

ประสบการณ์ของญาติในการเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ*

Relatives' Experiences on Visiting the Unconscious Patients

อุมา สุขดี, ** พย.ม.
กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, *** พย.ด.
อาภรณ์ ดีนาน, ****Ph.D

Uma Sookdee, M.N.S
Kanoknuch Chunlestskul, D.N.Sc
Aporn Deenan, Ph.D

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อบรรยาย ประสบการณ์ของญาติในการเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ โดยประยุกต์ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพในการดำเนินการวิจัย ใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นวิธีการหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลแบบ constant comparative method จำนวนผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งสิ้น 11 คน ผลการวิจัย พบว่า ประสบการณ์ของญาติในการเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติคือ กระทบและอยู่เยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ซึ่งประกอบด้วย 4 ประเด็น ดังนี้ 1) รู้สึกตกใจ เสียใจ กลัว และวิตกกังวล ญาติตอบสนองต่อสถานการณ์ ด้วยการหลบออกจากสถานการณ์การเยี่ยมที่วุ่นวาย ชั่วคราว เพื่อพยายามทำจิตใจให้สงบ ปรับความคิดตามสภาพความเป็นจริง และ พึ่งพาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ 2) ต้องการรู้และเกาะติดสถานการณ์ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ญาติตอบสนองต่อสถานการณ์ โดยการทดสอบความรู้สึกตัวของผู้ป่วยด้วยตนเอง สอบถามอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจากบุคลากรทางการแพทย์ และเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยจากประสบการณ์ของญาติคนอื่น 3) ต้องการสื่อสารกับผู้ป่วย โดยญาติใช้วิธี

การสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยการพูดคุย และการใช้ภาษา กาย 4) ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ญาติตอบสนองต่อสถานการณ์ โดยปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยขณะเยี่ยม

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าพยาบาลควรประเมินสภาวะทางอารมณ์และความต้องการของญาติพร้อมทั้งสร้างรูปแบบการดูแลญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ให้ครอบคลุมการตอบสนองทางอารมณ์และความต้องการของญาติ ในระยะพบและอยู่เยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ

คำสำคัญ : ประสบการณ์ของญาติ, การเยี่ยมผู้ป่วย, ผู้ป่วยหมดสติ

Abstract

This research was aimed to describe the relatives' experiences on visiting the unconscious patients by applying qualitative research method. The main method of data collection was in-depth interview. Data were analyzed by constant comparative method. There were 11 participants.

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
** พยาบาลวิชาชีพ 7 หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลนครนายก
*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
**** รองศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

The result showed that relatives' experience on visiting the unconscious patients was visiting and being with the patients phase, which consisted of 4 categories 1) Absent-mindedness, sad, fear and anxiety. Relatives responded to the situation by temporary escape from the chaotic situation and try to calm down on their mind, adjust their think into reality situation, and trusted in sacred things 2) Clear information regarding the conditions and situations of the patient was needed. Relatives response to the situation by testing sensory stimulation by themselves, asking information regarding patient's condition from health care provider, learning from others' relative's experience 3) Want to communicate with the patient by verbal and non-verbal language 4) Want to participate in the caring process. Relatives response to the situation by taking care of the patients during visiting. The result provides evidence to nurse to evaluate relatives' moods and needs and generate model to support relatives in visiting and being with the patients.

Key words : Relatives's experiences, visiting patients, unconscious patient

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหมดสติเป็นสถานการณ์ที่พบได้เป็นประจำในคลินิก ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่รับรู้ต่อตนเอง และไม่สามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นจากสิ่งเร้าภายนอก (Smeltzer, Bare, Hinkle & Cheever, 2008) และอาจมีความบกพร่องในการควบคุม อุดหนุน

ชีพจร และการหายใจ ซึ่งเสี่ยงต่อภาวะหยุดหายใจ หัวใจหยุดเต้นและสูญเสียชีวิตตามมา (Kerr, 2000; Smeltzer et al., 2008) ญาติของผู้ป่วยจึงมักมีความเครียด วิตกกังวลในระดับสูงโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 72 ชั่วโมงแรก หลังภาวะหมดสติที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน และไม่มีการเตือนล่วงหน้า (Tracy, Fowler & Magarelli, 1999) ทั้งนี้เพราะญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับสภาพของผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถพูดหรือตอบสนองได้ รวมทั้งผู้ป่วยอาจมีสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากพยาธิสภาพของการเจ็บป่วย ตลอดจนความเสี่ยงเป็นเสี่ยงตายของผู้ป่วยที่มีความไม่แน่นอน ในทางกลับกันการมาเยี่ยมของญาติ เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ทำให้ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้เกิดการฟื้นหายของผู้ป่วยเร็วขึ้น ซึ่งมีรายงานการศึกษาการเยี่ยมของญาติต่อภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า การเยี่ยมทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตของผู้ป่วยลดลง (Miracle, 2006) สอดคล้องกับ Berwick & Kotagal (2004) ที่กล่าวว่า การมาเยี่ยมของญาติในผู้ป่วยขาดเจ็บศีรษะระดับรุนแรง ทำให้ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันในกะโหลกศีรษะของผู้ป่วยลดลงเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ การเยี่ยมของญาติทำให้ญาติมีความเครียด ความวิตกกังวลลดลง เนื่องจากญาติได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้พูด สัมผัสตัวผู้ป่วย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะหมดสติ ไม่ตอบสนองก็ตาม (Cullen, Titler & Drahozal, 2003 ; Petterson, 2005 ; Van Horn & Kautz, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นุชนาถ ประภาศ (2551) ที่ศึกษาผลกระทบของความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วย ณ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมพบว่า การที่ญาติมาเยี่ยมผู้ป่วยทำให้ญาติหายเครียด หายกังวล สบายใจขึ้น เพราะการมาเยี่ยมเป็นเหมือน

การมาให้กำลังใจสามารถทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ หายจากอาการเจ็บป่วยได้

หอผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่เป็นบริบทในการศึกษาครั้งนี้ มีนโยบายและระเบียบการเยี่ยมที่เข้มงวด กล่าวคือ มีการกำหนดเวลาเยี่ยมของญาติในหอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยหนักตามเวลา เพื่อให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรและส่งเสริมการพักผ่อนของผู้ป่วย จากประสบการณ์ปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลประจำการของผู้วิจัย พบว่า ญาติผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหมดสติส่วนหนึ่ง มักไม่สามารถเข้าเยี่ยมได้ตามเวลาที่โรงพยาบาลกำหนด เนื่องจาก ญาติมาไม่ตรงเวลาเยี่ยม และนโยบายของการเยี่ยมที่จำกัดเวลาและจำนวนบุคคลในการเยี่ยม ทำให้ญาติต้องอยู่กับการรอคอยนอกหอผู้ป่วยจนกว่าจะได้เวลาเยี่ยมอีกครั้ง ส่งผลให้ญาติเกิดความอึดอัดใจ วิตกกังวล และหวาดกลัว มีรายงานการศึกษาของ Engstrom & Soderberg (2004) ที่พบว่า ในระยะแรกของการเยี่ยมผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยหมดสติ ญาติมักเกิดความหวาดหวั่น หวาดกลัว กับสภาพผู้ป่วยที่พึ่งพาเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เป็นเทคโนโลยีขั้นสูง และการที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยในสภาวะหมดสติ เนื่องจากไม่ได้รับคำแนะนำ และการให้ข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับอาการผู้ป่วย และการรักษาพยาบาล ทำให้ญาติได้แต่ยืนอยู่ข้างเตียงผู้ป่วย โดยไม่กล้าแตะต้องหรือสัมผัสผู้ป่วย ซึ่งนำไปสู่ภาวะเครียด วิตกกังวล และเกิดความคับข้องใจมากยิ่งขึ้น (Reigel, 1989 อ้างถึงใน พิศุภ เจริญสุข, 2549)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ญาติที่ไม่สามารถเผชิญกับความคับข้องใจระดับสูง จะส่งผลให้ญาติหลีกเลี่ยงการมาเยี่ยมผู้ป่วย (Engstrom & Soderberg, 2004) รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ไม่รับรู้ถึงคุณค่าของตน

ในการมาเยี่ยมผู้ป่วย และผลจากความวิตกกังวลที่มากขึ้น ทำให้ญาติไม่สามารถควบคุมความคิด ขาดสมาธิ ทำให้การตัดสินใจและการให้ความร่วมมือเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยไม่ดีเท่าที่ควร (Mitt, 1991) ญาติบางรายมีความรู้สึกเกรียดย อาจชดเชยด้วยการฟังสิ่งเสียดสี เช่น สุนัขเห่ามากขึ้นกว่าเดิม อันจะนำไปสู่ภาวะร่างกายที่ทรุดโทรมเร็วและรุนแรงขึ้น ทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางกายตามมา (เหมือนฝัน มณีฉาย, 2542) ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ไม่สามารถให้การช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยได้ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Henneman & Cardin, 2002) จากความสำคัญที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงผลกระทบของการเยี่ยมผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหมดสติ ได้ค้นคว้ารายงานการวิจัยทางการแพทย์ที่ศึกษาถึงประสบการณ์ของญาติในการเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติทั้งในประเทศและต่างประเทศ ยังไม่พบงานวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ตามการรับรู้ของญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์ของญาติในการเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ โดยได้เลือกใช้การวิจัยเชิงคุณภาพมาเป็นระเบียบวิธีวิจัย เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับ ความรู้สึกนึกคิด และการกระทำของญาติในกระบวนการเยี่ยม ตามมุมมองของตัวญาติเอง ได้อย่างลึกซึ้ง สามารถนำข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการสร้างแนวทาง สำหรับจัดระบบบริการพยาบาลให้มีความเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ตรงตามประสบการณ์ของญาติผู้ป่วยที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติได้อย่างเป็นองค์รวม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายประสบการณ์ของญาติในการเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์ของญาติในการเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติเป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเป็นฐานความไวเชิงทฤษฎีในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล มี 2 แนวคิด ได้แก่ แนวคิดภาวะหมดสติและการดูแลผู้ป่วยภาวะหมดสติ กับ แนวคิดการเยี่ยมผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลและการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นญาติของผู้ป่วยหมดสติที่มีระดับคะแนน GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนนและอยู่ในระหว่างการรักษา ญาติที่เป็นผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ตรงในการเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ และยินดีเล่าประสบการณ์ตรงในการเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติที่ผ่านมา

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งแรกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติเบื้องต้นที่กำหนด และคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลครั้งถัดมาด้วยการเลือกตัวอย่างเชิงทฤษฎี (theoretical sampling) จนกระทั่งข้อมูลมีความอิ่มตัว ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ จำนวนผู้ให้ข้อมูลได้รวมทั้งสิ้น 11 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือหลักที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ 1) ผู้วิจัย โดยผู้วิจัยศึกษาเกี่ยวกับระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 1 รายวิชา รวม 2 หน่วยกิต และได้ศึกษาเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการเก็บข้อมูล ด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการวิเคราะห์ข้อมูล จาก

ตำรา วารสาร และคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา ร่วมกับได้ทดลองฝึกปฏิบัติการเก็บรวบรวมข้อมูล และฝึกทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจในขั้นตอนการเก็บ-วิเคราะห์ข้อมูล 2) แนวคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึก โดยแนวคำถามในการเก็บข้อมูลครั้งแรกสร้างขึ้นบนฐานแนวคิดการวิจัย ส่วนแนวคำถามในการเก็บข้อมูลครั้งถัดมาสร้างขึ้นบนฐานของรหัสและหมวดหมู่ที่ได้ จากการวิเคราะห์ข้อมูลตามหลักการเลือกตัวอย่าง เชิงทฤษฎี จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว ดังตัวอย่าง แนวคำถามในการสัมภาษณ์ เช่น “คุณ...ช่วยเล่าความคิด... ความรู้สึกขณะที่มาเยี่ยมผู้ป่วย...ว่าคุณ...มีความคิด... ความรู้สึกอย่างไรบ้าง” เป็นต้น 3) อุปกรณ์บันทึกเสียงและแบบฟอร์มบันทึกเพื่อการเก็บและการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลทั้งของผู้ป่วย และผู้ให้ข้อมูล แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสข้อมูลเบื้องต้น แบบบันทึกรหัสข้อมูลและหมวดหมู่ที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล แบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ และแบบบันทึกส่วนบุคคลของผู้วิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล

ภายหลังโครงร่างงานวิจัยผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการตรวจสอบจริยธรรมของมหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับญาติที่มีคุณลักษณะตามกำหนดโดยมีสาระตามแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย บอกระยะเวลาการเก็บข้อมูลและขออนุญาตทำการบันทึกเสียงขณะพูดคุย ทั้งนี้ได้แจ้งให้ทราบว่าจะระหว่างการพูดคุย หากผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกที่จะตอบคำถามไม่ว่าจะเกิดจากกรณีใดๆ ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามนั้นได้ รวมทั้งขอยุติการพูดคุยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล ผู้วิจัยลบทำลายข้อมูลทั้งหมดเมื่อสิ้นสุดการวิจัย และเผยแพร่ผลการวิจัยเพื่อเป็น

ประโยชน์ทางการศึกษาและปฏิบัติการพยาบาล
เท่านั้น โดยไม่เปิดเผยชื่อจริงของผู้ให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในช่วง
เดือนกุมภาพันธ์ 2551 ถึงเดือนกรกฎาคม 2551
โดยดำเนินการ ดังนี้ ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลพื้นฐานของ
ผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติ และขอความร่วมมือจาก
พยาบาลประจำการให้เป็นผู้ประสานงาน และทาบทาม
ญาติให้เป็นผู้ให้ข้อมูล ซึ่งถ้าได้รับคำตอบว่า
ยินดีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ให้ข้อมูล
เกี่ยวกับการวิจัย ขอความร่วมมือ และให้ลงนาม
ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมกับนัดเวลาและ
สถานที่สัมภาษณ์ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล
ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ พร้อมกับกรบันทึก
เสียงไว้ จนกระทั่งยุติการสัมภาษณ์ โดยใช้ระยะเวลา
สัมภาษณ์ประมาณ 45-60 นาที ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความ
พร้อมของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์
จำนวนคนละ 1-2 ครั้ง หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยนำมา
วิเคราะห์ข้อมูลแบบการเปรียบเทียบอย่างคงที่ (con-
stant comparative method) ตามขั้นตอนดังนี้
คือ ถอดเทปที่ได้จากการบันทึกแบบคำต่อคำภายหลัง
ถอดเทป และนำข้อมูลมาลงรหัสข้อมูล จัดรหัสข้อมูล
ที่ได้ให้เป็นหมวดหมู่ เชื่อมโยงให้เป็นแนวเรื่องเดียวกัน
และ สร้างเป็นข้อสรุปย่อชั่วคราว และตัดทอนข้อมูล
ที่ไม่เกี่ยวข้องกันออกแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล
เพิ่มเติมในประเด็นที่ไม่ชัดเจนจนกระทั่งข้อมูลมีความ
อิ่มตัว (data saturation) กล่าวคือ ไม่มีข้อมูลใหม่
หรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกิดขึ้นอีก หมวดหมู่ได้รับการ
อธิบายอย่างแน่นอน และได้รับการตรวจสอบแล้ว

เป็นอย่างดี ผู้วิจัยจึงทำการขัดเกลาแนวเรื่องที่เกิดขึ้น
ให้กระชับ ชัดเจน และ อ่านเข้าใจง่าย

การสร้างความน่าเชื่อถือให้กับข้อมูล

ผู้วิจัยสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล ด้วยวิธี
การต่าง ๆ ดังนี้ 1) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
กับข้อมูลที่ค้นพบเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่องในระหว่าง
กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล
เพื่อเพิ่มความไวเชิงทฤษฎีในการให้รหัส จัดกลุ่มรหัส
และเปรียบเทียบความสอดคล้องหรือความแตกต่าง
เบื้องต้นระหว่างวรรณกรรมกับข้อมูลที่ได้จากการ
ค้นพบของผู้วิจัย เพื่อนำไปสู่การสนับสนุนและการ
ขยายผลข้อค้นพบ ซึ่งข้อมูลและรหัสจะได้รับการ
ตรวจสอบโดยปริยายจากระเบียบวิธีการวิจัยที่มี
ลักษณะเป็นการเปรียบเทียบอย่างคงที่ (constant
comparative analysis) กล่าวคือ ข้อมูลที่เป็นจริง
จะพบว่ามีข้อมูลมาสนับสนุนเพิ่มมากขึ้น (กนกนุช
ชั้นเลิศสกุล, 2542) 2) ตรวจสอบความถูกต้องของ
บันทึกที่ได้จากถอดความจากเครื่องบันทึกเสียงใน
ลักษณะคำต่อคำ โดยการเปิดฟังซ้ำ และปรับแก้ไข
บันทึกจนได้สาระตรงกับสาระในเครื่องบันทึกเสียง
จากนั้นนำไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ เพื่อยืนยันและ
ปรับแก้ไข หรือเพิ่มเติมรายละเอียดให้มีความถูกต้อง
ชัดเจน 3) ใช้หลักการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า
(triangulation) โดยการเก็บข้อมูลจากญาติเป็นหลัก
เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนประกอบ (data source tri-
angulation) อธิบายข้อมูลด้วยแนวความคิดภาวะหมด
สติและการดูแลผู้ป่วยภาวะหมดสติ กับ แนวคิดการ
เยี่ยมผู้ป่วย (theoretical triangulation) ใช้วิธี
การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นวิธีหลักในการเก็บข้อมูล
และใช้การสังเกตกับการจดบันทึกเป็นการยืนยันข้อมูล
(methodological triangulation) ทำการวิเคราะห์
ข้อมูลและสร้างแนวคำถามในการเก็บข้อมูลร่วมกับ

อาจารย์ที่ปรึกษา (investigator triangulation) 4) ผู้วิจัยสะท้อนคิดและเขียนบันทึกความรู้สึกของตนเอง เพื่อตรวจสอบผลกระทบจากความคิด ความรู้สึก ความพร้อมของตัวผู้วิจัยเองต่อกระบวนการเก็บ การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อสร้างความตระหนักในปัญหา อุปสรรคและลดอคติของผู้วิจัยในกระบวนการเก็บและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยจำแนกผลการวิจัยเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ 1.1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลเป็นญาติของผู้ป่วยที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ รวม 11 คน เป็นเพศหญิง 6 คน เพศชาย 5 คน มีอายุตั้งแต่ 30-59 ปี ทุกคนมีเชื้อชาติไทยและนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ จบประถมศึกษา และประกอบอาชีพรับจ้าง ผู้ให้ข้อมูลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบิดา มารดาอย่างละ 1 คน เป็นภรรยา 2 คน เป็นบุตรชาย บุตรสาวอย่างละ 3 คน และเป็นหลานชาย 1 คน เกือบทั้งหมดมีภูมิลำเนาอยู่ที่จังหวัดนครนายก มีรายได้ตั้งแต่ 5,000-10,000 บาท/เดือนขึ้นไป 1.2) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยหมดสติที่มีระดับคะแนน GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน รวม 11 คน เป็นเพศหญิง 5 คน เพศชาย 6 คน มีอายุอยู่ในช่วง 20-99 ปี หมดสติจากอุบัติเหตุทางจราจร 8 คน และจากความเจ็บป่วยทั่วไป 5 คน ผู้ป่วยทั้งหมดหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาหมดสติของผู้ป่วย ส่วนใหญ่ตั้งแต่เข้ารับการรักษา จนถึงวันแรกที่ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ญาติเป็นเวลา 3 วัน

ส่วนที่ 2 ประสพการณ์ของญาติในการเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ

ผลการวิจัย ประสพการณ์ของญาติในการเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ในระยะพบและอยู่เยี่ยมพบว่ามี 4

ประเด็น ดังนี้

2.1 รู้สึกตกใจ เสียใจ กลัว และวิตกกังวล ญาติที่มาเยี่ยมมีความตกใจที่เห็นสภาพผู้ป่วยอยู่ในลักษณะไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่สามารถขยับเคลื่อนไหว หรือ ลืมตาได้ตามปกติ รวมทั้งมีอุปกรณ์ท่อช่วยหายใจคาที่ปาก เพื่อช่วยชีวิต ทำให้รับรู้ว่าคุณป่วยอยู่ในภาวะอันตรายที่รุนแรงต่อชีวิต ซึ่งเป็นสภาวะที่รุนแรงเกินความคาดหมายของญาติ อีกทั้งยังทำให้คิดว่าอาจต้องสูญเสียผู้ป่วยไปในเวลาอันใกล้ ส่งผลให้ญาติรู้สึกเสียใจและกลัวการสูญเสียที่จะตามมา นอกจากนั้น การได้เห็นสภาพผู้ป่วยและได้รับการแจ้งจากแพทย์ว่าผู้ป่วยมีอาการหนักและให้ญาติทำใจนั้น ทำให้ญาติเกิดความวิตกกังวลในอาการของผู้ป่วย ใจสั่น ไม่สามารถคิดและพูดจาได้ตามปกติ ดังคำพูดต่อไปนี้

“พอได้เห็นย่า แล้วตกใจ ย่าเรียกไม่รู้สึกรู้ตัวนอนนิ่ง ไม่ลืมตา ย่านอนอ้าปากใส่ท่ออะไรที่ปากเหมือนให้ออกซิเจน ผมไม่คิดว่าอาการของย่าจะรุนแรงถึงขนาดนี้”

“เห็นสภาพเค้า (สามี) นอนนิ่งเฉยๆ บนเตียงแขนขาไม่ขยับเลย พยายามเค้าเอาอะไร (mask) คลุมที่จมูกไว้ ...พี่รู้สึกตกใจ เสียใจ แล้วก็ร้องไห้ ไม่รู้ว่าอาการของเค้าจะปลอดภัยหรือจะเลวลง กลัวจะต้องสูญเสียเค้าไป”

“เห็นเค้า (สามี) นอนนิ่งเฉยไม่ขยับเลย ได้ฟังหมอเวรบอกว่า ...ป้าทำใจหน่อยนะ ตอนนั้นคนไข้อาการหนัก ...ตอนนั้นป้าก็ทำอะไรไม่ถูก คิดอะไรไม่ออกเลยมันวิตกกังวลกับอาการเค้าอยู่ตลอด ใครถามอะไร ป้าก็จะไม่พูด เพราะมันพูดไม่ได้ ใจมันสั่น”

ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ มีวิธีจัดการกับความวิตกกังวล เสียใจ กลัว และวิตกกังวล 3 วิธี ดังนี้วิธีที่ 1) หลบจากสถานการณ์การเยี่ยม (ที่ รุนวราย) ชั่วคราว เพื่อพยายามทำจิตใจให้สงบ พบว่า เมื่อญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ต้องเผชิญ

กับคำถามของญาติคนอื่นๆ ที่มาเชื่อมด้วยกัน ญาติได้ใช้วิธีปรับสภาวะทางอารมณ์โดยการหลีกเลี่ยงไปจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาว่านวยใจชั่วคราว และหาสถานที่เงียบสงบ พยายามนั่งทำจิตใจให้นิ่ง ไม่พูดคุยกับใคร ส่งผลให้จิตใจของญาติสงบลง และมีสมาธิในการคิดจัดการกับปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ ดังคำพูดต่อไปนี้

“พี่เห็นเค้า (สามี) นอนนิ่ง ไม่แสดงอาการอะไร ญาติคนอื่นๆ พ่อแม่ พี่น้องเค้าก็มาเยี่ยม ญาติคนอื่นๆ ก็ถาม ญาติคนอื่นๆ ก็ถาม ว่าอาการเป็นยังไง เป็นอะไร มากมาย... ตอนนั้นไม่อยากรับรู้เรื่องราวอะไร พี่ก็ออกมา นั่งข้างนอกดึก หามุมที่นั่งไม่ค่อยมีใครเดินผ่าน พี่นั่งเฉยๆ เหมือนขอตั้งสติ สงบสติอารมณ์ไม่ขอพูดคุยกับใครเลย มันช่วยให้ใจพี่สงบลง ไม่วุ่นวายใจ แบบมันทำให้มีสมาธิที่จะคิด จะทำอะไร จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นต่อไปยัง”

วิธีที่ 2) ปรับความคิดตามสภาพความเป็นจริง พบว่า ญาติปรับความคิด สร้างความหวังและความเชื่อมั่นว่า ความเชี่ยวชาญในการรักษาคนไข้หมดสติของแพทย์และการดูแลเอาใจใส่ของพยาบาล จะช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและคืนสู่สภาวะปกติได้ ส่วนญาติที่ได้รับการแจ้งจากแพทย์ว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาวะสมองตายและไม่มีโอกาสฟื้น ก็ได้พยายามคิดพิจารณา ตามความเป็นจริง จนเกิดความเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งทำให้สบายใจและตั้งใจที่จะดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นกว่าเวลาของการจากไปจะมาถึง ดังคำพูดต่อไปนี้

“ฝากความหวังไว้กับหมอ พยาบาล พี่ก็คิดซะว่าแม้รักษาอยู่กับหมอแล้ว มาถึงมือหมอ แล้วพี่เห็นพยาบาลเค้ามาดูแลคนไข้อย่างเต็มที่นะ เคียวก็เดินมาดู บางทีคนไข้มีเกร็ง มีกระตุก พยาบาลก็รีบมาดูแล พี่มั่นใจว่าหมอ พยาบาล จะช่วยแม่ ดูแลแม่ให้หายได้”

“หมอเค้าบอกให้ผมทำใจ หมอบอกว่าพ่อหมดสติ สมองตายเพราะขาดออกซิเจน ไม่มีโอกาส

ฟื้นมาแล้ว ผมพยายามคิดและทำความเข้าใจ ใช้เหตุ ใช้ผลในการพิจารณา ความเป็นจริงที่เกิดขึ้น... สภาพร่างกายพ่อคงไม่ไหว ก็เลยทรุดหนักลงไปอีก... ผมก็เข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามที่มันเป็นจริง... พ่อคิดได้แล้ว ก็สบายใจขึ้น ไม่เสียใจ และผมก็คิดว่า ผมต้องดูแลพ่อให้ดี จนกว่าพ่อจะจากไปจริงๆ”

วิธีที่ 3) พึ่งพาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ พบว่า ญาติได้สวดมนต์ และบนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์ โดยอธิษฐานขอให้ผู้ป่วยปลอดภัย หายเป็นปกติ ซึ่งการได้อธิษฐานนั้นทำให้ญาติเกิดความโล่งใจ สบายใจขึ้นว่าสิ่งที่อธิษฐาน อาจเป็นจริงตามที่ได้อธิษฐาน ดังคำพูดต่อไปนี้

“พี่สวดอธิษฐาน ภาวนาให้แม่หาย พี่สวดมนต์ ทำแล้วก็สบายใจขึ้น พี่ก็ไม่รู้จะช่วยอะไรแม่ได้ นอกจากสวดมนต์ ขอให้แม่หาย สุขภาพร่างกายแข็งแรงเดินได้”

“พี่มาจุดธูปไหว้ศาลหน้าโรงพยาบาล อธิษฐาน ขอให้เค้าไม่เป็นอันตราย ขอให้หมอสังเกตเห็นทางรักษา ช่วยให้หายเป็นปกติ ...อธิษฐานแล้ว พี่โล่งใจ สบายใจขึ้น พี่คิดว่าสิ่งที่พี่พูดไปมันอาจจะจริงตามที่ขอไว้”

2.2 ต้องการรู้และเกาะติดสถานการณ์ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พบว่า ญาติที่มาเชื่อมต้องการทราบและติดตามความก้าวหน้าของอาการเจ็บป่วย รวมทั้งแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น สัญญาณชีพและอาการที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละวัน ดังคำพูดต่อไปนี้

“ป้าไปเยี่ยมเค้า (สามี) ทุกวัน ก็อยากรู้อาการเค้าทุกครั้งทีไปเยี่ยม ว่าคนไข้เค้าจะฟื้นหรือเค้าจะไป ซิพจรเต้นตอนนี้เป็นยังไง ความดันขณะนี้น่าปกติหรือไม่ปกติมันดีมี... ป้าอยากรู้อาการเค้าทุกวันว่าอาการเค้าจะดีขึ้นบ้างมี หรืออาการเค้าจะทรุดลงอาการจะเป็นยังไงในแต่ละวัน”

ญาติที่มาเชื่อมผู้ป่วยหมดสติ มีวิธีจัดการกับ

ความต้องการรู้และเกาะติดสถานการณ์ผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่องโดยการแสวงหาข้อมูลและความรู้ 3 วิธี ดัง รายละเอียดต่อไปนี้

วิธีที่ 1) ทดสอบความรู้สึกตัวของผู้ป่วยด้วยตนเอง พบว่า ญาติที่มาเยี่ยมได้พยายามทดสอบความรู้สึกตัวและการตอบสนองของผู้ป่วย อาทิเช่น การเรียกชื่อผู้ป่วย การบอกให้ทำตามคำสั่งโดยการสั่งให้ผู้ป่วยบีบมือ กำมือ การเปิดเปลือกตาผู้ป่วย เพื่อดูปฏิกิริยาการเคลื่อนไหวของลูกตา การกระตุ้นฝ่าเท้าของผู้ป่วย ดังคำพูดต่อไปนี้

“วันแรกที่เข้าไปเยี่ยม เห็นแก้ว (บุตรชาย) ป้าก็ไม่ว่าน้ำเต้ารู้ตัวหรือเปล่า ป้าก็ลองเรียกชื่อแก้ว แอ้ แอ้ ได้ยินเสียงแม่มี๊ แม่มาเยี่ยม ถ้าลูกได้ยินเสียงแม่ ก็กำมือแม่เนาะ”

“ป้ามาเยี่ยม ลองแหกตาแก้ว (สามี) คู่ทั้งสองข้างเค้ายังกลิ้งตาไป-มาซ้ๆ แล้วป้าก็เอามือไปเกาะฝ่าเท้าแก้ว เหมือนแก้วสะดุ้งเอาซาหนี่”

วิธีที่ 2) สอบถามอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจากบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า ญาติสอบถามอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจากแพทย์ผู้ทำการรักษา และจากพยาบาลในขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลให้กับผู้ป่วย เพราะญาติมีความมั่นใจว่าแพทย์และพยาบาล มีความรู้และสามารถที่จะอธิบายสภาพอาการผู้ป่วย ให้ญาติเข้าใจได้ ดังคำพูดต่อไปนี้

“พี่ก็ถามหมอที่มาตรวจ... หรือพยาบาลเวลามาทำอะไรให้คนไข้ อย่างมาวัดไข้ พี่ก็จะถามเค้าว่า คนไข้มีไข้มี๊ วันนี้นคนไข้มีอาการดีขึ้นหรือแย่ลงยังงั้น... มาเยี่ยมทุกวันพี่ก็ได้อธิบายอาการคนไข้ว่าเป็นยังไง มันใจถามหมอ ถามพยาบาล... เพราะหมอ-พยาบาลเขาเก่งมีความรู้มากกว่าเรา สามารถอธิบายอาการคนไข้ให้พี่เข้าใจได้”

วิธีที่ 3) เรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยจาก

ประสบการณ์ของผู้ป่วยอื่น พบว่า ญาติได้สอบถามและเรียนรู้ ด้วยการพูดคุยกับญาติของผู้ป่วยคนอื่นที่ผ่านประสบการณ์คล้ายกับตนเอง ทำให้เข้าใจความรู้สึกซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของการฟื้นคืนสติ การประเมินอาการและเทคนิคการดูแลผู้ป่วยในช่วงที่ยังหมดสติ ซึ่งทำให้ญาติที่มาเยี่ยมมีความรู้ความเข้าใจและความหวังเกี่ยวกับสภาพอาการของผู้ป่วย ดังคำพูดต่อไปนี้

“ได้คุยกับป้าที่เค้ามหายืมลูก ป้าเค้าเคยเจอเหตุการณ์ที่คล้าย ๆ กับแม่เรา พอได้คุยกับป้าแก้ว แก้วจะเข้าใจเรา คำพูดมันตรงใจกัน... ป้าแก้วก็แนะนำช่วงที่พยาบาลให้เช็ดตัว ก็ให้หัด ให้บีบไม้บีบมือผู้ป่วยนะ พูดเรียกเค้าบ่อยๆ เราก็มาทำตามทีป้าบอก เราถามเค้าว่า เนี่ย... อาทิตย์กว่าแล้ว ยังไม่เห็นสติเลย ป้าเค้าบอกว่าคุณป้าที่ป่วยนะ 3 อาทิตย์ ถึงจะลืมดากลิ้งไปกลิ้งมา โอ้...ของเรายังไม่ลืมนะ... ะยะนั้น เราใจขึ้นขึ้น ต่อไปแม่ของเราคงจะดีขึ้น ตามระยะเวลา... ที่ป้าเค้าออกมา”

2.3 ต้องการสื่อสารกับผู้ป่วย พบว่า แม้ญาติจะรับรู้ว่าคุณป่วยอยู่ในภาวะที่หมดสติ ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้น แต่ญาติก็ยังคงมีความพยายามที่จะสื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อส่ง “สาร” ให้ผู้ป่วยได้รับรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่คุณติตระหนักว่า “สาร” นั้น เป็นสารสำคัญที่คนยังไม่เคยได้ส่งให้ผู้ป่วยได้รับรู้ในขณะที่ยังมีสติอยู่ และถึงแม้ว่าคุณป่วยจะอยู่ในขั้นโคม่า แต่ญาติก็ยังหวังว่าคุณป่วยก็ยังสามารถได้ยินและรับรู้สารที่สื่อให้ได้ ดังคำพูดต่อไปนี้

“พี่เข้าไปเยี่ยมเห็นสภาพเดียวที่อยู่ในขั้นโคม่าเดียนอนนิ่ง พี่ไม่ว่าน้ำเต้าจะรับรู้ถึงความเจ็บปวดหรือเปล่า ...เวลาที่เข้าไปเยี่ยม พี่อยากจะทำกับเตี้ย อยากพูดกระซิบที่ข้างหู อยากจะพูดคุยกับเตี้ยไปเรื่อย ๆ ... อยากเข้าไปสัมผัสตัวเตี้ย จับมือเตี้ยไว้ พี่อยากแสดง

อะไรที่มันเป็นความรักให้กับเตี้ย พี่อยากเข้าไปกอดเตี้ย เพราะตอนที่เตี้ยอยู่พี่ยังไม่เคยได้กอดเตี้ยเลย ถ้าเตี้ยมีความรู้สึก เตี้ยอาจจะได้เรียนรู้ที่พี่ได้พูด ได้กระทำ”

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ญาติที่มาเยี่ยม ผู้ป่วยหมดสติ ใช้วิธีการสื่อสารกับผู้ป่วย 2 แบบ ดังนี้

แบบที่ 1) ปฏิบัติการสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยการพูดคุย พบว่า ญาติที่มาเยี่ยมสื่อสารโดยการพูดคุยกับผู้ป่วย เพื่อส่งสาร 3 ประเด็น ได้แก่ 1) สารที่มีความหมายกับผู้ป่วย เช่น อาชีพประจำที่ผู้ป่วยคุ้นเคย และมีความผูกพัน 2) สารเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยฟื้นตัว และอยากกลับไปอยู่บ้าน และ 3) สารเพื่ออนุญาตให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสบายใจ โดยไม่ต้องห่วงครอบครัว พร้อมทั้งขอให้ผู้ป่วยได้ไปสู่สุคติ ดังคำพูดต่อไปนี้

“ทุกครั้งที่ไปเยี่ยมก็จะพูดกับแม่ ไกลๆ หูแม่ว่า แม่ลืมคานะ จำหนูได้มั๊ย ดิ้นได้แล้วหลับนานจัง มีคนมารอซื้อกล้วยทอดแล้ว คือแม่เค้าขายกล้วยทอดไปขาย ทุกวันที่บ้าน...คุยกับแม่ในสิ่งที่แม่เค้าทำเป็นประจำ เราคิดว่าพูดให้แม่ได้ยินเข้าหู อาจจะดังไปถึงสมองให้แม่ได้จำสิ่งเดิมๆ ได้ แม่อะไรเร็วๆ”

“ผมก็จะพูดปลอบใจว่า ย่า... ซัยมาแล้ว ย่าอย่าคิดมากนะ บ้านไม่ต้องห่วงหรอกนะ ตอนนี้อยู่ที่โรงพยาบาลแล้ว หมอจะให้กลับบ้านแล้ว... ผมก็พูดปะเลาะปลอบใจย่า ย่าจะได้รับหายกลับมาอยู่บ้านไวๆ”

“พี่จะพูดให้กำลังใจแม่ แม่เป็นยังงัยบ้าง แม่ไม่ป่วยหรือค เตี้ยแม่ก็หายแข็งแรง เดินกลับบ้านได้แล้วมานอนอยู่ที่นี่ (โรงพยาบาล) ทำไม แม่อะไรมีกำลังใจขึ้นขึ้น”

“ช่วงที่พ่อใกล้จะจากผมไป ผมพูดให้พ่อสบายใจ ผมพูดกับพ่อว่า ถ้าพ่อจะจากไป พ่อไม่ต้องห่วงอะไร ไม่ต้องห่วงทางบ้านหรอก ผม พี่สาว ดูแลบ้านได้... พูดให้พ่อสบายใจ ขอให้พ่อไปสู่สุคติเดอะ”

แบบที่ 2) ปฏิบัติการสื่อสารกับผู้ป่วยด้วย

ภาษากาย พบว่า ญาติที่มาเยี่ยมได้สื่อสารกับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหมดสติโดยที่ไม่ใช้คำพูด เช่น การสัมผัสกอด หรือบีบนิ้วแทน เพราะญาติเชื่อว่า การสัมผัสการกอด สามารถสื่อถึงความรัก ความห่วงใยอาหารไปยังผู้ป่วยได้ แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัวก็ตาม ดังคำพูดต่อไปนี้

“พี่มาเยี่ยมเค้า (สามี) ทุกวัน... พี่จะนั่งใกล้ๆ เค้า จับมือเค้าไว้ สัมผัสตัวเค้า จับแขน จับขาเค้าบ้าง พี่คิดว่าความใกล้ชิดผูกพันที่เค้อยู่ด้วยกันมา มันน่าจะสื่อถึงความรัก ความห่วงใยที่มีต่อกันได้บ้างนะ”

“เวลาที่ไปเยี่ยมเตี้ย อยากทำอะไรที่มันเป็นความรัก เช่น การกอด พี่ก็จะจับมือกอดเตี้ยไว้...บีบขา นวดขา ให้ ทำทุกครั้งที่มาเยี่ยมเตี้ยนะ ถึงแม้ว่าเตี้ยจะรับรู้หรือไม่รับรู้ พี่ก็จะปฏิบัติ”

2.4 ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ขณะที่ญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ได้เห็นพยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่อผู้ป่วย อย่างเช่น การทำความสะอาดร่างกาย ทำให้ญาติที่มาต้องการที่จะให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล นอกจากนี้ญาติที่มาเยี่ยมยังต้องการช่วยพยาบาลคอยเฝ้าระวังผู้ป่วยไม่ให้ถึงอุปสรรคในการรักษา เพราะ ญาติกลัวว่าหากอุปสรรคในการรักษาหลุดไป เช่น ท่อช่วยหายใจ อาจจะส่งผลกระทบต่ออาการของผู้ป่วยได้ ดังคำพูดต่อไปนี้

“เวลาที่เข้าไปเยี่ยม เห็นพยาบาลเค้าเช็ดตัวอยู่ เราก็อยากเช็ดตัวให้แม่ อยากดูแลแม่บ้าง พยาบาลเค้าก็ถามว่า อยากเช็ดตัวให้คนไข้หรือเปล่า เราก็บอกว่ายากเช็ดตัวให้แม่ ...พยาบาลเค้าก็ช่วยเราเช็ดตัวด้วย เราก็ทำตามที่พยาบาลเค้าบอก”

“เค้า (สามี) ดิ้นไปมา แขนขา ยกเอง แรงเค้าเยอะมาก พี่ก็อยากช่วยพยาบาลเค้าจับแขนขา ช่วงที่เค้าดิ้นอีกแรงหนึ่ง ...กลัวเค้าดิ้นแล้วเชือกที่มัดแขนไว้หลุด กลัวเค้าจะดึงพวกท่อหายใจออกเอง เตี้ยเค้าจะ

หายใจเองไม่ได้”

ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติมีวิธีการจัดการกับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย คือ ปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยขณะเข้มน อาทิจ เช่น ดูแลการขับถ่าย การเช็ดหน้าเช็ดตัว เช็ดน้ำมูก น้ำลาย ช่วยเหลือพยาบาลในการพลิกตะแคงตัวให้แก่ผู้ป่วย ตลอดจนการช่วยพยาบาลในการสังเกต และประเมินอาการผู้ป่วย ดังคำพูดต่อไปนี้

“พ่อไม่รู้สีกตัว ผม ต้องไปดูแลช่วยเหลือก็อย่างพวก เช็ดถ่ายอะไรอย่างเนี่ย เวลาพ่อนอน น้ำมูก น้ำลายมันจะมีไหลออกมาจากปากเอง ผมก็เอากะดาษทิชชูเช็ดออก ให้สะอาด...ถึงเวลาที่พลิกตะแคงตัว พยาบาลเขาก็เดินมาดูแล มาพลิกตะแคงตัว ผมก็ช่วยพยาบาลเค้าจับด้วยกตัวพ่อนั้นช่วยพลิกตะแคงตัวให้พ่อ”

“พี่นั่งเฝ้าดูอาการแม่ตลอด ว่าแม่มีอาการเปลี่ยนแปลงไปมั้ย คุณาเค้าจะมีเสลดหรือไม่ ถ้าพี่ได้ยินเสียงครืดๆในลำคอ แสดงว่ามีเสลด พี่ก็ไปตามพยาบาลมาดูดเสลดให้ เพราะถ้าไม่ดูดแม่ก็จะหายใจไม่ออก”

อภิปรายผล

ผลการวิจัย สามารถอภิปรายได้ดังนี้
ประเด็นที่ 1 รู้สึกตกใจ เสียใจ กลัว และวิตกกังวล ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ มีความตกใจที่เห็นสภาพผู้ป่วยอยู่ในลักษณะไม่รู้สีกตัว ไม่สามารถขยับเคลื่อนไหว หรือลิ้มรสชาติตามปกติ รวมทั้งมีอุปกรณ์ท่อช่วยหายใจคาที่ปาก เพื่อช่วยชีวิตทำให้รับรู้ว่าคุณป่วยอยู่ในภาวะอันตรายที่รุนแรงต่อชีวิต ซึ่งเป็นสภาวะที่รุนแรงเกินความคาดหมายของญาติ อีกทั้งยังหมายถึงว่าญาติอาจต้องสูญเสียผู้ป่วยไปในเวลาอันใกล้ ส่งผลให้ญาติรู้สึกเสียใจและกลัวการสูญเสียที่จะตามมา นอกจากนั้นการได้เห็นสภาพผู้ป่วยและได้รับ

การแจ้งจากแพทย์ว่าผู้ป่วยมีอาการหนักและให้ญาติทำใจนั้น ทำให้ญาติเกิดความวิตกกังวลในอาการของผู้ป่วยใจสั้น ไม่สามารถคิดและพูดจาได้ตามปกติ อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะหมดสติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่เป็นเหตุการณ์กะทันหันที่ไม่มีการเตือนล่วงหน้า ญาติไม่มีเวลาในการเตรียมพร้อมที่จะพบกับเหตุการณ์เช่นนี้ ทำให้ส่งผลกระทบต่อสภาวะอารมณ์ของญาติที่มาเยี่ยม โดยที่ญาติจะมีปฏิกิริยาตอบสนองกับเหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้น เช่น รู้สึกช็อก ตกใจ กลัวการสูญเสียผู้ป่วย เสียใจ ปฏิเสธ ไม่ยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และวิตกกังวล โดยเฉพาะอย่างยิ่งความวิตกกังวลถึงอาการของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลอันเป็นที่รัก (วิจิตร ฤกษ์มณี, 2546 ; Fortinash & Holoday-Worret, 2008) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม (2546) ที่ศึกษาการปรับตัวของครอบครัว เมื่อมีสมาชิกได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง พบว่า ความรู้สึกของครอบครัว เมื่อรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นรุนแรงและรวดเร็วเกินไป ครอบครัวจะอยู่ในภาวะช็อก ร้อยละ 32 ภาวะสับสน ร้อยละ 80 และวิตกกังวลใจ ร้อยละ 100

ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ มีวิธีการจัดการกับความรู้สึกตกใจ เสียใจ กลัว และวิตกกังวล ได้แก้ หลบจากสถานการณ์การเยี่ยม (ที่วุ่นวาย) ชั่วคราว เพื่อพยายามทำจิตใจให้สงบ อธิบายได้ว่า วิธีการหลักหนีจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาชั่วคราวเป็นการใช้กลไกทางจิต ซึ่งเป็นการปรับตัวทางด้านจิตใจช่วยลดการเผชิญกับสิ่งเร้าที่สร้างความไม่สบายใจ ความคับข้องใจในสถานการณ์ขณะนั้น เป็นพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบ Emotional-Focus Coping ที่ปกป้องให้พ้นจากความวิตกกังวลและลดอารมณ์ที่เป็นทุกข์ (Lazarus & Folkman, 1984) สำหรับญาติที่ใช้วิธีปรับความคิดตามสภาพความเป็นจริง

อธิบายได้ว่า การปรับใจยอมรับความจริง ทำให้บุคคลพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์ เป็นวิธีการเผชิญปัญหาด้วยเหตุผล (กนกรัตน์ เนตรไสว, 2547 ; จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545) ส่วนการใช้วิธีสร้างความหวังและความเชื่อมั่นว่า ความเชี่ยวชาญในการรักษาพยาบาลของแพทย์และพยาบาล จะช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและคืนสู่สภาวะปกติได้ สอดคล้องกับสภาพสังคมไทย ที่มักจะทำให้ความศรัทธาและความเชื่อมั่นในความสามารถของแพทย์และพยาบาล รวมทั้งการที่ญาติมีโอกาสเห็นพฤติกรรมการช่วยเหลือของแพทย์ พยาบาล ที่ทำงานอย่างกระตือรือร้น ทำให้ญาติเชื่อมั่นและวางใจว่า แพทย์และพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นได้ (สหัชชา แก้วพิบูลย์, 2547)

ประเด็นที่ 2 ต้องการรู้และเกาะติดสถานการณ์ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ญาติที่มาเยี่ยมต้องการทราบและติดตามความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย รวมทั้งแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น สัญญาณชีพและอาการที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละวัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กันยา วังเฮงชะฤทธิ (2549) ที่พบว่า เมื่อญาติรับรู้ว่ามีผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุและอยู่ในภาวะวิกฤต เมื่อสอบถามถึงความรู้สึกของญาติผู้ป่วยทันทีเมื่อเข้ามาเยี่ยมผู้ป่วย ญาติมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับสภาพอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย รวมถึงวิธีการ แนวทางการรักษา การพยากรณ์โรค

ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติมีวิธีการจัดการกับต้องการรู้และเกาะติดสถานการณ์ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ทดสอบความรู้สึกตัวของผู้ป่วยด้วยตนเอง เช่น การเรียกชื่อผู้ป่วย การบอกให้ทำตามคำสั่ง โดยการสั่งให้ผู้ป่วยบีบมือ กำมือ การเปิดเปลือกตาผู้ป่วยเป็นต้น และใช้วิธีสอบถามอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจากบุคลากรทางการแพทย์ เพราะญาติมี

ความมั่นใจว่าแพทย์และพยาบาล มีความรู้สามารถที่จะอธิบายสภาพอาการผู้ป่วย ให้ตนเองเข้าใจได้ ดังเช่นการศึกษาของ สุวีรัตน์ ช่วงสวัสดิ์ศักดิ์ (2541) ที่ศึกษาความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า บุคคลที่ญาติผู้ดูแลต้องการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเมื่อมีปัญหาสุขภาพหรือต้องการคำปรึกษา คือ บุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด นอกจากนี้พยาบาลเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยรับรู้ถึงสภาพอาการของผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรในทีมการรักษาพยาบาลอื่นๆ และเป็นบุคคลสำคัญที่สามารถให้การสนับสนุนด้านข้อมูลกับญาติ ซึ่งทำให้ญาติผู้ป่วยเข้าใจ ยอมรับกับสภาพอาการของผู้ป่วยมากที่สุด (กันยา วังเฮงชะฤทธิ, 2549) นอกจากนี้ ญาติเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยจากประสบการณ์ของญาติคนอื่น อธิบายว่า การได้พูดคุยกับญาติคนอื่นๆ ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ได้ระบายความรู้สึก และแสวงหาความช่วยเหลือ เป็นการพึ่งพาแหล่งสนับสนุนทางสังคมระหว่างบุคคลที่อยู่ในสังคมเดียวกันโดยเฉพาะในฐานะญาติผู้ป่วย (บุญชิ้น อิมมาก, 2537)

ประเด็นที่ 3 ต้องการสื่อสารกับผู้ป่วย แม้ญาติจะรับรู้ว่ามีผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่หมดสติ ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้น แต่ญาติก็ยังมีความพยายามที่จะสื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อส่ง “สาร” ให้ผู้ป่วยได้รับรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ญาติตระหนักว่า “สาร” นั้น เป็นสาระสำคัญ ที่คนยังไม่เคยได้ส่งให้ผู้ป่วยได้รับรู้ในขณะที่ยังมีสติอยู่ และถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในขั้นโคม่า แต่ญาติก็ยังหวังว่า ผู้ป่วยก็ยังได้ยินและรับรู้สารที่สื่อให้ได้ อธิบายได้ว่า มนุษย์ทุกคนต้องการความรัก และการเอาใจใส่ ในขณะที่เดียวกันก็ต้องการที่จะรักผู้อื่น ซึ่งแสดงออกโดยการพูดคุย หรือการสัมผัส เพื่อถ่ายทอดความรัก แสดงความรู้สึก และความต้องการ

ของตนไปสู่ผู้รับสาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สหัชยา แก้วพิบูลย์ (2547) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของครอบครัวที่มีสมาชิกได้รับการช่วยฟื้นชีวิต และกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหมดสติ พบว่า ผู้ให้ข้อมูล 8 ใน 10 คน ระบุว่าสมาชิกในครอบครัวกำลังเผชิญกับสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อความเป็นความตาย จึงมีความต้องการอย่างยิ่งที่จะอยู่ใกล้ๆ เพื่อถ่ายทอดความรัก พุดคุย สัมผัส และส่งกำลังใจให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับความรุนแรงของการเจ็บป่วย แม้จะเป็นการช่วยเหลืออะไรไม่ได้มาก หากแต่เป็นความอบอุ่นใจและเป็นกำลังใจให้แก่ผู้ป่วยได้

ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติปฏิบัติตามวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยการพุดคุยกับผู้ป่วยเพื่อส่งสารที่มีความหมายกับผู้ป่วย เช่น อาชีพประจำที่ผู้ป่วยคุ้นเคยและมีความผูกพัน สารเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยฟื้นตัวและอยากรู้กลับไปอยู่บ้าน และสารเพื่ออนุญาตให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสบายใจ โดยไม่ต้องห่วงครอบครัว พร้อมทั้งขอให้ผู้ป่วยได้ไปสู่สุคติ นอกจากนี้ญาติที่มาเยี่ยมปฏิบัติตามวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยภาษากาย ได้แก่ การสัมผัส กอด หรือการบีบนิ้ว อธิบายได้ว่าญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ พยายามที่จะหาวิธีการต่างๆ เพื่อสื่อสารให้ผู้ป่วย รับรู้ถึงกำลังใจที่ญาติมีให้ นอกเหนือจากที่บอกกล่าวด้วยคำพูดแล้ว ญาติยังใช้การสัมผัสช่วยในการกระตุ้นการรับรู้ของผู้ป่วย โดยอาศัยการจับมือ หรือการบีบนิ้วเพื่อแสดงออกถึงความรักความห่วงใยผ่านทางกายสัมผัส (กนกรัตน์ เนตรไสว, 2547) การสัมผัสเป็นการถ่ายทอดความรัก ความเห็นใจ ความห่วงใยและการปลอบโยนไปสู่ผู้ป่วย เป็นวิถีทางการสื่อสารกับบุคคลอื่นที่ละเอียดอ่อนและทำได้ง่ายที่สุด (Arnold, Viravan & Kizilay, 1998) ส่วนการนวดเป็นการสื่อสารให้เกิดความอบอุ่นสบายใจ ถ่ายทอดความรู้สึกปลอดภัยจากผู้สัมผัส ไป

ผู้ถูกสัมผัส (มานพ ประภาษานนท์, 2543)

ประเด็นที่ 4 ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ขณะที่ญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ได้เห็นพยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่อผู้ป่วย อย่างเช่น การทำความสะอาดร่างกาย ทำให้ญาติที่มาเยี่ยมต้องการที่จะให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล นอกจากนี้ญาติที่มาเยี่ยมยังต้องการช่วยพยาบาลคอยเฝ้าระวังผู้ป่วย ไม่ให้ถึงอุปสรรคในการรักษา เพราะญาติกลัวว่าหากอุปสรรคในการรักษาหลุดไป เช่น ท่อช่วยหายใจ อาจจะส่งผลกระทบต่ออาการหายใจของผู้ป่วยได้ อธิบายได้ว่า การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยเป็นการทำกิจกรรมเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยมีทั้งที่ญาติสามารถปฏิบัติได้เอง และปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประณีต สงวัฒนา, แสงอรุณ อิศระนาลัย, เนตรนภา กุพันธ์วิ, ปัทมา โลหเจริญวิรัช, และกาญจนา แรกพินิจ (2543) ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาทและสมองในโรงพยาบาล พบว่า ญาติผู้ป่วยทุกรายต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และการศึกษาของอุไรพร พงศ์พัฒนาวุฒิ (2532) ที่ศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ญาติผู้ป่วยมีความต้องการลดความวิตกกังวลเป็นอันดับแรก และรองลงมาคือญาติต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

ญาติมีวิธีจัดการกับความ ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล คือ ปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยขณะเยี่ยมอาทิ เช่น ดูแลการขับถ่าย การเช็ดหน้าเช็ดตัว เช็ดน้ำมันก น้ำลาย ช่วยเหลือพยาบาลในการพลิกตะแคงตัวให้แก่ผู้ป่วย ตลอดจนการช่วยพยาบาลในการสังเกต และประเมินอาการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกรัตน์ เนตรไสว (2547) ที่ศึกษาประสบการณ์ของญาติในการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วย

หายใจซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ในสภาพที่ไม่รู้สึกตัว พบว่า ญาติให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลความสะอาดของร่างกาย อาหาร น้ำ และการขับถ่าย ซึ่งกิจกรรมที่ญาติทำให้กับผู้ป่วยได้แก่ อาบน้ำ เช็ดตัว สระผม เปลี่ยนเสื้อผ้า รวมทั้งชำระล้างทำความสะอาดหลังขับถ่าย เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่ได้ ผู้วิจัยขอให้ข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการบริการ

1.1 พยาบาลควรมีการประเมินสภาวะทางอารมณ์ของญาติ การรับรู้ข้อมูลอาการผู้ป่วยและความต้องการของญาติที่มาเยี่ยม ทั้งในช่วงก่อนการเยี่ยม และขณะเยี่ยม พร้อมทั้งสร้างรูปแบบการดูแลญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติให้ครอบคลุมการตอบสนองทางอารมณ์และความต้องการของญาติ นอกจากนี้พยาบาลควรให้การสนับสนุนข้อมูลที่ญาติต้องการทราบ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพอาการ การวินิจฉัยโรค วิธีการรักษา การดำเนินของโรค และการพยากรณ์โรค เป็นต้น

1.2 พยาบาลควรส่งเสริมให้ญาติที่มาเยี่ยม ได้ติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยทางภาษาพูด และภาษากาย เช่น พูดคุย พูดให้กำลังใจ พูดหรือเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยคุ้นเคยให้ฟังเป็นประจำ พร้อมทั้งให้การสัมผัส บีบมือ กอด นวดแขน-ขา ในขณะที่อยู่กับผู้ป่วย นอกจากนี้ควรสนับสนุนให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้านกิจวัตรประจำวัน ง่ายๆ ตามความเหมาะสม ได้แก่ การเช็ดหน้า เช็ดตัว ทาแป้ง หวีผม เปลี่ยนเสื้อผ้าให้กับผู้ป่วย เป็นต้น

1.3 พยาบาลควรจัดให้มีการพบปะกันในกลุ่มของญาติผู้ป่วยหมดสติ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของการมาเยี่ยม ลดความรู้สึกเป็นทุกข์

และออกจากสถานการณ์ความทุกข์ใจได้รวดเร็วขึ้น โดยอาจมีบุคลากรทางการแพทย์หรือพยาบาล มาเป็นผู้ให้คำแนะนำร่วมด้วย

2. ด้านการศึกษา

2.1 กำหนดเนื้อหาแนวคิดประสบการณ์ของญาติในการเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ เป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการบรรยายหรือฝึกปฏิบัติในหลักสูตรปริญญาตรี

2.2 ใช้เป็นแนวทางจัดอบรมแนวคิดการเยี่ยมและการดูแลญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ แก่พยาบาลประจำการ

3. ด้านการวิจัย

ควรจัดทำวิจัยคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริม และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของญาติในการมาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ และวิจัยประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลด้านการดูแลญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อเผยแพร่และพัฒนารูปแบบการดูแลดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

4. ด้านการบริหาร

ผู้บริหารทางการพยาบาลนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นแนวทางในการทำมาตรฐานการดูแลญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติในแต่ละหอผู้ป่วยให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ตลอดจนบริหารจัดการทรัพยากรให้เอื้อและสนับสนุนการพัฒนา รูปแบบการเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติให้เป็นระบบและครบวงจรเพื่อสุขภาพของญาติที่มาเยี่ยมและผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยม รวมทั้งการสะสมองค์ความรู้ของวิชาชีพพยาบาลด้านการดูแลญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยสืบไป

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการ

ควบคุมวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2542). ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับกระบวนการวิจัย : ทฤษฎีเชิงอุปมาจากข้อมูลพื้นฐาน (grounded theory). *วารสารวิจัยทางการแพทย์*, 3(3), 282-292.

กนกรัตน์ เนตรไสว. (2547). *ประสบการณ์มีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

กัญญา วังเฮงยะฤทธิ. (2549). *ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กัญญ์พิชญ์ โคตรประทุม. (2546). *การปรับตัวของครอบครัว เมื่อมีสมาชิกได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง ตามทฤษฎีภาวะวิกฤตครอบครัวของฮิลล์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จำลอง ดิษขวนิช และพริ้มเพรา ดิษขวนิช. (2545). *ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ*. เชียงใหม่ : แสงศิลป์.

นุชนาถ ประภาศ. (2551). *ผลกระทบของความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของ*

ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วย ณ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

บุญชื่น อิ่มมาก. (2537). *การศึกษากาไรท์กลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเด็นมที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประณีต ส่งวัฒนา, แสงอรุณ อิศระมาลัย, เนตรนภา กุพันธ์วี, ปัทมา ไสหเจริญนิช, และกาญจนา แรกพิณิจ. (2543). *การพัฒนาระบบการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาทและสมองในโรงพยาบาล*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 15(3), 1-20.

พิกุล เจริญสุข. (2549). *ประสบการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

มานพ ประภาชนนท์. (2543). *นวดไทยสัมผัสบำบัดเพื่อสุขภาพ*. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี.

วิจิตรา กุสมภ์, บรรณาธิการ. (2546). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพานิช.

สัทธยา แก้วพิบูลย์. (2547). *ประสบการณ์ของครอบครัวที่มีสมาชิกได้รับการช่วยฟื้นชีวิตที่แผนกฉุกเฉิน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์. (2541). *ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

เหมือนฝัน มณีฉาย. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพกับการเผชิญปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสมาธิ (สาขารณศาสตร), สาขาพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.*

อุไรพร พงศ์พัฒน์วฑฒิ. (2532). *ความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต. วิทยาลัยปริญญามหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.*

Arnold, E., Virvan, D., & Kizilay, P.E. (1998). Concepts of basic communication. In J.M. Leahy & Kizilay. (Eds.), *Foundations of nursing practice : A nursing process approach*, (pp.214-238). Philadelphia : WB.Saunders.

Berwick, D. M., & Kotagal, M. (2004). Restricted visiting hours in ICUS time to change. *The Journal of the American Medical Association*, 292(6), 736-737.

Cullen, L., Titler, M., & Drahozal, R. (2003). Family and pet visitation in the critical care unit. *Critical Care Nurse*, 23(5), 62-67.

Engstrom, A., & Soderberg, S. (2004). The experiences of partners of critically ill person in an intensive an intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 20, 299-308

Fortinash, K. M., & Holoday-Worret, P. A., (2008). *Psychiatric mental health nursing* (4th ed.) (pp. 449-456). Canada : Mosby.

Henneman, E. A., & Cardin, S. (2002). Family-centered critical care : A practical approach to making it happen. *Critical Care*

Nurse, 22(6), 12-19.

Kerr, M., E. (2000). Nursing management intracranial problems In S. M. Lewis. M. M. Heitkemper, & S. R. Dirksen. (Eds.), *Medical-surgical nursing : Assessment and management of clinical problems* (5th ed.) (p. 1609). America : Mosby.

Lazarus. R. S., & Folkman, S. K. (1984). *Stress, appraisal & coping*. New York : Springer.

Miracle, V.A. (2006). Strategies to meet the needs of families of critically ill patients. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 25(3), 121-125.

Mirr, M. P. (1991). Factors effecting decisions made by family members of patients with severe head injury. *Heart & Lung*, 20, 228-235.

Petterson, M. (2005). Process helped gain acceptance for open visitation hours. *Critical Care Nurse*, 25(1), 71-72.

Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K.H. (2008). *Management of patients with neurologic dysfunction* (11th ed.) (pp. 2161-2169) Philadelphia : Lippincott William Wilkins.

Tracy, J., Fowler, S., & Magarelli, K. (1999). Hope and anxiety of individual family members of critical ill adults. *Applied Nursing Research*, 12(3), 121-127.

Van Horn, E. R., & Kautz, D. (2007). Promotion of family integrity in the acute care setting. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 26(3), 101-107.