

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษาเรื่องผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะก่อนและหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ที่มาเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวนรวมทั้งหมด 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 ราย และกลุ่มควบคุม 10 ราย จำแนกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ได้แก่ อายุ และชนิดของบาดเจ็บศีรษะ คะแนน Glasgow Coma Scale ของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ แสดงในตารางที่ 1 - 3

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 10)		กลุ่มทดลอง (n = 10)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
21 – 40	6	60.00	2	20.00
41 – 60	3	30.00	7	70.00
61 – 80	1	10.00	1	10.00
เพศ				
หญิง	5	50.00	6	60.00
ชาย	5	50.00	4	40.00
ศาสนา				
พุทธ	10	100.00	10	100.00
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	6	60.00	8	80.00
มัธยมศึกษา	3	30.00	2	20.00
อุดมศึกษา	1	10.00	0	0.00
อาชีพ				
ค้าขาย	1	10.00	0	0.00
รับจ้าง	5	50.00	5	50.00
ลูกจ้างประจำ	1	10.00	0	0.00
ข้าราชการ	1	10.00	1	10.00
เกษตรกรกรรม	2	20.00	2	20.00
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	0	0.00	2	20.00

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 10)		กลุ่มทดลอง (n = 10)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ครอบครัว (บาทต่อเดือน)				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000	6	60.00	7	70.00
5,001 – 10,000	2	20.00	1	10.00
มากกว่า 10,000	2	20.00	2	20.00
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				
บิดา-มารดา	4	40.00	3	30.00
บุตร-ธิดา	2	20.00	3	30.00
ภรรยา	2	20.00	2	20.00
พี่-น้อง	2	20.00	2	20.00

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 60 มีอายุอยู่ในช่วง 21 – 40 ปี (อายุจริง 29 – 70 ปี $\bar{X} = 40.10$, S.D. = 3.98) กลุ่มทดลองร้อยละ 70 มีอายุอยู่ในช่วง 41 – 60 ปี (อายุจริง 27 – 71 ปี $\bar{X} = 46.40$, S.D. = 3.72) ตัวอย่างในกลุ่มควบคุมมีเพศหญิงและเพศชายจำนวนเท่ากัน ส่วนตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีเพศหญิงจำนวน 6 ราย (ร้อยละ 60) เพศชายจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 40) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา โดยกลุ่มควบคุมมีจำนวน 6 ราย (ร้อยละ 60) กลุ่มทดลองมีจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 80) และมีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม กลุ่มควบคุมมีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทต่อเดือน จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 60) กลุ่มทดลองมีจำนวน 7 ราย (ร้อยละ 70) ตัวอย่างกลุ่มควบคุมมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบิดา-มารดามากที่สุดจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 40) ส่วนกลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบิดา-มารดา และบุตร-ธิดาจำนวนอย่างละ 3 ราย (ร้อยละ 30)

ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจำแนกตามอายุ และชนิดของบาดเจ็บศีรษะ

ลักษณะ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ	กลุ่มควบคุม (n = 10)		กลุ่มทดลอง (n = 10)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20	2	20.00	0	0.00
21 – 40	5	50.00	5	50.00
41 – 60	2	20.00	2	20.00
61 – 80	1	10.00	3	30.00
ชนิดของบาดเจ็บศีรษะ				
Intracranial hematoma	10	100.00	10	100.00

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 21 – 40 ปี (ร้อยละ 50) ทั้งสองกลุ่มมีชนิดของบาดเจ็บศีรษะเป็นชนิด intracranial hematoma

ตารางที่ 3

ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน Glasgow Coma Scale (GCS) ของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

คะแนน GCS	กลุ่มควบคุม (n = 10)			กลุ่มทดลอง (n = 10)		
	Range	\bar{X}	S.D.	Range	\bar{X}	S.D.
วันที่ 1	3 – 11	7.80	0.89	4 – 11	8.40	0.85
วันที่ 3	3 – 15	9.20	1.42	4 – 15	9.80	1.22

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่าคะแนน Glasgow Coma Scale ของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ กลุ่มควบคุมในวันที่ 1 เท่ากับ 3 – 11 คะแนน ($\bar{X} = 7.80$, S.D. = 0.89) และวันที่ 3 เท่ากับ 3 – 15 คะแนน ($\bar{X} = 9.20$, S.D. = 1.42) ส่วนกลุ่มทดลองวันที่ 1 เท่ากับ 4 – 11 คะแนน ($\bar{X} = 8.40$, S.D. = 0.85) วันที่ 3 เท่ากับ 4 – 15 คะแนน ($\bar{X} = 9.80$, S.D. = 1.22)

ตารางที่ 4

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลรวมอันดับที่ของคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนน	Range	Mean Rank	Sum of Ranks	U	p-value
กลุ่มควบคุม	39 – 69	9.65	96.50	41.50	0.529
กลุ่มทดลอง	44 – 70	11.35	113.50		

จากตารางที่ 4 คะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 39 สูงสุดเท่ากับ 69 (mean rank = 9.65, sum of ranks = 96.50) ส่วนกลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 44 สูงสุดเท่ากับ 70 (mean rank = 11.35 sum of ranks = 113.50) หลังการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลรวมอันดับที่ของคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์โดยใช้สถิติแมนวิทนียู (Mann Whitney U-test) พบว่า ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะก่อนและหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์

เปรียบเทียบความวิตกกังวลภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วิเคราะห์โดยการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลรวมอันดับที่ของคะแนนความวิตกกังวลด้วยสถิติวิลคอกซัน (Wilcoxon matched pairs signed-ranks test) ผลการวิเคราะห์แสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลรวมอันดับที่ของคะแนนความวิตกกังวลภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวล	จำนวน (ราย)	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p-value
กลุ่มควบคุม (n = 10)					
จำนวนผลต่างที่มีค่าเป็นลบ	6	6.17	37.00		
จำนวนผลต่างที่มีค่าเป็นบวก	3	2.67	8.00	-1.721	0.042*
จำนวนผลต่างที่มีค่าเท่ากัน	1	-	-		
กลุ่มทดลอง (n = 10)					
จำนวนผลต่างที่มีค่าเป็นลบ	10	5.50	55.00		
จำนวนผลต่างที่มีค่าเป็นบวก	0	0.00	0.00	-2.805	0.002**
จำนวนผลต่างที่มีค่าเท่ากัน	0	-	-		

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

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลรวมอันดับที่ของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลรวมอันดับที่ของคะแนนความวิตกกังวลภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในกลุ่มทดลอง พบว่า มีความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลรวมอันดับที่ของคะแนนความแตกต่างของความวิตกกังวลก่อนและหลังการศึกษาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วิเคราะห์โดยวิธีของแมนวิทนียู ผลการวิเคราะห์แสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลรวมอันดับที่ของคะแนนความแตกต่างของความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนนความแตกต่าง	Range	Mean Rank	Sum of Ranks	U	p-value
กลุ่มควบคุม	-6 – 14	6.40	64.00	9.000	0.000**
กลุ่มทดลอง	8 – 31	14.60	146.00		

**p < .01

จากตารางที่ 6 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลรวมอันดับที่ของคะแนนความแตกต่างของความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ความวิตกกังวลภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 ราย คือ กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์จากผู้วิจัย อภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 40.10 ส่วนกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 46.40 ตัวอย่างในกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงและเพศชายจำนวนเท่ากัน ส่วนกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงจำนวน 6 คน เพศชายจำนวน 4 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา และมีอาชีพรับจ้าง โดยมีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทต่อเดือน ตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดา-มารดา และบุตร-ธิดามากที่สุด ผู้บาดเจ็บศีรษะส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 21 – 40 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่พบบาดเจ็บศีรษะมากที่สุด (Acom & Robert, 1992) และพบว่าชนิดของบาดเจ็บศีรษะของผู้ป่วยทุกรายเป็น intracranial hematoma เนื่องจากเมื่อเกิดบาดเจ็บศีรษะมักพบการแตกของกะโหลกศีรษะร่วมกับการฉีกขาดของหลอดเลือด (Walleck & Mooney, 1994) ทำให้เกิดเลือดออกในตำแหน่งต่าง ๆ ได้กะโหลกศีรษะ

ระดับความรู้สึกรู้ตัวของผู้บาดเจ็บศีรษะในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองประเมินโดย Glasgow Coma Scale (GCS) มีค่าใกล้เคียงกัน จะเห็นได้จากการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลรวมอันดับที่ของคะแนน GCS ของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะวันที่ 1 และวันที่ 3 ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแล้วไม่มีความแตกต่างกัน (ภาคผนวก ง) และผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลรวมอันดับที่ของคะแนน GCS ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งในวันที่ 1 และวันที่ 3 พบว่าไม่มีความแตกต่างกันเช่นกัน (ภาคผนวก จ) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะของทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนน GCS ใกล้เคียงกัน หมายถึงความรุนแรงของบาดเจ็บศีรษะของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ซึ่งความรุนแรงของบาดเจ็บศีรษะถือเป็นสาเหตุหนึ่งที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์ของสมาชิกในครอบครัว

ความวิตกกังวลแฝงของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มซึ่งประเมินโดย STAI form Y-2 ในวันที่ 1 และวันที่ 3 เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลรวมอันดับที่แล้วพบว่าไม่แตกต่างกัน

ทั้งภายในกลุ่มระหว่างวันที่ 1 และวันที่ 3 และระหว่างกลุ่ม (ภาคผนวก ซ และภาคผนวก ฉ ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความคล้ายคลึงกัน ในระดับของความวิตกกังวลแฝง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่จะมีผลถึงระดับความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์ได้

ในส่วนของความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองซึ่งประเมินโดย STAI form Y-1 ตามที่ผู้วิจัยได้จัดให้ค่าคะแนนดังกล่าวมีความใกล้เคียงกัน เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลรวมอันดับที่ด้วยสถิติแมนวิทนีชยูแล้วพบว่าคะแนนความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์ของกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4) จึงสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนความวิตกกังวลในระดับที่ไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการวิจัยมีดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์

สมมติฐานที่ 2 ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในกลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากการศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะก่อนและหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ พบว่า ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (ตารางที่ 5) และจากการศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์โดยผู้วิจัย พบว่า ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (ตารางที่ 6) แสดงให้เห็นว่าผลของการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะนั้นส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยลดลง สามารถอธิบายได้ดังนี้

ตัวอย่างในกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ซึ่งเป็นการสนับสนุนด้านข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์เนื่องจากในระยะแรกที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บศีรษะ สมาชิกในครอบครัวจะตกอยู่ในภาวะวิกฤต ถึงแม้ว่าในระยะนี้ความต้องการข้อมูลจะเป็นความต้องการที่มากที่สุดแต่ฮิกกี (Hickey, 1990) กล่าวว่า ความสามารถในการเข้าใจและประมวลข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับทำได้ไม่ดี ดังนั้นในระยะแรกผู้วิจัยจึงได้เริ่มต้นด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์ก่อน การสนับสนุนด้านอารมณ์นั้นผู้วิจัยได้แสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ ความเอื้ออาทร ความปรารถนาดี และความไว้วางใจ ดังที่เฮาส์ (House, 1981) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นการสนับสนุนที่สำคัญที่สุด ริชมอนด์และเครก (Richmond & Craig, 1986) ก็ได้กล่าวว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์นั้นเป็นเทคนิคที่มีประโยชน์มากในระยะแรกที่สมาชิกในครอบครัวอยู่ในภาวะวิกฤต จะช่วยให้ครอบครัวเกิดความมั่นใจและสามารถควบคุมสถานการณ์วิกฤตได้ การสนับสนุนด้านอารมณ์ช่วยปรับสภาพทางอารมณ์ให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์มากขึ้นทำให้เกิดความมั่นใจสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสถานการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นได้ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จะได้รับการสนับสนุนตาม โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ลักษณะของ โปรแกรมการให้ข้อมูลที่สร้างขึ้นนี้เป็น โปรแกรมที่จัดเตรียมขึ้นสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยเฉพาะ ในระยะแรกที่สมาชิกในครอบครัวได้รับทราบเกี่ยวกับการบาดเจ็บศีรษะของผู้ป่วยนั้น ข้อมูลที่จัดเตรียมให้ นั้นมีความสำคัญต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมาก (Johnson & Roberts, 1996) ลักษณะของข้อมูลจะเป็นข้อมูลที่จัดให้กับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยไม่ต้องรอให้ตัวอย่างในกลุ่มทดลองซักถาม เนื่องจากบางครั้งสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยไม่ทราบว่า จะถามคำถามอะไรบ้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระหว่างที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยรู้สึกกลัวหรือถูกคุกคาม สิ่งนี้ โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ที่ได้จัดให้กับตัวอย่างในกลุ่มทดลองครอบคลุมถึงสภาพของผู้ป่วย การตรวจวินิจฉัย การรักษา ลักษณะของหอผู้ป่วย อุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ และข้อควรปฏิบัติเมื่อมาเยี่ยมผู้ป่วย ผู้วิจัยแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ ความเอื้ออาทร ความปรารถนาดี และให้ความไว้วางใจ ตัวอย่างได้รับทราบข้อมูลดังกล่าวอย่างเป็นระเบียบมีขั้นตอน เริ่มด้วยการพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวในบริเวณสถานที่ที่เป็นสัดส่วน การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว โดยการแนะนำตนเอง สร้างบรรยากาศการพูดคุยอย่างเป็นกันเอง ใช้สรรพนามที่เหมาะสมสำหรับสมาชิกในครอบครัวขณะพูดคุย แสดงท่าทีที่เข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวที่เกิดขึ้น และยอมรับพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่แสดงออกมา และใช้การสัมผัส การใช้ภาษาท่าทางซึ่งแมคควีย์ (McQuay, 1995) กล่าวว่า การใช้สัมผัสและภาษาท่าทางจะช่วยให้การสร้างสัมพันธภาพ

ประสบความสำเร็จมากขึ้น การพูดคุยกับตัวอย่างในสถานที่ที่เป็นสัดส่วนร่วมกับเทคนิคการสร้างสัมพันธภาพและการยอมรับพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่แสดงออกมาจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวสามารถระบายความรู้สึกต่าง ๆ ได้อย่างเต็มที่ การแสดงออกดังได้กล่าวมาเป็นการแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ ซึ่งการจัดเวลาในการพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในลักษณะนี้จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น ประโยชน์ของการพูดคุยและการรับฟังจะช่วยกระตุ้นความสามารถในการควบคุมและช่วยสมาชิกในครอบครัวในการเตรียมตัวสำหรับการเปลี่ยนแปลงและความรู้สึกยากลำบากในอนาคต (Bridgman & Carr, 1998) ดังที่โฮโดวานิก (Hodovanic et al., 1984 cited in Leske, 1998) กล่าวว่า การติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวในระยะแรกที่มาเยี่ยมผู้ป่วยสามารถช่วยลดระดับความวิตกกังวลลงได้ นอกจากนี้การที่ผู้วิจัยได้จัดให้มีบรรยากาศที่ผ่อนคลายและสงบช่วยสนับสนุนให้เกิดความไว้วางใจ และความเห็นอกเห็นใจกัน ตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีสมาชิกสามารถรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วย การตรวจวินิจฉัย การรักษา ลักษณะของหออผู้ป่วย ข้อควรปฏิบัติเมื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยในระยะก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยที่ข้างเตียง ซึ่งแมคควีย์ (McQuay, 1995) กล่าวว่า ในการเตรียมสมาชิกในครอบครัวก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยนั้นมีความจำเป็นมาก ช่วยให้ความวิตกกังวลลดลงได้ นอกจากนี้ตัวอย่างในกลุ่มทดลองยังได้รับแจกเอกสารที่จัดทำขึ้นเกี่ยวกับลักษณะของหออผู้ป่วย หนักัลยกรรมประสาท อุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยในหออผู้ป่วยหนัก กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ และข้อควรปฏิบัติเมื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยในหออผู้ป่วยหนักัลยกรรมประสาท เพื่อให้ตัวอย่างได้อ่าน ทบทวนได้ในภายหลัง ลักษณะของการให้ข้อมูลจะให้ข้อมูลตามความเป็นจริง กระง่าย ไม่ใช้ศัพท์ทางการแพทย์ ช่วยให้ตัวอย่างในกลุ่มทดลองเกิดความเข้าใจข้อมูลได้เป็นอย่างดี และข้อมูลเหล่านี้ช่วยทำให้สามารถเผชิญกับปัญหาและความเครียดได้เนื่องจากภายหลังจากที่ได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำที่เฉพาะเจาะจง ตัวอย่างเกิดความไว้วางใจผู้ให้การสนับสนุน สามารถระบายความรู้สึกให้กับคนที่เข้าใจความรู้สึกของตน ทำให้ความวิตกกังวลลดลงได้

ส่วนการใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึกและการรับฟังอย่างตั้งใจ ใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวลในการสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัว ใช้การสัมผัสที่เหมาะสม เพื่อแสดงถึงความสนใจเอาใจใส่ และเอื้ออาทรต่อสมาชิกในครอบครัว (ช่อลดา พันธุเสนา, 2536) และผลของการสัมผัสยังสามารถช่วยลดความวิตกกังวลลงได้ จากการศึกษาของ ภัสพร จำวิชา (2534) ศึกษาผลของการสัมผัสต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยที่ได้รับการสัมผัสจากผู้วิจัยเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการสัมผัสขณะที่อยู่ในห้องรอผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดขณะที่อยู่ในห้องรอผ่าตัดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพาตัวอย่างในกลุ่มทดลองไปเยี่ยมผู้ป่วยที่

ข้างเตียงและอยู่ด้วยขณะเยี่ยมผู้ป่วย ในระหว่างการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยที่ข้างเตียงนี้ ตัวอย่างได้เห็น อุปกรณ์และเครื่องมือจริงที่ใช้กับผู้ป่วย และได้รับคำอธิบายในแต่ละชนิดของอุปกรณ์หรือเครื่องมือ นั้น ๆ เกี่ยวกับความจำเป็นในการใช้ ตำแหน่ง และระยะเวลาที่ใส่ นอกจากนี้ยังได้รับคำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ข้างเตียง ได้แก่ การสัมผัสมือผู้ป่วย แนะนำการพูดคุยกับผู้ป่วยตาม ความเหมาะสม และแนะนำกิจกรรมบางอย่างที่ตัวอย่างสามารถทำให้ผู้ป่วยได้ถ้าต้องการ ทำให้ ตัวอย่างในกลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจและได้รับการสนองตอบความต้องการทั้งในด้านข้อมูลเกิดความ เข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วยทำให้ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับ อุปกรณ์เครื่องมือลง และได้รับทราบเกี่ยวกับการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ทำให้เพิ่มความมั่นใจว่า ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเป็นอย่างดีถึงแม้ว่าตัวอย่างจะไม่ได้อยู่ที่ข้างเตียงผู้ป่วย และได้ดูตัวอย่างจาก ผู้วิจัยในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ข้างเตียง ทำให้ตัวอย่างเกิดความมั่นใจมากขึ้นในการแสดงออกซึ่ง ความเห็นอกเห็นใจ ห่วงใย ปลอดภัยปลอดภัยผู้ป่วย อันจะทำให้ความตึงเครียดทางอารมณ์ลดลง ทำให้ลดความคับข้องใจ ความไม่สบายใจ และความวิตกกังวลลดลง

ภายหลังการเยี่ยม ผู้วิจัยให้ความมั่นใจโดยการบอกให้ตัวอย่างในกลุ่มทดลองทราบว่า ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีขณะที่ตัวอย่างไม่ได้อยู่ข้างเตียง เปิดโอกาสให้ตัวอย่างซักถาม ข้อสงสัย และตอบคำถามด้วยข้อมูลที่เป็นจริง แนะนำสถานบริการอาหารและสถานที่พักผ่อนที่มี อยู่ภายในโรงพยาบาล ได้แก่ ร้านอาหาร หรือที่พักแรมที่ตัวอย่างสามารถไปใช้บริการได้ ให้ตัวอย่าง ได้มีเวลาพักผ่อนตามสถานที่ที่แนะนำบ้าง แทนการนั่งเฝ้าอยู่หน้าหอผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว และแนะนำ สถานที่ที่เป็นแหล่งพึ่งทางใจ เช่น สถานที่หรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจภายในบริเวณโรงพยาบาล เช่น ห้องพระ หรือพระรูปสมเด็จพระราชบิดา ให้กับสมาชิกในครอบครัวตามความต้องการ การแนะนำ ให้สมาชิกในครอบครัวได้พักผ่อนหรือออกไปจากสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลบ้างเป็นการช่วยให้ สมาชิกในครอบครัวรู้สึกสดชื่นขึ้นเป็นวิธีการหนึ่งในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น (Martin, 1999) นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ให้หมายเลขโทรศัพท์แก่ตัวอย่างในกลุ่มทดลองเพื่อให้ติดต่อสอบถาม เกี่ยวกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา สามารถช่วยให้ตัวอย่างได้รับข้อมูลต่าง ๆ ได้ในขณะที่ไม่สามารถมา เยี่ยมผู้ป่วยได้ การแสดงออกเหล่านี้เป็นการแสดงความปรารถนาดีต่อเขา และให้ความมั่นใจกับเขา ว่าจะรักษาข้อมูลที่เขาไม่ต้องการเปิดเผยไว้เป็นความลับ เป็นการแสดงความไว้วางใจตามแนวคิด ของเฮาส์ (House, 1981) จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยสามารถพูดระบายความรู้สึก ต่าง ๆ ได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวลดลง

การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) นั้นเป็นส่วนหนึ่งของแนวทางการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยปรับผลกระทบของความเครียด โดยทำให้ บุคคลสามารถรับรู้ถึงความเครียดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีน้อยลง ส่งผลให้บุคคลสามารถเผชิญ

ปัญหาได้ดีขึ้นภายหลังจากได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำที่เฉพาะเจาะจง บุคคลเกิดความไว้วางใจผู้ให้การสนับสนุน สามารถระบายความรู้สึกให้กับคนที่เข้าใจความรู้สึกของตน ทำให้ความวิตกกังวลลดลงได้ ภายหลังจากที่ตัวอย่างในกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีความชัดเจนและมั่นใจในตนเองมากขึ้น ไม่รู้สึกกลัว หรือถูกคุกคามจากสถานการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้น มีผลทำให้ความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์ลดลง ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนการศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่ การศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตของอายมิน (Aimin, 1998) ที่พบว่า ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลลดลงกว่าก่อนได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของกลุ่มสมรสของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมของนาญา เอื้องไพโรจน์ (2535) พบว่า ความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูล จากการศึกษาของเลสเก้ (Leske, 1996) พบว่า การให้ข้อมูลสามารถลดระดับความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยในขณะที่ทำผ่าตัดได้เช่นกัน

ในส่วนของตัวอย่างในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกันแต่เป็นที่ระดับ .05 (ตารางที่ 5) อาจเนื่องมาจากลักษณะของการพยาบาลตามปกติเป็นการให้ข้อมูลตามที่สมาชิกในครอบครัวซักถามทั้งที่ข้างเตียงผู้ป่วยและทางโทรศัพท์ โดยพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยโดยตรงทำให้ลักษณะการให้ข้อมูลอาจทำได้เป็นธรรมชาติใช้ภาษาพื้นเมืองในการพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวได้เป็นอย่างดี ประกอบกับโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ได้มีนโยบายประกันคุณภาพโรงพยาบาลทำให้เจ้าหน้าที่พยาบาลในหอผู้ป่วยปรับปรุงวิธีการการมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวทำให้มีเทคนิคหรือวิธีการในการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยได้ดี อีกทั้งสมาชิกในครอบครัวยังได้รับข้อมูลต่าง ๆ จากแพทย์อีกด้วย ดังนั้นภายหลังจากที่สมาชิกในครอบครัวในกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลทั้งจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยและจากแพทย์ร่วมกันจึงส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลลดลงเช่นเดียวกัน มีรายงานว่า การติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวในระยะแรกที่มาเยี่ยมผู้ป่วยสามารถช่วยลดระดับความวิตกกังวลลงได้ (Hodovanic et al., 1984 cited in Leske, 1998) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาผลการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโดยการให้ข้อมูลทั้งอย่างมีแบบแผนและไม่มีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลของพิกุล ดันดิธรรม (2533) พบว่าระดับความวิตกกังวลภายหลังเข้าเยี่ยมผู้ป่วยลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าเยี่ยมภายหลังได้รับการให้ข้อมูลทั้งอย่างมีแบบแผนและไม่มีแบบแผนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ผลของ

การให้การพยาบาลตามปกติกับการพยาบาล โดยให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์สามารถช่วยให้ระดับความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะลดลงได้

เมื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลภายหลังได้รับการสนับสนุนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่าสมาชิกในครอบครัวกลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้ง ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติและได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีความใกล้เคียงกันของคะแนนความวิตกกังวลแฝง และคะแนน Glasgow Coma Scale ของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ และความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลรวมอันดับที่ของคะแนนความวิตกกังวลตามสภาวะการณีก่อนได้รับการสนับสนุนของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ซึ่งทั้งความวิตกกังวลแฝง และคะแนน Glasgow Coma Scale ซึ่งแสดงถึงระดับความรุนแรงของบาดเจ็บศีรษะในผู้ป่วย เป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลถึงระดับความวิตกกังวลตามสภาวะการณของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ลักษณะของการพยาบาลตามปกติที่ตัวอย่างในกลุ่มควบคุมได้รับนั้น เป็นการให้ข้อมูลต่าง ๆ ตามที่สมาชิกในครอบครัวซักถามทั้งที่ข้างเตียงและทางโทรศัพท์ ส่วนการสนับสนุนด้านอารมณ์นั้น พยาบาลในหอผู้ป่วยจะปฏิบัติตามทักษะของแต่ละคน ซึ่งอาจเนื่องด้วยเวลาที่มีจำกัด มีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลมาก และเน้นการพยาบาลที่ตัวผู้ป่วยมากกว่า แต่การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ที่ตัวอย่างได้รับในกลุ่มทดลอง เป็นการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์อย่างเป็นระบบและเป็นขั้นตอนในระหว่างที่สมาชิกในครอบครัวมาเยี่ยมผู้ป่วย ลักษณะโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ที่จัดขึ้นแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ก่อนที่สมาชิกในครอบครัวเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเป็นการเตรียมพร้อมให้กับตัวอย่างก่อนที่จะพบกับสภาพผู้ป่วยในหอผู้ป่วย หลังจากนั้นในขณะที่เยี่ยมผู้ป่วยจะอยู่กับตัวอย่างขณะเยี่ยมเพื่อให้ข้อมูลและการสนับสนุนด้านอารมณ์ และขั้นตอนภายหลังการเยี่ยมเป็นการเปิดโอกาสอีกครั้งในการให้ตัวอย่างได้ซักถามปัญหาเพิ่มเติม และให้การสนับสนุนตัวอย่างในการมีกิจกรรมอื่น ๆ ที่นอกเหนือไปจากการเฝ้าอยู่แต่หน้าหอผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว หลังจากนั้นจะปล่อยให้ตัวอย่างได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้อย่างเป็นการส่วนตัวตามความต้องการของเขาภายในเวลาการเยี่ยมที่หอผู้ป่วยกำหนดไว้ โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ที่จัดทำขึ้นนี้เป็นการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ที่เหมาะสมและเฉพาะเจาะจงตามความต้องการของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยให้การสนับสนุนเป็นรายบุคคลโดยไม่ต้องรอให้สมาชิกในครอบครัวซักถาม ตัวอย่างในกลุ่มทดลองยังได้รับเอกสารที่จัดทำขึ้นเกี่ยวกับลักษณะของหอผู้ป่วย อุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาล และข้อควรปฏิบัติเมื่อมาเยี่ยมผู้ป่วย

ทำให้สมาชิกในครอบครัวสามารถอ่านบทพจนได้ในภายหลัง ความกังวลของกลุ่มตัวอย่างในการจดจำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจึงลดลง ทั้งนี้ได้ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ร่วมไปกับการสนับสนุนด้านข้อมูลตลอดระยะเวลาของการสนับสนุน โดยการให้เวลา รับฟังปัญหา และเปิดโอกาสให้ตัวอย่างได้ระบายความรู้สึกได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้เมื่อตัวอย่างในกลุ่มทดลองมาเยี่ยมผู้ป่วยในช่วงเวลาอื่นที่ไม่ได้เป็นเวลานัดหมายกับผู้วิจัย ตัวอย่างอาจได้รับข้อมูลต่าง ๆ จากพยาบาลประจำการโดยตรงซึ่งเป็นข้อมูลที่เพิ่มเติมจากที่ได้รับจากผู้วิจัย ด้วยเหตุผลดังกล่าวมาทั้งหมดนี้จึงส่งผลให้ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ลดลงมากกว่าสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กล่าวโดยสรุป จากผลการวิจัยครั้งนี้ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะสามารถลดลงได้ด้วยการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ตั้งแต่ระยะแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากในระยะนี้ถือว่าเป็นระยะวิกฤตของทั้งตัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเองและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ภายหลังให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์พบว่าความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะลดลงมากกว่าสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ