

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการเกิดความวิตกกังวล ของครอบครัวในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องหลังจากพ้นภาวะวิกฤต หอผู้ป่วยหนักอุบัติเหตุ

บทคัดย่อ

กศพล มณีวรรณ*

ความเป็นมา: ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องมักเผชิญภาวะวิกฤตที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งด้านอารมณ์และจิตสังคม แม้ผู้ป่วยจะพ้นภาวะวิกฤตแล้ว ครอบครัวยังคงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการฟื้นตัวและการดูแลต่อเนื่อง การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวจึงเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางและช่วยลดความวิตกกังวลดังกล่าว

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องหลังจากพ้นภาวะวิกฤต

วิธีการศึกษา: การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง 66 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 33 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ประเมินความวิตกกังวลด้วยแบบประเมิน The State Anxiety Inventory Form X-I ก่อนการทดลองและเมื่อผู้ป่วยมีแผนย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Wilcoxon signed-rank test และ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษา: ก่อนการทดลอง ระดับความวิตกกังวลของครอบครัวระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.550$) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากค่ามัธยฐาน 57 (IQR 4.5) เป็น 52 (IQR 5.5) ($p<0.001$) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบการเปลี่ยนแปลง ($p=1.000$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean rank 26.8 และ 40.2 ตามลำดับ, $U=325$, $p<0.001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรส่งเสริมการใช้ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและหอวิกฤตอื่นเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและลดความวิตกกังวลของครอบครัว

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของครอบครัว ความวิตกกังวลของครอบครัว ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง หอผู้ป่วยวิกฤต การพยาบาลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

*หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

Corresponding Author: Todsaphon Maneewan E-mail: ball_ba09@hotmail.com

Received: 14 January 2026 Revised: 30 May 2026 Accepted: 25 June 2026

The effect of a family participation program on anxiety among family members of patients with abdominal trauma after the critical phase in the Trauma Intensive Care Unit

Todsaphon Maneewan*

ABSTRACT

BACKGROUND: Patients with abdominal trauma often experience critical conditions that affect their families emotionally and psychosocially. Even after patients have recovered from the critical phase, family members may continue to experience anxiety regarding recovery and ongoing care. Promoting family participation is therefore an important approach to supporting family-centered care and reducing anxiety during the post-critical phase.

OBJECTIVE: To examine the effect of a family participation program on anxiety levels among family members of patients with abdominal trauma after the critical phase.

METHODS: This quasi-experimental two-group pretest–posttest study included 66 family members of patients with abdominal trauma, with 33 participants in each group. The experimental group received a family participation program, while the control group received routine nursing care. Anxiety levels were assessed using the State Anxiety Inventory Form X-I before the intervention and before transfer from the intensive care unit. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon signed-rank test, and the Mann–Whitney U test.

RESULTS: Prior to the intervention, anxiety levels did not differ significantly between the groups ($p=0.550$). Following the intervention, the experimental group showed a significant reduction in anxiety, with the median score decreasing from 57 (IQR 4.5) to 52 (IQR 5.5) ($p<0.001$), whereas no significant change was observed in the control group ($p=1.000$). Post-intervention, anxiety levels were significantly lower in the experimental group than in the control group (mean rank 26.8 vs. 40.2, $U=325$, $p<0.001$).

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS: The family participation program effectively reduced anxiety among family members of patients with abdominal trauma. Implementation of this program should be promoted in trauma and other intensive care units to enhance family confidence and alleviate anxiety.

KEYWORDS: family participation, family anxiety, abdominal trauma patients, intensive care unit, family-centered nursing care

*Trauma Intensive Care Unit, Chiangrai Prachanukroh Hospital

Corresponding Author: Todsaphon Maneewan E-mail: ball_ba09@hotmail.com

Received: 14 January 2026 Revised: 30 May 2026 Accepted: 25 June 2026

ความเป็นมา

อุบัติเหตุเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก และประเทศไทย โดยเฉพาะการบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุทางถนนซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการในวัยแรงงาน องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) รายงานว่าอุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของประชากรวัยหนุ่มสาว และประเทศไทยยังคงมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุในระดับสูงโดยมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 32.8 ต่อประชากรแสนคน หรือประมาณ 22,491 รายต่อปี เฉลี่ยวันละ 60 ราย จัดอยู่ในลำดับต้นของโลก และสูงที่สุดในเอเชีย¹

การบาดเจ็บช่องท้อง (abdominal injury) หมายถึง การบาดเจ็บต่ออวัยวะภายในช่องท้องจากแรงกระแทกหรือการบาดเจ็บทะลุผ่าน ซึ่งอาจส่งผลต่ออวัยวะสำคัญ เช่น ตับ ม้าม ไต ลำไส้ และหลอดเลือดใหญ่ภายในช่องท้อง ทำให้เกิดภาวะเสียเลือด ภาวะช็อก และภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามต่อชีวิตได้ การบาดเจ็บช่องท้องเป็นหนึ่งในบาดเจ็บที่มีความซับซ้อนและมีความรุนแรงสูง เนื่องจากอวัยวะภายในช่องท้องมีความสำคัญต่อระบบไหลเวียนโลหิตและการทำงานของอวัยวะหลายระบบ ความรุนแรงของการบาดเจ็บสามารถจำแนกได้ตามเกณฑ์ของ American Association for the Surgery of Trauma (AAST) เพื่อช่วยพยากรณ์โรคและวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย² ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากผู้ป่วยบาดเจ็บระบบอื่น เนื่องจากอวัยวะภายในช่องท้องหลายส่วนไม่สามารถประเมินความรุนแรงได้จากอาการภายนอก ทำให้ผู้ป่วยอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา นอกจากนี้ การรักษามักมีความซับซ้อน ทั้งการผ่าตัดฉุกเฉิน การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกซ้ำ การติดตามการทำงานของอวัยวะภายใน และการประเมินความจำเป็นในการผ่าตัดซ้ำ ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องหลังจากพ้นภาวะวิกฤต หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจนมีสัญญาณชีพคงที่ ระบบไหลเวียนโลหิตและการหายใจอยู่ในภาวะสมดุล ไม่มีภาวะตกเลือดหรือภาวะช็อกที่ต้องได้รับการแก้ไข

เร่งด่วน และสามารถเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องได้³ แม้ว่าผู้ป่วยจะพ้นจากภาวะคุกคามต่อชีวิตแล้ว แต่ยังคงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น การติดเชื้อ การเกิดฝีในช่องท้อง ภาวะลำไส้อุดตัน ภาวะปวดเรื้อรัง ความวิตกกังวล และการพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน⁴ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องในระยะฟื้นฟู ทำให้ครอบครัวเกิดความวิตกกังวลสูงจากความไม่แน่นอนของโรคและผลลัพธ์การรักษา โดยเฉพาะในช่วงหลังพ้นภาวะวิกฤตที่ผู้ป่วยเริ่มเข้าสู่ระยะฟื้นฟู ครอบครัวจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมในการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Davidson⁵ และ Leske⁶ ที่พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมักมีความวิตกกังวลสูงจากความไม่แน่นอนของอาการและภาวะในการดูแลต่อเนื่อง แม้ว่าผู้ป่วยจะพ้นจากภาวะวิกฤตและมีอาการคงที่แล้ว แต่ครอบครัวยังคงมีความวิตกกังวลในระดับสูงเนื่องจากเป็นช่วงที่ครอบครัวเริ่มรับรู้ถึงผลกระทบระยะยาวของการบาดเจ็บ ต้องเตรียมความพร้อมในการดูแลต่อเนื่อง การฟื้นฟูสภาพ และการปรับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลัก ความวิตกกังวลในระยะนี้จึงเปลี่ยนรูปแบบจาก “ผู้ป่วยจะรอดชีวิตหรือไม่” ไปสู่ “ผู้ป่วยจะกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติหรือไม่” รวมถึงความกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน การผ่าตัดเพิ่มเติม ค่าใช้จ่าย และภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัว^{5,7} ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องจัดเป็น ความวิตกกังวลตามสถานการณ์ (state anxiety) เนื่องจากการบาดเจ็บชนิดนี้เกิดขึ้นอย่างฉับพลันและไม่คาดคิด ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแล ได้แก่ ความรุนแรงของการบาดเจ็บ การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การรักษา และการพยากรณ์โรค หากผู้ดูแลได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอหรือไม่ชัดเจนจะทำให้ความวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้น⁷ นอกจากนี้ การถูกจำกัดเวลาและกฎระเบียบในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกขาดการควบคุมสถานการณ์และมีความเครียดเพิ่มขึ้น สภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยวิกฤตซึ่งมีอุปกรณ์ทางการแพทย์จำนวนมาก เช่น เครื่องช่วยหายใจและ

เครื่องติดตามสัญญาณชีพ สะท้อนถึงความรุนแรงของอาการผู้ป่วย กระตุ้นให้ครอบครัวคาดการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ล่วงหน้า⁸ ดังนั้น การจัดบริการพยาบาลตามแนวคิดการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered care) ที่มุ่งสนับสนุนครอบครัวให้ได้รับข้อมูลที่ชัดเจน การสื่อสารที่ต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมในการดูแล จะช่วยลดความวิตกกังวลและเสริมสร้างการปรับตัวของครอบครัวในภาวะวิกฤตได้⁹

แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Schepp¹⁰ อธิบายว่า การเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม จะช่วยให้ครอบครัวเกิดความเข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วย รับรู้บทบาทของตนเอง ลดความไม่แน่นอน และส่งเสริมการปรับตัวด้านอารมณ์ สอดคล้องกับแนวคิด family-centered การศึกษาในอดีตพบว่า การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้⁵⁻⁶ การศึกษาของ Goldfarb และคณะ¹¹พบว่า กิจกรรมการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางช่วยลดความวิตกกังวล เพิ่มความพึงพอใจ และส่งเสริมคุณภาพการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต สอดคล้องกับการศึกษาของ Olding และคณะ¹² ที่พบว่า การเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ช่วยเพิ่มความมั่นใจ ลดความเครียด และส่งเสริมการปรับตัวของสมาชิกครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ Naef และคณะ¹³ รายงานว่า ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตจำนวนมากยังคงมีความเครียดและความวิตกกังวลภายหลังผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต ปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความทุกข์ทางจิตใจ ได้แก่ การได้รับข้อมูลเพียงพอ การสื่อสารต่อเนื่อง และการได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ Liang และคณะ¹⁴ พบว่า การเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ส่งผลให้ครอบครัวมีความพึงพอใจและลดความวิตกกังวลได้ Wang และคณะ¹⁵ พบว่า การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยให้ครอบครัวมีผลลัพธ์ด้านจิตใจที่ดีขึ้น ลดความวิตกกังวล

เพิ่มความพึงพอใจ และส่งเสริมความร่วมมือระหว่างครอบครัวกับทีมสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Duong และคณะ¹⁶

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน รวมทั้งเป็นศูนย์กลางรับและส่งต่อผู้ป่วยในเขตสุขภาพ ภาคเหนือ จากสถิติผู้บาดเจ็บที่เข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 พบจำนวน 1,961, 2,070 และ 1,098 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุจำนวน 614, 553 และ 434 ราย ตามลำดับ และเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องจำนวน 41, 85 และ 82 ราย ตามลำดับ¹⁷ การพยาบาลตามปกติ (routine care) ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุมีมุ่งเน้นการดูแลด้านร่างกายและการรักษาทางคลินิกเป็นสำคัญ ขณะที่การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสื่อสารข้อมูล และการเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลยังมีข้อจำกัด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งศึกษาในผู้ป่วยวิกฤตทั่วไปหรือเน้นการดูแลในระยะวิกฤตของการรักษา ขณะที่การศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องยังมีจำนวนจำกัด นอกจากนี้ ยังมีข้อจำกัดในการศึกษาระยะหลังจากพ้นภาวะวิกฤต ซึ่งเป็นช่วงที่ครอบครัวเปลี่ยนจากความกังวลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยไปสู่ความกังวลเกี่ยวกับการฟื้นตัวและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องหลังจากพ้นภาวะวิกฤต เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม ตลอดจนส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในระยะเปลี่ยนผ่านหลังจากพ้นภาวะวิกฤตอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องหลังจากพ้นภาวะวิกฤต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เมื่อผู้ป่วยมีแผนย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อผู้ป่วยมีแผนย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ

สมมติฐาน

1. ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องหลังจากพ้นภาวะวิกฤตที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีระดับความวิตกกังวลหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องหลังจากพ้นภาวะวิกฤตที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ มุ่งประเมินผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องหลังจากพ้นภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โดยได้กรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Schep¹⁰ ร่วมกับแนวคิดการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางซึ่งประกอบด้วย (1) การยอมรับและเคารพ (respect) (2) การแลกเปลี่ยนข้อมูล (information sharing) (3) การมีส่วนร่วม (participation) (4) การประสานความร่วมมือ (collaboration) ในโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ

และแผนการรักษา การส่งเสริมการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพกับครอบครัว การเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และการเตรียมความพร้อมก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้ครอบครัวเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแนวทางการดูแล ส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลลดลง

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่มวัดก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ซึ่งเก็บข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติร่วมกับได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามมาตรฐาน ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือญาติหรือผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง ซึ่งเข้ารับการรักษาลงพ้นภาวะวิกฤตจนถึงสิ้นสุดการรักษา ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ

กลุ่มตัวอย่าง คือญาติหรือผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้องและเข้ารับการรักษาลงพ้นภาวะวิกฤตจนถึงก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเลือกแบบตามลำดับการเข้ารับการรักษาลง (consecutive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด จนครบจำนวน 66 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 ราย และกลุ่มควบคุม 33 ราย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การจัดเข้ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีแบ่งตามช่วงเวลาของการเก็บข้อมูลโดยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติจนครบ และภายหลังจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power โดยกำหนดค่า α เท่ากับ 0.05 power เท่ากับร้อยละ 80 เป็น one-sided test และอัตราส่วนกลุ่มเท่ากับ 1:1 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำกลุ่มละ 28 ราย เพื่อป้องกันปัญหาข้อมูลสูญหาย จึงเพิ่มจำนวนร้อยละ 20 ทำให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 33 ราย รวมทั้งสิ้น 66 ราย

เกณฑ์การเข้า (Inclusion Criteria)

ผู้ที่สมาชิกในครอบครัวมอบหมายให้เป็นผู้ดูแลหลัก เมื่อผู้ป่วยกลับไปพักที่บ้าน โดยต้องมีคุณสมบัติตามกำหนด ดังนี้ 1) มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป 2) เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร หรือพี่น้อง และทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก 3) สามารถพูดอ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 4) ยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การออก (Exclusion Criteria)

ญาติหรือผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติหรือผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อมูลด้านประชากรและข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยรายได้ของครอบครัวต่อเดือน

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง ประกอบด้วยข้อมูลด้านประชากรและข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค สาเหตุการบาดเจ็บ ศาสนา จำนวนวันนอนโรงพยาบาล โรคประจำตัว ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ (Injury Severity Score; ISS) ระดับภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดเมื่อแรกได้รับ (Class of Hypovolemic Shock) และการได้รับการผ่าตัด

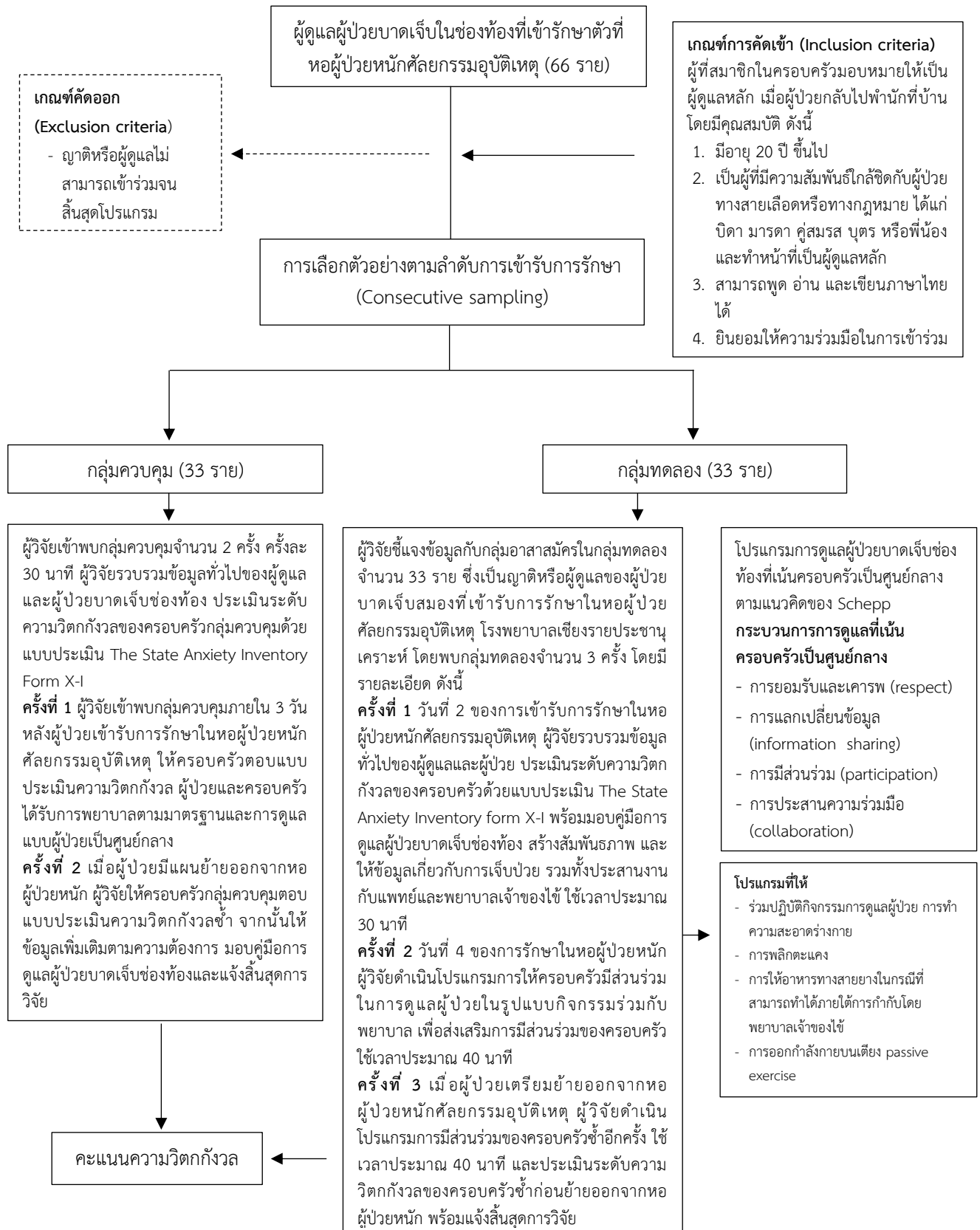
3. แบบวัดความวิตกกังวล ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลแบบสภาวะการณ์ The State Anxiety Inventory Form X-I STAI Form X-I ของ Spielberger และคณะ¹⁸ ฉบับภาษาไทยที่แปลโดย มาลาตี รุ่งเรืองศิริพันธ์¹⁹ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน โดยคะแนนที่สูงขึ้นแสดงถึงระดับความวิตกกังวลที่สูงขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องหลังจากพ้นภาวะวิกฤต ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Schep¹⁰ ร่วมกับแนวคิดการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ระหว่างครอบครัวและทีมสุขภาพในการวางแผนดูแลและเตรียมความพร้อมก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก

2. คู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องหลังพ้นภาวะวิกฤต ซึ่งเป็นคู่มือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Schep¹⁰ เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการบาดเจ็บช่องท้อง การร่วมปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย การทำ ความสะอาดร่างกาย การพลิกตะแคง การให้อาหารทางสายยางในกรณีที่สามารทำได้ภายใต้การกำกับโดยพยาบาลเจ้าของไข้ การออกกำลังกายบนเตียงแบบ passive exercise

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการเกิดความวิตกกังวลของครอบครัวในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง
หลังจากพ้นภาวะวิกฤต หรือผู้ป่วยหนักอุบัติเหตุ



รูปที่ 1 แผนผังการศึกษา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว สำหรับครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องหลังจากพ้นภาวะวิกฤต ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ 0.96 แสดงว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับสูง

1.2 คู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง หลังจากพ้นภาวะวิกฤต ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.86 แสดงว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับดี

1.3 แบบวัดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงและความเชื่อมั่น ผู้วิจัยจึงนำมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

2.1 คู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง หลังจากพ้นภาวะวิกฤต ได้รับการทดสอบความสอดคล้องระหว่างผู้ใช้ (inter-rater reliability) โดยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 5 รายที่ใช้คู่มือในการประเมินสถานการณ์เดียวกัน ผลการทดสอบพบค่าความสอดคล้องเท่ากับ 0.88 แสดงว่าคู่มือมีความสม่ำเสมอในการใช้งานและมีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับสูง

2.2 แบบวัดความวิตกกังวล ได้รับการทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือพบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.92 ซึ่งแสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นและความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับสูง

3. ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (Feasibility)

ผู้วิจัยนำคู่มือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องหลังพ้นภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุจำนวน 10 ราย เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ จากนั้นประเมินความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับความชัดเจนของเนื้อหา ความสะดวกในการใช้งาน และความเหมาะสมของกิจกรรมในคู่มือ ผลการประเมินพบว่า คู่มือมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับดีถึงดีมาก คิดเป็นร้อยละ 92 แสดงว่าคู่มือสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องหลังพ้นภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม-กันยายน พ.ศ. 2568 โดยใช้แจ้งข้อมูลโครงการแก่อาสาสมัครเป็นรายบุคคล ขอความยินยอมโดยสมัครใจ ภายหลังได้รับความยินยอม ผู้วิจัยเข้าพบครอบครัวของผู้ป่วย 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ภายใน 2 วันหลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานและประเมินความวิตกกังวลของครอบครัวด้วยแบบประเมิน State Anxiety Inventory: Form X-I จากนั้นผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการพยาบาลตามปกติของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ ซึ่งประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ การประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง การดูแลด้านร่างกายและการพยาบาลพื้นฐาน การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและแผนการรักษาแก่ญาติหรือผู้ดูแลตามความเหมาะสม การเยี่ยมตามระเบียบของหอผู้ป่วย และการเตรียมความพร้อมก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุมในวันที่ผู้ป่วยมีแผนการรักษาให้ย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ พร้อมให้กลุ่มควบคุมตอบแบบวัดความวิตกกังวลซ้ำ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ครอบครัวที่ดูแล พร้อมทั้งมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องให้กับครอบครัว และแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงตุลาคม – พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มควบคุมเสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลโครงการแก้อาสาสมัครเป็นรายบุคคล ขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ ภายหลังได้รับความยินยอม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลอง 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ในวันที่ 2 หลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานและประเมินความวิตกกังวลของครอบครัวด้วยแบบประเมิน State Anxiety Inventory: Form X-I และมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องแก่ผู้ดูแล ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ผู้วิจัยเริ่มด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าเยี่ยมและการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งประสานแพทย์และพยาบาลเจ้าของไข้เพื่อสนับสนุนข้อมูลที่ครอบครัวต้องการทราบ

ครั้งที่ 2 ในวันที่ 4 หลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวร่วมกับการดูแลของพยาบาล ใช้เวลาประมาณ 40 นาที ผู้วิจัยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ พูดคุยและให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการปัจจุบัน ความคืบหน้า แผนการรักษา สอบถามความต้องการในการช่วยเหลือ แนะนำการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา โดยแพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้ให้ข้อมูล เช่น การให้ยา การหย่าเครื่องช่วยหายใจ การรักษาด้วยการผ่าตัดหรือไม่ผ่าตัด และการเจาะคอในกรณีที่จำเป็น ครอบครัวได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแล เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การพลิกตะแคง การให้อาหารทางสายยาง ภายใต้การกำกับของพยาบาล และการออกกำลังกายบนเตียงแบบ passive exercise เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับระยะฟื้นฟู

ครั้งที่ 3 ในระยะที่ผู้ป่วยมีแผนย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวร่วมกับการดูแลของพยาบาล ใช้เวลาประมาณ 40 นาที ผู้วิจัยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ พูดคุยและให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการปัจจุบัน ความคืบหน้า แผนการรักษา สอบถามความต้องการในการช่วยเหลือ แนะนำด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลกิจวัตรประจำวันทั่วไป จากนั้นผู้วิจัยประเมินความพร้อมและความมั่นใจของครอบครัวในการดูแลก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โดยในวันที่ผู้ป่วยมีกำหนดย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบประเมินความวิตกกังวลซ้ำ และแจ้งสิ้นสุดการเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพนำเสนอเป็นจำนวนและร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณนำเสนอเป็นค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation; SD) สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบปกติ นำเสนอเป็นค่ามัธยฐาน (median) และช่วงพิสัยควอไทล์ (interquartile range; IQR) สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ การเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ และใช้ Independent t-test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณที่มีการแจกแจงปกติ

สำหรับการทดสอบสมมติฐาน ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลคะแนนความวิตกกังวลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ จึงเลือกใช้สถิติทดสอบแบบ Non-parametric test ได้แก่

การเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่ม วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของครอบครัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test และนำเสนอผลลัพธ์เป็นค่าอันดับเฉลี่ย (Mean rank) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติทั้งหมดใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เลขที่ EC CRH 071/68 In เมื่อวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2568

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องจำนวน 66 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 33 ราย ผลการเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วย พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร ($p > 0.05$) รวมถึงระดับ ISS และ Class ของ Hypovolemic Shock เมื่อแรกรับ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองกลุ่ม ($p = 0.260$ และ $p = 0.149$ ตามลำดับ) นอกจากนี้สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองกลุ่ม ($p = 0.080$) (ตารางที่ 1)

ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องจำนวน 66 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 33 ราย ผลการเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานของครอบครัว พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร ($p > 0.05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=33)	กลุ่มควบคุม (n=33)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			
ชาย	24 (72.7)	23 (69.7)	0.786 ^a
หญิง	9 (27.3)	10 (30.3)	
อายุ			
≤30 ปี	8 (24.2)	8 (24.2)	0.775 ^b
31-40 ปี	10 (30.3)	12 (36.4)	
41-50 ปี	9 (27.3)	7 (21.2)	
51-60 ปี	4 (12.1)	3 (9.1)	
>60 ปี	2 (6.1)	3 (9.1)	
อายุ (ปี); mean ± SD	42.3 ± 7.6	44.1 ± 8.3	0.360 ^c
อายุ (ปี); min-max	18 - 62	20 - 80	

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=33)	กลุ่มควบคุม (n=33)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
Diagnosis			
Blunt abdomen	5 (15.2)	13 (39.4)	0.337 ^b
Liver injury	10 (30.3)	7 (21.2)	
Colon/mesenteric injury	2 (6.1)	1 (3.0)	
Splenic injury	5 (15.2)	5 (15.2)	
Kidney injury	9 (27.3)	5 (15.2)	
Abdomen aortic injury	2 (6.1)	2 (6.1)	
สาเหตุการเจ็บป่วย			
Road traffic injury	22 (66.7)	21 (63.6)	1.000 ^b
Falling from a height	3 (9.1)	3 (9.1)	
Gunshot wound	3 (9.1)	3 (9.1)	
Stab wound	3 (9.1)	4 (12.1)	
Other	2 (6.1)	2 (6.1)	
ศาสนา			
พุทธ	30 (90.9)	27 (81.8)	0.457 ^b
คริสต์	3 (9.1)	6 (18.2)	
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล			
<5 วัน	2 (6.1)	6 (18.2)	0.258 ^a
≥5 วัน	31 (93.9)	27 (81.8)	
โรคประจำตัว			
มี	9 (27.3)	8 (24.2)	0.778 ^a
ไม่มี	24 (72.7)	25 (75.8)	
Injury Severity Score			
9 - 15 (moderate)	5 (15.2)	4 (12.1)	0.260 ^b
16 - 24 (serious)	17 (51.5)	10 (30.3)	
25 - 49 (severe)	8 (24.2)	13 (39.4)	
50 - 74 (critical)	3 (9.1)	6 (18.2)	
Class of Hypovolemic Shock เมื่อแรกรับ			
Class I	8 (24.2)	8 (24.2)	0.149 ^a
Class II	12 (36.4)	5 (15.2)	
Class III	10 (30.3)	12 (36.4)	
Class IV	3 (9.1)	8 (24.2)	
การผ่าตัด			
ไม่ได้ผ่าตัด	17 (51.5)	10 (30.3)	0.080 ^a
ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง	16 (48.5)	23 (69.7)	

^aChi-square test, ^bFisher exact probability test, ^cIndependent t-test

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=33)	กลุ่มควบคุม (n=33)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			
ชาย	19 (57.6)	24 (72.7)	0.196 ^a
หญิง	14 (42.4)	9 (23.7)	
อายุ			
≤30 ปี	2 (6.1)	2 (6.1)	0.714 ^b
31-40 ปี	9 (27.3)	8 (24.2)	
41-50 ปี	13 (39.4)	13 (39.4)	
51-60 ปี	9 (27.3)	8 (24.2)	
>60 ปี	0	2 (6.1)	
อายุ (ปี); mean ± SD	44.3 ± 8.3	45.1 ± 9.3	0.710 ^c
อายุ (ปี); min-max	28 - 60	26 - 65	
สถานภาพ			
โสด	10 (30.3)	9 (27.3)	0.689 ^b
สมรส	21 (63.6)	20 (60.6)	
หม้าย/หย่าร้าง	2 (6.1)	4 (12.1)	
ศาสนา			
พุทธ	30 (90.9)	24 (72.7)	0.118 ^b
คริสต์	3 (9.1)	7 (21.2)	
อื่น ๆ	0	2 (6.1)	
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	12 (36.4)	12 (36.4)	1.000 ^a
มัธยมศึกษา	14 (42.4)	14 (42.4)	
อนุปริญญา/ปริญญาตรี	7 (21.2)	7 (21.2)	
การประกอบอาชีพ			
รับราชการ	3 (9.1)	3 (9.1)	0.598 ^b
ค้าขาย	6 (18.2)	6 (18.2)	
เกษตรกรรม	3 (9.1)	4 (12.1)	
รับจ้าง	16 (48.5)	10 (30.3)	
ธุรกิจส่วนตัว	3 (9.1)	4 (12.1)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2 (6.1)	6 (18.2)	
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย			
บิดา/มารดา	13 (39.4)	7 (21.2)	0.243 ^a
บุตร	7 (21.2)	11 (33.3)	
สามี/ภรรยา	13 (39.4)	15 (45.5)	
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน			
ต่ำกว่า 10,000 บาท	4 (12.1)	8 (24.2)	0.402 ^b
10,001 – 20,000 บาท	12 (36.4)	7 (21.2)	
20,001 – 30,000 บาท	13 (39.4)	15 (45.5)	
มากกว่า 30,000 บาท	4 (12.1)	3 (9.1)	

^aChi-square test, ^bFisher exact probability test, ^cIndependent t-test

การเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองพบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่ามัธยฐานของคะแนนความวิตกกังวลเท่ากับ 57 (IQR 4.5) ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานของคะแนนความวิตกกังวลเท่ากับ 52 (IQR 5.5) โดยมีขนาดการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความวิตกกังวลลดลง 5 คะแนน ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง ($Z=-3.35$, $p<0.001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่พบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยมีค่ามัธยฐานของคะแนนความวิตกกังวลเท่ากับ 57 (IQR 4.5) ทั้งสองช่วงเวลา ($Z=0.00$, $p=1.000$) (ตารางที่ 3)

การเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนระดับความวิตกกังวลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean rank 32.5 และ 34.5 ตามลำดับ, $U=511.50$, $p=0.550$) ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean rank 26.8 และ 40.2 ตามลำดับ; $U=325.00$, $p<0.001$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (n=66)

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	Z	p-value
	Median (IQR)	Median (IQR)		
กลุ่มทดลอง (n=33)	57 (4.5)	52 (5.5)	-3.35	<0.001*
กลุ่มควบคุม (n=33)	57 (4.5)	57 (4.5)	0.00	1.000

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=66)

ช่วงเวลา	กลุ่มตัวอย่าง	n	Mean rank	U	Z	p-value
ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	33	32.5	511.50	-0.59	0.550
	กลุ่มควบคุม	33	34.5			
หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	33	26.8	325.00	-3.84	<0.001*
	กลุ่มควบคุม	33	40.2			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถลดระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องหลังจากพ้นภาวะวิกฤตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมมีระดับความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สะท้อนให้เห็นว่าการเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง มีส่วนร่วมในการดูแล และได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์อย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ครอบครัวเกิดความเข้าใจต่อกระบวนการรักษาลดความไม่แน่นอน และเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยในระยะฟื้นฟู ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kang และคณะ²⁰ ซึ่งพบว่า การจัดประชุมร่วมระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพกับครอบครัว (family-centered multidisciplinary rounds) ช่วยลดความไม่แน่นอนเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (uncertainty in illness) และลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต พร้อมทั้งทำให้ครอบครัวรู้สึกว่าการจัดการด้านข้อมูลและการมีส่วนร่วมได้รับการตอบสนองมากขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Wang และคณะ¹⁵ ซึ่งรวบรวมการศึกษาวิจัยแบบสุ่มจำนวน 52 เรื่อง ในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ ระบุว่ากิจกรรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยเฉพาะการสื่อสาร การให้ข้อมูล และการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว ช่วยให้ผลลัพธ์ด้านครอบครัวดีขึ้น และการศึกษาส่วนใหญ่รายงานว่า ความวิตกกังวลและผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตของครอบครัวดีขึ้นหลังได้รับการแทรกแซงแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และยังพบว่าสอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Rhoads และคณะ²¹ ซึ่งพบว่า กิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้น (active family engagement) มีแนวโน้มช่วยลดความวิตกกังวลภาวะซึมเศร้า และความเครียดภายหลังเหตุการณ์

รุนแรงในสมาชิกครอบครัวได้ดีกว่าการให้ข้อมูลหรือการสนับสนุนแบบรับเพียงอย่างเดียว เนื่องจากครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การรักษา และแนวทางการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถคาดการณ์สถานการณ์การเจ็บป่วยและเตรียมความพร้อมต่อการดูแลผู้ป่วยหลังพ้นภาวะวิกฤตได้ดียิ่งขึ้น

นอกจากนี้ ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องมีความเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงอาการและภาวะแทรกซ้อนที่คาดการณ์ได้ยาก ครอบครัวจึงมักเกิดความวิตกกังวล โดยเฉพาะในช่วงหลังพ้นภาวะวิกฤตที่ต้องรับบทบาทผู้ดูแลหลักการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การช่วยดูแลความสะอาดร่างกาย การพลิกตะแคงตัว หรือการช่วยทำ passive exercise ภายใต้การกำกับของพยาบาล ทำให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีบทบาทในการดูแล และมีความพร้อมในการดูแลต่อเนื่องมากขึ้น ส่งผลต่อการลดความวิตกกังวลและส่งเสริมการปรับตัวด้านอารมณ์ของครอบครัว ดังนั้น พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องอย่างเป็นระบบและเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เพื่อสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องภายหลังพ้นภาวะวิกฤต

ข้อจำกัด

1. การศึกษานี้ดำเนินการในโรงพยาบาลแห่งเดียว และศึกษาเฉพาะครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปอ้างอิงหรือประยุกต์ใช้กับประชากรหรือบริบทอื่น
2. การประเมินผลดำเนินการทันทีหลังสิ้นสุดโปรแกรม จึงยังไม่สามารถสะท้อนผลลัพธ์ในระยะยาวได้
3. การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามรายงานตนเอง ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากการรับรู้ อารมณ์ หรือปัจจัยแวดล้อมอื่นที่ไม่สามารถควบคุมได้ทั้งหมด

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม อุบัติเหตุควรนำโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องหลังพ้นภาวะวิกฤต โดยจัดทำเป็นแนวปฏิบัติมาตรฐาน (standard protocol) ของหน่วยงาน เพื่อกำหนดรูปแบบ กิจกรรมการสื่อสารข้อมูล การเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และการเตรียมความพร้อมก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักอย่างชัดเจนและเป็นระบบ

2. ควรมีการพัฒนาคู่มือการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับใช้ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม อุบัติเหตุ โดยครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง การเฝ้าระวังอาการและภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ และการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการดูแลต่อเนื่องหลังพ้นภาวะวิกฤต เพื่อส่งเสริมการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางอย่างเป็นรูปธรรม

3. ควรมีการฝึกอบรมพยาบาลเกี่ยวกับทักษะการสื่อสาร การให้ข้อมูล การสนับสนุนด้านจิตสังคม และทักษะการสอนแนะ (coaching) แก่ครอบครัว เพื่อให้พยาบาลสามารถนำโปรแกรมไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติจริง

4. ในระดับนโยบาย ควรสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบบริการที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัว เช่น การปรับรูปแบบการเยี่ยมให้ยืดหยุ่นมากขึ้น การจัดตั้งทีมสนับสนุนครอบครัวในหอผู้ป่วยหนัก และการจัดพื้นที่หรือช่องทางสื่อสารสำหรับครอบครัว เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะต่อเนื่อง

5. ในด้านการวิจัย ควรศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตประเภทอื่น หรือในโรงพยาบาลหลายระดับ เพื่อประเมินความสามารถในการประยุกต์ใช้และการ

อ้างอิงผลการวิจัยในบริบทที่หลากหลาย และควรดำเนินการวิจัยแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) โดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรม และเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

REFERENCES

1. World Health Organization. Global status report on road safety 2018. Geneva: World Health Organization; 2019.
2. Balhara YP, Verma R, Sharma S, Mathur S. A study of predictors of anxiety and depression among stroke patient-caregivers. J Midlife Health. 2012;3(1):31-5.
3. McAdam JL, Puntillo KA. Symptoms experienced by family members of patients in intensive care units. Am J Crit Care. 2009;18(3):200-9.
4. Institute for Patient- and Family-Centered Care. Advancing the practice of patient- and family-centered care in hospitals. Bethesda, MD: IPFCC; 2010.
5. Davidson JE. Family-centered care: meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. Crit Care Nurse. 2009;29(3):28-34.
6. Leske JS. Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. Heart Lung. 1991;20(3):236-44.
7. Schlacter J. Patient- and family-centered transitions from pediatric to adult care. Pediatr Nurs. 2014;40(6):307-10.
8. Sisson R. Effects of auditory stimuli on comatose patients with head injury. Heart Lung. 1990;19(4):373-8.

9. Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung*. 1979;8(2):332-9.
10. Schepp K. Psychometric assessment of the preferred participation scale for parents of hospitalized children. Seattle (WA): University of Washington, School of Nursing; 1995.
11. Goldfarb MJ, Bibas L, Bartlett V, Jones H, Khan N. Outcomes of patient- and family-centered care interventions in the ICU: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med*. 2017;45(10):1751-61.
12. Olding M, McMillan SE, Reeves S, Schmitt MH, Puntillo K, Kitto S. Family engagement in adult critical care settings: a systematic review. *Nurs Crit Care*. 2020;25(2):84-95.
13. Naef R, von Felten S, Ernst J. Factors influencing post-ICU psychological distress in family members of critically ill patients: a linear mixed-effects model. *BioPsychoSocial Med*. 2021;15(1):4.
14. Liang S, Chau JPC, Lo SHS, Choi KC, Bai L, Cai W. The effects of a sensory stimulation intervention on psychosocial and clinical outcomes of critically ill patients and their families: a randomized controlled trial. *Intensive Crit Care Nurs*. 2023;75:103369.
15. Wang G, Antel R, Goldfarb M. The impact of randomized family-centered interventions on family-centered outcomes in the adult intensive care unit: a systematic review. *J Intensive Care Med*. 2023;38(8):690-701.
16. Duong J, Wang G, Lean G, Slobod D, Goldfarb M. Family-centered interventions and patient outcomes in the adult intensive care unit: a systematic review of randomized controlled trials. *J Crit Care*. 2024;83:154829.
17. Chiangrai Prachanukroh Hospital. Annual ward report 2024. Chiang Rai: Chiangrai Prachanukroh Hospital; 2024.
18. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form X). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1983.
19. Rungruangsiriphan M. Effect of relaxation techniques on anxiety in cancer patients receiving radiotherapy [master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 1999.
20. Kang J, Cho YJ, Choi S. State anxiety, uncertainty in illness, and needs of family members of critically ill patients and their experiences with family-centered multidisciplinary rounds: a mixed model study. *PLoS One*. 2020;15(6):e0234296.
21. Love Rhoads S, Trikalinos TA, Levy MM, Amass T. Intensive Care Based Interventions to Reduce Family Member Stress Disorders: a Systematic Review of the Literature. *J Crit Care Med (Targu Mures)*. 2022;8(3):145-155.