

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในห้องฉุกเฉิน

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

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมักเผชิญความวิตกกังวลสูงเนื่องจากขาดความรู้และการเตรียมตัวเพื่อรับมือกับสถานการณ์คุกคาม แม้มีการให้ข้อมูลทั่วไปแต่อาจยังไม่สามารถสร้างภาพในจินตนาการและโครงสร้างความรู้เพื่อควบคุมการตอบสนองได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยกึ่งทดลองนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

วิธีดำเนินการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองรูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ กลุ่มตัวอย่างคือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลฯ และแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติทดสอบสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน และสถิติทดสอบสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่สัมพันธ์กัน

ผลการวิจัย: ผลการวิจัยพบว่าสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ห้องฉุกเฉินในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าในสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุป: การใช้โปรแกรมการสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม - ปรนัยผ่านสื่อวีดิทัศน์ต่อความวิตกกังวลสามารถลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในห้องฉุกเฉินได้ ดังนั้น จึงควรนำโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวไปใช้เพื่อลดความวิตกกังวลอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ความวิตกกังวล สมาชิกครอบครัว โรคหลอดเลือดสมอง

¹นิสิตพยาบาลศาสตรมหาพยาบาลมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*ติดต่อผู้พิมพ์: ศกุนตลา อนุเรือง; e-mail: sakuntala.a.@chula.ac.th

วันรับ: 22 ส.ค. 2568 วันแก้ไข: 23 ธ.ค. 2568 วันตอบรับ: 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

Background: Family members of individuals experiencing a stroke for the first time frequently encounter elevated levels of anxiety, primarily due to insufficient knowledge and preparation for managing such critical situations. While general information may be available, it often fails to equip them with a clear mental framework or structured understanding necessary for effectively regulating their responses. Consequently, this quasi-experimental study sought to examine the impact of a concrete-objective information support program on the anxiety levels of these family members.

Methods: A quasi-experimental, two-group pretest-posttest design was implemented in the emergency department of Sunpasitthiprasong Hospital. The sample comprised 60 family members of patients, divided into an experimental group and a control group, with 30 participants in each group. The research instruments included an information support program, a general information questionnaire, and an anxiety assessment questionnaire, all of which underwent content validation by five experts, resulting in a content validity index of .85. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-tests, and paired t-tests.

Results: The study demonstrated that family members of stroke patients in the emergency department who participated in the program exhibited significantly reduced anxiety scores post-intervention compared to their pre-intervention scores ($p < .05$). Furthermore, following the program, the anxiety scores of the experimental group were significantly lower than those of family members who received standard care ($p < .05$).

Conclusion: The implementation of a concrete-objective information support program through video media has been shown to effectively alleviate the anxiety experienced by family members of first-time stroke patients in the emergency room. Consequently, it is recommended that this family needs response program be adopted to efficiently mitigate 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 Ratchathani

² Assistant Professors, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

*Corresponding author: Sakuntala Anuruang; e-mail: sakuntala.a.@chula.a.th

Received: 22 August 2025 Revised: 23 December 2025 Accepted: 30 December 2025

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของประชากรทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี¹ ภาวะความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เกิดจากการตีบ อุดตัน หรือแตกของหลอดเลือดสมอง² ทำให้การไหลเวียนเลือดไปยังเนื้อสมองลดลง เซลล์สมองขาดออกซิเจนและถูกทำลาย ความรุนแรงขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของบริเวณสมองที่ได้รับความเสียหาย ในระยะสั้น จะเกิดอาการทางระบบประสาทเฉียบพลันภายในไม่กี่วินาทีและไม่เกิน 24 ชั่วโมง³ ผู้ป่วยอาจมีอาการแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก ใบหน้าเบี้ยว พูดไม่ชัด เคลื่อนไหวช้า หรือความจำเสื่อม หากเซลล์สมองถูกทำลายบางส่วน อาจมีความบกพร่องในการทรงตัว การคิด การตัดสินใจ การจดจำ และการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เช่น ซึมเศร้า หงุดหงิดง่าย ในกรณีที่โรครุนแรงและเซลล์สมองถูกทำลายถาวร ผู้ป่วยอาจมีอาการแขนขาอ่อนแรง สูญเสียการทรงตัว พูดไม่ได้ กลืนลำบาก ตอบสนองช้า หรือสูญเสียความจำ อาการเฉียบพลันมักสร้างความตกใจและความเครียดแก่ครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งต้องเผชิญสถานการณ์ฉุกเฉินโดยไม่ได้นัดหมาย การเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นทันทีจากภาวะปกติ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความวิตกกังวล โดยเฉพาะในรายที่เป็นครั้งแรก สมาชิกครอบครัวต้องนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลทันทีท่ามกลางความตึงเครียด^{1,4-5}

ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในห้องฉุกเฉินเป็นสถานการณ์ที่พบบ่อย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่านักจิตวิทยาได้ให้ความหมายของ "ความวิตกกังวล" เป็นภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล ซึ่งแสดงออกผ่านความรู้สึกตึงเครียด สับสน ว้าวุ่นใจ และหวาดกลัว อันเป็นการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นภัยคุกคาม เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ถึงความกดดัน การเกิดความวิตกกังวลย่อมง่ายกว่าบุคคลที่รับรู้ได้น้อยกว่า⁴ และผลจากการรับรู้สิ่งเร้านั้นจนเกิดการคาดคะเนว่าจะเป็นอันตรายต่อบุคคลเกิดเป็นความวิตกกังวลขึ้น⁶ ในการศึกษา⁷ ผู้วิจัยใช้แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลของ Spielberg, et al.⁴ เป็นฐานในการศึกษา ซึ่งสัมพันธ์กับกรอบแนวคิดการวิจัยและการออกแบบโปรแกรม องค์ประกอบของความวิตกกังวลแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) ความวิตกกังวลขณะเผชิญ มักเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว มีการแสดงออกชัดเจน กระวนกระวาย ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย และ 2) ความวิตกกังวลแฝง เป็นลักษณะเฉพาะของตัวบุคคล เป็นตัวเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวล

จากสถานการณ์ ณ ห้องฉุกเฉิน สภาพแวดล้อมที่เต็มไปด้วยความเร่งรีบ เสียงดัง และความตึงเครียด การได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอในเวลาจำกัดเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การดำเนินการรักษา หรือพยากรณ์โรคเกิดขึ้นทั้งในระยะก่อนและหลังการตรวจรักษา โดยเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นคือโรคหลอดเลือดสมอง และกรณีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่มีการคาดการณ์อาการต่าง ๆ ที่ไม่ดี ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น⁷ ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ อาการปวดศีรษะ เหนื่อยอ่อนเพลีย มึนงง สับสน ร้องไห้ และไม่กล้าเผชิญปัญหา⁸ ซึ่งเป็น "ความวิตกกังวลขณะเผชิญ" ตามแนวคิดของ Spielberg, et al.⁴ ในการปฏิบัติงาน ณ ห้องฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพดูแลสมาชิกครอบครัวโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา และการพยาบาลเบื้องต้น แต่ไม่มีแนวทางในการให้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรมเพื่อลดความวิตกกังวล พฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวมักมีสีหน้าครุ่นคิด ถามคำถามซ้ำ อารมณ์หงุดหงิด เดินเข้าออกห้องฉุกเฉินบ่อยครั้ง⁷ จากการศึกษาพบว่าการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวสามารถลดความวิตกกังวลได้⁸ เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวไม่ทราบถึงความรุนแรงของอาการ จึงควรมีแนวทางในการดูแลสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยรับการดูแล เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการของพยาบาลห้องฉุกเฉิน

โปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลในงานวิจัยนี้พัฒนาตามแนวคิดการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ตามทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Johnson⁹ เพื่อลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่มารับบริการในห้องฉุกเฉิน โดยการให้ข้อมูลที่เป็นจริง ชัดเจน และสอดคล้องกับสถานการณ์ ข้อมูลครอบคลุมด้านการรับรู้ทางประสาทสัมผัสและลำดับเหตุการณ์ของกระบวนการรักษา ตั้งแต่แรกได้รับจนจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการคาดการณ์สถานการณ์ ลดความไม่แน่นอน และส่งเสริมการควบคุมตนเอง เพื่อลดระดับความวิตกกังวลตามกรอบแนวคิดทฤษฎี เนื้อหาครอบคลุมอาการแสดง ความรุนแรง การรักษาและการดูแลในห้องฉุกเฉิน เมื่อบุคคลเผชิญสถานการณ์ ความเครียดและภาวะตื่นตระหนก จะมีการควบคุมตนเองโดยการปรับตัว 2 แนวทาง คือ การควบคุมการตอบสนอง ด้านหน้าที่และด้านอารมณ์ เกิดคู่ขนานและเป็นอิสระต่อกัน บุคคลจะเลือกใช้แนวทางตามข้อมูลที่ได้รับ การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพต้องคำนึงถึงลักษณะและเนื้อหาของข้อมูล⁹ ดังการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัดสามารถเผชิญความเครียดจากความเจ็บป่วยและการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁰

ในประเทศไทยมีการศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยในญาติผู้ป่วยวิกฤต¹¹ โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่แสดงข้อมูลชัดเจน ช่วยให้สมาชิกครอบครัวมีความคาดหวังต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น ลดความวิตกกังวลและเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการปัญหาและการปรับตัว โดยเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการแสดง สาเหตุของความรู้สึกและประสบการณ์ ลักษณะสภาพแวดล้อมและบุคคล มีการจัดลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มีข้อมูลเฉพาะเจาะจงและสอดคล้องกับสถานการณ์จริง ผลการวิจัยแสดงว่าช่วยให้สมาชิกครอบครัวเข้าถึงข้อมูลได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกจะเป็นแนวทางในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยขณะรอรับบริการในห้องฉุกเฉิน และพัฒนาคุณภาพการให้บริการของพยาบาลห้องฉุกเฉินต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

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

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดของ Johnson⁹ เนื้อหาครอบคลุม 4 มิติ ดังนี้

โปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรมปรนัยต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกเนื้อหาครอบคลุม 4 มิติ ตามทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Jonhson⁹ ใช้ระยะเวลาประมาณ 60-90 นาที ได้แก่

- 1) สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ ประเมินระดับความวิตกกังวลเบื้องต้นใช้เวลา 5-10 นาที จากนั้นดำเนินการให้ข้อมูลโดยเนื้อหาครอบคลุม 4 มิติดังนี้

1.1) ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัสทั้งด้านการมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส ได้แก่ เหตุการณ์คุกคามที่อาจต้องประสบระอที่หน้าห้องฉุกเฉิน เช่น อาการสับสน พูดคุยไม่รู้เรื่อง ต้องผูกมัดตรึงไว้กับที่ หรือซึมลง จนต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เมื่อมองเห็นภาพเหตุการณ์นั้นสามารถเผชิญต่อเหตุการณ์นั้นได้อย่างเข้าใจและยอมรับได้ มีพฤติกรรมตอบสนองได้อย่างเหมาะสม

1.2) ข้อมูล ลำดับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น ได้แก่ ข้อมูลที่อธิบายให้ทราบเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาตั้งแต่แรกเริ่ม จนจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน โดยให้คู่มือเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับการบรรยายผ่านสื่อวีดิทัศน์ บรรยายถึงขั้นตอนการให้บริการ แนวทางการรักษา เพื่อให้พร้อมเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่อาจคาดการณ์ได้

1.3) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะสภาพแวดล้อมทั่วไปในห้องฉุกเฉิน รวมถึงลักษณะของบุคลากร ได้แก่ พฤติกรรมและหน้าที่ของบุคลากรในหน่วยงาน อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วย อธิบายการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากสถานที่หนึ่งไปยังสถานที่อีกแห่งหนึ่งกฎระเบียบ และข้อปฏิบัติต่างๆภายในห้องฉุกเฉิน

1.4) ข้อมูลที่บอกสาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัส และ ประสบการณ์เนื้อหาครอบคลุม อาการแสดง ความรุนแรง การ รักษาและการดูแลในห้องฉุกเฉิน โดยการให้คู่มือรวมกับการ บรรยาย ผ่านสื่อวีดิทัศน์ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เพื่อให้สมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกลดอาการวิตกกังวลลงใช้เวลา 15-30 นาที

- 2) ประเมินผล และให้ทำแบบประเมินความรู้ความเข้าใจและถ้าหากมีข้อสงสัย อธิบายเพิ่มเติม จากนั้นให้ทำแบบประเมินความวิตกกังวล กรณีที่ยังมีความวิตกกังวลอยู่ ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพิ่มจากนั้นกล่าวขอบคุณ และปิดโครงการวิจัยใช้เวลา 15-30 นาที

ความวิตกกังวลของสมาชิก
ครอบครัว ผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง
ครั้งแรก

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi experimental design) เปรียบเทียบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือน 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 กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่ ได้แก่ เพศ อายุ มีค่าใกล้เคียงกัน ห่างกันไม่เกิน 5 ปี และระดับความรุนแรงของโรค

เกณฑ์คัดเข้าดังนี้

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

เกณฑ์คัดออกของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ดังนี้

1. มีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้น เช่น คลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม
2. มีเหตุการณ์ทำให้เข้าร่วมไม่จบโปรแกรม เช่น ต้องส่งไปรักษาต่อโรงพยาบาลอื่น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานีเลขที่ 008/2568 วันที่รับรอง 24 มกราคม 2568 ผู้วิจัยจะขอพบกลุ่มทดลองที่แพทย์เจ้าของไข้อนุญาต โดยแจ้งพยาบาลหัวหน้าทีมและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยทราบ เมื่อได้รับอนุญาตจึงเข้าพบสมาชิกครอบครัวเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ และประโยชน์ที่จะได้รับ โดยอธิบายว่าการตอบรับหรือปฏิเสธไม่มีผลต่อการบริการสุขภาพ ผู้วิจัยดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยชี้แจงขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลา และสิทธิในการถอนตัว รวมถึงการรักษาความลับโดยใช้รหัสแทนชื่อและวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม กลุ่มทดลองทุกคนได้รับเอกสารและลงนามยินยอมโดยสมัครใจ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายหลังการตีพิมพ์ ข้อมูลที่อาจจะระบุตัวบุคคลจะได้รับการปกปิดและไม่เปิดเผยต่อสาธารณชน การเก็บข้อมูลดำเนินการตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย 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 ให้คะแนนดังนี้ รู้สึกมาก 4 คะแนน รู้สึกปานกลาง 3 คะแนน รู้สึกบ้าง 2 คะแนน ไม่รู้สึกเลย 1 คะแนน โดยคะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสนับสนุนด้านข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยใช้ระยะเวลาประมาณ 60-90 นาที ประกอบด้วย คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมและ สื่อวีดิทัศน์ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากทบทวนตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Johnson⁹ เพื่อให้ข้อมูลกับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก โดยรายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรม เพื่อให้ข้อมูลในแต่ละด้านมีความครอบคลุมเนื้อหา 4 มิติ โดยมีขั้นตอนโปรแกรมดังต่อไปนี้

2.1 ข้อมูลที่เกี่ยวกับความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการทางกายที่เกิดขึ้น ได้แก่ สิ่งที่มีมองเห็น และได้ยินขณะรออยู่หน้าห้องตรวจฉุกเฉิน ขณะเข้าไปในห้อง และหลังจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉินเกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมองและแนวทางการปฏิบัติร่วมทั้งการจัดการเกี่ยวกับโรค

2.2 ข้อมูลเกี่ยวกับลำดับขั้นตอนตามเหตุการณ์เวลา กำหนดเนื้อหาเกี่ยวกับแนวปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ในห้องฉุกเฉิน จนจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน โดยใช้คู่มือที่จัดทำขึ้นใหม่มาอธิบายความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ขั้นตอนกฎระเบียบข้อปฏิบัติและการให้บริการของห้องฉุกเฉินร่วมกับการบรรยายผ่านสื่อวีดิทัศน์

2.3 ข้อมูลที่บ่งชี้ถึงสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ กำหนดเนื้อหาที่ครอบคลุมเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทั่ว ๆ ไปในห้องฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่ และการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานแต่ละประเภท รวมถึงข้าวของเครื่องใช้ และ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วยขณะนั้น

2.4 ข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัสอาการ ประสบการณ์ เนื้อหาจะครอบคลุมเกี่ยวกับความรู้สึกหรืออาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และวิธีการจัดการเกี่ยวกับอาการเหล่านั้น และวิธีการความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่ดูแลรวมถึงอาการไม่พึงประสงค์หรืออาการแทรกซ้อนจากโรค

2.5 คู่มือเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับการบรรยายผ่านสื่อวีดิทัศน์ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าตำราเอกสาร และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับทดลอง ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ เพื่อประเมินเรื่องการรับรู้อาการของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้อาการของโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นแบบประเมินแบบตรวจสอบรายการ กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการประเมินว่าเคยมีประสบการณ์ต่ออาการเหล่านี้หรือไม่ ถ้าตอบว่าไม่ใช่เพียง 1 ข้อ ก็ถือว่าขาดการรับรู้เรื่องอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแบบประเมินนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการรับรู้อาการเตือนต่อโรคหลอดเลือดสมองของ National Stroke Foundation [NSF] ใช้เมื่อสมาชิกครอบครัวได้รับโปรแกรมรูปธรรม-ปรนัยที่ห้องฉุกเฉินแล้วและอาจประเมินต่อที่หอผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน หากไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัย

ต้องให้โปรแกรมซ้ำพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับ พร้อมอธิบายเพิ่มเติม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมสนับสนุนด้านข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในด้านระบบประสาทแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิกฤติฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญในด้านวิกฤติฉุกเฉินและอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีการพยาบาล ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความเหมาะสมของเนื้อหา ลำดับการให้ข้อมูล ความเป็นรูปธรรมของเนื้อหา และความสอดคล้องกับบริบทห้องฉุกเฉิน ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะดังกล่าวไปปรับปรุงแก้ไขก่อนนำโปรแกรมไปทดสอบนำร่อง เพื่อประเมินความเป็นไปได้ ในการนำไปใช้ และความเหมาะสมของระยะเวลาในสถานการณ์จริง สำหรับแบบสอบถามวัดความวิตกกังวล ได้รับการตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.85 แสดงถึงความเหมาะสมของเนื้อหา จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของ เครื่องมือ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความน่าเชื่อถือและเหมาะสมสำหรับใช้ ในการวิจัยครั้งนี้

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ณ งานผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนหลัก ได้แก่

1. ขั้นเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยจัดเตรียมข้อมูลและเครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสนับสนุนการให้ ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย คู่มือการสอน สื่อบรรยาย รวมถึงดำเนินการขออนุมัติจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และขออนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การเก็บข้อมูล ดำเนินการในช่วงเวลาเดียวกัน โดยแยกผู้ให้โปรแกรมและเก็บข้อมูลออกจากกัน ผู้ประเมินผลจะไม่ทราบ การจัดเข้ากลุ่มของผู้เข้าร่วม และพื้นที่ให้บริการเป็นสัดส่วน เพื่อลดการปนเปื้อน การให้ข้อมูลทั้งในกลุ่ม ทดลองและการพยาบาลตามปกติของกลุ่มควบคุม ตรวจสอบทุกครั้ง หากพบการเบี่ยงเบนจากโปรโตคอล มีการบันทึกและจัดการตามแผน

2. ขั้นดำเนินการทดลอง มีรายละเอียด ดังนี้ เมื่อได้รับอนุญาตเข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้า หอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและพยาบาล เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และขอความร่วมมือกับพยาบาล ห้องฉุกเฉิน ประชาสัมพันธ์ สอบถามความสนใจญาติผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติ ตามเกณฑ์ที่กำหนด หากสมาชิก ครอบครัวของผู้ป่วยสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย พยาบาลจะแนะนำผู้วิจัยกับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย จากนั้น ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียด โครงการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย หลังจากสมาชิก ครอบครัวของผู้ป่วยรับทราบและยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนาม ในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย หลังจากนั้น ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามวันและ ช่วงเวลาที่กำหนด ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูล แบบรูปธรรมปรนัยเพิ่มเติมตามกรอบแนวคิดของ Johnson⁹ ซึ่งครอบคลุมข้อมูลเกี่ยวกับอาการ แนวทาง การดูแลรักษา ขั้นตอนบริการ และสภาพแวดล้อมในห้องฉุกเฉินขณะรอตรวจ ทั้งนี้ เพื่อให้ข้อมูลครบถ้วน ชัดเจน และลดความวิตกกังวล ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย

วิจัยครั้งนี้ดำเนินการโดยผู้วิจัยเพียงคนเดียว การวิจัยมีข้อจำกัดโดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นทั้งผู้ดำเนินการทดลองและผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งอาจส่งผลต่อการเกิดอคติจากผู้วิจัย ลักษณะการดำเนินการดังกล่าวอาจทำให้ไม่สามารถจำแนกผลของเนื้อหาโปรแกรมออกจากผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลได้อย่างชัดเจน ดังนั้นผลการวิจัยควรได้รับการพิจารณาและตีความภายใต้ข้อจำกัดนี้ และการศึกษาครั้งต่อไปอาจพิจารณาแนวทางการออกแบบที่ช่วยลดอิทธิพลดังกล่าว เพื่อเพิ่มระเบียบวิธี ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมก่อนการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ แบ่งช่วงเวลาและสถานที่เก็บข้อมูลออกจากการให้โปรแกรม อย่างชัดเจน ก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะอธิบายและเน้นย้ำ การตอบแบบสอบถาม ไม่มีคำตอบถูกหรือผิด และไม่มีผลต่อการรักษาหรือความสัมพันธ์กับผู้ดูแล 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 กลุ่มควบคุมจะทำแบบประเมินความวิตกกังวลซ้ำและได้รับโอกาสซักถาม พูดคุยถึงประสบการณ์ พร้อมมอบคู่มือการดูแลก่อนกลับบ้าน

กลุ่มทดลองประกอบด้วยสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก จำนวน 30 คน ที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย เพิ่มเติมจากการพยาบาลตามปกติ โดยมีขั้นตอนสำคัญ ดังนี้

1) คัดเลือกกลุ่มทดลองตามเกณฑ์คัดเข้า

2) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินงาน และสิทธิของผู้เข้าร่วมขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

3) กลุ่มทดลองตอบแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบวัดการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

4) ดำเนินการให้โปรแกรมสนับสนุนข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ประกอบด้วย ข้อมูลอาการและสัญญาณทางประสาทสัมผัสของผู้ป่วย ลำดับขั้นตอนการดูแลและการบริการในห้องฉุกเฉิน ข้อมูลสภาพแวดล้อมและกระบวนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เหตุผล สาเหตุ อาการแสดง และแนวทางการดูแลรักษา โดยใช้สื่อประกอบ เช่น คู่มือ สื่อบรรยาย วิดีทัศน์ และการให้ข้อมูลรายบุคคล รวมประมาณ 25 นาที

5) เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมและก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินซ้ำ เปิดโอกาสสอบถามข้อสงสัย และให้คำแนะนำเพิ่มเติม

6) ขั้นตอนการกำกับการทดลอง เมื่อแพทย์พิจารณาลงความเห็นการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน 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 ได้แก่ Paired t-test และ independent t-test อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาค่าความเบ้ของข้อมูล 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

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนเมษายน พ.ศ.2568 จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย พบว่าข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นภรรยา คิดเป็นร้อยละ 24 เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 41 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 46.24 (S.D. = 12.66) สถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 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 ดังตารางที่ 1

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

ข้อมูลทั่วไป	รวม (n=60)	กลุ่มควบคุม (n=30)	กลุ่มทดลอง (n=30)	ค่าสถิติ	P-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1.ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย				-	.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				$\chi^2 = .014$	.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 = .119	.906
4. สถานภาพสมรส				$\chi^2 = .180$	.277
โสด/แยกกันอยู่	13 (22.41%)	5 (16.67%)	8 (28.57%)		
คู่	45 (77.59%)	25 (83.33%)	20 (71.43%)		
5.ระดับการศึกษา				-	.275
ประถมศึกษา	11 (18.97%)	4 (13.33%)	7 (25.00%)		
มัธยมศึกษา/ ประกาศนียบัตร/ อนุปริญญา	12 (20.69%)	9 (30.00%)	3 (10.71%)		
ปริญญาตรี	28 (48.28%)	14 (46.67%)	14 (50.00%)		
สูงกว่าปริญญาตรี	7 (12.07%)	3 (10.00%)	4 (14.29%)		
6.อาชีพ				-	.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%)		

ข้อมูลทั่วไป	รวม (n=60)	กลุ่มควบคุม (n=30)	กลุ่มทดลอง (n=30)	ค่าสถิติ	P-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เกษตรกรกรรม/ แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน/ อื่นๆ	10 (17.24%)	4 (13.33%)	6(21.43%)		
7.รายได้เฉลี่ย/เดือน				-	.233
น้อยกว่า 5,000 – 20,000 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				$\chi^2 = .009$	.923
Ischemic stroke	39 (67.24%)	20 (66.67%)	19 (67.86%)		
Hemorrhagic stroke	19 (32.76%)	10 (33.33%)	9 (32.14%)		
9.ประเมินความรุนแรงแรกเริ่ม(NIHSS)				-	.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%)		
10. ประเมินและคัดกรองความเร่งด่วน				$\chi^2 = .001$	.971
Emergency	25 (43.10%)	13 (43.33%)	12 (42.86%)		
Urgency	33 (56.90%)	17 (56.67%)	16 (57.14%)		
11. ชนิดของการผ่าตัด/หัตถการ				$\chi^2 = .487$	.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				$\chi^2 = .056$	.813
เบาหวาน	32 (55.17%)	17 (56.67%)	15 (53.57%)		
หัวใจ	13 (22.41%)	4 (13.33%)	9 (32.14%)	$\chi^2 = 2.947$	.086
ความดันโลหิตสูง	29 (50.00%)	13 (43.33%)	16 (57.14%)	$\chi^2 = 1.105$	.293
ไขมันในเลือดสูง	29 (50.00%)	18 (60.00%)	11 (39.29%)	$\chi^2 = 2.486$	.115
อื่น ๆ	4 (6.90%)	3 (10.00%)	1 (3.57%)	-	.612

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

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ครั้งแรกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลองโดยการทดสอบโดยใช้สถิติ Independent t-test

ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว	Mean	S.D.	t	P-value
ก่อนทดลอง				
กลุ่มควบคุม	55.27	3.40	2.023	.048
กลุ่มทดลอง	53.18	4.42		
หลังทดลอง				
กลุ่มควบคุม	38.73	2.92	17.118	< .001
กลุ่มทดลอง	25.64	2.90		

ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

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

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวภายหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ ลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 18.654, p < .001$) กลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สูงกว่าก่อนการทดลอง ($t = 25.450, p < .001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ช่วยลดระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังได้รับโปรแกรมลดลงอย่างชัดเจนและมีค่าความแตกต่างภายในกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแต่กลุ่มทดลองคะแนนลดลงมากกว่า แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยช่วยให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจสถานการณ์และควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 3

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	< .001
หลังทดลอง	38.73	2.92		
กลุ่มทดลอง				
ก่อนทดลอง	53.18	4.42	25.450	< .001
หลังทดลอง	25.64	2.90		

ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลที่เปลี่ยนไปของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก 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 การลดลงของระดับความวิตกกังวลที่มากกว่าในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบบูรณาการ-ปรนัยผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบบูรณาการ-ปรนัย มีผลอย่างชัดเจนในการลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่มารับบริการในหออฉุกเฉิน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลการทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการให้โปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบบูรณาการ-ปรนัย กับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่หออฉุกเฉิน มีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลที่เปลี่ยนไปของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติ Independent t-test

ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว	Mean difference	S.D.	t	p-value
กลุ่มควบคุม	-16.53	4.85	7.912	< .001
กลุ่มทดลอง	-27.54	5.73		

ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การอภิปรายผล

ผลของการให้โปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย กับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่ห้องฉุกเฉิน เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย โดยผลที่เกิดขึ้นมิได้เกิดจากความแตกต่างของลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างหรือระดับความวิตกกังวลเริ่มต้น แต่เกิดจากโปรแกรมที่ให้ตามทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Johnson⁹ การให้ข้อมูลที่ชัดเจน เป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับสถานการณ์จริงในห้องฉุกเฉิน ช่วยให้สมาชิกครอบครัวสร้างแบบแผนความเข้าใจต่อเหตุการณ์คุกคามได้อย่างเป็นระบบ ลดความคลุมเครือและความไม่แน่นอน ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นสำคัญของความวิตกกังวล เมื่อการรับรู้มีโครงสร้างบุคคลจะสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ เข้าใจบทบาทตนเอง และประเมินสถานการณ์ได้อย่างมีเหตุผล ส่งผลให้กระบวนการควบคุมตนเองทำงานได้ดีขึ้น ทั้งในมิติการรับรู้ อารมณ์ และการเผชิญปัญหา จึงลดการตอบสนองทางอารมณ์เชิงลบ ความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองเกิดจากการได้รับโปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย มากกว่าความแตกต่างของระดับความวิตกกังวลที่จุดเริ่มต้น แม้การศึกษานี้จะดำเนินการในสถานพยาบาลแห่งเดียว ซึ่งมีลักษณะเฉพาะด้านบริการ ผู้ป่วย และทรัพยากร ทำให้การอ้างอิงผลการวิจัยไปใช้ในบริบทของสถานพยาบาลอื่นมีข้อจำกัด การนำผลการวิจัยไปใช้จึงควรพิจารณาความเหมาะสมของบริบทเป็นสำคัญ

การลดลงของความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองสามารถอธิบายตามทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Johnson⁹ ที่ว่าการได้รับข้อมูลที่ชัดเจนและสอดคล้องกับสถานการณ์จริง ช่วยให้บุคคลสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์คุกคาม ลดความไม่แน่นอน และส่งเสริมการควบคุมตนเอง ส่งผลให้การตอบสนองทางอารมณ์เชิงลบลดลง ถึงแม้ว่าค่าคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองของสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาผลต่างของคะแนนในตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมได้ หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุม จากการทดลองพบว่า ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน การวินิจฉัยโรค การประเมิน NIHSS การคัดกรองความรุนแรงต่อนโรคของการผ่าตัด/หัตถการ โรคประจำตัว ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติ Paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิจัยสามารถนำอภิปรายตามสมมุติฐานการวิจัย ได้แก่ ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่ำกว่าก่อนการทดลอง ความวิตกกังวลขณะเผชิญเหตุเป็นสิ่งที่มากระทบต่อสมาชิกครอบครัว โดยสมาชิกครอบครัวจะแสวงหาความช่วยเหลือเพื่อปรับตัวต่อเหตุการณ์นั้น ซึ่งส่งผลต่ออารมณ์ความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวที่รออยู่ด้านนอกห้องฉุกเฉิน จากการศึกษาของสุชาติ อรวงศ์ไพศาล และคณะ¹⁴ พบว่า ความวิตกกังวลส่วนใหญ่เกี่ยวกับตัวผู้ป่วย อาการเจ็บป่วย ระยะเวลารอคอย การตรวจรักษา และแผนการรักษา สมาชิกครอบครัวคาดหวังการดูแลและข้อมูลที่เป็นจริง ชัดเจน เข้าใจง่าย รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังต้องการข้อมูลการปฏิบัติตัวขณะรอและความช่วยเหลือจากผู้ให้บริการ¹⁵⁻¹⁷ โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบสำคัญในการให้ข้อมูลที่ชัดเจน มีความเป็นรูปธรรมปรนัย ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ การให้ข้อมูลที่มีรูปแบบเฉพาะแบบรูปธรรม-ปรนัย ตามแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Johnson⁹ เป็นการสื่อสารที่มุ่งลดความวิตกกังวลในสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอน โดยให้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง ชัดเจน ปราศจากอารมณ์ส่วนตัว เพื่อส่งเสริมความพร้อมในการเผชิญเหตุการณ์ ข้อมูลควรรวมถึงสิ่งที่บุคคลอาจรับรู้ผ่านประสาทสัมผัส อาการที่อาจเกิดขึ้น สาเหตุและขั้นตอนของเหตุการณ์ ระยะเวลาและสภาพแวดล้อม การให้ข้อมูลลักษณะนี้ช่วยให้ควบคุมตนเองได้ดีขึ้น เน้นการตอบสนองอย่างมีเหตุผล ลดการตอบสนองทางอารมณ์ โปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย มีองค์ประกอบ 4 มิติ คือ 1) ข้อมูลการรับรู้ทางประสาทสัมผัส 2) ข้อมูลลำดับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น 3) ข้อมูลสภาพแวดล้อมทั่วไปในห้องฉุกเฉิน และ 4) ข้อมูลสาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัส โดยผ่านสื่อวีดิทัศน์ การรู้ล่วงหน้าเกี่ยวกับสิ่งที่จะรับรู้ช่วยลดความไม่แน่นอนและความวิตกกังวล ตามทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Johnson⁹ เมื่อบุคคลเผชิญสถานการณ์คุกคาม จะมีการควบคุมตนเองโดยการปรับตัว 2 แนวทาง คือ การควบคุมการตอบสนองด้านหน้าที่และด้านอารมณ์ การใช้สื่อวีดิทัศน์ในการให้ข้อมูลช่วยให้สมาชิกครอบครัวคาดการณ์เหตุการณ์ได้ ลดความวิตกกังวล และเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของสุญาดา อรวงศ์ไพศาล และคณะ¹⁴ และอลงกรณ์ อักษรศรี และคณะ¹⁵ ที่พบว่า การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ไม่ว่าจะผ่านสื่อวีดิทัศน์หรือแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน สามารถลดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการเลือกสื่อควรคำนึงถึงสถานการณ์เพื่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

จากแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเอง พยาบาลในห้องฉุกเฉินสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก เมื่อพยาบาลห้องฉุกเฉินให้ข้อมูลในลักษณะที่เป็นรูปธรรม-ปรนัย 1 ครั้งต่อเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญล่วงหน้า สมาชิกครอบครัวจะมีความสนใจในลักษณะที่เป็นรูปธรรม-ปรนัยมากกว่าแบบอ้อมๆ ทำให้การตอบสนองด้านอารมณ์และความวิตกกังวลลดลง โดยเนื้อหาประกอบด้วยความรู้สึทางประสาทสัมผัส อาการแสดง สาเหตุ ลักษณะสภาพแวดล้อม การจัดลำดับเหตุการณ์ และข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าสมาชิกครอบครัวสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในห้องฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุญาดา อรวงศ์ไพศาล และคณะ¹⁴ ที่พบว่า การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยเพียงครั้งเดียวสามารถลดระดับความวิตกกังวลได้ จากแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเอง พยาบาลในห้องฉุกเฉินสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวจากเหตุการณ์ที่คุกคาม การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยช่วยให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจสถานการณ์และมีความมั่นใจมากขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด ตามทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Johnson⁹ ที่ระบุว่า การให้ข้อมูลที่ชัดเจนช่วยให้บุคคลรับมือกับสถานการณ์ได้ดีขึ้น จากการให้โปรแกรมและประเมินความรู้ความเข้าใจ พบว่ากลุ่มทดลองเข้าใจมากกว่าร้อยละ 80 โดยพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับข้อมูลสมาชิกครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ได้ดีขึ้น มีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่สงบและมีความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยมากขึ้น การให้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรม-ปรนัย ช่วยให้ผู้สมาชิกครอบครัวของ

ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความวิตกกังวลในสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Johnson's Self-Regulation Theory⁹ ที่ระบุว่าการให้ข้อมูลที่มีลักษณะรูปธรรม-ปรนัยช่วยเสริมการควบคุมตนเองทางอารมณ์และลดความวิตกกังวลในสถานการณ์คุกคามได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนวทางนี้สามารถนำไปใช้เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในห้องฉุกเฉินได้ และสามารถพัฒนาเพื่อใช้กับภาวะฉุกเฉินอื่น ๆ ต่อไปได้

ถึงแม้ผลการวิจัยจะแสดงประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยในการลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่การนำผลไปประยุกต์ใช้ควรพิจารณาข้อจำกัดประการแรกคือ ข้อจำกัดด้านบริบทและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการศึกษานี้ดำเนินการในหอผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาดใหญ่แห่งเดียว ซึ่งมีความหนาแน่นของผู้รับบริการและความซับซ้อนของระบบบริการสูง ต่างจากโรงพยาบาลระดับอื่น การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเลือกแบบเจาะจงเฉพาะสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ผลการวิจัยจึงอาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงสู่ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซ้ำหรือในโรงพยาบาลที่มีบริบทต่างกัน ประการที่สองคือ ข้อจำกัดด้านสภาพแวดล้อมและระเบียบวิธีวิจัย โดยสภาพแวดล้อมห้องฉุกเฉินที่มีความเร่งรีบ เสียงดัง และความตึงเครียดสูง เป็นปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระดับความวิตกกังวลของผู้เข้าร่วมวิจัย การออกแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลองที่ใช้วิธีจับคู่แทนการสุ่ม อาจมีตัวแปรแทรกซ้อนที่ไม่ได้ควบคุม ซึ่งส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์การศึกษา ประการสุดท้ายคือ ข้อจำกัดด้านการเก็บข้อมูลและการประเมินผล เนื่องจากผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลเอง อาจทำให้เกิดความเอนเอียงในการตอบ อีกทั้งการประเมินผลเน้นวัดระดับความวิตกกังวลในระยะสั้นหลังสิ้นสุดโปรแกรม จึงยังไม่สามารถสรุปผลถึงความยั่งยืนของการลดความวิตกกังวลในระยะยาว เมื่อผู้ป่วยถูกย้ายไปหอผู้ป่วยในหรือกลับบ้าน

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 สามารถนำหลักการของโปรแกรมนี้อไปปรับใช้กับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยภาวะวิกฤตหรือฉุกเฉินอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยอุบัติเหตุ หรือผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้เกิดมาตรฐานการให้ข้อมูลที่เป็นทิศทางเดียวกัน ลดความคลาดเคลื่อน และเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการเวลา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การออกแบบการวิจัยที่รัดกุมยิ่งขึ้น ควรทำการวิจัยซ้ำโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม และควรมีการปกปิด ผู้ประเมินผล เพื่อลดอคติและยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมให้มีความน่าเชื่อถือทางระเบียบวิธียิ่งขึ้น

2. การศึกษาความคุ้มค่าและความเป็นไปได้ ควรมีการศึกษาถึง คุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และ ความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้จริงทั้งในระดับปฏิบัติการและระดับนโยบาย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสำหรับการตัดสินใจนำไปขยายผลในวงกว้าง

3. การขยายขอบเขตการศึกษา ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและขยายพื้นที่ศึกษาให้ครอบคลุมบริบทที่หลากหลาย (เช่น โรงพยาบาลต่างระดับ) รวมถึงพัฒนาเครื่องมือวัดผลลัพธ์ให้ครอบคลุมหลายมิติ ทั้งด้านจิตใจ 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 วาตาดา. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวล หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
- Spielberger CD. State-trait anxiety inventory for adults. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press; 1983.
- 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
- Beck AT, Alford BA. Depression: causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 2009.
- ปฐมวดี สิงห์ตง, ชนกวพร จิตปัญญา. การดูแลญาติของผู้ป่วยวิกฤต: มุมมองของญาติ. *วารสารมหาวิทยาลัยเจ้าฟ้า นีราธารัส* 2011;3:17-32.
- 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.
- Johnson JE. Self-regulation theory and coping with physical illness. *Res Nurs Health* 1999;22:435-48.
- พิจิตรา เล็กดำรงกุล, คณินิจ พงศถาวรภมร, นพดล ศิริชนารัตนกุล, ศิวพร ศิริภูณ, เพ็ญใจ จิตรนาทรพย์. ผลของโปรแกรมให้ข้อมูลเชิงรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวลและภาวะการรบกวนที่ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 2563;38:19-34.
- อลกรณ์ อักษรศรี, วลัยยา ธรรมนิชวัฒน์, ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ, พรณรัตน์ แสงเพิ่ม. ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวลและการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรของบิดามารดาในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก. *วารสารการพยาบาลไทย* 2555;30:80-9.

12. น้ำทิพย์ ประสิทธิการ, วัลย์ลดา 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, ครองวงศ์ 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.