

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาประสบการณ์ของญาติในการเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ เพื่อให้เข้าใจถึงความรู้สึกนึกคิด และการกระทำของญาติผู้ป่วยในการมาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรม อายุรกรรม และผู้ป่วยหนัก ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครนายก ตามประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้นภายใต้บริบทและมุมมองของผู้ให้ข้อมูล โดยในเบื้องต้นผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา หรือบทความต่าง ๆ มาเป็นแนวทางในการเรียบเรียงวรรณกรรม เพื่อเป็นพื้นฐานความไวเชิงทฤษฎีของตัวผู้วิจัยเอง ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการจัดระบบเนื้อหาของข้อมูล สำหรับบรรยายประสบการณ์ของญาติในการมาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติได้อย่างถูกต้อง ตรงตามความหมายของผู้ให้ข้อมูล โดยเนื้อหาสาระของการทบทวนวรรณกรรม มีดังนี้

1. แนวคิดภาวะหมดสติและการดูแลผู้ป่วยภาวะหมดสติ

- 1.1 ความหมายของภาวะหมดสติ
- 1.2 สาเหตุ พยาธิสภาพของภาวะหมดสติและการพยากรณ์โรค
- 1.3 การประเมินภาวะหมดสติ
- 1.4 ผลกระทบของภาวะหมดสติต่อผู้ป่วย
- 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหมดสติ
- 1.6 ผลกระทบของภาวะหมดสติต่อญาติผู้ป่วย
- 1.7 การพยาบาลญาติผู้ป่วยภาวะหมดสติ

2. แนวคิดการเยี่ยมผู้ป่วย

- 2.1 ความหมายและความสำคัญของการเยี่ยมผู้ป่วย
- 2.2 นโยบายการเยี่ยมของหอผู้ป่วย
- 2.3 การสนับสนุนการเยี่ยม

โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

แนวคิดภาวะหมดสติและการดูแลผู้ป่วยภาวะหมดสติ

ความหมายของภาวะหมดสติ ความหมายของคำว่า “ภาวะหมดสติ” มีผู้ให้คำจำกัดความที่คล้ายคลึงกันไว้ ดังนี้

คำว่า “หมดสติ” ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542) หมายถึง สิ้นสติ, ไม่มีความรู้สึก, สลบ

สมจิต หนูเจริญกุล (2540) ได้ให้ความหมาย “หมดสติ” หมายถึง ภาวะที่บุคคลไม่รับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม อาจตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นในระดับต่าง ๆ กันหรือไม่ตอบสนอง

Kerr (2000) ได้ให้ความหมาย “หมดสติ” หมายถึง ภาวะที่ไม่รับรู้ต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม มีระดับคะแนนของความรู้สึกตัวโดยประเมินจาก แบบประเมินความรู้สึกตัว Glasgow Coma Scale ที่มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน

Geraghty (2005) ได้ให้ความหมาย “หมดสติ” หมายถึง ภาวะที่สูญเสียความตระหนักรู้ในตัวเองและสิ่งแวดล้อม ไม่มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าจากภายนอก

Smeltzer et al. (2008) ได้ให้ความหมาย “หมดสติ” หมายถึง ภาวะที่ไม่ตอบสนองต่อการตื่น และไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นจากภายนอก เช่น คำพูด เสียงต่าง ๆ ตลอดจนการกระตุ้นด้วยความปวด

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นจึงพอสรุปได้ว่า “หมดสติ” หมายถึง ภาวะที่บุคคลไม่มีการรับรู้ ไม่มีความรู้สึกต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม ไม่มีการตอบสนองต่อการกระตุ้นจากภายนอก เช่น คำพูด เสียงต่าง ๆ ตลอดจนการกระตุ้นด้วยความปวด และมีระดับคะแนนของความรู้สึกตัว Glasgow Coma Scale น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน

สาเหตุ พยาธิสภาพของภาวะหมดสติ และการพยากรณ์โรค

สาเหตุของภาวะหมดสติ เกิดได้จากหลายสาเหตุ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540; Schnell, 1997) ได้แก่

1. พยาธิสภาพที่ทำให้เซลล์สร้างสมองเปลี่ยนแปลง (Structural Lesion) หรือพยาธิสภาพที่ทำให้กีดกันสมองหรือกดสมองส่วน Posterior Fossa (Cerebella, Midbrain, Pons, Medulla) ตัวอย่างเช่น

1.1 สิ่งกีดขวางในสมอง เช่น เนื้องอก ฝีในสมอง ก้อนเลือด

1.2 สมองได้รับความกระทบกระเทือนจากการบาดเจ็บศีรษะ เช่น Intracerebral Hemorrhage, Subdural Hematoma และ Epidural Hematoma

1.3 ความผิดปกติของเส้นเลือดในสมอง เช่น Intracerebral Hemorrhage, Subarachnoid Hemorrhage และ Infarction

1.4 เกิดจากการติดเชื้อในสมอง เช่น Meningitis, Encephalitis และ Abscess

2. ความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม (Metabolic Disorders) ทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ สมองขาดเลือด และเกิดการคั่งของของเสียในร่างกาย ตัวอย่างเช่น

2.1 ภาวะพร่องออกซิเจนจากความผิดปกติของการไหลเวียนโลหิต

2.2 การได้รับสารพิษ เช่น พิษจากยาฆ่าแมลง พิษตะกั่ว พิษจากก๊าซ

คาร์บอนมอนอกไซด์ แอลกอฮอล์ พิษจากปลาปักเป้า (Tetrodotoxin)

2.3 ความผิดปกติของตับ ไต เช่น Hepatic Encephalopathy, Uremia, Renal Failure

2.4 ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ เช่น Hypothyroidism, Hypoglycemia

2.5 ขาดสารอาหารเกิดความไม่สมดุลของสารน้ำและแร่ธาตุต่าง ๆ ภายในร่างกาย

2.6 อุณหภูมิสูงหรือต่ำกว่าปกติ (Hypothermia)

2.7 การติดเชื้ออย่างรุนแรง เช่น Acute Bacterial Meningitis, Viral Encephalitis,

Cerebral Malaria

2.8 การได้รับยาบางชนิด เช่น Barbiturate, Sedative, Opiate

2.9 ขาดวิตามินบี 1 (Thiamine) ทำให้มีอัมพาตของตาและเกิดสมองฝ่อชนิดเวอร์นิค

(Wernick's Encephalopathy)

3. ปัญหาด้านจิตใจ เช่น Catatonic, Hysteria

4. อื่น ๆ เช่น หหมดสติหลังชัก หรือหลังหัวใจหยุดเต้น (Cardiac Arrest) หรือ หลังช่วย

ฟื้นชีวิต (Cardiopulmonary Resuscitation)

พยาธิสภาพของภาวะหมดสติ

ตามปกติภาวะรู้สึกตัวเกิดจากการส่งสัญญาณประสาทตามเส้นใยประสาทจากสมองส่วนที่ควบคุมการตื่น คือ Reticular Activating System ทอดผ่านขึ้นไปสู่บริเวณเปลือกสมองใหญ่ (Cerebral Cortex) เมื่อใดก็ตามที่มีการขัดขวางหรือยับยั้งการส่งสัญญาณประสาทเหล่านี้ จะทำให้ภาวะรู้สึกตัวของบุคคลนั้นลดลง และอาจเกิดภาวะไม่รู้สึกตัวหรือหมดสติได้ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2539; สมจิต หนูเจริญกุล, 2540; Hall, 1998; Smeltzer et al., 2008) ซึ่งพยาธิสภาพที่ทำให้เกิดภาวะหมดสติได้ มีดังต่อไปนี้

1. รอยโรคในก้านสมอง (Brain Stem) ที่มีผลต่อส่วนของสมองที่ควบคุมระดับความรู้สึกตัว ได้แก่ Ascending Reticular Activating System (ARAS) ซึ่งอยู่ในส่วนตั้งแต่ Pons ตอนกลาง ไปถึง Thalamus ส่วนบน รอยโรคนี้อาจเกิดจากรอยโรคโดยตรง เช่น ภัยอันตรายต่อก้านสมอง หรือเกิดจากการรบกวนจากก้อนในโพรงกะโหลกศีรษะส่วนอื่น ๆ ก็ได้ เช่น ก้อนเลือดจากหลอดเลือดสมองแตก หรือโรคทางกาย หรือโรคทางเมตาบอลิกและยาต่าง ๆ

2. รอยโรคใน Cerebral Hemisphere ทั้งสองข้าง เช่น หลอดเลือดอุดตันจากลิ่มเลือดที่กระจายมาจากหัวใจ ก้อนเนื้อออกแพร่กระจายเกิดภัยอันตรายต่อสมอง

3. รอยโรคใน Cerebral Hemisphere ข้างเดียวแต่มีผลของการกดจากก้อนใน Hemisphere ข้างใดข้างหนึ่งต่อ Hemisphere อีกข้าง ทำให้สมองเบี่ยงเบนจากซีกหนึ่งไปกดสมองอีกซีกหนึ่ง (Shift ของ Brain) หรือกดต่อ Brain Stem การยื่นย้อยของสมองจากส่วนช่องของ Supratentorium ลงมายังช่อง Infratentorium

4. รอยโรคใน Cerebellum ที่กดต่อ Brain Stem เช่น ก้อนเลือด หรือก้อนเลือดใน Cerebellum

5. รอยโรคที่เป็นกระจัดกระจายทั่วสมอง เช่น โรคจากสารพิษหรือโรคจากเมตาบอลิซึม เช่น ดับวาย ไตวาย การหายใจล้มเหลว หรือเลือดตกในเยื่อหุ้มสมองส่วน Subarachnoid (Subarachnoid Hemorrhage) เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (Meningitis) สมองอักเสบ (Encephalitis)

อย่างไรก็ตาม เมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นบริเวณสมองส่วนกลาง (Midbrain) หรือ พอนส์ ทิน (Pontine) เช่น จากการมีเนื้องอกในสมอง มีเลือดออกในสมอง เกิดการติดเชื้อหรือมีเนื้องอกในสมอง ฯลฯ ขึ้นไปจนถึงเปลือกสมองใหญ่ (Cerebral Cortex) หรือบริเวณสมองใหญ่ซีกใดซีกหนึ่ง จะส่งผลให้เกิดภาวะหมดสติขึ้นได้ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2539)

การพยากรณ์โรค การพยากรณ์โรคขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย สามารถแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ตามสาเหตุของภาวะหมดสติ (Levy, 1998 อ้างถึงใน สวี นรสาร, 2548) ดังนี้

กลุ่มผู้ป่วยที่หมดสติจากการได้รับยา (Drug-Induced Coma) ถ้าผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม มักจะมีโอกาสฟื้นหาย แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ อายุ โรคประจำตัวและระยะเวลาที่ไม่รู้สึกตัว

กลุ่มผู้ป่วยที่หมดสติจากอุบัติเหตุ (Traumatic Coma) ส่วนใหญ่มักเกิดในบุคคลที่มีอายุน้อย มีสุขภาพดีมาก่อน และสาเหตุมาจากการจราจร จากการศึกษาของ Jennet และคณะ (Levy, 1998 อ้างถึงใน สวี นรสาร, 2548) ที่ศึกษาในผู้ป่วยหมดสติจากการบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 1,000 ราย พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 48 เสียชีวิตภายใน 6 เดือน ผู้ป่วยร้อยละ 3 อยู่ในภาวะ Persistent Vegetative State (PVS) ผู้ป่วยร้อยละ 10 ต้องการความช่วยเหลือดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน และผู้ป่วยร้อยละ 39 สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ เป็นอีกปัจจัยที่เป็นตัวพยากรณ์โรค ในการศึกษาพบ ว่า ผู้ป่วยร้อยละ 56 ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี สามารถกลับมาทำงานได้เหมือนเดิม และมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 5 ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป สามารถกลับมาทำงานได้เหมือนเดิม นอกจากอายุแล้วปัจจัยอื่น ๆ ที่ร่วมกันทำนายการพยากรณ์โรค ได้แก่ ระยะเวลาที่หมดสติ ถ้าหมดสติด้านโอกาสที่จะกลับมาเหมือนเดิมก็ยากขึ้น

กลุ่มที่หมดสติจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ (Non Traumatic Coma) เช่น ผู้ป่วยหมดสติหลังจากหัวใจหยุดเต้น การพยากรณ์โรคในกลุ่มนี้ขึ้นอยู่กับสาเหตุและระยะเวลา หากผู้ป่วยหมดสติ

เป็นระยะเวลานาน การพยากรณ์โรคจะไม่ดี มีการศึกษาในผู้ป่วยที่หมดสติเป็นระยะเวลานาน จำนวน 500 ราย พบว่า มีผู้ป่วยรอดชีวิตเพียงร้อยละ 7 เท่านั้น

การพยากรณ์ความก้าวหน้าเชิงพยาธิสภาพของผู้ป่วยภาวะหมดสติ พบว่าผู้ป่วยที่หมดสติด้านตั้งแต่ 6-10 สัปดาห์ขึ้นไป จำนวนน้อยที่จะกลับฟื้นคืนมาได้ดี ส่วนใหญ่จะคงสภาพไม่รู้สีกตัวต่อไปเช่นนั้นอีกนานมากน้อยต่างกัน จนกระทั่งเสียชีวิตในที่สุด (Arenella, 2005; Taylor, 1980 อ้างถึงใน มยุรี แก้วจันทร์, 2531)

ในปัจจุบันได้มีการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและการทำนายโรคของผู้ป่วยที่มีอาการหมดสติเพิ่มขึ้นมาก ทำให้สามารถทำนายโรคได้ถูกต้องแม่นยำขึ้นมาก อย่างไรก็ตาม การทำนายโรคเหล่านี้ นอกจากจะอาศัยลักษณะทางเวชกรรมการตรวจค้นหาสาเหตุแล้ว ยังต้องอาศัยเวลาในการติดตาม ซึ่งต้องใช้เวลาที่เพียงพอด้วย ดังนั้น ในระยะแรกอาจจะยังไม่สามารถบอกญาติผู้ป่วยได้ว่าผลลัพธ์จะออกมาเป็นอย่างไร (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2539)

การประเมินภาวะหมดสติ ในการประเมินผู้ป่วยภาวะหมดสติควรทำอย่างรวดเร็ว ไม่ควรใช้เวลานาน โดยการประเมินระดับความรู้สึกตัวด้วย Glasgow Coma Scale (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540; Hall, 1998; Smeltzer et al., 2008) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การประเมินระดับความรู้สึกตัวของ Glasgow Coma Scale ซึ่งประกอบไปด้วยการประเมินพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านที่ 1 การลืมตา (Eye Opening) ด้านที่ 2 การพูดที่ดีที่สุด (Best Verbal Response) และด้านที่ 3 การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (Best Motor Response) โดยมีคะแนนในแต่ละพฤติกรรม ดังนี้

1.1 ด้านการลืมตา (Eye Opening) การลืมตาสถาสามารถประเมินหน้าที่ของศูนย์ควบคุมระดับความรู้สึกตัว (Reticular Activating System) ว่าเสียหายหรือไม่ โดยให้คะแนนดังต่อไปนี้

ลืมตาได้เอง (Spontaneously)	มีระดับคะแนน 4
ลืมตาเมื่อเรียก (To Speech)	มีระดับคะแนน 3
ลืมตาเมื่อเจ็บ (To Pain)	มีระดับคะแนน 2
ไม่ลืมตาเลย (No Response)	มีระดับคะแนน 1

1.2 ด้านการพูดที่ดีที่สุด (Best Verbal Response) เพื่อดูว่าผู้ป่วยสามารถติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้ถูกต้องหรือไม่ โดยให้คะแนนดังต่อไปนี้

พูดคุยได้ไม่สับสน (Oriented)	มีระดับคะแนน 5
พูดคุยได้แต่สับสน (Disoriented)	มีระดับคะแนน 4
พูดเป็นคำ ๆ (Speech Inappropriate)	มีระดับคะแนน 3

ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด (Sounds)	มีระดับคะแนน 2
ไม่ออกเสียงเลย (No Response)	มีระดับคะแนน 1

1.3 ด้านการเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (Best Motor Response) เพื่อดูการควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายของสมองในทางปฏิบัติมักจะดูการเคลื่อนไหวของแขนเท่านั้น เพราะเห็นได้ชัดเจนกว่า โดยให้คะแนนดังต่อไปนี้

ทำตามคำสั่ง (Obey Verbal Command)	มีระดับคะแนน 6
ทราบตำแหน่งที่เจ็บ (Localize Pain)	มีระดับคะแนน 5
ชักแขนขาหนี (Flexion Withdrawal)	มีระดับคะแนน 4
แขนงอเมื่อเจ็บ (Abnormal Flexion)	มีระดับคะแนน 3
แขนเหยียดเกร็งเมื่อเจ็บ (Abnormal Extension)	มีระดับคะแนน 2
ไม่มีการเคลื่อนไหวเลย (No Response)	มีระดับคะแนน 1

โดยคะแนนรวม Glasgow Coma Scale ที่มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน ถือว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะหมดสติ (Urden, Stacy, & Lough, 2006) (ดั่งแบบฟอร์มการประเมินระดับความรู้สึกตัวของ Glasgow Coma Scale ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากที่ใช้จริงในโรงพยาบาลที่เป็นสถานเก็บข้อมูล (ตามรายละเอียดภาคผนวก หน้า 155)

ผลกระทบของภาวะหมดสติต่อผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่หมดสติ จากพยาธิสภาพของโรคที่รุนแรง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามชีวิตผู้ป่วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย จากการที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะหมดสติ ทำให้มีความบกพร่องด้านระบบประสาท มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว และการรับรู้ ซึ่งเป็นผลจากการมีพยาธิสภาพที่บริเวณสมองส่วนที่ควบคุมระดับความรู้สึกตัว ทำให้ร่างกายเกิดการสูญเสียหน้าที่ (ซัชรินทร์ อังสุภากร, 2535; Hall, 1998) ส่งผลให้เกิดความความผิดปกติในการทำงานของร่างกาย อาทิ เช่น เกิดความผิดปกติของการหายใจ มีการเปลี่ยนแปลงของอัตราการหายใจ จังหวะการหายใจ ลักษณะ และรูปแบบของการหายใจหรือหยุดหายใจ มีโอกาสเสียชีวิตได้ (Kerr, 2000; Smeltzer et al., 2008) ทำให้ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการช่วยชีวิตด้วยการใส่ท่อทางเดินหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ

นอกจากนี้ ยังพบว่าทำให้เกิดความผิดปกติในการทำงานของกล้ามเนื้อ เช่น อาการอัมพาตไม่สามารถยกแขน - ขาได้ทั้ง 2 ข้าง การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองหรือเคลื่อนไหวร่างกายได้ด้วยตัวเอง ต้องนอนอยู่บนเตียงทำให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อถูกกดทับ มีปริมาณเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อลดลง เกิดการตายของเนื้อเยื่อ และการ

ที่ผู้ป่วยไม่ได้เคลื่อนไหว ไม่ได้มีการใช้งานของกล้ามเนื้อจะทำให้เกิดการหดรั้งของเอ็นและกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดข้อติดแข็งตามมา (สไว นรสาร, 2548; Smeltzer et al., 2008) หรือการที่ผู้ป่วยต้องใส่ท่อทางเดินหายใจทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจมากขึ้น เนื่องจากการควบคุมการทำงานของรีเฟล็กซ์ต่าง ๆ ในร่างกายลดลง เช่น รีเฟล็กซ์การไอ การขย้อน และการกลืน เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสสำลักน้ำลาย หรือสิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ ได้ง่าย มีการค้างค้ำของเสมหะเนื่องจากไม่สามารถไอออกได้เอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

สำหรับผู้ป่วยที่หมดสติ การที่ต้องนอนบนเตียงนาน ๆ จะมีผลต่อการขับถ่ายปัสสาวะ อาจเกิดนิ่วในทางเดินปัสสาวะจากการมีน้ำปัสสาวะค้างค้ำ และเกิดตกตะกอนเป็นผลึกเล็ก ๆ อุดตันในทางเดินปัสสาวะ ตลอดจนถึงกรณีที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายลดลง ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ จำเป็นต้องได้รับการสวนค้ำถ่ายปัสสาวะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่าย (สไว นรสาร, 2548; Smeltzer et al., 2008)

2. ผลกระทบทางจิตใจ จากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถจะตอบสนองหรือรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมและบุคคลภายนอกได้ ทำให้เกิดการสูญเสียความเป็นบุคคลจากการถูกละเมิดทางร่างกายและจิตใจ เช่น การสอดใส่อุปกรณ์ต่าง ๆ เข้าสู่ร่างกาย การเปิดเผยอวัยวะเพศ ผู้ป่วยอาจได้รับการปฏิบัติเหมือนสิ่งของ อาจมีคนพูดเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยรอบ ๆ เพียงหรือพูดข้ามหัว หรือไม่มีใครที่จะพูดกับตัวผู้ป่วย บางครั้งแพทย์และพยาบาลตะโกนสั่งให้บีบมือ ยกแขน-ขา เพื่อประเมินสถานะของสมอง หรือการตรวจโดยกคบริเวณหน้าอกผู้ป่วย ทำให้เกิดรอยเขียวจากการทดสอบการตอบสนองความเจ็บปวด โดยที่แพทย์และพยาบาลบางคนคิดว่า ผู้ป่วยไม่สามารถจะตอบสนองหรือได้ยิน จึงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องบอกหรือพูดกับผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจเกิดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจจากการไม่สามารถควบคุมหน้าที่ที่ปกติของร่างกายได้ ต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ ต้องพึ่งพาสายสวนปัสสาวะในการขับถ่าย พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพจะเป็นผู้ควบคุมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การพลิกตัว การให้อาหารทางสายยาง ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยที่หมดสติอาจสูญเสียความมีเกียรติศักดิ์ศรี และคุณค่าของความเป็นคน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

3. ผลกระทบด้านสังคม ผู้ป่วยภาวะหมดสติเป็นความเจ็บป่วยที่มีความรุนแรง ผู้ป่วยบางรายต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยจำเป็นต้องถูกแยกจากบุคคลอื่นเป็นที่รัก พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพมีการสื่อสารกับผู้ป่วยน้อยลง ขาดการกระตุ้นสัมผัสจากเจ้าหน้าที่อย่างมีความหมาย การปฏิบัติงานของพยาบาลส่วนใหญ่จะตรวจสอบเครื่องมือและให้ความสนใจกับอุปกรณ์การรักษามากกว่าให้ความสนใจในตัวผู้ป่วย (Engstrom & Soderberg, 2004) รวมทั้งพยาธิสภาพของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองและรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมหรือบุคคลภายนอกได้ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองและสื่อสารกับบุคคลอื่นหรือครอบครัวได้ นอกจากนั้นผลจากการ

เจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้สูญเสียบทบาทภายในครอบครัวอย่างฉับพลัน โดยที่ผู้ป่วยไม่อาจสามารถกลับมาทำหน้าที่ดำรงบทบาทในครอบครัวได้อย่างเดิม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหมดสติ ผู้ป่วยหมดสติไม่สามารถดูแลตนเองได้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมด พยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพส่งเสริมการฟื้นฟู ป้องกันภาวะแทรกซ้อนลดความพิการ และให้อวัยวะที่ยังไม่สูญเสียหน้าที่ยังคงทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการดูแลญาติ และการส่งเสริมให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (สว นรสาร, 2548; สมจิต หนูเจริญกุล, 2540; Kerr, 2000; Smeltzer et al., 2008) ซึ่งพยาบาลต้องให้การดูแล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การดูแลทางด้านร่างกาย เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะหมดสติ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ป่วยไม่สามารถบอกเล่าให้ทราบถึงความต้องการและความรู้สึกต่าง ๆ ไม่ว่าร่างกายจะไม่สุขสบาย หรือกำลังได้รับอันตรายจากสิ่งแวดล้อมภายนอกอยู่ก็ตาม จึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลและญาติผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การพยาบาลโดยทั่วไปมีดังนี้

1.1 การดูแลในระบบหายใจ ผู้ป่วยหมดสติมักจะมีโอกาสหายใจไม่เพียงพอจนเกิดภาวะขาดออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือดได้เสมอ เนื่องจากการอุดกั้นทางเดินหายใจ เพราะลิ้นตกไปอุดในช่องคอ หรือจากการสูดสำลัก น้ำมูก น้ำลายเข้าสู่ทางเดินหายใจ เพราะขาดรีเฟล็กซ์ในการกลืนและการไอ ดังนั้นผู้ป่วยต้องได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และป้องกันอาการแทรกซ้อนในระบบหายใจ โดยปฏิบัติดังนี้

1.1.1 จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าตะแคงกึ่งคว่ำ (Semi-prone Position) โดยไม่ต้องหนุนหมอนจัดให้ก้อยอยู่ในแนวตรงไม่งอพับหรือเอียงไปข้างใดข้างหนึ่ง ซึ่งจะช่วยให้ลิ้นตกไปอุดในช่องคอ ช่วยให้น้ำมูก น้ำลายไหลออกมาข้างนอกโดยไม่สูดสำลักเข้าสู่ทางเดินหายใจได้ และยังช่วยให้มีการไหลเวียนเลือดไปสู่สมองได้เพียงพอ

1.1.2 ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและต้องดูดเสมหะก่อนและหลังดูดเสมหะต้องให้ออกซิเจน 100% นาน 1 นาที และการใส่สายยางดูดเสมหะไม่ควรคาสายยางนานเกิน 10 วินาที ทั้งนี้เพื่อป้องกันการขาดออกซิเจน

1.1.3 สังเกตอาการเขียวตามปลายมือ ปลายเท้า และการหายใจถูกกอด โดยการวัดสัญญาณชีพ การฟังเสียงลมเข้าปอด การวัดออกซิเจนปลายนิ้ว และติดตามผลออกซิเจนในเลือดแดง (Arterial Blood Gas)

1.2 การดูแลหน้าที่การทำงานของหัวใจและหลอดเลือด การเปลี่ยนแปลงที่พบได้ คือ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งที่มีผลต่อการไหลเวียนเลือดสู่ร่างกายและสมอง ทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้าลง หรือผู้ป่วยบางรายมีความดันโลหิตสูงกว่าปกติที่พบร่วมกับภาวะความดันโลหิตในสมองสูง ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองและหมดสติ ในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระบบหัวใจและหลอดเลือด ให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายได้ดี ไม่มีอาการบวมของแขน ขา โดยปฏิบัติดังนี้

1.2.1 เฝ้าระวังการเต้นผิดจังหวะของหัวใจ

1.2.2 จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะและกอดอยู่ในแนวเดียวกัน และให้ข้อส่วนปลายอยู่สูง

1.2.3 ถ้าจัดให้ผู้ป่วยนอนตะแคง ไม่ควรให้ขาบนทับขาล่างโดยใช้หมอนรองระหว่างขาทั้ง 2 ข้าง หลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์รัดได้เข้า

1.2.4 เฝ้าระวังอาการของ Deep Vein Thrombosis

1.3 การดูแลทางระบบประสาท การมีการติดตามสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางสมอง โดยปฏิบัติดังนี้

1.3.1 สังเกตระดับความรู้สึกตัว โดยประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยใช้แบบประเมิน Glasgow Coma Scale

1.3.2 สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพต่าง ๆ ได้แก่ ชีพจร ความดันเลือด การหายใจ และอุณหภูมิอย่างใกล้ชิด

1.3.3 ดูขนาด และปฏิกิริยาต่อแสงของรูม่านตาทั้ง 2 ข้าง และตรวจดูการเคลื่อนไหวของแขน-ขา หรือตรวจดูว่าอาการอ่อนแรงที่มีอยู่เดิมนั้นพบได้ทั้งส่วนใดและซีกใดของร่างกาย หากมีอาการอ่อนแรงเพิ่มขึ้น หรือข้ามไปอีกซีกหนึ่งของร่างกาย แสดงว่ามีการขยายตัวของก้อนเลือดทำอันตรายต่อสมองบริเวณกว้าง

1.4 การป้องกันข้อยึดติดและกล้ามเนื้อเหี่ยวลีบ พบว่าผู้ป่วยหมดสติจะไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เช่นคนปกติ ดังนั้น กล้ามเนื้อ เอ็นและข้อต่อต่าง ๆ จึงมีโอกาสเสื่อมสภาพจากการไม่ได้ใช้งานหรือไม่ได้ทำหน้าที่ตามปกติ ควรให้การพยาบาล โดยปฏิบัติดังนี้

1.4.1 จัดท่านอนของผู้ป่วยให้กล้ามเนื้อทุกส่วนผ่อนคลาย และให้แขนขา ตลอดจนข้อต่อต่าง ๆ วางอยู่ในท่าพัก (Neutral Position) คือ ไม่มีการเหยียดหรืองอมากเกินไป จนมีโอกาสดังกล่าวของการหดตัวของข้อ มีปลายเท้าตกหรือข้อมือคดได้

1.4.2 ประสานงานกับหน่วยกายภาพบำบัด ในการช่วยบริหารข้อในทุกแนว (Passive Range of Movement) เช่น ข้อนิ้ว ข้อมือ ข้อแขน ข้อไหล่ และข้อสะโพก ให้แก่ผู้ป่วยอย่าง

น้อยวันละ 2 ครั้ง และสอนญาติให้ทำความสะอาดกระทั้งทำได้ถูกต้อง เพื่อให้ข้อได้เคลื่อนไหวทุกทิศทาง ไม่เกิดการติดแข็งของข้อ ลดอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ

1.5 การดูแลระบบผิวหนัง ป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผิวหนังไม่มีรอยแดง หรือผื่นคัน โดยปฏิบัติดังนี้

1.5.1 ดูแลผิวหนังให้สะอาดและแห้ง ไม่อับชื้น หลังเช็ดตัวผู้ป่วยควรวาดทาโลชั่นเพื่อป้องกันผิวแห้ง

1.5.2 ดูแลผิวหนังที่มีโอกาสเกิดการหมักหมมของเชื้อโรคง่าย เช่น บริเวณขาหนีบ อวัยวะสืบพันธุ์ โดยทำความสะอาดทุกครั้ง และทุกครั้งที่มีการขับถ่าย

1.5.3 มีแนวปฏิบัติในการประเมินการเกิดแผลกดทับ เช่น โดยใช้แบบประเมินแผลกดทับของ Braden Scale ในการประเมินผู้ป่วย การใช้เตียงพิเศษ หรือเตียงที่มีผ้าปูที่นอนลมรองรับ เพื่อลดแรงกดทับและป้องกันการเกิดแผล

1.5.4 พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดสู่ผิวหนัง

1.5.5 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยควรใช้การยกแทนการลากดึงเพื่อลดแรงเสียดสีของ

ผิวหนัง

1.5.6 ดูแลตัดเล็บให้สั้น เพื่อป้องกันการขีดข่วนตามร่างกาย

1.6 การป้องกันการเกิดแผลที่ตา (Corneal Ulcer) โดยปฏิบัติดังนี้

1.6.1 เช็ดทำความสะอาดด้วย 0.9% NSS และประเมินลักษณะแผล การบวมแดง สิ่งคัดหลั่งและการถลอกของตาทุกแตร

1.6.2 ผู้ป่วยในรายที่ตาแห้งมาก แพทย์อาจให้หยอดน้ำตาเทียม

1.6.3 ในรายที่ตาค้างปิดไม่สนิท ควรป้ายยาและครอบตาไว้ด้วย Eye Shield หรือ Eye Pad ตามแผนการรักษา

1.7 การดูแลให้สารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย ถ้าไม่มีข้อห้าม ผู้ป่วยไม่ควรงดน้ำ งดอาหาร และควรได้รับอาหารภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากรับไว้ในโรงพยาบาล โดยปฏิบัติดังนี้

1.7.1 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำในช่วงแรก ๆ ของการรักษา ซึ่งพยาบาลจะต้องดูแลให้ได้ตามแผนการรักษา ตลอดจนประเมินภาวะการขาดน้ำ ประเมินภาวะน้ำเกิน และทำการบันทึกน้ำเข้าและออกจากร่างกาย

1.7.2 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ ควรประเมินภาวะโภชนาการ รวมทั้งความต้องการสารอาหารของผู้ป่วยในแต่ละวัน รูปแบบการให้อาหารอาจเป็น การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำใหญ่ หรือการให้อาหารทางสายยาง

1.7.3 ประเมินภาวะขาดน้ำโดยการสังเกตความตึงตัวของผิวหนัง และตรวจความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ

1.7.4 ชั่งน้ำหนักอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

1.7.5 ติดตามผลการตรวจหา Albumin, Protein และ Electrolyte เพื่อประเมินภาวะขาดสารอาหาร

1.8 การดูแลระบบการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ปัญหาที่พบได้ คือ ผู้ป่วยหมดสติไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ทั้งการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ จำเป็นต้องได้รับการสวนคาท่อปัสสาวะ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่าย (Smeltzer et al., 2008) ควรให้การดูแล โดยปฏิบัติดังนี้

1.8.1 ใส่สายปัสสาวะให้ผู้ป่วยด้วยวิธีปลอดเชื้อและต่อลงถุงปัสสาวะให้อยู่ในระบบปิด ป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่ทางเดินปัสสาวะ และช่วยระบายน้ำปัสสาวะออกมาได้ตลอดเวลา ไม่เกิดการค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะ รวมทั้งไม่เป็ยกป็นผิวหนังให้เกิดการระคายเคืองเป็นผื่นคัน และอักเสบได้

1.8.2 ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และสายสวนปัสสาวะด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อทุกวัน (สโวน สาร, 2548) เพื่อกำจัดสิ่งสกปรก และเชื้อโรคที่สะสมอยู่ตามผิวหนัง และรอบสายสวนปัสสาวะไม่ให้เข้าสู่ทางเดินปัสสาวะ

1.8.3 บันทึกและตรวจดูลักษณะจำนวนของน้ำปัสสาวะที่ออกมาทุกวัน

1.8.4 ดูแลให้ได้รับน้ำเข้าสู่ร่างกายอย่างเพียงพอ (ถ้าไม่มีข้อจำกัด) เพื่อให้ปัสสาวะใสเจางลง ไม่มีตะกอนตกค้างและทำให้อุจจาระไม่แห้งแข็ง

1.8.5 ผู้ป่วยในรายที่ท้องผูก ดูแลเหน็บยาระบายให้ทางทวารหนักตามแนวการรักษาของแพทย์ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ลำไส้ใหญ่บีบตัวแรงขึ้น และเบ่งถ่ายอุจจาระออกมาได้ ผู้ป่วยบางรายอาจจำเป็นต้องสวนอุจจาระให้ ถ้าเหน็บยาแล้วยังถ่ายอุจจาระออกมาได้เพียงเล็กน้อยหรือไม่ถ่ายเลย

1.9 การป้องกันอุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่าง ๆ ผู้ป่วยหมดสติจะไม่มีความรู้สึกและไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นใด ๆ เลย การดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอุบัติเหตุและอันตรายต่าง ๆ จากสิ่งแวดล้อมภายนอกตลอดเวลา โดยปฏิบัติดังนี้

1.9.1 ขกรวไม้มกั้นเตียงทุกครั้งในขณะที่ไม่มีใครคอยดูแลอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย

1.9.2 หลีกเลียงการผูกมัดผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น แต่ถ้าจำเป็นต้องผูกมัดต้องแก้มัดทุก 2 ชั่วโมง เพื่อประเมินผิวหนังและการไหลเวียนของเลือด

1.9.3 ใช้กระเป๋าน้ำร้อนและกระเป๋าน้ำแข็งอย่างระมัดระวังในกรณีที่ต้องใช้ เพราะผู้ป่วยอาจไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความร้อนจัด เย็นจัด

2 การดูแลทางด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญของการพยาบาลด้านร่างกายมากกว่าจิตใจแต่การที่พยาบาลเข้าใจถึงภาวะจิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยถือว่าเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นสิ่งที่ท้าทายที่พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ โดยปฏิบัติดังนี้

2.1 พยาบาลควรให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่ทอดทิ้งหรือแยกผู้ป่วยให้อยู่อย่างเดียวดาย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและให้ความช่วยเหลือในเรื่องการดูแลทางด้านร่างกาย ความสุขสบายต่าง ๆ ด้วยความรู้สึกที่เต็มใจ เห็นอกเห็นใจ เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

2.2 พยายามกระตุ้นการรับรู้ของผู้ป่วยเสมอ แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่แสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อการกระตุ้นออกมาก็ตาม เช่น เลือกใช้สิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ให้ตรงกับความรู้สึกหรือความชอบของผู้ป่วย โดยอาจเปิดวิทยุรายการที่ผู้ป่วยเคยฟังเป็นประจำ หรืออัดเทปเสียงพูดของญาติมิตรที่คุ้นเคยให้ผู้ผู้ป่วยฟัง เป็นการกระตุ้นการรับรู้ ทางเสียงที่ให้ข้อมูลต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมประจำวัน (พัชรินทร์ อ้วนไทร, 2545)

2.3 พูดหรือบอกให้ผู้ผู้ป่วยทราบทุกครั้ง ทั้งก่อนและในขณะที่ปฏิบัติการพยาบาล อย่างใดอย่างหนึ่งต่อผู้ป่วย เป็นการกระตุ้นการรับรู้ทางเสียงร่วมกับการรับรู้ทางกายที่ผู้ป่วยอาจจะรับรู้และรู้สึกได้เป็นระยะ ๆ

2.4 สัมผัสผู้ป่วยด้วยการจับมือหรือแตะที่แขน ขณะพูดคุยให้ฟัง และการจับตัวพลิกตะแคงหรือสัมผัสขณะให้การพยาบาลใด ๆ ต้องกระทำอย่างนุ่มนวลและมั่นคง เป็นการถ่ายทอดความรู้สึกเอาใจใส่และทะนุถนอมผู้ป่วยขณะปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้ง และเป็นการถ่ายทอดความรู้สึกให้รับรู้ได้ว่าพยาบาลยอมรับสภาพและสิทธิในความเป็นบุคคลของผู้ป่วยเสมอ

2.5 แนะนำและกระตุ้นให้ญาติได้พูดคุย ตลอดจนจับมือหรือสัมผัสตัวผู้ป่วยทุกครั้ง ที่เข้าเยี่ยมและไม่ให้พูดคุยวิพากษ์วิจารณ์ทางลบเกี่ยวกับผู้ป่วย ตลอดจนไม่พูดคุยในเรื่องต่าง ๆ ที่จะนำความทุกข์หรือเดือดร้อนใจแก่ผู้ป่วยได้ เช่น อาการของโรค การพยากรณ์โรคของผู้ป่วย

ผลกระทบของภาวะหมดสติต่อญาติผู้ป่วย

1. ผลกระทบด้านร่างกาย ผู้ป่วยที่หมดสติไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งทำให้ญาติต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ทำกิจวัตรประจำวันดังกล่าวแทนผู้ป่วย เช่น การเช็ดตัว การเปลี่ยนเสื้อผ้า การให้อาหารทางสายยาง การจับถ่าย การออกกำลัง

กาย ซึ่งเป็นภาระที่หนัก ต้องใช้เวลาและพลังงานอย่างมาก (นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ค้วงแพง, 2540) ส่งผลให้ญาติเกิดการเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลียตามมา

ความเครียด ความวิตกกังวลของญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหมดสติ อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายของตัวญาติเอง โดยอาจรบกวนแบบแผนการนอนหลับและแบบแผนการรับประทานอาหาร เกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ ซึ่งญาติบางรายอาจชดเชย ด้วยการฟุ้งสิ่งเสียดคิด เช่น สูบบุหรี่มากขึ้นกว่าเดิม อันจะนำไปสู่ภาวะร่างกายที่ทรุดโทรมเร็วและรุนแรงขึ้น ทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางกายตามมา (เหมือนฝัน มณีฉาย, 2543) ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ไม่สามารถช่วยเหลือให้การดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้ (Henneman & Cardin, 2002) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นุชนาด ประภาศ (2551) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วย ณ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม พบว่า การมาเยี่ยมผู้ป่วยของญาติทำให้เกิดความเครียด ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกายของตัวญาติ ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ อาการไม่อยากรับประทานอาหาร หรือรับประทานอาหารได้น้อยลง

2. ผลกระทบด้านจิตใจ การที่สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยอยู่ในภาวะหมดสติ ซึ่งเป็น การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกะทันหันโดยที่ไม่คาดคิด เป็นสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจกล่าวคือ ญาติจะมีความเครียด ความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในช่วง 72 ชั่วโมงแรก ของการเจ็บป่วยเฉียบพลัน(Tracy, Fowler, & Magarelli, 1999) เนื่องจาก ภาวะหมดสติมักเกิด โดยไม่มีการเตือนล่วงหน้า จึงไม่มีเวลาในการเตรียมตัว ญาติจะรู้สึกช็อก ตกใจ กลัวการสูญเสียผู้ป่วย เสียใจ และวิตกกังวล โดยเฉพาะอย่างยิ่งความวิตกกังวลกับอาการของผู้ป่วย ญาติจะมีความเครียดสูง มีความรู้สึกที่ถูกคามต่อความมั่นคงทางด้านจิตใจ เนื่องจากญาติกลัวผู้ป่วย จะพิการหรือเสียชีวิต (วิจิตรา กุสมภ์, 2546; Fortinash & Holoday - Worret, 2008) และเมื่อต้องพบกับสภาพผู้ป่วยที่เปลี่ยนไปจากเดิม ในสภาพที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ยกแขน-ขาไม่ได้ ไม่สามารถพูดคุย ไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นภายนอก ในบางรายไม่สามารถหายใจได้เอง จำเป็นต้องใส่คาท่อช่วยหายใจ ทำให้ญาติมีความวิตกกังวลว่า ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานและความไม่สุขสบาย การพยากรณ์ของโรค ตลอดจนความเสี่ยงเป็นเสี่ยงตายของผู้ป่วยที่มีความไม่แน่นอน (Levy, 1998 อ้างถึงใน สว นรสาร, 2548) อีกทั้งการต้องพบกับเจ้าหน้าที่พยาบาล และสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล ตลอดจนถึงกระบวนการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อน พยาบาลและทีมสุขภาพเร่งรีบในการปฏิบัติงานประจำ จนละเลยความต้องการของญาติ นอกจากนี้ ญาติผู้ป่วยบางราย รู้สึกหมดหวัง หมดพลังอำนาจ เนื่องจากต้องปฏิบัติตามเจ้าหน้าที่ การถูกจำกัดการเข้าเยี่ยม การไม่ได้อยู่ใกล้ชิดคิดเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย และการที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาพเจ็บป่วยรุนแรง จน

ญาติไม่กล้าและต้องผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ช่วยชีวิตอยู่ข้างเตียง (Reigel, 1989 อ้างถึงใน พิกุล เจริญสุข, 2549) เครื่องมือเทคโนโลยีที่ญาติผู้ป่วย ไม่ได้รับการอธิบายจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ขาดความเข้าใจ การไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม ซึ่งสถานการณ์ต่าง ๆ เหล่านี้ ย่อมส่งผลทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความเครียด ความวิตกกังวล หรือเกิดความคับข้องใจมากยิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ญาติที่ไม่สามารถเผชิญกับความคับข้องใจระดับสูง ดังที่กล่าวมาข้างต้น จะส่งผลให้ญาติอาจหลีกเลี่ยงการมาเยี่ยมผู้ป่วย (Engstrom & Soderberg, 2004) ซึ่งจะย้อนกลับไปเพิ่มความรู้สึกให้คับข้องใจและวิตกกังวลมากยิ่งขึ้น รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ และความวิตกกังวลที่มากขึ้น ทำให้ญาติไม่สามารถควบคุมความคิด ขาดสมาธิ มีความตั้งใจหรือสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งลดลง ทำให้การตัดสินใจและการให้ความร่วมมือเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยไม่ดีเท่าที่ควร (Mitt, 1991) ซึ่งบางสถานการณ์ยังพบว่าในภาวะที่ญาติจำเป็นต้องตัดสินใจในด้านการรักษาแทนผู้ป่วย ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากใจแก่ญาติเป็นอย่างยิ่ง ญาติจะมีความเครียดมากขึ้นในการตัดสินใจ และอาจนำไปสู่ความรู้สึกผิด เป็นทุกข์ทางใจเรื้อรังได้ (ชญาณิช ลือวานิช, 2540; Little-Stoetzel, 2007)

3. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม ผู้ป่วยภาวะหมดสติจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาที่พิเศษ มีกระบวนการรักษาที่ซับซ้อน มีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง อุปกรณ์ทางการแพทย์ราคาแพง ส่งผลให้มีค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้น (นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ค้วงแพง, 2540) ญาติต้องรับภาระค่าใช้จ่าย ทำให้ต้องทำงานมากขึ้น ให้เวลากับครอบครัวและผู้ป่วยน้อยลง และถ้าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่ต้องรับภาระด้านค่าใช้จ่ายในครอบครัวจะส่งผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นอย่างมาก ญาติต้องสูญเสียรายได้ที่เคยได้รับจากผู้ป่วย และสูญเสียรายได้จากการหยุดงานของตนเอง อาจส่งผลกระทบต่อบทบาทและโครงสร้างของครอบครัวได้ (ชอลดา พันธุเสนา, 2536) กล่าวคือ ญาติคนอื่น ๆ ต้องหารายได้แทนผู้ป่วย ทำให้การทำหน้าที่ในบทบาทเดิมบกพร่อง เช่น ภรรยาต้องออกทำงานนอกบ้านแทนสามีที่เจ็บป่วยทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลบ้าน ดูแลบุตร และสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว อาจต้องมีการจ้างผู้อื่นมาดูแลแทน และถึงว่าจะมีการรักษาฟรีตามหลักการประกันสุขภาพ แต่ครอบครัวก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วย หรือผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาลใหญ่ที่ห่างไกลจากบ้าน ญาติจะต้องเสียค่าที่พัก ค่าอาหาร และค่าเดินทางเพิ่มขึ้นทั้งสิ้น (จริยวัตร คมพยัคฆ์, 2529 อ้างถึงใน พิกุล เจริญสุข, 2549) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นุชนาด ประกาศ (2551) พบว่า ในการมาเยี่ยมผู้ป่วยญาติจะต้องมีค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เช่นค่าโดยสาร ค่าน้ำมัน สำหรับการเดินทางไป-กลับบ้าน ค่าใช้จ่ายสำหรับค่าเช่าห้องพักค้างคืน เมื่อต้องการอยู่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ค่าอาหารการกินในแต่ละมื้อ เช่นเดียวกับการศึกษาของ กนกรัตน์ เนตรไสว (2547) ที่พบว่า ผลกระทบต่อญาติของการเฝ้าดูแลผู้ป่วยที่

โรงพยาบาล ญาติส่วนใหญ่จะมีปัญหาทางการเงิน เนื่องจากการเข้ามาดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลาในระหว่างที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้ญาติต้องหยุดงานอาชีพที่ทำอยู่ไปโดยปริยาย ในขณะที่ค่าใช้จ่ายกลับมีมากขึ้น ทั้งค่าเดินทางระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายประจำวันสำหรับญาติ ของใช้ประจำวันของผู้ป่วย นอกจากนี้ การที่ญาติต้องอยู่เฝ้าดูอาการผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ทำให้ญาติขาดการติดต่อสัมพันธ์กับสังคมภายนอก เช่น เพื่อน ๆ ชุมชน และกลุ่มทางสังคม ทำให้ถูกแยกจากสังคม แหล่งสนับสนุนทางสังคมลดลง (Hickey, 1993)

การพยาบาลญาติของผู้ป่วยภาวะหมดสติ

การที่บุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยอยู่ในภาวะหมดสติ ย่อมส่งผลให้ญาติของผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล รู้สึกเสียใจ กลัวการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักและอาจเกิดการเจ็บป่วยทางกายได้ตามมา ดังนั้น พยาบาลจะต้องให้ความสำคัญในการดูแลญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ โดยให้การพยาบาล ดังต่อไปนี้

1. ให้การช่วยเหลือญาติ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะของโรค การดำเนินของโรคและวิธีการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยตามที่จำเป็น ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ให้ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาพยาบาล สภาพของหอผู้ป่วย กฎระเบียบต่าง ๆ มีการจัดห้องพักไว้สำหรับรอเยี่ยม มีการยืดหยุ่นในเรื่องเวลาเยี่ยม อำนวยความสะดวกให้ครอบครัวที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา ประเพณี หรือวัฒนธรรม ทั้งนี้โดยไม่ขัดต่อวิธีการรักษาและไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย (พิกุล เจริญสุข, 2549)
2. เปิดโอกาสให้ญาติได้ระบายอารมณ์ และความรู้สึก บางครั้งญาติอาจแสดงความโกรธ ความรู้สึกผิด ซึมเศร้า หรือพฤติกรรมก้าวร้าว พยาบาลจะต้องเข้าใจ และเปิดโอกาสให้ญาติได้ระบายความรู้สึก พยาบาลรับฟังด้วยความสนใจ และช่วยปลอบโยนตามความเหมาะสม (พรชัย อุทุมเมศร์, 2548)
3. เปิดโอกาสให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การช่วยเปลี่ยนท่านอน เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้ญาติรู้สึกมีความหวังและเกิดกำลังใจ ภาควิชาที่ตนเองมีคุณค่าที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ โดยพยาบาลต้องดูแลให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (พิกุล เจริญสุข, 2549)
4. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ญาติได้มีโอกาสแสดงความรู้สึกกับผู้ป่วย อาจโดยการใช้มือสัมผัสผู้ป่วยด้วยความอ่อนโยน จับมือ บีบแขน-ขา เบา ๆ หรือการพูดคุยกระซิบที่ข้างหูผู้ป่วย แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่มีอาการตอบสนองให้เห็น แต่เชื่อว่าผู้ป่วยจะหมดการรับรู้อย่างสิ้นเชิง มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อย ที่สามารถได้ยินหรือแม้แต่เห็นสิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัว รวมทั้งสัมผัสรับรู้ถึงพลังหรือกระแสดิจจากผู้ที่อยู่รอบตัวผู้ป่วยได้ (พระไพศาล วิสาโล, 2550)

5. ให้การดูแลสุขภาพของครอบครัว จากการที่บุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย ญาติอาจจะทุ่มเทความสนใจทั้งหมดมายังผู้ป่วย จนละเลยการดูแลตนเอง พยาบาลควรกระตุ้นเตือนให้ญาติดูแลเอาใจใส่ในการดูแลตนเอง เพื่อจะได้มีภาวะสุขภาพที่ดี พร้อมทั้งจะเผชิญปัญหาต่าง ๆ และเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีให้กับผู้ป่วย โดยให้คำแนะนำในเรื่องของการรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ เพื่อจะได้มีกำลังกายและกำลังใจ ที่จะช่วยตอบสนองในช่วงภาวะวิกฤต ให้ดำเนินชีวิตต่อไปได้ด้วยดี (Cullen, Tittler, & Drahozal, 2003)

แนวคิดการเยี่ยมผู้ป่วย

ความหมายและความสำคัญของการเยี่ยมผู้ป่วย

คำว่า “การเยี่ยม” ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542) หมายถึง การไปตามข่าวทุกข์สุข, ไปหา, ไปมาหาสู่ตามข่าวคราว

คำว่า “การเยี่ยม” ตามพจนานุกรมไทย (มานิต มานิตเจริญ, 2550) หมายถึง การไปหาตามทุกข์สุข หรือดูอาการเจ็บป่วย, ไปหาคนเจ็บป่วยเพื่อถามอาการและแสดงความห่วงใย ดังนั้น การเยี่ยมผู้ป่วย จึงหมายถึง การมาหา เพื่อถามอาการทุกข์สุข ข่าวคราว และแสดงความห่วงใย เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ความสำคัญของการเยี่ยมผู้ป่วย

การเจ็บป่วยในภาวะหมดสติ เป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และถูกถามต่อชีวิต ญาติและบุคคลใกล้ชิดเมื่อรับรู้ถึงการเจ็บป่วยย่อมได้รับความสะเทือนใจ ต้องการเยี่ยมผู้ป่วยและมีความหวังว่าผู้ป่วยจะปลอดภัย (Daly, 1999) การเยี่ยมของญาติถือว่าการเสริมกำลังใจจากญาติ (เสาวลักษณ์ มณีรักษ์, ซอลดา พันธุเสนา และประณีต ส่งวัฒนา, 2547) เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ใกล้ชิดกับญาติและมีปฏิสัมพันธ์กัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการสัมผัส การดูแล เกิดกำลังใจ ได้ใกล้ชิดกับบุคคลที่รักทำให้รับรู้ได้ว่าตนเองยังมีความหมายสำหรับครอบครัว (นุชนาด ประภาศ, 2551) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การที่ญาติมาเยี่ยมผู้ป่วยเป็นการปลอบใจให้กำลังใจกับผู้ป่วย โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยอาจจะรู้สึกว่าเขาเองไม่ถูกทอดทิ้ง ได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ มีกำลังใจ ส่งผลให้เกิดการฟื้นหายของผู้ป่วยเร็วขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งมีรายงานการศึกษาการเยี่ยมของญาติต่อภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า การเยี่ยมทำให้อัตราการเดินของหัวใจ และความดันโลหิตของผู้ป่วยลดลง (Miracle, 2006) สอดคล้องกับ Berwick and Kotagal (2004) ที่กล่าวว่า การมาเยี่ยมของญาติ ทำให้ความดันโลหิต อัตราการเดินของหัวใจ และความดันในกะโหลกศีรษะของผู้ป่วยลดลงเช่นเดียวกัน

Miracle (2005) พบว่า ความต้องการของญาติผู้ป่วยที่มาเยี่ยมคือ ต้องการความหวังและปรารถนาที่จะเยี่ยม และอยู่ใกล้ชิดบุคคลที่ตนเองรักในช่วงที่เจ็บป่วยวิกฤตตลอดเวลา ญาติต้องการการรับรองซึ่งความปลอดภัยของบุคคลที่ตนเองรัก ต้องการความสะดวก ความสุขสบายในขณะที่ที่มาเยี่ยม และต้องการได้รับการปลอบใจและกำลังใจจากทีมเจ้าหน้าที่พยาบาล (Daly, 1999) ปัจจุบัน พยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญในการมาเยี่ยม และความต้องการของญาติในการเยี่ยมช่วงระยะวิกฤต โดยการอนุญาตให้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ถ้าไม่ขัดต่อสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ญาติมีความพึงพอใจ มีความสะดวกที่สามารถเข้ามาเยี่ยมผู้ป่วยตามความต้องการ การมาเยี่ยมช่วยให้ญาติได้รับทราบข้อมูลอาการของผู้ป่วย มีโอกาสได้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่าง ๆ จากพยาบาล ส่งผลให้ญาติมีระดับความเครียด และความวิตกกังวลลดลง จากการที่ญาติได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้พูด สัมผัสตัวผู้ป่วย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะหมดสติ ไม่ตอบสนองก็ตาม (Cullen, Titler, & Drahozal, 2003; Daly, 1999; Petterson, 2005; Van Horn & Kautz, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นุชนาด ประภาส (2551) ที่ศึกษาผลกระทบของความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วย ณ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม พบว่าการที่ญาติมาเยี่ยมผู้ป่วยทำให้ญาติหายเครียด หายกังวล สบายใจขึ้น เพราะการมาเยี่ยมเป็นเหมือนการมาให้กำลังใจสามารถทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ หายจากอาการเจ็บป่วยได้ ญาติจะสบายใจที่ได้ทำหน้าที่ญาติได้อย่างดีที่สุด มีความรัก ความห่วงใยต่อผู้ป่วย เอาใจใส่ดูแลรักษาอย่างเต็มที่ ความเครียด ความวิตกกังวลก็หมดไป และการศึกษาของ คณินนิตย์ บุรีเทศน์ (2540) ที่ศึกษาการจัดระบบสนับสนุนครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยจัดให้ครอบครัวได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อยกว่าปกติ การได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และการได้ระบายความรู้สึก ทำให้ระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยลดลง

นอกจากนี้ การที่ญาติมาเยี่ยมผู้ป่วย ยังช่วยให้พยาบาลได้มีโอกาสนพบปะพูดคุยกับญาติ ให้ข้อมูลอาการและแนวทางการรักษาของผู้ป่วยอย่างคร่าว ๆ ทำให้ญาติเกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง อีกทั้งมีโอกาสนให้คำแนะนำแก่ญาติในการดูแลผู้ป่วยขณะที่ญาติมาเยี่ยม เพื่อส่งเสริมให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้ตรงตามความต้องการ ซึ่งจะช่วยให้ญาติรู้สึกว่าคุณค่ามีความสำคัญกับผู้ป่วย (Daly, 1999) และ อีกทั้งการมาเยี่ยม ยังช่วยให้พยาบาลได้ทราบถึงความต้องการของญาติ จากการได้พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ในระหว่างที่ญาติได้เข้ามาเยี่ยม ทำให้เกิดประโยชน์ในการช่วยวางแผนการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของญาติที่มาเยี่ยมได้อย่างถูกต้อง เป็นการพัฒนาการบริการพยาบาลในการดูแลญาติผู้ป่วย และตัวผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ลดจำนวนข้อร้องเรียนต่าง ๆ อันจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการบริการ (Cullen, Titler, & Drahozal, 2003)

นโยบายการเยี่ยมของหอผู้ป่วย

หอผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่เป็นบริบทในการศึกษาครั้งนี้ มีนโยบายเกี่ยวกับระเบียบการเยี่ยม คือ กำหนดเวลาเยี่ยมของญาติในหอผู้ป่วยสามัญเป็น 2 ช่วง ได้แก่ ช่วงเช้า (06.00-08.00 น.) และช่วงเที่ยงถึงกลางคืน (12.00-20.00 น.) การเยี่ยมในหอผู้ป่วยสามัญ จะมีอนุญาตให้เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 7 ขวบ เข้าเยี่ยมภายในหอผู้ป่วย อนุญาตให้ญาติเฝ้าผู้ป่วยได้เพียง 1 คนเท่านั้น ญาติควรเตรียมอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย เช่น ผ้าเช็ดตัว แปรงสีฟัน ยาสีฟัน สบู่ แปรง กระจก ขำระ เป็นต้น ห้ามนำเด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี เข้าเยี่ยมภายในหอผู้ป่วย ห้ามนั่งบนเตียงผู้ป่วยควรนั่งที่เก้าอี้ข้างเตียง ขณะเยี่ยมไม่ควรนำเรื่องที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจมาเล่าให้ฟัง และจะให้ญาติออกไปรอข้างนอกในกรณีที่แพทย์กำลังตรวจรักษา หรือขณะทำการหัตถการให้กับผู้ป่วย หากญาติจะติดต่อกับแพทย์ผู้ทำการรักษาสามารถติดต่อได้เมื่อพบ หรือขอให้พยาบาลเป็นผู้ติดต่อผ่านให้

ส่วนนโยบายเกี่ยวกับระเบียบการเยี่ยมในหอผู้ป่วยหนัก คือ กำหนดเวลาเยี่ยมของญาติ จะมีเพียงช่วงเดียว ตั้งแต่ 13.00 – 14.00 น. ซึ่งเป็นระยะเวลาที่สั้นและมีความจำกัด ทั้งนี้เพื่อให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรและส่งเสริมการพักผ่อนของผู้ป่วย ห้ามนำเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 12 ปี เข้าเยี่ยมผู้ป่วย และการเข้าเยี่ยมแต่ละครั้ง ผู้มาเยี่ยมจะเข้าเยี่ยมได้เพียงครั้งละ 1 คน ไม่ควรเยี่ยมผู้ป่วยนานเกินไป ดังนั้น หากผู้มาเยี่ยมมีจำนวนหลายคน ก็จะต้องผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันเข้าเยี่ยมทีละคน ญาติควรเตรียมอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย เช่น แปรงสีฟัน ยาสีฟัน สบู่ แปรง กระจก ขำระ ผ้าอนามัยรองกัน เป็นต้น ห้ามนำเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 12 ปี เข้าเยี่ยมผู้ป่วย เมื่อเข้าเยี่ยมภายในหอผู้ป่วย ให้สวมเสื้อคลุมและเปลี่ยนรองเท้าเป็นรองเท้ายางที่จัดไว้สำหรับญาติ ล้างมือด้วยน้ำยาที่เตรียมไว้ (วางอยู่หลังตู้รองเท้าหรือบนโต๊ะปลายเตียงผู้ป่วย) โดยไม่ต้องเช็ดมือ น้ำยาจะแห้งเอง ในขณะที่เข้าเยี่ยมญาติสามารถที่จะสัมผัสผู้ป่วยเพื่อให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยได้ แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่รู้สึกรำคาญหรือพูดคุยไม่ได้ เช่น การสัมผัสมือ สัมผัสตามลำตัว หรือให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตามความเหมาะสมที่ข้างเตียง ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา-อาหารใด ๆ ควรรีบแจ้งให้แพทย์ พยาบาล ทราบ กรุณาแจ้งการใช้สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย และหากผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา ให้ติดต่อเจ้าหน้าที่พยาบาลทราบดีด้วย ขอความกรุณางดเยี่ยมในช่วงเวลาที่ต้องช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน หากญาติต้องการติดต่อกับแพทย์ผู้ทำการรักษา ควรแจ้งให้พยาบาลทราบเพื่อนัดพบแพทย์ ญาติสามารถรอพบแพทย์ได้ตามวัน เวลาที่พยาบาลแจ้งให้ทราบ ในขณะที่ญาติผู้ป่วยไม่สามารถที่จะมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ สามารถโทรศัพท์มาสอบถามอาการกับพยาบาลได้โดยตรง

การสนับสนุนการเยี่ยม

การสนับสนุนการเยี่ยม เป็นกิจกรรมการพยาบาลสามารถใช้ได้ทุก ๆ หอผู้ป่วย ตั้งแต่

หออผู้ป่วยที่เข้มงวดเรื่องการเข้าเยี่ยมมากที่สุด จนกระทั่งถึงหออผู้ป่วยที่เข้มงวดเรื่องการเยี่ยมน้อยที่สุด เป็นรูปแบบในการสนับสนุนให้การเยี่ยมของญาติผู้ป่วยมีคุณภาพมากขึ้น (สุทธิณี วัฒนกุล, 2547) มีหลักการอยู่บนการดูแลด้านจิตใจ สังคม และครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งทำให้ญาติลดความวิตกกังวล และเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม (Cullen, Titler, & Drahozal, 2003)

ความหมายของการสนับสนุนการเยี่ยม

“การสนับสนุนการเยี่ยม” ตามที่การจำแนกกิจกรรมพยาบาล (Nursing Intervention Classification) (NIC) ของสมาคมการวินิจฉัยการพยาบาลอเมริกาเหนือ (North American Nursing Diagnosis Association) (NANDA) ได้อธิบายความหมาย การสนับสนุนการเยี่ยมว่า เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนส่งเสริมครอบครัวและผู้ป่วยในกระบวนการเยี่ยม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อน และได้รับความสุขสบาย ครอบครัวสามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสมปรับตัวและสามารถให้การดูแล เป็นกำลังสนับสนุนให้แก่ผู้ป่วยต่อไปได้ อย่างมีประสิทธิภาพ (McCloskey & Bulechek, 1996 cited in Daly, 1999)

กิจกรรมการสนับสนุนการเยี่ยม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กิจกรรมของการสนับสนุนการเยี่ยม มีดังนี้

1. อธิบายให้เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพได้เห็นความสำคัญและความจำเป็นในการส่งเสริมสนับสนุนการเยี่ยม มีการจำกัดการเข้าเยี่ยมในผู้ป่วยบางรายที่อยู่ในภาวะวิกฤต โดยพยาบาลคำนึงถึง สภาพอาการของผู้ป่วยในขณะที่เยี่ยม ระยะเวลาในการเข้าเยี่ยม จำนวนบุคคลที่เข้าเยี่ยมเป็นต้น และมีความยืดหยุ่นในการเยี่ยมของญาติตามความเหมาะสม (Daly, 1999; Van Horn & Kautz, 2007)
2. สร้างสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างญาติผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ โดยใช้คำพูดที่สุภาพ อ่อนโยน แสดงความจริงใจ กิริยาท่าทางแสดงความเป็นมิตร เพื่อให้ญาติเกิดความไว้วางใจ (Daly, 1999; Leske, 2002)
3. อธิบายอาการของผู้ป่วยให้ญาติได้รับรู้และเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา สภาพแวดล้อมทั่วไป กฎระเบียบและข้อควรปฏิบัติต่าง ๆ ภายในหออผู้ป่วย โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย มีความหมายชัดเจน หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ทางการแพทย์ (กันยา วังเฮงชะฤทธิ์, 2549; Daly, 1999)
4. เปิดโอกาสให้ญาติได้ระบายความรู้สึก และซักถามข้อสงสัยในระหว่างที่ญาติมาเยี่ยม และตอบคำถามด้วยความซื่อตรงตามความเป็นจริง (สุทธิณี วัฒนกุล, 2547; Daly, 1999)

5. เปิดโอกาสให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านการร่างกายและจิตใจ อาทิ เช่น การช่วยเช็ดหน้า/ ทาแป้ง หวีผม ออกกำลังมือและเท้าให้แก่ผู้ป่วย การสัมผัสผู้ป่วย และการพูดคุยกระซิบที่ข้างหูเพื่อให้กำลังใจผู้ป่วย (สุทธิณี วัฒนกุล, 2547; Daly, 1999, Leske, 2002)

6. จัดสิ่งแวดล้อม และเสริมสร้างบรรยากาศให้เป็นส่วนตัว โดยจัดห้องพักสำหรับญาติ ในขณะที่รอเยี่ยม มีการเตรียมห้องนอน และเก้าอี้สำหรับนอนเอนพิงหลัง เพื่ออำนวยความสะดวกสบายให้กับญาติผู้ป่วยที่มาเยี่ยม (Daly, 1999)

7. แนะนำสถานที่ เช่น ห้องน้ำ ร้านอาหาร-น้ำดื่ม บ้านพัก และสถานที่พักผ่อนที่มีอยู่ภายในโรงพยาบาล แหล่งปฏิบัติทางศาสนา แหล่งที่ฟังเพลงทางจิตใจ เพื่อให้ญาติได้ผ่อนคลายความตึงเครียด แทนการนั่งเฝ้าอยู่หน้าหอผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว และแนะนำให้ญาติได้มีการผลัดเปลี่ยนกันมาเฝ้าผู้ป่วยในช่วงเวลากลางคืน เพื่อช่วยให้ญาติได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ (กันยา วังเฮงชะฤทธิ์, 2549; Daly, 1999)

8. หากญาติมีความต้องการที่จะพูดคุยกับแพทย์ เพื่อสอบถามอาการผู้ป่วย พยาบาลจะเป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างแพทย์และญาติของผู้ป่วย โดยญาติสามารถแจ้งให้พยาบาลทราบเพื่อนัดพบแพทย์ และมารอบพบแพทย์ ตามวัน เวลาที่พยาบาลแจ้งให้ทราบ (Cullen, Titler, & Drahozal, 2003)

9. ให้หมายเลขโทรศัพท์ในการติดต่อสื่อสาร ระหว่างญาติกับเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพเมื่อญาติผู้ป่วยมีข้อสงสัย ไม่สบายใจเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยหรือกรณีที่ญาติไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ สามารถสอบถามอาการกับพยาบาลได้โดยตรง เพื่อเป็นการช่วยให้ญาติเกิดความมั่นใจในการดูแลรักษาพยาบาล และรับรู้อาการของผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ทำให้ลดความวิตกกังวลขณะที่ไม่ได้มาเยี่ยม (กันยา วังเฮงชะฤทธิ์, 2549; Daly, 1999)

10. ประเมินปัญหาในการมาเยี่ยมและติดตามความต้องการของญาติในการมาเยี่ยมเป็นระยะ ๆ เพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการของญาติ และปรับปรุงกิจกรรมการสนับสนุนการเยี่ยมให้สอดคล้อง ตรงกับความต้องการของญาติอย่างแท้จริง (Daly, 1999)

ดังนั้น พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของการนโยบายการเข้าเยี่ยมโดยให้ญาติได้มีโอกาสเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตลอดเวลา (Open Visitation) และ จัดกิจกรรมโดยให้การสนับสนุนการเยี่ยมกับญาติ ซึ่งถือว่าเป็นสิทธิที่ญาติผู้ป่วยควรได้รับจากทีมสุขภาพ เพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการที่สำคัญของญาติผู้ป่วยและผู้ป่วยเช่นกัน (Daly, 1999) อันจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในทางที่ดีทำให้ญาติได้เข้าใจ และรับทราบอาการของผู้ป่วย และการได้มาเยี่ยมอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ย่อมส่งผลให้ระดับความเครียดและความวิตกกังวลของญาติลดลง (Cullen, Titler, & Drahozal, 2003; Daly, 1999; Petterson, 2005; Van Horn & Kautz, 2007)