 24 สิงหาคม 2559
3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form) ฉบับที่ 2 วันที่ 24 สิงหาคม 2559

คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 2 ได้พิจารณาอนุมัติด้านจริยธรรมการทำวิจัยในคนให้ดำเนินการวิจัยข้างต้นได้ ตามมติที่ประชุมครั้งที่ 10/2559 เมื่อวันที่ 30 สิงหาคม 2559

ระยะเวลาที่อนุมัติ 1 ปี (เอกสารอนุมัติฉบับนี้มีผลตั้งแต่วันที่ 30 สิงหาคม 2559 ถึง วันที่ 30 สิงหาคม 2560)

ถ้าหากผู้วิจัยไม่สามารถดำเนินการทันตามกำหนดของอายุใบรับรอง โครงการวิจัย (1 ปี) ให้ผู้วิจัยดำเนินการยื่นเรื่องขอต่ออายุขยายเวลา ก่อนครบกำหนดอย่างน้อย 30 วัน

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(รองศาสตราจารย์ ดร. พันเอก ถวัลย์ ฤกษ์งาม) (อาจารย์ ดร. วิมลพักตร์ ศรีไวย์)

ประธานคณะอนุกรรมการ อนุกรรมการและเลขานุการ

อนุมัติ ณ วันที่ 30 สิงหาคม 2559

หมดอายุ วันที่ 30 สิงหาคม 2560

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เลขที่แบบสัมภาษณ์.....

แบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความความวิตกกังจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลในแบบสัมภาษณ์จะไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสัมภาษณ์แต่ประการใด และจะเก็บข้อมูลของท่านไว้เป็นความลับ จึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสัมภาษณ์ตามความเป็นจริง เพราะข้อมูลที่ได้จากท่านมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผลการวิจัย ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาและการพัฒนาทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันอย่างแท้จริง ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านมา ณ โอกาสนี้ด้วย

แบบสอบถามมี 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา(บันทึกโดยผู้วิจัย)

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง: กรุณาใส่ เครื่องหมาย ✓ ในช่องสี่เหลี่ยม และเติมข้อมูลลงในช่องว่าง

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ..... ปี
3. ระดับการศึกษา
   - ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา
   - ☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
   - ☐ อื่น ๆ ระบุ……
4. สถานภาพสมรส
   - ☐ โสด ☐ คู่
   - ☐ หม้าย ☐ หย่า
   - ☐ แยกกันอยู่
5. อาชีพ
   - ☐ นักเรียน/ นักศึกษา ☐ ธุรกิจส่วนตัว/ ค้าขาย
   - ☐ พนักงานบริษัท/ ลูกจ้าง ☐ ข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ
   - ☐ เกษตรกร ☐ ไม่มีอาชีพ

ส่วนที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา (บันทึกโดยผู้วิจัย)

1. ประวัติโรคประจำตัว

☐ มี

☐ เบาหวาน ☐ ความดันโลหิตสูง

☐ ไขมันในเลือดสูง ☐ โรคหัวใจ

☐ โรคไต ☐ อื่น ๆ.....

☐ ไม่มี

2. ประสบการณ์ที่เคยเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

☐ เคย ..... ครั้ง☐ ไม่เคย

3. เวลาที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....

4. เวลาที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....

5. จำนวนชั่วโมงในการนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....

6. ตำแหน่งของพยาธิสภาพที่ได้จากผล CT brain หรือ MRI-MRA brain.....

7. อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

☐ TIA (Transients Ischemic Attack)

☐ Progressive Stroke

☐ Complete Stroke

8. ระดับความรุนแรงของโรคที่ได้จากการประเมินของแพทย์ (NIHSS).....

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง: แบบสัมภาษณ์นี้ใช้สอบถามท่านเกี่ยวกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน เมื่อท่านทราบว่าต้องย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสัมภาษณ์นี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ เมื่อท่านได้ฟังแล้ว โปรดพิจารณาคำตอบตามความเป็นจริงและตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากน้อยเพียงใด คำตอบของท่านจะไม่มีผิด ไม่มีถูกโดยมีเกณฑ์ในการตอบแบบสัมภาษณ์ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 1 หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 2 หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมาก

ไม่แน่ใจ ให้คะแนน 3 หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ท่านไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านหรือไม่

เห็นด้วย ให้คะแนน 4 หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมาก

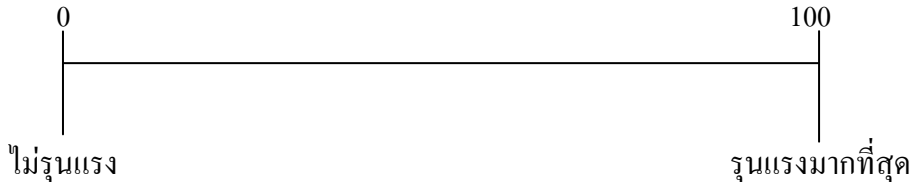
เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 5 หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	**ความรู้สึก/ความคิดเห็น**				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	**เห็นด้วย**	**ไม่แน่ใจ**	**ไม่เห็นด้วย**	**ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง**
	5	**4**	**3**	**2**	**1**
1. เมื่อรู้ว่าจะต้องย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองท่านรู้สึกว่าอาจจะมีอาการแย่ลง					
2. เมื่อรู้ว่าจะต้องย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองท่านรู้สึกไม่ปลอดภัย					
3. เมื่อรู้ว่าจะต้องย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ท่านรู้สึกกังวลว่าอาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้					

ข้อความ	ความรู้สึก/ความคิดเห็น				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5	เห็นด้วย 4	ไม่แน่ใจ 3	ไม่เห็นด้วย 2	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1
4. ท่านรู้สึกว่าอาการยังไม่ดีพอที่จะย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง					
5. เมื่อรู้ว่าจะต้องย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ท่านกังวลใจว่าจะไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
30. เมื่อญาติหรือครอบครัวของท่านแสดงความวิตกกังวลเกี่ยวกับการจะย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของท่าน ทำให้ท่านรู้สึกวิตกกังวลมากขึ้น					

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

คำชี้แจง: แบบประเมินนี้ใช้วัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่ท่านกำลังเผชิญอยู่ ให้ท่านเลือกตอบโดยทำเครื่องหมาย X ลงในตำแหน่งที่ตรงกับระดับความรุนแรงของโรค ตามการรับรู้ของท่าน



ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์

คำชี้แจง: แบบสัมภาษณ์นี้ใช้เพื่อประเมินเกี่ยวกับการรับรู้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ของท่าน ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ เมื่อท่านได้ฟัง โปรดพิจารณาคำตอบที่ตรงกับการรับรู้หรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน คำตอบของท่านไม่มีผิด ไม่มีถูก โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 1 หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ไม่ตรงกับการรับรู้หรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด

ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 2 หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ไม่ตรงกับการรับรู้หรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมาก

ไม่แน่ใจ ให้คะแนน 3 หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ไม่แน่ใจว่าตรงกับการรับรู้หรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านหรือไม่

เห็นด้วย ให้คะแนน 4 หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ตรงกับการรับรู้หรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นส่วนใหญ่

เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 5 หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ตรงกับการรับรู้หรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านทั้งหมด

ข้อความ	การรับรู้การสนับสนุนด้านสังคม				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5	เห็นด้วย 4	ไม่แน่ใจ 3	ไม่เห็นด้วย 2	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1
การรับรู้การสนับสนุนด้านข้อมูล 1. ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็นอยู่					
2. ก่อนการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ท่านได้รับคำแนะนำที่จำเป็นเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของท่าน					
.....					
.....					
.....					
7. เมื่อท่านมีปัญหาหรือต้องการคำปรึกษา มีแพทย์/ พยาบาล เจ้าหน้าที่ สมาชิกในครอบครัว ญาติผู้ดูแลคอยให้คำแนะนำแก่ท่าน					
การรับรู้การสนับสนุนด้านอารมณ์ 8. เมื่อท่านมีเดือดร้อนใจต่าง ๆ มีผู้ให้ความเห็นอกเห็นใจและให้กำลังใจท่าน					
9. เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจและต้องการระบายความรู้สึก มีคนค่อยรับฟังท่านและเข้าใจท่าน					
.....					
.....					
.....					
16. เมื่อมีปัญหา มีคนที่ท่านรู้สึกไว้วางใจและสามารถพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ได้					

ภาคผนวก จ

National Institute of Health Stroke Scale [NIHSS]

ชื่อ..... สกุล..... HN.....

The National Institute of Health Stroke Scale (0 - 42) (NIHSS)

Date of examination								
Level of consciousness	Alert	0						
	Drowsy	1						
	Stuporous	2						
	Coma	3						
Two questions ถามอายุและเดือน	Both correct	0						
	One correct	1						
	None correct	2						
Two commands หลับตา กำมือแบมือ	Obeys both	0						
	Obeys none	2						
Best gaze มองด้านข้าง	Normal	0						
	Partial gaze palsy	1						
	Forced deviation	2						
Best visual (visual field)	No visual loss	0						
	Partial hemianopia	1						
	Complete hemianopia	2						
	Bilateral hemianopia	3						
Facial palsy	Normal	0						
	Minor	1						
	Partial	2						
	Complete	3						
Best Motor Lt arm ยกแขนขึ้น 90 องศา 10 วินาที	No drift	0						
	Drift	1						
	Fall in 10 secs	2						
	No effort against gra	3						
	No movement	4						
Best Motor Rt arm ยกแขนขึ้น 90 องศา 10 วินาที	No drift	0						
	Drift	1						
	Fall in 10 secs	2						
	No effort against gra	3						
	No movement	4						
Best Motor Lt leg ยกขาขึ้น 45 องศา 5 วินาที	No drift	0						
	Drift	1						
	Fall in 5 secs	2						
	No effort against gra	3						
	No movement	4						
Best Motor Rt leg ยกขาขึ้น 45 องศา 5 วินาที	No drift	0						
	Drift	1						
	Fall in 5 secs	2						
	No effort against gra	3						
	No movement	4						
Limb Ataxia	Absent	0						
	Upper or lower limb	1						
	Upper & lower limbs	2						
Sensory	Normal	0						
	Partial loss	1						
	Dense loss	2						
Neglect	No neglect	0						
	Sensory or visual	1						
	Sensory & visual	2						
Dysarthria	Normal articulation	0						
	Mild to moderate	1						
	Severe	2						
Best language Aphasia	No aphasia	0						
	Mild to moderate	1						
	Severe	2						
	Mute	3						
Total								

ภาคผนวก ฉ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วย ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์

ตัวแปร	1	2	3	4
ความวิตกกังวลจากการย้าย	1			
ระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วย	.191	1		
ความรุนแรงของความเจ็บป่วย	.343**	.278*	1	
การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์	-.029	.117	.103	1

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

ภาคผนวก ช

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ด้วงแพง	อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. รองศาสตราจารย์ ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนา	อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
3. นางชัญชนา ชูรส	พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนัก 2 โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล
4. นางอุไร คำมาก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หอผู้ป่วย Stroke Unit โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
5. นางสาวพัชรินทร์ ศิลป์กิจเจริญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี