

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในห้องฉุกเฉิน

สุมาลี สีส่วน พย.บ.¹,
ศกุนตลา อนุเรือง ปร.ด.^{2*}

บทคัดย่อ

การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย (Concrete-objective information) เป็นกระบวนการสื่อสารที่ชัดเจนและตรงไปตรงมา เพื่อช่วยให้บุคคลสร้างภาพในจินตนาการและโครงสร้างความรู้สำหรับควบคุมการตอบสนองของตนเองเมื่อเผชิญสถานการณ์คุกคาม การวิจัยกึ่งทดลองนี้ (Quasi-experimental research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ กลุ่มตัวอย่างคือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลฯ และแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา Independent t-test และ Paired t-test

ผลการวิจัย: ผลการวิจัยพบว่าสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ห้องฉุกเฉินในกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าในสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมการสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม – ปรนัยผ่านสื่อวีดิทัศน์ ต่อความวิตกกังวล สามารถลดความวิตกกังวลของสมาชิกสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในห้องฉุกเฉินได้ ดังนั้น จึงควรนำโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวไปใช้เพื่อลดความวิตกกังวลอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ความวิตกกังวล สมาชิกครอบครัว โรคหลอดเลือดสมอง

¹นิสิตพยาบาลศาสตรมหาพยาบาลมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*Corresponding author e-mail: Sakuntala.a.@chula.ac.th

วันที่รับ (received) 22 ส.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 23 ธ.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 30 ธ.ค. 2568

The Effect of a Concrete-Objective Information Support Program on the Anxiety of First-Time Stroke Patients' Family Members in the Emergency Room

Sumalee Seesuan B.N.S.¹,
Shakuntala Anuruang Ph.D.^{2*}

Abstract

Concrete-objective information involves a communication process marked by clarity and directness, designed to help individuals form mental imagery and knowledge structures for managing their responses in threatening situations. This quasi-experimental study utilized a two-group pretest-posttest design to investigate the effects of a concrete-objective information support program on the anxiety levels of family members of first-time stroke patients in the emergency room at Sunpasitthiprasong Hospital. The sample consisted of 60 family members, evenly divided into experimental and control groups, with 30 participants in each. The research instruments included the information support program, a general information questionnaire, and an anxiety assessment questionnaire during confrontation, all validated for content by five experts, achieving a content validity index (IOC) of 0.85. Data analysis was performed using descriptive statistics, independent t-test, and paired t-test.

Results: The study demonstrated that family members of stroke patients in the emergency department who were part of the experimental group showed a significant reduction in anxiety scores after the intervention, compared to their scores before the intervention ($p < 0.05$). Additionally, the post-intervention anxiety scores of family members in the experimental group were notably lower than those of family members who received standard nursing care ($p < 0.05$). These findings indicate that implementing a concrete-objective information support program through video media can effectively reduce anxiety among family members of first-time stroke patients in the emergency department. Therefore, it is recommended that this program, designed to meet the needs of families, be implemented to effectively alleviate anxiety.

Keywords: concrete-objective information, anxiety, family members, stroke

¹ Master of Nursing Science student, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. Professional nurse, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Watchathon

² Assistant Professors, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

*corresponding author e-mail: Sakuntala.a@chula.a.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หมายถึง โรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง มีการแตก ตีบหรืออุดตันของเส้นเลือดสมอง กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ของประชากรทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี¹ องค์การอนามัยโลกรายงานว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกจำนวน 14.5 ล้านคนต่อปี โดยทุก ๆ 3 นาทีพบผู้ป่วยรายใหม่ 1 คนและ 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน สาเหตุเกิดจากการตีบ อุดตัน หรือแตกของหลอดเลือดสมอง² ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดไปยังเนื้อสมองลดลงหรือหยุดชะงัก ทำให้เซลล์สมองขาดออกซิเจนและถูกทำลาย ความรุนแรงของโรคไม่สามารถคาดการณ์ได้แน่ชัด เนื่องจากขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของบริเวณสมองที่ได้รับความเสียหายเมื่อสมองขาดเลือด ในระยะสั้นจะทำให้เกิดอาการทางระบบประสาทเฉียบพลันภายในไม่กี่วินาที และมักไม่เกิน 24 ชั่วโมง³ ผู้ป่วยอาจมีอาการแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก ใบหน้าเบี้ยว มุมปากตก พูดไม่ชัด เคลื่อนไหวช้าลง หรือความจำเสื่อม หากเซลล์สมองถูกทำลายเพียงบางส่วน อาจมีความบกพร่องในการทรงตัว การคิดคำนวณ การตัดสินใจ หรือการจดจำ รวมทั้งอาจมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า หรือหงุดหงิดง่ายกว่าปกติ ในกรณีที่โรคมีความรุนแรงและเกิดการทำลายของเซลล์สมองอย่างถาวร ผู้ป่วยอาจมีอาการแขนขาอ่อนแรงหรือขยับไม่ได้ สูญเสียการทรงตัว พูดไม่ได้หรือพูดไม่ชัด กลืนลำบาก ลึนแข็ง หนึ่งตาตก กลอกตาไม่ได้ ตอบสนองช้า หรือสูญเสียความจำ อาการที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันดังกล่าวมักสร้างความตกใจและความเครียดแก่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งต้องเผชิญกับสถานการณ์ฉุกเฉินโดยไม่ได้เตรียมตัว การเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง จึงถือเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นทันทีจากภาวะปกติ ส่งผลให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความวิตกกังวล โดยเฉพาะในกรณีที่เป็นการเกิดโรคครั้งแรกของผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยผู้พบเหตุต้องเผชิญกับสถานการณ์คุกคามและภาวะตึงเครียด ที่ต้องนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลในทันทีโดยไม่ได้มีการเตรียมตัว การเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลัน จากคนที่อยู่ในภาวะปกติสู่ภาวะวิกฤต ทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยเกิดปัญหา ขาดการเตรียมรับสถานการณ์การที่เปลี่ยนแปลงขณะนั้น ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก^{1,4-5}

ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในห้องฉุกเฉินเป็นสถานการณ์ที่พบบ่อย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่านักจิตวิทยาหลายท่านได้ให้ความหมายของคำว่า “ความวิตกกังวล” ในลักษณะเป็นภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล ซึ่งแสดงออกผ่านความรู้สึก ตึงเครียด ความสับสน ว้าวุ่นใจ และความหวาดกลัว อันเป็นการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นภัยคุกคามหรือก่อให้เกิดความไม่มั่นคงทางจิตใจ เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ถึงความกดดัน การเกิดความวิตกกังวลย่อมง่ายกว่าบุคคลที่รับรู้ต่ำกว่า⁴ และผลจากการที่บุคคลได้รับรู้สิ่งเร้านั้น จนเกิดการคาดคะเนสิ่งเร้านั้นว่าจะส่งผลทำให้เป็นอันตรายต่อบุคคลเกิดเป็นความวิตกกังวลขึ้น⁶ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลของ Spielberger, et al.⁴ มาเป็นฐานในการศึกษา ซึ่งสัมพันธ์กับกรอบแนวคิดการวิจัย ตลอดจนถึงการออกแบบโปรแกรม ซึ่งองค์ประกอบของความวิตกกังวลตามแนวคิดดังกล่าวแบ่งออกเป็น 2 ประเภทด้วยกันดังนี้ คือ 1) ความวิตกกังวลขณะเผชิญ มักเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว มีการแสดงออกที่ชัดเจน กระวนกระวาย ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย และ 2) ความวิตกกังวลแฝง เป็นความวิตกกังวลที่มีลักษณะเฉพาะของตัวบุคคล เป็นตัวเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวล

จากสถานการณ์ ณ ห้องฉุกเฉิน สภาพแวดล้อมที่เต็มไปด้วยความเร่งรีบ เสียงดัง และความตึงเครียด การได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอหรือไม่ชัดเจนในเวลาจำกัด เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การดำเนินการรักษา หรือ พยากรณ์โรค เกิดขึ้นทั้งในระยะก่อนและหลังการตรวจรักษา โดยเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันจากสิ่งเร้าภายนอกที่มากระตุ้นคือ โรคหลอดเลือดสมอง และสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่มารับ บริการที่ห้องฉุกเฉิน สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่มีการคาดการณ์อาการต่าง ๆ ที่ไม่ดีที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ยิ่งเป็นผลให้สมาชิกครอบครัววิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น⁷ ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกายและการเปลี่ยนแปลง ด้านจิตใจ ได้แก่ อาการปวดศีรษะ เหนื่อยอ่อนเพลีย มึนงง สับสน ร้องไห้ และไม่กล้าที่จะเผชิญกับปัญหา ขณะนั้นให้มีประสิทธิภาพ⁸ ซึ่งเป็น “ความวิตกกังวลขณะเผชิญ” ที่ตรงตามแนวคิดของ Spielberg, et al.⁴ ที่ให้ไว้

ในการปฏิบัติงาน ณ ห้องฉุกเฉินโดยทั่วไป พยาบาลวิชาชีพมีการดูแลสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาที่ได้รับ รวมถึงการปฏิบัติการพยาบาล เบื้องต้น การแจ้งให้ทราบเกี่ยวกับหอผู้ป่วยที่พักรักษาตัวก่อนจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน แต่ไม่มีแนวทาง ในการให้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย ขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการดูแลในห้องฉุกเฉินมักมีสีหน้าครุ่นคิด ถามคำถามเดิมซ้ำ ๆ บางรายอารมณ์หงุดหงิด เดินเข้าออกห้องฉุกเฉินตลอดเวลา บางครั้งเดินเข้าไปในห้อง พร้อมกันหลายคนและบ่อยครั้ง⁷ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยมีความวิตกกังวล จากการศึกษา ในห้องฉุกเฉินที่ผ่านมา พบว่าการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยเป็นวิธีที่สามารถลดความวิตกกังวล ของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินได้⁸ จากการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับ การรักษาครั้งแรก เหตุเกิดจากการที่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยไม่ทราบถึงความรุนแรงของอาการ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการ ดูแลในห้องฉุกเฉิน และเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการของพยาบาลห้องฉุกเฉิน

โปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลในงานวิจัยนี้พัฒนาตามแนวคิดการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ตามทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Johnson⁹ ซึ่งเป็นแนวคิดเพื่อลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่มารับบริการในห้องฉุกเฉิน โดยการให้ข้อมูลที่เป็นจริง ชัดเจน และสอดคล้องกับสถานการณ์ ข้อมูลที่ให้ครอบคลุมทั้งด้านการรับรู้ทางประสาทสัมผัสและลำดับเหตุการณ์ ของกระบวนการรักษาตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการคาดการณ์สถานการณ์ ลดความไม่แน่นอน และส่งเสริมการควบคุมตนเอง อันนำไปสู่การลดระดับ ความวิตกกังวลตามกรอบแนวคิดทฤษฎีดังกล่าว และประสบการณ์ เนื้อหาครอบคลุม อาการแสดง ความรุนแรง การรักษาและการดูแลในห้องฉุกเฉิน เมื่อบุคคลนั้นเผชิญกับสถานการณ์คุกคาม และภาวะ ตึงเครียด บุคคลจะมีการควบคุมตนเองโดยการปรับตัว 2 แนวทาง คือ การควบคุมการตอบสนองด้านหน้าที่ และการควบคุมการตอบสนองทางด้านอารมณ์ เกิดควบคู่กันในรูปแบบคู่ขนานและเป็นอิสระต่อกัน บุคคลจะ เลือกใช้แนวทางในการเผชิญกับสถานการณ์ โดยขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้รับซึ่งจะเห็นได้ว่าการให้ข้อมูล เพื่อลดความวิตกกังวลที่ได้ผลดีและมีประสิทธิภาพ ต้องคำนึงถึงลักษณะของข้อมูลและเนื้อหาของข้อมูล⁹ ดังในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยสามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ที่ได้รับยาเคมีบำบัดสามารถเผชิญความเครียดจากความเจ็บป่วยและการรักษา (Stressful health care events) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁰

ในประเทศไทยมีการศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยในญาติผู้ป่วยวิกฤต¹¹ โดยนำสื่อวีดิทัศน์ มาเป็นช่องทางในการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่มีการแสดงข้อมูลที่ชัดเจน ช่วยให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยมีความคาดหวังเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น สามารถลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยและเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการปัญหาและการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเนื้อหาประกอบไปด้วย ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงออกที่เกิดขึ้นสาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัสอาการแสดงและประสบการณ์ ลักษณะสภาพสิ่งแวดล้อมและบุคคลมีการจัดการลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มีข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจง และสอดคล้องกับภาวะการณ์จริง ซึ่งจากผลการวิจัยแสดงให้เห็นชัดเจน ในการช่วยให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้ความวิตกกังวลในสมาชิกครอบครัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุน ด้านการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยขณะรอผู้ป่วยเข้ารับบริการในห้องฉุกเฉิน และเป็นการพัฒนาคุณภาพการให้บริการของพยาบาลห้องฉุกเฉินต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดของ Johnson⁹ เนื้อหาครอบคลุม 4 มิติ ดังนี้

โปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรมปรนัยต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก เนื้อหาครอบคลุม 4 มิติ ตามทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Jonhson⁹ ใช้ระยะเวลาประมาณ 60-90 นาที ได้แก่

- 1) สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ ประเมินระดับความวิตกกังวลเบื้องต้นใช้เวลา 5-10 นาที จากนั้นดำเนินการให้ข้อมูลโดยเนื้อหาครอบคลุม 4 มิติดังนี้
 - 1.1) ข้อมูลที่เกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัสทั้งด้านการมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส ได้แก่ เหตุการณ์คุกคามที่อาจต้องประสบระอที่หน้าห้องฉุกเฉิน เช่น อาการสับสน พูดคุยไม่รู้เรื่อง ต้องผูกมัดตรึงไว้กับที่ หรือซีมิลง จนต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เมื่อมองเห็นภาพเหตุการณ์นั้น สามารถเผชิญต่อเหตุการณ์นั้นได้อย่างเข้าใจและยอมรับได้ มีพฤติกรรมการตอบสนองได้อย่างเหมาะสม
 - 1.2) ข้อมูล ลำดับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น ได้แก่ ข้อมูลที่อธิบายให้ทราบเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาตั้งแต่แรกเริ่ม จนจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน โดยให้คู่มือเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับการบรรยายผ่านสื่อวีดิทัศน์ บรรยายถึงขั้นตอนการให้บริการ แนวทางการรักษา เพื่อให้พร้อมเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่อาจคาดการณ์ได้
 - 1.3) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะสภาพแวดล้อมทั่วไปในห้องฉุกเฉิน รวมถึงลักษณะของบุคลากร ได้แก่ พฤติกรรมและหน้าที่ของบุคลากรในหน่วยงาน อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วย อธิบายการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากสถานที่หนึ่งไปยังสถานที่อีกแห่งหนึ่งกฎระเบียบ และข้อปฏิบัติต่างๆภายในห้องฉุกเฉิน
 - 1.4) ข้อมูลที่บอกสาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัส และ ประสบการณ์ เนื้อหาครอบคลุม อาการแสดง ความรุนแรง การ รักษาและการดูแลในห้องฉุกเฉิน โดยการให้คู่มือรวมกับการ บรรยาย ผ่านสื่อวีดิทัศน์ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เพื่อให้สมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกลดอาการวิตกกังวลลงใช้เวลา 15-30 นาที
- 2) ประเมินผล และให้ทำแบบประเมินความรู้ความเข้าใจและถ้าหากมีข้อสงสัย อธิบายเพิ่มเติม จากนั้นให้ทำแบบประเมินความวิตกกังวล กรณีที่ยังมีความวิตกกังวลอยู่ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพิ่มจากนั้นกล่าวขอบคุณ และปิดโครงการวิจัยใช้เวลา 15-30 นาที

ความวิตกกังวลของสมาชิก
ครอบครัว ผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง
ครั้งแรก

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ที่มารับบริการในห้องฉุกเฉิน กลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ที่มารับบริการในห้องฉุกเฉิน กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Quasi experimental design) เปรียบเทียบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest control group) ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือน เมษายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ที่มารับบริการในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 โดยในปีดังกล่าว มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนทั้งหมด 480 ราย ทั้งนี้ได้กำหนดให้เลือกสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย ครอบครัวละ 1 ราย เพื่อเป็นผู้แทนของผู้ป่วยในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม โดยใช้การจัดสรรกลุ่มตัวอย่างแบบไม่สุ่มตามช่วงเวลา เนื่องจากข้อจำกัดของบริบทห้องฉุกเฉินและเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของการแทรกแซง ผู้วิจัยกำหนดช่วงเวลาเก็บข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไว้ล่วงหน้า ผู้เข้าร่วมที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าได้รับการจัดสรรตามลำดับการมารับบริการโดยใช้เกณฑ์คัดเข้าและคัดออกเดียวกันทั้งสองกลุ่ม และมีการตรวจสอบความเทียบเคียงของข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มก่อนการทดลองเพื่อควบคุมอคติในการคัดเลือกจากสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่นำส่งผู้ป่วยมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 60 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลางที่ .50 อ้างอิงจากงานวิจัยของน้ำทิพย์ ประสิทธิการ และคณะ¹² เรื่องผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วยต่อการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยขณะอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ใช้อำนาจทดสอบ .80 ใช้สถิติอัลฟา = .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 54 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มอีก 10-20 %¹³ แล้วเพิ่มอีกร้อยละ 10 เป็น 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน ให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันโดยการจับคู่ (Matched pairs) กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่ ได้แก่ เพศ อายุ มีค่าใกล้เคียงกัน ห่างกันไม่เกิน 5 ปี และระดับความรุนแรงของโรค

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วยในฐานะ บิดามารดา คู่สมรสและบุตร
2. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยคัดเลือก สมาชิกครอบครัวละ 1 ราย
3. มีความสามารถในการสื่อสาร สามารถอ่านและ เขียนภาษาไทยได้
4. ไม่เคยมีประสบการณ์ นำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับบริการที่โรงพยาบาลมาก่อน
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คุณสมบัติคัดออกของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ดังนี้

1. มีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้น เช่น คลื่นไส้อาเจียน วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม
2. มีเหตุการณ์ทำให้เข้าร่วมไม่จบโปรแกรม เช่น ต้องส่งไปรักษาต่อโรงพยาบาลอื่น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษานี้ผ่านการพิจารณาการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานีเลขที่ 008/2568 วันที่รับรอง 24 มกราคม 2568 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจะขอพบกลุ่มทดลองซึ่งแพทย์เจ้าของไข้อนุญาตให้ผู้วิจัยสามารถทำการวิจัยในครั้งนี้ได้

โดยผู้วิจัยได้แจ้งพยาบาลหัวหน้าทีมในเวรนั้น แจ้งกับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยทราบว่า จะมีการทำวิจัย และเมื่ออนุญาตผู้วิจัยจึงเข้าพบสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยเพื่อดำเนินการวิจัย โดยทำการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยครั้งนี้ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เพื่อการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยอธิบายว่าจะไม่มีผลกระทบต่อบริการสุขภาพที่ได้รับ จากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ และไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างเมื่อกลุ่มทดลองเข้าใจ ผู้วิจัยดำเนินการ ศึกษาครั้งนี้ภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยเมื่อต้องการ รวมถึงการรักษาความลับ โดยการเก็บ รวบรวมข้อมูลต่างๆในแบบสอบถามหรือแบบประเมินจะใช้รหัสแทนชื่อข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม รวมถึงข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มทดลองทุกคนได้รับเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent) และลงนามโดยสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับ ข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับจะถูกเก็บรักษา เป็นความลับภายหลังเสร็จการวิจัยและผลงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์ เผยแพร่ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทันที ทั้งนี้ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวบุคคลจะได้รับการปกปิด และจะไม่ถูกเปิดเผยต่อสาธารณชนไม่ว่ากรณี ใด ผู้วิจัยจะไม่ละเมิดสิทธิของผู้เข้าร่วมในการรักษาความลับ เกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง อนุญาต ทั้งนี้การเก็บข้อมูลทั้งหมดได้ดำเนินการตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ป่วย มีดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำตอบ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

2) แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State-Trait Anxiety Inventory [STAI] Form Y1) ของ Spielberger, et al.⁴ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ โดยคำถามข้อที่ 1 2 5 8 10 11 15 16 19 และ 20 เป็นข้อคำถาม ด้านบวก ให้คะแนนดังนี้ รู้สึกมาก 1 คะแนน รู้สึกปานกลาง 2 คะแนน รู้สึกบ้าง 3 คะแนน ไม่รู้สึกเลย 4 คะแนน และคำถามข้อที่ 3 4 6 7 9 12 13 14 17 และ 18 เป็นข้อคำถามด้านลบ ให้คะแนน ดังนี้ รู้สึกมาก 4 คะแนน รู้สึกปานกลาง 3 คะแนน รู้สึกบ้าง 2 คะแนน ไม่รู้สึกเลย 1 คะแนน โดยคะแนนรวม ของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสนับสนุนด้านข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยใช้ระยะเวลา ประมาณ 60-90 นาที ประกอบด้วย คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมและ สื่อวีดิทัศน์ซึ่งผู้วิจัยได้ พัฒนาขึ้นจากบทวนตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Johnson⁹ เพื่อให้ข้อมูลกับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก โดยรายละเอียดของ กิจกรรมในโปรแกรม เพื่อให้ข้อมูลในแต่ละด้านมีความครอบคลุมเนื้อหา 4 มิติ โดยมีขั้นตอนโปรแกรม ดังต่อไปนี้

2.1 ข้อมูลที่เกี่ยวกับความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการทางกายที่เกิดขึ้น ได้แก่ สิ่งที่มองเห็น และได้ยินขณะรออยู่หน้าห้องตรวจฉุกเฉิน ขณะเข้าไปในห้อง และหลังจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉินเกี่ยวกับ เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและแนวทางการปฏิบัติร่วมทั้งการจัดการเกี่ยวกับโรค

2.2 ข้อมูลเกี่ยวกับลำดับขั้นตอนตามเหตุการณ์เวลา กำหนดเนื้อหาเกี่ยวกับแนวปฏิบัติสำหรับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ในห้องฉุกเฉิน จนจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน โดยใช้คู่มือที่จัดทำขึ้นใหม่มา

อธิบายความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ขั้นตอนการประเมินข้อปฏิบัติและการให้บริการของห้องฉุกเฉิน ร่วมกับการบรรยายผ่านสื่อวีดิทัศน์

2.3 ข้อมูลที่บ่งชี้ถึงสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ กำหนดเนื้อหาที่ครอบคลุมเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทั่วไปในห้องฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่ และการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานแต่ละประเภท รวมถึงข้าวของเครื่องใช้ และ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วยขณะนั้น

2.4 ข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของความรู้สึทางประสาทสัมผัสอาการ ประสบการณ์ เนื้อหาจะครอบคลุมเกี่ยวกับความรู้สึหรืออาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และวิธีการจัดการเกี่ยวกับอาการเหล่านั้น และวิธีการความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่ดูแลรวมถึงอาการไม่พึงประสงค์หรืออาการแทรกซ้อนจากโรค

2.5 คู่มือเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับการบรรยายผ่านสื่อวีดิทัศน์ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าตำราเอกสาร และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับทดลอง ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ เพื่อประเมินเรื่องการรับรู้อาการของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้อาการของโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นแบบประเมินแบบตรวจสอบรายการ กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการประเมินว่าเคยมีประสบการณ์ต่ออาการเหล่านี้หรือไม่ ถ้าตอบว่าไม่ใช่เพียง 1 ข้อ ก็ถือว่าขาดการรับรู้เรื่องอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแบบประเมินนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการรับรู้การเตือนต่อโรคหลอดเลือดสมองของ National Stroke Foundation [NSF] ใช้เมื่อสมาชิกครอบครัวได้รับโปรแกรมรณรงค์-ปรณัยที่ห้องฉุกเฉินแล้วและอาจประเมินต่อที่หอผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน หากไม่ผ่านเกณฑ์ผู้วิจัยต้องให้โปรแกรมซ้ำพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับพร้อมอธิบายเพิ่มเติม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมสนับสนุนด้านข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรณัย ผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในด้านระบบประสาท แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิกฤตฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญในด้านวิกฤตฉุกเฉิน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีการพยาบาล ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความเหมาะสมของเนื้อหา ลำดับการให้ข้อมูล ความเป็นรูปธรรมของเนื้อหา และความสอดคล้องกับบริบทห้องฉุกเฉิน ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะดังกล่าว ไปปรับปรุงแก้ไขก่อนนำโปรแกรมไปทดสอบนำร่อง เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และความเหมาะสมของระยะเวลาในสถานการณ์จริง สำหรับแบบสอบถามวัดความวิตกกังวลได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.85 แสดงถึงความเหมาะสมของเนื้อหา จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความน่าเชื่อถือและเหมาะสมสำหรับการวิจัยครั้งนี้

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ณ งานผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนหลัก ได้แก่

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยจัดเตรียมข้อมูลและเครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรณัย คู่มือการสอน สื่อบรรยาย รวมถึงดำเนินการขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และขออนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การเก็บข้อมูล

ดำเนินการในช่วงเวลาเดียวกัน โดยแยกผู้ให้โปรแกรมและเก็บข้อมูลออกจากกัน ผู้ประเมินผลจะไม่ทราบการจัดเข้ากลุ่มของผู้เข้าร่วม และพื้นที่ให้บริการเป็นสัดส่วน เพื่อลดการปนเปื้อน การให้ข้อมูลทั้งในกลุ่มทดลองและการพยาบาลตามปกติของกลุ่มควบคุม ตรวจสอบทุกครั้ง หากพบการเบี่ยงเบนจากโปรโตคอล มีการบันทึกและจัดการตามแผน

2. ขั้นตอนการทดลอง มีรายละเอียด ดังนี้ เมื่อได้รับอนุญาตเข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและพยาบาล เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และขอความร่วมมือกับพยาบาลห้องฉุกเฉิน ประชาสัมพันธ์ สอบถามความสนใจญาติผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติ ตามเกณฑ์ที่กำหนด หากสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย พยาบาลจะแนะนำผู้วิจัยกับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยจากนั้นผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียด โครงการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย หลังจากสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยรับทราบและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนาม ในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามวันและช่วงเวลาที่กำหนด ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรมปรนัยเพิ่มเติมตามกรอบแนวคิดของ Johnson⁹ ซึ่งครอบคลุมข้อมูลเกี่ยวกับอาการ แนวทางการดูแลรักษา ขั้นตอนบริการ และสภาพแวดล้อมในห้องฉุกเฉินขณะรอตรวจ ทั้งนี้ เพื่อให้ข้อมูลครบถ้วน ชัดเจน และลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย

วิจัยครั้งนี้ดำเนินการโดยผู้วิจัยเพียงคนเดียว การวิจัยมีข้อจำกัดโดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นทั้งผู้ดำเนินการทดลองและผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งอาจส่งผลต่อการเกิดอคติจากผู้วิจัย ลักษณะการดำเนินการดังกล่าวอาจทำให้ไม่สามารถจำแนกผลของเนื้อหาโปรแกรมออกจากผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลได้อย่างชัดเจน ดังนั้น ผลการวิจัยควรได้รับการพิจารณาและตีความภายใต้ข้อจำกัดนี้ และการศึกษาครั้งต่อไปอาจพิจารณาแนวทางการออกแบบที่ช่วยลดอิทธิพลดังกล่าว เพื่อเพิ่มระเบียบวิธี ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมก่อนการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ แบ่งช่วงเวลาและสถานที่เก็บข้อมูลออกจากการให้โปรแกรม อย่างชัดเจน ก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะอธิบายและเน้นย้ำ การตอบแบบสอบถาม ไม่มีคำตอบถูกหรือผิด และไม่มีผลต่อการรักษาหรือความสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อให้การดำเนินการและการวัดผลเป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน และลดอคติจากการเก็บข้อมูล โดยกลุ่มควบคุมประกอบด้วยสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก จำนวน 30 คน ที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานปกติในห้องฉุกเฉิน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอบเขต และสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการ

2) กลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความวิตกกังวลก่อนรับการพยาบาล (Pre-test)

3) กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลและข้อมูลจากทีมแพทย์ พยาบาลตามกระบวนการปกติ เช่น การประเมินสภาพ การคัดกรอง ให้ข้อมูลโรคสั้น ๆ และตอบข้อซักถามตามทักษะของบุคลากร

4) เมื่อแพทย์พิจารณาการรักษาเสร็จสิ้น ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน กลุ่มควบคุมจะทำแบบประเมินความวิตกกังวลซ้ำ (Post-test) และได้รับโอกาสซักถาม พุดคุยถึงประสบการณ์ พร้อมมอบคู่มือการดูแลก่อนกลับบ้าน

กลุ่มทดลองประกอบด้วยสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก จำนวน 30 คน ที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย เพิ่มเติมจากการพยาบาลตามปกติ โดยมีขั้นตอนสำคัญ ดังนี้

- 1) คัดเลือกกลุ่มทดลองตามเกณฑ์คัดเข้า
- 2) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินงาน และสิทธิของผู้เข้าร่วมขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัย
- 3) กลุ่มทดลองตอบแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบวัดการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (Pre-test)
- 4) ดำเนินการให้โปรแกรมสนับสนุนข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ประกอบด้วย ข้อมูลอาการและสัญญาณทางประสาทสัมผัสของผู้ป่วย ลำดับขั้นตอนการดูแลและการบริการในห้องฉุกเฉิน ข้อมูลสภาพแวดล้อมและกระบวนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เหตุผล สาเหตุ อาการแสดง และแนวทางการดูแลรักษาโดยใช้สื่อประกอบ เช่น คู่มือ สื่อบรรยาย วิดีทัศน์ และการให้ข้อมูลรายบุคคล รวมประมาณ 25 นาที
- 5) เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมและก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินซ้ำ เปิดโอกาสสอบถามข้อสงสัย และให้คำแนะนำเพิ่มเติม
- 6) ขั้นตอนการกำกับการทดลอง เมื่อแพทย์พิจารณาถึงความเห็นการรักษาที่ห้องฉุกเฉินก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาประมาณ 10-20 นาทีประเมินความรู้ความเข้าใจหลังการดำเนินโปรแกรมเสร็จ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แยกวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของสมาชิกครอบครัวและผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกภายในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและผลต่างคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองรวมถึงเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Independent T-test

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ทำ Test of normality แม้ผลการทดสอบผลการกระจายปกติด้วยวิธี Shapiro-Wilk และ Kolmogorov-Smirnov และบางข้อมูลตัวแปรของกลุ่มทดลอง มีการกระจายไม่เป็นปกติ ผู้วิจัยเลือกใช้สถิติพารามิเตอร์ (Parametric statistics) ได้แก่ Paired t-test และ independent t-test อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาค่าความเบ้ของข้อมูล (Skewness) พบว่าค่าดังกล่าวอยู่ในช่วงที่ยอมรับได้ คือไม่เกิน ± 2 ซึ่งถือว่ายังอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถใช้สถิติแบบพารามิเตอร์ได้ตามหลักสถิติ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างละ 30 ราย ซึ่งสอดคล้องกับหลัก Central Limit Theorem (CLT) ที่ระบุว่า เมื่อขนาดกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอ (โดยทั่วไป 30 คนขึ้น) การแจกแจงของค่าเฉลี่ยตัวอย่างจะมีลักษณะใกล้เคียงการกระจายปกติ แม้ว่าข้อมูลดิบจะไม่เป็นปกติอย่างสมบูรณ์ก็ตาม ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติอิงพารามิเตอร์ในการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนก่อน-หลังทดลองภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม เนื่องจากเป็นสถิติที่เหมาะสมกับลักษณะข้อมูล ขนาดตัวอย่าง และมีหลักฐานสนับสนุนทางทฤษฎีอย่างชัดเจน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือน เมษายน พ.ศ.2568 จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย พบว่าข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน การวินิจฉัยโรค การประเมินความรุนแรงแรกรับ NIHSS การประเมินและคัดกรองความรุนแรงด่วน ชนิดของการผ่าตัด/หัตถการ โรคประจำตัว

	รวม (n=60)	กลุ่มควบคุม (n=30)	กลุ่มทดลอง (n=30)	ค่าสถิติ	P-value
ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1.ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย				-	0.219
สามี	15 (25.86%)	10 (33.33%)	5 (17.86%)		
ภรรยา	24 (41.38%)	13 (43.33%)	11 (39.29%)		
บุตรสาว/ บุตรชาย	16 (27.59%)	5 (16.67%)	11 (39.29%)		
อื่น	3 (5.17%)	2 (6.67%)	1 (3.57%)		
2. เพศ				$\chi^2 = 0.014$	0.905
ชาย	17 (29.31%)	9 (30.00%)	8 (28.57%)		
หญิง	41 (70.69%)	21 (70.00%)	20 (71.43%)		
3. อายุ (ปี), Mean±S.D.	46.24±12.66	46.43±9.68	46.04±15.42	t = 0.119	0.906
4. สถานภาพสมรส				$\chi^2 = 1.180$	0.277
โสด/แยกกันอยู่	13 (22.41%)	5 (16.67%)	8 (28.57%)		
คู่	45 (77.59%)	25 (83.33%)	20 (71.43%)		
5.ระดับการศึกษา				-	0.275
ประถมศึกษา	11 (18.97%)	4 (13.33%)	7 (25.00%)		
มัธยมศึกษา/ ประกาศนียบัตร/ อนุปริญญา	12 (20.69%)	9 (30.00%)	3 (10.71%)		

	รวม (n=60)	กลุ่มควบคุม (n=30)	กลุ่มทดลอง (n=30)	ค่าสถิติ	P-value
ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ปริญญาตรี	28 (48.28%)	14 (46.67%)	14 (50.00%)		
สูงกว่าปริญญาตรี	7 (12.07%)	3 (10.00%)	4 (14.29%)		
6.อาชีพ				-	0.706
รับราชการ/ ข้าราชการบำนาญ/ รัฐวิสาหกิจ	25 (43.10%)	15 (50.00%)	10 (35.71%)		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	15 (25.86%)	7 (23.33%)	8 (28.57%)		
ลูกจ้าง/รับจ้าง	8 (13.79%)	4 (13.33%)	4 (14.29%)		
เกษตรกร/แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน/ อื่นๆ	10 (17.24%)	4 (13.33%)	6 (21.43%)		
7.รายได้เฉลี่ย/เดือน				-	0.233
น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน	27 (46.55%)	12 (40.00%)	15 (53.57%)		
20,001 - 30,000 บาท/เดือน	8 (13.79%)	3 (10.00%)	5 (17.86%)		
มากกว่า 30,000 บาท/เดือน	23 (39.66%)	15 (50.00%)	8 (28.57%)		
8.การวินิจฉัยโรค				χ^2 = 0.009	0.923
Ischemic stroke	39 (67.24%)	20 (66.67%)	19 (67.86%)		
Hemorrhagic stroke	19 (32.76%)	10 (33.33%)	9 (32.14%)		
9.ประเมินความรุนแรงแรกรับ (NIHSS)				-	0.027
stroke เล็กน้อย	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)		
stroke ปานกลาง	6 (10.34%)	5 (16.67%)	1 (3.57%)		
stroke รุนแรง	23 (39.66%)	15 (50.00%)	8 (28.57%)		
Stroke รุนแรงมาก	29 (50.00%)	10 (33.33%)	19 (67.86%)		

	รวม (n=60)	กลุ่มควบคุม (n=30)	กลุ่มทดลอง (n=30)	ค่าสถิติ	P-value
ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
10.ประเมินและ คัดกรองความ เร่งด่วน				$\chi^2 =$ 0.001	0.971
Emergency	25 (43.10%)	13 (43.33%)	12 (42.86%)		
Urgency	33 (56.90%)	17 (56.67%)	16 (57.14%)		
11.ชนิดของการ ผ่าตัด/หัตถการ				$\chi^2 =$ 0.487	0.784
ยารt-PA	12 (21.43%)	5 (17.86%)	7 (25.00%)		
Surgery	18 (32.14%)	9 (32.14%)	9 (32.14%)		
None	26 (46.43%)	14 (50.00%)	12 (42.86%)		
12.โรคร่วม				$\chi^2 =$ 0.056	0.813
เบาหวาน	32 (55.17%)	17 (56.67%)	15 (53.57%)		
หัวใจ	13 (22.41%)	4 (13.33%)	9 (32.14%)	$\chi^2 =$ 2.947	0.086
ความดันโลหิตสูง	29 (50.00%)	13 (43.33%)	16 (57.14%)	$\chi^2 =$ 1.105	0.293
ไขมันในเลือดสูง	29 (50.00%)	18 (60.00%)	11 (39.29%)	$\chi^2 =$ 2.486	0.115
อื่น ๆ	4 (6.90%)	3 (10.00%)	1 (3.57%)	-	0.612

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นภรรยา คิดเป็นร้อยละ 24 เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 41 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 46.24 (S.D. = 12.66) สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 45 ระดับการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28 ส่วนใหญ่รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ คิดเป็นร้อยละ 25 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย มากกว่า 30,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 27 เป็นโรคชนิด Ischemic stroke คิดเป็นร้อยละ 39 ประเมินความรุนแรงแรกรับ NIHSS stroke พบรุนแรงมาก คิดเป็นร้อยละ 29 การประเมินและคัดกรองพบเป็นแบบเร่งด่วน (Urgency) คิดเป็นร้อยละ 33 ชนิดของการผ่าตัด/หัตถการ ไม่ได้ทำ (None) คิดเป็นร้อยละ 28 มีโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 52 ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 32

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ครั้งแรกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลองโดยการทดสอบโดยใช้สถิติ Independent t-test

ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว	Mean	S.D.	t	P-value
ก่อนทดลอง				
กลุ่มควบคุม	55.27	3.40	2.023	0.048
กลุ่มทดลอง	53.18	4.42		
หลังทดลอง				
กลุ่มควบคุม	38.73	2.92	17.118	< 0.001
กลุ่มทดลอง	25.64	2.90		

ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

หมายเหตุ ระดับความวิตกกังวลตามเกณฑ์ STAY Form Y-1 : คะแนน 20-33 ต่ำ 34-46 ปานกลาง 47-80 สูง

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ระยะก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลเท่ากับ 55.27 (S.D. = 3.40) และกลุ่มทดลองเท่ากับ 53.18 (S.D. = 4.42) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพบว่าคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลอง (Pre-test) ของสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.048$) ซึ่งเป็นข้อจำกัดแต่เนื่องจากได้วิเคราะห์เปรียบเทียบ "ผลต่างค่าเฉลี่ย (Mean Difference)" ไว้ใน ตาราง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.023, p = .048$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีระดับความวิตกกังวลเริ่มต้นแตกต่างกันเล็กน้อย ระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงเหลือ 25.64 (S.D. = 2.90) ซึ่งต่ำกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่มีค่าเฉลี่ย 38.73 (S.D. = 2.92) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 17.118, p < .001$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกภายในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test (n=60)

ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว	Mean	S.D.	t	P-value
กลุ่มควบคุม				
ก่อนทดลอง	55.27	3.40	18.654	<0.001
หลังทดลอง	38.73	2.92		
กลุ่มทดลอง				
ก่อนทดลอง	53.18	4.42	25.450	<0.001
หลังทดลอง	25.64	2.90		

ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวภายหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ ลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 18.654, p < .001$) กลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สูงกว่าก่อนการทดลอง ($t = 25.450, p < .001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้

ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ช่วยลดระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังได้รับโปรแกรมลดลงอย่างชัดเจน และมีความแตกต่างภายในกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แต่กลุ่มทดลองคะแนนลดลงมากกว่า แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยช่วยให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจสถานการณ์และควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลที่เปลี่ยนไปของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติ Independent t-test

ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว	Mean difference	S.D.	t	P-value
กลุ่มควบคุม	-16.53	4.85	7.912	<0.001
กลุ่มทดลอง	-27.54	5.73		

ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตารางที่ 4 พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล (ก่อนและหลังการทดลอง) ของกลุ่มทดลอง ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 7.912, p < .001$) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยผลต่างอยู่ที่ -16.53 (S.D. = 4.85) ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่าง -27.54 (S.D. = 5.73) แสดงให้เห็นว่า การลดลงของระดับความวิตกกังวลที่มากกว่าในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยมีผลอย่างชัดเจนในการลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่มารับบริการในหออฉุกเฉิน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หลังการทดลองผลการทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการให้โปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย กับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่หออฉุกเฉิน มีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

ผลของการให้โปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย กับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่หออฉุกเฉิน ผลเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย โดยผลที่เกิดขึ้นมิได้เกิดจากความแตกต่างของลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างหรือระดับความวิตกกังวลเริ่มต้น แต่เกิดจาก โปรแกรมที่ให้ ตามทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Johnson⁹ กล่าวคือ การให้ข้อมูลที่มีความชัดเจน เป็นรูปธรรม และสอดคล้องกับสถานการณ์จริงในหออฉุกเฉิน ช่วยให้สมาชิกครอบครัวสามารถสร้าง แบบแผนความรู้ความเข้าใจ (Cognitive schema) ต่อเหตุการณ์คุกคามได้อย่างเป็นระบบ ลดความคลุมเครือและความไม่แน่นอน ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นสำคัญของความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) เมื่อการรับรู้

มีโครงสร้าง บุคคลจะสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ เข้าใจบทบาทของตนเอง และประเมินสถานการณ์ได้อย่างมีเหตุผลมากขึ้น ส่งผลให้กระบวนการควบคุมตนเอง ทำงานได้ดีขึ้น ทั้งในมิติการรับรู้ อารมณ์ และการเผชิญปัญหา จึงนำไปสู่การลดการตอบสนองทางอารมณ์เชิงลบอย่างเป็นระบบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองเกิดจากการได้รับโปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย มากกว่าความแตกต่างของระดับความวิตกกังวล ที่จุดเริ่มต้นของกลุ่มตัวอย่าง แม้การศึกษาครั้งนี้จะดำเนินการในสถานพยาบาลแห่งเดียว ซึ่งมีลักษณะเฉพาะด้านบริการ ผู้ป่วย และทรัพยากร ส่งผลให้ความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัยไปใช้ ในบริบทของสถานพยาบาลอื่น (Generalizability) มีข้อจำกัด ดังนั้นการนำผลการวิจัยไปใช้ควรพิจารณาความเหมาะสมของบริบทเป็นสำคัญ

การลดลงของความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองสามารถอธิบายได้ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Johnson⁹ ซึ่งอธิบายว่าการได้รับข้อมูลที่มีความชัดเจน เป็นรูปธรรม และสอดคล้องกับสถานการณ์จริง ช่วยให้บุคคลสามารถสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์คุกคาม ลดความไม่แน่นอน และส่งเสริมกระบวนการควบคุมตนเอง ส่งผลให้การตอบสนองทางอารมณ์เชิงลบ โดยเฉพาะความวิตกกังวลขณะเผชิญสถานการณ์วิกฤต ลดลงอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ เนื่องจากผล Pre-test มีความแตกต่างกัน ($p = .048$) ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดของการวิจัย แม้ระดับความวิตกกังวลเริ่มต้นจะมีความแตกต่างกันเล็กน้อย แต่เมื่อพิจารณาที่ ผลต่างของคะแนน (Mean Difference) ในตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน (ลดลง -27.54 vs -16.53) ซึ่งอาจยืนยันประสิทธิภาพของโปรแกรมได้สามารถควบคุมอิทธิพลของความไม่ทัดเทียมกันของกลุ่มตัวอย่าง ณ จุดเริ่มต้น ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่หลีกเลี่ยงได้ยากในการดำเนินการวิจัยในสถานการณ์จริงของห้องฉุกเฉิน หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก มีคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับก่อนการได้รับโปรแกรม และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 จากการทดลองพบว่า ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน การวินิจฉัยโรค การประเมินความรุนแรงแรกรับ NIHSS การประเมินและคัดกรองความรุนแรงด่วน ชนิดของการผ่าตัด/หัตถการ โรคประจำตัว ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ แสดงว่าลักษณะทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความคล้ายคลึงกัน กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกหลังการทดลองมีความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกต่ำกว่าก่อนการทดลอง เมื่อนำค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมาเปรียบเทียบกับกันด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการวิจัยผู้วิจัยอภิปราย ตามสมมุติฐานการวิจัยดังนี้

1. ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่ำกว่าก่อนการทดลอง อภิปรายได้ว่า ความวิตกกังวลขณะเผชิญถือเป็นสิ่งเร้าที่มากกระทบต่อสมาชิกครอบครัว โดยสมาชิกครอบครัวจะมีการแสวงหาความช่วยเหลือ เพื่อให้สามารถปรับตัวตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้น โดยเหตุการณ์นั้นส่งผลต่ออารมณ์ ความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่รอลูอยู่ด้านนอกห้องฉุกเฉิน ถ้าหากไม่สามารถปรับตัวได้ย่อมส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาของสุชาติ อรวงศไพศาล และคณะ¹⁴ เกี่ยวกับการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ผลการศึกษา พบว่า ความวิตกกังวล

ส่วนใหญ่เกี่ยวกับตัวผู้ป่วย อาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ระยะเวลาในการรอคอย การตรวจรักษา แผนการรักษา ที่ผู้ป่วยจะได้รับ เพื่อจะได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การตรวจรักษาต่าง ๆ รวมทั้งแผนการรักษาต่อไป ซึ่งคาดหวังการดูแลและการได้รับข้อมูลที่เป็นจริง ชัดเจน เข้าใจง่าย รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการดูแลและการได้อยู่กับผู้ป่วยขณะนั้น นอกจากนี้ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยยังต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ขณะรอ รวมทั้งความช่วยเหลือสนับสนุนจากผู้ให้บริการให้ได้รับความสุขสบายขณะรอ¹⁵⁻¹⁷ โปรแกรมถูกพัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิดที่ครอบคลุมองค์ประกอบในมิติของการศึกษานี้ มีองค์ประกอบสำคัญในการให้ข้อมูลที่ชัดเจน ความเป็นรูปธรรมปรนัย จึงส่งผลให้พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรมปรนัย สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวล ภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน ที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อภิปรายได้ว่าการให้ข้อมูลที่มีรูปแบบและลักษณะเฉพาะที่เรียกว่าข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย (concrete-objective information) อ้างอิงตามแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-Regulation Theory) ของ Johnson⁹ ผนวกกับ โปรแกรมที่สร้างขึ้น เป็นแนวทางการสื่อสารที่มุ่งช่วยลดความวิตกกังวลของบุคคล ในสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอน โดยเน้นการให้ข้อมูลที่ เป็นข้อเท็จจริง ชัดเจน และปราศจากอารมณ์หรือความคิดเห็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล เพื่อส่งเสริมความพร้อมในการเผชิญเหตุการณ์ ข้อมูลที่จัดเตรียมไว้ ควรรวมถึงสิ่งที่บุคคลอาจรับรู้หรือรู้สึกได้ผ่านประสาทสัมผัส อาการที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนสาเหตุและลำดับ ขั้นตอนของเหตุการณ์ รวมถึงระยะเวลาและสภาพแวดล้อมของสถานการณ์ การให้ข้อมูลในลักษณะนี้ ช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมตนเองได้ดีขึ้น มุ่งเน้นการตอบสนองอย่างมีเหตุผล ลดการตอบสนองทางอารมณ์ และส่งผลให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมพร้อมทั้งลดระดับความวิตกกังวลลง ดังเช่น โปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ที่มีองค์ประกอบ 4 มิติ คือ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัส ทั้งด้านการมองเห็น การได้ยิน การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย (Concrete-objective information) เมื่อได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่เห็น ได้ยิน หรือสัมผัส เช่น การเจาะเลือด การวัดสัญญาณชีพ การพูดคุยกับแพทย์พยาบาล ทำให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกเข้าใจกระบวนการรักษาตามปกติ ไม่ใช่สัญญาณอันตราย 2) ข้อมูล ลำดับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น ได้แก่ ข้อมูลที่อธิบายให้ทราบเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาตั้งแต่แรกเริ่ม จนจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน 3) ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะ สภาพแวดล้อมทั่วไปในห้องฉุกเฉิน รวมถึงลักษณะของบุคลากร และ 4) ข้อมูลที่บอกสาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัส และประสบการณ์ เนื้อหาครอบคลุม อาการแสดง ความรุนแรง การรักษาและการดูแลในห้องฉุกเฉิน โดยผ่านสื่อวีดิทัศน์การรู้ล่วงหน้าเกี่ยวกับสิ่งที่รับรู้ทางประสาทสัมผัส ช่วยลดความไม่แน่นอน และเป็นสาเหตุของความวิตกกังวลในช่วงแรกของการเผชิญเหตุ และสามารถช่วยให้บุคคลควบคุมการตอบสนองตนเองไปในแนวทางที่เหมาะสมโดยเฉพาะในการเผชิญสถานการณ์คุกคาม ตามทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Johnson⁹ เมื่อบุคคลนั้นเผชิญกับสถานการณ์คุกคามและภาวะตึงเครียด บุคคลจะมีการควบคุมตนเองโดยการปรับตัว 2 แนวทาง คือ การควบคุมการตอบสนองด้านหน้าที่ และการควบคุมการตอบสนองทางด้านอารมณ์ เกิดควบคู่กันในรูปแบบคู่ขนานและเป็นอิสระต่อกัน โดยมีการนำสื่อวีดิทัศน์ มาเป็นช่องทางในการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่มีการแสดงข้อมูลที่ชัดเจน ช่วยให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยมีความคาดหวังเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น สามารถลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการปัญหาและการสนับสนุนด้านข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผ่านแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน ต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยเร่งด่วนในห้องฉุกเฉิน

สอดคล้องกับการศึกษาของสุญาดา อรวงศ์ไพศาล และคณะ¹⁴ ที่รายงานว่า การให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ ช่วยลดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพบว่าการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย เพียงครั้งเดียวสามารถลดระดับความวิตกกังวลลงได้ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอลงกรณ์ อักษรศรี และคณะ¹⁵ ที่พบว่า การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยแก่บิดามารดาของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก สามารถลดระดับความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยทั้งสองงานยืนยันตรงกันว่า การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ไม่ว่าจะผ่านสื่อวีดิทัศน์หรือแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน ล้วนมีส่วนสำคัญในการลดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยในหอฉุกเฉิน การเลือกสื่อควรคำนึงถึงสถานการณ์ เพื่อให้การสื่อสารข้อมูลมีประสิทธิภาพสูงสุด

ดังนั้นจากแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเองนี้ ทำให้พยาบาลในห้องฉุกเฉิน สามารถนำทฤษฎีนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกจากเหตุการณ์ที่คุกคาม ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ล่วงหน้า เมื่อพยาบาลห้องฉุกเฉินให้ข้อมูลในลักษณะที่เป็นรูปธรรม-ปรนัย 1 ครั้งต่อเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญล่วงหน้า เมื่อสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยได้เผชิญกับสถานการณ์จริง ย่อมทำให้สมาชิกครอบครัวมีสนใจในลักษณะที่เป็นรูปธรรม-ปรนัยมากกว่าลักษณะแบบอวัจนัย ทำให้มีการตอบสนองด้านอารมณ์ลดลง ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลงได้ปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเนื้อหาประกอบไปด้วยความรู้สึทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงออกที่เกิดขึ้นสาเหตุของความรู้สึทางประสาทสัมผัสอาการแสดงและประสบการณ์ ลักษณะสภาพสิ่งแวดล้อมและบุคคล มีการจัดการลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มีข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจง และสอดคล้องกับภาวะการณจริง ซึ่งจากผลการวิจัยแสดงให้เห็นชัดเจน ในการช่วยให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้ความวิตกกังวลในสมาชิกครอบครัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยพบว่าการทดลองผลการทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้โปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยกับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่โรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่ห้องฉุกเฉิน มีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นโปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยมีผลช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในห้องฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมดังกล่าวมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุญาดา อรวงศ์ไพศาล และคณะ¹⁴ พบว่าการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยเพียงครั้งเดียว สามารถลดระดับความวิตกกังวลลงได้ จากแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเอง ทำให้พยาบาลในห้องฉุกเฉิน สามารถนำทฤษฎีนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกจากเหตุการณ์ที่คุกคาม ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ล่วงหน้า ที่พบว่าการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยสามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมะเร็งสามารถเผชิญความเครียดจากความเจ็บป่วยและการรักษาพบว่าการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยสามารถช่วยให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ ลดความวิตกกังวลและมีความมั่นใจมากยิ่งขึ้น เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดภายในห้องฉุกเฉิน นอกจากการให้ข้อมูลที่ชัดเจนและเป็นระบบแล้วยังช่วยให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยสามารถปรับตัวและจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้น มีภาพ

ในจินตนาการ (Mental image) ที่ชัดเจนตามทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-Regulation Theory) ของ Johnson⁹ ที่ระบุว่าทำให้ข้อมูลที่มีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมช่วยให้ช่วยให้บุคคลสามารถรับมือกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญได้ดีขึ้น โปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยสามารถสามารถลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกได้ ซึ่งจากการให้โปรแกรมได้ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดความรู้ เกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการดำเนินของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจหลังได้โปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย พบว่ากลุ่มทดลองเข้าใจมากกว่าร้อยละ 80

โดยพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับข้อมูลสมาชิกครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ได้ดีขึ้น มีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่สงบและมีความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยมากขึ้น การให้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรม-ปรนัย ช่วยให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยสามารถจัดการกับความวิตกกังวลในสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Johnson's Self-Regulation Theory ที่ระบุว่าทำให้ข้อมูลที่มีลักษณะรูปธรรม-ปรนัยช่วยเสริมการควบคุมตนเองทางอารมณ์และลดความวิตกกังวลในสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนวทางนี้สามารถนำไปใช้เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในห้องฉุกเฉินได้ และสามารถพัฒนาเพื่อใช้กับภาวะฉุกเฉินอื่น ๆ ต่อไปได้

ถึงแม้ว่าผลการวิจัยจะแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยในการลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ควรพิจารณาข้อจำกัดบางประการ ประการแรกคือ ข้อจำกัดด้านบริบทและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการศึกษานี้ดำเนินการในหอผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาดใหญ่เพียงแห่งเดียว ซึ่งมีบริบทความหนาแน่นของผู้รับบริการและความซับซ้อนของระบบการให้บริการสูง แตกต่างจากโรงพยาบาลระดับอื่น ประกอบกับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงเฉพาะสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง *ครั้งแรก* เท่านั้น ผลการวิจัยจึงอาจมีข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงหรือขยายผลสู่ครอบครัวผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Recurrent stroke) หรือในโรงพยาบาลที่มีบริบทแตกต่างออกไป ประการที่สองคือ ข้อจำกัดด้านสภาพแวดล้อมและระเบียบวิธีวิจัย โดยสภาพแวดล้อมของห้องฉุกเฉินที่มีความเร่งรีบ เสียงดัง และความตึงเครียดสูงตลอดเวลา เป็นปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระดับความวิตกกังวลและการตอบสนองของผู้เข้าร่วมวิจัยนอกเหนือจากผลของโปรแกรม นอกจากนี้ การออกแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ที่ใช้วิธีการจับคู่ (Matched pairs) แทนการสุ่มเข้ากลุ่มอย่างสมบูรณ์ อาจทำให้ยังมีตัวแปรแทรกซ้อนบางประการที่ไม่ได้ถูกควบคุม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์การศึกษาได้ ประการสุดท้ายคือ ข้อจำกัดด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลและการประเมินผล เนื่องจากผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง อาจส่งผลให้เกิดความเอนเอียงในการตอบแบบสอบถามของผู้เข้าร่วมวิจัย (Social Desirability Bias) อีกทั้งการประเมินผลในครั้งนี้เน้นการวัดระดับความวิตกกังวลในระยะสั้น คือทันทีหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน จึงยังไม่สามารถสรุปผลถึงความยั่งยืนของผลลัพธ์ในการลดความวิตกกังวลในระยะยาว เมื่อผู้ป่วยถูกย้ายไปยังหอผู้ป่วยในหรือกลับไปดูแลต่อที่บ้านได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูล ควรนำแนวคิดการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยไปพัฒนาเป็น "แนวปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Practice Guideline)" ที่เป็นระบบและมีมาตรฐาน โดยอาจจัดทำเป็นคู่มือควบคู่กับการใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อให้ข้อมูลมีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น ซึ่งแนวทางดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การเตรียมความพร้อมบุคลากร ก่อนนำโปรแกรมไปใช้จริง ควรจัดให้มีการ "ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ" แก่พยาบาลห้องฉุกเฉิน เพื่อสร้างความเข้าใจในหลักการและเทคนิคการสื่อสารแบบรูปธรรม-ปรนัย (เช่น การใช้ภาษากระชับ เข้าใจง่าย การตอบข้อซักถาม) เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและเกิดประสิทธิผลสูงสุด

3. การประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยอื่น สามารถนำหลักการของโปรแกรมนี้ไปปรับใช้กับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยภาวะวิกฤตหรือฉุกเฉินอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยอุบัติเหตุ หรือผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้เกิดมาตรฐานการให้ข้อมูลที่เป็นทิศทางเดียวกัน ลดความคลาดเคลื่อน และเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการเวลา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การออกแบบการวิจัยที่รัดกุมยิ่งขึ้น ควรทำการวิจัยซ้ำ (Replication study) โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) และควรมีการปกปิดผู้ประเมินผล (Blinded assessor) เพื่อลดอคติและยืนยันประสิทธิภาพของโปรแกรมให้มีความน่าเชื่อถือทางระเบียบวิธียิ่งขึ้น

2. การศึกษาความคุ้มค่าและความเป็นไปได้ ควรมีการศึกษาถึง "ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Cost-effectiveness analysis)" และความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้จริงทั้งในระดับปฏิบัติการและระดับนโยบาย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสำหรับการตัดสินใจนำไปขยายผลในวงกว้าง

3. การขยายขอบเขตการศึกษา ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและขยายพื้นที่ศึกษาให้ครอบคลุมบริบทที่หลากหลาย (เช่น โรงพยาบาลต่างระดับ) รวมถึงพัฒนาเครื่องมือวัดผลลัพธ์ให้ครอบคลุมหลายมิติทั้งด้านจิตใจ พฤติกรรม และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยและครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

- Kim J, Thayabaranathan T, Donnan GA, Howard G, Howard VJ, Rothwell PM, et al. Global stroke statistics 2019. *Int J Stroke* 2020;15:819-38.
- Lukmanulhakim L, Afriyani A, Haryani A. Caring efficacy and nurse caring behavior in taking care of critical patients. *Jurnal Ners* 2019;14:55. doi: 10.20473/jn.v14i1.9664.
- นิพนธ์ วาตาตา. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
- Spielberger CD. State-trait anxiety inventory for adults. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press; 1983.

5. Zhao J, Zeng Z, Yu J, Xu J, Chen P, Chen Y, et al. Effect of main family caregiver's anxiety and depression on mortality of patients with moderate-severe stroke. *Scientific reports* 2021; 11:2747-9. doi:10.1038/s41598-021-81596-8
6. Beck AT, Alford BA. *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 2009.
7. ปฐมวดี สิงห์ตง, ชนกวพร จิตปัญญา. การดูแลญาติของผู้ป่วยวิกฤต: มุมมองของญาติ. *วารสารมหาวิทยาลัยเจ้าฟ้า นีราธารัส* 2011;3:17-32.
8. Khowtong W, Sukonthasarn A, Wangsrikhun S. Effectiveness of caring for acute critically ill patients based on family-centered care concept in the emergency department. *Nurs J* 2019; 46:176-87.
9. Johnson JE. Self-regulation theory and coping with physical illness. *Res Nurs Health* 1999;22:435-48.
10. พิจิตรา เล็กดำรงกุล, คณิงนิจ พงศถาวรกมล, นพดล ศิริธนารัตนกุล, ศิวพร ศิริภูณ, เพ็ญใจ จิตรนำทรัพย์. ผลของโปรแกรมให้ข้อมูลเชิงรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวลและภาวะการรบกวนจิตใจในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด 2563;38:19-34.
11. อลงกรณ์ อักษรศรี, วลัยยา ธรรมพนิชวัฒน์, ไชยมุข วิเชียรเจริญ, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม. ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวลและการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรของบิดามารดาในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก. *วารสารการพยาบาลไทย* 2555;30:80-9.
12. น้ำทิพย์ ประสิทธิการ, วลัยลดา ฉันทะเรืองวณิชย์, อรพรรณ โตสิงห์, ดนุลดา จามจุรี. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วยต่อการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยขณะอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
13. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
14. สุญาดา อรวงศ์ไพศาล, จงจิต เสน่หา, อัจฉริยา พ่วงแก้ว, ครอบวงศ์ มุสิกถาวร. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผ่านแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยเร่งด่วนในห้องฉุกเฉิน. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 2566;41:34-49.
15. ประยงค์ ทับทิม. ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยบูรพา; 2551.
16. Hsiao PR, Redley B, Hsiao YC, Lin CC, Han CY, Lin HR. Family needs of critically ill patients in the emergency department. *Int Emerg Nurs* 2017;30:3-8.
17. Yildirim T, Özlü ZK. Needs of critically ill patients' relatives in emergency departments. *Nurs Midwifery Stud* 2018;7:33-8.