

ผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ต่อความวิตกกังวลของครอบครัวและความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบ
ของพยาบาล หอผู้ป่วยวิกฤต



นางสาวสุวิทย์ จันทระเจษฎา

สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2547

ISBN 974-53-1940-6

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF A COMPREHENSIVE INFORMATION MANAGEMENT MODEL FOR FAMILY MEMBERS OF STROKE PATIENTS ON FAMILY MEMBERS' ANXIETY AND NURSES' SATISFACTION WITH THE MANAGEMENT MODEL IN INTENSIVE CARE UNIT



Miss Suwapee Chantrajessada

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration

Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2004
ISBN 974-53-1940-6

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองต่อความวิตกกังวลของครอบครัวและความพึงพอใจในการ
จัดการรูปแบบของพยาบาล หอผู้ป่วยวิกฤต

โดย นางสาวสุวิณี จันทระเชษฐา

สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต.หญิง ดร.พวงพิชญ ชูณหปราณ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(อาจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเดช สุขีวะ)

สุวพีร์ จันทระเจษฎา: ผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อความวิตกกังวลของครอบครัว และความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาล หอผู้ป่วยวิกฤต (EFFECTS OF A COMPREHENSIVE INFORMATION MANAGEMENT MODEL FOR FAMILY MEMBERS OF STROKE PATIENTS ON FAMILY MEMBERS' ANXIETY AND NURSES' SATISFACTION WITH THE MANAGEMENT MODEL IN INTENSIVE CARE UNIT) อาจารย์ที่ปรึกษา: อาจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช, 173 หน้า. ISBN 974-53-1940-6

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลที่มีต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต และศึกษาผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลที่มีต่อความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่มารับบริการในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 1 จำนวน 30 คน จัดเข้ากลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลพญาไท 1 จำนวน 15 คน กลุ่มสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้จากการคัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด สุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยวิธีจับคู่ เครื่องมือที่ใช้ในการสร้างและพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลมี 5 ชุด คือ โครงการการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการ แนวทางการปฏิบัติการให้ข้อมูล คู่มือการปฏิบัติงาน และวิดีโอเรื่อง คำแนะนำสำหรับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองใช้รูปแบบการให้ข้อมูลมี 3 ชุด คือ แบบกำกับการทดลอง แบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาล แบบสอบถามทั้ง 2 ชุด ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87, .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ยอันดับที่ ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ ทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Wilcoxon Matched –Pairs Signed-Rank Test และ Mann-Whitney U-Test

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

- 1.ได้รูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วยแนวทางการปฏิบัติงาน คู่มือการปฏิบัติงาน วิดีทัศน์ เรื่อง “คำแนะนำสำหรับญาติผู้ป่วย” และแบบกำกับการปฏิบัติงาน
- 2.ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการใช้รูปแบบการให้ข้อมูล ต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบการให้ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
- 3.ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการใช้รูปแบบการให้ข้อมูล กับกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- 4.ความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาล หลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สาขาวิชา.....การบริหารการพยาบาล.....ลายมือชื่อนิสิต.....
ปีการศึกษา.....2547.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4577828736: MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEY WORD: COMPREHENSIVE INFORMATION MODEL MANAGEMENT/FAMILY MEMBERS'

ANXIETY/ NURSES' SATISFACTION ON MODEL MANAGEMENT/ INTENSIVE CARE UNIT

SUWAPEE CHANTRAJESSADA: EFFECTS OF A COMPREHENSIVE INFORMATION

MANAGEMENT MODEL FOR FAMILY MEMBERS OF STROKE PATIENTS ON FAMILY MEMBERS'

ANXIETY AND NURSES' SATISFACTION WITH THE MANAGEMENT MODEL IN INTENSIVE CARE

UNIT. THESIS ADVISOR: SUVINEE WIVATVANIT, PhD., 188 pp. ISBN 974-53-1940-6

The purposes of this quasi experimental research were to create the comprehensive information model, and to study the effects of a comprehensive information management model for family members of stroke patients on family members' anxiety and nurses' satisfaction with the management model on an intensive care unit. The research subjects consisted of 30 family members and 15 professional nurses working in intensive care unit, Phya Thai 1 Hospital. The family members were randomly assigned to either experimental group or control group by matched pair technique. Research instruments were training project of comprehensive information model, training program, guidelines for giving information, handbook of nursing practice, observation form of nursing practice, and video media. Research data were obtained by questionnaires of family members' anxiety and nurses' satisfaction. The instruments were tested for content validity by 7 experts. The Cronbach's alpha coefficient for questionnaires were .87, and .94 respectively. Statistical methods used in data analysis were median, quartile deviation, Wilcoxon matched-pairs signed-rank test and Mann-Whitney U-Test.

The research findings were as follows:

1. Comprehensive information model: guideline for giving information, handbook of nursing practice, and video media.
2. The family members' anxiety in the experimental group was significantly lower than the control group at $p = .01$.
3. The family members' anxiety in both groups were not significantly different.
4. The overall nurses' satisfaction after the implementation of the comprehensive information management model for family members of stroke patients was significantly higher than before at $p = .01$.

Field of studyNursing Administration.....Student's signature.....

Academic year..... 2004.....Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณา ของ อาจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ แก้ไขข้อบกพร่อง รวมทั้งให้ความเมตตาและกำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา จึงกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ พ.ต.ต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุณหปราณ ประธานสอบ วิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเดช สุชีวะ กรรมการสอบ ที่ช่วยแก้ไขข้อบกพร่องและให้ ข้อเสนอแนะต่างๆในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพญาไท 1 ที่กรุณาให้การสนับสนุนทุนบางส่วน ในการทำวิจัยครั้งนี้ อนุญาตให้ทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัยและใช้สถานที่ในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยวิกฤต คุณขวัญใจ จันทร์สุขศรี เพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยให้ความช่วยเหลือในการผลิตเทปวีดีทัศน์ จัดทำคู่มือปฏิบัติงาน และคุณวัลภา ฮวดหลี ที่ได้สละเวลาวาดรูปในคู่มือปฏิบัติงาน ช่วยให้อุปกรณ์ปฏิบัติงานการให้ข้อมูลมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยจนการวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบคุณญาติผู้ป่วยทุกท่านที่กรุณา เสียสละเวลา ให้ความร่วมมือให้โอกาสและให้ข้อมูลอันมีคุณค่ายิ่งต่อการวิจัย

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่กรุณาให้การสนับสนุนทุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ คุณญาณิศา ลิ้มรัตน์ ผู้ที่ให้การช่วยเหลือให้ ข้อคิด คำแนะนำที่เป็นประโยชน์อีกทั้งยังเป็นกำลังใจที่สำคัญในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณ คุณพ่อวรวัฒน์ และคุณแม่อุบล จันทร์เจษฎา ที่ให้กำลังใจ และสนับสนุนในทุกๆด้าน และเสียสละความสุขส่วนตัวที่ควรได้รับการปรนนิบัติของบุตรลงชั่วคราว เพื่อให้บุตรมีสมาธิในการศึกษาจนสำเร็จ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและระลึกถึงพระคุณอยู่เสมอ ขอขอบคุณ พี่น้องและกัลยาณมิตรทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจ คอยช่วยเหลือ ในทุกๆด้าน ตลอดระยะเวลาการศึกษาและ การทำวิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้เอ่ยนามซึ่งมีส่วนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ความดีและประโยชน์จากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ขอมอบแต่ ผู้มีพระคุณทุกท่าน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
ปัญหาการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐาน.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
แนวคิดการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤติ.....	14
แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล.....	27
แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล.....	35
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	48
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	51
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	52
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	55
การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล.....	65
การพิทักษ์สิทธิครอบครัวผู้ป่วย.....	72
ขั้นตอนวิธีการดำเนินการวิจัย.....	73
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	74

บทที่ 4 ผลการศึกษาวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	75
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	105
สรุปผลการวิจัย.....	108
อภิปรายผลการวิจัย.....	110
ข้อเสนอแนะ.....	119
รายการอ้างอิง.....	127
ภาคผนวก.....	128
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	130
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและ จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือ และการเก็บข้อมูลวิจัย.....	130
ภาคผนวก ค เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและ ใบขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	133
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	141
ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการสร้างและพัฒนา รูปแบบการให้ข้อมูล.....	143
ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้การทดลองใช้รูปแบบการให้ข้อมูล.....	156
ภาคผนวก จ สถิติที่ใช้ในการวิจัยและตารางวิเคราะห์ข้อมูล.....	165
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	173

สารบัญตาราง

ตารางที่

หน้า

1.	การจับคู่กลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ตามลักษณะของ เพศ อายุ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....	54
2.	แสดงผลการสังเกตการปฏิบัติ ตามรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิก ในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต จำแนกตามรายชื่อของแต่ละกิจกรรม.....	68
3.	จำนวนและร้อยละของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ประสบการณ์ที่เคยรับบริการ ในหอผู้ป่วยวิกฤต ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล ปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาล.....	81
4.	จำนวนร้อยละของพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤต จำแนกตาม เพศ อายุ ประสบการณ์ในการ ปฏิบัติงาน สถานภาพสมรส วุฒิทางการพยาบาลสูงสุด.....	83
5.	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานของคะแนนความ วิตกกังวลของสมาชิกครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง โดยรวมและรายด้าน ระหว่างกลุ่มที่ให้การบริการตามปกติกับกลุ่ม ที่ใช้รูปแบบการให้ข้อมูล.....	85
6.	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานของคะแนนความ วิตกกังวลของสมาชิกครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง ด้านร่างกายรายชื่อ ระหว่างกลุ่มที่ให้การบริการตามปกติ กับกลุ่มที่ใช้รูปแบบการให้ข้อมูล.....	86
7.	คะแนนค่ามัธยฐานความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลอง และความแตกต่างของคะแนน ความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นรายคู่	87
8.	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย อันดับที่ค่ามัธยฐานของคะแนน ความวิตกกังวลของสมาชิกครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลัง การใช้รูปแบบการให้ข้อมูลของกลุ่มที่ให้การบริการตามปกติและ กลุ่มที่ใช้รูปแบบการให้ข้อมูล.....	88
9.	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานของคะแนนความ วิตกกังวลของสมาชิกครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลอง โดยรวมและรายด้าน ระหว่างกลุ่มที่ให้การบริการตามปกติ กับกลุ่มที่ใช้รูปแบบการให้ข้อมูล.....	89

ตารางที่

10.	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองด้านจิตใจรายข้อ ระหว่างกลุ่มที่ให้บริการบริการตามปกติกับกลุ่มที่ใช้รูปแบบการให้ข้อมูล.....	91
11.	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการให้รูปแบบการให้ข้อมูล โดยรวม และรายด้าน.....	92
12.	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการให้รูปแบบการให้ข้อมูล รายด้านและรายข้อ.....	94
13.	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาล โดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต.....	98
14.	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาล รายด้านและรายข้อ ก่อนและหลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต.....	100
15.	การแจกแจงของข้อมูลความวิตกกังวล.....	169
16.	การแจกแจงของข้อมูลความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาล.....	170
17.	เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง.....	170
18.	เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนความวิตกกังวล ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	171
19.	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลรวมอันดับที่ของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาล โดยรวมก่อนกับหลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล.....	172

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่	หน้า
1. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	50
2. แสดงขั้นตอนวิธีดำเนินการวิจัย.....	73



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะการเจ็บป่วยวิกฤตเป็นปรากฏการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตมนุษย์ พบว่าปรากฏการณ์ดังกล่าวมากกว่าร้อยละ 80 เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน และไม่คาดคิดมาก่อน (Furukawa, 1996) เป็นเหตุให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญภาวะเครียดอย่างมาก เนื่องจากความไม่แน่นอนของอาการที่เปลี่ยนแปลงไป (Bond, Draeger, Mandlaco, and Donnelly, 2003) ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตซึ่งเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและเกิดความสับสน ไม่แน่ใจในการดูแลและอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Testani-Durfour, Chappel-Aiken, and Gueldner, 1992; Leske, 2002) เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ส่วนใหญ่ต้องใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีขั้นสูง ประกอบกับสิ่งแวดล้อมที่จำกัด เต็มไปด้วยเสียง สัญญาณไฟต่างๆจากเครื่องมือตลอดเวลา สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งเร้าที่สร้างความวิตกกังวล และความเครียดให้กับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มมากขึ้น (พิบูล ตันติธรรม, 2533; Leske, 1986; Neabel, 2000) จากการศึกษาของ Tracy, Fowler, and Magarelli (1999) พบว่า สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตจะมีความวิตกกังวลสูงในระยะ 72 ชั่วโมงแรกที่ผู้ป่วยภาวะวิกฤตเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการที่ไม่ทราบวิธีการเข้าพบกับผู้ป่วย การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ การจำกัดเวลาเยี่ยม และการติดต่อสื่อสารที่ไม่เพียงพอกับทีมสุขภาพ จะทำให้ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยเพิ่มขึ้นได้เช่นกัน (Hopkins, 1994; Hudak, Gallo, and Morton, 1998) นอกจากนี้ ผลการศึกษาของ Rodgers (1983), Daley (1984), Wegner, and Alexander (1999), Henneman (2002) และ สุภรัตน์ ไวยชีตา (2542) พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยวิกฤต มีความต้องการที่จะลดความวิตกกังวลเป็นอันดับแรก จากความต้องการทั้งหมดที่ครอบครัวผู้ป่วยประสบอยู่

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง โดยที่หลอดเลือดอาจมีการอุดตัน ตีบ หรือแตก อาการมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่พบบ่อยมีอัตราตายสูง หากรอดชีวิตมักมีความพิการร่วมด้วย ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับสามรองจากโรคหลอดเลือดหัวใจและมะเร็ง (Mohsenin, 2001) สำหรับประเทศไทยพบว่า ความชุกของโรคหลอดเลือดสมองมีมากถึง 690 รายในประชากรหนึ่งแสนคน ซึ่งใกล้เคียงกับประเทศต่างๆทั่วโลก และมีอัตราตายสูงไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2543) จากสถิติสาธารณสุข ปี 2543 พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองอัตรา 18.9 ต่อประชากร 100,000 คน จัดเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 4 รองจากโรคมะเร็ง อุบัติเหตุ และโรคหัวใจ และเป็นสาเหตุอันดับสองของการเกิดภาวะทุพพลภาพระยะยาว (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า การเกิดภาวะทุพพล

ภาพจากโรคหลอดเลือดสมอง จะพบมากขึ้นตามอายุทั้งเพศชายและหญิง ผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะสำคัญอย่างหนึ่งของครอบครัวผู้ป่วย ทั้งในเรื่องเวลา ค่ารักษาพยาบาล การขาดรายได้ที่ต้องพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยรวม (แหล่งที่มา : <http://www.thaiclinic.com>)

การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มักเป็นเหตุการณ์กะทันหัน โดยที่ครอบครัวผู้ป่วยไม่คาดคิดมาก่อน ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงที่สำคัญ ได้แก่ อาการชักเกร็ง หมดสติ มีความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระบบการหายใจและการทำงานของหัวใจผิดปกติ มักรอดชีวิตภายใน 30 วันแรกหลังปรากฏอาการและผู้รอดชีวิตร้อยละ 90 จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ (Periard and Ames, 1993) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอย่างเร่งด่วน และได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาล (Caplan, 2000) ในขณะเดียวกันผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญภาวะเครียดอย่างมาก การที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้รับข้อมูลพร้อมบอกเหตุผลการให้การพยาบาล โดยใช้คำพูดที่เข้าใจง่าย สั้นกระชับ ได้ใจความ เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และซักถามข้อสงสัย เป็นวิธีที่สามารถช่วยลดความวิตกกังวล และเพิ่มความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ เป็นอย่างดี (Thelan, Urden, Lough, and Stacy, 1998; Lynn-McHale and Carlson 2001) แต่การปฏิบัติโดยทั่วไปพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่ จะเน้นการดูแลที่ตัวผู้ป่วยเป็นสำคัญ สนใจกับเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ และให้ความสนใจกับครอบครัวผู้ป่วยน้อย โดยลืมนึกถึงความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย (Gaglione, 1984)

บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต จะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความชำนาญ สามารถประเมินภาวะความเจ็บป่วย และภาวะความเสี่ยงของผู้ป่วย ให้คำปรึกษาปัญหาทางด้านสุขภาพ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ร่วมงานและผู้ร่วมวิชาชีพ มีคุณธรรม จริยธรรม มีความรับผิดชอบ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และที่สำคัญช่วยแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถเผชิญปัญหาและดูแลตนเองได้ (พรทิพย์ โกศลยวัฒน์, 2541; Flynn and Bruce, 1993; Ignatavicious and Workman, 2002) และการพยาบาลแบบองค์รวมจะไม่เกิดขึ้น ถ้าไม่ได้รวมครอบครัวผู้ป่วยเข้าไปด้วย การขาดปฏิสัมพันธ์หรือขาดการติดต่อสื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วย ทำให้การพยาบาลไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนสำคัญในการช่วยผู้ป่วยให้ปรับตัวต่อสภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา (Appleyard et al, 2000) แต่ก่อนที่ครอบครัวจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ครอบครัวจะต้องเข้าใจ และได้รับการช่วยเหลือในการปรับตัวต่อภาวะวิกฤตก่อน การให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็นกิจกรรมสำคัญอย่างหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เพื่อที่จะให้ญาติได้มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

จากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยต่างๆพบว่าผู้ใช้บริการจากสถานบริการทางการแพทย์ส่วนใหญ่มองไม่ค่อยพึงพอใจต่อการรับทราบข้อมูล เนื่องจากพยาบาลซึ่งอยู่ใกล้กับผู้ใช้บริการมากที่สุดไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการสร้างความเข้าใจในเรื่องต่างๆแก่ผู้ใช้บริการ ส่งผลให้ผู้ใช้บริการไม่เข้าใจ มีความวิตกกังวลและไม่กล้าซักถาม จนบางครั้งเกิดปัญหาในการใช้บริการทางการแพทย์ พยาบาลจึงควรให้

ความสำคัญต่อการให้ข้อมูล โดยศึกษาความต้องการข้อมูลของผู้ใช้บริการอยู่เสมอ และพัฒนาทักษะการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างความประทับใจและพัฒนาคุณภาพการบริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น คุณภาพการบริการเกิดจากการที่มีแนวทางในการปฏิบัติที่เป็นเกณฑ์หรือมาตรฐานเดียวกัน พยายามเกิดความเข้าใจและพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ที่สามารถให้การพยาบาลให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุมตรงตามความต้องการของผู้ใช้บริการ (จรัลวัฒน์ คงทอง, 2539) นอกจากนี้การที่ผู้ปฏิบัติงานหรือพยาบาลได้รับอิสระ และมีส่วนร่วมในการใช้ความคิดในการปฏิบัติงาน การได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุงกระบวนการทำงาน มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เปิดโอกาสให้พยาบาลประจำการทำในสิ่งที่ตนต้องการ ได้แก่การวางแนวทางการดูแล เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติ สามารถให้การบริการผู้รับบริการได้อย่างครบถ้วน ผู้รับบริการพึงพอใจที่ได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพ เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างสมาชิก จะส่งผลต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการมากที่สุด (กรีซ แก้ว แก้วนาถ, 2541; ญัฐิมล โลพันธ์ศรี, 2543; ภัทรา เผือกพันธ์, 2545; และ เพ็ญทิพย์ เชาวลิต, 2545) นอกจากนี้ในด้านการบริหารยังมีผลในทางจิตวิทยา คือผู้ร่วมงานเกิดการต่อต้านน้อยลง ในขณะที่เดียวกันทำให้เกิดการยอมรับมากขึ้น มีการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และการบริหารแบบมีส่วนร่วม ยังผลให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจในการทำงานมากขึ้นด้วย (Swansburg, 2002; สัมฤทธิ์ กาเพ็ง, 2545; และ สมยศ นาวิกการ, 2545)

จากการศึกษาความพึงพอใจในงานของ Spector (1997) กล่าวไว้อย่างชัดเจนว่า ความพึงพอใจในงาน คือ ความรู้สึกนึกคิดหรือทัศนคติที่มีต่องาน ซึ่งสามารถประเมินออกมาได้ว่าบุคคลชอบหรือไม่ชอบในงานของเขา โดยองค์ประกอบของความพึงพอใจในงานที่ Spector กล่าวไว้ คือ ลักษณะงาน การบังคับบัญชา สิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน สภาพการทำงาน และการติดต่อสื่อสาร จากองค์ประกอบต่างๆสามารถนำไปสู่การปฏิบัติและสามารถประเมินค่าความพึงพอใจในงานได้ ซึ่ง Swansburg (2002) ได้กล่าวว่าการทำงานอย่างมีส่วนร่วม ทำให้ลดความสับสนในการปฏิบัติงานมีการติดต่อสื่อสารที่ดีระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน เกิดแรงจูงใจในการทำงาน มีอิสระในการปฏิบัติงาน เกิดความพึงพอใจภายในงานและทำให้รู้สึกถึงความสำเร็จของผลงาน

ผลการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 6 เดือนของโรงพยาบาลพญาไท 1 ระหว่างเดือน มกราคม-สิงหาคม 2547 พบว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 50 ราย ต่อเดือน (แผนกเวชสถิติโรงพยาบาลพญาไท 1, 2547) ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจร่วมด้วย โรคเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งถ้าควบคุมการเกิดโรคได้ดีสามารถลดโอกาสเกิดอัมพฤกษ์อัมพาตได้ ส่งผลให้ลดภาระของครอบครัวผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาสำรวจ โดยสอบถามสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพญาไท 1 จำนวน 10 คน พบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทั้งหมด มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการที่ไม่แน่นอนของผู้ป่วย ต้องการรู้วิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากภาวะวิกฤตโดยเร็ว ต้องการให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด มีส่วนหนึ่งที่บอกว่าไม่รู้จะถามอะไรและไม่ทราบว่าจะถามกับใคร แต่บางรายต้องการทราบเกี่ยวกับ เครื่องมือ อุปกรณ์ที่ใช้ช่วยชีวิตผู้ป่วย และกิจกรรมการพยาบาลที่

ให้ จะเห็นได้ว่าครอบครัวผู้ป่วย ต้องการทราบข้อมูลและคำอธิบายที่เกี่ยวข้องกับอาการของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้กับผู้ป่วย เหตุผลของการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตต่างๆ กับผู้ป่วย และจากผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการบริการของพยาบาลแผนกผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 1 ช่วง 2 ปีที่ผ่านมา คือ ปี 2546 และ ปี 2547 พบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการให้คำแนะนำและการตอบข้อซักถามของพยาบาล ปี 2546 ร้อยละ 93.75 และ ปี 2547 ร้อยละ 72.41 ซึ่งความพึงพอใจของผู้รับบริการของ ปี 2547 ลดลงจากปี 2546 ร้อยละ 21.34 ต่ำกว่าเกณฑ์การประเมินที่ตั้งไว้ ร้อยละ 90 อยู่ร้อยละ 17.59 และผลการสำรวจความพึงพอใจในงานของพยาบาลที่มีต่อปัจจัยต่างๆของแผนกผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 1 ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา คือ ปี 2546 และปี 2547 พบว่า ความพึงพอใจในงานของพยาบาลด้านความสำเร็จของงาน ปี 2546 ร้อยละ 76.89 และ ปี 2547 ร้อยละ 62.70 ลดลงจากปี 2546 ร้อยละ 14.19 ด้านความรับผิดชอบ ปี 2546 ร้อยละ 74.65 ปี 2547 ร้อยละ 62.65 ลดลงจากปี 2546 ร้อยละ 12 และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปี 2546 ร้อยละ 70.14 ปี 2547 ร้อยละ 42.28

และจากการสอบถามพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 1 จำนวน 10 คน เกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ตอบว่าได้ให้ข้อมูลเรื่องอาการของผู้ป่วยที่ประสบอยู่ในขณะนั้น และตอบข้อคำถามที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยถามไม่ได้ให้เวลากับครอบครัวผู้ป่วยมากนัก พยาบาลส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตมีภาระงานมาก และงานเอกสารมีจำนวนมาก การปฏิบัติงานจะมุ่งทำงานให้เสร็จทันเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตรงตามเวลาเป็นสำคัญ จึงไม่มีเวลาที่จะให้ความสนใจกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย จากการสังเกตการปฏิบัติ พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 2 ปี จะสามารถอธิบายเหตุผลของการให้การพยาบาลได้ แต่พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 2 ปี จะไม่สามารถอธิบายเหตุผลของการให้การพยาบาลได้อย่างชัดเจน เนื่องจากไม่มีแนวทางปฏิบัติในการให้ข้อมูลที่ชัดเจน เป็นเหตุให้ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Beland and Passor (1975) พบว่า โดยทั่วไปพยาบาลจะให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยไปตามสะดวกและประสบการณ์หรือพื้นฐานความรู้ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน ขาดการเชื่อมโยงความรู้สึกนึกคิดและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งความวิตกกังวลและความกลัว เกิดจากความไม่รู้ จึงทำให้ทำนายสิ่งที่จะเกิดขึ้นล่วงหน้า นอกจากนั้นอาจเกิดจากการได้รับข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ทำให้การรับรู้เบี่ยงเบนไปจากความจริง ดังนั้นหากผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับสภาพทั่วไปที่เกี่ยวกับเขามากเท่าใด ผู้ป่วยและครอบครัวก็จะให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากขึ้นเท่านั้น

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คณินนิต บุรีเทศน์ (2540) ที่ทำการสัมภาษณ์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลควรจัดเวลาในการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วย โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วยควรอธิบายเพียงคร่าวๆ ถ้าผู้ป่วยถาม และจากการศึกษาชุดเดียวกันโดยทำการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วย 5 คน พบว่าญาติผู้ป่วยทั้ง 5 คน ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวันแรก

ที่ผู้ป่วยเข้าหผู้ป่วย ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วยนั้น ญาติผู้ป่วย 3 ใน 5 คน กล่าวว่าถ้าได้ทราบก็จะเป็นการดีมาก โดยเฉพาะค่าปกติของตัวเลขที่ปรากฏบนหน้าจอของเครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วย

จากสภาพการณ์ดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าคุณภาพบริการหผู้ป่วยวิกฤตที่มุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม ยังมีปัญหาที่ต้องการการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้พยาบาลหผู้ป่วยวิกฤตให้บริการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการตอบสนองของความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เกิดภาวะวิกฤตเฉียบพลัน กำลังมีจำนวนสัดส่วนของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับเป็นนโยบายของโรงพยาบาลที่ต้องการให้บริการแก่ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างครอบคลุม โดยมีแนวทางในการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน เพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพในการบริการ ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้ปฏิบัติงานในหผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลพญาไท 1 มีความสนใจที่จะพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น จึงได้จัดรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหผู้ป่วยวิกฤต โดยนำหลักการบริหารแบบมีส่วนร่วม (Swansburg, 2002) ร่วมกับแนวคิดการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Thelan, Urden, Lough, and Stacy (1998) มาใช้เป็นแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับใช้ในหน่วยงาน เพื่อให้พยาบาลถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ และเพื่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งการที่พยาบาลได้มีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบการให้ข้อมูล ส่งผลให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ปฏิบัติงาน มีความรับผิดชอบ และภูมิใจในความสำเร็จของงานที่ร่วมกันทำขึ้น เกิดความมั่นใจ และมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น

วัตถุประสงค์ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อพัฒนาการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหผู้ป่วยวิกฤต

วัตถุประสงค์ทั่วไป

- 1.ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลที่มีต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหผู้ป่วยวิกฤต
- 2.ศึกษาผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหผู้ป่วยวิกฤตที่มีต่อความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาล

ปัญหาการวิจัย

- 1.รูปแบบการจัดการการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหผู้ป่วยวิกฤต คืออะไร

2.ระดับความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการใช้รูปแบบการให้ข้อมูล ต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต หรือไม่

3.ระดับความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ใช้รูปแบบการให้ข้อมูล มีน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ หรือไม่

4.ระดับความพึงพอใจในงานของพยาบาล หลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล สูงกว่าก่อนการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต หรือไม่

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ภาวะความเจ็บป่วยรุนแรงของผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบกับต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย เครื่องมือช่วยชีวิตต่างๆ รวมทั้งความไม่แน่นอนของอาการของผู้ป่วย เป็นเหตุให้เกิดความเครียดที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ของครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งความวิตกกังวลนี้สปีดเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1983) เรียกว่า State anxiety เป็นสภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกตึงเครียด เป็นผลมาจากการประเมินสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น ว่าอาจทำให้เกิดอันตราย หรือกำลังถูกคุกคาม เกิดกับบุคคลในสภาวะการณ์ขณะนั้น และเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกกลัว ตึงเครียด ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานมากขึ้น สาเหตุของความวิตกกังวลได้แก่ ความวิตกกังวลจากความไม่รู้เกี่ยวกับ อาการของผู้ป่วย (Halm, 1990; Testani-Durfour, Chappel-Aiken, and Gueldner, 1992) และการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย (Hickey, 1993) วิตกกังวลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล (Halm, 1990) วิตกกังวลเกี่ยวกับขั้นตอนในการตรวจรักษา เช่นการใส่สายสวนต่างๆ การดูดเสมหะ การตรวจวัดคลื่นหัวใจ (Thelan, Urden, Lough, and Stacy, 1998) รูปแบบหนึ่งในการเผชิญภาวะเครียด หรือในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล คือการแสวงหาข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์สถานการณ์ ประเมินภาวะคุกคามและหาแนวทางแก้ไข

การให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับทราบเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ที่พยาบาลได้ให้แก่ผู้ป่วย และการอธิบาย เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายและเชื่อถือได้ มีการเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ซักถาม ระบายความรู้สึก ให้กำลังใจแก่สมาชิกในครอบครัว การแนะนำสถานที่ และการใช้แผ่นพับให้ข้อมูล เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจในการพยาบาล เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยลงได้ (Thelan, Urden, Lough, and Stacy, 1998; Byekwaso, 2000; Lynn-McHale and Carlson, 2001; Azoulay et al, 2002; Leske, 2002) วิธีปฏิบัติการดำเนินการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วย มี 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Thelan, Lough, Urden, and Stacy (1998) เริ่มจาก 1) การรวบรวมข้อมูล 2) วางแผนการสอน 3) ปฏิบัติการสอน และ 4) ประเมินผล เพื่อการปรับปรุงแก้ไข หรือเปลี่ยนแปลงการวางแผน การให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยต่อไป

การพัฒนาคุณภาพงานบริการที่ยั่งยืนนั้น มักเกิดจากการที่ทุกคนมีส่วนร่วมกันในการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่เป็น เกณฑ์หรือมาตรฐานเดียวกัน ผู้ปฏิบัติงานได้รับอิสระและมีส่วนร่วมในการใช้ความคิดในการปฏิบัติงาน การได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุงกระบวนการทำงาน มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เปิดโอกาสให้พยาบาลประจำการทำในสิ่งที่ตนต้องการ มีแนวทางการดูแลซึ่งเป็นแนวทางการปฏิบัติ สามารถให้การบริการผู้รับบริการได้อย่างครบถ้วน ผู้รับบริการพึงพอใจที่ได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพ เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างสมาชิก จะส่งผลต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการมากที่สุด (จรีวัฒน์ คงทอง, 2539; กริชแก้ว แก้วนาค, 2541; ญัฐมิล โฉพันธ์ศรี, 2543; ภัทรา เผือกพันธ์, 2545; เพ็ญทิพย์ เชาวลิต, 2545; Swansberg, 2002) นอกจากนี้ ยังมีผลในทางจิตวิทยา ทำให้เกิดการต่อต้านน้อยลง ในขณะที่เดียวกัน ทำให้เกิดการยอมรับมากขึ้น มีการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ในการปฏิบัติงานอีกด้วย (สัมฤทธิ์ กาเพ็ง, 2545; สมยศ นาวิการ, 2545)

การปฏิบัติงานการพยาบาล เป็นลักษณะงานที่ทำงานกันเป็นทีม มีทั้งทีมสหสาขาและทีมการใช้พยาบาล ดังนั้นการมีมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล และการมีคู่มือการปฏิบัติงาน จะช่วยให้พยาบาลมีแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน (Lynn-McHale and Carlson, 2001) ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ปลอดภัยมีคุณภาพ และเป็นที่พึงพอใจ นอกจากนี้บทบาทหน้าที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือพยาบาล ต้องดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ให้ครอบคลุมแบบองค์รวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต สมาชิกครอบครัวจะมีความวิตกกังวลสูง Tracy, Fowler, and Magarelli (1999) พยาบาลจะต้องสามารถให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน การที่พยาบาลได้มีคู่มือการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ช่วยให้พยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน เป็นผลดีต่อผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการ ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในบริการ และพยาบาลเกิดความพึงพอใจในงาน (Kipp, 2001; Henneman and Cardin, 2002) สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความพึงพอใจในงานของ Spector (1997) ที่พบว่าบุคคลจะชอบ หรือไม่ชอบงานของตนมีองค์ประกอบสำคัญ คือ ลักษณะงาน โอกาสก้าวหน้าในงาน การบังคับบัญชา สิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน สภาพการทำงาน การติดต่อสื่อสาร ค่าจ้างหรือเงินเดือน ประโยชน์เกื้อกูลต่างๆและผู้ร่วมงาน บุคคลจะพอใจ ถ้าสามารถใช้ความคิดอิสระในการทำงาน ได้รับทราบบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองอย่างชัดเจน มีแนวทางการปฏิบัติเป็นไปในทางเดียวกัน ได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงานและเกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างกัน

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในการบริการ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย โดยให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตทุกคนมีส่วนร่วม ในการสร้างและพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต และนำรูปแบบนั้นมาใช้ และพัฒนาเป็นรูปแบบการปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน จนทำให้ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยลดลง พยาบาลรู้สึกพึงพอใจในการปฏิบัติงานที่สามารถบรรลุเป้าหมายได้โดยมี สมมติฐานการวิจัย ดังนี้คือ

1. ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการใช้รูปแบบการให้ข้อมูล ต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

2. ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ใช้รูปแบบการให้ข้อมูล แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต ต่ำกว่า กลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ

3. ความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาล หลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล สูงกว่า ก่อนการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง จัดกระทำขึ้นที่หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท1 โดยผู้วิจัยกำหนดขอบเขตการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรที่ศึกษา มี 2 กลุ่ม ได้แก่

- 1.1 สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่หอผู้ป่วยวิกฤต
- 1.2 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำ ในหอผู้ป่วยวิกฤต

2. ตัวแปรที่ศึกษา

2.1 ตัวแปรต้น คือ การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

2.2 ตัวแปรตาม คือ

- 2.2.1 ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.2.2 ความพึงพอใจในงานของพยาบาล

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง การที่พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤตได้ร่วมกันสร้างและพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต ตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย ในการสร้างและพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลนี้ใช้หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วม ของ Swansburg (2002) และขั้นตอนการให้ข้อมูลสร้างขึ้นตามแนวคิดการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Thelan, Lough, Urden and Stacy (1998) มาประยุกต์ใช้ดังนี้คือ พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตมีส่วนร่วมในการสร้าง และพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยได้รับความไว้วางใจ และสนับสนุน จากหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต ให้สร้างรูปแบบการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยซึ่งพยาบาลทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ พร้อมทั้งทดลองใช้และปรับแก้ไขเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยพยาบาล

ทุกคนมีอิสระในการเสนอแนวทางในการปฏิบัติงาน มีการรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤตประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1.1 จัดการฝึกอบรมพยาบาลเกี่ยวกับ การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

1.2 พยาบาลร่วมกันสร้างและพัฒนาารูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยการประชุมกลุ่มอภิปราย และกำหนดวิธีการ ขั้นตอนการจัดรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

1.3 ร่วมกันจัดทำสื่อ วิดีทัศน์ และคู่มือการให้ข้อมูลตามเนื้อหาารูปแบบที่ร่วมกันกำหนด

1.4 ฝึกทดลองใช้รูปแบบการให้ข้อมูล โดยการให้ข้อมูลตามขั้นตอนที่กำหนด ร่วมกับการใช้สื่อวีดิทัศน์ ช่วยในการให้ข้อมูล

1.5 ประชุมแก้ไข ปรับปรุง รูปแบบการให้ข้อมูล เพื่อแก้ไขปรับปรุงส่วนที่บกพร่อง

1.6 ปฏิบัติการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Thelan, Lough, Urden and Stacy (1998) มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การรวบรวมข้อมูล หมายถึง การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเพื่อนำมาประเมินระดับความวิตกกังวล ซึ่งมีวิธีการรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต และการซักถาม

ขั้นตอนที่ 2 วางแผนการให้ข้อมูล หมายถึง ขั้นตอนที่เกิดขึ้นหลังจากพยาบาลได้รวบรวมข้อมูลแล้วนำมาวางแผนการให้ข้อมูลเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยแต่ละราย

ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติการให้ข้อมูล หมายถึง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวม ตามแนวคิดของ Thelan, Urden, Lough, and Stacy (1998) เพื่อให้ครอบครัวขององค์ประกอบ ที่ทำให้ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตลดลง ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านร่างกาย หมายถึง การให้ข้อมูลและอธิบายเกี่ยวกับ ชนิดและอาการของโรค อาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยในแต่ละวัน และเหตุผลของการให้การพยาบาล

2) ด้านจิตใจ หมายถึง การให้เวลาและรับฟังการพูดคุยของครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และซักถามข้อสงสัย รับฟังปัญหาด้วยความเต็มใจ ให้คำอธิบายด้วยถ้อยคำที่เข้าใจง่าย เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้พบแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สมาชิกครอบครัวได้รับทราบข้อมูล เกี่ยวกับการรักษาจากแพทย์

3) ด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความจำเป็นและเหตุผลในการขอความร่วมมือจากญาติเพื่อการรักษาความสะอาดในหอผู้ป่วยวิกฤต การปฏิบัติตัวก่อนเข้าเยี่ยม เหตุผลและความสำคัญของการใช้เครื่องมือ และอุปกรณ์แก่ผู้ป่วย

4) ด้านเศรษฐกิจ-สังคมและวัฒนธรรม หมายถึง การให้ข้อมูลคำปรึกษาพยาบาล แนะนำสถานพยาบาลที่รองรับการรักษาต่อ (กรณีมีปัญหาทางเศรษฐกิจ) เปิดโอกาสให้ ครอบครัวและเพื่อน ๆ ของผู้ป่วย เข้าเยี่ยมได้เป็นกรณีพิเศษเมื่อไม่สามารถมาเยี่ยมได้ตามเวลาที่โรงพยาบาลกำหนด ให้การยอมรับในความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมของครอบครัวผู้ป่วย และอำนวยความสะดวกแก่ญาติผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจทางศาสนาที่ไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

1.7 ประเมินผล การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยให้พยาบาลทุกคนร่วมกันประเมินผล ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับ ข้อดี ข้อเสียของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต

2.สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง บุคคลที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด เป็นผู้ที่มีปัญหาของผู้ป่วย หรือให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านหรือขณะที่อยู่โรงพยาบาล มีบทบาทความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตร มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และสามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน

3.ความวิตกกังวลของครอบครัว หมายถึง ภาวะที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต รู้สึกไม่สบายใจ หวั่นวิตกว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย มีพฤติกรรมที่แสดงออกทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ กระวนกระวายใจ หงุดหงิด เครียด พักไม่ได้ ซึ่งเป็นสภาวะอารมณ์ในสถานการณ์ปัจจุบันของครอบครัว โดยสภาพการณ์นั้นอาจเกิดขึ้นจริงหรือเป็นเพียงการคาดคะเน ประเมินโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของของ สปิลเบิร์กเกอร์ (Spielberger et al., 1983) ซึ่งมีค่าของคะแนนไว้ดังนี้ คือ คะแนนน้อยแสดงว่า มีความวิตกกังวลขณะเผชิญต่ำ คะแนนมากแสดงว่า มีความวิตกกังวลขณะเผชิญสูง ครอบครัว 4 องค์ประกอบ ดังนี้

3.1. ด้านร่างกาย หมายถึง ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในแต่ละวัน กิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก และอาการนอนไม่หลับของครอบครัวผู้ป่วย

3.2. ด้านจิตใจ หมายถึง ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาที่ดีที่สุด เชื่อมั่นว่าครอบครัวมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นได้สบายใจที่ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการคืบหน้าของผู้ป่วย ผ่านคลายเมื่อได้พูดคุยระบายความรู้สึกกับพยาบาล และกังวลใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

3.3. ด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการอำนวยความสะดวกในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ไม่คุ้นเคยกับอุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วย กระวนกระวายใจเมื่อต้องเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามเวลา อึดอัดใจเพราะไม่รู้ว่าจะถามข้อมูลผู้ป่วยได้กับใคร

และเป็นห่วงอย่างยิ่งที่ต้องรอเยี่ยมผู้ป่วยด้านนอกโดยที่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยต้องเผชิญกับอะไรเมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

3.4. ด้านเศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรม หมายถึง ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย จิตใจสงบที่ได้รับการยอมรับจากพยาบาลที่ให้ปฏิบัติตามความเชื่อ ได้ผ่อนคลายความตึงเครียดเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ตามต้องการ สบายใจที่ได้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามคำแนะนำของพยาบาล

4.ความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาล หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกของพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤต ที่มีความเต็มใจในการมีส่วนร่วมจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล และปฏิบัติตามรูปแบบการให้ข้อมูล แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งสามารถประเมินได้จากการรับรู้ของพยาบาลประจำการโดยใช้เครื่องมือวัดความพึงพอใจในงานของพยาบาล ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ สเปกเตอร์ (Spector, 1997) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

4.1. ลักษณะงาน หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตที่ได้ใช้ความคิดอิสระ ในการปฏิบัติการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมทั้งรู้สึกว่างานที่ทำอยู่เป็นงานที่ทำทลายความสามารถตามบทบาทของตนเอง และช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลมากขึ้น

4.2. การบังคับบัญชา หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับลักษณะปฏิบัติของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย ต่อการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นความรู้สึกที่ได้รับการไว้วางใจในการปฏิบัติงาน ส่งเสริม สนับสนุน จูงใจให้ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพด้วยความเต็มใจ รวมทั้งอำนวยความสะดวก เปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการคิด พัฒนางานอย่างเสมอภาค

4.3. สิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการรับรู้คุณค่าของตนเอง จากการมีส่วนร่วมในการพัฒนางาน เกิดความมั่นใจในการทำงาน ได้รับการยอมรับจากครอบครัวผู้ป่วย เพื่อนร่วมงาน หัวหน้าหน่วยงาน ได้รับการยกย่องชมเชยจากครอบครัวผู้ป่วย และเกิดความภาคภูมิใจ เมื่อปฏิบัติงานบรรลุผลสำเร็จ

4.4. สภาพการทำงาน หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับความชัดเจนของแนวทางการปฏิบัติการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์เพื่อประกอบการให้ข้อมูล การจัดสถานที่และบรรยากาศในการให้ข้อมูลเพื่อช่วยให้ การให้ข้อมูลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

4.5. การติดต่อสื่อสาร หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับขั้นตอนและรายละเอียดของการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ถ่ายทอดการเข้าใจ การแลกเปลี่ยน

ความคิดเห็นของพยาบาลและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย มีการสื่อสารแบบตัวต่อตัว เปิดเผย ตรงไปตรงมา พยาบาลผู้ปฏิบัติมีการประสานงานที่ดีภายในทีม และระหว่างสหสาขาวิชาชีพ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้

1. ได้รูปแบบการให้ข้อมูล เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง
2. ส่งเสริมให้พยาบาลหรือผู้ป่วยวิกฤต ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูล เพื่อลดความวิตกกังวลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง อันจะนำไปสู่ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล
3. เป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล โดยใช้แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการบริการที่มีคุณภาพ
4. เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลอื่นๆในหอผู้ป่วยวิกฤต
5. ผู้บริหารการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการด้านการให้ข้อมูลในหอผู้ป่วยอื่นๆต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง จากตำรา วารสารและงานวิจัยต่างๆ เพื่อใช้ในการประกอบการวิจัย โดยได้จัดแบ่งเนื้อหาและนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1.แนวคิดการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

- 1.1 ความหมายของการให้ข้อมูล
- 1.2 แนวคิดของการให้ข้อมูล
- 1.3 ครอบครัวผู้ป่วยระยะวิกฤต
- 1.4 ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง
- 1.5 การบริหารแบบมีส่วนร่วม

1.5.1 ความหมายการบริหารแบบมีส่วนร่วม

1.5.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารแบบมีส่วนร่วม

1.5.3 ประโยชน์ของการบริหารแบบมีส่วนร่วม

1.6.การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

2.แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

- 2.1 ความหมายของความวิตกกังวล
- 2.2 สาเหตุของความวิตกกังวล
- 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวล
- 2.4 ประเภทของความวิตกกังวล
- 2.5 ระดับความวิตกกังวล
- 2.6 การประเมินระดับความวิตกกังวล
- 2.7 ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับ

การรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

3.แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล

- 3.1 ความหมายความพึงพอใจในงาน
- 3.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน
- 3.3 ปัจจัยและองค์ประกอบของความพึงพอใจในงาน
- 3.4 ความพึงพอใจของพยาบาลในการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกใน

ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

4.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลและการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย

4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลและการบริหารแบบส่วนรวม

5.กรอบแนวคิดในการวิจัย

1.แนวคิดการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลมีความสำคัญมากต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเพ็ญจันทร์ แสนประสาน (2536) กล่าวว่า การสร้างคุณภาพการพยาบาลในผู้ป่วยวิกฤต ควรมีการสร้างโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนด “มาตรฐานคุณภาพ” มีแบบตรวจสอบการปฏิบัติพยาบาล มีการติดต่อประสานงาน มีการตั้งกลุ่มคุณภาพ มีการอธิบายรายละเอียดของการปฏิบัติงานทุกชนิด มีนโยบายและหลักการปฏิบัติการพยาบาล ให้บริการโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยและญาติเป็นสำคัญ แนวคิดการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลนั้นเป็นกระบวนการคิดที่สร้างสรรค์ ที่จะต้องกำหนดโดยผู้ปฏิบัติงาน เป็นผู้ออกแบบและควบคุมพัฒนามาตรฐานการพยาบาลตามสถานการณ์และหลักการที่มุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ โดยกำหนดมาตรฐานที่ปฏิบัติได้จริง สังเกตได้ และเป็นไปตามความต้องการ

ดังนั้นผู้บริหารจึงต้องให้ความสำคัญ ในการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ส่งเสริมสนับสนุนการทำงานเป็นทีม ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ทั้งบุคคลและวัสดุครุภัณฑ์

1.1 ความหมายของการให้ข้อมูล

Lazarus and Folkman (1984) ให้ความหมายว่า การให้ข้อมูลเป็นรูปแบบของการช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า จะช่วยเพิ่มความรู้สึกสามารถควบคุมตนเอง และช่วยลดความรู้สึกทรมานจากผลที่เกิดจากเหตุการณ์นั้น เป็นการเพิ่มพลังอำนาจช่วยให้บุคคลสามารถรับรู้ และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความจริง สามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้

Close (1988) ให้ความหมายว่า การให้ข้อมูลหมายถึง กระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ มีผลทำให้บุคคล ครอบครัว หรือชุมชนได้รับความรู้ เกิดทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้อง

พิกุล ตันติธรรม (2533) ให้ความหมายว่า การให้ข้อมูลหมายถึง การให้ข้อมูลคำแนะนำในเรื่องเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย อาการของผู้ป่วย การปฏิบัติตัวของญาติต่อผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ญาติได้ซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่างๆเมื่อญาติเข้าเยี่ยม

คณินิต บุรีเทศน์ (2540) ให้ความหมายว่า การให้ข้อมูลหมายถึง พยาบาลให้คำอธิบายเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ต้องใช้กับผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ภาวะอาการของผู้ป่วย

แผนการรักษาของแพทย์ กิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย โดยเป็นคำอธิบายที่สามารถเข้าใจได้ง่าย

อัจฉรา คงกิติมากุล (2545) ให้ความหมายว่า การให้ข้อมูลหมายถึง การให้ความรู้ต่อผู้ป่วยในเรื่องต่อไปนี้ คือ การวินิจฉัยโรค สาเหตุของโรค ความรุนแรง ผลของความเจ็บป่วยที่มีต่ออนาคต ระยะเวลา ความรู้สึกทั่วไป แผนการรักษาพยาบาล การรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ ผลของการรักษา แพทย์ผู้ทำการรักษา ตลอดจนกฎระเบียบต่างๆ และการใช้อุปกรณ์ต่างๆ

สุทธิณี วัฒนกุล (2547) ให้ความหมายว่า การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนหมายถึง การให้ข้อมูลรายละเอียด ข้อเท็จจริง คำแนะนำต่างๆตามแผนที่ได้วางไว้ล่วงหน้า ตลอดจนการเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่างๆ

จากความหมายดังกล่าว อาจสรุปว่า การให้ข้อมูล หมายถึง การที่พยาบาลให้คำอธิบาย ให้ความรู้ แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ที่สามารถเข้าใจได้ง่าย เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการ แผนการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ ผลของการรักษา กิจกรรมการพยาบาลและเหตุผลการให้การพยาบาล ให้คำแนะนำเกี่ยวกับแพทย์ผู้ทำการรักษา สิ่งแวดล้อม ข้อปฏิบัติการเข้าเยี่ยม เหตุผลของการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ มีผลทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับความรู้ เกิดทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้อง ตลอดจนการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่างๆ

1.2 แนวคิดของการให้ข้อมูล

จากการศึกษาแนวคิดการให้ข้อมูล จากนักวิชาการหลายท่าน รวบรวมได้ดังนี้

Close, 1988 อ้างใน กัลยา สรรพอุดม (2546) กล่าวว่า การให้ข้อมูลเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ มีผลที่ให้แก่บุคคล ครอบครัว หรือชุมชนได้รับความรู้ เกิดทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้อง

ธีรพันธ์ สิงห์เฉลิม (2542) และ Duffy (1997) กล่าวว่า การให้ข้อมูลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการเรียนรู้ นำข้อมูลที่ได้ไปประมวลผล และเชื่อมโยงกับความรู้และประสบการณ์เดิม กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม และคงอยู่ถาวร

สมศิริ สายภัทรานุสรณ์ (2545) กล่าวว่า การให้ข้อมูลเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล เนื่องจากเป็นผู้ที่ปฏิบัติอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ดังนั้นจึงสามารถเป็นแหล่งความรู้ให้กับผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี การให้ข้อมูลควรจำกัดอยู่เฉพาะในบทบาทของพยาบาลซึ่งพยาบาลสามารถให้ข้อมูลกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลาที่ให้การพยาบาล

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2543) ได้กล่าวถึง มาตรฐานที่เกี่ยวข้องในด้านการให้ข้อมูลทางการพยาบาล ได้แก่ บทที่ 16 มาตรฐานทั่วไปที่ 8 GEN.8.2 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมพร้อมก่อนการดูแลรักษา และ GEN.8.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่จำเป็นระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับทีมผู้ให้บริการ ได้แก่

- 1) การให้ข้อมูลทั่วไปแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

1.1) การให้ข้อมูลทั่วไปที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เช่น ขั้นตอนการบริการ สถานที่ เวลาเยี่ยม ผู้ให้บริการ สิทธิ ความรับผิดชอบ ระเบียบ ข้อกำหนดต่างๆของโรงพยาบาล

1.2) มีการประเมินผู้รับข้อมูลเพื่อกำหนดเนื้อหาและวิธีการให้ข้อมูล

1.3) มีการจัดทำสื่อที่เหมาะสมเพื่อช่วยทำความเข้าใจแก่ผู้รับข้อมูล

2) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

2.1) ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่จำเป็น เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ทางเลือกในการรักษา การพยากรณ์โรค เป็นต้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา

2.2) ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพียงพอสำหรับทำให้เกิดความเข้าใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา

3) การลงนามยินยอมรับการรักษาในแต่ละครั้ง หลังได้รับการอธิบายจนเป็นที่เข้าใจ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

GEN 8.5 บทที่ 18 กระบวนการให้บริการและดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ โดยบุคคลที่เหมาะสม เช่น การให้ยา ผู้ป่วยได้รับคำอธิบายที่เหมาะสมเกี่ยวกับยาที่ได้รับ

GEN 8.7 บทที่ 20 การเตรียมการจำหน่ายและดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการให้ข้อมูลด้านการสังเกตอาการของตนเอง อาการสำคัญที่ต้องมาพบแพทย์ เข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง เช่น ข้อจำกัด ผลกระทบจากการเจ็บป่วย การฟื้นฟูและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เข้าใจและทราบความสำคัญของการนัดหมาย การดูแลตนเองด้านอาหาร การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด เป็นต้น

บทที่ 13 ว่าด้วยสิทธิผู้ป่วย ได้แก่ ETH.1 ความตระหนักและเคารพสิทธิของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยรับรู้สิทธิของตนเอง (ETH.1.2) ในการได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน รวมทั้งการตรวจรักษาต่างๆ มีการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย (ETH.1.4) ได้แก่ มีการอธิบายก่อนลงนามยินยอมรับการรักษา หรือก่อนจะให้บริการหรือมีกิจกรรมต่างๆ

ส่วนของมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลบริการผู้ป่วยใน มาตรฐานที่ 7 ว่าด้วยการให้ข้อมูลและการเคารพสิทธิผู้ป่วย (2542) คือ การสนับสนุนและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปรับตัวและยอมรับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีแนวทางการปฏิบัติ ดังนี้

1.จัดโปรแกรมการปฐมนิเทศผู้ป่วยรับใหม่ทุกรายเอให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้เกี่ยวกับเรื่องต่อไปนี้เป็นอย่างน้อย

1.1) สิทธิที่พึงมีและพึงได้จากโรงพยาบาลและทีมสุขภาพ

1.2) การใช้สถานที่ สิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวกและแหล่งประโยชน์ใน

โรงพยาบาล

1.3) กฎระเบียบของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

1.4) กิจกรรมการพยาบาลที่เป็นกิจวัตรประจำวันซึ่งผู้ป่วยจะได้รับระหว่างรักษาใน

โรงพยาบาล

2. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ผลการตรวจประเมินสภาพร่างกายและแผนการรักษาพยาบาลตามขอบเขตความรับผิดชอบของวิชาชีพด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย
3. บอกและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนการให้การพยาบาลทุกครั้ง
4. ประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาแก่ผู้ป่วย
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมภายหลังการให้ข้อมูลที่ชัดเจน

Thelan, Lough, Urden and Stacy (1998) กล่าวว่า การให้ข้อมูล แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นวิธีการการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อช่วยให้เตรียมตัวพร้อมรับกับสิ่งต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยที่พักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตและเกิดความเข้าใจในการให้การพยาบาล โดยการให้คำอธิบายในภาษาที่เข้าใจง่าย ในสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับทราบ มีขั้นตอนการให้ข้อมูลประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ของกระบวนการพยาบาล ดังนี้คือ การรวบรวมข้อมูล การวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผล

1) **การรวบรวมข้อมูล** เป็นขั้นศึกษา ค้นคว้าข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อนำมาประเมินความต้องการรับทราบข้อมูลต่างๆ ประเมินได้จากการสังเกต จากการที่ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยบอก หรือจากการซักถาม และประเมินจากสิ่งกระตุ้นที่มีผลต่อความวิตกกังวลและความต้องการรับทราบข้อมูลต่างๆ มี 4 ด้านดังนี้

1.1.1. สิ่งกระตุ้นทางร่างกาย (Physiologic stressors) ได้แก่ ภาวะความเจ็บป่วย ของผู้ป่วย อาการที่แสดงออกและอาการที่เปลี่ยนแปลง เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำ การติดเชื้อ มีไข้ ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ภาวะการขาดสารอาหารและน้ำ

1.1.2. สิ่งกระตุ้นทางจิตใจ (Psychologic stressors) ได้แก่ บทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป การขาดที่พึ่ง รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง กลัวตาย ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความวิตกกังวล กลัว กระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมต่างๆตามระยะการปรับตัว ได้แก่ ปฏิเสธ โกรธ ยอมรับภาวะความเจ็บป่วย เข้าใจถึงความสูญเสีย ยอมรับการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการให้การพยาบาลในแต่ละขั้นตอนมีความแตกต่างกัน

1.1.3. สิ่งกระตุ้นทางสิ่งแวดล้อม (Environmental stressors) ได้แก่ สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต สัญญาณเตือน หรือเสียงการทำงานของเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ แสงไฟที่เปิดตลอดเวลา ผู้ป่วยจะมีอาการนอนไม่หลับ ขาดความเป็นส่วนตัว ต้องถูกแยกจากบุคคลอันเป็นที่รัก

1.1.4. สิ่งกระตุ้นทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural stressors) ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ภาษาที่ใช้ บทบาททางสังคม และการเข้าสังคม บุคคลที่คอยดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดความเจ็บป่วย วัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนา การปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้าน เช่น นิสัยการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้เวลาว่าง

พยาบาลจะต้องรู้ถึงธรรมชาติของมนุษย์ด้วยว่า มนุษย์มีความแตกต่างกัน ทั้งในการรับรู้ความสามารถ ความต้องการ และการตอบสนอง ดังนั้น พยาบาลจึงต้องรอบคอบในการประเมินความ

ต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย โดยอาศัยข้อมูลที่รวบรวมไว้ทั้งหมด เพราะสิ่งเหล่านี้มีความสัมพันธ์ กับการกำหนดกิจกรรมการให้ข้อมูล

2) วางแผน สำหรับการให้ข้อมูล ประกอบด้วย

2.1.กำหนดเนื้อหาในการให้ข้อมูลโดยให้ครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ได้แก่ องค์ประกอบ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม และสังคม-เศรษฐกิจ-วัฒนธรรม ด้านร่างกาย คือการอธิบายภาวะความเจ็บป่วยและอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย แนวทางการรักษา ด้านจิตใจ คือการอธิบายเหตุผลการให้กิจกรรมการพยาบาล เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ซักถามในเรื่องที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ และได้ระบายความรู้สึก ไม่แสดงท่าทีเบื่อหน่าย ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ให้ข้อมูลที่เป็นจริง ด้านสิ่งแวดล้อม คือการแนะนำหอผู้ป่วยวิกฤต อธิบายวัตถุประสงค์ของการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์แก่ผู้ป่วย และการปฏิบัติตัวเมื่อเข้าเยี่ยม ด้านสังคม-เศรษฐกิจ-วัฒนธรรม คือการให้คำแนะนำด้านสิทธิประโยชน์ในการเบิกค่ารักษาพยาบาล สถานพยาบาลที่รองรับการรักษาต่อ เพื่อช่วยแก้ปัญหาทางเศรษฐกิจ ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล สามารถเผชิญปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหได้อย่างถูกต้อง ความวิตกกังวลลดลง

2.1.กำหนดจุดมุ่งหมายหรือวัตถุประสงค์ ของการให้ข้อมูล วัตถุประสงค์ที่กำหนดจะต้องสามารถวัดและประเมินได้ เช่น สามารถบอกเหตุผลการให้การพยาบาลได้ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้ สามารถบอกวิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างถูกต้อง

2.3.กำหนดแนวทางประเมินผล เพื่อวัดความสามารถและพัฒนาการการเรียนรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว ว่าบรรลุตามความมุ่งหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ วิธีการประเมินผล เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ การทดสอบ

3) การลงมือปฏิบัติ คือการดำเนินการให้ข้อมูลตามแผนที่วางไว้ เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่น ระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมบรรยากาศในการให้ข้อมูล มีแสงสว่างพอเพียง ไม่มีผู้คนพลุกพล่าน เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในตัวพยาบาล ให้ข้อมูลด้วยคำพูด กริยา ท่าทาง การมอง การสัมผัส การให้กำลังใจ โดยพยาบาลต้องเลือกวิธีการให้ข้อมูลให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และครอบครัวผู้ป่วยแต่ละคน วิธีการในการให้ข้อมูล มี 4 แบบ ดังนี้

ก. แบบบรรยาย หมายถึงการที่ผู้ให้เตรียมการศึกษาค้นคว้าจากแหล่งวิชาการต่างๆ มาเป็นอย่างดีเพื่อนำมาอธิบายให้ผู้ฟัง โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ฟังรับรู้ เกิดความเข้าใจ มีการเรียนรู้เปลี่ยนแปลงเจตคติและนำไปปฏิบัติ วิธีนี้สามารถให้ความรู้ได้ครบถ้วนสมบูรณ์ สามารถบรรยายให้กับผู้ป่วยและครอบครัวได้จำนวนมากในแต่ละครั้ง ครอบคลุมเนื้อหาและรายละเอียดได้มาก ประหยัดเวลา แต่การบรรยายเป็นการให้ข้อมูลทางเดียวจึงอาจเกิดความเบื่อหน่ายได้ เนื่องจากผู้ฟังสามารถตั้งใจฟัง และให้ความสนใจต่อการสอนติดต่อกันได้ไม่เกิน 45 นาทีเท่านั้น และไม่เหมาะสมในการใช้แก่ครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต

ข. แบบอภิปราย หมายถึงการให้ข้อมูลที่ไม่มีรูปแบบชัดเจน มุ่งเน้นที่ผู้ให้กับผู้รับ มีปฏิสัมพันธ์ได้ต่อกัน เหมาะสำหรับกลุ่มผู้รับบริการที่มีปัญหาล้ำคลึงกัน เหมาะสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤตที่มีภาวะของโรคคล้ำคลึงกัน เพราะเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ออกความคิดเห็นและระบายความรู้สึก

ค. แบบสาธิต หมายถึงการสอนแบบบรรยายประกอบการแสดงวิธีการปฏิบัติพร้อมกัน ไป โดยแสดงวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องให้ผู้เรียนดู โดยมีจุดประสงค์ให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจ เกิดการเรียนรู้ สามารถปฏิบัติได้และเกิดทักษะ เป็นวิธีการที่เหมาะสมที่จะให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดทักษะ โดยสอนแล้วควรให้ฝึกปฏิบัติทันที เพราะหากปฏิบัติในช่วงเวลาที่ห่างกันมากจะทำให้ลืม และนำความรู้มาสัมพันธ์กับการปฏิบัติไม่ได้ เช่น การไออย่างมีประสิทธิภาพ

ง. แบบอื่นๆ ได้แก่ การใช้คอมพิวเตอร์ช่วยสอน การใช้อุปกรณ์ช่วยสอน การใช้ วัสดุทัศน โทรทัศน์วงจรปิด ปัจจุบันมีการนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายมากขึ้นในสถานพยาบาลหลายแห่งเนื่องจากมีความน่าสนใจ ทั้งภาพและเสียง สามารถให้ความรู้ได้ซ้ำๆ หลายครั้งในรูปแบบที่คงที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งการให้ข้อมูลต้องให้ซ้ำๆ จึงสามารถลดความวิตกกังวลได้

4) การประเมินผล คือการประเมินผลการได้รับข้อมูลของครอบครัวผู้ป่วยหลังสิ้นสุดกิจกรรม ว่าประสบผลสำเร็จตามมุ่งหมายหรือไม่ และยังมีสิ่งบกพร่องที่ควรจะได้รับปรับปรุงแก้ไขต่อไป เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ซักถามในเรื่องสงสัยหรือไม่เข้าใจอีกครั้ง หากไม่เข้าใจให้ทวนซ้ำอีกครั้ง

การให้ข้อมูลเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญอย่างหนึ่ง จากแนวคิดต่างๆดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่ามีความคล้ำคลึงกัน คือเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการเรียนรู้ และความเข้าใจในสิ่งที่เกิดกับผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และเกิดความเข้าใจอันดีระหว่างผู้ให้กับผู้รับบริการ แต่การให้ข้อมูลตามแนวคิดของ Thelan, Lough, Urden and Stacy (1998) เป็นการให้ข้อมูลที่มีขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน โดยเริ่มจากการรวบรวมข้อมูลที่มีผลต่อความวิตกกังวล ประเมินระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยและความต้องการด้านข้อมูลของครอบครัวผู้ป่วยแต่ละราย ปฏิบัติการให้ข้อมูลตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองจะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และจะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์ พยาบาล โดยมีเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยเพื่อช่วยตรวจติดตามอาการผิดปกติต่างๆตลอดเวลา ครอบครัวผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวลต่างกัน และแนวคิดการให้ข้อมูลของ Thelan, Lough, Urden and Stacy (1998) เป็นการบริการให้ข้อมูลที่ตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนตามความเหมาะสมของครอบครัวผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Thelan, Lough, Urden and Stacy (1998) มาเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้พยาบาลผู้ปฏิบัติการมีแนวทางการให้ข้อมูลที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน ปฏิบัติไปในทางเดียวกัน มีมาตรฐานช่วยพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤตให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.3 ครอบครัวยุ่วยระยะวิกฤต

ครอบครัวยุ่วย เป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุด เป็นสถาบันสังคมที่มีความสัมพันธ์ทางวัฒนธรรม อาจโดยการสมรส การถ่ายทอดทางสายเลือด ประกอบด้วยบุคคล 2 คนหรือมากกว่า ที่มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีความเชื่อเพื่อเกื้อกูลซึ่งกันและกัน และเป็นสถาบันที่มีผลอย่างมากต่อสมาชิกในครอบครัวยุ่วย มีอิทธิพลต่อการพัฒนาบุคคล ซึ่งอาจทำนายถึงความล้มเหลว หรือความสำเร็จในชีวิตของบุคคลนั้นได้ (Black and Jacobs, 1997; Friedman, 1986; รุจา ภูโพนุลย์, 2537)

ความเจ็บป่วยวิกฤต เป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง เป็นอันตรายหนึ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤตในครอบครัวยุ่วยโดยไม่คำนึงถึงทักษะการเผชิญปัญหา (Coping) ของครอบครัวยุ่วย (Rapoport, 1969 อ้างถึงใน Hickey, 1993) เมื่อสมาชิกในครอบครัวยุ่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยความเจ็บป่วยวิกฤต นับเป็นภาวะที่กระทบกระเทือนต่อร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวยุ่วย ซึ่งไม่เพียงแต่จะเป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเท่านั้นแต่ยังมีผลต่อภาวะวิกฤตของครอบครัวยุ่วยด้วย (Backer and Nieswiadomy, 1988) โดยผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตทางด้านร่างกาย ส่วนครอบครัวยุ่วยเกิดภาวะวิกฤตทางด้านจิตใจ (Robert, 1986 cited in Quinn, Redmond, and Begley, 1996)

เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวยุ่วย จะต้องประสบกับความเจ็บป่วยที่รุนแรงอันไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ครอบครัวยุ่วยซึ่งเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดจะได้รับผลกระทบอย่างมาก ในการที่ต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆที่คุกคามต่อผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้ครอบครัวยุ่วยมีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอันเป็นที่รักของตน โดยจะแสดงปฏิกิริยาออกมาในลักษณะต่างๆ ดังนี้ (วิจิตรา กุสุมภ์, 2544)

1. ความกลัว วิตกกังวล ซึ่งพบได้มากที่สุด จากสาเหตุกลัวว่าผู้ป่วยจะเจ็บปวด จะเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต และไม่เข้าใจการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ กลัววิธีการรักษา บางรายถึงกับเป็นลมหน้ามืด

2. โทษตนเองหรือโทษผู้อื่น โดยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว พุดจาไม่สุภาพกับแพทย์และพยาบาล

3. กลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตหรือมีอาการหนักในขณะระอคอย

4. ขาดความสนใจตนเอง

รุจา ภูโพนุลย์(2537 อ้างถึงใน คณิงนิต บุรีเทศน์, 2540) กล่าวว่า การตอบสนองต่อภาวะวิกฤตของครอบครัวยุ่วยแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะช็อก หรือระยะผลกระทบรุนแรง เป็นระยะที่บุคคลได้รับรู้ รับผลกระทบจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รู้สึกช็อก ความรู้สึกไม่เชื่อ ซาไปทั้งตัว ปฏิเสธว่าไม่เป็นความจริง ระยะนี้อาจนานเป็นนาที เป็นชั่วโมง หรือหลายชั่วโมง

2. ระยะถอยหนีหรือระยะสับสน ผู้ที่อยู่ในระยะนี้จะมีความรู้สึกที่รุนแรง ทั้งมีความรู้สึกโกรธและรู้สึกสิ้นหวัง เกิดความรู้สึกขัดแย้งและอาจมีความรู้สึกเศร้าซึม สับสน ท้อแท้ อาจมีการแสดงความเศร้าโศกอย่างรุนแรง เป็นระยะที่บุคคลและครอบครัวยุ่วยมีความวิตกกังวลสูงมาก ระยะนี้อาจใช้เวลาหลายวัน

3. ระยะรับหรือระยะฟื้นตัว เป็นระยะที่บุคคลและครอบครัวเริ่มยอมรับและพยายามหาทางแก้ไข ปัญหาให้ลุล่วงไปด้วยดี ความคิดสงบลง ไม่สับสน และสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ระยะนี้อาจใช้เวลาเป็นสัปดาห์

4. ระยะปรับตัวหรือเริ่มเข้าสู่สภาพเดิม ช่วงนี้บุคคลและครอบครัวปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ สามารถควบคุมสถานการณ์และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสม ระยะนี้อาจใช้เวลาเป็นเดือน

ดังจะเห็นได้ว่าครอบครัวผู้ป่วยเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบอย่างมากเมื่อสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยความเจ็บป่วยวิกฤต โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ และอาจส่งผลกระทบต่อ สังคม เศรษฐกิจ ตามมา ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้ความสำคัญแก่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ให้เวลารับฟังปัญหาและเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ก็จะช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยคลาย ความวิตกกังวลลง

1.4 ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง โดยที่หลอดเลือดอาจมีการอุดตัน ตีบ หรือแตก อาการมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มักเป็นเหตุการณ์กะทันหัน โดยที่ครอบครัวผู้ป่วยไม่คาดคิดมาก่อน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักรอดชีวิตภายใน 30 วันแรกหลังปรากฏอาการและร้อยละ 90 ของผู้รอดชีวิต จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ (Periard and Ames, 1993) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน มีอาการแสดงที่สำคัญ ได้แก่ อาการชักเกร็ง หมดสติ มีความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระบบการหายใจและการทำงานของหัวใจผิดปกติ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะวิกฤต จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอย่างเร่งด่วน และได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาล การรักษาพยาบาลเน้นที่การรักษาชีวิตผู้ป่วย (Caplan, 2000) เป็นเหตุให้ผู้ป่วยและครอบครัว ต้องเผชิญภาวะเครียดอย่างมาก การให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อธิบายถึงภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เป็นความจริง วัตถุประสงค์ของกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ โดยใช้คำพูดที่เข้าใจง่าย สั้นกระชับ ได้ใจความ เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และซักถามข้อสงสัย เป็นวิธีที่สามารถช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความร่วมมือในการรักษาพยาบาลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ (Thelan, Urden, Lough and Stacy, 1998; Lynn-McHale and Carlson 2001)

การเจ็บป่วยภาวะวิกฤตของผู้ป่วยมักจะเป็นภาวะวิกฤตของครอบครัวด้วย เนื่องจากผู้ป่วยเป็นสมาชิกของครอบครัว (Testani-Durfour, Chappel-Aiken and Gueldner, 1992) การประเมินความต้องการของผู้ป่วย จำเป็นต้องคำนึงถึงความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยด้วย เนื่องจากครอบครัวมีผลต่อกำลังใจ และการช่วยเหลือผู้ป่วย (Molter, 1979) เพื่อเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม มีผู้ศึกษาเรื่องความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตไว้หลายท่าน ดังนี้ Rodgers (1983), Daley (1984), Wegner and Alexander (1999), Bijttebier et al (2000), Henneman (2002) และ สุภาวัฒน์ ไวยชีตาและคณะ

(2542) สรุปได้ว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยวิกฤต มีความต้องการที่จะลดความวิตกกังวล และความต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเป็นอันดับต้นๆ รองลงมาคือ ความต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ต้องการกำลังใจ ระบายความรู้สึก ซึ่งพยาบาลเป็นบุคคลที่สามารถตอบสนองความต้องการของครอบครัวได้มากที่สุด

จากที่ได้กล่าวมาแล้วว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง อาการมักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นเหตุการณ์กะทันหัน โดยที่ครอบครัวผู้ป่วยไม่คาดคิดมาก่อน ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอย่างเร่งด่วน เป็นเหตุให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญภาวะเครียดอย่างมากจากการที่ต้องเผชิญกับสิ่งที่ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้า ครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยวิกฤต ก็มีความต้องการเช่นเดียวกันกับครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตอื่นๆทั่วไป ที่มีความต้องการของมีความต้องการที่จะลดความวิตกกังวล และความต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเป็นอันดับต้นๆ ซึ่งพยาบาลควรตระหนักถึงความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวให้ได้มากที่สุด

1.5 การบริหารแบบมีส่วนร่วม (Participative management)

1.5.1 ความหมายการบริหารแบบมีส่วนร่วม

การบริหารแบบมีส่วนร่วม มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

สมยศ นาวิกาน (2545) ให้ความหมายว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการของการให้ผู้ปฏิบัติงานได้บังคับบัญชามีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับในกระบวนการตัดสินใจ มีส่วนเกี่ยวข้องกับในการใช้ความคิดสร้างสรรค์ และความเชี่ยวชาญของผู้ได้บังคับบัญชาในการแก้ปัญหาที่สำคัญโดยผู้บริหารมอบหมายอำนาจหน้าที่อย่างชัดเจน

จันทรา จินดา (2546) ให้ความหมายว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วม เป็นการกระจายอำนาจของผู้บริหารไปยังผู้ปฏิบัติในระดับหน่วยงาน ให้สามารถตัดสินใจดำเนินการได้อย่างรวดเร็วภายใต้ศักยภาพที่มีอยู่ โดยการมอบหมายอำนาจหน้าที่ที่ชัดเจน และมีกรอบในการดำเนินการตัดสินใจ ภายใต้เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร

Robbins (1998) ให้ความหมายว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วม เป็นการที่ผู้ได้บังคับบัญชาทุกคนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลง ในการตั้งวัตถุประสงค์และวางแผนที่จะทำงานให้สำเร็จซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ขององค์กรที่ตั้งไว้ เป็นการเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ได้บังคับบัญชาทำให้มีอิสระในการทำงาน การริเริ่มสร้างสรรค์ การร่วมแสดงความคิดเห็น มีกระบวนการตัดสินใจภายใต้วัตถุประสงค์เดียวกัน

Swansburg (2002) ให้ความหมายว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วม เป็นการที่ผู้บริหารกระจายอำนาจในการตัดสินใจโดยให้ผู้ปฏิบัติงานที่สัมผัสกับปัญหานั้นเข้ามามีส่วนร่วม เนื่องจากว่าผู้บริหารเชื่อ

ว่า ผู้ปฏิบัติงานทราบปัญหาของหน่วยงาน และแนวทางแก้ไข ผู้บริหารเพียงแต่มอบหมายอำนาจหน้าที่ บอกเป้าหมาย และวัตถุประสงค์เท่านั้น ผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายอำนาจหน้าที่ มีพันธะผูกพัน และรับผิดชอบในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น มีความยึดมั่นผูกพันต่อกัน และเข้ามามีส่วนร่วมด้วยความเต็มใจ มิใช่ถูกบังคับ และรับรู้ว่าคุณเองได้รับการยอมรับจากผู้บริหารและผู้ร่วมงาน

จากความหมายของนักวิชาการที่ได้ให้คำจำกัดความเกี่ยวกับ การบริหารแบบมีส่วนร่วม ข้างต้น จะเห็นว่ามีความคิดที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งอาจจะสรุปได้ว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่ผู้บังคับบัญชากระจายอำนาจ ในการตัดสินใจ โดยให้โอกาสผู้ใต้บังคับบัญชามีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจ ให้อิสระในการแสดงความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหา ให้ความไว้วางใจในการปฏิบัติงานให้สำเร็จ โดยมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ผู้ใต้บังคับบัญชามีความยึดมั่นผูกพันต่อกัน ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วยความเต็มใจและพอใจในการทำงาน

1.5.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารแบบมีส่วนร่วม

การบริหารแบบมีส่วนร่วมนั้นเป็นแนวคิดในการเพิ่มปริมาณในการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานโดยให้เขาได้ตัดสินใจโดยตรงในการทำงานของเขา ซึ่งเป็นกลยุทธ์ในการพัฒนางานที่เน้นการมีส่วนร่วมของในงาน การบริหารแบบมีส่วนร่วมนี้สามารถส่งผลต่อความพึงพอใจในงานของบุคคลได้ และยังเป็นแรงจูงใจในการทำงานแก่ผู้ปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความยึดมั่นผูกพันในงานที่ตนได้ตัดสินใจกระทำ

สมยศ นาวิกการ (2545) ได้ให้แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมว่า เป็นการบริหารที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานได้ใช้ศักยภาพที่ตนมีอยู่ อย่างเต็มความสามารถ และอย่างสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหา ที่สำคัญขององค์กรและหน่วยงาน โดยมีความเชื่อว่า ผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้ที่รู้จักกับงานและปัญหาของพวกเขาดีที่สุด โดยที่ปัญหานั้นเป็นปัญหาที่หน่วยงานหรือองค์กรกำลังเผชิญอยู่ จำเป็นที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ปฏิบัติงาน ในการแก้ไขปัญหา เมื่อปัญหานั้นถูกแก้ไข ผู้ปฏิบัติงานจะเกิดความภาคภูมิใจในการมีส่วนร่วม และปรับปรุงประสิทธิภาพของบริการให้ดีขึ้น

Sashkin (1984) ได้ให้แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมว่า เป็นกระบวนการที่บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ได้แสดงบทบาทโดยตรง 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย (Setting goals) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Making decisions) การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา (Solving problems) และการมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงขององค์กร (Making changes in the organization)

Swansburg (2002) ได้ให้แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมว่า เป็นการกระจายอำนาจจากผู้บริหารระดับสูงสู่ผู้ปฏิบัติงานในการตัดสินใจแก้ปัญหาในการปฏิบัติงาน โดยการเข้ามามีส่วนร่วมต้องเข้ามาด้วยความเต็มใจมิใช่ถูกบังคับ โดยคุณลักษณะที่สำคัญในการก่อให้เกิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม ดังนี้

1) ความไว้วางใจ (Trust) ผู้ปฏิบัติงานได้รับความไว้วางใจจากผู้บังคับบัญชา ในการปฏิบัติงานให้สำเร็จ พยาบาลวิชาชีพจะเป็นผู้ควบคุมการปฏิบัติงานของพวกเขาเอง ผู้บริหารสามารถช่วย

โดยการสอนเพื่อให้แผนการปฏิบัติงานนั้นสมบูรณ์ ประกอบด้วยโครงสร้างการจัดลำดับความสำคัญ และกำหนดระยะเวลาสิ้นสุด ผู้บริหารเป็นผู้เสริมสร้างพลังอำนาจ (empower) และสนับสนุนผู้ปฏิบัติในการให้ข้อมูลข่าวสารที่เที่ยงตรงและเป็นจริง ความคิด 3 ประการที่ช่วยให้ผู้บริหารมอบความไว้วางใจแก่ผู้ปฏิบัติงานที่บริษัท Motorola คือ 1) ผู้ปฏิบัติงานรู้จักงานของพวกเขามากกว่าผู้อื่น 2) คนทุกคนมีความสามารถและมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานถ้าความรับผิดชอบนั้นถูกให้แนวทางที่ถูกต้อง 3) ความฉลาดและไหวพริบ การมองการณ์ไกลและความคิดสร้างสรรค์มีอยู่ท่ามกลางทุกคนทุกระดับในองค์กร

2) ความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ผู้ปฏิบัติงานต้องการความยึดมั่นผูกพันจากหัวหน้าหรือผู้ช่วยและผู้บริหารทางการพยาบาลในระดับอื่นๆ ผู้บริหารควรปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างในการเสียสละต่อองค์กร สนับสนุนให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานตามกระบวนการ การได้รับความร่วมมือในการปฏิบัติงานเป็นทีมแบ่งปันความคิดเห็นในการตัดสินใจร่วมกับหัวหน้า ในการบรรลุเป้าหมายขององค์กร ความรู้สึกที่ได้ครอบครองความสำเร็จร่วมกัน จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีความขยันหมั่นเพียร กล้าแสดงออก และผลิตผลงานได้มากขึ้น การถูกกระตุ้นให้พัฒนาทักษะของตนเอง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองมากขึ้น ผลผลิตในการทำงานมีมากขึ้น ส่งผลถึงความสำเร็จขององค์กร

3) เป้าหมายและวัตถุประสงค์ (Goal and objectives) การบรรลุถึงเป้าหมายของการบริหารแบบมีส่วนร่วม จะต้องแก้ปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในองค์กรก่อน ความขัดแย้งเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้เมื่อมนุษย์มีการทำงานร่วมกัน ดังนั้นการตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกันระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงการร่วมกันปรับปรุงพัฒนาเป้าหมายขององค์กร ย่อมขจัดความขัดแย้งที่เกิดขึ้น เพราะทุกคนมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์เดียวกัน การทำงานที่มีทิศทางเดียวกัน มีความรับผิดชอบร่วมกัน สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ผลผลิตหรือผลงานก็จะออกมาอย่างมีประสิทธิภาพ

4) ความมีอิสระ (Autonomy) ความเป็นอิสระต่อความรับผิดชอบในการทำงาน ความมีอำนาจหน้าที่ ในการตัดสินใจในงานของตนเองตามที่ได้รับมอบหมาย ตามความรู้ความสามารถของตน มิใช่เกิดขึ้นตามคำสั่งหรือการตัดสินใจของผู้อื่น การได้รับการปฏิบัติที่เท่าเทียมกัน ทำให้เกิดความทุ่มเท และเต็มใจในการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่เต็มความรับผิดชอบที่ตนได้รับ

5) ลักษณะด้านอื่นๆ (Other Characteristics) การบริหารแบบมีส่วนร่วม ควรที่จะต้องมีการปัจจัยที่ครอบคลุมหลายๆ ด้าน แต่ควรจะต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจมิใช่การบังคับ บรรยากาศขององค์กร ก็ถือว่าเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะจูงใจให้เกิดการมีส่วนร่วมหรือเป้าหมายและความสำเร็จขององค์กร ซึ่งการบริหารแบบมีส่วนร่วมจะเพิ่มขึ้นโดยมีผู้ที่ให้การสนับสนุน โดยจะต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์และผู้ที่มีความกระตือรือร้น สภาพแวดล้อมในองค์กรถือได้ว่ามีส่วนสนับสนุน ส่งเสริมการบริหารแบบมีส่วนร่วม ซึ่งผู้ปฏิบัติงานขององค์กรพึงระลึกไว้ว่า เงื่อนไขต่างๆสามารถเปลี่ยนแปลงได้ การเปลี่ยนแปลงถือว่าเป็นสิ่งที่เป็นจริง ผู้บริหารควรจะต้องรับฟังข้อเสนอแนะต่างๆ และให้การสนับสนุน ส่งเสริม ซึ่งข้อเสนอแนะต่างๆ ผู้บริหารจะต้องทำการประเมินและใช้ข้อมูลเหล่านี้ให้เกิดประโยชน์

จากแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการบริหารดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมในการบริหาร เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรนั้น ต้องอาศัยองค์ประกอบที่คล้ายคลึงกัน แต่แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) แสดงให้เห็นถึงลักษณะการเป็นผู้นำในการบริหารงาน โดยผู้บริหารต้องสามารถสร้างแรงจูงใจและสามารถกระตุ้นให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีความตระหนักและเห็นความสำคัญต่อการร่วมมือกันเพื่อสร้างและพัฒนาปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานในหน่วยงานของตน โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานทุกคน ได้มีส่วนร่วมในการวางแผน การตัดสินใจและการร่วมประเมินผลการปฏิบัติงาน ซึ่งส่งผลให้การปฏิบัติงานนั้นสามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ขององค์กรวางไว้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) มาเป็นแนวทางในการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยมีส่วนสำคัญในการกระตุ้นให้บุคลากรในหน่วยงานมีความตระหนักและเห็นความสำคัญในการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล เพื่อลดความวิตกกังวลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยให้บุคลากรร่วมกันคิด ร่วมกันตัดสินใจ วางแผนเพื่อกำหนดแนวทางการให้ข้อมูล และร่วมกันประเมินผลการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล ซึ่งการบริหารแบบมีส่วนร่วม เป็นการบริหารแบบหนึ่งที่ควรนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการในหน่วยงาน ทำให้บุคลากรในหน่วยงานรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จ และมีความพึงพอใจในการทำงาน

1.5.3 ประโยชน์ของการบริหารแบบมีส่วนร่วม

การบริหารแบบมีส่วนร่วมก่อให้เกิดผลดีด้วยกันหลายประการ ปัจจุบันหลายองค์กรได้นำรูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการพัฒนาองค์กร จากการศึกษาการบริหารแบบมีส่วนร่วมของนักวิชาการหลายท่าน (สมยศ นาวิกการ, 2545; Australian Institute of Management, 1991; Robbins, 1998; Swansburg, 2002) พบว่าประโยชน์ของการบริหารแบบมีส่วนร่วมมีมากมาย สรุปได้ดังนี้

- 1) ประโยชน์ขององค์กร คือ ระบบงานมีความยืดหยุ่นมากขึ้น มีการใช้ทักษะความสามารถของผู้ปฏิบัติงานเป็นจำนวนมาก เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน ลดการขาดงาน มีการพัฒนาความสัมพันธ์ในองค์กร ปรับปรุงการติดต่อสื่อสารในองค์กร เกิดทัศนคติที่ดีต่อองค์กร
- 2) ประโยชน์ในการบริหารงาน คือ ได้รับการร่วมมือจากพนักงานเพิ่มมากขึ้น การพิจารณาเลื่อนขั้นจะยึดพื้นฐานของความคิด ความสามารถ ทักษะ และคุณสมบัติมากกว่ายึดระบบอาวุโส มีการทำงานเป็นทีม ลดความขัดแย้ง เพิ่มแรงจูงใจและความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการทำงาน ได้รับความคิดใหม่ๆ ในการตัดสินใจและแก้ปัญหา ลดการหมุนเวียนและสร้างความมั่นคงในงาน
- 3) ประโยชน์ต่อพนักงาน คือ เพิ่มความพึงพอใจในการทำงาน รู้สึกถึงความสำเร็จที่สามารถบรรลุตามเป้าหมาย เพิ่มคุณภาพชีวิตการทำงาน เชื่อมมั่นในตนเองมากขึ้น มีความเป็นอิสระในการปฏิบัติงาน สนับสนุนซึ่งกันและกัน เพิ่มการเรียนรู้ในการปรับปรุงคุณภาพของงาน มีโอกาสได้รับส่วน

แบ่งในเงินรางวัลตอบแทน เพิ่มขวัญและจิตใจในการทำงาน เพิ่มความกระตือรือร้นในการเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารงานของผู้ปฏิบัติงาน

จะเห็นได้ว่าการบริหารแบบมีส่วนร่วมมีประโยชน์มากทั้งต่อองค์กร ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา ในการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยหนัก ผู้วิจัยจึงเลือกแนวความคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) มาใช้เป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการ ช่วยให้พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตมีความรู้สึกที่ตนได้รับความไว้วางใจ และให้การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา ผู้ปฏิบัติงานเกิดความยึดมั่นผูกพันในการทำงาน มีความขยัน หมั่นเพียร อุตสาหะ คิดว่างานที่ทำงานที่ท้าทายความสามารถ มีอิสระในการตัดสินใจ กล้าแสดงความคิดเห็น เพื่อพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลที่ปฏิบัติได้จริง ในหน่วยงาน มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน ผู้ปฏิบัติงานมีความมั่นใจและเกิดความพึงพอใจในงาน ส่งผลให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ

1.6 การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ด้านการให้ข้อมูลทางการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมพร้อมก่อนการดูแลรักษา เกิดความเข้าใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา เป็นบทบาทสำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาล ผู้บริหารที่รับผิดชอบในการจัดบริการพยาบาล จึงมีหน้าที่ในการส่งเสริมและอำนวยความสะดวกให้บุคลากรสามารถให้บริการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมตามความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย จากที่ได้กล่าวมาแล้วว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการที่จะลดความวิตกกังวลและได้รับทราบข้อมูลผู้ป่วยมาเป็นอันดับต้นๆ การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต จึงเป็นการบริหารเพื่อการพัฒนาคุณภาพการบริการด้านการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ และพัฒนาทักษะการบริการของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต ให้สามารถตอบสนองความต้องการผู้รับบริการได้อย่างครอบคลุม ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวความคิดการให้ข้อมูลของ Thelan, Lough, Urden and Stacy (1998) มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติการให้ข้อมูลเนื่องจากมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนสามารถให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน

ในการสร้างและพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อลดความวิตกกังวล จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ในการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ เสนอความคิดเห็นอย่างอิสระ แสดงความคิดเห็นริเริ่มสร้างสรรค์ต่อการพัฒนาและสร้างรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต และประเมินผลการปฏิบัติงานร่วมกัน เพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะงานที่ปฏิบัติอยู่แล้วสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง โดยมีหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ให้การสนับสนุน กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาทักษะในการบริการ เพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการในหอผู้ป่วยวิกฤต ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความรู้สึกผูกพันในงาน

ที่ตนได้มีส่วนร่วม รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งในความสำเร็จของงานร่วมกัน เป็นการสร้างแรงจูงใจ ลดความขัดแย้งในการทำงาน ทำให้เกิดการเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) มีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในการสร้างและพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูล แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตได้มีแนวทางการปฏิบัติการให้ข้อมูลที่ชัดเจน เป็นแนวทางเดียวกัน เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และพัฒนาคุณภาพการบริการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองและผลงาน และเกิดความพึงพอใจในงาน (สมยศ นาวิการ, 2545; Swansburg, 2002) การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

- 1) จัดการฝึกอบรมพยาบาลเกี่ยวกับ การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต
- 2) พยาบาลร่วมกันจัด การวางแผนการดำเนินการ การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยการประชุมกลุ่ม อภิปราย และกำหนดวิธีการ ขั้นตอนการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล
- 3) ร่วมกันจัดทำเทปวีดิทัศน์ คู่มือการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต
- 4) ฝึกทดลองใช้รูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต
- 5) ร่วมประชุมแก้ไข ปรับปรุงรูปแบบการให้ข้อมูล ในส่วนบกพร่องที่พบจากการทดลองใช้
- 6) ปฏิบัติการให้รูปแบบการให้ข้อมูลที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Thelan, Lough, Urden and Stacy (1998)
- 7) ประเมินผล การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยพยาบาลทุกคนร่วมกันประเมินผล ให้ข้อเสนอแนะ ข้อดี ข้อเสีย ผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

2.แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

2.1 ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล มีรากศัพท์ดั้งเดิมมาจากภาษากรีก หมายถึง กดให้แน่น รััดให้แน่น ซึ่งเป็นความบีบคั้น และในภาษาละติน หมายถึง ความแคบ หรือตีบตัน ซึ่งเป็นความไม่สุขสบาย ความรู้สึกหงุดหงิด ไม่สบายใจต่อสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน ความรู้สึกหวั่นเกรงต่อผลที่จะเกิดขึ้น ความรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจ ความรู้สึกตื่นกลัวในบางสิ่งบางอย่างที่บอกไม่ได้ และความรู้สึกไม่แน่ใจ ไม่มั่นใจเกี่ยวกับอนาคต (Stuart and Suddeen, 1979)

มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับความวิตกกังวลไว้ ดังนี้

Spielberger (1972) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นภาวะที่เกิดจากการคาดคะเนหรือการประเมินสิ่งเร้าของบุคคล มีผลทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ รู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ หวาดหวั่นหรือทำให้เกิดอันตราย

Vacarolis (1998) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นการตอบสนองของจิตใจต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด เป็นความรู้สึกหวาดหวั่น ยุ่งยากใจ ไม่แน่นอนและรู้สึกไม่สุขสบาย กระวนกระวาย ซึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งคุกคามตนเอง โดยสิ่งคุกคามนั้นอาจมีจริง หรือเกิดจากการรับรู้โดยไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงก็ได้

Comer (1992 cited in Videbeck, 2001) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นความรู้สึกไม่แน่ใจ ความคลุมเครือ หวาดกลัวในสถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดเดาได้ ทำให้บุคคลเกิดความไม่สุขสบายใจ ทุกข์ใจ รู้สึกว่าตนเองถูกคุกคามจากเคราะห์ร้ายที่เกิดขึ้น ซึ่งไม่สามารถอธิบายเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้

เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล (2546) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อกระบวนการทางปัญญาประเมินสิ่งเร้าที่มากกระทบว่าคุณคาม หรือมีอันตรายต่อตนเอง โดยสภาพการณ์ที่เข้ามากกระทบนั้นอาจมีจริง หรือเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้า ทำให้บุคคลมีความไม่สบาย หวั่นใจ กระวนกระวาย และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย สรีระ พฤติกรรมกรรับรู้

จากความหมายดังกล่าว อาจสรุปว่า ความวิตกกังวล เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกไม่มั่นใจ ไม่รู้หวาดหวั่น กระวนกระวายใจ มีพฤติกรรมที่แสดงออกทางอารมณ์ คือมีสภาพของความตึงเครียด ไม่สุขสบาย หรือพักไม่ได้ สภาพการณ์ที่มากกระทบนั้นอาจมีจริง หรือเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้าในการประเมินสิ่งเร้าของบุคคล

2.2 สาเหตุของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเกิดได้จากสาเหตุหลายประการ อาจเป็นสาเหตุจากภายนอกหรือภายในของบุคคล โดยบุคคลนั้นรู้สึกว่า มีสิ่งคุกคามต่อสวัสดิภาพของตนเอง ทำให้เกิดความไม่สมดุลทางด้านร่างกายและจิตใจขึ้น ซึ่งในบางครั้งบุคคลที่เกิดความวิตกกังวลก็ไม่สามารถจะบอกได้ว่าอะไรคือสาเหตุของความวิตกกังวล

สจีวิต และ ซันดีน (Stuart and Sundeen, 1995) และ คเน็ชอล (Kneisl, 1996) ได้แบ่งสาเหตุที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลที่สำคัญ ออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. สิ่งคุกคามต่อร่างกาย (Threats to biologic integrity) ได้แก่ ความต้องการอาหาร เครื่องดื่ม หรือความอบอุ่น เป็นสิ่งที่จะเข้ามารบกวนความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย มีผลทำให้เกิดความไม่สมดุลในการดำเนินชีวิต หรือทำให้ความสามารถของบุคคลลดลง

2. สิ่งคุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัยของตนเอง (Threats to the security of the self) ได้แก่ การคุกคามต่อความคาดหวัง แนวคิดเฉพาะของตน และค่านิยม ความคาดหวังที่คิดว่ามีความสำคัญต่อ

ตนเองไม่ได้รับการตอบสนอง ความต้องการการยอมรับนับถือไม่ได้รับการตอบสนอง การคาดการณ์ล่วงหน้าว่าตนเองไม่ได้รับการยินยอมหรือเห็นด้วยจากบุคคลที่มีความสำคัญกับตน ไม่สามารถเพิ่มการยอมรับนับถือตนเองหรือการยอมรับจากบุคคลอื่น ความรู้สึกผิด หรือความขัดแย้งกันระหว่างมุมมองของตนเองและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริง

ในงานวิจัยนี้ ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากสิ่งคุกคามต่อร่างกายและสิ่งคุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัยของตนเองซึ่งเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าสิ่งที่คาดหวังอาจจะไม่ได้รับการตอบสนอง

2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวล

พฤติกรรมการตอบสนองต่อความวิตกกังวลที่แสดงออก จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัย ดังนี้

สุวณีย์ ตันติพัฒนานันท์ (2522) กล่าวถึง ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวล มี 2 ประการ คือ

1) ธรรมชาติของบุคคล ได้แก่ พัฒนาการของบุคคล วุฒิภาวะ แบบแผนการดำเนินชีวิต ความมั่นคงในชีวิต ตลอดจนการแสดงออกทางความรู้สึกต่อสิ่งกระตุ้นนั้น บุคลิกภาพคนๆ นั้น ความเชื่อ ค่านิยมของบุคคล และความคาดหวังที่ออกมาในรูปแบบของความปรารถนาดีหรือแรงขับ ซึ่งรวมกันก่อตัวเป็นภาพพจน์ที่มีต่อตัวเอง ซึ่ง Lader et al. (1971) ได้ทำการสำรวจพบว่า เพศ อายุ ธรรมเนียมปฏิบัติ ประสพการณ์ในอดีต และชนบทรวมนิยมประเพณี มีผลต่อระดับความวิตกกังวล ดังต่อไปนี้

1.1) เพศ พบว่า 2 ใน 3 ของผู้ที่มีความวิตกกังวลขณะเผชิญเป็นผู้หญิง ทั้งนี้ อาจเนื่องจากว่าเมื่อเพศหญิงมีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลเพียงเล็กน้อยก็มาพบแพทย์แล้ว ในขณะที่เพศชายจะมาพบแพทย์เมื่อมีความวิตกกังวลอย่างมาก แต่แตกต่างจากการศึกษาของ Kindler et al. (2000) กล่าวว่า เพศหญิงจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย โดยเป็นผลจากการหลังฮอร์โมนของเพศ ชาย หญิง ต่างกัน

1.2) อายุ พบว่า ผู้ใหญ่วัยต้น ส่วนใหญ่ในช่วงอายุ 16-40 ปี เฉลี่ยอายุประมาณ 25 ปี มีความวิตกกังวลขณะเผชิญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kindler et al (2000) กล่าวว่า ผู้ที่มีอายุมากจะมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย อาจเนื่องจากมีประสบการณ์ชีวิตมากกว่า ทำให้สามารถเผชิญปัญหาได้ดีกว่า

1.3) ธรรมเนียมปฏิบัติ พบว่า ความวิตกกังวลตามสถานการณ์ในครอบครัวที่มีผู้ป่วยเป็นโรคประสาทแบบวิตกกังวล คิดเป็นร้อยละ 15 ในขณะที่ครอบครัวที่ไม่มีผู้ป่วยเป็นโรคประสาทแบบวิตกกังวลพบเพียงร้อยละ .05 นอกจากนี้ยังพบว่า คู่แฝดที่มาจากไข่ใบเดียวกัน มีโอกาสเป็นโรคประสาทแบบวิตกกังวลทั้งคู่มากกว่าคู่แฝดที่มาจากไข่คนละใบ

1.4) ประสพการณ์ในอดีต พบว่า มีหลายรูปแบบที่ไม่แน่นอนทั้งที่มาจากสิ่งแวดล้อมที่ดี หรือเป็นลูกกำพร้า หรือทั้งแต่งงานแล้วและหย่าร้าง และในกลุ่มพวกนี้ความฉลาดและการศึกษาอยู่ในระดับปกติ

2) ธรรมชาติของสิ่งที่มากระตุ้น ได้แก่ ความหมาย ความสำคัญ ความรุนแรง ชนิดของ สิ่งกระตุ้น ระยะเวลาที่มากระทบ การรู้ล่วงหน้า สิ่งที่เคยประสบมาก่อน ความเป็นจริง หรือเป็นเพียงการ คาดคะเน (กรรณิการ์ สุวรรณโคตร, 2528)

ส่วนปัจจัยด้านอื่นที่ผลต่อความวิตกกังวล มีผู้ศึกษาไว้ ดังนี้

1) การศึกษาของ ขนิษฐา นาคะ (2534) ศึกษาความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูล ในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า จะมีระดับความวิตกกังวล มากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยม สอดคล้องกับ Kindler et al. (2000) ที่พบว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ และไม่มีประกันชีวิตจะมีความวิตกกังวลสูง แต่ต่างจากการศึกษาของ Domar, Everett, and Keller (1989) พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูง มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำ

2) ฐานะทางเศรษฐกิจ ผลการศึกษาของ ขนิษฐา นาคะ (2534) พบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหา ค่าใช้จ่ายต่างกันจะมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน และในปัจจุบันประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้า จึงไม่มีผลกระทบต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยมากนัก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kindler et al. (2000) พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพ (Insurance coverage) จะมีความวิตกกังวลสูง

3) การสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจะรู้สึกอบอุ่นเมื่อได้อยู่ใกล้ชิดกับ บุคคลในครอบครัว (Suchman, Botelho, and Walker, 1998) ครอบครัวสามารถให้การช่วยเหลือ สนับสนุนดูแลผู้ป่วยได้มาก โดยเฉพาะด้านจิตใจ

ดังนั้นการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงได้จับคู่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง เพื่อให้มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด โดยจัดกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศเดียวกัน อายุอยู่ในช่วง เดียวกัน มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยทางสายเลือด หรือทางกฎหมาย ได้แก่ บิดา/มารดา สามี/ภรรยา บุตร พี่/น้อง เท่านั้น ส่วนปัจจัยที่เป็นประสบการณ์ในอดีต ฐานะทางเศรษฐกิจ และการศึกษา ให้ผลต่อ ความวิตกกังวลยังไม่แน่นอนผู้วิจัยจึงไม่นำมาเป็นคุณสมบัติในการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง

2.4 ประเภทของความวิตกกังวล

Spielberger et al. (1983) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ความวิตกกังวล ขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝง

1. ความวิตกกังวลขณะเผชิญหรือความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์ (State anxiety or S-Anxiety or A-state) คือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เข้ามากระทบและมีแนวโน้มว่าจะทำให้เกิดอันตรายหรือคุกคามบุคคล เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราว ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย ระบบการทำงานของประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานมากขึ้น ลักษณะอารมณ์ สรีระ และพฤติกรรมที่ได้ตอบสนองความวิตกกังวลขณะเผชิญจะสังเกตเห็นได้ และผู้ที่มีความ วิตกกังวลสามารถบอกได้ ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดความวิตกกังวลจะแตกต่างกันออกไปในแต่ละ บุคคลขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะคุกคามที่บุคคลนั้นรับรู้ และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล ดังนั้นความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จึงจัดเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญ

2. ความวิตกกังวลแฝงหรือความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะเฉพาะในตัวบุคคล (Trait anxiety or T-Anxiety or A-Trait) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ทั่วไป เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจนเป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล เป็นลักษณะที่ค่อนข้างจะคงที่และจะไม่ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมตรง แต่จะเป็นตัวเสริม หรือตัวประกอบของความวิตกกังวลขณะเผชิญ เช่นเมื่อมีสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจ หรือจะเป็นอันตรายมากระตุ้น บุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบวิตกกังวลแฝงค่อนข้างสูง จะรับรู้สิ่งเร้านั้นได้เร็วกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำกว่า

จากแนวคิดของ Spielberger แสดงให้เห็นว่า ความวิตกกังวลทั้งสองชนิดดังกล่าวมีความสัมพันธ์กัน คือ บุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงสูง เมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือเป็นอันตราย ความวิตกกังวลแฝงจะเป็นตัวเสริมให้ความวิตกกังวลขณะเผชิญมีความรุนแรงขึ้น

2.5 ระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลแต่ละครั้งนั้น มีระดับความรุนแรงไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการคือ ธรรมชาติของบุคคล ได้แก่ พัฒนาการของบุคคล วุฒิภาวะ แบบแผนการดำเนินชีวิต ความเชื่อ ค่านิยมของบุคคล ความคาดหวัง เพศ อายุ กรรมพันธุ์ ประสบการณ์ในอดีต ขนบธรรมเนียมประเพณี และธรรมชาติของสิ่งที่มากระตุ้น ได้แก่ ความหมาย ความสำคัญ ความรุนแรง ชนิด ของสิ่งกระตุ้น ระยะเวลาที่มากระทบ สิ่งที่เคยประสบมาก่อน (Kneisl, 1996; Vacarolis, 1998; and Peplau, 1952 cited in Sheila, 2001) ความวิตกกังวลแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1) ความวิตกกังวลเล็กน้อย (mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลในระดับอ่อนๆ ซึ่งมีผลทำให้บุคคลตื่นตัวมากขึ้น ท่าทางกระฉับกระเฉงดี ว่องไว การรับรู้ดีขึ้น มีสมาธิดี สามารถจดจำได้แม่นยำ ทั้งนี้เพราะประสาทสัมผัสต่างๆมีการตื่นตัว แสดงออกถึงความตั้งใจ รู้สึกปลอดภัย

2) ความวิตกกังวลปานกลาง (moderate anxiety) เป็นภาวะวิตกกังวลในระดับกลางๆ มีการตื่นตัวมากขึ้น ท่าทางกระฉับกระเฉงมากขึ้น ว่องไวมากขึ้น เกือบดูลูกลี้ลูกลอน การรับรู้ถูกจำกัดให้แคบลงอยู่ในขอบเขตที่สนใจ มีอาการรุ่มร้อนตาขยาย เหงื่อออก ชีพจรเต้นเร็ว เสียงสั่น ปัสสาวะบ่อย ปวดศีรษะ แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง รู้สึกอึดอัดใจ ไม่สบายใจ

3) ความวิตกกังวลระดับสูง (Severe anxiety) เป็นภาวะที่บุคคลอยู่นิ่งไม่ได้ กระสับกระส่ายอย่างเห็นได้ชัด ลูกลี้ลูกลอน อาจพูดมากและเร็วขึ้น หรืออาจพูดไม่ออกเลย การรับรู้แคบลงมาก สมาธิและความจำลดลง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม สับสน ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ อาจมีอาการซึมเศร้า

4) ความวิตกกังวลระดับรุนแรงที่สุด (Panic anxiety) เป็นภาวะที่เรียกว่าตื่นกลัวสุดขีด ทำให้บุคคลมีพลังงานมากที่สุด สามารถทำสิ่งที่พยายามปกติทำไม่ได้ การรับรู้น้อยมาก มีอารมณ์โกรธ อาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นได้

ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย ประสาททั้งหลายจะมีความพร้อม มีผลให้บุคคลมีความตื่นตัวขึ้น มีความกระฉับกระเฉงว่องไวดี ทั้งทำให้มีการรับรู้และความจำดีขึ้น ซึ่งความวิตกกังวลในระดับอ่อนจะ

ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อบุคคล แต่เมื่อความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงขึ้นจะทำให้การรับรู้แคบลงเรื่อยๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ คเนิงนิต บุรีเทศน์ (2540) ที่พบว่าเมื่อแกรรับผู้ป่วยเข้ามาในหอผู้ป่วยวิกฤต ครอบครัวผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ต้องการทราบอาการของผู้ป่วย และแนวทางการรักษาของแพทย์ ส่วนความต้องการด้านอื่นจะลดลงตามมา

2.6 การประเมินระดับความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลเกิดความวิตกกังวล จะแสดงออกได้ทั้งร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม มีนักวิชาการหลายท่านทำการศึกษา เกี่ยวกับวิธีการประเมินระดับความวิตกกังวล ซึ่งมีหลายวิธีที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่

Grimm (1997) และ Barry (2002) ได้รวบรวมงานศึกษาที่เกี่ยวกับวิธีการประเมินระดับความวิตกกังวล สรุปว่ามี 3 วิธี คือ

1) ประเมินทางสรีรวิทยา ได้แก่ การวัดความดันโลหิตหัตถ์บน (Chasves and Faber,1987) ความดันเลือดแดงเฉลี่ย (Mean Arterial Pressure,MAP) (Leske,1996) อัตราการเต้นของหัวใจหรือชีพจร (Chasves and Faber,1987) ปริมาณเหงื่อที่ออกมาที่มือ (palmar sweat) ระดับแคทีโคลามีนในพลาสมาและปัสสาวะ ระดับคอริติซอลในพลาสมา การตอบสนองของผิวหนังต่อการกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้า และการตอบสนองโดยการสั่นของเส้นเสียง (vocal vibrations) (Frederickson,1989) การวัดทางสรีรวิทยานี้อาจทำได้ลำบากเนื่องจากเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย หรืออารมณ์ในลักษณะต่างๆอาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาได้เช่นเดียวกัน ดังนั้นระดับความวิตกกังวลอาจไม่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

2) การประเมินด้วยตนเอง (Self-report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลด้วยบุคคลนั่นเองซึ่งมีรูปแบบที่หลากหลาย เช่น มาตรฐานวัดความวิตกกังวล (visual analogue scale) หรือเป็นแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-repport questionnaire) ซึ่งเป็นที่นิยมใช้กันเป็นส่วนมาก เช่น Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), The Taylor Manifest Anxiety Scale (Taylor MAS), และ The State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

แบบสอบถามที่ใช้กันแพร่หลายได้แก่ The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Form-X ที่พัฒนาขึ้นโดย Spielberger และคณะ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 และปรับปรุงแก้ไขใหม่ในปี ค.ศ.1983 ซึ่งแบบวัดนี้จะแยกประเมินความวิตกกังวล 2 ประเภท คือ

2.1) แบบวัดความวิตกกังวลแบบสเทท หรือความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety หรือ A-State) ใช้วัดความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์หนึ่งๆ

2.2) แบบวัดความวิตกกังวลแบบเทรท หรือความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety หรือ A-Trait) ใช้วัดความรู้สึกทั่วไปของบุคคลในทุกสถานการณ์

โดยแต่ละชนิดของความวิตกกังวลจะประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เลือกตอบได้จาก 4 คำตอบ นับจากไม่มีความรู้สึกนั้นเลยจนถึงมีมากที่สุด แบบวัดนี้ใช้ได้แพร่หลายในบุคคลหลายกลุ่ม มีค่า

ความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของเครื่องมือเป็นที่ยอมรับ และยังไม่มีปัญหาในการใช้แบบสอบถามข้ามวัฒนธรรม

3) การประเมินพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavior measure if anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลโดยการสังเกตพฤติกรรม หรือการที่แสดงออก ในด้านการเคลื่อนไหว คำพูด การติดต่อสื่อสาร โดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้ เช่นการกัดเล็บหรือกัดปาก มือสั่น กระสับกระส่าย ลูกลี้ลูกลอน พูดเร็วขึ้น พูดตะกุกตะกัก พูดเสียงดังหรือแหลม การกอดคอ ร้องไห้ ถอนหายใจ และฝันร้าย เป็นต้น

Wilson-Barnet (1992) ได้แบ่งวิธีการประเมินระดับความวิตกกังวลไว้ 2 ด้าน ดังนี้

1) การประเมินด้านจิตใจ ประกอบด้วย 2 วิธีคือ

1.1 การประเมินโดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวล ความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ โดยให้ตอบแบบสอบถามจากความรู้สึกตนเอง เครื่องมือที่นิยมในการประเมินแบบนี้ ได้แก่ แบบสอบถามความวิตกกังวล The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) ของ Spielberger (1983) แยกประเมินความวิตกกังวล 2 ประเภท คือ ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety หรือ A-State) และความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety หรือ A-Trait) ดังที่ได้กล่าวไปแล้ว

1.2 การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavior measure if anxiety) เป็นการสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Grimm (1997) และ Barry (2002)

2) การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา (Physiological measure of anxiety) ได้แก่การวัดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระวิทยา อันเนื่องมาจากความวิตกกังวล เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Grimm (1997) และ Barry (2002)

สรุปได้ว่าการศึกษาของ Wilson-Barnet (1992) และการศึกษาของ Grimm (1997) และ Barry (2002) มีมุมมองการประเมินระดับความวิตกกังวล คล้ายคลึงกัน ต่างกันที่ จากของ Wilson-Barnet (1992) มีมุมมองตามการแสดงออกของความวิตกกังวลที่ออกมา 2 ด้าน คือด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ส่วน Grimm (1997) และ Barry (2002) มองว่า การประเมินด้วยตนเอง (Self-report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวล ด้วยบุคคลนั่นเอง และการประเมินพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavior measure if anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลโดยการสังเกตพฤติกรรม ไม่เกี่ยวกับการประเมินด้านจิตใจ จึงแบ่งประเภทการประเมิน เป็น 3 วิธี แตกต่างกันไป

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยต้องการประเมินระดับความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ป่วยรับบริการในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบันที่ครอบครัวผู้ป่วยกำลังเผชิญ เครื่องมือที่เหมาะสมกับงานวิจัยนี้ คือ แบบวัดความวิตกกังวลแบบสแตท หรือความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety หรือ A-State) ใช้วัดความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์หนึ่งๆ ของ Spielberger และคณะ (1983) มีค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของเครื่องมือเป็นที่ยอมรับ ซึ่งผู้วิจัยนำมาปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของการลดความวิตกกังวลของญาติในหอผู้ป่วยวิกฤต แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ ของ Spielberger และคณะ (1983) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็น

ข้อความด้านบวก 10 ข้อ และข้อความด้านลบ 10 ข้อ คำถามแต่ละข้อให้เลือกตอบโดยประเมินตนเองว่ามีความรู้สึกในแต่ละข้อมากน้อยเพียงใด (Self-report measure of anxiety) แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบค่อนข้างมาก
มีบ้าง	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเล็กน้อย
ไม่มีเลย	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบ

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ข้อความที่เป็นด้านบวก ให้คะแนน ดังนี้

มากที่สุด	ให้	4	คะแนน
ค่อนข้างมาก	ให้	3	คะแนน
มีบ้าง	ให้	2	คะแนน
ไม่มีเลย	ให้	1	คะแนน

ส่วนข้อความทางด้านลบการให้คะแนนจะเป็นไปในทางตรงข้าม

คะแนนรวมทั้งฉบับ มีค่าสูงสุด 80 คะแนน ต่ำสุด 20 คะแนน โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลสูง คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความวิตกกังวลต่ำ

คะแนน 20-39 แสดงว่า มีความวิตกกังวลต่ำ

คะแนน 40-59 แสดงว่า มีความวิตกกังวลปานกลาง

คะแนน 60-80 แสดงว่า มีความวิตกกังวลสูง

2.7 ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก

ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกราย ไม่ได้มีการเตรียมตัวสำหรับบทบาทเป็นผู้รับผิดชอบในภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เนื่องจาก มักเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีอัมพาต ส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยทำให้เกิดความวิตกกังวล เกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลจากการพึ่งพาของผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจะมีความรู้สึกหวาดหวั่น มีอาการกลัว ไม่แน่ใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ไม่เข้าใจในการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ กลัววิธีการรักษา กลัวว่าจะดูแลผู้ป่วยไม่ได้ดี กลัวว่าผู้ป่วยจะสูญเสียชีวิตหรือมีอาการหนัก ในขณะที่รอคอย รู้สึกไม่สบายใจ หวั่นวิตกว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย มีพฤติกรรมที่แสดงออกทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ กระวนกระวายใจ หงุดหงิด เครียด พักไม่ได้ อาจมีพฤติกรรมแสดงออกที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว พุดจาไม่สุภาพกับแพทย์พยาบาล (วิจิตรา กุสมภ์, 2544) พฤติกรรมเหล่านี้แสดงถึงการมีความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย เกิดในเวลาเฉพาะเมื่อมีเหตุการณ์เข้ามากระทบและมีแนวโน้มว่าจะทำให้เกิดอันตรายหรือคุกคามบุคคล ซึ่งเป็นสภาวะอารมณ์

ในสถานการณ์ปัจจุบัน เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราวของครอบครัว เรียกว่า ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (Spielberger et al.,1983) การตอบสนองต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย จะเกิดขึ้นมากหรือน้อยขึ้นกับ เหตุการณ์ ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย แนวทางการรักษาของแพทย์ สิ่งแวดล้อมที่ต้องเผชิญเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาล การขาดที่ปรึกษาและระบายความรู้สึก

ดังนั้น การให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยและอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาล อธิบายวัตถุประสงค์ของการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ แก่ผู้ป่วย และการอธิบายถึงสิ่งแวดล้อมต่างๆในหอผู้ป่วยหนัก เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ซักถาม และระบายความรู้สึก จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาลและคลายความวิตกกังวลลง

3.แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล

3.1 ความหมายความพึงพอใจในงาน

ธงชัย สันติวงษ์ และชัยยศ สันติวงษ์ (2533) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานหมายถึง ความรู้สึกของบุคคลภายในกลุ่มและฐานะความเป็นอยู่ของเขาเหล่านั้น เป็นเรื่องของการพิจารณาว่า เขาควรได้รับความพอใจชนิดไหน อย่างไร เช่น ด้านงานที่ทำ อัตราค่าจ้าง เงินเดือน สภาพแวดล้อมในการทำงาน

จรีวัฒน์ คงทอง (2539) กล่าวว่า ความพึงพอใจของพยาบาล เป็นความรู้สึกพอใจในงานที่ทำด้วยความเต็มใจและตั้งใจที่จะปฏิบัติงานนั้นให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์กร เป็นทัศนคติด้านบวกที่พยาบาลแสดงออกในขณะที่ปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย

เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ (2540) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานเป็นภาวะของการมีอารมณ์ในทางบวก มีผลเกิดขึ้นเนื่องจากการประเมินประสบการณ์ในงานของคนคนหนึ่ง ซึ่งความรู้สึกที่ดีในงานจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับว่าการทำงานของบุคคลนั้น ได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย และจิตใจของบุคคลมากน้อยเพียงใด ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ชีวิตมีความสมบูรณ์มากน้อยเท่าใดด้วย และรากฐานแห่งความพึงพอใจและไม่พึงพอใจ ขึ้นอยู่กับสิ่งที่ขาดหายไปกับสิ่งที่คาดหวังว่าจะได้รับในระหว่างงาน

สมยศ นาวิการ (2545) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานนั้นเป็นความรู้สึกที่ดีโดยส่วนรวมของคนที่มีต่องาน ซึ่งเมื่อพูดถึงคนที่มีความพึงพอใจในงานสูงนั้น มักหมายความว่าคนชอบและให้คุณค่าต่องานของตนเองสูง และมีความรู้สึกที่ดีต่องานของตน

Spector (1997) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงาน หมายถึงความรู้สึกนึกคิด หรือทัศนคติที่มีต่องานที่สามารถประเมินออกมาได้ว่า บุคคลชอบหรือไม่ชอบในงานของตน มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ ลักษณะงาน โอกาสก้าวหน้าในงาน การบังคับบัญชา สิ่งจูงใจไม่ใช่เงิน สภาพการทำงาน การติดต่อสื่อสาร และผู้ร่วมงาน

จากความหมายดังกล่าว อาจสรุปว่า ความพึงพอใจในการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความรู้สึกยินดี พอใจ หรือชื่นชอบ ของพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤต ที่มีต่อการบริการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วย ซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมในการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลที่ได้รับมอบหมาย ด้วยความเต็มใจและตั้งใจที่จะปฏิบัติให้เสร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์กร เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย

3.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

ความพึงพอใจในงานสามารถอธิบายได้จากทฤษฎีแรงจูงใจ จะทำให้เกิดความเข้าใจถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน ฌ็อง-ฌัก อี. ลอว์ (2543) ได้รวบรวมแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจในงาน จากนักวิชาการหลายท่าน ซึ่งสรุปทฤษฎีด้านแรงจูงใจได้เป็น 3 กลุ่มด้วยกันดังนี้

3.2.1 ทฤษฎีเชิงความต้องการจูงใจ (Content Theory)

แนวคิดนี้อธิบายได้ว่าบุคคลเมื่อเกิดความต้องการ จะเกิดแรงขับหรือแรงผลักดันให้เกิดการลงมือปฏิบัติเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการ และเมื่อได้ผลลัพธ์ในสิ่งที่ต้องการมากเท่าใด เขาก็ยิ่งมีความสุขและความพึงพอใจในงานมากขึ้นเท่านั้น ทฤษฎีและนักทฤษฎีที่ถูกกล่าวถึง ได้แก่ ทฤษฎีลำดับความต้องการของมาสโลว์ ทฤษฎี ERG ของอัลเดอร์เฟอร์ ทฤษฎีความต้องการการเรียนรู้ของแมคเคลแลนด์ ทฤษฎีสองปัจจัยของเฮิร์ซเบิร์ก ข้อแตกต่างทฤษฎีของเอลเดอร์เฟอร์และมาสโลว์ คือ ความต้องการของ เอลเดอร์เฟอร์ไม่เกิดขึ้นเป็นลำดับ แต่ขึ้นอยู่กับความต้องการนั้นได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจมากน้อยเพียงใด ความต้องการใดได้รับการตอบสนองเป็นที่พอใจน้อยที่สุด ความต้องการนั้นก็เป็นที่ต้องการมากที่สุด เป็นต้น ทฤษฎีความต้องการการเรียนรู้ของแมคเคลแลนด์ มีจุดมุ่งหมายที่ความสำเร็จ โดยเฉพาะ แมคเคลแลนด์ พบว่า บุคคลที่ประสบความสำเร็จในอาชีพที่มีการแข่งขันจะมีแรงจูงใจทางความสำเร็จสูงกว่าโดยเฉลี่ย ทฤษฎีการจูงใจของเฮิร์ซเบิร์ก พัฒนามาจากทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของมาสโลว์ เฮอร์เบิร์ก สรุปว่า ความพึงพอใจในงานที่ทำและความไม่พึงพอใจในงานที่ทำของแต่ละคน เกิดขึ้นจากกลุ่มปัจจัยที่แยกจากกัน 2 กลุ่ม คือ 1) ปัจจัยจูงใจ ได้แก่ ความสำเร็จ การยกย่อง ความรับผิดชอบและความก้าวหน้า สิ่งที่ทำให้ความพอใจเกี่ยวข้องกับลักษณะงาน (เนื้อหาของงาน) และเป็นผลที่เกิดขึ้นโดยตรงจากผลการปฏิบัติงาน 2) ปัจจัยยอนามัย ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานโดยตรง ส่วนปัจจัยค้ำจุน ไม่ได้ทำให้เกิดความพึงพอใจในงานโดยตรง แต่เป็นส่วนส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศที่ดีในการทำงาน

3.2.2 ทฤษฎีกระบวนการของการจูงใจ (Process Theory)

พื้นฐานของทฤษฎีกระบวนการของการจูงใจ คือ แนวคิดของความคาดหวัง คือ บุคคลมีความเชื่อว่าน่าจะเป็นเหตุเนื่องจากพฤติกรรมของเขาเอง ซึ่งความพอใจหรือความรุนแรงของความพอใจต่อผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ ทฤษฎีกลุ่มนี้ ได้แก่ ทฤษฎีการตั้งเป้าหมาย ทฤษฎีความเสมอภาค ทฤษฎีความคาดหวังของวูม

3.2.3 ทฤษฎีการเสริมแรง (Reinforcement Theory)

พฤติกรรมที่ถูกงัดใจของผู้ปฏิบัติงานเป็นพฤติกรรมที่ได้เรียนรู้และได้รับอิทธิพลจากการให้รางวัล หรือจากการถูกลงโทษในประสบการณ์ที่คล้ายๆ กันที่บุคคลนั้นได้ผ่านมา

จะเห็นได้ว่าแนวคิดทฤษฎีความพึงพอใจในงานถูกพัฒนามาจากทฤษฎีแรงจูงใจ และสามารถอธิบายที่มาของความพึงพอใจได้อย่างชัดเจน ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีความพึงพอใจของ Spector (1997) ที่พัฒนามาจากแนวคิดความพึงพอใจในงานของ Herzbergs ซึ่งในที่นี้ปัจจัยภายนอกจะไม่ส่งผลต่อความพึงพอใจในงานโดยตรง แต่ปัจจัยภายในหรือปัจจัยภายใน จะมีผลโดยตรงที่จะสร้างความพึงพอใจในงานให้กับพยาบาลประจำการหรือผู้ป่วยวิกฤตที่ร่วมกันสร้างรูปแบบการให้ข้อมูล

3.3 ปัจจัยและองค์ประกอบของความพึงพอใจในงาน

การที่ผู้ปฏิบัติงานจะเกิดความพึงพอใจในการทำงานมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการสนองความต้องการต่างๆ ที่อยู่ในบุคคล ซึ่ง Wolman (Wolman, 1973 อ้างถึงใน สุรกุล เจนอบรม, 2534) กล่าวถึงความพึงพอใจว่าเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น เมื่อความต้องการได้รับการตอบสนอง ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยและองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงานมีดังนี้

สลาวิทท์และคณะ (Slavitt et al, 1978) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานพบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงานของกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ มี 6 ด้านคือ

1. ค่าตอบแทน หมายถึง เงินหรือผลประโยชน์อื่นๆ ที่ได้รับจากการทำงาน
2. ความเป็นอิสระในการทำงาน หมายถึง ปริมาณงานที่สามารถปฏิบัติได้โดยไม่ต้องขึ้นกับใคร โดยความคิดริเริ่มของตนเองอย่างอิสระ ซึ่งหน่วยงานหรือผู้บังคับบัญชาเปิดโอกาสให้ปฏิบัติ และได้รับการยอมรับ
3. ความต้องการของงานหรือลักษณะของงาน หมายถึง ประเภทของงาน รวมทั้งความยากง่ายของงานที่ต้องปฏิบัติในหน้าที่ประจำวัน
4. นโยบายขององค์กร หมายถึง นโยบายบริหารงานและการปฏิบัติงานทั้งที่โรงพยาบาลและฝ่ายบริหารการพยาบาลให้อยู่ และจะดำเนินการต่อไป
5. การมีปฏิสัมพันธ์ หมายถึง การมีโอกาสได้ติดต่อสัมพันธ์ ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการกับผู้ร่วมงานทั้งในและนอกวิชาชีพ ระยะเวลาปฏิบัติงาน
6. สถานภาพของวิชาชีพ หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับความสำคัญของวิชาชีพ ทั้งโดยตัวเองและการมองของผู้อื่น รวมทั้งการมองเห็นคุณประโยชน์ของงานด้วย

Harrell (Harrell, 1972 อ้างใน จุริวัฒน์ คงทอง, 2539) เสนอแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการทำงาน แบ่งเป็น 3 ด้านคือ

1. ปัจจัยด้านบุคคล หมายถึง คุณลักษณะส่วนตัวของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับงาน ได้แก่
 - 1.1 ประสบการณ์ ประสบการณ์ในการทำงานมีส่วนเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงาน บุคคลที่ทำงานนานจนมีความรู้ความชำนาญในงานมากขึ้น ทำให้เกิดความพึงพอใจในงานที่ทำ

1.2 เพศ มักพบว่าคนงานหญิง จะมีความพึงพอใจในงานมากกว่าคนงานชาย

1.3 อายุ อายุจะเกี่ยวข้องกับระยะเวลา และประสบการณ์ในการทำงาน ผู้ริเริ่มทำงานใหม่ ๆ ความพึงพอใจจะมีระดับสูง และจะค่อยๆลดลงจนกระทั่งเข้าสู่วัยอายุ 30 ปี จากนั้นจะค่อยๆเพิ่มขึ้น

1.4 เวลาในการทำงาน งานที่ทำในเวลาปกติจะสร้างความพึงพอใจในการทำงานมากกว่างานที่ต้องทำในเวลาที่ไม่บุคคลอื่นไม่ต้องทำงาน เพราะเกี่ยวกับการพักผ่อน และการสังสรรค์กับผู้อื่นด้วย

1.5 เซาร์ปัญญา พนักงานในโรงงานที่มีเซาร์ปัญญาในระดับสูง แต่งานที่ทำเป็นประจำพบว่ามักจะเบื่องานได้ง่าย และมีเจตคติที่ไม่ดีต่อการทำงานในโรงงาน เพราะเป็นงานที่ไม่ท้าทาย และไม่เหมาะสมกับความสามารถของเขา

1.6 ระดับเงินเดือน เงินเดือนที่มากพอแก่การดำรงชีพตามสถานภาพ ทำให้บุคคลไม่ต้องดิ้นรนมากนักที่จะไปทำงานเพิ่มนอกเวลาทำงาน และเงินเดือนยังเกี่ยวข้องกับการสามารถหาปัจจัยอื่นที่สำคัญแก่การดำรงชีพอีกด้วย ผู้มีเงินเดือนสูงจึงมีความพึงพอใจในการทำงานสูงกว่าผู้ที่มีเงินเดือนต่ำ

1.7 แรงจูงใจในการทำงาน แรงจูงใจเป็นการแสดงออกถึงความต้องการของบุคคล โดยเฉพาะแรงจูงใจจากตัวผู้ทำงานเองจะสร้างความพึงพอใจในงาน

2. ปัจจัยด้านงาน ประกอบด้วย

2.1 ลักษณะงาน ได้แก่ ความน่าสนใจของงาน ความท้าทาย ความแปลก โอกาสที่จะได้เรียนรู้และศึกษางาน โอกาสที่จะทำให้งานนั้นสำเร็จ การรับรู้หน้าที่รับผิดชอบ การควบคุมการทำงาน และวิธีการทำงาน ความรู้สึกว่างงานที่ทำอยู่เป็นงานที่สร้างสรรค์ เป็นประโยชน์ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจในงาน มีความต้องการที่จะปฏิบัติงานนั้น และเกิดความผูกพันต่องาน

2.2 ขนาดของหน่วยงาน หน่วยงานขนาดเล็กผู้บริหารระดับสูง หัวหน้างาน และพนักงานมีโอกาสได้ทำงานใกล้ชิดกัน รู้จักซึ่งกันและกัน ทำงานคุ้นเคยกันได้ง่ายกว่าหน่วยงานใหญ่ พนักงานรู้สึกเป็นกันเองและร่วมมือช่วยเหลือกัน ขวัญในการทำงานดี ทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน

2.3 ความห่างไกลระหว่าง บ้านและที่ทำงาน บ้านที่อยู่ห่างไกลจากที่ทำงาน การเดินทางไม่สะดวกต้องตื่นแต่เช้า รถติดและเหน็ดเหนื่อยจากการเดินทาง มีผลต่อความพึงพอใจในงาน

2.4 โครงสร้างของงาน ความชัดเจนของงานที่สามารถอธิบายชี้แจงเป้าหมายของงาน รายละเอียดของงาน ตลอดจนมาตรฐานในการปฏิบัติงานย่อมสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติงาน และมีผลต่อความพึงพอใจในงาน

3. ปัจจัยด้านการจัดการ

3.1 ความมั่นคงในงาน จากการสำรวจพบว่าพนักงานส่วนใหญ่ต้องการงานที่มีความมั่นคง และต้องการที่จะอยู่ทำงานจนเกษียณอายุแม้ว่าเขาจะมีเงินมากพอที่จะเลี้ยงตัวเองในวัยชราก็ตาม ความมั่นคงในการทำงาน ถือเป็นสวัสดิการอย่างหนึ่ง โดยเฉพาะในวันที่พ้นจากการทำงานไปแล้ว

3.2 โอกาสก้าวหน้า โอกาสที่จะมีความก้าวหน้าในการทำงานมีความสำคัญสำหรับบุคคลที่ใช้ฝีมือและความชำนาญงาน แต่มีความสำคัญน้อยสำหรับบุคคลที่ไม่ต้องใช้ความชำนาญแต่มีการศึกษาสูงและอยู่ในตำแหน่งสูง

3.3 การนิเทศงาน การนิเทศคือการชี้แนะการทำงานจากหน่วยงาน ดังนั้น ความรู้สึกต่อผู้นิเทศมักจะเน้นความรู้สึกที่มีต่อหน่วยงานและองค์การ ด้วยการสร้างความเข้าใจที่ดีระหว่างผู้นิเทศงานและพนักงาน จะเกิดบรรยากาศที่ดีในการทำงาน

3.4 การสื่อสารกับผู้บังคับบัญชา พนักงานมีความต้องการที่จะรู้ว่าการทำงานของตนเป็นอย่างไร จะต้องปรับปรุงการทำงานของตนอย่างไร ฉะนั้นข่าวสารต่างๆจากบริษัทหรือหน่วยงานจึงมีความหมาย และความสำคัญต่อผู้ปฏิบัติงาน

3.5 ความศรัทธาในตัวผู้บริหาร ความศรัทธาในความสามารถและความตั้งใจที่ผู้บริหารมีต่อหน่วยงาน ทำให้พนักงานทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดความพึงพอใจในงานของหน่วยงานด้วย

จิววัฒน์ คงทอง (2539: 9-10) กล่าวว่า ความพึงพอใจของพยาบาล เป็นความรู้สึกพอใจในงานที่ทำเต็มใจและตั้งใจที่จะปฏิบัติงานนั้นให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์กร เป็นทัศนคติด้านบวกที่พยาบาลแสดงออกในขณะปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย โดยประเมินจากองค์ประกอบ ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของ Vroom (1964) ครอบคลุมความพึงพอใจในงาน

1. ลักษณะงาน ประกอบด้วย งานที่ปฏิบัติเป็นงานที่น่าสนใจและท้าทายความสามารถ ได้ใช้ความคิดอิสระที่จะตัดสินใจในการทำงานด้วยตนเอง การได้รับความไว้วางใจให้รับผิดชอบในงาน การใช้ทักษะความชำนาญในการปฏิบัติงานจนบังเกิดผลสำเร็จ และสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นที่พร้อมและเอื้อต่อการปฏิบัติงาน

2. โอกาสก้าวหน้า คือการได้รับการยกย่องสถานะภาพให้สูงขึ้นในการทำงานและมีโอกาสในการเพิ่มพูนความรู้ ได้แก่ การได้รับการเลื่อนตำแหน่งให้สูงขึ้น มีโอกาสได้รับความรู้ความสามารถจากการทำงาน การมีโอกาสรับการฝึกอบรมหรือแสวงหาความรู้ได้อย่างเต็มที่ ตลอดจนผู้บังคับบัญชาเห็นคุณค่าและสนับสนุนความก้าวหน้าของบุคลากรในหน่วยงาน

3. สิ่งสนับสนุนที่ทำให้งานสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย

3.1 การนิเทศงาน คือ แนวทางที่ผู้บังคับบัญชานำมาใช้ในการนิเทศงาน ได้แก่ การวางแผนแก้ไขและอุปสรรค การรักษาพิทักษ์สิทธิ และผลประโยชน์ของผู้ปฏิบัติงาน การใช้ลักษณะความเป็นผู้นำของผู้บังคับบัญชา ท่าทีและความเป็นธรรมในการปฏิบัติต่อผู้ใต้บังคับบัญชารวมถึงมีการประเมินผลงานนั้นในทางที่ช่วยให้เกิดกำลังใจ และความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

3.2 ผู้ร่วมงาน คือ ความมีมิตรภาพอันดีต่อกันของเพื่อนร่วมงาน การได้รับการยอมรับซึ่งกันละกันในกลุ่มของผู้ปฏิบัติงาน ที่มีเจตคติที่คล้ายคลึงกัน ให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการปฏิบัติงานซึ่งกันและกัน

3.3 ชั่วโมงการทำงาน เป็นความพร้อมและยอมรับในการปฏิบัติงานตามเวลาที่แบ่งไว้ในปัจจุบัน คือ เข้า-ป่วย-ดึก ครอบคลุมถึงการให้ช่วงเวลาที่ไม่มีผู้ป่วยมารับบริการทำกิจกรรมสร้างสรรค์ ที่เกิดประโยชน์แก่หน่วยงานด้วยความพอใจของผู้ปฏิบัติ

Spector (1997) ได้วิเคราะห์องค์ประกอบความพึงพอใจในงาน โดยพัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg ที่ประกอบด้วย ปัจจัยอนามัย (Hygiene factors) และปัจจัยจูงใจ (Motivation factors) โดยสรุปว่า ปัจจัยจูงใจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานโดยตรง ปัจจัยอนามัยช่วยให้บุคคลคงอยู่ในงานเท่านั้น โดยมีองค์ประกอบ 9 ด้าน ดังนี้

1. ความพึงพอใจต่อลักษณะงาน หมายถึง ความน่าสนใจของงาน ความท้าทาย ความสามารถ โอกาสเรียนรู้และศึกษางาน โอกาสทำงานให้สำเร็จ

2. ความพึงพอใจต่อโอกาสก้าวหน้าในงาน หมายถึง การมีโอกาสเลื่อนขั้นไปยังตำแหน่งสูงขึ้น หรือได้รับมอบหมายงานที่สำคัญมากขึ้น

3. ความพึงพอใจต่อการบังคับบัญชา หมายถึง ความต้องการรู้ว่าการทำงานของตนเป็นอย่างไร บทบาทหน้าที่ที่ตนรับผิดชอบ ระบบของงาน การปรับปรุงงานของตน อย่างมีระบบ ไม่สับสน มีแนวทางในการให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็นไปในทางเดียวกัน

4. ความพึงพอใจต่อสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน หมายถึง ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงานและหัวหน้าหน่วยงาน ในการให้บริการที่มีคุณภาพ และความรู้สึกราบรื่นใจเมื่องานประสบความสำเร็จ

5. ความพึงพอใจต่อสภาพการทำงาน หมายถึง สิ่งแวดล้อมต่างๆในที่ทำงาน เช่น แสง เสียง บรรยากาศ

6. ความพึงพอใจต่อการติดต่อสื่อสาร หมายถึง ช่องทางการสื่อสารที่ช่วยให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน ทั้งภายนอกและภายในหน่วยงาน

7. ความพึงพอใจต่อค่าจ้างหรือเงินเดือน หมายถึง รายได้ประจำและค่าตอบแทนพิเศษที่องค์กรให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน

8. ความพึงพอใจต่อประโยชน์เกื้อกูลต่างๆ หมายถึง เงินเดือน บำเหน็จตอบแทนเมื่อออกจากงาน การบริการสวัสดิการต่างๆ การรักษาพยาบาล ที่พักอาศัย

9. ความพึงพอใจต่อผู้ร่วมงาน หมายถึง การเป็นที่ยอมรับ การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ร่วมงานทุกระดับ

3.4 ความพึงพอใจของพยาบาลในการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

จากการศึกษา ทฤษฎีและปัจจัยที่เกี่ยวกับความพึงพอใจในงานต่างๆที่กล่าวมานี้ ผู้วิจัยได้เลือกแนวความคิดความพึงพอใจในงานของ Spector (1997) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

โรงพยาบาลพญาไท 1 เนื่องจากแนวคิดความพึงพอใจในงานของ Spector ได้พัฒนาแนวคิดความพึงพอใจในงานจากทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg ซึ่งเป็นทฤษฎีความต้องการ และมุ่งปัจจัยที่สามารถสนองความต้องการได้ ในการศึกษาทดลองได้ใช้แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) โดยให้พยาบาลทุกคนมีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบการให้ข้อมูล ได้มีการแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ในการพัฒนาคุณภาพการบริการ จะทำให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นความพึงพอใจที่มาจากแรงจูงใจภายในของพยาบาลประจำการที่ได้รับการตอบสนอง

ผู้วิจัยเลือกศึกษาองค์ประกอบความพึงพอใจในงานของ Spector 5 ด้าน ที่เกี่ยวข้องกับกรสร้างรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ คือ 1) ความพึงพอใจต่อลักษณะงาน 2) ความพึงพอใจต่อการบังคับบัญชา 3) ความพึงพอใจต่อสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน 4) ความพึงพอใจต่อสภาพการทำงาน และ 5) ความพึงพอใจต่อการติดต่อสื่อสาร ส่วนองค์ประกอบความพึงพอใจด้านความก้าวหน้าในงาน และองค์ประกอบเกี่ยวกับปัจจัยภายนอก ได้แก่ รายได้ค่าจ้าง ประโยชน์เกื้อกูลต่างๆ และผู้ร่วมงาน ไม่ได้นำมาพิจารณาด้วย ซึ่งจะได้กล่าวถึง รายละเอียดในแต่ละปัจจัยที่เลือกศึกษา ดังนี้

1) ลักษณะงาน หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตที่ได้ใช้ความคิดอิสระ ในการตัดสินใจให้การปฏิบัติการด้านการจัดรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต รวมทั้งรู้สึกว่างานที่ทำอยู่ เป็นงานที่ท้าทายความสามารถของพยาบาล และงานที่พยาบาลปฏิบัตินั้นมีโอกาสในการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น

2) การบังคับบัญชา หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับลักษณะปฏิบัติของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย ต่อการปฏิบัติงานตามรูปแบบการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นความรู้สึกที่ได้รับการไว้วางใจ ในการปฏิบัติงาน ได้รับการส่งเสริม สนับสนุน จูงใจให้ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพด้วยความเต็มใจ รวมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกหรือเอื้อต่อการปฏิบัติงาน เปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการคิด พัฒนางานอย่างเสมอภาค

3) สิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการรับรู้คุณค่าของตนเอง จากการมีส่วนร่วมในการพัฒนางาน รู้สึกเกิดแรงจูงใจในการทำงาน และ รู้สึกประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงานสามารถให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้ ได้รับการยอมรับจากครอบครัวผู้ป่วย เพื่อนร่วมงาน หัวหน้าหน่วยงาน ได้รับการยกย่องชมเชยจากครอบครัวผู้ป่วย และเกิดความภาคภูมิใจ เมื่อปฏิบัติงานบรรลุผลสำเร็จ

4) สภาพการทำงาน หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับความชัดเจนของ แนวทางการปฏิบัติการพยาบาล เรื่อง การให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย มีขั้นตอนและเป้าหมายในการปฏิบัติงานชัดเจน ทำให้การปฏิบัติงานมีมาตรฐานมากขึ้น

5) การติดต่อสื่อสาร หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสาร การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย และ

วัตถุประสงค์ กำหนดแนวทางในการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วย มีการประสานงานที่ดี สื่อสารแบบตัวต่อตัว เปิดเผย ตรงไปตรงมา

4.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลและการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย

คณิงนิต บุรีเทศน์ (2540) ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี เรื่องผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตต่อระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มาับการรักษาพยาบาลที่หอผู้ป่วยภาวะวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี จำนวน 30 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยจับคู่ตามเพศ อายุ และลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ดำเนินการทดลองโดยพบครอบครัวผู้ป่วย 2 ครั้ง ใน 2 วัน และให้การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การได้รับข้อมูล การได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และการให้กำลังใจและระบายความรู้สึก ใช้แบบประเมินความวิตกกังวลที่ปรับมาจาก Spielberger ผลการศึกษาพบว่า ระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พิกุล ดันดิธรรม (2533) ทำการศึกษาแบบกึ่งทดลอง เรื่องผลการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล กลุ่มตัวอย่างคือ ญาติสายตรงที่ใกล้ชิดและดูแลผู้ป่วยมากที่สุด เยี่ยมผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติเป็นครั้งแรก จำนวน 52 คน เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว แบบแผนการเตรียมญาติผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ครอบคลุมหัวข้อ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม เครื่องมือต่างๆที่พบเห็นในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก วัสดุอุปกรณ์วิธีการที่ใช้รักษาผู้ป่วย การพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับตามกิจวัตร 2) ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย 3) คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตนต่อผู้ป่วย และแบบประเมินความวิตกกังวลของ Spielberger และคณะ ผลการศึกษาพบว่า ระดับความวิตกกังวลภายหลังเข้าเยี่ยมของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักกลุ่มที่ได้รับการเตรียมและไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระดับความวิตกกังวลหลังเข้าเยี่ยมผู้ป่วยของญาติผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มน้อยลงกว่าก่อนเข้าเยี่ยมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

พรชัย จุลเมตต์ (2540) ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อภาวะของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่คลินิกอายุรกรรมประสาท งานผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคามศรีเชียงใหม่จำนวน 40 ราย โดยกลุ่มทดลอง 20 ราย ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล และด้านอารมณ์จากผู้วิจัย ซึ่งประกอบด้วย คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และแผนการสนับสนุนด้านข้อมูล ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุม ความหมาย สาเหตุ

ปัจจัยเสี่ยง และอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ การให้คำแนะนำในด้านวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย และการสนับสนุนด้านอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ และการให้กำลังใจ รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าภาวะเชิงปรณัยและเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ มีภาวะเชิงปรณัยและเชิงอัตนัยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

รัตนา อยู่เปลว (2543) ทำการศึกษาแบบกึ่งทดลอง ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ กลุ่มตัวอย่างคือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มาเยี่ยมผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ทั้งหมด 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน ใช้แบบวัดความวิตกกังวลของ Spielberg (1983) ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สุทธิณี วัฒนกุล (2547) ทำการศึกษาแบบกึ่งทดลอง เรื่องผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก กลุ่มตัวอย่างคือ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใหม่ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลอินทรีบุรี จำนวน 40 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน เครื่องมือที่ใช้คือ โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนที่สร้างขึ้นจากแนวคิดการเตรียมบุคคลก่อนการเผชิญเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดด้วยการให้ข้อมูลของ Leventhal and Johnson (1983) แนวคิดการสนับสนุนการเยี่ยมของ Daly (1999) และแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Leske (2002) ประกอบด้วย แผนการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน สไลด์มัลติมีเดียเรื่องการเตรียมสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน คู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลของ Spielberg (1983) ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05 และความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05

อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล (2538) ศึกษาความวิตกกังวล ความต้องการ และการตอบสนองของความต้องการของญาติผู้ป่วยหนักในหอหน่วยบำบัดพิเศษโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีการเกิดภาวะวิกฤตของอควิลล่า กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยหนักที่เข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ ศัลยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 90 คน ใช้แบบวัดความวิตกกังวลของ Spielberger และแบบสำรวจความต้องการและการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยที่ดัดแปลงมาจากของ Molter ผลการวิจัยพบว่าญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลค่อนข้างสูงและความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับความต้องการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความต้องการกับการตอบสนองความต้องการที่ญาติผู้ป่วยได้รับไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ความต้องการที่ญาติผู้ป่วยให้ความสำคัญมากที่สุดคือ ลดความวิตกกังวล รองลงมาคือต้องการข้อมูล และความต้องการของญาติผู้ป่วยที่มีบทบาทความสัมพันธ์เป็นบิดา มารดา คู่สมรส และบุตรไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ความต้องการที่ญาติผู้ป่วยได้รับการตอบสนองมากที่สุดคือ ลดความวิตกกังวล ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย และความต้องการที่ได้รับการตอบสนองน้อยที่สุดคือกำลังใจและการระบายความรู้สึก

Chaves and Faber (1987) ทำการศึกษาแบบกึ่งทดลอง ในการทดสอบผลของโปรแกรมการให้ความรู้และคำแนะนำต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวจำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมดังกล่าว ที่ให้ข้อมูลต่างๆ เช่น สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยหนัก อุปกรณ์และเสียงเตือนจากเครื่องมือต่างๆ โรคและการรักษาสภาพอากาศของผู้ป่วยที่จะเห็นเวลาเยี่ยม บริการต่างๆที่โรงพยาบาลมีให้ ผลการทดลองพบว่าโปรแกรมดังกล่าวทำให้ค่าอัตราการเต้นของหัวใจหลังได้รับโปรแกรมลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ

Halm (1990) ทำการศึกษาแบบกึ่งทดลอง ในการทดสอบผลของการพยาบาลแบบกลุ่มสนับสนุน ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 55 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลแบบกลุ่มสนับสนุน ที่จัดให้มีการเข้ากลุ่มพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ช่วยเหลือและให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา การหาและใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ มีความเห็นอกเห็นใจ และเข้าใจกันภายในกลุ่ม ผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลหลังการได้รับการพยาบาลแบบกลุ่มสนับสนุนลดลงต่ำกว่าก่อนการได้รับการพยาบาลแบบกลุ่มสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญ

Jamerson et al. (1996) ศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวที่มีสมาชิกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต เป็นการวิจัยเชิงสำรวจย้อนหลังเชิงพรรณนา และเชิงคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมอุบัติเหตุ กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วย 20 คน เป็นหญิง 18 คน และเป็นชาย 2 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม (Focus group interview) และสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์ของญาติจัดเข้ากลุ่มได้ 4 ประเด็น คือ

- 1.ภาวะคว้งคว้าง (Hovering) เป็นความรู้สึกในระยะแรก คือ สับสน เครียด และไม่แน่ใจในตัวของผู้ป่วยในขณะที่รอเยี่ยม ไม่รู้ว่าผู้ป่วยอยู่ตรงไหน จะถามข้อมูลได้จากใคร และอย่างไร และจะปฏิบัติตัวอย่างไร

2. การเสาะหาข้อมูล (Information seeking) เป็นกระบวนการในการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย

3. การติดตามเหตุการณ์ (Tracking) เป็นกระบวนการในการสังเกต วิเคราะห์ ประเมินการดูแลผู้ป่วย และภาวะของผู้ป่วย การสังเกตของครอบครัวผู้ป่วยนี้รวมถึงเครื่องมือที่ใช้ในหอผู้ป่วย ลักษณะของการให้การพยาบาล และการตอบสนองต่อความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ และการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล

4. การรวบรวมแหล่งทรัพยากร (Gathering of resource) เป็นการหาทรัพยากรต่างๆในสิ่งที่ครอบครัวผู้ป่วยต้องการ ทางด้านร่างกาย เช่น อาหาร การพักผ่อน ความเป็นส่วนตัว ความต้องการด้านจิตใจ เช่น การช่วยเหลือ สนับสนุนให้กำลังใจจากครอบครัวอื่น เพื่อนและผู้ให้การดูแล

Aimin (1999) ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่างคือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 30 คนแบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 15 คน และกลุ่มทดลอง 15 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ดำเนินการทดลองโดยพบสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต 3 ครั้งใน 3 วัน และให้การสนับสนุนด้านข้อมูล ใช้แบบวัดความวิตกกังวลของ Spielberger ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ภายหลังจากได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลภายหลังจากได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลในกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Leske (2002) ทำการศึกษาจากงานวิจัยของนักวิชาการหลายท่าน เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลต่อครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต สรุปได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต มีดังนี้

1. จัดระบบให้การสนับสนุนครอบครัว
2. จัดให้มีพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อช่วยในการติดต่อกับครอบครัวผู้ป่วย
3. อำนวยความสะดวกในการเข้าเยี่ยมของครอบครัวผู้ป่วย
4. สร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด
5. ขอเบอร์โทรศัพท์ของญาติไว้และให้เบอร์โทรศัพท์ของหอผู้ป่วยแก่ญาติ เพื่อสะดวกในการติดต่อสื่อสารระหว่างญาติและเจ้าหน้าที่
6. ให้ข้อมูลตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยแต่ละคน
7. ให้การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ
8. ให้คำอธิบายกิจกรรมการพยาบาลและเหตุผลให้การพยาบาล โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย
9. แนะนำสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์เครื่องใช้ที่ใช้กับผู้ป่วย
10. เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
11. เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
12. จัดให้มีการดูแลสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

13. จัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกในห้องพักญาติ

14. เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลอาการผู้ป่วยในแต่ละวัน

Bond (2003) ได้ทำการศึกษาความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ที่ได้รับการกระทบกระเทือนทางสมองอย่างรุนแรง โดยการสัมภาษณ์สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักทางระบบประสาท 7 คน พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการ 4 ประการ คือ

1. ต้องการที่จะได้รับทราบความจริง
2. ต้องการที่จะได้รับข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้
3. ต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
4. ต้องการที่จะทราบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลเป็นอย่างไร

4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลและการบริหารแบบมี

ส่วนร่วม

จันทรา จินดา (2546) ทำการศึกษาแบบกึ่งทดลอง เรื่องผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และความพึงพอใจในงานของพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิระพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติหรือผู้นำส่งผู้ป่วย ที่มาใช้บริการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 60 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 33 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน สร้างและพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) ร่วมกับแนวคิดการคัดกรองผู้ป่วยตามมาตรวัดระดับความเร่งด่วนของ CTAS (1998) แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการ สร้างตามแนวคิดของ Davis และ Bush (1995) และแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล สร้างตามแนวคิดของ Spector (1997) ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจในบริการของผู้ใช้บริการ หลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย ตามระดับความเร่งด่วน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย ตามระดับความเร่งด่วน ในภาพรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน ความพึงพอใจในงานของพยาบาล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วน ในภาพรวมและรายด้าน ไม่แตกต่างกัน แต่พบรายข้อ ด้านลักษณะงาน 2 ข้อ และรายข้อ ด้านการบังคับบัญชา 3 ข้อ ที่ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย ตามระดับความเร่งด่วน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พิสมัย คุณาภรณ์ (2546) ทำการศึกษาแบบกึ่งทดลอง เรื่องผลการใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ต่อความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยรับใหม่ จำนวน 40 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน และกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน จำนวน 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ สร้างตามมาตรฐานการพยาบาลการบริการผู้ป่วยในของ กองการพยาบาล (2542) การพยาบาลรับใหม่ของ เรณู สอนเครือ และแนวคิดการสร้างสัมพันธ์ภาพของ Watson (Watson,1995 อ้างถึงใน นวศนันท์ วงศ์ประสิทธิ์,2543) มาประยุกต์ใช้ในรูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจ แก้ปัญหา ได้แสดงความคิดเห็น เสนอแนะต่อร่างรูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ขึ้น แบบสังเกตการปฏิบัติการพยาบาล แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย ตามแนวคิดของ Aday and Aderson (1975) และแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล ตามแนวคิดของ Slavit et al (1978) ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย กลุ่มที่ได้รับบริการตามรูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามรูปแบบการบริการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความพึงพอใจในงานของพยาบาลหลังใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล (2546) ทำการศึกษาแบบกึ่งทดลอง เรื่องผลของจัดการรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว และความพึงพอใจของพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป จำนวน 40 คน ครอบครัวผู้ป่วย จำนวน 40 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องรับ-ส่งผู้ป่วย ห้องผ่าตัด และห้องพักฟื้น ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารับดี จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โครงการการจัดรูปแบบการบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว สร้างโดยใช้หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) แผนการสอนเรื่อง การจัดรูปแบบการบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว คู่มือปฏิบัติงาน วิดีทัศน์ เรื่อง การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อรับการผ่าตัด สร้างขึ้นตามแนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัวของ Atkinson and Fortunato (1996) ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลของ Roach (1993) และแบบประเมินผลการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบประเมินผลความวิตกกังวลของผู้ป่วย แบบประเมินผลความวิตกกังวลของครอบครัว เป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger (1983) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล สร้างตามแนวคิดทฤษฎีความต้องการของ McClelland (McClelland cited in Robbins, 2001) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว มีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลผ่าตัดตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว มีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลผ่าตัดตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .05$) ความพึงพอใจของพยาบาลหลังการใช้รูปแบบบริการผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวสูงกว่าก่อนการใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

5.กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยนี้ ประกอบด้วยรูปแบบการให้ข้อมูล ที่สร้างตามแนวคิดการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Thelan , Urden, Lough and Stacy (1998) ในการสร้าง และ พัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลในหอผู้ป่วยวิกฤตนี้ ใช้แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม (Swansburg,2002) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่1) การฝึกอบรมพยาบาล เรื่องการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อลดความวิตกกังวล ขั้นตอนที่2) การร่วมกันสร้างรูปแบบการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ขั้นตอนที่3) การจัดทำสื่อวีดิทัศน์ และคู่มือ การให้ข้อมูลตามเนื้อหาในรูปแบบที่ร่วมกันกำหนด ขั้นตอนที่4) การทดลองใช้รูปแบบการให้ข้อมูล ขั้นตอนที่5) ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบ ขั้นตอนที่6) การปฏิบัติการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลที่สร้างขึ้นครอบคลุมองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย หมายถึง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับชนิด อาการการเจ็บป่วยของโรคหลอดเลือดสมอง แนวทางการรักษาของแพทย์ อาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยในแต่ละวัน กิจกรรมการพยาบาลและเหตุการณ์ให้การพยาบาล 2) ด้านจิตใจ หมายถึง การเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้ซักถาม การอำนวยความสะดวกในการติดต่อพูดคุยกับแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย การแนะนำวิธีให้กำลังใจผู้ป่วย 3) ด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง การแนะนำสภาพภายในหอผู้ป่วยวิกฤต อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความจำเป็นในการช่วยกันรักษาความสะอาดเมื่อเข้าเยี่ยม และ 4) ด้านเศรษฐกิจ-สังคมและวัฒนธรรม หมายถึง การให้คำแนะนำสิทธิประโยชน์ในการเบิกค่ารักษาพยาบาล การเปิดโอกาสให้เยี่ยมนอกเวลาได้และการยอมรับความเชื่อของครอบครัวผู้ป่วย และขั้นตอนที่ 7) การประเมินผลการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

ผลการสร้างและพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลออกมาในรูปของ แนวทางการปฏิบัติการให้ข้อมูล คู่มือการปฏิบัติงานด้านการให้ข้อมูล แบบกำกับกับการปฏิบัติการให้ข้อมูล และวีดิทัศน์ เกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยมีเนื้อหาการให้ข้อมูลที่เหมือนกัน เพื่อให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยวิกฤต ได้ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานด้านการให้ข้อมูล เพื่อตอบสนองความต้องการด้านการได้รับข้อมูล และลดความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต วัดโดยใช้เครื่องมือวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger (1983) ที่ผู้วิจัยนำมาปรับใช้เพื่อให้เข้ากับบริบทของความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้1) ความวิตกกังวลด้านร่างกาย หมายถึง ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในแต่ละวัน กิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต วิตกกังวลจนทำให้นอนไม่หลับ 2) ความวิตกกังวลด้านจิตใจ หมายถึง ความรู้สึกของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด เชื่อมั่นว่าครอบครัวมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นได้ รู้สึกสบายใจที่ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการคืบหน้าของผู้ป่วย รู้สึกผ่อนคลายเมื่อได้พูดคุยระบายความรู้สึกกับพยาบาล รู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่คาดคิดอาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย 3) ความวิตกกังวลด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการอำนวยความสะดวก

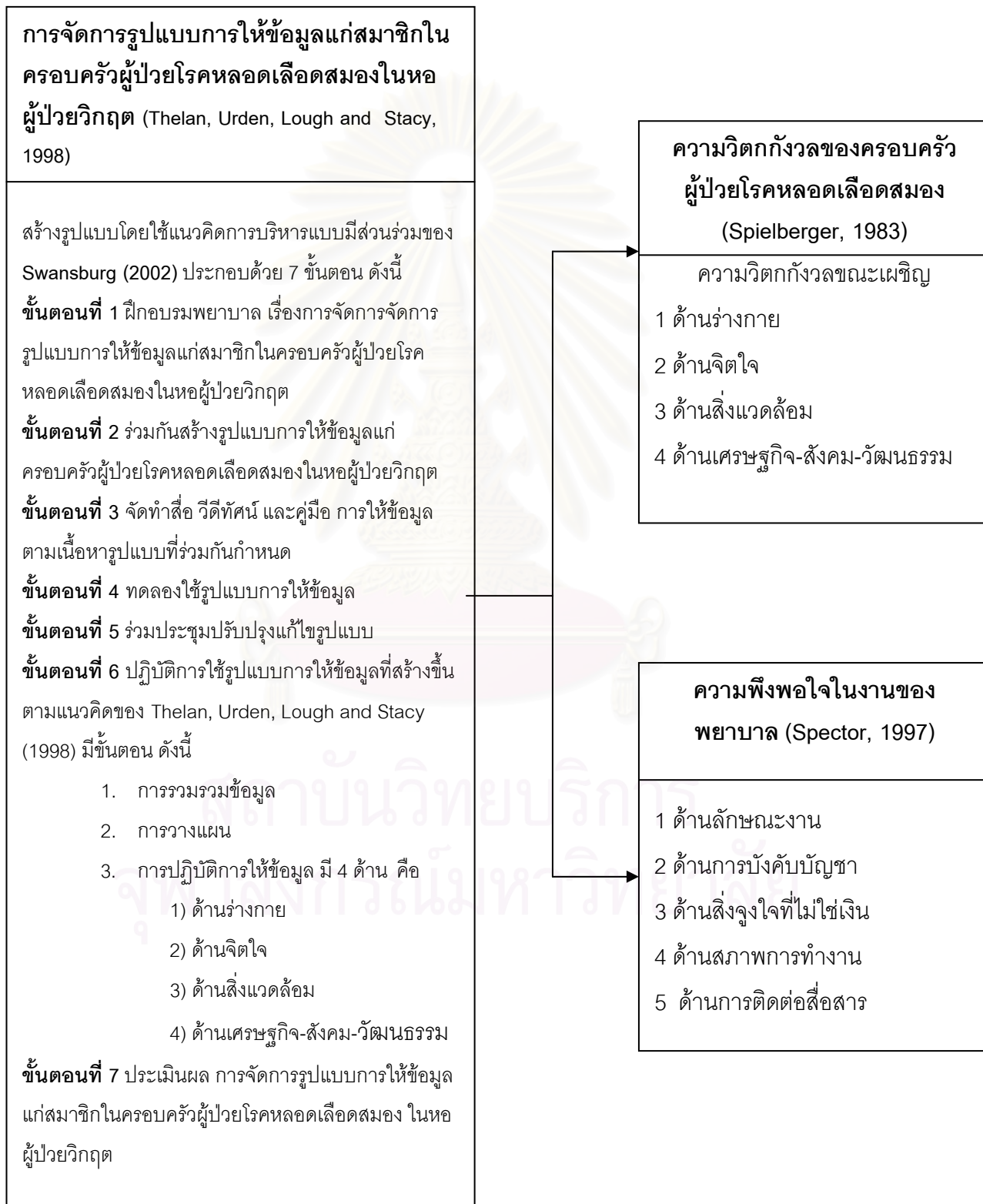
ความสะดวกในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย การรู้สึกไม่คุ้นเคยกับอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ที่ใช้กับผู้ป่วย การรู้สึกกระวนกระวายใจเมื่อต้องเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามเวลา รู้สึกอึดอัดใจไม่รู้ว่าจะถามข้อมูลได้กับใคร และรู้สึกเป็นห่วงอย่างยิ่งที่ต้องรอเยี่ยมผู้ป่วยด้านนอก และ4) ความวิตกกังวลด้านเศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรม หมายถึง รู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รู้สึกจิตใจสงบ ที่ได้รับการยอมรับจากพยาบาลที่ให้ปฏิบัติตามความเชื่อ รู้สึกผ่อนคลายความตึงเครียดเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ตามความต้องการ รู้สึกสบายใจที่ได้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามคำแนะนำของพยาบาล และรู้สึกพึงพอใจที่พยาบาลให้ข้อมูลได้ครอบคลุมตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิบัติกรให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤตทั้ง 4 ด้าน

การที่พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้รับความไว้วางใจจากหัวหน้าหน่วยงาน ในการสร้างรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต นับเป็นงานที่ทำทลายความสามารถแก่ผู้ปฏิบัติงาน ผู้ปฏิบัติงานเกิดความรู้สึกผูกพันในงานที่ตนได้มีส่วนร่วม เกิดการทำงานประสานกันเป็นทีมอย่างต่อเนื่อง มีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ และเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จของงานร่วมกัน เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และพึงพอใจในงาน ตามแนวคิดของ Spector (1997) 5 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านลักษณะงาน หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตที่ได้ใช้ความคิดอิสระ ในการปฏิบัติการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย รวมทั้งรู้สึกว่าลักษณะงาน หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตที่ได้ใช้ความคิดอิสระ ในการปฏิบัติการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมทั้งรู้สึกว่างานที่ทำอยู่เป็นงานที่ทำทลายความสามารถตามบทบาทของตนเอง และช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลมากขึ้น 2) ด้านการบังคับบัญชา หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับลักษณะปฏิบัติของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย ต่อการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นความรู้สึกที่ได้รับการไว้วางใจในการปฏิบัติงาน ส่งเสริม สนับสนุน จูงใจให้ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพด้วยความเต็มใจ รวมทั้งอำนวยความสะดวกเปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการคิด พัฒนางานอย่างเสมอภาค 3) ด้านสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับการรับรู้คุณค่าของตนเอง จากการมีส่วนร่วมในการพัฒนางาน เกิดความมั่นใจในการทำงาน ได้รับการยอมรับจากครอบครัวผู้ป่วย เพื่อนร่วมงาน หัวหน้าหน่วยงาน ได้รับการยกย่องชมเชยจากครอบครัวผู้ป่วย และเกิดความภาคภูมิใจ เมื่อปฏิบัติงานบรรลุผลสำเร็จ 4) ด้านสภาพการทำงาน หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับความชัดเจนของแนวทางการปฏิบัติการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์เพื่อประกอบการให้ข้อมูล การจัดสถานที่และบรรยากาศในการให้ข้อมูลเพื่อช่วยให้ การให้ข้อมูลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และ5) ด้านการติดต่อสื่อสาร หมายถึง ความพึงพอใจของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับขั้นตอนและรายละเอียดของการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ง่ายต่อการเข้าใจ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของพยาบาลและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย มีการสื่อสารแบบตัวต่อตัว เปิดเผยตรงไปตรงมา พยาบาลผู้ปฏิบัติมีการประสานงานที่ดีภายในทีม และระหว่างสหสาขาวิชาชีพ

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยนำไปใช้ในการสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแสดงใน
แผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1.

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

วิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีวัตถุประสงค์แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อพัฒนาการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

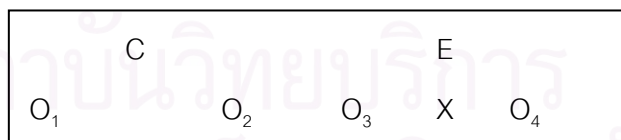
วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลที่มีต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต

2. เพื่อศึกษาผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีต่อความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาล

ดำเนินการวิจัยโดยการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูล เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล และกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ

แบบแผนการทดลองเป็นแบบศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง (Non equivalent control group pretest and posttest design) ดังแบบแผน



C : กลุ่มควบคุม

E : กลุ่มทดลอง

O₁ : ระดับความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการบริการตามปกติ

O₂ : ระดับความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุม หลังได้รับการบริการตามปกติ

O₃ : ระดับความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลอง ก่อนการให้รูปแบบการให้ข้อมูล แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต และความพึงพอใจของพยาบาล ก่อนการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล

O4 : ระดับความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลอง หลังการใช้รูปแบบการให้ข้อมูล แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต และความพึงพอใจของพยาบาล หลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล

X : การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

พื้นที่วิจัย

พื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้ คือหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 1

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 กลุ่ม คือ

1.กลุ่มครอบครัวผู้ป่วย คือ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 1

2. กลุ่มพยาบาล คือ พยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานประจำในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลพญาไท 1

กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 กลุ่ม คือ

1.**กลุ่มครอบครัวผู้ป่วย** คือ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับการรักษาพยาบาลที่หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 1 วันที่ 1 มีนาคม 2548 ถึงเดือน วันที่ 8 เมษายน 2548 จำนวน 30 คนแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 15 คน มีคุณสมบัติดังนี้

- 1.มีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย
- 2.สามารถที่จะตอบแบบสอบถามได้
- 3.มีบทบาทความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ในฐานะสามี/ภรรยา บุตร หรือ พี่/น้อง ที่มีความผูกพันกับผู้ป่วย โดยทางกฎหมายหรือทางสายเลือดและหรือเป็นผู้อยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย
- 4.อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- 5.เป็นบุคคลเดียวกันที่อยู่กับผู้ป่วย ตั้งแต่วันแรกที่มาับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต และได้รับการให้รูปแบบการให้ข้อมูลจากพยาบาล

การจัดคู่กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

การเลือกสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยนำกลุ่มตัวอย่างมาจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน โดย 15 คนแรกจัดให้เป็นกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอีก 15 คน จัดเข้าเป็นกลุ่มทดลอง ดำเนินการจัดคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกันเป็นคู่ๆ (Matched Pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลอง สุวนีย์ ดันดีพัฒนานันท์ (2522)

กล่าวว่า ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวล คือ ธรรมชาติของบุคคล ที่ประกอบด้วย เพศ อายุ วรรณพันธุ์ ประสบการณ์ในอดีต และธรรมชาติของสิ่งที่มากระตุ้น ประกอบด้วย ความสำคัญ ความรุนแรง ชนิดของสิ่งที่มากระตุ้น ระยะเวลาที่มากกระทบ สิ่งที่เคยประสบมาก่อน การรู้ล่วงหน้า ส่วนชนชั้นฐานะ (2534) พบว่า การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และการสนับสนุนทางสังคมคือ การได้อยู่ใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัว ผลต่อระดับความวิตกกังวลเช่นกัน

ดังนั้นการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้จับคู่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อให้มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด โดยจัดกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศเดียวกัน อายุอยู่ในช่วงเดียวกัน ต่างกันไม่เกิน 5 ปี (Reider ,1994) มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยทางสายเลือด หรือทางกฎหมาย ได้แก่ บิดา/มารดา สามี/ภรรยา บุตร พี่/น้อง เท่านั้น ส่วนปัจจัยอื่น เช่น ประสบการณ์ในอดีต ฐานะทางเศรษฐกิจ และการศึกษา ให้ผลต่อความวิตกกังวลยังไม่แน่นอนผู้วิจัยจึงไม่นำมาเป็นคุณสมบัติในการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์การคัดออกเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก น้อยกว่า 1 วัน สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้าร่วมในงานวิจัยไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ครบทั้ง 3 วันและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยอื่นที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ได้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 30 คน (ตารางที่ 1) โดยดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ.2548 ถึงวันที่ 8 เมษายน พ.ศ.2548 เก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อนเมื่อครบจำนวน 15 คน จึงเริ่มเก็บกลุ่มทดลองจำนวน 15 คน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองประมาณ 2 อาทิตย์เท่าๆกัน ซึ่งเวลาในการเก็บข้อมูลของกลุ่มควบคุมจะเก็บก่อนกลุ่มทดลองประมาณ 2 อาทิตย์ เพื่อป้องกันไม่ให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นคนเดียวกัน หรือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมบางรายอาจได้รับการใช้รูปแบบการให้ข้อมูล และผู้วิจัยกำหนดว่าเวลาในการเก็บข้อมูลที่ห่างกัน 2 อาทิตย์จะไม่มีผลต่อการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

2.กลุ่มพยาบาล เป็นพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยจำนวน 15 คน มีคุณสมบัติ ดังนี้

- 1.เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำ ในหน่วยงานที่ทำการทดลอง
2. มีประสบการณ์การปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี และให้ความร่วมมือในการวิจัย

ตารางที่ 1 การจับคู่กลุ่มตัวอย่าง สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ตามลักษณะของ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง		
คู่ที่	เพศ	อายุ(ปี)	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	เพศ	อายุ(ปี)	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
1.	ชาย	32	บุตร	ชาย	35	น้อง
2.	หญิง	26	บุตร	หญิง	30	บุตร
3.	หญิง	52	น้อง	หญิง	54	ภรรยา
4.	หญิง	50	น้อง	หญิง	47	บุตร
5.	หญิง	31	บุตร	หญิง	34	บุตร
6.	หญิง	50	น้อง	หญิง	46	บุตร
7.	ชาย	45	บุตร	ชาย	41	บุตร
8.	ชาย	45	บุตร	ชาย	42	บุตร
9.	ชาย	40	บุตร	ชาย	39	บุตร
10.	หญิง	28	บุตร	หญิง	30	บุตร
11.	ชาย	36	บุตร	ชาย	39	บุตร
12.	ชาย	50	บุตร	ชาย	48	บุตร
13.	ชาย	46	บุตร	ชาย	48	บุตร
14.	หญิง	48	บุตร	หญิง	46	บุตร
15.	หญิง	43	บุตร	หญิง	42	บุตร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการสร้างและพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย 5 ชุด ดังนี้คือ (ดังภาคผนวก ง ส่วนที่ 1)

ชุดที่ 1.1 โครงการ "การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อลดความวิตกกังวล" โดยใช้หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วม ของ Swansburg (2002) ในการดำเนินโครงการ ร่วมกับการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยตามแนวคิดของ Thelan, Lough, Urden and Stacy (1998)

ชุดที่ 1.2 แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การจัดรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อลดความวิตกกังวล

ชุดที่ 1.3 แนวทางการปฏิบัติการให้ข้อมูล แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต สำหรับพยาบาลแผนกผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 1

ชุดที่ 1.4 คู่มือการปฏิบัติงาน เรื่อง การให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต สำหรับพยาบาลแผนกผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 1 ประกอบด้วย รายละเอียดของการปฏิบัติ และขั้นตอนการให้ข้อมูล 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การรวบรวมข้อมูล 2) วางแผนการให้ข้อมูล 3) ปฏิบัติการให้ข้อมูล และ 4) ประเมินผลภายหลังการให้ข้อมูล

ชุดที่ 1.5 บทวิดิทัศน์ เรื่อง คำแนะนำสำหรับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองใช้รูปแบบการให้ข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด ได้แก่ (ดังภาคผนวก ง ส่วนที่ 2)

เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

ชุดที่ 2.1 แบบกำกับการทดลอง เป็นแบบสังเกตการปฏิบัติการให้ข้อมูล แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามแนวทางการปฏิบัติการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 2.2 แบบประเมินความวิตกกังวล ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger et al., 1983)

ชุดที่ 2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลในการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีความพึงพอใจของ Spector (Spector, 1997)

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการสร้างและพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูล แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย 5 ชุด ดังนี้คือ

ชุดที่ 1.1 โครงการ “การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อลดความวิตกกังวล” จัดทำขึ้นเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการด้านการให้ข้อมูลแก่พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤต โดยให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการจัดรูปแบบการให้ข้อมูล และพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วม ของ Swansburg (2002) และแนวคิดการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย Thelan, Lough, Urden and Stacy (1998)

ชุดที่ 1.2 แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการจัดรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อลดความวิตกกังวล จัดทำขึ้นเพื่อให้ความรู้แก่พยาบาลหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตเกี่ยวกับแนวคิด หลักการ การให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ตามแนวคิดของ Thelan, Lough, Urden and Stacy (1998) เพื่อให้พยาบาลสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปประยุกต์ใช้ในการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล

ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้คือ

1.ผู้วิจัยเขียนโครงการ “การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อลดความวิตกกังวล” และเขียนแผนการอบรมเชิงปฏิบัติการ: การให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามแนวคิดของ Thelan, Lough, Urden and Stacy (1998) โดยมีเนื้อหาการให้ข้อมูล ครอบคลุม 4 ด้านคือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสิ่งแวดล้อม และ4) ด้านเศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรม

2.การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำโครงการ และแผนการอบรมเชิงปฏิบัติการไปให้อาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา

3.นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

ชุดที่ 1.3 แนวทางการปฏิบัติ การให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

ชุดที่ 1.4 คู่มือการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาล

มีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ ดังนี้คือ

1.ผู้วิจัยศึกษาจากตำรา เอกสาร บทความทางวิชาการ งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ เรื่อง การให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โรคหลอดเลือดสมอง

2.ผู้วิจัยร่างเครื่องมือ แนวทางการปฏิบัติกรให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ที่พัฒนาจากแนวคิดการให้ข้อมูลในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ของ Thelan, Lough, Urden and Stacy (1998) ซึ่งมีเนื้อหาในการให้ข้อมูล ครอบคลุม 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสิ่งแวดล้อม และ4)

ด้านเศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรม โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติการให้ข้อมูลของพยาบาล 4 ขั้นตอน

คือ 1) การรวบรวมข้อมูล 2) การวางแผนการให้ข้อมูล 3) การปฏิบัติการให้ข้อมูล และ 4) การประเมินผล

3.อบรมเชิงปฏิบัติการ (ใช้เวลา 8 ชั่วโมง) ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการฝึกอบรมพยาบาล เรื่อง การจัดการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ตามแผนการอบรมที่สร้างขึ้น ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ในการดำเนินโครงการการจัดรูปแบบการให้ข้อมูล แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความสำคัญของการจัดรูปแบบการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และแนวคิดการให้ข้อมูลในหอผู้ป่วยวิกฤตของ การอบรมเชิงปฏิบัติการนี้แบ่งเป็น 2 ช่วง คือช่วงที่ 1 ระยะเวลา 4 ชั่วโมงแรกเป็นการให้แนวคิดและหลักการการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ตามแนวคิดของ Thelan, Lough, Urden and Stacy (1998) และช่วงที่ 2 ระยะเวลา 4 ชั่วโมงหลัง เป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมสมอง ร่วมกันร่างเนื้อหาเกี่ยวกับ “การให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 1”

4.จัดประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยมีส่วนสำคัญในการกระตุ้นให้พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตทุกคนมีความตระหนักและเห็นความสำคัญในการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล เพื่อลดความวิตกกังวลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยมอบอำนาจในการตัดสินใจ ให้ความไว้วางใจ ให้การสนับสนุน ให้อิสระในการแสดงความคิดเห็น ร่วมกันคิด ร่วมกันตัดสินใจ วางแผนเพื่อกำหนดแนวทางการให้ข้อมูล โดยนำผลการประชุมเชิงปฏิบัติการและร่างแนวทางการปฏิบัติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาร่วมกันพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้ครอบคลุมและเหมาะสมในการนำไปปฏิบัติให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Valid) นำแนวทางการปฏิบัติและคู่มือปฏิบัติงานการให้ข้อมูล แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ปรีกษาอาจารย์ที่ปรึกษา และให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน ซึ่งเป็นนักวิชาการในตำแหน่งที่มีความรู้ความชำนาญในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 3 ท่าน อาจารย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้ป่วยหนัก 3 ท่าน ผู้บริหารการพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานหอผู้ป่วยวิกฤต 1 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยถือเกณฑ์ คือเครื่องมือต้องผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาความครอบคลุม และจำนวนที่ใช้ โดยผ่านเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ใน 7 ท่าน

จากการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิพบว่า แนวทางการปฏิบัติงาน ไม่เขียนวิธีการใช้ ไม่ระบุผู้ใช้ และสถานที่นำไปใช้ ให้ชัดเจน ส่วนคู่มือการปฏิบัติงานรูปแบบการเขียนยังไม่ถูกต้อง เขียนเป็นแผนการสอน เสนอแนะว่า คู่มือการปฏิบัติงานควรมีภาพสวยงาม เพื่อชวนให้น่าอ่าน ตัวหนังสือเล็กเกินไปอ่านไม่สบายตา ไม่ระบุว่าคู่มือปฏิบัติงานใครเป็นผู้ใช้ ไม่มีรายละเอียดการใช้คู่มือการปฏิบัติงาน

2.ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความครบถ้วนอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

3.ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาล จำนวน 10 ราย พบว่า เนื้อหาการให้ข้อมูลมีความเหมาะสม อ่านแล้วเข้าใจง่าย มีขั้นตอนการปฏิบัติการให้ข้อมูลที่ชัดเจน สามารถนำไปใช้ทำการทดลองต่อไปได้

ชุดที่ 1.5 วิดีทัศน์

การสร้างเครื่องมือ

1.ผู้วิจัยศึกษาจากตำรา เอกสาร บทความทางวิชาการ งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ เรื่อง การให้ ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โรคหลอดเลือดสมอง

2.ร่างเนื้อหาในวีดีทัศน์ ให้ครอบคลุม ตามแนวทางการให้ข้อมูลในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ของ Thelan, Lough, Urden and Stacy (1998) มี 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้าน สิ่งแวดล้อม และ 4) ด้านเศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรม เขียนเป็นโครงเรื่องและบทสำหรับถ่ายทำ (Video script) เรื่อง คำแนะนำสำหรับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

3.จัดประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต ให้พยาบาล ทุกคนมีอิสระในการร่วมกันแสดงความคิดเห็น ปรับปรุงแก้ไข เนื้อหา การลำดับภาพ และสำนวนภาษาในการบรรยาย เพื่อให้การให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ครบถ้วน เข้าใจง่าย

4.จัดเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ประกอบฉากให้พร้อม เตรียมนักแสดงพร้อมกับซักซ้อมบทให้เข้าใจ ตรงกัน ถ่ายภาพ สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยวิกฤต อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ที่ใช้กับผู้ป่วย กิจกรรม การพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

5.นำภาพที่ได้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสื่อ ตัดต่อภาพ พร้อมบันทึกเสียงคำบรรยายและเสียงดนตรี บรรเลง และใส่ภาพประกอบ ตามบทวีดีทัศน์ จนได้สื่อที่เสร็จสมบูรณ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Valid) นำบทวีดีทัศน์ เรื่อง คำแนะนำสำหรับ ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต ปริญญาจารย์ที่ปรึกษา และให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 9 ท่าน ซึ่งเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคระบบประสาท 1 ท่าน นักวิชาการในตำแหน่งที่ความรู้ความชำนาญ ในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 3 ท่าน อาจารย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้ป่วยหนัก 3 ท่าน ผู้บริหารการพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานหอผู้ป่วยวิกฤต 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิในด้านสื่อ 1 ท่าน (ตั้ง รายนามในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม และสำนวนภาษาที่ใช้ ซึ่งผ่าน เกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 9 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อเสนอแนะว่า เนื้อหามาก ระยะเวลายาว เกินไป เนื้อหาที่ให้อาจยังไม่เน้นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง สำนวนบางคำเข้าใจ ยาก

2.นำบทวีดีทัศน์ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา สำนวนภาษาให้ตรงประเด็นและชัดเจนมากขึ้น

3.นำบทวีดีทัศน์ ที่ผ่านการพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสื่อ ปรับปรุง แก้ไข ตัดต่อภาพและบันทึกเสียง ตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา และนำมาพิจารณาร่วมกับอาจารย์

ที่ปรึกษาอีกครั้ง ซึ่งมีข้อปรับปรุงคือ การเรียงลำดับภาพยังไม่เหมาะสม ระยะเวลาที่ใช้สั้นและกระชับเกินไป

4. นำวีดีทัศน์ ไปปรับปรุงแก้ไข ตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา กับผู้ทรงคุณวุฒิด้านสื่ออีกครั้ง

5. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำวีดีทัศน์ เรื่อง คำแนะนำสำหรับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่แก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้เป็นแนวทางการให้ข้อมูลร่วมกับคู่มือการปฏิบัติงาน การให้ข้อมูล โดยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย จำนวน 10 ราย ดูและประเมินว่าเข้าใจในเนื้อหา มากน้อยเพียงใด พบว่าเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา ความชัดเจนของน้ำเสียง การเรียงลำดับภาพ ระยะเวลาที่ใช้เป็นไปตามกำหนด และสามารถนำไปใช้ทำการทดลองต่อไปได้

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองใช้รูปแบบการให้ข้อมูล ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง มี 1 ชุดคือ

ชุดที่ 2.1 แบบกำกับการทดลอง เป็นแบบสังเกตการปฏิบัติการให้ข้อมูล แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามแนวทางการปฏิบัติการให้ข้อมูล

มีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ ดังนี้คือ

1. ผู้วิจัยศึกษาจากตำรา เอกสาร บทความทางวิชาการ งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ เรื่อง การให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบกับแนวทางการให้ข้อมูล ที่ผู้วิจัยและพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤตร่วมกันสร้างขึ้น

2. จัดทำเนื้อหาของกิจกรรมการปฏิบัติการให้ข้อมูล โดยมีเนื้อหาเช่นเดียวกับ ในคู่มือการปฏิบัติการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งมีทั้งหมด 16 ข้อ (รายละเอียดดังภาคผนวก ง ชุดที่ 2.1)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Valid) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน ซึ่งเป็นนักวิชาการในตำแหน่งที่มีความรู้ความชำนาญในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 3 ท่าน อาจารย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้ป่วยหนัก 3 ท่าน ผู้บริหารการพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานหอผู้ป่วยวิกฤต 1 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม และสำนวนภาษาที่ใช้ โดยถือเกณฑ์ผ่านการยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ใน 7 ท่าน พบว่า เนื้อหาผ่านเกณฑ์แต่แบบกำกับการทดลองไม่ได้ระบุผู้ใช้ วิธีการสังเกต ช่วงเวลาในการสังเกต กิจกรรมการพยาบาลแต่ละขั้นตอน ไม่แสดงพฤติกรรมที่แสดงออกให้เห็นได้ชัดเจน

2. นำเครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มาพิจารณา ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา ขั้นตอนการปฏิบัติ และวิธีการปฏิบัติที่ชัดเจนอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

3. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเหมือนกับประชากรที่ศึกษา ผู้วิจัยพร้อมผู้ช่วยวิจัยอีก 2 คน (รวม 3 คน) ร่วมกันใช้แบบกำกับการทดลอง และสังเกตกิจกรรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่องในเวร แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (Inter-rater reliability) จากสูตร (Pilot and Hunger, 1999) ดังนี้

$$\text{ความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต} = \frac{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน}}{\text{จำนวนการสังเกต + จำนวนการสังเกตที่ต่างกัน}}$$

ได้ค่าความเที่ยง ดังนี้

ผู้วิจัย : ผู้ช่วยวิจัย คนที่ 1 ค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกตกิจกรรมการพยาบาลตามรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต เท่ากับ .94

ผู้วิจัย : ผู้ช่วยวิจัย คนที่ 2 ค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกตกิจกรรมการพยาบาลตามรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต เท่ากับ .94

การนำไปใช้และเกณฑ์ในการให้คะแนน

แบบสังเกตการปฏิบัติการให้ข้อมูล แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ใช้เพื่อกำกับการปฏิบัติการพยาบาล ตามรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้ร่วมกับคู่มือ และวีดิทัศน์การให้ข้อมูล มีทั้งหมด 16 ข้อหลักที่ใช้ในการสุ่มสังเกต โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้ ปฏิบัติ = 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ = 0 คะแนน ถ้าไม่ปฏิบัติด้วยสาเหตุอื่น ระบุในหมายเหตุ = ไม่มีคะแนน จะไม่คิดคะแนนและจำนวนข้อ พยาบาลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ตามรูปแบบการให้ข้อมูล ไม่ต่ำกว่า 80% ของกิจกรรมทั้งหมด ในการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต 1 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 2.2 แบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง

การสร้างเครื่องมือ

แบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย เพศ อายุ ประสบการณ์ที่เคยรับบริการในหอผู้ป่วยวิกฤต ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล ปัญหาในเรื่องค่ารักษาพยาบาล และปัญหาอื่นๆ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำ

2. แบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

มีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ โดยการศึกษา ค้นคว้าจากเอกสาร งานวิจัย และตำราต่างๆ ที่เกี่ยวกับการประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว และสร้างแบบประเมินความวิตกกังวลตามแนวคิดการประเมินความวิตกกังวลของ สปีดเบอร์กเกอร์ Spielberg (1983) ซึ่งเป็นแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ ที่มีชื่อว่า State anxiety ประกอบด้วยข้อคำถามที่แสดงถึงความรู้สึกที่เกี่ยวกับความวิตกกังวล จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความที่แสดงถึงความวิตกกังวลในด้านบวก 10 ข้อ และเป็นข้อความที่แสดงถึงความวิตกกังวลในด้านลบ 10 ข้อ แต่ละข้อให้เลือกตอบโดยประเมินตนเองว่ามีความรู้สึกในแต่ละข้อมากน้อยเพียงใด แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมิน 4 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด
ค่อนข้างมาก	หมายถึง ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบค่อนข้างมาก
มีบ้าง	หมายถึง ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเล็กน้อย
ไม่มีเลย	หมายถึง ความรู้สึกนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบ

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้ มากที่สุด ให้ 4 คะแนน ค่อนข้างมาก ให้ 3 คะแนน มีบ้าง ให้ 2 คะแนน ไม่มีเลยให้ 1 คะแนน ส่วนข้อความด้านลบการให้คะแนนจะเป็นไปในทางตรงข้าม

ในการสร้างแบบสอบถาม ผู้วิจัยคำนึงถึงคำถามในแต่ละข้อต้องครอบคลุมค่านิยม ตัวแปร ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ให้อาหารเบื้องต้น จึงได้นำมาดัดแปลงเพื่อให้เข้ากับบริบทของการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย 4 รายการ ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย 5 ข้อ 2) ด้านจิตใจ 5 ข้อ 3) ด้านสิ่งแวดล้อม 5 ข้อ และ 4) ด้านเศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรม 5 ข้อ รวมทั้งหมด 20 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Valid) นำแบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา และให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน ซึ่งเป็นนักวิชาการในตำแหน่งที่มีความรู้ความชำนาญในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 3 ท่าน อาจารย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้ป่วยหนัก 3 ท่าน ผู้บริหารการพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานหอผู้ป่วยวิกฤต 1 ท่าน ดังรายนามในภาคผนวก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาความครอบคลุม และสำนวนที่ใช้ในแบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต ผ่านเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ใน 7 ท่าน โดยหาค่าความสอดคล้องของความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI = .95) ได้ปรับความชัดเจนของข้อความแบบสอบถาม ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

1.ด้านร่างกาย มีคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ปรับแก้สำนวนเล็กน้อยและตัดข้อที่ไม่เหมาะสมออก 1 ข้อ คือ ข้อ 1) ท่านรู้สึกตื่นเต้นเมื่อพยาบาลกำลังเข้ามาให้การพยาบาลผู้ป่วย เนื่องจากว่าความรู้สึกที่วัดเป็นของญาติ ด้านร่างกายของญาติ ญาติจะตื่นเต้นเมื่อพยาบาลมาให้การพยาบาลผู้ป่วยไม่ได้ จึงเหลือเพียง 4 ข้อ

2.ด้านจิตใจ มีคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ปรับแก้จำนวนเล็กน้อย แต่ยังคงไว้ซึ่งข้อคำถามเดิม 5 ข้อ คือ ปรับข้อ 6. ท่านรู้สึกมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด เป็น ท่านรู้สึกเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ดีที่สุด ข้อ 7) ท่านรู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับเคราะห์ต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เป็น ท่านรู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

3.ด้านสิ่งแวดล้อม มีคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ปรับแก้จำนวนเล็กน้อย แต่ยังคงไว้ซึ่งข้อคำถามเดิม 5 ข้อ คือ ข้อ 12) ท่านรู้สึกตื่นเต้นกับอุปกรณ์เครื่องใช้ที่ใช้กับผู้ป่วย เป็น ท่านรู้สึกไม่คุ้นเคยกับอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ที่ใช้กับผู้ป่วย ข้อ 15) ท่านรู้สึกหงุดหงิดที่ต้องรอเยี่ยมผู้ป่วยด้านนอกหอผู้ป่วยวิกฤต เป็น ท่านรู้สึกเป็นห่วงอย่างยิ่งที่ต้องรอเยี่ยมผู้ป่วยด้านนอกหอผู้ป่วยวิกฤต

4.ด้านเศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรม มีคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ปรับแก้จำนวนเล็กน้อย แต่ยังคงไว้ซึ่งข้อคำถามเดิม 5 ข้อ คือ ข้อ 19) ท่านรู้สึกสุขใจที่ได้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามคำแนะนำของพยาบาล เป็น ท่านรู้สึกสบายใจที่ได้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามคำแนะนำของพยาบาล ข้อ 20) ท่านรู้สึกพึงพอใจที่เจ้าหน้าที่พยาบาลให้ข้อมูลได้ครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เป็น ท่านรู้สึกพึงพอใจที่พยาบาลให้ข้อมูลได้ครอบคลุมตามความต้องการของท่าน

2.นำแบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับแก้ตามผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ มาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ปรับปรุงเพื่อความถูกต้อง เหมาะสม ได้แบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 9 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบ 10 ข้อ

3.ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน วิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค แบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเท่ากับ = .87

การนำไปใช้และเกณฑ์ในการให้คะแนน

แบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ข้อความที่เป็นด้านบวก ให้คะแนน ดังนี้ มากที่สุด ให้ 4 คะแนน ค่อนข้างมาก ให้ 3 คะแนน มีบ้าง ให้ 2 คะแนน ไม่มีเลย ให้ 1 คะแนน ส่วนข้อความทางด้านลบการให้คะแนนจะเป็นไปในทางตรงข้าม

คะแนนรวมทั้งฉบับ มีค่าสูงสุด 76 คะแนน ต่ำสุด 19 คะแนน โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลสูง คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความวิตกกังวลต่ำ สามารถแบ่งระดับของความวิตกกังวลจากค่าคะแนนรวม ได้ดังนี้

คะแนน 19-39 แสดงว่า มีความวิตกกังวลต่ำ

คะแนน 40- 59 แสดงว่า มีความวิตกกังวลปานกลาง

คะแนน 60-76 แสดงว่า มีความวิตกกังวลสูง

ชุดที่ 2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลในการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

การสร้างเครื่องมือ

แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ในการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาล ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 1 สถานภาพสมรส วุฒิและการศึกษา โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลในการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

การสร้างเครื่องมือ โดยการศึกษา ค้นคว้าจากเอกสาร งานวิจัย และตำราต่างๆที่เกี่ยวกับการวัดความพึงพอใจในงาน ปรีक्षाกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และสร้างแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลในการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ตามแนวคิดความพึงพอใจในงานของ Spector (1997) โดยคำนึงถึงคำถามในแต่ละด้านต้องครอบคลุมค่านิยาม ตัวแปร ความพึงพอใจในงานของพยาบาลที่ให้ไว้ในเบื้องต้น ประกอบด้วย 5 รายการด้าน 24 ข้อ ด้านลักษณะงาน 5 ข้อ ด้านการบังคับบัญชา 4 ข้อ ด้านสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน 5 ข้อ ด้านสภาพการทำงาน 5 ข้อ และด้านการติดต่อสื่อสาร 5 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยในแต่ละช่วงคำตอบมีความหมายดังนี้

พอใจมากที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกว่ามี ความพึงพอใจในงานที่ท่านปฏิบัติ ตามข้อความใน ประโยคระดับมากที่สุด (81-100%)

พอใจมาก หมายถึง ท่านรู้สึกว่ามี ความพึงพอใจในงานที่ท่านปฏิบัติ ตามข้อความใน ประโยคระดับมาก (61-80%)

พอใจปานกลาง หมายถึง ท่านรู้สึกว่ามี ความพึงพอใจในงานที่ท่านปฏิบัติ ตามข้อความใน ประโยค ระดับปานกลาง (41-60%)

พอใจน้อย หมายถึง ท่านรู้สึกว่ามี ความพึงพอใจในงานที่ท่านปฏิบัติ ตามข้อความใน ประโยคระดับน้อย (21-40%)

พอใจน้อยที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกว่ามี ความพึงพอใจในงานที่ท่านปฏิบัติ ตามข้อความใน ประโยค ระดับน้อยที่สุด (1-20%)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Valid) นำแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ปรีक्षाอาจารย์ที่ปรึกษา และให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน ซึ่งเป็นนักวิชาการในตำแหน่งที่มีความรู้ความชำนาญในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 3 ท่าน อาจารย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้ป่วยหนัก 3 ท่าน ผู้บริหารการพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงาน

หออผู้ป่วยวิกฤต 1 ท่าน ดังรายนามในภาคผนวก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาความครอบคลุม และ
 จำนวนที่ใช้ในแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ต่อการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิก
 ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหออผู้ป่วยวิกฤต ผ่านเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ใน 7
 ท่าน โดยหาค่าความสอดคล้องของความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI
 = .98)

ได้ปรับความชัดเจนของข้อความแบบสอบถาม ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

- 1.ด้านลักษณะงาน มีคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ตัดออก 1 ข้อ เหลือ 4 ข้อ
- 2.ด้านการบังคับบัญชา มีคำถามทั้งหมด 4 ข้อ ตัดออก 1 ข้อ ปรับสำนวนและรวม 2 ข้อ
 เป็น 1 ข้อ ดังนี้ คือ ข้อ 7. ท่านพึงพอใจที่หัวหน้าให้โอกาสแก่ท่าน ในการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูล แก่
 สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย และ ข้อ 9. ท่านพึงพอใจที่หัวหน้าให้สิทธิแก่พยาบาลทุกคน ในการพัฒนารูปแบบ
 การให้ข้อมูล แก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย แก่เป็นท่านพึงพอใจที่หัวหน้า ให้สิทธิและโอกาส แก่พยาบาลทุก
 คน ในการพัฒนาคุณภาพงานการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วย เหลือ 2 ข้อ
- 3.ด้านสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน มีคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ปรับสำนวนเล็กน้อย แต่ยังคงไว้ซึ่งข้อ
 คำถามเดิม 5 ข้อ คือ ปรับคำว่า ท่านรู้สึกพอใจที่ได้รับคำชมเชย จากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในการให้
 ข้อมูล เป็น ท่านรู้สึกยินดีที่ได้รับคำขอบคุณหรือชมเชยจากญาติผู้ป่วยในการให้ข้อมูล
- 4.ด้านสภาพการทำงาน มีคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ปรับแก้สำนวนเล็กน้อย และตัดข้อที่
 ซ้ำซ้อน ออก 1 ข้อ เหลือ 4 ข้อ
- 5.ด้านการติดต่อสื่อสาร มีคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ปรับแก้สำนวนเล็กน้อย และตัดข้อที่
 ซ้ำซ้อน ออก 1 ข้อ เหลือ 4 ข้อ

2.นำแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลในการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล ที่ผ่านการ
 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับแก้ตามผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ มาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่
 ปรึกษาวិทยานิพนธ์ ปรับปรุงเพื่อความถูกต้อง เหมาะสม ได้แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลใน
 การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหออผู้ป่วยวิกฤต มีข้อ
 คำถามทั้งหมด 19 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด

3.ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับ
 พยาบาลประจำการหออผู้ป่วยวิกฤต ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน วิเคราะห์ความเที่ยง
 ของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของ
 พยาบาล มีค่าเท่ากับ = .94

การนำไปใช้และเกณฑ์ในการให้คะแนน

แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล ในการใช้รูปแบบการให้ข้อมูล เครื่องมือมี
 ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตราวัดแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ

เกณฑ์ในการให้คะแนนมีดังนี้

พอใจมากที่สุด (ระดับความพึงพอใจมากที่สุด) ให้ 5 คะแนน

พอใจมาก (ระดับความพึงพอใจมาก)	ให้ 4 คะแนน
พอใจปานกลาง(ระดับความพึงพอใจปานกลาง)	ให้ 3 คะแนน
พอใจน้อย (ระดับความพึงพอใจน้อย)	ให้ 2 คะแนน
พอใจน้อยที่สุด (ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด)	ให้ 1 คะแนน

คะแนนรวมทั้งหมดของแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลในการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล คือ คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 19 คะแนน ค่าคะแนนสูงสุด เท่ากับ 95 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายความว่า พยาบาลมีความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลมาก โดยนำคะแนนรวมมาคิดเป็นคะแนนเต็มเท่ากับ 5 และแบ่งเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต,2542)

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

- ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง
- ระยะที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง
- ระยะที่ 3 ขั้นประเมินผลการทดลอง

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

มีการดำเนินการดังนี้

- 1.เตรียมเครื่องมือ ที่ใช้ในการทดลอง ดังได้กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ
- 2.เตรียมสถานที่ ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพญาไท 1 เพื่อขออนุญาตทำการทดลองใช้การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต และเก็บข้อมูล ประสานงาน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย อธิบายรายละเอียดและกำหนดระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย
- 3.เตรียมพยาบาล
 - 3.1 ติดต่อพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤตที่สมัครใจร่วมในการวิจัย
 - 3.2 จัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การพัฒนาคุณภาพการบริการ: การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อลด

ความวิตกกังวล” ให้แก่พยาบาลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน โดยชี้แจงให้พยาบาลรับทราบแผนการอบรม วันที่ สถานที่ที่อบรม

ระยะที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มพยาบาล

1.ระยะก่อนการทดลอง

รวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต ก่อนการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลในการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน

2.ระยะทดลอง

2.1 ผู้วิจัยและพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตที่เข้าร่วมโครงการ ประชุมทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ คู่มือการปฏิบัติงานและศึกษารายละเอียดของการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต และเข้าใจเนื้อหาในวีดีทัศน์เป็นอย่างดี ก่อนนำไปทดลองใช้พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตได้ทำการซ้อมการปฏิบัติการให้ข้อมูลตามขั้นตอนทั้ง 4 ขั้นตอน จนเข้าใจกระบวนการ ขั้นตอนอย่างแจ่มชัด และสามารถปฏิบัติตามรูปแบบการให้ข้อมูลได้ครบถ้วน

2.2 ฝึกทดลองปฏิบัติการให้ข้อมูลตามรูปแบบที่สร้างขึ้น ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยกิจกรรม การสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวผู้ป่วย สอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย และแบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต

ขั้นที่ 2 วางแผนการให้ข้อมูล ประกอบด้วยกิจกรรม พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤต ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กำหนดแนวทางการให้ข้อมูล ตามระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยแต่ละราย โดยการเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ก่อนเข้าเยี่ยม

ขั้นที่ 3 ปฏิบัติการให้ข้อมูล ประกอบด้วยกิจกรรม ในวันแรกที่ครอบครัวผู้ป่วยเข้ารับบริการ พยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้ข้อมูลตามระดับความวิตกกังวลที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมี ตามกรณี ให้ดู วี ดี โอ การให้คำแนะนำสำหรับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายใน 3 วันที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วย อาจให้ดูเป็น กลุ่มหรือเดี่ยว ตามความเหมาะสม ใช้เวลา 8 นาที หากในวันแรกที่เข้ารับบริการครอบครัวผู้ป่วย ยังไม่ได้ดู วี ดี โอ พยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในเวลานั้น จะส่งเวรต่อให้พยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยรายนั้นในเวรต่อไปเปิดให้ดู เนื้อหาการให้ข้อมูล ครอบคลุมสิ่งที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล มี 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านร่างกาย คือ การอธิบายให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ชนิดและอาการของโรค อาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยในแต่ละวัน การตรวจพิเศษทางสมอง กิจกรรมการพยาบาล และเหตุผลของการให้การพยาบาล

2) ด้านจิตใจ คือ การให้เวลา และรับฟัง พูดคุยกับครอบครัวผู้ป่วย เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้ระบายความรู้สึก และซักถามในข้อสงสัย เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยได้พบแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างน้อยวันละครั้ง

3) ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ความจำเป็นในการรักษาความสะอาดในหอผู้ป่วยวิกฤต การปฏิบัติตัวก่อนเข้าเยี่ยม เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้แก่ผู้ป่วย

4) ด้านเศรษฐกิจ-สังคมและวัฒนธรรม คือ การให้ข้อมูลค่ารักษาพยาบาล แนะนำการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล เปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้าเยี่ยมได้เมื่อไม่สามารถมาเยี่ยมได้ตามเวลาที่โรงพยาบาลกำหนด ยอมรับในความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมของครอบครัวผู้ป่วย

ในขณะที่เข้าเยี่ยมพยาบาลทุกคน เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยซักถามข้อมูลเพิ่มเติม ในข้อที่สงสัย ให้เวลารับฟังปัญหาของครอบครัวผู้ป่วย ได้ตลอดเวลา ในขณะที่ฝึกทดลองการปฏิบัติการให้ข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยมีการสังเกตการปฏิบัติการให้ข้อมูล โดยใช้แบบกำกับการทดลองเป็นเครื่องมือในการกำกับ

ขั้นที่ 4 ประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบการให้ข้อมูล โดยการวัดระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังจากการให้ข้อมูล โดยใช้แบบประเมินระดับความวิตกกังวลชุดเดิม

ขั้นที่ 5 ร่วมประชุมแก้ไขส่วนบกพร่อง ที่พบจากการฝึกทดลองใช้ ซึ่งจากการทดลองพบว่า แนวทางการปฏิบัติ และคู่มือการปฏิบัติการให้ข้อมูล มีเนื้อหาการให้ข้อมูลมีความเหมาะสม อ่านแล้วเข้าใจง่าย มีขั้นตอนการปฏิบัติการให้ข้อมูลที่ชัดเจน วิดีทัศน์การให้คำแนะนำแก่ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความน่าสนใจดี เนื้อหาเข้าใจง่าย ระยะเวลาเหมาะสม สามารถนำไปใช้ทำการทดลองต่อไปได้

ขั้นที่ 6 นำรูปแบบการให้ข้อมูลที่ร่วมกันสร้างขึ้น ไปใช้ในการให้บริการจริง โดยปฏิบัติตามขั้นตอนการให้ข้อมูลตามคู่มือปฏิบัติงาน มีแบบกำกับการทดลองเป็นเครื่องมือในการกำกับดังนี้

การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสังเกตพฤติกรรมปฏิบัติการให้ข้อมูล และบันทึกการปฏิบัติการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ลงในแบบกำกับการทดลอง ซึ่งเป็นแบบบันทึกการปฏิบัติการให้ข้อมูล และผลการปฏิบัติการให้ข้อมูล ทุกวัน ทุกเวร เพื่อช่วยให้การให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความครอบคลุมมากขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลองในขั้นนี้ คือ แบบสังเกตการปฏิบัติ ตามรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งผลการสังเกต แสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการสังเกตการปฏิบัติ ตามรูปแบบการให้ข้อมูล แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต จำแนกตามรายชื่อของแต่ละกิจกรรม (n=15)

กิจกรรมการพยาบาล	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1.แสดงท่าทีกระตือรือร้นยินดีให้การบริการ	15 (100%)	-
2.มองหน้า สบตา ยิ้ม แสดงท่าเป็นมิตร กับครอบครัวผู้ป่วย	15 (100%)	-
3.แนะนำตนเองกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย กล่าวว่า “สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ.....เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในช่วงเวลานี้ค่ะ ต้องการให้ช่วยเหลืออะไรบอกได้เลยค่ะ”	15 (100%)	-
4.สอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย	15 (100%)	-
5.ประเมินระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ก่อนการให้ข้อมูล	15 (100%)	-
6.ให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยดู วีดีทัศน์ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับ พยาธิสภาพ ชนิด อาการของโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติตัวก่อนเข้าเยี่ยม สิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ที่ใช้สำหรับ ผู้ป่วยกิจกรรมการพยาบาล เหตุผลการให้การพยาบาล การให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย การเปิดโอกาสให้ปฏิบัติตามความเชื่อ	15 (100%)	-
7.เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม ภายหลังดู วีดีทัศน์ กล่าวว่า “คุณต้องการทราบอะไรอีกไหมค่ะ”	15 (100%)	-

ตารางที่ 2 (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
8. ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในสิ่งที่ครอบครัวผู้ป่วย ช้องใจ/ไม่เข้าใจ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล อาการ ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วย เหตุผลการให้การพยาบาล เครื่องมือ อุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยและเหตุผลการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ	15 (100%)	-
9. ให้เวลาในการให้ข้อมูลด้วยความตั้งใจไม่แสดงท่าที่เร่งรีบ	15 (100%)	-
10. ให้ข้อมูล/อธิบาย โดย ใช้ภาษาที่ เข้าใจง่าย	15 (100%)	-
11. ให้ข้อมูลด้วยน้ำเสียงจริงใจ/เต็มใจ/มีสีหน้าท่าทีกระตือรือร้น	15 (100%)	-
12. เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้าเยี่ยมได้เป็นกรณีพิเศษ เมื่อไม่สามารถมาเยี่ยมได้ตามเวลาที่กำหนด	15 (100%)	-
13. เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วย สื่อสาร พูดคุยกับแพทย์ ที่ดูแลผู้ป่วย เพื่อซักถามอาการและแนวทางการรักษา	15 (100%)	-
14. สอบถามสิทธิ์ค่ารักษาพยาบาล	15 (100%)	-
15. เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยปฏิบัติตามความเชื่อของ แต่ละบุคคล	15 (100%)	-
16. ประเมินระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยภายหลังการให้ข้อมูล	15 (100%)	-

จากตารางที่ 2 คะแนนการปฏิบัติตามรูปแบบการให้ข้อมูล แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่าพยาบาลสามารถปฏิบัติตามรูปแบบการให้ข้อมูลได้ทั้งหมดทุก
ข้อ

ระยะที่ 3 ชั้นประเมินผลการทดลอง

ประเมินผล การจัดรูปแบบการให้ข้อมูล หลังจากจัดบริการให้ข้อมูลตามรูปแบบที่กำหนดจนกระทั่งได้จำนวนสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในกลุ่มทดลองครบทั้ง 15 คน ผู้วิจัยประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล โดยให้พยาบาลที่เข้าร่วมโครงการร่วมแสดงความคิดเห็น ในด้านความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง พบว่าพยาบาลสามารถปฏิบัติตามรูปแบบการให้ข้อมูลได้อย่างครบถ้วน และให้พยาบาลตอบแบบสอบถามประเมินความพึงพอใจของพยาบาลชุดเดิม พบว่าพยาบาลทั้งหมดมีความพึงพอใจมากขึ้น ในการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลที่ร่วมกันสร้างขึ้นมาใช้ในหน่วยงาน

กลุ่มสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มทดลอง ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

วันที่ 1 วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

ขั้นตอนที่ 1 รวบรวมข้อมูล (ใช้เวลา 15-20 นาที)

1. พยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแนะนำตนเอง หน้าที่รับผิดชอบ กล่าวทักทาย ด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้ม เป็นมิตร
2. พยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย เชิญครอบครัวผู้ป่วยนั่งในสถานที่ที่จัดไว้
3. พยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย อธิบายวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูล ขอความร่วมมือในการวิจัยจากครอบครัวผู้ป่วย สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

4. ประเมินระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยก่อนการให้ข้อมูล โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 วางแผนการให้ข้อมูล (ใช้เวลา 5 นาที)

โดยการกำหนดแนวทางการให้ข้อมูล เช่นการให้ดู วีดีโอ โดยให้ดูเป็นกลุ่ม หรือเดี่ยว และให้ข้อมูลแบบตัวต่อตัวตามความเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติการให้ข้อมูล (ใช้เวลา 15-20 นาที)

ให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัว ตามระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยแต่ละราย ตามความเหมาะสม กรณีวิตกกังวลมาก พยาบาลเข้าไปพูดคุย ให้กำลังใจ ให้เวลารับฟังปัญหาเปิดโอกาสให้ซักถามก่อนเข้าเยี่ยม และให้ ดูวีดีโอ การให้ข้อมูล กรณีวิตกกังวลปานกลาง พยาบาลเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย อธิบายในสิ่งที่ครอบครัวผู้ป่วยต้องการทราบและให้ดูวีดีโอการให้ข้อมูล กรณีวิตกกังวลน้อย พยาบาลให้ดู วี ดี โอ การให้ข้อมูล โดยจะเปิดให้ญาติ ดูวีดีโอการให้ข้อมูล เนื้อหาการให้ข้อมูลครอบคลุม ทั้ง 4 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านร่างกาย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ชนิด อาการของการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ
แนวทาง การรักษาของแพทย์ อาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยในแต่ละวัน อธิบาย
กิจกรรมการพยาบาล และให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลของการให้การพยาบาล
- 2) ด้านจิตใจ เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ซักถามข้อสงสัยและอธิบายในสิ่งที่ครอบครัวต้องการ
ทราบตามความเหมาะสม การแจ้งให้ทราบทันทีเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง
อำนวยความสะดวกในการติดต่อพูดคุยกับแพทย์ผู้ดูแล
- 3) ด้านสิ่งแวดล้อม แนะนำสภาพภายในหอผู้ป่วย แนะนำเวลาเยี่ยมผู้ป่วย
การปฏิบัติตัวก่อนเข้าเยี่ยมและเหตุผลและความจำเป็นที่ญาติจะต้องช่วยกัน
รักษาความสะดวก อุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้สำหรับ ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต
- 4) ด้านเศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรม
ให้คำแนะนำการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล เปิดโอกาสให้ ครอบครัวและ
เพื่อนฯ เข้าเยี่ยมได้เมื่อไม่สามารถมาเยี่ยมได้ตามเวลาที่โรงพยาบาลกำหนด
ยอมรับในความเชื่อของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

ภายหลังการดูวิดีโอการให้ข้อมูล พยาบาลเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม
พยาบาลตอบข้อซักถามจนครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจดี ผู้วิจัยหรือพยาบาลกล่าวขอบคุณครอบครัวผู้ป่วยที่
ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี และแจ้งให้ครอบครัวผู้ป่วยทราบว่าจะมีการทดลองซ้ำอีกในวันที่ 2
และวันที่ 3

วันที่ 2 พยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยปฏิบัติการให้ข้อมูล ตามขั้นตอนดังนี้(ใช้เวลา 10-15
นาที)

1. พยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง โดยแนะนำตนเอง หน้าที่รับผิดชอบ กล่าวทักทาย ด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้ม เป็นมิตร
2. พยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย เชิญครอบครัวผู้ป่วยนั่งในสถานที่ที่จัดไว้
3. พยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย พูดคุยกับครอบครัวผู้ป่วยถึงความรู้สึกในการมาเยี่ยม ข้อ
สงสัย ปัญหาและความไม่สบายใจของครอบครัว พยาบาลตอบข้อซักถามที่ครอบครัวผู้ป่วยถามส่วนใหญ่
เป็นปัญหาเกี่ยวกับอาการและอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เหตุผลการให้การพยาบาลและการใช้
เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย การปฏิบัติตัวก่อนเข้าเยี่ยม หรือครอบครัวผู้ป่วยบางรายที่มีปัญหาค่า
รักษาพยาบาล พยาบาลช่วยครอบครัวผู้ป่วยในการหาทางแก้ปัญหา และช่วยติดต่อประสานงานให้
พยาบาลให้การปลอบใจแก่ครอบครัวผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติม ตอบข้อซักถามจนเข้าใจ
ดี และแจ้งให้ครอบครัวครอบครัวผู้ป่วยทราบว่าจะมีการทดลองซ้ำอีกในวันที่ 3

วันที่ 3 พยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติการให้ข้อมูลตามขั้นตอนเหมือนวันที่ 2 (ใช้เวลา
10 นาที) ภายหลังการปฏิบัติตามรูปแบบการให้ข้อมูล ประเมินระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว
ผู้ป่วยหลังการใช้รูปแบบการให้ข้อมูล โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลชุดเดิมอีกครั้ง

ผู้วิจัยหรือพยาบาลดำเนินการเช่นนี้ไปเรื่อยๆจนได้กลุ่มทดลอง ครอบครัวจำนวน 15 คน

กลุ่มควบคุม ดำเนินการ ดังนี้

หลังจากกลุ่มตัวอย่างเห็นชอบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จะได้รับการประเมินระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง โดยได้รับการบริการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 คน กลุ่มทดลอง 15 คน และพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 15 คน

การพิทักษ์สิทธิ์ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย

1. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีการพิทักษ์สิทธิ์ ดังนี้

1.1 กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของโครงการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย รายละเอียดและขั้นตอนที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการปฏิบัติ

1.2 กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะของดการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า โดยการงดการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบริการ หรือการรักษาแต่ประการใด

1.3 ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในรูปผลการวิจัยเท่านั้น

2. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่ได้เข้าร่วมในการวิจัย มีการพิทักษ์สิทธิ์ ดังนี้

เนื่องจากในช่วงเวลาของการทดลอง จะคัดเลือกเฉพาะครอบครัวผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติจับคู่ได้กับกลุ่มควบคุม จึงทำให้มีสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบางส่วนไม่ได้รับสิ่งทดลอง ดังนั้น เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการดูแล ผู้วิจัยจึงจัดให้ครอบครัวผู้ป่วยบางส่วนที่ไม่ได้เข้าร่วมการวิจัย ได้รับการพยาบาลเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง แต่ไม่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลในครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มนี้เท่านั้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนวิธีดำเนินการวิจัย



การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Version 11.5 for Window (Statistical Package for the Social Science) ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย และพยาบาลประจำการ นำมาแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

2. ทดสอบการแจกแจงของข้อมูล คะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และความพึงพอใจในงานของพยาบาล พบว่าไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (ภาคผนวก จ) จึงเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติแบบนอนพารามิตริก Wilcoxon (Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test) และ Mann Whitney (Mann Whitney U-Test)

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลรวมอันดับที่ของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการให้รูปแบบการให้ข้อมูล โดยใช้สถิติทดสอบของ Wilcoxon (Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test) โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ 0.5

5. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลรวมอันดับที่ของคะแนนความแตกต่างของความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ก่อนและหลังการให้รูปแบบการให้ข้อมูล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบของ Mann-Whitney (Mann-Whitney U-Test) โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ 0.5

6. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลรวมอันดับที่ของคะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลก่อนและหลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ด้วยสถิติทดสอบของ Wilcoxon (Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test) โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ 0.5

ผลการศึกษาวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีวัตถุประสงค์หลัก 2 ข้อคือ 1) เพื่อพัฒนาการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต และ 2) เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลที่มีต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต และศึกษาผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีต่อความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาล

ดำเนินการวิจัยโดยการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูล เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความพึงพอใจของพยาบาล ก่อนและหลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลและกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย จำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน และพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 1 จำนวน 15 คน โดยนำเสนอผลการศึกษาวิจัย แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลของการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต

ภายหลังการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้แนวคิดการให้ข้อมูลของ Thelan, Urden, Lough, and Stacy (1998) และใช้แนวคิดการบริการแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูล ได้รูปแบบการให้ข้อมูล ประกอบด้วยรายละเอียด 4 ชุดดังนี้ (ภาคผนวก ง)

ชุดที่ 1 แนวทางการปฏิบัติการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต

แนวทางการปฏิบัติการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นแนวปฏิบัติของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว มีแนวทางการปฏิบัติการให้ข้อมูล 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 รวบรวมข้อมูล

เป็นแนวทางการปฏิบัติโดยเริ่มจาก พยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูล สอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ทามถึงความสัมพันธ์ของญาติผู้ป่วย ปัญหาเรื่องการรักษาพยาบาล และประเมินระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยก่อนการให้ข้อมูล โดยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 วางแผนการให้ข้อมูล

พยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย กำหนดแนวทางการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัว ตามระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย และให้คู่มือ "คำแนะนำสำหรับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต" จัดให้ดูเป็นกลุ่ม หรือเดี่ยว และให้ข้อมูลเพิ่มเติมแบบตัวต่อตัว

ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติการให้ข้อมูล

พยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยตามระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยแต่ละรายตามความเหมาะสม และให้คู่มือการให้ข้อมูลซ้ำ เพื่อเน้นการสื่อให้ญาติเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต และเหตุผลการให้การพยาบาล โดยให้ญาติดูวีดีโอ 3 วัน ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยเนื้อหาการให้ข้อมูลแก่ญาติ ครอบคลุม 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านเศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรม รายละเอียดของเนื้อหาการให้ข้อมูลทั้ง 4 ด้าน แสดงในภาคผนวก ง ภายหลังจาก ดูวีดีโอ เรื่องการให้คำแนะนำแก่ครอบครัวผู้ป่วย พยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยซักถามข้อมูลเพิ่มเติม

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล

พยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตอบข้อซักถามและให้ข้อมูลเพิ่มเติมจนกระทั่งครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจไม่มีข้อสงสัยใดๆ และประเมินระดับความวิตกกังวลภายหลังการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยแล้ว 3 วัน ในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

ชุดที่ 2 คู่มือการปฏิบัติงานการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

คู่มือการปฏิบัติงานการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นเครื่องมือที่บอกรายละเอียดของวิธีการปฏิบัติกรให้ข้อมูลทั้ง 4 ขั้นตอนและวิธีการตอบข้อซักถามของญาติตามความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรม คู่มือปฏิบัติงานที่จัดทำขึ้น คำนึงถึงความสวยงามน่าอ่าน ประกอบด้วยภาพวาดสีสวยสด ตัวหนังสือตัวใหญ่อ่านง่าย พร้อมตัวอย่างการให้ข้อมูลในภาพ มีคำอธิบายวิธีการให้ข้อมูล ตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จนถึงวันที่ 3 ของการเข้ารับการรักษา โดยมีรายละเอียด ดังนี้คือ

วันที่ 1 วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

ขั้นตอนที่ 1 รวบรวมข้อมูล (ใช้เวลา 15-20 นาที) โดยพยาบาลผู้รับผิดชอบ

1. สร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการแนะนำตนเองถึงหน้าที่รับผิดชอบที่ต้องดูแลผู้ป่วยและญาติ พร้อมกล่าวทักทาย ด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้ม เป็นมิตร
2. เชิญครอบครัวผู้ป่วยนั่งในสถานที่ที่จัดไว้
3. อธิบายวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลขอความร่วมมือในการวิจัยจากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป
4. ประเมินระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยก่อนการให้ข้อมูล โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 วางแผนการให้ข้อมูล (ใช้เวลา 5 นาที)

การกำหนดแนวทางการให้ข้อมูล เช่นการให้ดูวิดีโอ โดยให้ดูเป็นกลุ่ม หรือเดี่ยวตามความเหมาะสม และให้ข้อมูลเพิ่มเติมแบบตัวต่อตัว

ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติการให้ข้อมูล (ใช้เวลา 15-20 นาที)

ให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัว ตามระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยแต่ละรายที่ประเมินได้จากขั้นตอนที่ 1 และ 2 ในกรณีที่ญาติมีความวิตกกังวลมาก พยาบาลใช้เวลาในการพูดคุย ให้กำลังใจ และรับฟังปัญหาเปิดโอกาสให้ซักถามก่อนเข้าเยี่ยม เมื่อความวิตกกังวลลดลงพร้อมที่จะดูวิดีโอเรื่องการให้ข้อมูล พยาบาลก็จะให้ดูวิดีโอ กรณีวิตกกังวลปานกลาง พยาบาลเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย อธิบายในสิ่งที่ครอบครัวผู้ป่วยต้องการทราบและให้ดูวิดีโอการให้ข้อมูล กรณีวิตกกังวลน้อย พยาบาลให้ดูวิดีโอการให้ข้อมูลทันที โดยเนื้อหาการให้ข้อมูลจากวิดีโอมีรายละเอียดเนื้อหาครอบคลุม ทั้ง 4 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านร่างกาย เป็นรายละเอียดของข้อมูลเกี่ยวกับ ชนิด อาการของการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแนวทางการรักษาของแพทย์ อาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยในแต่ละวัน อธิบายกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ และเหตุผลของการให้การพยาบาลนั้นๆ
- 2) ด้านจิตใจ เป็นรายละเอียดที่พยาบาลเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ซักถามข้อสงสัยและ อธิบายในสิ่งที่ครอบครัวต้องการทราบ การแจ้งให้ทราบทันทีเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง การอำนวยความสะดวกแก่ญาติในการติดต่อพูดคุยกับแพทย์ผู้รักษา
- 3) ด้านสิ่งแวดล้อม แนะนำสภาพภายในหอผู้ป่วย แนะนำเวลาเยี่ยมผู้ป่วยการปฏิบัติตัวก่อนเข้าเยี่ยมพร้อมรายละเอียดเหตุผลและความจำเป็นที่ญาติต้องช่วยกันรักษาความสะอาดขณะเข้าเยี่ยม ทั้งนี้ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
- 4) ด้านเศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรม ให้คำแนะนำการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล เปิดโอกาสให้ครอบครัวและเพื่อนๆ เข้าเยี่ยมได้เมื่อไม่สามารถมาเยี่ยมได้ตามเวลาที่โรงพยาบาลกำหนด ยอมรับในความเชื่อของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย

ภายหลังการดูวิดีโอการให้ข้อมูล พยาบาลเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม พยาบาลตอบข้อซักถามจนครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจดี ผู้วิจัยหรือพยาบาลกล่าวขอบคุณครอบครัวผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี และแจ้งให้ครอบครัวผู้ป่วยทราบว่าจะมีการทดลองซ้ำอีกในวันที่ 2 และวันที่ 3

วันที่ 2 พยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติการให้ข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้ (ใช้เวลา 10-15 นาที)

1. สร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแนะนำตนเอง หน้าที่รับผิดชอบ กล่าวทักทาย ด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้ม เป็นมิตร
2. เชิญครอบครัวผู้ป่วยนั่งในสถานที่ที่จัดไว้
3. พูดคุยกับครอบครัวผู้ป่วยถึงความรู้สึกในการมาเยี่ยม ข้อสงสัย ปัญหาและความไม่สบายใจของสมาชิกครอบครัว พยาบาลตอบข้อซักถามที่ครอบครัวผู้ป่วยถามซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัญหาเกี่ยวกับอาการและอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เหตุผลการให้การพยาบาลและการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย การปฏิบัติตัวก่อนเข้าเยี่ยม หรือครอบครัวผู้ป่วยบางรายที่มีปัญหาการรักษาพยาบาล พยาบาลช่วยครอบครัวผู้ป่วยในการหาทางแก้ปัญหาโดยให้คำปรึกษาหารือ หาสถานพยาบาลรองรับและช่วยติดต่อประสานงานให้ พยาบาลให้การปลอบโยนแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติมตอบข้อซักถามจนเข้าใจดี และแจ้งให้สมาชิกครอบครัวครอบครัวผู้ป่วยทราบว่าจะมีการทดลองซ้ำอีกในวันที่ 3

วันที่ 3 พยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยปฏิบัติการให้ข้อมูล ตามขั้นตอนเหมือนวันที่ 2 (ใช้เวลา 10 นาที)

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการให้ข้อมูล (ใช้เวลา 10-15 นาที)

หลังการปฏิบัติตามรูปแบบการให้ข้อมูล พยาบาลประเมินระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหลังการให้รูปแบบการให้ข้อมูล โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลชุดเดิมอีกครั้ง

ชุดที่ 3 วิดีทัศน์ เรื่อง “คำแนะนำสำหรับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต”

เป็นอุปกรณ์ช่วยเสริมในการให้ข้อมูลของพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤต ที่ให้แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาพเคลื่อนไหวประกอบด้วยภาพนิ่ง มีเสียงเพลงบรรเลงประกอบคำบรรยาย ระยะเวลา 8 นาที สามารถเปิดให้ดูซ้ำได้ ภาษาที่ใช้ในการให้ข้อมูล เป็นภาษาที่เข้าใจง่ายสำหรับผู้รับบริการทั่วไป เนื้อหาการให้ข้อมูลประกอบด้วยการให้ข้อมูล 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย เป็นการอธิบายเกี่ยวกับชนิด อาการของโรคหลอดเลือดสมอง แนวทางการรักษาของแพทย์ เหตุผลการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง 2) ด้านจิตใจ เป็นการให้คำแนะนำญาติในการให้กำลังใจผู้ป่วย และแนะนำให้ซักถามข้อสงสัยจากพยาบาล 3) ด้านสิ่งแวดล้อม เป็นการให้คำแนะนำเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต เหตุผลการรักษาความสะอาดภายในหอผู้ป่วยวิกฤต

เครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้สำหรับผู้ป่วย และ4) ด้านเศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรม แนะนำสถานที่ที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับคำรักษาพยาบาล การใช้สิทธิในการเบิกคำรักษาพยาบาล เปิดโอกาสให้ญาติปฏิบัติตามความเชื่อโดยที่ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของแพทย์

ชุดที่ 4 แบบกำกับการปฏิบัติงานการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต

แบบกำกับการปฏิบัติงานการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการให้ข้อมูลของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต ที่ปฏิบัติงานตลอด 8 ชั่วโมง เพื่อเป็นการควบคุมการปฏิบัติการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องครบทุกขั้นตอน ผู้สังเกตเป็นผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยที่ไม่ได้เป็นคนให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Inter-rater reliability) พร้อมกับผู้ช่วยวิจัยอีก 2 คน ก่อนนำไปใช้ ได้ค่าความเที่ยง .94 เครื่องมือชิ้นนี้จะมีช่องให้ลงบันทึกว่าปฏิบัติ หรือไม่ปฏิบัติ หากไม่ปฏิบัติให้ลงในช่องหมายเหตุ การปฏิบัติการให้ข้อมูลประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมด 16 ข้อ เริ่มตั้งแต่การสร้างสัมพันธภาพ สอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ประเมินระดับความวิตกกังวล การเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย และการตอบข้อซักถาม การให้ข้อมูลเกี่ยวกับชนิด อาการของโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติตัวก่อนเข้าเยี่ยม อธิบายเหตุผลในการให้การพยาบาล ให้ดูวิดีโอ การให้คำแนะนำ เสริมจากการรับทราบข้อมูลจากพยาบาล การเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ซักถามอาการและแนวทางการรักษาของแพทย์ และประเมินความวิตกกังวลภายหลังการให้ข้อมูล

ตอนที่ 2 ผลของการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลที่มีต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต และผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีต่อความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาล

การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่มละ 15 คน และพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 15 คน นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลของการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลที่มีต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต นำเสนอผลดังต่อไปนี้

ก ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย (ตารางที่ 3)

ข เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ตารางที่ 5-6)

ค. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ตารางที่ 7-8)

ง. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ตารางที่ 9-10)

จ. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (ตารางที่ 11-12)

ส่วนที่ 2 ผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีต่อความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาล นำเสนอผลดังต่อไปนี้

ก. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤต (ตารางที่ 4)

ข. เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต (ตารางที่ 13-14)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต

ส่วนที่ 1 ก. ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามเพศ อายุ ประสบการณ์การรับบริการในหอผู้ป่วยวิกฤต ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลและปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาล

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ						
ชาย	7	46.7	7	46.7	14	46.7
หญิง	8	53.3	8	53.3	16	53.3
รวม	15	100.0	15	100.0	30	100.0
2. อายุ (ปี)						
26-30	2	13.3	2	13.3	4	13.3
31-35	2	13.3	2	13.3	4	13.3
36-40	2	13.3	2	13.3	4	13.3
41-45	3	20.0	3	20.0	6	20.0
46-50	5	33.4	5	33.4	10	33.4
51-55	1	6.7	1	6.7	2	6.7
รวม	15	100.0	15	100.0	30	100.0
3. ประสบการณ์การรับบริการในหอผู้ป่วยวิกฤต						
ไม่เคย	9	60.0	8	53.3	17	56.7
เคย	6	40.0	7	46.7	13	43.3
เคย (1 ครั้ง)	2	13.3	0	0	2	6.7
เคย (2 ครั้ง)	4	26.7	4	26.7	8	26.7
เคย (3 ครั้ง)	0	0	2	13.3	2	6.7
เคย(มากกว่า3ครั้ง) 0	0	0	1	6.7	1	3.3
รวม	15	100.0	15	100.0	30	100.0

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย						
สามี/ภรรยา	1	6.7	0	0	1	3.3
พี่น้อง	1	6.7	3	20.0	4	13.3
บุตร	13	86.6	12	80.0	25	83.4
รวม	15	100.0	15	100.0	30	100.0
5. สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล						
เบิกราชการ	7	46.7	1	6.7	8	26.7
ประกันสังคม	1	6.6	0	0	1	3.3
ประกัน AIA	0	0	3	20.0	3	10.0
จ่ายเอง	7	46.7	11	73.3	18	60.0
รวม	15	100.0	15	100.0	30	100.0
6. ปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาล						
มีมาก	3	20.0	0	0	3	10.0
มีน้อย	6	40.0	8	53.3	14	46.7
ไม่มีเลย	6	40.0	7	46.7	13	43.3
รวม	15	100.0	15	100	30	100.0

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 15 คน พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.3 มีอายุอยู่ในช่วง 46-50 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.4 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ที่ญาติต้องเข้ารับบริการในหอผู้ป่วยวิกฤตมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 56.7 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตรมากที่สุดคือ ร้อยละ 83.4 ส่วนใหญ่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเองไม่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 60 สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบว่ามีปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาลน้อยมากที่สุดคือ ร้อยละ 46.7 และรองลงมาบอกว่าไม่มีปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาลเลย ร้อยละ 43.3

ส่วนที่ 2 ก. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤต

ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละของพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤต จำแนกตาม เพศ อายุ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน สถานภาพสมรส วุฒิสูงสุดทางการพยาบาล (n=15)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	1	6.7
หญิง	14	93.3
รวม	15	100.0
2.อายุ (ปี)		
25-30	10	66.6
31-35	5	33.4
รวม	15	100.0
3. ประสบการณ์ปฏิบัติงานพยาบาล (ปี)		
2 – 5	8	53.3
6 – 10	6	40.0
11 – 15	1	6.7
รวม	15	100.0
4.ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 1 (ปี)		
2 - 5	10	60.0
6 - 10	4	33.3
11 -15	1	6.7
รวม	15	100.0
5.สถานภาพสมรส		
โสด	9	60.0
คู่	5	33.3
หม้าย/หย่า	1	6.7
รวม	15	100.0

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
5.สถานภาพสมรส		
โสด	9	60.0
คู่	5	33.3
หม้าย/หย่า	1	6.7
รวม	15	100.0
6.วุฒิสูงสุดทางการพยาบาล		
ปริญญาตรี	15	100.0
รวม	15	100.0

จากตารางที่ 4 พบว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 93.3 มีอายุอยู่ในช่วง 25-30 ปีมากที่สุด คือ ร้อยละ 66.6 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานพยาบาลอยู่ในช่วง 2-5 ปี ร้อยละ 53.3 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลพญาไท 1 (ปี) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2-5 ปี ร้อยละ 60 มีสถานภาพโสดมากที่สุด ร้อยละ 60 และทั้งหมดจบการศึกษาในระดับปริญญาตรี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่คำนวณจากคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง โดยรวมและรายด้านระหว่างกลุ่มที่ให้บริการตามปกติกับกลุ่มที่ใช้รูปแบบการให้ข้อมูล (n=15)

คะแนน	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	Mdn	Q.D.	U
ความวิตกกังวล	Mean Rank	Mean Rank			
ก่อนการทดลอง					
ด้านร่างกาย	12.20	18.80	2.875	.625	-2.065*
ด้านจิตใจ	16.90	14.10	2.00	.30	-.882
ด้านสิ่งแวดล้อม	13.93	17.07	2.20	.50	-.982
ด้านเศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรม	16.80	14.20	1.80	30	-.816
รวม	14.57	16.43	2.289	.265	-.582

*p<0.5

U = Mann-Whitney Test

จากตารางที่ 5 พบว่า คะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการให้รูปแบบการให้ข้อมูล ระหว่างกลุ่มที่ให้บริการตามปกติกับกลุ่มที่ใช้รูปแบบการให้ข้อมูล โดยรวม ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าก่อนการทดลองคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มทดลองสูงกว่าคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุม ยกเว้นด้านเศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรม เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านร่างกายคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลองของกลุ่มที่ใช้รูปแบบการให้ข้อมูลสูงกว่ากลุ่มที่ให้บริการตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่คำนวณจากคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง ด้านร่างกายรายข้อ ระหว่างกลุ่มที่ให้บริการตามปกติกับกลุ่มที่ใช้รูปแบบการให้ข้อมูล (n=15)

คะแนน ความวิตกกังวล ด้านร่างกาย	กลุ่มควบคุม Mean Rank	กลุ่มทดลอง Mean Rank	Mdn	Q.D.	U
1.กังวลเกี่ยวกับอาการ ของผู้ป่วยในแต่ละวัน	12.70	18.30	3	1	-1.865*
2.กังวลเกี่ยวกับ กิจกรรมการพยาบาล	13.67	17.33	2	.25	-1.250
3.กังวลที่ผู้ป่วยต้องเข้า รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก	11.80	19.20	3	1	-2.443*
4.กังวลเกี่ยวกับผู้ป่วย จนทำให้นอนไม่หลับ	13.93	17.07	2.5	.625	-1.018

*p<0.5

U = Mann-Whitney Test

จากตารางที่ 6 พบว่าคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ให้บริการตามปกติกับกลุ่มที่ใช้รูปแบบการให้ข้อมูล ด้านร่างกาย ข้อ (1) กังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยในแต่ละวัน และข้อ (3) กังวลที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกข้อ

ส่วนที่ 1 ค. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 7 คะแนนค่ามัธยฐานความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลอง และความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นรายคู่

คู่ที่	กลุ่มควบคุม			คู่ที่	กลุ่มทดลอง		
	คะแนนความวิตกกังวล				คะแนนความวิตกกังวล		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ความแตกต่าง		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ความแตกต่าง
1	53	44	-8	1	48	40	-8
2	51	47	-4	2	48	31	-17
3	47	46	-1	3	48	41	-7
4	47	45	-2	4	47	37	-10
5	46	40	-6	5	46	31	-15
6	46	39	-7	6	45	43	-2
7	45	42	-3	7	43	29	-14
8	41	39	-2	8	44	26	-18
9	40	36	-4	9	44	44	0
10	38	33	-5	10	42	47	5
11	34	39	5	11	42	40	-2
12	31	25	-6	12	40	28	-12
13	28	36	8	13	40	44	4
14	26	27	1	14	33	26	-7
15	25	25	0	15	24	29	5
Mdn	2.158	2.052		Mdn	2.316	1.947	
Q.D.	.421	.289		Q.D.	.184	.369	

จากตารางที่ 7 พบว่า คะแนนค่ามัธยฐานความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ระหว่าง 25 ถึง 53 คะแนน มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 2.158 หลังการทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ระหว่าง 25 ถึง 47 คะแนน มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 2.052 ในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ระหว่าง 24 ถึง 48 คะแนน มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 2.319 หลังการทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ระหว่าง 26 ถึง 47 คะแนน มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 1.974 ซึ่งหมายความว่า คะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าคะแนนหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการให้รูปแบบการให้ข้อมูล ของกลุ่มที่ให้บริการตามปกติและกลุ่มที่ให้รูปแบบการให้ข้อมูล (n=15)

คะแนน ความวิตกกังวล	คะแนน	N	Mean Rank	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z
				Mdn	Q.D.	Mdn	Q.D.	
กลุ่มควบคุม	Negative Ranks	11	7.45	2.158	.421	2.053	.289	-1.854*
	Positive Ranks	3	7.67					
	Ties	1						
กลุ่มทดลอง	Negative Ranks	11	8.45	2.316	.184	1.947	.369	-2.544**
	Positive Ranks	3	4.00					
	Ties	1						

*p<.05

**p<.01

Z=Wilcoxon matched-pairs signed ranks test

Negative Ranks หมายถึง คะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลอง < ก่อนการทดลอง

Positive Ranks หมายถึง คะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลอง > ก่อนการทดลอง

Ties หมายถึง คะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลอง = ก่อนการทดลอง

จากตารางที่ 8 พบว่าคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และคะแนนความวิตกกังวล

หลังการทดลองในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ (1) ที่ว่าความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการใช้รูปแบบการให้ข้อมูล ต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

ส่วนที่ 1 ง. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลอง โดยรวมและรายด้านระหว่างกลุ่มที่ให้บริการตามปกติกับกลุ่มที่ใช้รูปแบบการให้ข้อมูล (n=15)

คะแนน	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	Mdn	Q.D.	U
ความวิตกกังวล	Mean Rank	Mean Rank			
หลังการทดลอง					
ด้านร่างกาย	15.03	15.97	2.25	.625	-.293
ด้านจิตใจ	18.37	12.63	1.80	.30	-1.807*
ด้านสิ่งแวดล้อม	15.60	15.40	1.80	.40	-.063
ด้านเศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรม	16.70	14.30	1.80	.325	-.761
รวม	16.17	14.83	2.053	.375	-.416

*p<0.5

U = Mann-Whitney Test

จากตารางที่ 9 พบว่า คะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการใช้รูปแบบการให้ข้อมูล ระหว่างกลุ่มที่ให้บริการตามปกติกับกลุ่มที่ใช้รูปแบบการให้ข้อมูล โดยรวม ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ (2) ที่ว่าความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ใช้รูปแบบการให้ข้อมูล ต่ำกว่า กลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ แต่เมื่อพิจารณาทางด้านแล้วพบว่า ด้านจิตใจ หลังการทดลอง

คะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลแก่ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในตารางที่ 6 และ ตารางที่ 9 พบว่า คะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการให้รูปแบบการให้ข้อมูล ระหว่างกลุ่มที่ให้การบริการตามปกติกับกลุ่มที่ใช้รูปแบบการให้ข้อมูล ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากว่า ในการทดลองนี้ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลน้อยเกินไป ไม่สามารถคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติที่มีผลต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยเหมือนกันมาจับคู่กันได้ทั้งหมด ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์ที่เคยรับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล และปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาล ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงเลือกคุณสมบัติที่คล้ายกันมาเพียง 3 อย่าง คือ เพศเดียวกัน อายุใกล้เคียงกัน มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่คล้ายกัน มาจับคู่กลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ซึ่งคู่ที่จับมาอาจมีคุณสมบัติบางอย่างต่างกันที่อาจมีผลต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย หากมีเวลามากพอก็สามารถคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุดได้และผลการวิจัยก็น่าจะเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ส่วนพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน มีระยะเวลาในการศึกษา ทบทวนและฝึกปฏิบัติตามคู่มือการให้ข้อมูลน้อยเกินไป พยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างบางรายอาจยังไม่เข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติงานได้ดีพอส่งผลให้ การให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยอาจปฏิบัติสลับขั้นตอนไปบ้าง เพราะรายละเอียดการให้ข้อมูลเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการที่เกี่ยวกับพฤติกรรมบริการอย่างหนึ่ง ที่ผู้ให้บริการต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจและฝึกฝนจนให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน หากมีเวลาในการเก็บข้อมูลมากกว่านี้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างจะสามารถปฏิบัติกรให้ข้อมูลจนเกิดความชำนาญในการให้ข้อมูลตามรูปแบบที่สร้างขึ้นได้มากขึ้น การให้ดูวีดีโอหอผู้ป่วยวิกฤตไม่มีห้องพักสำหรับญาติ และเนื่องจากหอผู้ป่วยวิกฤตรับผู้ป่วยทั้งที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองและโรคอื่นๆ รวมกัน การเปิดวีดีโอให้ญาติดู ขณะที่ญาตินั่งรอหน้าหอผู้ป่วยก่อนเข้าเยี่ยม ไม่สามารถทำได้ ญาติผู้ป่วยโรคอื่นอาจไม่เข้าใจ ผู้วิจัยจึงได้จัดให้ญาติดูวีดีโอให้คำแนะนำ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการในหอผู้ป่วยวิกฤตแล้ว โดยจัดให้ดูในบริเวณที่เป็นห้องแยก ในบางครั้งพบว่าญาติบางคนไม่ค่อยสนใจดูวีดีโอการให้ข้อมูล เนื่องจากวันแรกญาติจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมากกว่า ซึ่งถ้าหากได้มีการประเมินญาติผู้ป่วยทุกรายโดยการเริ่มสร้างสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยได้เข้าใจและสนใจการดูวีดีโอมากยิ่งขึ้นเพราะเนื้อหาในวีดีโอจะช่วยให้ญาติได้เข้าใจอาการของผู้ป่วยได้ดีขึ้น

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่คำนวณจากคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลอง ด้านจิตใจรายข้อ ระหว่างกลุ่มที่ให้บริการบริการตามปกติกับกลุ่มที่ใช้รูปแบบการให้ข้อมูล (n=15)

คะแนน ความวิตกกังวล ด้านจิตใจ	กลุ่มควบคุม Mean Rank	กลุ่มทดลอง Mean Rank	Mdn	Q.D.	U
1.เชื่อมั่นว่าผู้ป่วย จะได้รับการดูแล รักษาที่ดีที่สุด	15.80	15.20	2	0.5	-2.15
2.เชื่อมั่นว่ามีส่วนช่วย ให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นได้	18.70	12.30	2	0.5	-2.154*
3.สบายใจที่ได้รับทราบ ข้อมูลอาการคืบหน้า ของผู้ป่วย	17.77	13.23	1	0.5	-1.765
4.ผ่อนคลายเมื่อได้ พูดคุยระบายความรู้สึก กับพยาบาล	17.13	13.87	2	0.5	-1.105
5.กังวลใจเกี่ยวกับ เหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย	15.13	15.87	3	1.0	-2.43

*p<0.5

U = Mann-Whitney Test

จากตารางที่ 10 พบว่าคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ให้บริการบริการตามปกติกับกลุ่มที่ใช้รูปแบบการให้ข้อมูล ด้านจิตใจ ข้อ (2) เชื่อมั่นว่ามีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นได้ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเกือบทุกข้อ ยกเว้นข้อ (5) ที่มีข้อความว่า ความกังวลใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย มีคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการให้ข้อมูล โดยรวม และรายด้าน (n=15)

คะแนนความวิตกกังวลของครอบครัว		N	Mean Rank	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z
				Mdn	Q.D.	Mdn	Q.D.	
ด้านร่างกาย	Negative Ranks	12	8.92	3.25	.625	2.50	.75	-2.684**
	Positive Ranks	3	4.33					
	Ties	0						
ด้านจิตใจ	Negative Ranks	8	9.38	2.0	.30	1.80	.30	-1.420
	Positive Ranks	6	5.00					
	Ties	1						
ด้านสิ่งแวดล้อม	Negative Ranks	12	7.54	2.40	.50	1.60	.40	-1.738*
	Positive Ranks	3	9.383					
	Ties	0						
ด้านเศรษฐกิจ/ สังคม/วัฒนธรรม	Negative Ranks	6	7.08	1.80	.20	1.8	.20	-.850
	Positive Ranks	5	4.70					
	Ties	4						
รวม	Negative Ranks	11	8.45	2.316	.184	1.947	.368	-2.544**
	Positive Ranks	3	4.00					
	Ties	1						

*p<.05

**p<.01

Z=Wilcoxon matched-pairs signed ranks test

Negative Ranks หมายถึง คะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลอง < ก่อนการทดลอง

Positive Ranks หมายถึง คะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลอง > ก่อนการทดลอง

Ties หมายถึง คะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลอง = ก่อนการทดลอง

จากตารางที่ 11 พบว่า คะแนนค่ามัธยฐานความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการให้ข้อมูล โดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยคะแนนค่ามัธยฐานความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการ

ทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ (1) ที่ว่า ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการให้รูปแบบการให้ข้อมูล ต่ำกว่าก่อนการให้รูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต เมื่อ พิจารณารายด้าน พบว่า การให้ข้อมูลด้านร่างกาย คะแนนค่ามัธยฐานความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต หลังการให้รูปแบบการให้ข้อมูลมีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และด้านสิ่งแวดล้อม คะแนนค่ามัธยฐานความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต หลังการให้รูปแบบการให้ข้อมูลมีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านจิตใจและด้านเศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรม คะแนนค่ามัธยฐานความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต หลังการให้รูปแบบการให้ข้อมูลไม่แตกต่างกับก่อนการให้รูปแบบการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อ พิจารณาคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภายหลังการให้รูปแบบการให้ข้อมูลทั้งด้านจิตใจ และด้านเศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรมหลังการให้รูปแบบการให้ข้อมูลมีคะแนนความวิตกกังวลลดลง แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่คำนวณจากคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการให้ข้อมูล รายด้านและรายข้อ (n=15)

คะแนนความ วิตกกังวลของครอบครัว		N	Mean Rank	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z
				Mdn	Q.D.	Mdn	Q.D.	
ด้านร่างกาย								
1. วิตกกังวลเกี่ยวกับ อาการของผู้ป่วย	Negative Ranks	5	3.8	3.0	1.0	2.0	1.0	-1.823*
	Positive Ranks	1	2					
	Ties	9						
2. วิตกกังวลเกี่ยวกับ กิจกรรมการพยาบาลที่ พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วย	Negative Ranks	6	5	2.0	.25	2.0	.5	-1.732*
	Positive Ranks	2	3					
	Ties	7						
3. วิตกกังวลที่ผู้ป่วย ต้องเข้ารับการรักษาใน หอผู้ป่วยหนัก	Negative Ranks	7	5.14	3.0	1.0	3.0	.625	-1.732*
	Positive Ranks	2	4.5					
	Ties	6						
4. วิตกกังวลเกี่ยวกับ ผู้ป่วยทำให้ นอนไม่หลับ	Negative Ranks	9	5	2.5	.625	2.0	.125	-2.724**
	Positive Ranks	0	0					
	Ties	6						
รวม ด้านร่างกาย	Negative Ranks	12	8.92	3.25	.625	2.5	.75	-2.684**
	Positive Ranks	3	4.33					
	Ties	0						
ด้านจิตใจ								
5. เชื่อมั่นว่าผู้ป่วย ได้รับการดูแลรักษา ที่ดีที่สุด	Negative Ranks	1	4	1.5	.5	2.0	.5	-1.890*
	Positive Ranks	6	4					
	Ties	8						
6. เชื่อมั่นว่าท่าน มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วย มีอาการดีขึ้นได้	Negative Ranks	9	6.33	2.0	.5	2.0	.5	-2.233*
	Positive Ranks	2	4.5					
	Ties	4						
7. สบายใจที่ได้รับ ทราบข้อมูลเกี่ยวกับ อาการของผู้ป่วย	Negative Ranks	5	4	1.0	.5	1.0	.5	-1.035
	Positive Ranks	2	4					
	Ties	8						

*p<.05

**p<.01

ตารางที่ 12 (ต่อ)

คะแนนความ วิตกกังวลของครอบครัว		N	Mean Rank	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z
				Mdn	Q.D.	Mdn	Q.D.	
8. รู้สึกผ่อนคลายเมื่อ ได้พูดคุยระบายความ รู้สึกกับพยาบาล	Negative Ranks	5	4.6	2.0	1.0	2.0	.5	-1.561
	Positive Ranks	2	2.5					
	Ties	8						
9. กังวลใจเกี่ยวกับ เหตุการณ์ไม่คาดคิดที่ อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย	Negative Ranks	5	3	3.5	1.0	3.0	1	-1.00
	Positive Ranks	1	6					
	Ties	9						
รวม ด้านจิตใจ	Negative Ranks	8	9.38	2.0	.3	1.8	.3	-1.420
	Positive Ranks	6	5					
	Ties	1						
ด้านสิ่งแวดล้อม								
10. ได้รับการอำนวยความสะดวก ความสะดวกในการ เข้าเยี่ยมผู้ป่วย	Negative Ranks	3	5.33	1	.5	1.0	.5	-3.02
	Positive Ranks	5	4					
	Ties	7						
11. ไม่คุ้นเคยกับ อุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย	Negative Ranks	6	4.17	2.0	.5	2.0	1.0	-1.027
	Positive Ranks	2	5.50					
	Ties	7						
12. กระวนกระวายใจ เมื่อต้องเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ตามเวลา	Negative Ranks	7	4.07	2.0	.5	2.0	.625	-1.487
	Positive Ranks	1	7.50					
	Ties	7						
13. อึดอัดใจเพราะ ไม่รู้ว่าจะถามข้อมูล ผู้ป่วยได้กับใคร	Negative Ranks	4	5	1.5	.5	1.0	.5	-.302
	Positive Ranks	4	4					
	Ties	7						
14. เป็นห่วงอย่างยิ่ง ที่ต้องรอเยี่ยมผู้ป่วย ด้านนอก	Negative Ranks	10	7.8	3.0	1.0	2.0	.125	-1.640
	Positive Ranks	4	6.75					
	Ties	1						
รวม ด้านสิ่งแวดล้อม	Negative Ranks	12	7.54	2.4	.5	1.6	.4	-1.738*
	Positive Ranks	3	9.83					
	Ties	0						

*p<.05

**p<.01

ตารางที่ 12 (ต่อ)

คะแนนความ		N	Mean Rank	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z
วิตกกังวลของครอบครัว				Mdn	Q.D.	Mdn	Q.D.	
ด้านเศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรม								
15.กังวลใจเกี่ยวกับ	Negative Ranks	4	3.50	2.0	.5	2.0	.5	-816
ค่าใช้จ่ายในการ	Positive Ranks	2	3.50					
รักษาพยาบาล	Ties	9						
16.จิตใจสงบที่ได้รับ	Negative Ranks	9	6.67	2.0	.125	2.0	.5	-
1.807*								
การยอมรับให้ปฏิบัติ	Positive Ranks	3	6					
ตามความเชื่อ	Ties	3						
17.ผ่อนคลายความ	Negative Ranks	4	3.50	1.0	.5	1.0	.50	-816
ตึงเครียดเมื่อเข้าเยี่ยม	Positive Ranks	2	3.50					
ได้ตามต้องการ	Ties	9						
18.สบายใจที่ได้ให้	Negative Ranks	5	6	2.0	.5	2.0	.5	-2.77
การช่วยเหลือผู้ป่วยตาม	Positive Ranks	5	5					
คำแนะนำของพยาบาล	Ties	5						
19.พึงพอใจที่พยาบาล	Negative Ranks	4	5.63	1.5	.5	2.0	.5	1.00
ให้ข้อมูลได้ครอบคลุม	Positive Ranks	5	4.5					
ตามความต้องการ	Ties	6						
รวม ด้านเศรษฐกิจ-	Negative Ranks	6	7.08	1.8	.2	1.8	.2	-850
สังคม-วัฒนธรรม	Positive Ranks	5	4.70					
	Ties	4						

*p<.05

**p<.01

Z=Wilcoxon matched-pairs signed ranks test

Negative Ranks	หมายถึง	ความวิตกกังวลหลังการทดลอง < ความวิตกกังวลก่อนการทดลอง
Positive Ranks	หมายถึง	ความวิตกกังวลหลังการทดลอง > ความวิตกกังวลก่อนการทดลอง
Ties	หมายถึง	ความวิตกกังวลหลังการทดลอง = ความวิตกกังวลก่อนการทดลอง

จากตารางที่ 12 เมื่อพิจารณารายชื่อของค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ด้านร่างกาย คะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ในกลุ่มทดลอง หลังการใช้รูปแบบการให้ข้อมูล มีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบการให้ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกข้อ ยกเว้นข้อที่ (4) รู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วยจนทำให้อนอนหลับ หลังการทดลองมีความวิตกกังวลลดลงมากที่สุดที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ด้านจิตใจ พบว่าข้อที่ (5) รู้สึกเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ดีที่สุด และ ข้อที่ (6) รู้สึกเชื่อมั่นว่าท่านมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นได้ คะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนข้ออื่นพบว่าคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองเช่นกัน แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านสิ่งแวดล้อม โดยรวมพบว่าคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่พิจารณารายข้อพบว่าทุกข้อคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองแต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนด้านเศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรม โดยรวมพบว่าคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่พิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่ (16) รู้สึกจิตใจสงบที่ได้รับการยอมรับจากพยาบาลที่ให้ปฏิบัติตามความเชื่อของท่าน คะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนข้ออื่นคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองแต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 2 ข. เปรียบเทียบความพึงพอใจในของพยาบาล ก่อนและหลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่คำนวณจากคะแนนความพึงพอใจของพยาบาล โดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต (n=15)

คะแนนความพึงพอใจของพยาบาล		N	Mean Rank	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z
				Mdn	Q.D.	Mdn	Q.D.	
ด้านลักษณะงาน	Negative Ranks	1	1.50	4.0	.125	4.0	.375	-2.120*
	Positive Ranks	6	4.42					
	Ties	8						
ด้านการบังคับบัญชา	Negative Ranks	0	.00	4.0	.25	4.0	.50	-2.041*
	Positive Ranks	5	3.0					
	Ties	10						
ด้านสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน	Negative Ranks	1	3.5	4.0	.30	4.0	.20	-2.504**
	Positive Ranks	9	5.72					
	Ties	5						
ด้านสภาพการทำงาน	Negative Ranks	1	2.0	4.0	.375	4.0	.25	-2.781**
	Positive Ranks	10	6.40					
	Ties	4						
ด้านการติดต่อสื่อสาร	Negative Ranks	1	2.0	4.0	.25	4.0	.5	-2.066*
	Positive Ranks	6	4.33					
	Ties	8						
รวม	Negative Ranks	3	3.0	4.0	.316	4.10	.263	-2.745**
	Positive Ranks	11	8.73					
	Ties	1						

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

Z=Wilcoxon matched-pairs signed ranks test

Negative Ranks หมายถึง คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลหลังการทดลอง < คะแนนก่อนการทดลอง
 Positive Ranks หมายถึง คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลหลังการทดลอง > คะแนนก่อนการทดลอง
 Ties หมายถึง คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลหลังการทดลอง = คะแนนก่อนการทดลอง

จากตารางที่ 13 พบว่า คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อ (3) ที่ว่า ความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาล หลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล สูงกว่าก่อนการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤตในทุกๆ ด้าน เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ Wilcoxon matched-pairs signed ranks test เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านสภาพการทำงาน หลังการทดลองมีคะแนนความพึงพอใจมากที่สุดรองลงมาคือ ด้านสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน ส่วนด้านลักษณะงาน ด้านการติดต่อสื่อสาร และด้านการบังคับบัญชา คะแนนความพึงพอใจในงานหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการทดสอบสมมติฐานใน ตารางที่ 13 พบว่า ผลการทดลองเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ (3) ที่ว่าความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาล หลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล สูงกว่าก่อนการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจากการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม ของ Swansburg (2002) มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูล ทำให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทุกคนรู้สึกได้เป็นส่วนหนึ่งของการทำงานเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ ให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยในการผลิตสื่อวีดิทัศน์ สร้างรูปแบบการให้ข้อมูล และปฏิบัติตามรูปแบบการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี และเกิดความพึงพอใจที่ได้มีส่วนร่วมในงานที่สร้างขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการที่เหมาะสมกับในยุคปัจจุบัน เจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงาน ได้แก่ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานต้อนรับ ได้มีส่วนร่วมในงานวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูล ทุกคนมีความรู้สึกภูมิใจในผลงานที่ได้ร่วมคิดร่วมสร้างและพัฒนาจนได้เป็นรูปแบบที่นำมาใช้ได้จริง จนผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความรู้สึกว่างานที่ทำมีคุณค่าและมีความต้องการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นและต้องการที่จะพัฒนางานด้านอื่นอีกต่อไป โดยดูจากผลการทดลองที่พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจในด้านสภาพการทำงานและด้านสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงินมากที่สุด ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้เป็นความรู้สึกจากที่พยาบาลทุกคนมีความเต็มใจในการร่วมกันพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลดังกล่าว มิได้เกิดจากการบังคับหรือสั่งการจากผู้บังคับบัญชา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่ค่ามัธยฐานคะแนนความพึงพอใจของพยาบาล รายนามและรายชื่อ ก่อนและหลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต (n=15)

คะแนนความพึงพอใจของพยาบาล		N	Mean Rank	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z
				Mdn	Q.D.	Mdn	Q.D.	
ด้านลักษณะงาน								
1.พึงพอใจในการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม	Negative Ranks	0	0	4.0	.00	4.0	0	-2.00*
	Positive Ranks	4	2.5					
	Ties	11						
2.พึงพอใจที่มีอิสระในการให้ข้อมูล	Negative Ranks	0	0	4.0	.00	4.0	.5	-2.00*
	Positive Ranks	4	2.5					
	Ties	11						
3.พึงพอใจที่ได้ใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ในการให้ข้อมูล	Negative Ranks	1	2.5	4.0	.5	4.0	.5	-1.414
	Positive Ranks	4	3.13					
	Ties	10						
4.พึงพอใจในการให้ข้อมูลเพราะทำให้ญาติเข้าใจการปฏิบัติของพยาบาลมากขึ้น	Negative Ranks	0	.00	4.0	.5	4.0	.5	-2.00*
	Positive Ranks	4	2.5					
	Ties	11						
รวม	Negative Ranks	1	1.5	4.0	.125	4.0	.375	-2.120*
ด้านลักษณะงาน	Positive Ranks	6	4.42					
	Ties	8						
ด้านการบังคับบัญชา								
5.พึงพอใจที่หัวหน้าสนับสนุนให้ทุกคนมีส่วนร่วม	Negative Ranks	0	0	4.0	.5	4.0	.5	-1.633
	Positive Ranks	3	2					
	Ties	12						
6.พึงพอใจที่หัวหน้าให้โอกาสในการพัฒนางานการให้ข้อมูล	Negative Ranks	0	.00	4.0	.00	4.0	.5	-2.12*
	Positive Ranks	5	3.0					
	Ties	10						

*p<.05

**p<.01

ตารางที่ 14 (ต่อ)

คะแนนความพึงพอใจของพยาบาล		N	Mean Rank	ก่อนการทดลอง Mdn	Q.D.	หลังการทดลอง Mdn	Q.D.	Z
รวม	Negative Ranks	0	.00	4.0	.25	4.0	.5	-2.041*
ด้านการบังคับบัญชา	Positive Ranks	5	3.0					
	Ties	10						
ด้านสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน								
7. ภูมิใจที่มีส่วนร่วม ในการพัฒนางาน	Negative Ranks	0	0	4.0	1.0	4.0	.5	-2.00*
	Positive Ranks	4	2.5					
	Ties	11						
8. พึงพอใจที่ได้รับการ ยอมรับจากเพื่อน ร่วมงาน	Negative Ranks	0	0	4.0	.00	4.0	.00	-1.73*
	Positive Ranks	3	2					
	Ties	12						
9. พึงพอใจที่ได้รับ การยอมรับจาก ญาติผู้ป่วย	Negative Ranks	0	0	4.0	.00	4.0	.00	-1.41
	Positive Ranks	2	1.5					
	Ties	13						
10. มั่นใจในการให้ ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วย	Negative Ranks	0	0	4.0	.5	4.0	.00	-2.53**
	Positive Ranks	7	4					
	Ties	8						
11. ยินดีที่ได้รับคำ ขอบคุณจากญาติ ผู้ป่วย	Negative Ranks	1	2.5	4.0	.5	4.0	.5	-1.00
	Positive Ranks	3	2.5					
	Ties	11						
รวม	Negative Ranks	1	3.5	4.0	.3	4.0	.2	-2.504**
ด้านสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน	Positive Ranks	9	5.72					
	Ties	5						

*p<.05

**p<.01

ตารางที่ 14 (ต่อ)

คะแนนความพึงพอใจของพยาบาล		N	Mean Rank	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z
				Mdn	Q.D.	Mdn	Q.D.	
ด้านสภาพการทำงาน								
12.พึงพอใจในการให้ข้อมูลที่มีความชัดเจนและง่ายต่อการปฏิบัติ	Negative Ranks	0	0	4.0	.00	4.0	.00	-36*
	Positive Ranks	5	3					
	Ties	10						
13.พึงพอใจที่ได้มีการจัดสถานที่ในการให้ข้อมูลอย่างเป็นสัดส่วน	Negative Ranks	0	0	4.0	.5	4.0	.00	-2.33*
	Positive Ranks	6	3.5					
	Ties	9						
14.พึงพอใจที่มีวิดีโอในการให้ข้อมูล	Negative Ranks	1	4.5	4.0	.00	4.0	.5	-2.121*
	Positive Ranks	7	4.5					
	Ties	7						
15.พึงพอใจที่การให้ข้อมูลมีขั้นตอนในการปฏิบัติชัดเจน	Negative Ranks	1	4.5	4.0	.5	4.0	.5	-2.121*
	Positive Ranks	7	4.5					
	Ties	7						
รวม	Negative Ranks	1	2.0	4.0	.375	4.0	.25	-2.781**
ด้านสภาพการทำงาน	Positive Ranks	10	6.4					
	Ties	4						
ด้านการติดต่อสื่อสาร								
16.พึงพอใจที่การให้ข้อมูล ครบถ้วนชัดเจนง่ายต่อการเข้าใจ	Negative Ranks	0	.00	4.0	.00	4.0	.5	-2.00*
	Positive Ranks	4	2.5					
	Ties	11						
17.พึงพอใจที่การให้ข้อมูลมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของพยาบาลและญาติ	Negative Ranks	1	4.0	4.0	.05	4.0	.5	-1.890*
	Positive Ranks	6	4.0					
	Ties	8						

*p<.05

**p<.01

ตารางที่ 14 (ต่อ)

คะแนนความพึงพอใจของพยาบาล		N	Mean Rank	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	Z		
				Mdn	Q.D.	Mdn	Q.D.	
18. พึงพอใจในการให้ข้อมูลมีการประสานงานทำให้เกิดความเข้าใจที่ดีระหว่างพยาบาลในทีม	Negative Ranks	0	.00	4.0	.00	4.0	.5	-2.236*
	Positive Ranks	5	3.00					
	Ties	10						
19. พึงพอใจที่การให้ข้อมูลทำให้ผู้ใช้บริการพึงพอใจ	Negative Ranks	1	3.5	4.0	.5	4.0	.5	-1.633
	Positive Ranks	5	3.5					
	Ties	9						
รวม	Negative Ranks	1	2.0	4.0	.25	4.0	.5	-2.066*
ด้านการติดต่อสื่อสาร	Positive Ranks	6	4.33					
	Ties	8						

*p<.05

**p<.01

Z=Wilcoxon matched-pairs signed ranks test

Negative Ranks หมายถึง คะแนนความพึงพอใจในงานหลังการทดลอง < คะแนนก่อนการทดลอง
 Positive Ranks หมายถึง คะแนนความพึงพอใจในงานหลังการทดลอง > คะแนนก่อนการทดลอง
 Ties หมายถึง คะแนนความพึงพอใจในงานหลังการทดลอง = คะแนนก่อนการทดลอง

จากตารางที่ 14 คะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลหลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลโดยรวม สูงกว่าก่อนการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 มีจำนวน 1 ใน 19 ข้อ คือ ด้านสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน คือ ข้อ (10) รู้สึกมั่นใจในการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วย คะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลหลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล สูงกว่าก่อนการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลมากที่สุด ส่วนอีก 12 ใน 19 ข้อ คะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลหลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล สูงกว่าก่อนการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 คือ ข้อ 2,4,6,7,8,12,13,14,15,16,17, และ 18 ส่วนที่เหลืออีก 6 ใน 19 ข้อ คือ ข้อ 1,3,5,9,11 และ 19 มีคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลหลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลสูงกว่าก่อนการทดลองแต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤตภายหลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลทุกคนแสดงความคิดเห็นว่า รูปแบบและวิธีการให้ข้อมูล ที่ร่วมกันจัดทำขึ้น สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในการทำงาน มีขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน และพอใจกับการที่มีวิดีโอ ช่วยเสริมในการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยทำให้เกิดความมั่นใจในการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยมากขึ้น สามารถลดภาระงานการให้ข้อมูลในเรื่องต่างๆไปเกี่ยวกับผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองได้ และพอใจกับการที่ได้มีการจัดสถานที่ในการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยมากขึ้น



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

วิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ศึกษาสองกลุ่ม วัดก่อนและหลัง การทดลอง (Pretest-posttest Design) มีวัตถุประสงค์หลัก 2 ข้อ คือ 1) เพื่อพัฒนาการจัดการรูปแบบ การให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต และ 2) เพื่อศึกษาผล ของการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลที่มีต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต และศึกษาผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีต่อความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาล

ดำเนินการวิจัยโดยการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูล เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังการจัดการ รูปแบบการให้ข้อมูล แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต เปรียบเทียบ คะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการ จัดการรูปแบบการให้ข้อมูล และกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการใช้รูปแบบการให้ ข้อมูล ต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอ ผู้ป่วยวิกฤต

2. ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ใช้รูปแบบการให้ ข้อมูล แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต ต่ำกว่า กลุ่มที่ได้รับการ บริการตามปกติ

3. ความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาล หลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล สูงกว่า ก่อนการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่มีบุคคลในครอบครัวเข้ารับบริการ ในหอผู้ป่วยวิกฤต และพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 1

กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 กลุ่ม คือ

1. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย คือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับการ รักษาพยาบาลที่หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 1 ระหว่างเดือน มีนาคม 2548 ถึงเดือน เมษายน 2548 จำนวน 30 คน ทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน

กลุ่มทดลอง เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาล
พญาไท 1 และได้รับการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มควบคุม เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาล
พญาไท 1 และได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.พยาบาล พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 1 ที่สมัครใจเข้าร่วมในการ
วิจัย จำนวน 15 คน

การเลือกกลุ่มครอบครัวผู้ป่วย กลุ่มควบคุม จำนวน 15 คน กับกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน โดย
วิธีเปรียบเทียบแบบคู่ (Paired comparison) โดยเลือกที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันเป็นคู่ๆ แต่ละคู่เป็นเพศ
เดียวกัน อายุอยู่ในช่วงเดียวกัน มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะ บิดา/มารดา สามี/ภรรยา บุตร หรือพี่/
น้อง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ.2548 ถึงวันที่ 8 เมษายน พ.ศ. 2548

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

**ส่วนที่ 1 การสร้างและพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต** ประกอบด้วย 5 ชุด ได้แก่ (ดังภาคผนวก ง ส่วนที่ 1)

ชุดที่ 1.1 โครงการ การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อลดความวิตกกังวล โดยใช้หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วม ของ Swansburg
(2002) ในการดำเนินโครงการ ร่วมกับการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยตามแนวคิดของ Thelan,
Lough, Urden and Stacy (1998)

ชุดที่ 1.2 แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัว
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อลดความวิตกกังวล

ชุดที่ 1.3 แนวทางการปฏิบัติการให้ข้อมูล แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน
หอผู้ป่วยวิกฤต สำหรับบุคลากรพยาบาลแผนกผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 1

ชุดที่ 1.4 คู่มือการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาล การให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วยรายละเอียดของการปฏิบัติ และขั้นตอนการให้ข้อมูล 4
ขั้นตอน

ชุดที่ 1.5 บทวิทัศน์ เรื่อง คำแนะนำสำหรับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

ส่วนที่ 2 การทดลองใช้รูปแบบการให้ข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด ได้แก่ (ดัง
ภาคผนวก ง ส่วนที่ 2)

เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

ชุดที่ 2.1 แบบกำกับการทดลอง เป็นแบบสังเกตการปฏิบัติการให้ข้อมูล แก่สมาชิกในครอบครัว
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามแนวทางการปฏิบัติการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 2.2 แบบประเมินความวิตกกังวล ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger et al., 1983)

ชุดที่ 2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลในการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีความพึงพอใจของ Spector (Spector, 1997)

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยใช้เวลาในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 5 สัปดาห์ โดยเริ่มจาก วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ.2548 ถึงวันที่ 8 เมษายน พ.ศ. 2548 ด้วยการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ

1.กลุ่มควบคุม ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ามาใช้บริการในหอผู้ป่วยวิกฤต เลือกสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด โดยพยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย แล้วให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนการทดลอง ในวันแรกของการรับบริการ พยาบาลให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยตามปกติ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจะได้รับการประเมินระดับความวิตกกังวลอีกครั้ง ในวันที่ 2 หรือวันที่ 3 ของการพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วย

2.กลุ่มทดลอง ได้แก่

2.1 สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ามาใช้บริการในหอผู้ป่วยวิกฤต เลือกสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่มีคุณลักษณะตามที่กำหนด มีคุณสมบัติเหมือนหรือคล้ายคลึงกับกลุ่มควบคุมเป็นคู่ๆ ตามลักษณะ เพศ อายุ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยพยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย แล้วให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนการทดลอง ในวันแรกของการรับบริการ หลังจากนั้น พยาบาลให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ตามรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจะได้รับการประเมินระดับความวิตกกังวลอีกครั้ง ในวันที่ 2 หรือวันที่ 3 ของการพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วย หลังการทดลอง

2.2 พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่าง จะได้รับการประเมินความพึงพอใจในงานก่อนการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤต ร่วมกันจัดรูปแบบการให้ข้อมูล แล้วปฏิบัติตามรูปแบบการให้ข้อมูลที่ร่วมกันจัดขึ้น หลังจากนั้นเมื่อดำเนินการทดลองจนกระทั่งได้จำนวนสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในกลุ่มทดลองครบทั้งหมด 15 คน แล้ว ผู้วิจัยให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ประเมินความพึงพอใจหลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤตอีกครั้งหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทดสอบการแจกแจงของข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่าการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ การวิเคราะห์ข้อมูลจึงใช้สถิติทดสอบแบบที่ไม่ใช้พารามิเตอร์ กลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มมีความสัมพันธ์กัน ทดสอบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติทดสอบ สถิติ Wilcoxon (Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test) และทดสอบความแตกต่างของคะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาล ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติทดสอบ สถิติ Wilcoxon (Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test) โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ 0.5 ใช้สถิติทดสอบแบบที่ไม่ใช้พารามิเตอร์ กลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่ไม่มีความสัมพันธ์กัน ที่เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบ Mann-Whitney (Mann-Whitney U-Test) โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ 0.5

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต และศึกษาผลของการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลที่มีต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต และผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีต่อความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาล สรุปผลการวิจัยออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลของการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต

1. ได้รูปแบบการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย เครื่องมือ 4 ชิ้น

1.1 แนวทางการปฏิบัติการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต

1.2 คู่มือการปฏิบัติงานการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต

1.3 วีดิทัศน์ เรื่อง “คำแนะนำสำหรับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต”

1.4 แบบกำกับการปฏิบัติงานการให้ข้อมูล แก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต

ตอนที่ 2 ผลของการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลที่มีต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต และผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีต่อความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาล แบ่งการสรุปผลการวิจัยออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลของการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลที่มีต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต

1.คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันคือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3 มีอายุอยู่ในช่วง 46-50 ปี มากที่สุด 33.4 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ที่ญาติเคยรับบริการในหอผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 56.7 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตรมากที่สุด ร้อยละ 83.4 ส่วนใหญ่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเองไม่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60 มีความสามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองได้ ไม่ค่อยมีปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 46.7 (ตารางที่ 3)

3.คะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการให้ข้อมูล พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 11) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนความวิตกกังวล ด้านร่างกาย และด้านสิ่งแวดล้อม ภายหลังการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลคะแนนความวิตกกังวลลดลงต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงสรุปได้ว่าผลการทดลองเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ (1) ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

4.คะแนนค่ามัธยฐานความวิตกกังวลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการให้ข้อมูล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ Mann-Whitney (Mann-Whitney U-Test) พบว่าคะแนนความวิตกกังวลภายหลังการใช้รูปแบบการให้ข้อมูล ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 แม้ว่าจะพิจารณาค่าคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองจะต่ำกว่าก่อนการทดลอง ในทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก็ตาม (ตารางที่ 5 และ 9) จึงสรุปได้ว่าผลการทดลองเป็นไปไม่ตามสมมติฐานการวิจัย ข้อ (2) ซึ่งระบุว่า ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ใช้รูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ต่ำกว่า กลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ

ส่วนที่ 2 ผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีต่อความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาล

1.คุณลักษณะของพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤต ที่เข้าร่วมในโครงการ การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 15 คน พบว่าพยาบาลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 93.3 มีอายุอยู่ในช่วง 25-30 ปี ร้อยละ 66.6 มี

ประสบการณ์ปฏิบัติงานพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2-5 ปี ร้อยละ 53.3 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลพญาไท 1 (ปี) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2-5 ปี ร้อยละ 60 สถานภาพโสด ร้อยละ 60 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด (ตารางที่ 4) และพยาบาลกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดสามารถปฏิบัติตามรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤตได้ทั้งหมด (ตารางที่ 2)

2. คะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลหลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลโดยรวม แตกต่างกับคะแนนความพึงพอใจในงานก่อนการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ Wilcoxon matched-pairs signed ranks test โดยที่ด้านสภาพการทำงานพยาบาลมีคะแนนความพึงพอใจในงานหลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลสูงที่สุด รองลงมาคือ ด้านสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองทุกด้าน ด้านสภาพการทำงานและด้านสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน คะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลหลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล สูงกว่าก่อนการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ส่วนด้านลักษณะงาน ด้านการบังคับบัญชา และด้านการติดต่อสื่อสาร คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลหลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล สูงกว่าก่อนการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (ตารางที่ 13) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ด้านสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน ข้อที่ (10) รู้สึกมั่นใจในการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วย หลังการทดลองพยาบาลมีคะแนนความพึงพอใจสูงที่สุด (ตารางที่ 14) สรุปได้ว่า ผลการทดลองเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อ (3) ซึ่งระบุว่า ความพึงพอใจในงานของพยาบาล หลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล สูงกว่าก่อนการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต

อภิปรายผลการวิจัย

1. ได้รูปแบบการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต จากการที่พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตทุกคนได้มีส่วนร่วมกันจัดทำขึ้นเพื่อนำมาใช้การให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งทุกคนพึงพอใจกับการที่ได้มีรูปแบบการให้ข้อมูลที่สามารถลดความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นรูปแบบที่ช่วยให้พยาบาลมีความมั่นใจในการให้ข้อมูลมากขึ้น

2. จากผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง เป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ (1) ที่ว่า ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการใช้รูปแบบการให้ข้อมูล ต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต แสดงให้เห็นว่า การจัดการรูปแบบการ

ให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต มีผลทำให้ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยลดลง อธิบายได้ว่า รูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่ผู้วิจัยและพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤตร่วมกันสร้างขึ้น โดยบูรณาการแนวความคิดการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Thelan, Urden, Lough และ Stacy (1998) ทำให้การให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเป็นไปได้อย่าง ครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรม ที่มีผลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย การสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย จะทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความไว้วางใจในพยาบาล กล้าที่จะสอบถามข้อมูลกับพยาบาล (Bleulin, Rook, and Sills, 1982; Hodovanic et.al, 1984) การจัดสิ่งแวดล้อมในการให้ข้อมูลอย่างเป็นสัดส่วน เพื่อเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยอย่างเต็มที่ โดยลดการรบกวนจากสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล ได้แก่ ภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย อาการที่เปลี่ยนแปลง สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต สัญญาณเตือน หรือเสียงการทำงานของเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ (พิบูล ตันติธรรม, 2533; Leske, 1986; Neabel, 2000) จะช่วยลดความวิตกกังวลแก่ครอบครัวผู้ป่วยได้ วิจิตรา กุสุมภ์ (2544) กล่าวว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการเจ็บป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต ครอบครัวผู้ป่วยจะมีอาการตอบสนองออกมาทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจ เนื่องจากต้องสนับสนุนในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ประกอบกับมีความเครียดวิตกกังวล กลัวสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักของตน จึงมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ดังนี้คือ ด้านร่างกาย จะมีอาการเมื่อยล้า อ่อนเพลีย ด้านจิตใจ จะมีความรู้สึกกังวล กลัว ขาดที่พึ่ง ลึนหว้าง ด้านสิ่งแวดล้อม เกี่ยวกับอุปกรณ์ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีมากเกินไป ไม่มีที่นั่งข้างเตียงผู้ป่วย ได้ยินเสียงไม่พึงปรารถนา ไม่คุ้นเคยกับผู้ป่วยที่อยู่รอบข้าง ครอบครัวผู้ป่วยจะมีอาการนอนไม่หลับ ขาดความเป็นส่วนตัว จากผลงานวิจัยนี้ภายหลังการที่พยาบาลปฏิบัติตามขั้นตอนการให้ข้อมูลพบว่า ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยด้านร่างกาย ที่วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย วิตกกังวลเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วย วิตกกังวลที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสามารถลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วยจนทำให้นอนไม่หลับได้มากที่สุด (ตารางที่ 12)

สำหรับงานวิจัยนี้ พยาบาลจะปฏิบัติการให้ข้อมูลร่วมกับการเปิด วีดิทัศน์ การให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเนื้อหาใน วีดิทัศน์ จะประกอบด้วย ชนิด อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แนวทางการรักษาของแพทย์ สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต การปฏิบัติตัวในการเข้าเยี่ยม กิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยและเหตุผลทำให้การพยาบาล เครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้กับผู้ป่วย มีภาพเคลื่อนไหว ประกอบคำบรรยาย ที่ช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมองเห็นภาพ และเกิดความเข้าใจในสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์เป็นการเรียนด้วยการเห็น การได้ยิน ช่วยเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้ของผู้เรียนจากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 75 ที่ได้จากการฟังอย่างเดียว และร้อยละ 40 จากการมองเห็นอย่างเดียว (Fletcher, 1990 อ้างถึงใน วิธนา จีระแพทย์, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิณี วัฒนกุล (2547) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัว

ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โดย ใช้สไลด์มัลติมีเดีย ประกอบกับการปฏิบัติตามคู่มือปฏิบัติงาน พบว่าความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05 และ การศึกษาของ เพียร์จิตต์ ภูมิสิริกุล (2546) ที่ศึกษาผลของการจัดการรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว และความพึงพอใจของพยาบาล โดยใช้วิธีทัศนศึกษา ประกอบคำบรรยาย ใช้คู่กับการปฏิบัติตามคู่มือปฏิบัติงาน พบว่าครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว มีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลผ่าตัดตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .05$)

จากที่ได้ศึกษามาแล้วข้างต้นพบว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วยภาวะวิกฤตเกิดขึ้น ครอบครัวผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลมากที่สุดและต้องการที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยและวิธีการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตได้อย่างเร็วที่สุด รูปแบบการให้ข้อมูลในปัจจุบัน มีการพัฒนาโดยใช้สื่อ หรืออุปกรณ์เทคโนโลยีอันทันสมัยมาใช้งานอย่างแพร่หลายมากขึ้น ได้แก่ การใช้คอมพิวเตอร์ช่วยสอน การใช้สื่อวีดิทัศน์ โทรทัศน์วงจรปิด เนื่องจากมีความน่าสนใจ ทั้งภาพและเสียง สามารถให้ความรู้ได้ซ้ำๆหลายครั้งในรูปแบบที่คงที่เป็นมาตรฐาน ดังจะเห็นในโรงพยาบาลต่างๆหลายแห่งในต่างประเทศได้นำสื่อด้านคอมพิวเตอร์ ช่วยในการประชาสัมพันธ์โรงพยาบาลทั้งในด้านการบริการ การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลและอุปกรณ์ต่างๆที่ใช้กับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตทางอินเทอร์เน็ต เช่น www.icu-usa.com and www.mni.mcgill.ca/neuropatient/icu.html ช่วยให้ผู้รับบริการสามารถศึกษาข้อมูลได้ล่วงหน้า เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ต้องมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งของครอบครัวได้รับความเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ครอบครัวผู้ป่วยก็สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และไม่เกิดความวิตกกังวลที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ

ในการทำวิจัยนี้ก่อนการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้สอบถามสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลพญาไท 1 จำนวน 10 ราย เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบการให้ข้อมูล พบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทั้งหมด มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการที่ไม่แน่นอนของผู้ป่วย ต้องการทราบอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ต้องการให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด มีส่วนหนึ่งที่บอกว่าไม่รู้จะถามอะไรและไม่ทราบว่าถามกับใคร แต่บางรายต้องการทราบเกี่ยวกับ เครื่องมือ อุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย และกิจกรรมการพยาบาลที่ให้ จะเห็นได้ว่าครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการด้านข้อมูลเป็นอย่างมาก ผู้วิจัยจึงจัดรูปแบบการให้ข้อมูลในรูปแบบ ของวีดิทัศน์ ประกอบกับการให้ข้อมูลตามคู่มือปฏิบัติงาน ที่ครอบคลุมตามความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้น การจัดรูปแบบการให้ข้อมูลที่สามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของครอบครัวผู้ป่วย จึงสามารถช่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลงได้

3. **คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05** ทั้งโดยรวมและรายด้าน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อ (2) ที่ระบุว่า ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ใช้รูปแบบการให้ข้อมูล แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต ต่ำกว่า กลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิกุล ตันติธรรม (2533) ที่พบว่าญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วย มีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกันกับญาติผู้ป่วยกลุ่มควบคุม เนื่องจากความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุและปัจจัยหลายประการ ซึ่งองค์ประกอบหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ปัจจุบัน คือ 1) กรรมพันธุ์ 2) ประสบการณ์ในอดีต และ 3) สถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งหมายถึง ความคิด ความรู้สึก และความต้องการในขณะนั้น (Ladder, 1971) และปัจจัยที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวล มี 2 ประการ (สุนีย์ ตันติพัฒนานันท์, 2522) คือ 1) ธรรมชาติของบุคคล ได้แก่ ภูมิภาวะ แบบแผนการดำเนินชีวิต บุคลิกภาพ ความเชื่อ ค่านิยม ความคาดหวัง 2) ธรรมชาติของสิ่งที่มากระตุ้น ได้แก่ ความรุนแรง ชนิดของสิ่งกระตุ้น ระยะที่มากกระทบ การรู้ล่วงหน้า สิ่งที่เคยกระทบมาก่อน ความเป็นจริง หรือเป็นเพียงการคาดคะเน

งานวิจัยนี้ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แม้ว่าผู้วิจัยจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันจับคู่กัน คือ เพศเดียวกัน อายุใกล้เคียงกัน ห่างกันไม่เกิน 5 ปี มีความสัมพันธ์ โดยเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นครอบครัวเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิต เช่น สามี/ภรรยา พี่/น้อง บุตร แต่มีปัจจัยบางประการเช่น ประสบการณ์การรับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาล คือในวันแรกญาติอาจยังไม่มีปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาล แต่เมื่อระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานมากขึ้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางรายมีปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาลตามมา อาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ผู้ป่วยบางรายที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตหากนอนนานขึ้นอาจมีภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมา ซึ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเหมือนกันทั้งหมดมาจับคู่กันทำได้ยากในระยะเวลาที่จำกัด แม้ว่าพยาบาลจะปฏิบัติตามรูปแบบการให้ข้อมูลได้อย่างครบถ้วน และสามารถลดความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองได้มากกว่ากลุ่มควบคุมก็ตาม (ตารางที่ 8) จากตารางที่ 9 พบว่า ภายหลังจากทดลอง คะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านจิตใจ คะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่าในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายชื่อของความวิตกกังวลด้านจิตใจ พบว่า ภายหลังจากทดลองในกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในข้อที่ (2) มากที่สุดที่ครอบครัวผู้ป่วยเชื่อมั่นว่ามีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นได้ ภายหลังจากได้รับข้อมูลจากพยาบาล แสดงว่าเมื่อพยาบาลปฏิบัติตามรูปแบบการให้ข้อมูล และให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ทราบอาการแนวทางการรักษาของ

แพทย์เป็นระยะๆ ซึ่งสามารถสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ครอบครัวผู้ป่วยได้ว่าตนเองมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมี
อาการดีขึ้นได้

4. ความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาลก่อนและหลังการจัดการรูปแบบการ ให้ข้อมูล โดยรวม แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยคะแนนความพึงพอใจ ในงานหลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล สูงกว่าคะแนนความพึงพอใจในงานก่อนการจัดการ รูปแบบการให้ข้อมูล

ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อ (3) ซึ่งระบุว่า ความพึงพอใจในงานของพยาบาล หลังการ
จัดการรูปแบบการให้ข้อมูล สูงกว่าก่อนการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต เมื่อพิจารณาความพึงพอใจในงานของพยาบาลรายด้านพบว่า
ภายหลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล พยาบาลมีความพึงพอใจสูงขึ้นทุกด้าน โดยเฉพาะด้าน สภาพ
การทำงาน และด้านสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ว่า

การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต
มีผลทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจในการทำงานมากขึ้น การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลนี้ ผู้วิจัยได้ใช้
หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) ในการสร้างรูปแบบการให้ข้อมูลขึ้น ตามแนวคิด
การให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ของ Thelan, Lough, Urden และ Stacy (1998) ทำ
ให้พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤตได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ในการพัฒนารูปแบบการ
ให้ข้อมูล ภายใต้การ ส่งเสริม สนับสนุน และอำนวยความสะดวก จากหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต ส่งผลให้
ผู้ปฏิบัติงานเกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ ทำให้เกิดความรู้สึกมี
คุณค่าในตนเอง มีความภูมิใจจากการที่ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนางาน เกิดการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน
ทำให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน รูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่สร้างขึ้นมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติงาน มีแนวทาง
การปฏิบัติที่ชัดเจน สร้างความมั่นใจแก่พยาบาลในการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วย อีกทั้งรูปแบบการให้
ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยสามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้อย่าง
ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรม ขึ้นตอนการปฏิบัติการให้ข้อมูล
เน้นการสร้างสัมพันธภาพในกระบวนการพยาบาล ถือเป็นลักษณะงานที่มีความท้าทายต่อการนำไป
ปฏิบัติจนประสบผลสำเร็จ สอดคล้องกับแนวคิดของ Harrell (Harrell, 1972 อ้างใน จุริวัธน์ คงทอง,
2539) กล่าวว่า ความชัดเจนของงานที่สามารถอธิบายชี้แจงเป้าหมายของงาน รายละเอียดของงาน
ตลอดจนมาตรฐานในการปฏิบัติงานย่อมสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติ มีผลต่อความพึงพอใจในงาน และรูปแบบ
การบริหารแบบมีส่วนร่วม ทำให้ผู้ปฏิบัติงาน มีความพึงพอใจในงานมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ
เพ็ญจิตต์ ภูมิสิริกุล (2546) ที่ศึกษาผลของจัดการรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว
ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว และความพึงพอใจของพยาบาล โดยนำแนวคิดการบริหาร
แบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) เปิดโอกาสให้พยาบาลห้องผ่าตัดร่วมกันสร้างรูปแบบการ

จัดบริการผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวขึ้น เพื่อให้ให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วย ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ระหว่าง และหลังผ่าตัด พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาล หลังการจัดรูปแบบการบริการผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว สูงกว่าก่อนการจัดรูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ความพึงพอใจในงานเกิดจากองค์ประกอบหลายด้าน งานวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความพึงพอใจในงาน ของ Spector (1997) มาใช้ในการประเมินความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจากแนวคิดความพึงพอใจในงานของ Spector เป็นแนวคิดที่เน้นการศึกษาความต้องการและ มุ่งตอบสนองความต้องการของบุคคล งานบริการหอผู้ป่วยวิกฤตมีลักษณะเป็นงานที่ทำทลายความสามารถ ของบุคคล มุ่งเน้นการบริการที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม มีลักษณะงานที่เกี่ยวข้องกับบุคคลากรหลายฝ่าย พยาบาลที่สามารถให้การบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกภูมิใจ และพึงพอใจในงานที่ Spector กล่าวว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงาน มีองค์ประกอบ 9 ด้าน คือ 1) ความพึงพอใจต่อลักษณะงาน 2) ความพึงพอใจต่อโอกาสก้าวหน้าในงาน 3) ความพึงพอใจต่อการบังคับบัญชา 4) ความพึงพอใจต่อสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน 5) ความพึงพอใจต่อสภาพการทำงาน 6) ความพึงพอใจต่อการติดต่อสื่อสาร 7) ความพึงพอใจต่อค่าจ้างหรือเงินเดือน 8) ความพึงพอใจต่อประโยชน์เกื้อกูลต่างๆ และ 9) ความพึงพอใจต่อผู้ร่วมงาน ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาองค์ประกอบความพึงพอใจในงานของ Spector 5 ด้าน ดังนี้ คือ ด้านลักษณะงาน ด้านการบังคับบัญชา ด้านสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน ด้านสภาพการทำงาน และด้านการติดต่อสื่อสาร ส่วนด้านโอกาสก้าวหน้าในงาน ความพึงพอใจต่อค่าจ้างหรือเงินเดือน ความพึงพอใจต่อประโยชน์เกื้อกูลต่างๆ และความพึงพอใจต่อผู้ร่วมงาน ผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษา เนื่องจากว่าความพึงพอใจในด้านเหล่านี้ไม่เกี่ยวข้องกับการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล จากผลการวิจัยเมื่อนำมาพิจารณารายด้าน เฉพาะด้านที่ความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลของพยาบาล หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่า

ด้านสภาพการทำงาน

จากผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจที่รูปแบบการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วย มีความชัดเจนและง่ายต่อการปฏิบัติ และรูปแบบการให้ข้อมูลที่สร้างขึ้นช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบริการด้านข้อมูล สามารถตอบสนองความต้องการของครอบครัวได้มากที่สุด สร้างความประทับใจและพัฒนาคุณภาพการบริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การที่มีแนวทางในการปฏิบัติที่เป็นเกณฑ์หรือมาตรฐานเดียวกัน พยาบาลเกิดความเข้าใจและพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ที่สามารถบรรลุผลของกิจกรรมการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ จูร์วิธน์ คงทอง (2539) สอดคล้องกับงานศึกษาวิจัยของ เพ็ญจิตต์ ภูมิสิริกุล (2546) ทำการศึกษาแบบกึ่งทดลอง เรื่องผลของจัดการรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว และความพึงพอใจของพยาบาล โดยมีเครื่องมือเป็น คู่มือปฏิบัติงาน วีดีทัศน์ เรื่อง การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อรับการผ่าตัด ความพึงพอใจของพยาบาลหลังการใช้รูปแบบบริการผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวสูงกว่าก่อนการใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) พึงพอใจที่ได้มีการจัดสถานที่ ในการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยอย่างเป็นสัดส่วน

ในการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย พยาบาลผู้ได้รับมอบหมายในการดูแลผู้ป่วยรายนั้น จะเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วย โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธ์กับครอบครัวผู้ป่วย แนะนำตนเอง เพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และเชิญครอบครัวผู้ป่วยไปยังสถานที่ที่จัดไว้อย่างเป็นทางการ เป็นสัดส่วน ในการให้ข้อมูลแก่ญาติ เพื่อลดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมรอบข้างที่จะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล แสดงให้เห็นว่าการจัดสถานที่ในการให้ข้อมูลอย่างเป็นทางการจะช่วยให้อาการครอบครัวผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุย ระบายความรู้สึกกับพยาบาล ชักถามข้อสงสัย เกิดความสบายใจมากขึ้น ดังจะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม หลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่11) และการที่มีการจัดสถานที่ในการให้ข้อมูลอย่างเป็นทางการพยาบาลมีความสะดวกในการให้ข้อมูลมากขึ้น เนื่องจากปัจจัยกระตุ้นด้านสิ่งแวดล้อมลดลง สอดคล้องกับแนวคิดของ Spector (1997) ที่กล่าวว่า สิ่งแวดล้อมต่างๆในที่ทำงาน เช่น แสง เสียง บรรยากาศ มีผลต่อความพึงพอใจในงาน

จากผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น สนับสนุนแนวคิดการจรรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยช่วยโดยใช้การบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swanaburg (2002) ในการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยที่หัวหน้าหอผู้ป่วยเปิดโอกาสให้พยาบาลทุกคนได้มีส่วนร่วมและให้อิสระในการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน และการที่มีรูปแบบการให้ข้อมูลที่มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้พยาบาลรู้สึกมั่นใจในการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยมากขึ้น สิ่งเหล่านี้ช่วยให้พยาบาลมีความพึงพอใจในงานมากขึ้น ดังนั้น ความพึงพอใจในงานจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้บริหารควรให้ความสนใจและประเมินความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรเป็นระยะๆ เมื่อพยาบาลมีความพึงพอใจในการให้บริการแล้ว ครอบครัวผู้ป่วยรวมทั้งผู้รับบริการอื่นๆ ก็จะได้รับบริการดูแลอย่างดี คลายความวิตกกังวลและเกิดความพึงพอใจในบริการคุณภาพการบริการก็จะดีขึ้นตามมา

ด้านสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน

ความเจ็บป่วยวิกฤต เป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง เป็นอันตรายอย่างหนึ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤตในครอบครัว เมื่อสมาชิกในครอบครัวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยความเจ็บป่วยวิกฤต ครอบครัวผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตทางด้านจิตใจ (Robert, 1986 cited in Quinn, Redmond, and Begley, 1996) มีความต้องการที่จะลดความวิตกกังวล และความต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเป็นอันดับต้นๆ (Henneman, 2002) การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อลดความวิตกกังวลครอบครัวผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม ของ Swansburg (2002) มาใช้ในการสร้างรูปแบบการให้ข้อมูล ซึ่งแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม ของ Swansburg เป็นการกระจายอำนาจจากผู้บริหารระดับสูงสู่ผู้ปฏิบัติงานในการตัดสินใจแก้ปัญหาในการปฏิบัติงาน เพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย ช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยได้คลายความวิตกกังวลลง และเพิ่มคุณภาพการทำงาน พยาบาลเกิดความพึงพอใจในงานสูงขึ้น ดังจะเห็นได้จากคะแนนความพึงพอใจที่พยาบาลรู้สึกภูมิใจที่มีส่วนร่วมในการพัฒนางาน ด้านการให้ข้อมูลแก่

ญาติผู้ป่วยมากขึ้นหลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 14) แสดงให้เห็นว่าพยาบาลรู้สึกตนเองมีคุณค่าและมีความสำคัญ เกิดความรับผิดชอบต่อผู้ใช้บริการ โดยการพัฒนาตนเองให้มีความรู้ความเข้าใจ และความรู้สึกมีคุณค่าร่วมกัน จึงจะสามารถจัดบริการที่มีคุณภาพ ผู้ให้บริการเกิดความพึงพอใจ และรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง จากการประสบความสำเร็จในงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ จูรีวัฒน์ คงทอง (2539) ที่กล่าวว่า ความพึงพอใจของพยาบาล เป็นความรู้สึกพอใจในงานที่ทำ เต็มใจและตั้งใจที่จะปฏิบัติงานนั้นให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์กร โดยการได้รับการยอมรับซึ่งกันและกันในกลุ่มของผู้ปฏิบัติงานทุกคน มีเจตคติที่คล้ายคลึงกัน ให้ความร่วมมือช่วยเหลือ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการปฏิบัติงานซึ่งกันและกัน และสอดคล้องกับ การศึกษาของ กนกพร แจ่มสมบุญ (2539) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้คุณค่าของงาน การรับรู้ต่อรูปแบบการบริหารกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล พบว่า ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ คือพยาบาลประจำการได้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีความภาคภูมิใจในระดับสูง เนื่องจากพยาบาลประจำการเอง ได้รู้สึกมีอิสระในการปฏิบัติงาน และได้พัฒนาทักษะในการปฏิบัติงานค่อนข้างสูง

จากผลการทดลองพบว่า ภายหลังจากการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต คะแนนความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาล ข้อที่ (10) พยาบาลมีความรู้สึกมั่นใจในการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยมากที่สุด (ตารางที่ 14) แสดงว่ารูปแบบการให้ข้อมูลที่จัดทำขึ้น ที่ประกอบด้วย แนวทางการปฏิบัติงาน คู่มือการปฏิบัติงาน และวีดิทัศน์ การให้ข้อมูลที่ช่วยให้พยาบาลสามารถให้ข้อมูลได้เป็นแนวทางเดียวกัน แม้ว่าประสบการณ์การทำงานของพยาบาลแต่ละคนต่างกัน และเทคนิคการให้ข้อมูลต่างกัน ตามแนวคิดของ Harrell (Harrell, 1972 อ้างในจูรีวัฒน์ คงทอง, 2539) ที่กล่าวถึง ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการทำงาน คือคุณลักษณะส่วนตัวของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับงาน ได้แก่ ประสบการณ์ในการทำงาน เพศ อายุ เวลาในการทำงาน เป็นต้น แต่การสร้างรูปแบบการให้ข้อมูลที่นำมาใช้ ช่วยให้พยาบาลเกิดความมั่นใจในการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ในการให้ข้อมูล สุทธิณี วัฒนกุล (2547) ผลการวิจัยพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อ วีดิทัศน์ มีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพยาบาลเกิดความพึงพอใจในงานหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง (เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล, 2546)

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ด้านบริหาร

1. ผู้บริหารการพยาบาลควรส่งเสริมให้บุคลากร ได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุง/พัฒนาการให้บริการพยาบาลต่างๆ ในหน่วยงาน โดยเริ่มจากปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน เปิดโอกาสให้พยาบาลทุกคน ร่วมกันแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ในการป้องกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ในการพัฒนาและสร้างรูปแบบการบริการรูปแบบใหม่ ให้มีความเหมาะสมกับหน่วยงาน และ

สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลเกิดทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลง และเกิดความพึงพอใจในงานที่ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนางานการบริการให้มีคุณภาพมากขึ้น

2. การวิจัยที่พบสามารถนำไปปรับปรุงพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยหรือผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคอื่นๆทั่วไป

2.ด้านบริการ

1.พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤต ควรให้ความสำคัญกับครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของผู้ป่วย และตระหนักถึงความจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ให้ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการครอบคลุมแบบองค์รวม

2.ควรนำแนวทางการจัดรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อลดความวิตกกังวล ใช้เป็นแนวทางในการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย โรคอื่นๆทั่วไป ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยวิกฤต

3.ขณะนี้แผนกผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เป็นสถานที่เก็บข้อมูลยังไม่ได้แยกออกเป็นแผนกผู้ป่วยวิกฤตที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะยังมีผู้ป่วยโรคอื่นปนอยู่ด้วย การนำรูปแบบการให้ข้อมูลไปใช้อาจจะมีความยุ่งยากอยู่บ้าง แต่ในอนาคตหากได้มีการปรับปรุงให้เป็นแผนกผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะและนำรูปแบบการให้ข้อมูลไปใช้ จะช่วยให้การพัฒนางานด้านการให้ข้อมูลเป็นไปได้ อย่างสมบูรณ์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1.การวิจัยเพื่อพัฒนางานนั้น ควรใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม เพื่อความยั่งยืนของการพัฒนาคุณภาพการบริการ

2..ศึกษา ติดตาม ประเมินผลการใช้รูปแบบการให้ข้อมูล แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างต่อเนื่อง และนำมาพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลในหอผู้ป่วยวิกฤตต่อไป

3.ควรมีการศึกษาความต้องการข้อมูลของครอบครัวผู้ป่วยโรคอื่นๆ เพื่อเป็นแนวทางการให้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย

4.ควรมีการวิจัยพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่นๆเพื่อลดความวิตกกังวลของญาติ

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกพร แจ่มสมบุญ. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้คุณค่าของงาน การรับรู้ต่อรูปแบบการบริหารกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรรณิการ์ สุวรรณโคตร. 2527. มโนคติและกระบวนการพยาบาล. กรุงเทพฯ: หนึ่งเจ็ดการพิมพ์.
- กรีซแก้ว แก้วนาค. 2541. รูปแบบการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วย และความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ ในโรงพยาบาลศูนย์ เขตภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- แก้ว ไอมิน. 2542. ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กัลยา สรรพอุดม. 2546. ผลของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและดนตรีบำบัดต่อ คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมระยะวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขนิษฐา นาคะ. 2534. ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณินิต บุรีเทศน์. 2540. ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตต่อระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทรา จินดา. 2546. ผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และความพึงพอใจในงานของพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิระพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จวีร์วัฒน์ คงทอง. 2539. ผลของการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อกิจกรรมการพยาบาลและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล: กรณีศึกษา งานผู้ป่วย อุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐมิล โลพันธ์ศรี. 2543. ผลการปรับใช้แนวคิดการบริหารแบบฮิโตคุประสงคิในการปฏิบัติงานการพยาบาลต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ. วิทยานิพนธ์

- ปริญญาหมาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ. 2540. พฤติกรรมองค์กร. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัท โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด.
- ธงชัย สันติวงษ์ และชัยยศ สันติวงษ์. 2533. พฤติกรรมของบุคคลในองค์กร. กรุงเทพมหานคร: บริษัทโรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด.
- ธีรพันธ์ สิงห์เฉลิม. 2542. ผลการให้ข้อมูลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อ. วิทยานิพนธ์ปริญญาหมาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. 2543. Epidemiology of stroke. ในนิพนธ์ พวงวรินทร์, บรรณาธิการ. โรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์: 11-37.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. 2544. โรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. 2547. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยูแอนดีไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด: 307-308)
- ประคอง กรรณสูต. 2542. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรชัย จุลเมตต์. 2540. ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อภาวะของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาหมาบัณฑิต สาขาพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรทิพย์ โกศลยวัฒน์. 2541. บทบาทของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต. วารสารพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล 16(2) เมษายน-มิถุนายน: 2-5.
- พิกุล ดันติธรรม. 2533. ผลการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญาหมาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิสมัย คุณาภรณ์. 2546. ผลการใช้รูปแบบการบริการผู้ป่วยรับใหม่ต่อความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาหมาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล. 2546. ผลของการจัดรูปแบบการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแล ครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวและความพึงพอใจของพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาหมาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. 2536. บรรณาธิการ: คุณภาพการพยาบาลใน ไอ.ซี.ยู. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย 6(2): 1-4.

- เพ็ญทิพย์ เชาวลิต. 2545. ผลของ تیمการพยาบาลที่ใช้แนวทางการดูแลต่อความพึงพอใจ
ของ تیمและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภัทรา เมื่อกพันธ์. 2545. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะงาน การบริหาร
แบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ
หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตนา อยู่เปล้า. 2543. ผลของการให้ข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิก ครอบครัว
ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุจา ภูไพบูลย์. 2537. การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2.
ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- รุจา ภูไพบูลย์. 2537. การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพฯ: วี เจ พรินติ้ง.
- วิจิตรา กุสุมภ์. 2544. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วน
สามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.
- วีณา จีระแพทย์. 2544. สารสนเทศทางการพยาบาล & ทางสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริชัย พงษ์วิชัย. 2547. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. พิมพ์ครั้งที่ 14.
กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. 2543. แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพมหานคร: บริษัท ดีไซน์ จำกัด.
- สถิตินาธาณสุข กระทรวงสาธารณสุข. 2543.
- สมยศ นาวิการ. 2545. การบริหารแบบมีส่วนร่วม. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์บรรณกิจ.
- สมศิริ สายภัทรานุสรณ์. 2545. ผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมบริการพยาบาล
ของพยาบาลวิชาชีพที่สร้างความประทับใจต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุ
และฉุกเฉิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. 2543. สถานะของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินการ
ต่างๆของประเทศ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธินี วัฒนกุล. 2547. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบ
แผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุภารัตน์ ไวยชีตา, ชื่นฤดี คงศักดิ์ ตระกูลและวิมลวัลย์ วโรฬาร. 2542. ความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ไอ ซี ยู โรงพยาบาลรามาริบัติ. *รามาริบัติพยาบาลสาร* 5(3): 186-200.

สุรกุล เจนอบรม. 2534. *วิทยาการผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: ครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุนีย์ ดันติพันธ์นันท์. 2522. *หลักการพยาบาลจิตเวช*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สัมฤทธิ์ กาเพ็ง. 2545. รูปแบบการมีส่วนร่วมในสถานศึกษา. *วารสารวิชาการ* 5(4): 8-13.

อารีย์ บุญบวรรัตนกุล. 2538. *ความวิตกกังวล ความต้องการ และการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยหนักในหน่วยบำบัดพิเศษ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อัจฉรา คงกิตติมากุล. 2545. *ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาความเป็นเลิศในพฤติกรรมบริการด้านการให้ข้อมูลทางการพยาบาล ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย แผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมทั่วไป*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

Appleyard, M. E., et al. 2000. Nurse-coached intervention for the families of patients in critical care units. *Critical care nurse* 20 (3): 40-53.

Australian Institute of Management. 1991. *An introduction to participative management: Guidelines for Australian managers*. Victoria: Capital.

Azoulay, E., et al. 2002. Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients. A multicenter, prospective, randomized, controlled trial. *American journal of respiratory and critical care medicine* 165 (4) February: 438-442.

Baker, C., Nieswiadomy, R. M., and Arnold, W. K. Nursing interventions for children with a parent in the intensive care unit. *Heart & Lung* 17 (July 1988): 441-446.

Barry, P. D. 2002. *Mental Health and Mental Illness*. 7th ed., Philadelphia: J. B. Lippincott.

Beland, Irene L. and Passor, Joyce Y., 1975. *Clinical Nursing*. 3rd ed., New York: Macmillan Publishing.

Bijttebier, P., et al. 2000. Reliability and validity of the critical care family needs inventory in a Dutch-speaking Belgian sample. *Heart & Lung* 29 (4) July/ August: 278-286.

- Black, J. M. and Jacobs, E. M. 1997. Medical - surgical nursing clinical management for continuity of care. 5th ed. p.p. 52. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Bleulin, J. L., Rook, J., and Sills, G. 1982. Family in crisis: The impact of trauma. *Clinical Care Quarterly* 5 (12): 38-45.
- Bond, A. E., Draeger, C. R. E., Mandleo, B., and Donnelly, M. 2003. Needs of family members of patients with severe traumatic brain injury implications for evidence-based practice. *Critical care nurse* 23 (4) August: 63-72.
- Byekwaso, R. H. 2000. The human element. Becoming a chaplain on the ICU. *Health progress*. May-June.
- Caplan, L. R. 2000. *Caplan's stroke: A clinical approach*. 3rd ed. Boston: Butterworth Heinemann.
- Chaves, C.W., and Faber, I. 1987. Effect of education-orientation program on family members who visit their significant other in intensive care unit. *Heart & Lung* 16 (1): 92-99.
- Close, A. 1988. Patient education: A literature review. *Journal of advance nursing* 13: 203-213.
- Delay, L. 1984. The perceived immediate needs of families with relatives in the intensive care setting. *Heart & Lung* 13 (3): 231-237.
- Domar, A. D., Everett, L. L., and Keller, M. G. 1989. Preoperative anxiety: Is it a predictable entity? *Anesth Analg* 69 (6): 763-767.
- Duffy, B. 1997. Using a creative teaching process. *Home Health Nursing* 15 (2): 102-108.
- Fredericson, K. 1989. Anxiety transmission in the patient with myocardial infarction. *Heart & Lung* 18 (6): 617-622.
- Flynn, J. B., and Bruce, N. P. 1993. *Introduction to critical care skills*. St.Louis: Mosby-Year Book, Inc: 30-41.
- Furukawa, M. M. 1996. Meeting the needs of the dying of patients family. *Critical care nurse*. 16 (1): 51-57.
- Gaglione, K. M. 1984. Assessing and intervening with families of ccu patients. *Nursing clinics of north America* 19 (3) September: 427- 433.
- Grimm, P. M. 1997. Measuring anxiety. In Frank-Stromborg, M., and Olsen, S. J. (Eds). *Instruments for clinical health-care research*. 2nd ed. pp.329-341. Boston: Jones and Bartlett Publishers.

- Halm, M. 1990. Effects of support groups on anxiety of family members during critical illness. *Heart & Lung* 19 (1): 62-71.
- Henneman, A. E., and Cardin, S. 2002. Family - centered critical care: A practical approach to making it happen. *Critical care nurse* 22 (6) December: 12-19
- Hickey, M. 1993. Psychosocial needs of families. In E. B. Rudy, J. M. Cloches, C. Breu, S. Cardin, E. B. Rudy, and A. A. Whittaker (Eds.), *Critical care nursing* (pp.91-101). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Hodovanic, B. H., Reardon, D., Reese, W., and Hedges, B. 1984. Family crisis intervention program in the medical intensive care unit. *Heart & Lung* 13 (3): 243-249.
- Hopkins, A. G. 1994. The trauma nurses' role with families in crisis. *Critical care nurse* 14 (4): 35-43.
- Hudak, C. M., Gallo, B. M., and Morton, P. P. 1998. *Critical care nursing a holistic approach*. 7th ed. New York: Lippincott: 21-26.
- Ignatavicius, D. D., and Workman, M. L. 2002. *Medical - surgical nursing critical thinking for collaborative care*. 4th ed. New York. W. B. Saunders company: 8.
- Jamerson, P. A. et al. Experiences in the ICU. The experiences of families with a relative in the intensive care unit. *Heart & Lung* 25 (November-December 1996): 467-474.
- Kindler, C H., Harm, C., Amsler, F., Ihde-Scholl, T., and Scheidegger, D. 2000. The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *International Anesthesia Research Society* 90 (3): 706 - 712.
- Kipp, K M. 2001. Implementing nursing caring standards in the emergency department. *Journal of nursing administration* 3 (2): 85 - 90.
- Kneisl, C. R. 1996. Stress, anxiety and coping. In H. S. Wilson & C. R. Kneisl (Eds.). *Psychiatric nursing*. 5th ed. California: Benjamin/ Cummings publishing: 66-84.
- Ladder, M. et al. 1971. *Clinical Anxiety*. New York: Grune and Stratton.
- Lazarus, R. S., and Folkman, S. 1984. *Stress, adaptation and coping*. New York: Springer publishing company.
- Leske, J. S. 1996. Intraoperative progress reports decrease family members' anxiety. *AORN Journal*, 64 (3): 424-436.
- Leske, J. S. 2002. Interventions to decrease family anxiety. *Critical care nurse* 22 (6): 61-65.

- Lynn-McHale, D. J., & Carlson, K. K., and 2001. American association of critical-care nurses. *AACN Procedure manual for critical care*. 4th ed Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Mohsenin, V. 2001. Sleep-related breathing disorders and risk of stroke. *Stroke* 32: 1271-1278.
- Neabel B. 2000. Family assessment tools: A review of the literature from 1978-1997. *Heart & Lung*. May/ June: 196-209.
- Periard, M. E. & Ames, B. D. 1993. Lifestyle Changes and Coping Patterns Among Caregivers of Stroke Survivors. *Public Health Nursing*, 10 (December), 252-256.
- Pilot, D. F., & Hungler, B. P. 1999. *Nursing research: Principles and methods*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Quinn, S. Rwdmand, K., and Begley, C. The needs of relatives visiting adult critical care unit as perceived by relatives and nurses Part 1 and Part 2 *Intensive and Critical Care Nursing* 15 (June, August 1996): 168-172, 239-245.
- Reider, J. A. 1994. Anxiety during critical illness of family member. *Dimensions of Critical Care Nursing* 13 (5): 272-279.
- Robbins, S. P. 1998. *Organizational behavior*. 8th ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Robbins, S. P. 2001. *Organizational behavior*. 9th ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Rogers, C. 1983. Need of relatives of cardiac surgery patients during the critical care phase. *Focus on critical care* 19: 50-55.
- Sashkin, M. 1984. Participative management: Is an ethical imperative. *Organizational Dynamics* 12 (4): 5-22.
- Sheila, L. V., illustrations by Cathy J. Miller. 2001. *Psychiatric Mental Health Nursing*. Philadelphia: Lippincott: 261.
- Slavitt, D. B., et al. 1978. *Nurses' Satisfaction with Their Work Situation*. *Nursing Research* 27 March-April: 114-120.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. 2000. *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. 9th ed. Volume 2. Philadelphia: Lippincott.
- Spector, P. E. 1997. *Job satisfaction: Application, Assessment, Cause and Consequences*, London: SAGE.
- Spielberger, C. D. 1972. Anxiety as an emotional state. In C. D. Spielberger (Ed.). *Anxiety: Current trends in theory and research* (pp.23-49). New York: Academic press.
- Spielberger, C. D. 1983. *The measurement of state and Trait Anxiety: Conceptual and*

- methodological issue in emotion. New York; Ravan press.
- Stuart, G. E., and Sundeen, S. J. 1995. *Principles and practice of psychiatric nursing*. 5th ed. St. Louis: Mosby.
- Suchman, A. L., Botelho, R. J. and Walker, P. H. 1998. *Partnership in healthcare: Transforming relational process*. New York: University of Rochester Press.
- Swansberg, R. C. 2002. *Decentralization and participatory management*. In Swansberg, R. C. and Swansberg, R. J. (editors). *Introduction to management and leadership for nurse managers*. 3rd ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers: 359-382.
- Testani-Durfour, Chappel-Aiken and Gueldner. 1992. Traumatic brain injury: A family Experience *Journal of neuroscience nursing* 24 (6): 317-323.
- Thailand medical clinic online. ผู้สูงอายุ กับ อัมพาต. [online]. แหล่งที่มา: <http://www.thaiclinic.com/cva.html>[12/8/2547]
- Thelan, L. A., Urden, L. D., Lough, M. E., & Stacy, K. M. 1998. *Critical care nursing: Diagnosis and management*. 3rd ed. St.Louis: Mosby, Inc: 49-62.
- Tracy, J., Fowler, S., and Magarelli, K. 1999. Hope and anxiety of individual family members of critically ill adults. *Applied nursing research* 12 (3):121-127.
- Vacarolis, E. M. 1998. *Foundations of psychiatric mental health nursing*. 3rd ed. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Videbeck, S. L. 2001. *Psychiatric mental health nursing/ Illustrationals by Cathy J.Miller*. New york: Lippincott. 261-264.
- Wegner, G. D. and Alexander, R. J. 1999. *Readings in family nursing*. New York: Lippincott: 50-51.
- Wilson-Barnett, J. 1992. Anxiety. In Brooking, J I., Richer, S. A. H., and Thomas, B L (eds.), *A textbook of psychiatric and mental nursing*, pp. 373-383. New York: Churchill Livingstone.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

- | | |
|--|---|
| 1. นายแพทย์ สุรัตน์ บุญญะการกุล | ประสาทแพทย์ประจำโรงพยาบาล
พญาไท 1 |
| 2. รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต.หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชุณหะวัณ | คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จิราพร เกศพิชญวัฒนา | คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิจิตรา กุสุมภ์ | วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ |
| 5. นางสาวประชิต ศราภพันธุ์ | หัวหน้าพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต
ศัลยกรรมประสาทโรงพยาบาลศิริราช |
| 6. นางสาวสุนล เกษรวนิชวัฒนา | ผู้ตรวจการพยาบาล
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ |
| 7. นางสาวเบญจวรรณ สุขเรือน | ผู้จัดการบริการผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลพญาไท 1 |
| 8. นางสาวจิตราพร เตมีบุตร | พยาบาลผู้ชำนาญการแผนกผู้ป่วยวิกฤต
โรงพยาบาลพญาไท 1 |
| 9. นางสุจิตรา ศรีจันทร์ | เจ้าหน้าที่สื่อสารการตลาด
โรงพยาบาลพญาไท 2 |



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และจดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูลการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/2548

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10300

มกราคม 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาการบริหารการพยาบาล(ภาคนอกเวลา) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อความวิตกกังวลของครอบครัว และความพึงพอใจในงานของพยาบาล หอผู้ป่วยวิกฤต" โดยมี อาจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ รศ.พ.ต.ต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุณหปราณ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่นิสิตสร้าง ขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ รศ.พ.ต.ต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุณหปราณ เป็น ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจักษ์ศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รศ.พ.ต.ต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุณหปราณ

งานบริการการศึกษา

โทร.0-2218-9825 โทรสาร.0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร 0-2218-9831

ชื่อนิสิต

นางสาวสุวิทย์ จันทร์เจษฎา โทร 0-6099-1827

มกราคม 2548

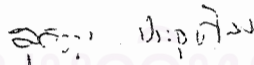
เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพญาไท 1

เนื่องด้วย นางสาวสุพรีร์ จันทรเจษฎา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อความวิตกกังวลของครอบครัวและความพึงพอใจในงานของพยาบาล” โดยมี อาจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลประจำการ จำนวน 5 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 15 คน และพยาบาลประจำการ จำนวน 15 คน ณ แผนกหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลของครอบครัว และแบบสอบถามวัดความพึงพอใจในงานของพยาบาล ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวสุพรีร์ จันทรเจษฎา ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจตุลป)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

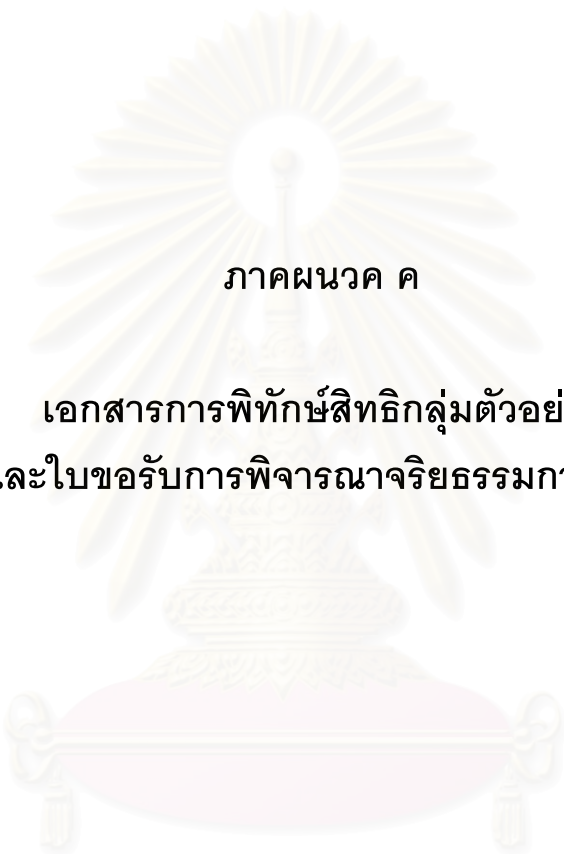
โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-9831

ชื่อนิสิต

นางสาวสุพรีร์ จันทรเจษฎา โทร 0-6099-1108



ภาคผนวก ค

เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
และใบขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/ Participant Information Sheet)

1. ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองต่อความวิตกกังวลของครอบครัวและความพึงพอใจในงานของพยาบาล หอผู้ป่วยวิกฤต
2. ชื่อผู้วิจัย นางสาว สุวพีร์ จันทระเจษฎา
นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน แผนกผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 1 จังหวัดกรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-6401111 ต่อ 2224-2225 โทรศัพท์ที่บ้าน 02-4217906
โทรศัพท์เคลื่อนที่ 06-0991108
4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัย ประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้
 - 4.1 โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต และเพิ่มความพึงพอใจในงานของพยาบาลในการใช้รูปแบบการให้ข้อมูล
 - 4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อพัฒนาและปรับเปลี่ยนรูปแบบการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤตที่เหมาะสม เป็นองค์รวมเพิ่มความพึงพอใจในงานของพยาบาล และปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
 - 4.3 การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยกลุ่มสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้จัดแบ่งเป็น 2 กลุ่ม จำนวนทั้งหมด 30 คน คือ กลุ่มควบคุม 15 คน ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยวิกฤต อีกกลุ่มคือกลุ่มทดลอง 15 คน ที่จะเข้าร่วมในการจัดรูปแบบการให้ข้อมูลในหอผู้ป่วยวิกฤต ระยะเวลาที่เข้าร่วมในโครงการเป็นเวลา 3 วัน ติดต่อกัน ตอบแบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 2 ครั้ง คือ ในวันแรกที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วย และครั้งที่ 2 คือ ในวันที่ 3 ที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วย และกลุ่มพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย 15 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำ ในหอผู้ป่วยวิกฤต อยู่ในโครงการนานประมาณ 3 เดือน ตอบแบบประเมินระดับความพึงพอใจในงานของพยาบาล 2 ครั้ง คือ ครั้งแรกก่อนการจัดรูปแบบการให้ข้อมูล และครั้งที่ 2 หลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล หลังจากที่ได้ข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยจะนำมาวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัย
5. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้
 - 5.1 โดยผู้ที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งละไม่เกิน ครึ่งชั่วโมง โดย แบบสอบถามประกอบด้วย แบบประเมินระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต และแบบประเมินระดับความพึงพอใจในงานของพยาบาลในการวิจัยครั้งนี้ ไม่ปรากฏวิธีที่เป็นความเสี่ยง แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ในการตอบแบบประเมินผู้เข้าร่วมการวิจัย ไม่ต้องระบุชื่อ-

นามสกุล ลงในแบบประเมินจะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมการวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างถือว่าเป็นความลับ

6.ระหว่างการศึกษาวิจัยหากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษเกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็วและไม่ขัดข้อง

7.ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ท่านจะยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติ และมีสิทธิบอกเลิกการตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ตามต้องการ ซึ่งจะไม่มีผลใดๆต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านและผู้ป่วยได้รับ

8.ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมในการวิจัย

9.ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง
ต่อความวิตกกังวลของครอบครัวและความพึงพอใจในงานของพยาบาล หอผู้ป่วยวิกฤต
เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัย ชื่อ นางสาวสุวิทย์ จันทระเชษฐา ที่อยู่ โรงพยาบาลพญาไท 1
ถนนศรีอยุธยา เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400 ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์
ลักษณะ และแนวทางการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบถึงผลดี ผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น
ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และอาจถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย
เมื่อไรก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลต่อผู้ป่วย และข้าพเจ้ายินดีให้
ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ
และจะเปิดเผยได้เฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่
เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลเชิงวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่คณะผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้
สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วในข้างต้น

.....

สถานที่ / วันที่

ลงนามประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....

สถานที่ / วันที่

ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....

สถานที่ / วันที่

ลงนามพยาน

.....



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 0-2218-9825 โทรสาร 0-2218-9806

ที่ วันที่..... 16 พฤษภาคม 2547.....

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อรับการพิจารณาจริยธรรม

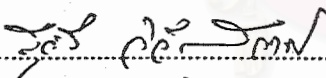
เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย

กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. ใบคำขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
 2. โครงร่างการวิจัย จำนวน 14 ชุด

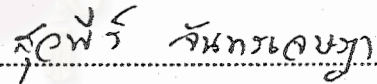
ด้วยข้าพเจ้า นางสาว สุวพรี จันทระเจษฎา นิสิตระดับมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เสนอโครงการวิจัยเรื่อง “ผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อความวิตกกังวลของครอบครัวและความพึงพอใจในงานของพยาบาล หอผู้ป่วยวิกฤต” และประสงค์จะเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้ โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการคัดกรองงานวิจัยเพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรม โดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการให้ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง


 (น.ส. สุวพรี จันทระเจษฎา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

วันที่ 16 พ.ค. 47



(นางสาว สุวพรี จันทระเจษฎา)

ผู้วิจัยหลัก

วันที่ 16 พ.ค. 47

(ลงนาม).....

(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา บุญพันธ์ุ)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

วันที่ 18 พ.ค. 47

ใบคำขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
(Application Form for Ethical Reviews)

1. ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) ผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองต่อความวิตกกังวลของครอบครัวและความพึงพอใจในงาน
ของพยาบาล หรือผู้ป่วยวิกฤต
- ชื่อเรื่อง(ภาษาอังกฤษ) EFFECTS OF COMPREHENSIVE INFORMATION MODEL
MANAGEMENT FOR FAMILY MEMBERS OF STROKE
PATIENTS ON FAMILY MEMBERS' ANXIETY AND NURSES' JOB
SATISFACTION IN INTENSIVE CARE UNIT
2. ชื่อผู้วิจัยหลัก นางสาว สุพวีร์ จันทร์เจษฎา เลขประจำตัว 4577828736
สถานะ นิสิต อาจารย์ อื่นๆ
หน่วยงาน/สถาบันที่สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โทรศัพท์มือถือ 06-0991108
3. ชนิดของโครงการวิจัย
(✓) การทดลองทางคลินิก (Clinical trial)
() อื่นๆ การวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยา
4. วันที่ยื่นเสนอ.....
(✓) ยื่นเสนอครั้งแรก
() ปรับปรุงแก้ไข โดยมีโครงการที่เสนอไปแล้วครั้งแรกเมื่อ.....
() โอบอ้อมความลับหน้าในการแก้ไข
5. รหัสของโครงการ (Study code) ถ้ามี.....
6. หน่วยงาน/สถาบันที่ร่วมในการทำวิจัย
(✓) เฉพาะที่.....
() ไม่มี
7. ลักษณะของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในโครงการวิจัย
(✓) ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยปกติ
() ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว
8. จำนวนประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยหรือผู้ป่วยที่คาดว่าจะเข้าร่วมโครงการ
กลุ่ม สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ทั้งหมด 30 คน กลุ่ม พยาบาล ทั้งหมด 15 คน
9. ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ทั้งโครงการ 1 ปี
10. ระยะเวลาที่แต่ละประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะอยู่ในโครงการ
4 เดือน
11. แหล่งทุน () 1. รัฐบาล (โปรดระบุ).....
() 2. เอกชน (โปรดระบุ).....
() 3. องค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) (โปรดระบุ).....
() 4. อื่นๆ (โปรดระบุ).....
(✓) 5. ของผู้วิจัย

(กรณีระบุแหล่งทุน 1-4 ให้ระบุข้อ 12-13)

12. การติดตามการดำเนินการวิจัย โดยผู้ให้ทุนวิจัย (Sponsor)

- () มีแล้วโดยผ่าน.....
 () ยังไม่มี อยู่ระหว่างจัดตั้ง
 () ยังไม่มี

13. ทุนที่ได้รับทั้งโครงการ =บาท

ทุนที่ได้รับเข้ายังหน่วยงาน/สถาบันที่สังกัด =บาท

14. โครงการวิจัยนี้เคยยื่นเสนอที่อื่นหรือไม่

- (✓) ไม่เคย
 () เคยในระดับนานาชาติที่.....เมื่อ.....
 ผลการพิจารณา.....
 () เคยในระดับประเทศที่.....เมื่อ.....
 ผลการพิจารณา.....

15. ประเด็นที่ต้องการให้คณะกรรมการพิจารณาเป็นพิเศษ การวิจัยในผู้เยาว์

16. โครงร่างวิจัยนี้เป็นโครงร่างวิทยานิพนธ์ของ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- () ระดับบัณฑิต
 (✓) ระดับมหาบัณฑิต
 () ระดับดุษฎีบัณฑิต
 () ได้ผ่านการพิจารณาโดยกลไกของ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 เมื่อวันที่...../...../..... (เอกสารแนบ)

นอฬร์ สหทรณษา
 (ส.ศ.ค.หรือ ส.น.ท.ร.น.ท.)

ผู้วิจัยหลัก

วันที่ 16 / พ.ย. 47

*รับรองคำขอรับการพิจารณาจริยธรรม

.....
 (รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

** คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

วันที่ 18 / พ.ย. / 47

หมายเหตุ * ใช้เฉพาะกรณีเป็นวิทยานิพนธ์/ปริญญาานิพนธ์

** หมายถึงผู้มีอำนาจเต็มตามกฎหมายใด ๆ ในการพิจารณาของแต่ละคณะ/วิทยาลัย/สำนักวิชา

บันทึกข้อความ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
แผนกสารบรรณ
เลขที่หนังสือรับ 1679
ว.ด.ป 3 พ.ย. 48
เวลา 11.30 น.

ส่วนราชการ วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 88193

ที่ ศธ 0512.25/350/2548 วันที่ 21 เมษายน 2548

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมฯ

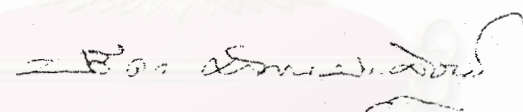
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
กษบวิค คณะสาธารณสุขศาสตร์
เลขที่หนังสือรับ 465
ว.ด.ป 3 พ.ย. 48
เวลา 9.00 น.

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

จากการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่ม
วิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ครั้งที่ 2/2548 เมื่อวันศุกร์ที่ 25 กุมภาพันธ์ 2548 ที่ประชุมได้พิจารณา
การแก้ไขและเพิ่มเติมรายละเอียดในโครงการวิจัย เรื่อง "ผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้
ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความวิตกกังวลของครอบครัวและความพึงพอใจในงานของพยาบาล หอผู้ป่วยวิกฤต" (Effects of
Comprehensive Information Model Management for Family Members of Stroke Patients on Family Members' Anxiety
and Nurses' Job Satisfaction in Intensive Care Unit) ซึ่งมี นางสาวสุวิทย์ จันทร์เจษฎา เป็นผู้วิจัยหลัก

ที่ประชุมมีมติให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ



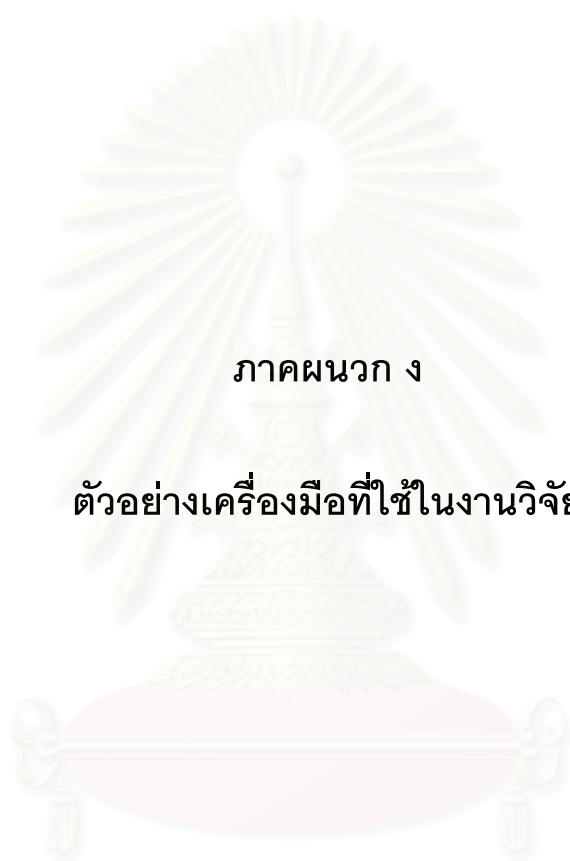
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์ปรีดา ทัดนาประดิษฐ์)

ประธานกรรมการ

คณบดี ~~วิทยาลัยการสาธารณสุข~~ / คณะพยาบาลศาสตร์
สอ.ปส

- ทราบ และ บันทึกแจ้ง อธิการบดี วิทยาลัยการสาธารณสุข (๑๑.๑๑.๒๕๔๘) (๑๑.๑๑.๒๕๔๘)
 - คำแนะนำ
 - ทิศทาง
 - อนุมัติ
- 3 พ.ย. 48

3 พ.ย. 48
3 พ.ย. 48



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการสร้างและพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย 5 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1.1 โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อลดความวิตกกังวล

ชุดที่ 1.2 แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อลดความวิตกกังวล

ชุดที่ 1.3 แนวทางการปฏิบัติการให้ข้อมูล แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต สำหรับบุคลากรพยาบาลแผนกผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 1

ชุดที่ 1.4 คู่มือการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาล การให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วยรายละเอียดของการปฏิบัติ และขั้นตอนการให้ข้อมูล 4 ขั้นตอน

ชุดที่ 1.5 บทวิดิทัศน์ เรื่อง คำแนะนำสำหรับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองใช้รูปแบบการให้ข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด ได้แก่

เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

ชุดที่ 2.1 แบบกำกับการทดลอง เป็นแบบสังเกตการปฏิบัติการให้ข้อมูล แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามแนวทางการปฏิบัติการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 2.2 แบบประเมินความวิตกกังวล ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

ชุดที่ 2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลในการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการสร้างและพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

ชุดที่ 1.1 โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ

โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ

เรื่อง “การพัฒนาคุณภาพการบริการ: การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อลดความวิตกกังวล”

วันที่ 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2548

1. ชื่อโครงการ “การพัฒนาคุณภาพการบริการ :การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อลดความวิตกกังวล”

2. หลักการและเหตุผล

การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นเหตุการณ์กะทันหัน โดยที่ครอบครัวผู้ป่วยไม่คาดคิดมาก่อน ผู้ป่วยจะมีการแสดงที่สำคัญ ได้แก่ อาการชักเกร็ง หมดสติ มีความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระบบการหายใจและการทำงานของหัวใจผิดปกติ จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอย่างเร่งด่วน เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ส่วนใหญ่ต้องใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีขั้นสูง ประกอบกับสิ่งแวดล้อมที่จำกัด เต็มไปด้วยเสียง สัญญาณไฟต่างๆจากเครื่องมือตลอดเวลา ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตซึ่งเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เกิดความสับสน ไม่แน่ใจในการดูแลและอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งเร้าที่สร้างความวิตกกังวล และความเครียดให้กับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับการที่ไม่ทราบวิธีการเข้าพบกับผู้ป่วย การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ การจำกัดเวลาเยี่ยม และการติดต่อสื่อสารที่ไม่เพียงพอกับทีมสุขภาพ จะทำให้ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยเพิ่มขึ้นได้เช่นกัน สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตจะมีความวิตกกังวลสูงในระยะ 72 ชั่วโมงแรกของผู้ป่วยภาวะวิกฤตเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โดยใช้คำพูดที่เข้าใจง่าย สั้นกระชับ ได้ใจความ เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และซักถามข้อสงสัย เป็นวิธีที่สามารถช่วยลดความวิตกกังวล และเพิ่มความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้

การจัดรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อลดความวิตกกังวล เป็นการจัดบริการพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการจัดรูปแบบการบริการ เปิดโอกาสให้พยาบาลทุกคนได้แสดงความคิดเห็น เกิดความร่วมมือร่วมใจในการทำงาน มีแนวทางในการปฏิบัติร่วมกัน เพื่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้รับการ

ดูแลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ส่งผลให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในการทำงานมากขึ้น เกิดแรงจูงใจในการทำงาน สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ตามนโยบายขององค์กรที่เน้นการบริการที่ คำนึงถึงความต้องการของผู้รับบริการมาเป็นอันดับหนึ่ง

3.วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมได้รับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการให้ข้อมูล แก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อลดความวิตกกังวล
2. เพื่อให้ผู้เข้าอบรม มีส่วนร่วมในการจัดรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่เหมาะสมกับหน่วยงาน
3. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถนำรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต ไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

4.ผู้รับผิดชอบโครงการ

นางสาว สุวิณี จันทร์เจษฎา นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภายใต้การดูแลของ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช

5.วิทยากร นางสาว สุวิณี จันทร์เจษฎา

6.ผู้เข้าร่วมโครงการ บุคลากรพยาบาลแผนกผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 16 คน

พยาบาลหัวหน้าแผนกผู้ป่วยวิกฤต	จำนวน	1	คน
พยาบาลประจำการแผนกผู้ป่วยวิกฤต	จำนวน	15	คน

7.กำหนดการจัดอบรม

วันที่ 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2548 เวลา 08.00-16.00 น.

8.สถานที่จัดอบรม

ห้องประชุมฝ่ายการพยาบาล ชั้น 6 อาคารจอดรถ โรงพยาบาลพญาไท 1

9.วิธีการอบรม 1.บรรยาย

2. ประชุมกลุ่มและฝึกปฏิบัติ

10. สื่อการอบรม

1. เครื่องฉายแผ่นใส
2. เอกสารความรู้ เรื่อง รูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

11. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ การให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต ช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย
2. เพื่อพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล พยาบาลได้มีส่วนร่วมในการจัดรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต
3. เจ้าหน้าที่มีความสัมพันธ์ภาพกันมากขึ้น มีการประสานงานที่ดีขึ้น เกิดความพึงพอใจในงาน

12. การประเมินผลโครงการฝึกอบรม

1. สังเกตจากความสนใจในการเข้าร่วมโครงการของพยาบาล
2. การร่วมอภิปรายและเสนอข้อคิดเห็นของพยาบาล
3. พยาบาลสามารถอธิบายความสำคัญในการบริการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยได้
4. พยาบาลสามารถอธิบายขั้นตอนการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้

ชุดที่ 1.2 แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การจัดรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการ

เรื่อง การให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อลดความวิตกกังวล

เรื่อง	การให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อลดความวิตกกังวล
วิธีการอบรม	การบรรยาย อภิปราย ระดมสมอง
ผู้อบรม	นางสาวสุวิทย์ จันทร์เจษฎา
ผู้รับการอบรม	พยาบาลหัวหน้าแผนกและพยาบาลประจำการแผนกผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 1 จำนวน 15 คน
สถานที่	ห้องประชุมชั้น 6 อาคารจอร์จ
วันที่ 6 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2548 เวลา 08.00-16.00น.	

วัตถุประสงค์ ภายหลังรับการอบรมพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตสามารถ

1. ตระหนักถึงความสำคัญในการลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย
2. อธิบายถึงแนวคิดการจัดรูปแบบการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของThelan, Lough, Urden และ Stacy ได้
3. เพื่อให้สมาชิกระดมสมองเสนอแนะต่อร่างรูปแบบการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
4. อธิบายขั้นตอนการให้ข้อมูลตามรูปแบบการให้ข้อมูลที่ร่วมกันสร้างขึ้นและนำไปสู่การปฏิบัติจริงได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
<p>สร้างความเข้าใจที่ตรงกัน</p> <p>1.ตระหนักถึงความสำคัญในการลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต</p>	<p>ผู้วิจัยพบสมาชิกกลุ่ม กล่าวต้อนรับผู้เข้ารับการอบรมทุกคน ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการอบรม คือ</p> <p>1.เพื่อตระหนักถึงความสำคัญในการลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย</p> <p>2.....</p> <p>3.....</p> <p>4.....</p> <p>การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มักเป็นเหตุการณ์กระทันหัน โดยที่ครอบครัวผู้ป่วยไม่คาดคิดมาก่อน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอย่างเร่งด่วน และได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาล (Caplan, 2000)</p> <p>.....</p>	<p>ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่ม</p> <p>ระดมสมอง เกี่ยวกับประสบการณ์ในการให้การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในครอบครัวผู้ป่วย</p>	<p>เอกสารคำชี้แจง</p> <p>เครื่องฉายภาพข้ามศีรษะ</p>	<p>สมาชิกสนใจฟังคำชี้แจงและให้ความร่วมมือในการเข้ากลุ่ม</p> <p>พยาบาลสามารถบอกถึงผลเสียที่เกิดจากความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
<p>2.อธิบายถึงแนวคิดการจัดรูปแบบการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของThelan, Lough, Urden และ Stacy ได้</p>	<p>การให้ข้อมูลตามแนวคิดของ Thelan, Lough, Urden และ Stacy (1998) เป็นวิธีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีขั้นตอนการดำเนินงานอย่างมีจุดมุ่งหมายและมีระเบียบแบบแผน ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ 4 ขั้นตอน ของกระบวนการพยาบาล คือ การประเมิน การวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผล ดังนี้.....</p>	<p>ผู้วิจัยอธิบายถึงแนวคิดการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต</p>	<p>เอกสารความรู้ เรื่อง รูปแบบการให้ข้อมูลตามแนวคิดของ Thelan, Lough, Urdenและ Stacy</p>	<p>สมาชิกสนใจฟังและสามารถอธิบายแนวคิดการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเพื่อลดความวิตกกังวลได้ถูกต้อง</p>
<p>3.เพื่อให้สมาชิกระดมสมองเสนอแนะต่อร่างรูปแบบการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต</p>	<p>รูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ผู้วิจัยร่างมาเสนอ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน</p> <p>ขั้นที่ 1 รวบรวมข้อมูล.....</p> <p>ขั้นที่ 2 วางแผน.....</p> <p>ขั้นที่ 3 ปฏิบัติการให้ข้อมูล.....</p> <p>ขั้นที่ 4 ประเมินผลการให้ข้อมูล.....</p>	<p>ผู้วิจัยเสนอรูปแบบการให้ข้อมูลที่ร่างขึ้นเพื่อระดมสมองเสนอความคิด ต่อร่างรูปแบบการให้ข้อมูล</p> <p>สมาชิกทุกคนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเสนอแนะเพิ่มเติม</p>	<p>เอกสาร รูปแบบการให้ข้อมูล ที่ผู้วิจัยร่างขึ้นตามแนวคิดของ Thelan, Lough, Urden</p>	<p>สมาชิกทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นอย่างทั่วถึง.....</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
<p>4.อธิบายขั้นตอนการให้ข้อมูลตามรูปแบบการให้ข้อมูลที่ร่วมกันสร้างขึ้นและนำไปสู่การปฏิบัติจริงได้</p>	<p>สรุปขั้นตอนการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รวบรวมข้อมูล 2. วางแผนการให้ข้อมูล 3. ปฏิบัติการให้ข้อมูล 4 ด้าน <ol style="list-style-type: none"> 3.1 ด้านร่างกาย 3.2 ด้านจิตใจ 3.3 ด้านสิ่งแวดล้อม 3.4 ด้านเศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรม 4. ประเมินผลการให้ข้อมูล 	<p>ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้จากการอบรม.....</p>	<p>เครื่องฉายภาพข้ามศีรษะ</p>	<p>ผู้เข้าอบรมยอมรับข้อตกลงที่ได้จากการประชุม.....สมาชิกทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นอย่างทั่วถึง</p>

ชุดที่ 1.3 แนวทางการปฏิบัติ การให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต

แนวทางการปฏิบัติ

การให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต สำหรับ บุคลากรพยาบาลแผนกผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 1

วิธีการปฏิบัติการให้ข้อมูล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 รวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 วางแผนการให้ข้อมูล

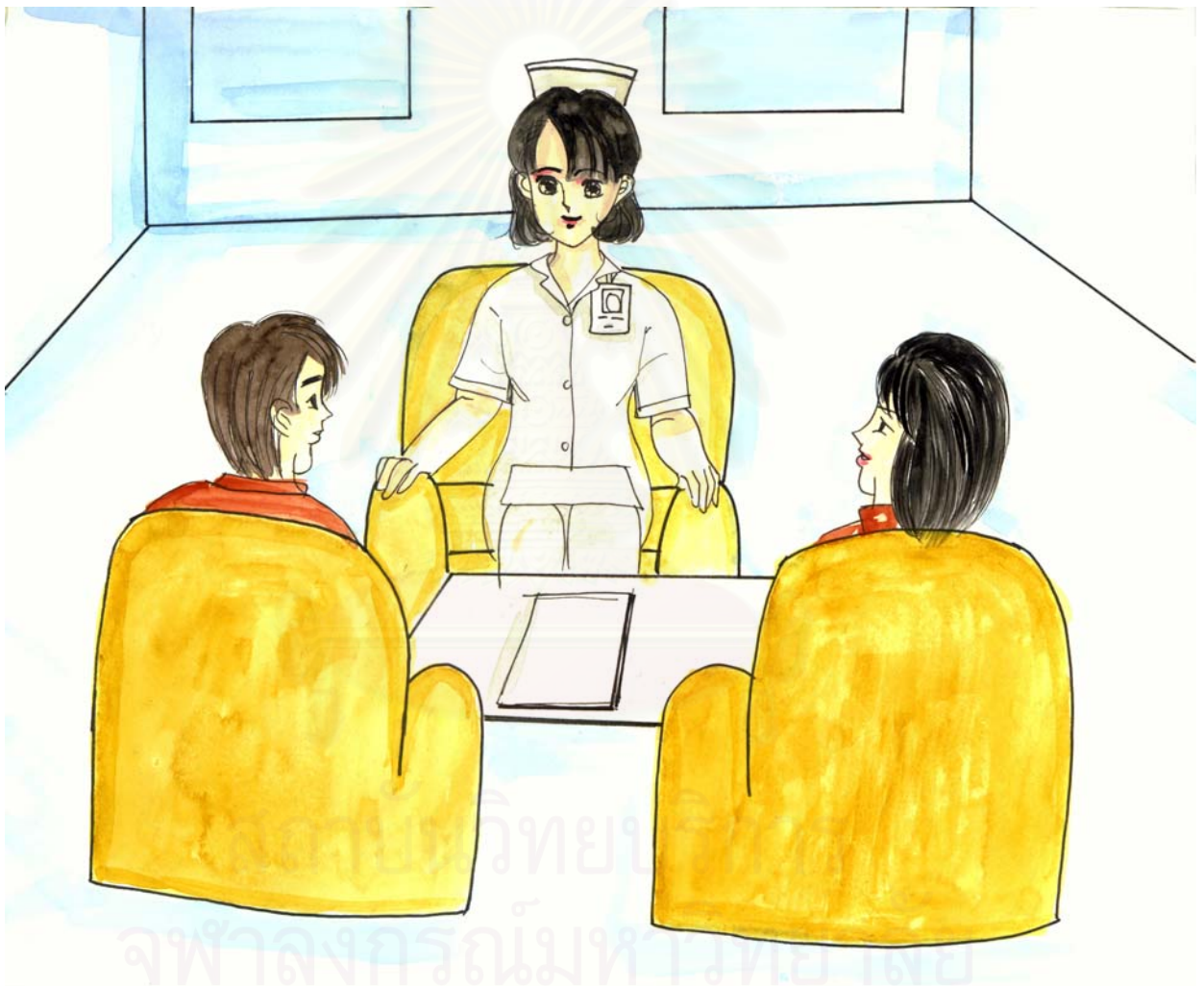
ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติการให้ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล

ขั้นตอน	แนวทางการปฏิบัติ
ขั้นตอนที่ 1 รวบรวมข้อมูล	1. สร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแนะนำตนเอง หน้าที่รับผิดชอบ กล่าวทักทาย ด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้ม เป็นมิตร อธิบายวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูล 2. พยาบาลสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย 3. ประเมินระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย
ขั้นตอนที่ 2 วางแผนการให้ข้อมูล	1. กำหนดแนวทางการให้ข้อมูล เช่นการให้ดู วีดีโอ โดยให้ดูเป็นกลุ่ม หรือเดี่ยว และให้ข้อมูลแบบตัวต่อตัว
ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติการให้ข้อมูล เนื้อหาการให้ข้อมูล 4 ด้าน 1.ด้านร่างกาย 2.ด้านจิตใจ	1. ให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัว ตามระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยแต่ละราย ตามความเหมาะสม 1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ พยาธิสภาพ ชนิดและอาการของการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแนวทางการรักษาของแพทย์ 2. เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ซักถามข้อสงสัยและอธิบายในสิ่งที่ครอบครัวต้องการทราบตามความเหมาะสม.....
ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล	1.....

ชุดที่ 1.4 คู่มือการปฏิบัติงาน การให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ในหอผู้ป่วยวิกฤต

คู่มือการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาล
การให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อลดความวิตกกังวล



โดย

นางสาวสุวิทย์ จันทร์เกษม

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตให้ครอบคลุมแบบองค์รวม
2. เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ แก่พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤต ด้านการให้ข้อมูล แก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. เพื่อลดความวิตกกังวล ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 1

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พัฒนาคุณภาพการพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต ด้านการให้ข้อมูล แก่ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อลดความวิตกกังวล
2. เพื่อพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล พยาบาลได้มีส่วนร่วมในการจัดรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน หอผู้ป่วยวิกฤต

ผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนามาจากแนวทางการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของThelan, Lough, Urden และ Stacy (1998) และใช้แนวทางการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002) โดยให้พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตทุกคน มีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบการให้ข้อมูล ซึ่งเป็นวิธีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่มีขั้นตอนการดำเนินงานอย่างมีจุดมุ่งหมายและมีระเบียบแบบแผน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ตามกระบวนการพยาบาล คือ รวบรวมข้อมูล วางแผนการให้ข้อมูล ปฏิบัติการให้ข้อมูล และประเมินผล

ขั้นตอนการให้ข้อมูล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 รวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 วางแผนการให้ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติการให้ข้อมูล มีเนื้อหาการให้ข้อมูล 4 ด้าน

ด้านร่างกาย

ด้านจิตใจ

ด้านสิ่งแวดล้อม

ด้านเศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรม

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1 รวบรวมข้อมูล

1. การสร้างสัมพันธภาพ

วัตถุประสงค์ : เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

วิธีการปฏิบัติ

1. ติดป้าย ระบุชื่อและตำแหน่งให้ชัดเจน
2. กล่าวทักทาย แนะนำตัวเอง ด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยพูดคุย และซักถามข้อสงสัยต่างๆ เช่น

“สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ.....จะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยชื่อ.....ในช่วงเวลา.....ยินดีให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และให้ข้อมูลในเรื่องที่คุณสงสัยกังวล ไม่สบายใจด้วยความเต็มใจค่ะ”

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชุดที่ 1.5 บทวิทัศน์ เรื่อง “คำแนะนำสำหรับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

ลำดับ	ภาพ/เทคนิคของภาพ	เสียง	เวลา
1.	ภาพฉายแสดง -LOGO โรงพยาบาลพญาไท 1 ฉายภาพหน้าโรงพยาบาล	เสียงดนตรี	33 วินาที
2.	ภาพฉายแสดง สมองและศีรษะ มีตัวอักษรปรากฏ เขียนว่า คำแนะนำสำหรับญาติผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วย วิกฤต	เสียงดนตรี	12 วินาที
3.	ภาพฉายแสดง แพทย์กำลังอธิบายฟิล์มเอกซเรย์ ให้ญาติฟัง	เสียงดนตรี บรรยาย: “ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมี อาการความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง แขน-ขา อ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัดนานเกิน 24 ชั่วโมง อาจได้รับการตรวจพิเศษ เช่น ตรวจคอมพิวเตอร์สมอง (CT) ตรวจด้วย คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) หรือตรวจพิเศษ โดยการฉีดสารทึบแสง (ANGIOGRAM) เพื่อจำแนกชนิดโรคหลอดเลือดสมอง ชนิด แตก หรือ ตัน”	25 วินาที
4.	-ภาพฟิล์มเอกซเรย์สมอง -ภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง	เสียงดนตรี บรรยาย: “หากพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือด สมองแตก ส่วนใหญ่แพทย์จะผ่าตัด เพื่อเอาเลือดที่คั่งค้างในสมองออก หรือไม่ ผ่าตัด ขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งที่เกิด	32 วินาที
-	-	-	-
	รวมเวลาทั้งหมด		8 นาที

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองใช้รูปแบบการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

ชุดที่ 2.1 แบบกำกับการทดลอง

แบบกำกับการทดลอง

แบบสังเกตการปฏิบัติ ตามรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัว
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

ผู้สังเกต.....

ผู้ได้รับการสังเกต.....

คำชี้แจง เมื่อท่านเห็นพฤติกรรมการปฏิบัติงานของพยาบาล เกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่ปฏิบัติงานตลอด 8 ชั่วโมง กรุณำบันทึกพฤติกรรมที่ได้พบเห็นโดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำว่า “ปฏิบัติ” หรือ “ไม่ปฏิบัติ” โดยพิจารณาตอบตามเกณฑ์ต่อไปนี้

ปฏิบัติ หมายถึง พยาบาลได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นๆ

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง พยาบาลไม่ได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นๆ

ข้อที่	กิจกรรมการพยาบาล	การปฏิบัติ		หมายเหตุ
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	
1.	แสดงท่าทีกระตือรือร้นยินดีให้บริการ			
2.	มองหน้า สบตา ยิ้ม แสดงท่าเป็นมิตร กับครอบครัวผู้ป่วย			
3.	แนะนำตนเองกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย กล่าวว่า “สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ.....เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในช่วงเวลานี้ค่ะ ต้องการให้ช่วยเหลืออะไรบอกได้เลยค่ะ”			
4.	สอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย			
5.	ประเมินระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยก่อนการให้ข้อมูล			
-	-			
16.			

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ชุดที่ 2.2 แบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต

แบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อความวิตกกังวลของครอบครัว และความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต” แบบสอบถามนี้เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เพื่อให้การศึกษานี้สำเร็จและมีความสมบูรณ์ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามด้วยความคิดเห็นตามความเป็นจริง ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพการบริการให้ดียิ่งขึ้น การเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม คำตอบของท่านจะถือเป็นความลับ และไม่มีผลใดๆต่อท่าน ขอขอบคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง

สถาบันวิทยบริการ

สุวิทย์ จันทร์เจษฎา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นิติติปริญญาโท สาขาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนนี้สำหรับ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (จากการสัมภาษณ์)

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ หน้าคำตอบที่ท่านเลือก และ/หรือกรอกข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านในช่องว่างต่อไปนี้

1. เพศ ชาย หญิง

2. ปัจจุบันอายุ.....ปี

3. ประสบการณ์ที่ญาติเคยรับบริการในหอผู้ป่วยวิกฤต

- ไม่เคย
 เคย.....ครั้ง

4. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

- บิดา/มารดา สามี/ภรรยา
 พี่/น้อง บุตร
 อื่นๆระบุ.....

5. สัทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาล ระบุ.....

6. ปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาล

- มีมาก
 มีน้อย
 ไม่มีเลย

7. ปัญหาอื่นๆ ระบุ.....

ส่วนนี้สำหรับ พยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่ม

ควบคุม ทดลอง

Pre-test วันที่.....เวลา.....

Post-test วันที่.....เวลา.....

ส่วนนี้สำหรับ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง ข้อความข้างล่างนี้ เป็นข้อความที่จะใช้บรรยายความรู้สึกของท่านในปัจจุบัน

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางด้านขวาของข้อความ ให้ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยในครั้งนี้ ข้อความต่อไปไม่มีคำตอบที่ถูกต้องหรือผิด โปรดเลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้มากที่สุด ในแต่ละข้อมีเพียงคำตอบเดียว โดยในการเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

- ไม่มีเลย** (1) หมายถึง ความรู้สึกนั้น ไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้
- มีบ้าง** (2) หมายถึง ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ เล็กน้อย
- ค่อนข้างมาก** (3) หมายถึง ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ ค่อนข้างมาก
- มากที่สุด** (4) หมายถึง ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ มากที่สุด

ความรู้สึกของท่านขณะที่ผู้ป่วย พักอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต	ไม่มีเลย (1)	มีบ้าง (2)	ค่อนข้าง มาก (3)	มากที่สุด (4)
ด้านร่างกาย				
1. ท่านรู้สึกเป็นกังวลกับอาการ เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในแต่ละวัน				
2. ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับกิจกรรมการ พยาบาลที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วย				
3.....				
ด้านจิตใจ				
5. ท่านรู้สึกเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยได้รับการดูแล รักษาที่ดีที่สุด				
6. ท่านมีความเชื่อมั่นว่าท่านมีส่วนช่วยให้ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นได้				
7.....				
ด้านสิ่งแวดล้อม				
10. ท่านได้รับการอำนวยความสะดวกใน การเข้าเยี่ยมผู้ป่วย				
11. ท่านรู้สึกไม่คุ้นเคยกับอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ที่ใช้กับผู้ป่วย				
12.....				
ด้านเศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรม				
15. ท่านรู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายใน การรักษาพยาบาลผู้ป่วย				
16. ท่านรู้สึกจิตใจสงบ ที่ได้รับการยอมรับ จากพยาบาลที่ให้ปฏิบัติตามความเชื่อ ของท่าน				
19.....				

ชุดที่ 2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลของพยาบาล

แบบสอบถามความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลของพยาบาล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อความวิตกกังวลของครอบครัว และความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต” แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต ในการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลของพยาบาล

เพื่อให้การศึกษานี้สำเร็จและมีความสมบูรณ์ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามด้วยความคิดเห็นตามความเป็นจริง ทั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์ในการบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพบริการให้ดียิ่งขึ้น การเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมคำตอบของท่านจะถือว่าเป็นความลับและไม่มีผลใดๆต่อท่าน ขอขอบคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง

สุวิฬร์ จันทระเจษฎา

นิสิตปริญญาโท สาขาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลของพยาบาล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้าคำตอบและเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้
ตามความเป็นจริง แต่ละข้อความเพียงข้อเดียว

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ประสบการณ์การปฏิบัติงานพยาบาล.....ปี
4. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลพญาไท 1ปี
5. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> หม้าย/หย่า
<input type="checkbox"/> คู่	<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่
6. วุฒิการศึกษาทางการพยาบาลสูงสุดของท่าน

<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> ปริญญาโท
<input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ).....

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลของพยาบาล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ เป็นแบบสอบถามความรู้สึกของพยาบาล เกี่ยวกับการจัดการรูปแบบการให้ ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย (ในที่นี่แทนด้วยคำว่า **ญาติผู้ป่วย**) โรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต โปรตใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือ ทำข้อรายการที่เห็นว่าตรงกับระดับ ความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

พอใจน้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านรู้สึกว่ามี ความพึงพอใจในงานที่ท่านปฏิบัติ ตามข้อความในประโยคระดับน้อยที่สุด (1-20%)
พอใจน้อย	หมายถึง	ท่านรู้สึกว่ามี ความพึงพอใจในงานที่ท่านปฏิบัติ ตามข้อความในประโยคระดับน้อย (21-40%)
พอใจปานกลาง	หมายถึง	ท่านรู้สึกว่ามี ความพึงพอใจในงานที่ท่านปฏิบัติ ตามข้อความในประโยคระดับปานกลาง (41-60%)
พอใจมาก	หมายถึง	ท่านรู้สึกว่ามี ความพึงพอใจในงานที่ท่านปฏิบัติ ตามข้อความในประโยคระดับมาก (61-80%)
พอใจมากที่สุด	หมายถึง	ท่านรู้สึกว่ามี ความพึงพอใจในงานที่ท่านปฏิบัติ ตามข้อความในประโยคระดับมากที่สุด (81-100%)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อรายการ	ระดับความพึงพอใจ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ด้านลักษณะงาน					

1. ท่านพึงพอใจในการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้ง ร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม					
2. ท่านพึงพอใจที่มีอิสระในการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วย ตามขอบเขตหน้าที่แห่งวิชาชีพ					
3.....					
ด้านการบังคับบัญชา					
5. ท่านพึงพอใจที่หัวหน้า อำนวยความสะดวก ส่งเสริมสนับสนุน ให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการคิดพัฒนางานด้านการให้ข้อมูล					
6.....					
ด้านสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน					
7. ท่านรู้สึกภูมิใจที่มีส่วนร่วมในการพัฒนางาน ด้านการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วย					
8. ท่านพึงพอใจที่ได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน ในการแสดงความคิดเห็นการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วย					
9.....					
ด้านสภาพการทำงาน					
12. ท่านพึงพอใจในการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วย ที่มีความชัดเจน และง่ายต่อการปฏิบัติ					
13. ท่านพึงพอใจ ที่ได้มีการจัดสถานที่ ในการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยอย่างเป็นสัดส่วน					
14.....					
ด้านการติดต่อสื่อสาร					
16. ท่านพึงพอใจ ที่การให้ข้อมูล ครบถ้วน ชัดเจน ง่ายต่อการเข้าใจของญาติ					
19.....					

ภาคผนวก จ

สถิติที่ใช้ในการวิจัยและตารางวิเคราะห์ข้อมูล



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติสำหรับการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ

สูตรหาค่าความเชื่อถือได้ของเครื่องมือ (Reliability of the Test) โดยวิธีของ Cronbach ซึ่งเหมาะสำหรับเครื่องมือที่ให้คะแนนรายข้อมากกว่า 1 คะแนน เช่น แบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ค่าความเชื่อถือได้ที่ได้จากวิธีการนี้ เรียกว่า Alpha Coefficiency มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

$$\alpha = \frac{K}{(K-1)} \left\{ \frac{1 - \sum V_1}{V_T} \right\}$$

เมื่อ α	คือ ค่าความเชื่อถือได้
K	คือ จำนวนข้อ
V_1	คือ ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
V_T	คือ ความแปรปรวนของคะแนนรวมทุกข้อ

2. สถิติพื้นฐาน

2.1 คำนิยาม หาค่าความเที่ยงของแบบสังเกตการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้สูตรของโพลิตและฮังเลอร์ (Polit and Hungler, 1999)

$$\text{ความเที่ยงของการตรวจสอบ} = \frac{\text{จำนวนครั้งของการตรวจสอบที่เหมือนกัน}}{\text{จำนวนของการตรวจสอบที่เหมือนกัน} + \text{จำนวนครั้งของการตรวจสอบที่แตกต่าง}}$$

2.2 คำร้อยละ (Percentage) ใช้สูตร

$$\text{ร้อยละของรายการใด} = \frac{\text{ความถี่ของรายการนั้น} \times 100}{\text{ความถี่ของรายการทั้งหมด}}$$

2.3 คำนวณหามัธยฐาน โดยใช้สูตร

$$\text{สูตร Mdn.} = \frac{X_{N/2} + X_{N/2+1}}{2}$$

Mdn. แทน ค่ามัธยฐาน
 N แทน จำนวนข้อมูลทั้งหมด
 $X_1, X_2, X_3, \dots, X_N$ แทน คะแนนที่เรียงตามลำดับ

2.4 คำนวณหาค่าส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ โดยใช้สูตร

$$\text{สูตร Q.D.} = \frac{Q_3 - Q_1}{2}$$

เมื่อ Q.D. แทน ค่าเบี่ยงเบนควอไทล์
 Q_3 แทน ค่าที่แบ่งข้อมูลออกเป็น 1/4 หรือ 75%
 Q_1 แทน ค่าแบ่งข้อมูลเป็น 3/4 หรือ 25 %

3. สถิติสำหรับทดสอบสมมติฐาน

3.1 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาล เป็นรายบุคคลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ The Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test ตามนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้สูตร

(ศิริชัย พงษ์วิชัย, 2547)

$$\text{สูตร } d_i = x_i - y_i \quad (i = 1, 2, 3, \dots, n)$$

เมื่อ d_i = แทน ค่าความแตกต่างของข้อมูลแต่ละคู่

x_i = แทน ข้อมูลก่อนการทดลอง

y_i = แทน ข้อมูลหลังการทดลอง

$$\text{สูตร } R_+ + R_- = \frac{n(n+1)}{2}$$

- เมื่อ R_+ = แทน ผลรวมของอันดับที่มีค่าผลต่างเป็นบวก
 R_- = แทน ผลรวมของอันดับที่มีค่าผลต่างเป็นลบ
 n = แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

3.1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง ของ The Mann-Whitney U Test ตามนัยสำคัญทางสถิติที่
 ระดับ .05 โดยใช้สูตร (ศิริชัย พงษ์วิชัย, 2547)

$$\text{สูตร } U_1 = n_1 n_2 + \frac{n_1 [n_1 + 1]}{2} - \sum R_1$$

$$U_2 = n_1 n_2 + \frac{n_2 [n_2 + 1]}{2} - \sum R_2$$

- เมื่อ U_1 แทน ค่าสถิติทดสอบของ Mann-Whitney U ในกลุ่มที่ 1
 U_2 แทน ค่าสถิติทดสอบของ Mann-Whitney U ในกลุ่มที่ 2
 n_1 แทน กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มมาจากประชากรกลุ่มที่ 1
 n_2 แทน กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มมาจากประชากรกลุ่มที่ 2
 $\sum R_1$ แทน ผลรวมของอันดับของข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1
 $\sum R_2$ แทน ผลรวมของอันดับของข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS

ตารางที่ 15 การแจกแจงของข้อมูลความวิตกกังวล

กลุ่มทดลอง

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
MEANPRE	.229	15	.033	.797	15	.003
MEANPOS	.205	15	.088	.895	15	.079

a. Lilliefors Significance Correction

การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของข้อมูล การพิจารณาว่ามีความสำคัญทางสถิติหรือไม่ ให้พิจารณาค่าที่มากกว่า .05 ซึ่งยอมรับสมมติฐานศูนย์ ปฏิเสธสมมติฐานเลือก หมายความว่าข้อมูลแจกแจงปกติ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547:307-308) ในกรณีนี้ กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก คือ ไม่เกิน 50 หน่วย ให้พิจารณาจากค่า Shapiro-Wilk

จากตาราง คะแนนความวิตกกังวล ในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง ค่า Sig .003 ซึ่งน้อยกว่า .05 หมายความว่าข้อมูลไม่ได้แจกแจงแบบโค้งปกติ ส่วนหลังการทดลอง ค่า Sig .079 มากกว่า .05 หมายความว่า ข้อมูลแจกแจงแบบโค้งปกติ

กลุ่มควบคุม

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
MEANPRE	.179	15	.200(*)	.928	15	.256
MEANPOS	.180	15	.200(*)	.911	15	.139

* This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

จากตาราง คะแนนความวิตกกังวล ในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ค่า Sig .256 และ .139 ตามลำดับ ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด (.05) หมายความว่า คะแนนความวิตกกังวล กลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

ตารางที่ 16 การแจกแจงของข้อมูลความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาล

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
MEANPRE	.208	15	.081	.953	15	.567
MEANPOST	.234	15	.026	.799	15	.004

a. Lilliefors Significance Correction

จากตาราง คะแนนความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาล ก่อนการทดลอง ค่า Sig .576 ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด (.05) หมายความว่า คะแนนความพึงพอใจในของพยาบาล ก่อนการทดลอง มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ส่วนหลังการทดลอง ค่า Sig .004 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด (.05) หมายความว่า คะแนนความพึงพอใจของพยาบาล หลังการทดลอง ไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
MEANPRE	15	2.2246	.33845	1.26	2.53
MEANPOS	15	1.8807	.38955	1.37	2.47

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
MEANPOS - MEANPRE	Negative Ranks	11(a)	8.45	93.00
	Positive Ranks	3(b)	4.00	12.00
	Ties	1(c)		
	Total	15		

a MEANPOS < MEANPRE

b MEANPOS > MEANPRE

c MEANPOS = MEANPRE

Test Statistics(b)

	MEANPOS - MEANPRE
Z	-2.544(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	.011

a Based on positive ranks.

b Wilcoxon Signed Ranks Test

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุม

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
MEANPRE	30	2.1614	.41394	1.26	2.79
MEANPOS	30	1.9281	.38266	1.32	2.47
ชนิดกลุ่ม	30	1.50	.509	1	2

Mann-Whitney Test

Ranks

	ชนิดกลุ่ม	N	Mean Rank	Sum of Ranks
MEANPRE	ทดลอง	15	16.43	246.50
	ควบคุม	15	14.57	218.50
	Total	30		
MEANPOS	ทดลอง	15	14.83	222.50
	ควบคุม	15	16.17	242.50
	Total	30		

Test Statistics(b)

	MEANPRE	MEANPOS
Mann-Whitney U	98.500	102.500
Wilcoxon W	218.500	222.500
Z	-.582	-.416
Asymp. Sig. (2-tailed)	.561	.678
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.567(a)	.683(a)

a Not corrected for ties.

b Grouping Variable: ชนิดกลุ่ม

การพิจารณาค่าความน่าจะเป็นในการยอมรับสมมติฐานของ U จะใช้ค่า Exact Sig ในกรณีเมื่อมีข้อมูลจำนวนน้อย และถ้าเป็นการทดลองแบบทางเดียวจะต้องนำค่านี้ไปหารด้วย 2 (ศิริชัย พงษ์วิชัย, 2547:173) ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยนำค่า Exact Sig มาพิจารณา

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลรวมอันดับที่ของคะแนนความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาล โดยรวม ก่อนกับหลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
MEANPRE	15	3.9825	.54248	3.05	5.00
MEANPOST	15	4.2877	.37789	3.95	4.95

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
MEANPOST - MEANPRE	Negative Ranks	3(a)	3.00	9.00
	Positive Ranks	11(b)	8.73	96.00
	Ties	1(c)		
	Total	15		

a MEANPOST < MEANPRE

b MEANPOST > MEANPRE

c MEANPOST = MEANPRE

Test Statistics(b)

	MEANPOST - MEANPRE
Z	-2.745(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	.006

a Based on negative ranks.

b Wilcoxon Signed Ranks Test

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว สุวพีร์ จันทร์เจษฎา เกิดวันที่ 15 กรกฎาคม 2515 ที่จังหวัด กรุงเทพมหานคร สำเร็จ การศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากมหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ ในปี พ.ศ.2537 เข้าศึกษาใน หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ.2545 ปัจจุบันเป็นพยาบาล ประจำการแผนกผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 1



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย