

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ของญาติในการเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ตามมุมมองของญาติผู้ป่วยเอง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ บนฐานแนวคิดที่ใช้เป็นความไวเชิงทฤษฎีในการวิจัย 2 แนวคิด ได้แก่ แนวคิดภาวะหมดสติและการดูแลผู้ป่วยภาวะหมดสติ กับแนวคิดการเยี่ยมผู้ป่วย โดยผู้วิจัยมีกระบวนการวิจัยเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมความพร้อมในการดำเนินการวิจัย ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย และระยะที่ 3 ระยะเขียนรายงานการวิจัย โดยผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นญาติของผู้ป่วยที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติที่อยู่ในระหว่างการรักษาด่วนในโรงพยาบาล และมีความยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการเล่าประสบการณ์ตรงในการเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เป็นวิธีการหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์-กรกฎาคม 2551 รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูล 11 คน นอกจากนี้ในระยะดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้สร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจ พัฒนาความไวเชิงทฤษฎีในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ทำการตรวจสอบข้อมูล และให้การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย ส่วนผลการวิจัย สามารถสรุป อภิปรายผล และให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้ เป็นญาติของผู้ป่วยที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติรวมจำนวน 11 คน เป็นเพศหญิงจำนวน 6 คน เพศชายจำนวน 5 คน มีตั้งแต่อายุ 30-59 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40-49 ปี จำนวน 6 คน ทุกคนมีเชื้อชาติไทยและนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส มีระดับการศึกษาจบประถมศึกษา และประกอบอาชีพรับจ้าง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ ไม่เคยมีประสบการณ์การเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติในอดีต มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบิดา มารดาจำนวนอย่างละ 1 คน ภรรยาจำนวน 2 คน บุตรชาย บุตรสาวจำนวนอย่างละ 3 คน และเป็นหลานชายจำนวน 1 คน เกือบทั้งหมดมีภูมิลำเนาอยู่ที่จังหวัดนครนายก มีรายได้ตั้งแต่ 5,000 - 10,000 บาท/ เดือนขึ้นไป ส่วนใหญ่รายได้ 5,000 - 5,999 บาท/ เดือน จำนวน 4 คน สำหรับผู้ป่วยที่เลือกศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยหมดสติที่มีระดับคะแนน GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน สภาพทั่วไปของผู้ป่วยทั้งหมดไม่สามารถหายใจได้เอง และใส่เครื่องช่วยหายใจ รวมจำนวน 11 คน จำแนกเป็นเพศหญิงจำนวน 5 คน เพศชายจำนวน 6 คน มีอายุอยู่ในช่วง 20 - 99 ปี

บทบาทความรับผิดชอบในครอบครัว เป็นหัวหน้าครอบครัวจำนวน 5 คน และเป็นสมาชิกครอบครัวจำนวน 6 คน สาเหตุของการหมดสติ เกิดจากอุบัติเหตุทางจราจรจำนวน 6 คน และเกิดจากความเจ็บป่วยทั่วไปจำนวน 5 คน ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ ดังนี้ ปอดอักเสบและการหายใจล้มเหลวจำนวน 1 คน ลำไส้ใหญ่ทะลุและการหายใจล้มเหลวจำนวน 1 คน เส้นเลือดในสมองแตกจำนวน 1 คน เลือดออกในโพรงสมองจำนวน 1 คน เลือดออกภายในเนื้อสมองจำนวน 1 คน เลือดออกที่ฐานกะโหลกศีรษะจำนวน 1 คน กะโหลกศีรษะแตกยุบและสมองชอกช้ำจำนวน 1 คน เลือดออกใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมองดูราบแบบเรื้อรังจำนวน 1 คน และ เลือดออกเหนือชั้นเยื่อหุ้มสมองดูราบแบบเฉียบพลันจำนวน 3 คน สำหรับค่าคะแนน GCS วันที่สัมภาษณ์ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีค่าคะแนน GCS เท่ากับ 3 คะแนน จำนวน 8 คน ระยะเวลาหมดสติของผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการรักษามาถึงวันแรกที่ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ญาติอยู่ระหว่าง 2-8 วัน ส่วนใหญ่มีระยะเวลาหมดสติตั้งแต่เข้ารับการรักษามาถึงวันแรกที่ได้สัมภาษณ์ เป็นเวลา 3 วัน จำนวน 6 คน ผู้ป่วยมีสิทธิการรักษาพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ (พ.ร.บ.) จำนวน 5 คน บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง/บัตร 30 บาท) จำนวน 6 คน

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ประสบการณ์ของญาติในการเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ จำแนกได้ 2 ระยะ ได้แก่ ระยะพบและอยู่เยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ และระยะแยกจากผู้ป่วยหมดสติ

สำหรับระยะพบและอยู่เยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ เป็นประสบการณ์ของญาติที่เริ่มตั้งแต่พบผู้ป่วยและอยู่เยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ จนถึงแยกจากผู้ป่วย เพื่อออกจากหอผู้ป่วย พบว่า ประสบการณ์ของญาติที่มาเยี่ยม มี 4 ประเด็น ดังนี้ 1) รู้สึกตกใจ เสียใจ กลัว และวิตกกังวล 2) ต้องการรู้และเกาะติดสถานการณ์ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 3) ต้องการสื่อสารกับผู้ป่วย และ 4) ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยมีสาเหตุ วัตถุประสงค์จากการจัดการ ดังนี้

1. รู้สึกตกใจ เสียใจ กลัว และวิตกกังวล โดยมีสาเหตุจาก สภาวะหมดสติของผู้ป่วย เป็นเหตุการณ์ไม่คาดคิดและเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน กับ ระดับความรุนแรงของภาวะหมดสติที่ญาติรับรู้ ว่าเกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง ญาติมีวิธีการจัดการกับ รู้สึกตกใจ เสียใจ กลัว และวิตกกังวล ดังกล่าว 3 วิธี คือ วิธีที่ 1) หลบออกจากสถานการณ์การเยี่ยมที่วุ่นวาย ชั่วคราว เพื่อพยายามทำจิตใจให้สงบ วิธีที่ 2) ปรับความคิดตามสภาพความเป็นจริง คือ ปรับความคิดและและทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ยอมรับสภาพปัจจุบันของผู้ป่วยและกำหนดเป้าหมายที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด กับสร้างความหวังและความเชื่อมั่นว่า ความเชี่ยวชาญในการรักษาคณ ไข่มรดกสติของแพทย์ และการดูแลของพยาบาล จะช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและคืนสู่สภาวะปกติได้ และวิธีที่ 3) พึ่งพาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ โดยพบผลลัพธ์จากการจัดการ คือ ระดับความตกใจ เสียใจ กลัว และวิตกกังวล

ลดลง แต่ความเสียใจ กลัว และวิตกกังวลที่ลดลงดังกล่าว ยังคงอยู่อย่างต่อเนื่องตามสภาวะหมดสติของผู้ป่วย

2. ต้องการรู้และเกาะติดสถานการณ์ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยมีสาเหตุ คือ ความรู้สึกห่วงใยในอาการผู้ป่วย ญาติมีวิถีจัดการกับต้องการรู้และเกาะติดสถานการณ์ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องดังกล่าว 4 วิธี คือ วิธีที่ 1) ทดสอบความรู้สึกตัวของผู้ป่วยด้วยตนเอง วิธีที่ 2) สอบถามอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจากบุคลากรทางการแพทย์ วิธีที่ 3) เรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยจากประสบการณ์ของญาติคนอื่น และวิธีที่ 4) แสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจากการอ่านคู่มือการเยี่ยม โดยพบผลลัพธ์จากการจัดการ คือ ความกังวลใจเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยลดลง กับ ความสับสนและความกังวลใจเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยยังคงอยู่

3. ต้องการสื่อสารกับผู้ป่วย โดยมีสาเหตุ คือ อยากทราบความรู้สึกนึกคิด ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย อยากกระตุ้นให้ฟื้นคืนสติโดยเร็ว และต้องการถ่ายทอดความรัก ความห่วงใย และให้กำลังใจผู้ป่วยสู่เพื่อฟื้นคืนสติ โดยญาติใช้วิธีการสื่อสาร แบ่งเป็น 2 แบบ คือ แบบที่ 1) ปฏิบัติการสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยการพูดคุย เพื่อสื่อสาร 3 ประเด็น คือ สารที่มีความหมายกับผู้ป่วย สารเพื่อปลอบใจ-ให้กำลังใจ และสารเพื่ออนุญาตให้ผู้ป่วยจากไป แบบที่ 2) ปฏิบัติการสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยภาษากาย เช่น สัมผัส กอด บีบนิ้ว โดยพบผลลัพธ์จากการจัดการ คือ ญาติมีความดีใจ และมีกำลังใจจากการตอบสนองของผู้ป่วย ญาติรู้สึกอีกอดใจ เสียใจ หมดความหวังว่าผู้ป่วยจะหาย

4. ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยมีสาเหตุ คือ ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย และต้องการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของตนเองที่พึงมีต่อผู้ป่วย ญาติมีวิถีจัดการกับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย คือ ปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยขณะเยี่ยม โดยพบผลลัพธ์จากการจัดการ คือ ภาควุมใจที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแล และมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

สำหรับระยะแยกจากผู้ป่วยหมดสติ เป็นประสบการณ์ของญาติที่เริ่มตั้งแต่เมื่อญาติสิ้นสุดการเยี่ยม และเริ่มเดินทางออกจากหอผู้ป่วยเพื่อกลับบ้าน ไปจนถึงก่อนที่ญาติจะพบหน้าผู้ป่วยอีกในการเยี่ยมครั้งต่อไป พบว่า ประสบการณ์ของญาติที่มาเยี่ยมมี 3 ประเด็น ดังนี้ 1) คิดกังวลต่อเนื่องเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่อาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต 2) ต้องการมาเยี่ยมและเฝ้าดูอาการอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ 3) ประสกับภาระที่เพิ่มมากขึ้น โดยมีสาเหตุ วิถีจัดการ และผลลัพธ์จากการจัดการ ดังนี้

1. คิดกังวลต่อเนื่องเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่อาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต โดยมีสาเหตุจาก ความผันผวนการเปลี่ยนแปลงของอาการในทางลบที่ไม่สามารถทำนายทิศทางได้ และอยู่กับบรรยากาศความเจ็บปวดตามลำพัง ญาติมีวิถีจัดการกับ คิดกังวลต่อเนื่องเกี่ยวกับสภาพ

ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่อาจจะรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต ดังกล่าว 5 วิธี คือ วิธีที่ 1) พุดคุย รับกำลังใจ และนึกถึงคำปลอบใจจากบุคคลใกล้ชิด วิธีที่ 2) ทำบุญ ทำทาน วิธีที่ 3) แสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ วิธีที่ 4) หากิจกรรมอย่างอื่นทำเพื่อเบนความคิดเกี่ยวกับผู้ป่วย วิธีที่ 5) คิดปลงกับการสูญเสียที่อาจจะเกิดขึ้น โดยพบผลลัพธ์ของการจัดการ คือ รู้สึกสบายใจขึ้น

2. ต้องการมาเยี่ยมและเฝ้าดูอาการอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ โดยมีสาเหตุ คือ ตระหนักว่าระยะเวลาที่อยู่กับผู้ป่วยเหลือน้อยลง และเป็นสำนึกหน้าที่ที่ต้องมาดูแล ญาติมีวิธีจัดการกับต้องการมาเยี่ยมและเฝ้าดูอาการอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ ดังกล่าว 3 วิธี คือ วิธีที่ 1) บริหารจัดการเวลาและภารกิจประจำวันเพื่อปฏิบัติภารกิจเยี่ยมผู้ป่วย วิธีที่ 2) หยุดภารกิจทุกอย่างเพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วย และวิธีที่ 3) โทรศัพท์มาสอบถามอาการ โดยพบผลลัพธ์จากการจัดการ คือ มีแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ นอนไม่หลับ พักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารลดลงและไม่ตรงเวลา ขาดการออกกำลังกาย ลดการสังสรรค์กับเพื่อน

3. ประสบกับภาระที่เพิ่มมากขึ้น ประกอบไปด้วย ภาระค่าใช้จ่าย ภาระด้านกรงาน โดยมีสาเหตุ คือ สภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่รุนแรง และต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน สูญเสียรายได้ที่จะได้รับ และระยะทางไกล การคมนาคมไม่สะดวก ญาติมีวิธีจัดการกับ ประสบกับภาระที่เพิ่มมากขึ้น ดังกล่าว 4 วิธี คือ วิธีที่ 1) ประหยัดค่าใช้จ่ายของตนเอง วิธีที่ 2) นำเงินเก็บมาใช้ วิธีที่ 3) ขอรับความช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง และวิธีที่ 4) ขอยืมเงิน กู้เงินจากญาติสนิท โดยพบผลลัพธ์ของการจัดการ คือ มีเงินเพียงพอในการใช้จ่าย ได้รับความช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง มาเยี่ยมผู้ป่วยได้น้อยลง และต้องพักอาศัยที่โรงพยาบาลแทนการเดินทางไป-กลับ

การอภิปรายผล

จากการศึกษาประสบการณ์ของญาติในการเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ พบว่า ระยะพบและอยู่เยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ เป็นประสบการณ์ของญาติที่เริ่มตั้งแต่พบผู้ป่วยและเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ จนถึงแยกจากผู้ป่วย เพื่อออกจากหอผู้ป่วย พบว่ามี 4 ประเด็น ดังนี้ 1) รู้สึกตกใจ เสียใจ กลัว และวิตกกังวล 2) ต้องการรู้และเกาะติดสถานการณ์ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 3) ต้องการสื่อสารกับผู้ป่วย 4) ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ประเด็นที่ 1 รู้สึกตกใจ เสียใจ กลัว และวิตกกังวล จากข้อค้นพบ ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ มีความตกใจที่เห็นสภาพผู้ป่วยอยู่ในลักษณะไม่รู้สีกตัว ไม่สามารถขยับเคลื่อนไหว หรือลิ้มรสได้ตามปกติ รวมทั้งมีอุปกรณ์ท่อช่วยหายใจคาที่ปาก เพื่อช่วยชีวิต ทำให้รับรู้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะอันตรายที่รุนแรงต่อชีวิต ซึ่งเป็นสภาวะที่รุนแรงเกินความคาดหมายของญาติ อีกทั้งยังหมายถึงว่าญาติอาจต้องสูญเสียผู้ป่วยไปในเวลาอันใกล้ ส่งผลให้ญาติรู้สึกเสียใจและกลัวการ

สูญเสียที่จะตามมา นอกจากนั้นการได้เห็นสภาพผู้ป่วยและได้รับการแจ้งจากแพทย์ว่าผู้ป่วยมีอาการหนักและให้ญาติทำใจนั้น ทำให้ญาติเกิดความวิตกกังวลในอาการของผู้ป่วย ใจสั่น ไม่สามารถคิดและพูดได้ตามปกติ อดิบายได้ว่า เมื่อญาติผู้ป่วยรับรู้และพบเห็นสภาพอาการ การบาดเจ็บของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหมดสติและใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งถือว่าอาการของผู้ป่วยเข้าขั้นวิกฤต ซึ่งญาติถือว่าเป็นภาวะวิกฤตของญาติเช่นเดียวกัน ทำให้เกิดปฏิกิริยาการตอบสนองต่อภาวะวิกฤต โดยในระยะแรก ญาติอาจหยุดนิ่ง มีอาการช็อก ตกใจ ซาไปทั้งตัว งงจนต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งเมื่อเกิดอาการตกใจ ทำให้ร่างกายเพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic) ต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า (Anterior Pituitary) และต่อมหมวกไตส่วนใน (Adrenal Medulla) โดยที่ระบบประสาทซิมพาเทติก ถูกกระตุ้น จะทำให้รู้สึกตื่นตัว รุม่านตาขยาย เลือดถูกฉีดออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น ขณะที่เลือดออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น ในขณะที่เลือดจากเส้นเลือดฝอยลดลง บริเวณผิวหนังและไต ได้รับเลือดไปเลี้ยงน้อยลง จะเห็นผิวหนังซีด ปัสสาวะน้อยลง ขณะเดียวกันต่อมหมวกไตส่วนใน จะถูกกระตุ้นให้หลั่งอิพิเนฟริน (Epinephrine) มีผลให้ทำให้หัวใจเต้นเร็ว และหลั่งกลูโคสจากตับ การเผาผลาญสูงขึ้น มีการสลายตัวของไขมันเพิ่มขึ้น ส่วนต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า จะหลั่งฮอร์โมนอะดรีโนคอร์ติโคโทรปิก (Adrenocorticotrophic Hormone) ซึ่งไปกระตุ้นต่อมหมวกไตส่วนนอก (Adrenal Cortex) ให้ผลิตกลูโคคอร์ติคอยด์ (Glucocorticoid) มีผลทำให้มีการสร้างกลูโคสมากขึ้น มีการสลายตัวของโปรตีนมากขึ้น อัตราการเผาผลาญสารอาหารเพิ่มขึ้น เพื่อเป็นการเตรียมพลังงาน เพื่อจัดการกับสิ่งที่มากระตุ้น กล้ามเนื้อทุกส่วนจะตึงขึ้นเพื่อเตรียมพร้อมต่อสู้กับมาทุกคาม (ซอสดา พันธุเสนา, 2536) และความรู้สึกเสียใจเป็นการตอบสนองของบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวที่คาดการณ์ได้ว่าอาจจะมี ความสูญเสียเกิดขึ้น (ชนิดา สุขสวัสดิ์, 2546) เป็นความรู้สึกเสียใจที่เกิดจาก กลัวการพลัดพรากหรือการสูญเสียบุคคลที่ตนรักและผูกพัน ซึ่งนับว่าเป็นช่วงภาวะวิกฤตทางจิตใจ (Fortinash & Holoday-Worret, 2008) นอกจากนี้การที่บุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยและอยู่ในภาวะหมดสติ ย่อมส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจญาติ กล่าวคือ ญาติจะมีความเครียดและวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 72 ชั่วโมงแรกของการเจ็บป่วยเฉียบพลัน (Tracy, Fowler, & Magarelli, 1999) ญาติจะวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย (Hickey, 2003) และผลของความวิตกกังวลของญาติ ทำให้เกิดอาการแสดงออกทางร่างกาย เช่น หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น ตัวสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายด้านความคิด การพูด ทำให้ไม่สามารถคิดอย่างมีเหตุผล การใช้ภาษาผิดพลาดติดขัด พูดจาตะกุกตะกัก (Kennerley, 1995)

สำหรับสาเหตุที่ทำให้ญาติที่มาเยี่ยม รู้สึกตกใจ เสียใจ กลัว และวิตกกังวล คือ สภาพหมดสติของผู้ป่วยเป็นเหตุการณ์ไม่คาดคิดและเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน กับ ระดับความรุนแรงของ

ภาวะหมดสติที่ญาติรับรู้ว่า เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมองนั้น เป็นอาการรุนแรงถึงชีวิต และมีแนวโน้มที่จะไม่สามารถฟื้นกลับคืนสู่สภาพเดิม ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

จากข้อค้นพบ สภาวะหมดสติของผู้ป่วยเป็นเหตุการณ์ไม่คาดคิด และเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะหมดสติ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ไม่มีการเตือนล่วงหน้า ญาติไม่มีเวลาในการเตรียมพร้อมที่จะพบกับเหตุการณ์เช่นนี้ ทำให้ส่งผลกระทบต่อสภาวะอารมณ์ และจิตใจของญาติที่มาเยี่ยม โดยที่ญาติจะมีปฏิกิริยาตอบสนองกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น อาทิเช่น รู้สึก ช็อก ตกใจ กลัวการสูญเสียผู้ป่วย เสียใจ ปฏิเสธไม่ยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และวิตกกังวล เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความวิตกกังวลกับอาการของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลอันเป็นที่รัก มีความสำคัญกับครอบครัว และรู้สึกเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกะทันหันเกินไป (วิจิตรา กุสุมภ์, 2546; Fortinash & Holoday-Worret, 2008) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กรณ์พิชญ์ โคตรประทุม (2546) ที่ศึกษาการปรับตัวของครอบครัว เมื่อมีสมาชิกได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง ตามทฤษฎีภาวะวิกฤตครอบครัวของฮิลล์ พบว่า ความรู้สึกรับรู้ของครอบครัวเมื่อรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นรุนแรงและรวดเร็วเกินไป ซึ่งทำให้ครอบครัวไม่สามารถควบคุมหรือบรรเทาความวิตกกังวล ความเครียดด้านจิตใจที่เกิดขึ้นได้ จากการเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรง ครอบครัวจะมีลักษณะวิกฤตทางด้านอารมณ์ คือ ช็อก ร้อยละ 32 งุนงง สับสน ร้อยละ 80 และกังวลใจ ร้อยละ 100

นอกจากนี้ ระดับความรุนแรงของภาวะหมดสติที่ญาติรับรู้ว่า เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมองนั้น เป็นอาการรุนแรงถึงชีวิต และมีแนวโน้มที่จะไม่สามารถฟื้นกลับคืนสู่สภาพเดิม อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหมดสติเกิดจากความบกพร่องของระบบประสาทส่วนกลางซึ่งควบคุมการทำงานของอวัยวะทุกระบบของร่างกาย และอวัยวะในบางระบบที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการมีชีวิต เช่น การหายใจ การไหลเวียนโลหิต การควบคุมการเคลื่อนไหวของอวัยวะต่าง ๆ การมีพยาธิบริเวณสมองส่วนที่ควบคุมระดับความรู้สึกตัวในส่วนของ Cerebral Cortex หรือมีการทำลายลุกลามไปถึงส่วนก้านสมอง ทำให้มีการขัดขวางหรือยับยั้งการส่งสัญญาณประสาทจากสมองที่ควบคุมการตื่น คือ Reticular Activating System ข่มส่งผลให้ภาวะรู้สึกตัวของบุคคลนั้นลดลง และอาจเกิดภาวะหมดสติได้ (พัชรินทร์ อังสุภากร, 2535; Hall, 1998) ซึ่งสภาวะหมดสติ หมายถึง ภาวะที่ไม่ตอบสนองต่อการตื่น และไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นจากภายนอก เช่น คำพูด เสียงต่าง ๆ ตลอดจนการกระตุ้นด้วยความปวด (Smeltzer et al., 2008) ทำให้เกิดความผิดปกติในการทำงานของร่างกาย อาทิ เช่น เกิดความผิดปกติของการหายใจ มีการเปลี่ยนแปลงของอัตราการหายใจ จังหวะการหายใจ ลักษณะและรูปแบบของการหายใจ หรือหยุดหายใจ และมีโอกาสเสียชีวิตได้ (พัชรินทร์ อ้วนไทร, 2545; Smeltzer et al., 2008)

สำหรับวิธีจัดการกับ ความรู้สึกตกใจ เสียใจ กลัว และวิตกกังวล พบว่า มี 3 วิธี ได้แก่ วิธีที่ 1) หลบออกจากสถานการณ์การเชื่อมที่วุ่นวายชั่วคราว เพื่อพยายามทำจิตใจให้สงบ วิธีที่ 2) ปรับความคิดตามสภาพความเป็นจริง ได้แก่ ปรับความคิดและทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ยอมรับสภาพปัจจุบันของผู้ป่วย และกำหนดเป้าหมายที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด กับ สร้าง ความหวัง และความเชื่อมั่นว่า ความเชี่ยวชาญในการรักษาคนไข้หมดสติของแพทย์และการดูแล ของพยาบาล จะช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและคืนสู่ภาวะปกติได้ และวิธีที่ 3) พึงพาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

จากข้อค้นพบ ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ หลบจากสถานการณ์การเชื่อมที่วุ่นวาย ชั่วคราว เพื่อพยายามทำจิตใจให้สงบ เมื่อญาติมาเยี่ยมและพบกับสภาพผู้ป่วยที่หมดสติ ส่งผลให้ เกิดความกระตือรือร้นใจ ญาติใช้วิธีปรับสภาวะทางอารมณ์โดยการหลีกเลี่ยงไปจาก สถานการณ์ที่เป็นปัญหาชั่วคราว และหาสถานที่เงียบสงบ พยายามนั่งทำจิตใจให้นิ่ง โดยไม่พูดคุย กับใคร ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าว ญาติบอกว่าทำให้จิตใจสงบลง และมีสมาธิในการคิดแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่ญาติต้องเผชิญกับคำถามของญาติคนอื่น ๆ ที่มาเยี่ยม ด้วยกัน อธิบายได้ว่า วิธีการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาชั่วคราวเป็นการใช้กลไกทางจิต ซึ่งเป็นการปรับตัวทางด้านจิตใจช่วยลดความไม่สบายใจ ความคับข้องใจในสถานการณ์ขณะนั้น เป็นพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบ Emotional-Focus Coping ที่ปกป้องให้พ้นจากความวิตกกังวล และลดอารมณ์ที่เป็นทุกข์ (Lazarus & Folkman, 1984) การที่ญาติผู้ป่วยได้พักผ่อนหรือออกไปจาก สิ่งแวดล้อมที่เป็นปัญหาช่วงระยะเวลาหนึ่ง ช่วยให้ญาติผู้ป่วยรู้สึกสดชื่น มีกำลังใจ ที่จะต่อสู้กับ ปัญหา อุปสรรคต่าง ๆ เป็นวิธีการหนึ่งซึ่งช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้ (Leske, 2002) นอกจากนี้การพยายามทำจิตใจให้สงบ เป็นลักษณะการทำจิตใจให้นิ่ง มีการคิดรู้ หรือกระทำ สิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วยความรู้สึกตัว เมื่อจิตตั้งมั่นเป็นสมาธิมากขึ้น ความฟุ้งซ่าน ความวิตกกังวลใจก็ ลดลง (พลภัทร โล่เสถียรกิจ, 2549) และจิตใจที่สงบ ย่อมส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย (Body System) ปรับสมดุลมีการหลั่งสารฮอโมนเอ็นโดฟิน (Endorphine) หรือสารแห่งความสุข ช่วยการทำงานของระบบต่าง ๆ กล้ามเนื้อ เอ็น ตลอดจนถึงการไหลเวียนโลหิตดีตามไปด้วย และยังช่วยลดอะดรีนาลีน (Adrenaline) ที่เป็นตัวกระตุ้นอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ที่ทำให้หัวใจเต้น แรงขึ้น และกระตุ้นกล้ามเนื้อทำให้เกร็งตัวมากขึ้น เมื่อระบบประสาททำงานดีขึ้นก็จะส่งผลให้ ระบบการทำงานของร่างกายสามารถค่อย ๆ ปรับสมดุลเข้าสู่ภาวะปกติ (พระมหาประดิษฐ์ จิตตสวโร, 2548)

ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ใช้วิธีปรับความคิดตามสภาพความเป็นจริง ได้แก่ ปรับความคิดและทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ยอมรับสภาพปัจจุบันของผู้ป่วยและกำหนดเป้าหมายที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด เมื่อญาติได้รับแจ้งจากแพทย์ว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่หมดสติ ไม่มีโอกาสรอดชีวิต ญาติได้พยายามทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามเหตุและผล ปรับความคิดยอมรับสภาพอาการผู้ป่วยในปัจจุบัน และกำหนดเป้าหมายของคนที่จะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุดก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ซึ่งส่งผลให้ความรู้สึกเสียใจลดลงจิตใจสบายขึ้น อธิบายได้ว่าการปรับใจยอมรับความจริง ซึ่งเป็นสิ่งที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์นั้น และมีความเข้าใจสภาพของปัญหาตามความเป็นจริง ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นว่า เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นวิธีการเผชิญปัญหาอย่างหนึ่งที่มีงัดการกับอารมณ์ โดยพยายามทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นด้วยเหตุผล โดยการมองผู้ป่วยและเข้าใจในอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (กนกรัตน์ เนตรใส, 2547; จำลอง คิชขวนิช และพริ้มเพรา คิชขวนิช, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับ นันทพร ศรีนิม (2545) ที่กล่าวว่า การยอมรับสภาพเหตุการณ์ที่เป็นจริง เป็นการทำให้ใจของญาติผู้ดูแล เพื่อเป็นการตัดสิ้นใจเลิกคิด เลิกเศร้า โศกเสียใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หรือความรู้สึกที่ไม่สบาย พยายามหาเหตุผลมาปลอบใจตนเอง ยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ควบคู่ไปกับการให้ความสำคัญของเหตุการณ์นั้นลดลง ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกสบายใจ และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างปกติ

ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ใช้วิธีสร้างความหวังและความเชื่อมั่นว่า ความเชี่ยวชาญในการรักษาคนไข้หมดสติของแพทย์ และการดูแลของพยาบาล จะช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและคืนสู่สภาวะปกติได้ อธิบายได้ว่า ในสังคมไทย ญาติและผู้ป่วย มักจะให้ความศรัทธาและความเชื่อมั่นในความสามารถของแพทย์ มองเห็นว่าแพทย์เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญมากในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพหรือความเจ็บป่วย และการที่ญาติมีโอกาสเห็นพฤติกรรมความช่วยเหลือของแพทย์ พยาบาล ที่ทำงานอย่างกระตือรือร้น ทำให้ญาติมีความรู้สึกเชื่อมั่นและวางใจว่าวิธีการรักษาของแพทย์ พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น (สหัชยา แก้วพิบูลย์, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ขอดยิ่ง (2541) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตส่วนใหญ่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และญาติรับรู้ว่ามีอาการอยู่ในขั้นรุนแรงมาก ญาติส่วนใหญ่มีความหวังว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นโดยญาติให้เหตุผลมีความมั่นใจว่า ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดี เนื่องจากญาติไว้วางใจ เชื่อมั่นว่าแพทย์และพยาบาล มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี

ส่วนญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ พึงพาสังสัคคีสัทธ ญาติได้สวดมนต์ และบนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์ของโรงพยาบาล โดยอธิษฐานขอให้ผู้ป่วยปลอดภัยหายเป็นปกติ หรือให้ตนเองได้มี

โอกาสดูแลผู้ป่วยต่อไป ซึ่งทำให้เกิดความโล่งใจ สบายใจขึ้นว่า สิ่งที่ยึดมั่นอาจเป็นจริงตามที่ได้อธิษฐาน อธิบายได้ว่า ญาติที่มาเยี่ยมพยายามหาทางออก เพื่อลดหรือขจัดความรู้สึกไม่สบายใจ โดยการสวดมนต์ ซึ่งถือว่าเป็นวิธีการจัดการกับปัญหา เป็นการสร้างพลังภายในเพื่อเผชิญปัญหาที่สามารถเสริมสร้างพลังแห่งชีวิต สร้างกำลังใจ (โกสุม เศรษฐวรงค์, 2545) นอกจากนี้ การบ่นบ่นเพื่อขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ช่วยปกป้องคุ้มครองให้ผู้ป่วยปลอดภัยหรือมีอาการดีขึ้น ซึ่งการบ่นบ่นเป็นการเสนอข้อแลกเปลี่ยนกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นอิทธิพลของความเชื่อ ถือเป็นรูปแบบหนึ่งของการอธิษฐาน ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความศรัทธา (ยศ สันตนิสมบัติ, 2544) การอธิษฐานถึงแม้จะเป็นช่วงสั้น ๆ ก็ตาม แต่ให้ผลดีต่อสภาพจิตใจของผู้อธิษฐาน ช่วยลดความคับข้องใจ ความไม่สบายใจ ทำให้รู้สึกโล่งใจ สบายใจขึ้น และส่งผลดีต่อร่างกาย เมื่อจิตใจสบายย่อมทำให้ระบบอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายสามารถกลับสู่สภาวะปกติ (ทิพวรรณ ทองบริสุทธิ์, 2547)

ส่วนผลลัพธ์จากการจัดการกับรู้สึกตกใจ เสียใจ กลัว และวิตกกังวล คือ ระดับความตกใจ เสียใจ กลัว และวิตกกังวลลดลง แต่ความเสียใจ กลัว และวิตกกังวลที่ลดลงดังกล่าว ยังคงอยู่อย่างต่อเนื่องตามสภาวะหมดสติของผู้ป่วย จากข้อค้นพบ หลังจากที่ได้ญาติตั้งสติควบคุมอารมณ์ พยายาม ปรับความคิดทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งมีความเชื่อมั่นในการดูแลของแพทย์ว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ตลอดจนการพึ่งพาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ดังกล่าว ทำให้ความรู้สึกตกใจที่ต้องเผชิญกับสภาพผู้ป่วยหมดสตินั้นคลายลง แต่เนื่องจากสภาพหมดสติของผู้ป่วยยังคงอยู่อย่างต่อเนื่อง ทำให้ความรู้สึกเสียใจ กลัว และวิตกกังวลของญาติที่มาเยี่ยม ก็ยังคงอยู่อย่างต่อเนื่องเช่นกัน

ประเด็นที่ 2 ต้องการรู้และเกาะติดสถานการณ์ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากข้อค้นพบ ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ต้องการทราบและติดตามความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย รวมทั้งมีคำถามที่ต้องการถามแพทย์เจ้าของไข้เกี่ยวกับอาการและการรักษา และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น ระดับความดันโลหิต และชีพจรปกติหรือไม่อย่างไร แนวทางการรักษา ตลอดจนความก้าวหน้าของความเจ็บป่วยที่อาจทรุดลงหรือดีขึ้นในแต่ละวัน ซึ่งสอดคล้องกับ กันยา วังเฮงชะฤทธิ์ (2549) ที่กล่าวว่า เมื่อญาติรับรู้ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุอยู่ในภาวะวิกฤต เมื่อสอบถามถึงความรู้สึกของญาติผู้ป่วยทันทีเมื่อเข้ามาเยี่ยม ญาติมีความรู้สึกอยากทราบข้อมูลเกี่ยวกับสภาพอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยขณะนั้น รวมถึงวิธีการ แนวทางการรักษา การพยากรณ์โรค และการศึกษาของ ธิติมา วทานิชเวช (2540) ที่ศึกษา ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาล พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยมากกว่าด้านอื่น ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ด้านอารมณ์ และด้านร่างกายรองลงมาตามลำดับ

สาเหตุที่ทำให้ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ต้องการรู้และเกาะติดสถานการณ์ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องคือ ความห่วงใยในอาการของผู้ป่วย เนื่องจากญาติตระหนักว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะอันตราย และไม่สามารถสื่อสารให้ญาติได้รับรู้ ถึง ความรู้สึก ความต้องการ ปัญหาที่เกิดขึ้น อีกทั้งญาติยังมีความห่วงใยอาการผู้ป่วยในขณะนั้นว่า ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น หรือจะทรุดลงอีกมากน้อยเพียงใด

ญาติมีวิถีจัดการกับ ความต้องการรู้และเกาะติดสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง ดังกล่าว 4 วิธี คือ วิธีที่ 1) ทดสอบความรู้สึกตัวของผู้ป่วยด้วยตนเอง วิธีที่ 2) สอบถามอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจากบุคลากรทางการแพทย์ วิธีที่ 3) เรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยจากประสบการณ์ของญาติคนอื่น และวิธีที่ 4) แสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

จากข้อค้นพบ ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ทดสอบความรู้สึกตัวของผู้ป่วยด้วยตนเอง อาทิเช่น การเรียกชื่อผู้ป่วย การบอกให้ทำตามคำสั่ง โดยการสั่งให้ผู้ป่วยบีบมือ กำมือ การเปิดเปลือกตาผู้ป่วย เพื่อดูปฏิกิริยาการเคลื่อนไหวของลูกตา การกระตุ้นบริเวณขาและฝ่าเท้าของผู้ป่วย เป็นต้น เพื่อต้องการทดสอบระดับความรู้สึกตัวและปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วย โดยญาติจะสังเกตดูว่า ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการกระตุ้นเช่นไร เพื่อญาติจะตีความการตอบสนองต่อการกระตุ้นของผู้ป่วย เช่น ยกแขน ขาหนี แสดงว่าผู้ป่วยเริ่มมีความรู้สึกตัว ในทางตรงกันข้ามหากผู้ป่วยไม่ตอบสนองแสดงว่าผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัว ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินอาการผู้ป่วยทางระบบประสาท โดยการประเมินระดับความรู้สึกตัว ที่ใช้แบบประเมินกลาสโกว์ (Glasgow Coma Scale) (สมจิต หนูเจริญกุล, 2547; Hall, 1998; Smeltzer et al., 2008) เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของสมองเกี่ยวกับระดับการตื่นตัว (Arousal) และการรับรู้ถึงสิ่งเร้าที่มากระตุ้นหรือความรุนแรงของการหมดความรู้สึกตัวของผู้บาดเจ็บที่สมอง ด้วยการประเมินจากพฤติกรรมตอบสนองที่ดีที่สุดของผู้บาดเจ็บที่สมอง ซึ่งทำการประเมินทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การลืมตา การพูด และการเคลื่อนไหว แล้วกำหนดให้ค่าพฤติกรรมตอบสนองเป็นตัวเลข โดยผลรวมของคะแนนตามพฤติกรรมที่แสดงทั้ง 3 ด้าน มีคะแนนรวมเท่ากับ 15 คะแนน (Hickey, 2003) ซึ่งคะแนนรวม Glasgow Coma Scale ที่มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน ถือว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะหมดสติ (Urden, Stacy, & Lough, 2006)

ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ สอบถามอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจากบุคลากรทางการแพทย์ จากข้อค้นพบ ญาติมีการรับรู้อาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากการสอบถามจากแพทย์ ผู้ทำการรักษา หรือสอบถามจากพยาบาลขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลกับให้กับผู้ป่วย เพราะญาติมีความมั่นใจว่าแพทย์และพยาบาล มีความรู้สามารถที่จะอธิบายสภาพอาการผู้ป่วย ให้ตนเองเข้าใจ

ได้ ดังเช่นการศึกษาของ สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์ (2541) ที่ศึกษาความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า บุคคลที่ญาติผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารคือ บุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด เกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาของแพทย์ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะญาติผู้ดูแลมีความคาดหวังต่อบทบาททางสังคมของบุคลากรทางการแพทย์ว่าสามารถช่วยเหลือประชาชนได้เมื่อมีปัญหาสุขภาพหรือต้องการคำปรึกษา นอกจากนี้พยาบาลเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย รับรู้ถึงสภาพอาการของผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรในทีมการรักษาพยาบาลอื่น ๆ และเป็นบุคคลสำคัญที่สามารถให้การสนับสนุนด้านข้อมูลทำให้ญาติผู้ป่วยเข้าใจ ยอมรับกับสภาพอาการ การบาดเจ็บของผู้ป่วยมากที่สุด (กันยา วังเฮงยะฤทธิ, 2549)

ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ เรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยจากประสบการณ์ของญาติคนอื่น จากข้อค้นพบ ญาติได้สอบถามและเรียนรู้จากการพูดคุยกับญาติของผู้ป่วยที่ผ่านประสบการณ์คล้ายกับตนเอง ทำให้ญาติได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และเข้าใจความรู้สึกซึ่งกันและกันพร้อมทั้งได้รับความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของการฟื้นคืนสติ การประเมินอาการผู้ป่วยและเทคนิคการดูแลผู้ป่วยในช่วงที่ยังหมดสติ ซึ่งทำให้ญาติที่มาเยี่ยมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพอาการของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น มีความมั่นใจในการที่จะให้การดูแลผู้ป่วย เกิดความสบายใจและมีความหวัง อธิบายว่า การได้พูดคุยกับญาติคนอื่น ๆ ที่มีปัญหาล้ายคลึงกัน เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ได้ระบายความรู้สึกและแสวงหาความช่วยเหลือ เป็นการพึ่งพาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่อยู่รอบตัว เป็นการสนับสนุนทางสังคมระหว่างบุคคลที่อยู่ในสังคมเดียวกัน โดยเฉพาะในฐานะญาติผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะความเห็นอกเห็นใจของคนที่มีความรู้สึกร่วม จึงมักให้การช่วยเหลือกัน เมื่อพบว่าคนอื่น ๆ ได้รับความเดือดร้อน

นอกจากนี้ การที่ญาติได้เล่าประสบการณ์ให้คนที่ไว้วางใจและมีประสบการณ์เดียวกันได้รับฟัง ทำให้ญาติสามารถพูดถึงสิ่งที่ตนเองเคยปฏิบัติมาแล้ว ไม่เกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่ตนพูดนั้นผิดแผกไปจากคนอื่น ทำให้ญาติที่กำลังเผชิญปัญหาอยู่ในขณะนั้นได้ผ่อนคลาย ระบายความทุกข์ ความกังวลใจออกมา และการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลความรู้จากญาติที่เคยมีประสบการณ์เดียวกันมาก่อน ทำให้เกิดความรู้ที่จะนำไปปฏิบัติมากขึ้น ซึ่งช่วยให้บุคคลที่กำลังเผชิญปัญหาในลักษณะเดียวกัน สามารถปรับตัวเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ดีขึ้น (บุญชิ้น อิ่มมาก, 2537) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนา ชูวรรณะปกรณ (2544) ที่ศึกษาเกี่ยวกับหลักการพยาบาลแบบองค์รวม และการพยาบาลที่เป็นจริง พบว่าการแสวงหาความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับผู้ป่วยของญาติ นอกเหนือจากคำแนะนำที่ได้รับจากพยาบาล ซึ่งอาจไม่เพียงพอ ญาติต้องแสวงหาความรู้จากการพูดคุยกับญาติผู้ป่วยคนอื่น ๆ ที่มีปัญหาล้ายคลึงกัน ทั้งนี้นอกจากจะได้รับความรู้แล้ว ยังทำให้ญาติมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และการศึกษาของ กนกรัตน์ เนตรไสว (2547) พบว่า ญาติ

แสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ไม่รู้ตัวและใส่ท่อช่วยหายใจ โดยการสอบถามเพิ่มเติมจากญาติเพียงข้างเคียงที่มีประสบการณ์การดูแลมาก่อน ทำให้ญาติได้รับความรู้ สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น และทำให้ญาติมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นด้วย

ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ แสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจากการคู่มือการเยี่ยมโดยญาติพยายามเรียนรู้การดูแลผู้ป่วย โดยศึกษาจากสมุดคู่มือการเยี่ยมของหอผู้ป่วย โดยในหนังสือจะเขียนเกี่ยวกับข้อควรปฏิบัติขณะเยี่ยมผู้ป่วย การสื่อสารกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ การออกกำลังกายให้ผู้ป่วยและการพูดคุยสัมผัสผู้ป่วยทำอย่างไร รวมทั้งอุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย ซึ่งญาติบอกว่าเมื่ออ่านแล้วทำให้ตนเองเข้าใจ และสามารถนำมาปฏิบัติกับผู้ป่วยได้ในขณะที่เยี่ยม อาทิเช่น การพูดคุย การสัมผัสผู้ป่วย เป็นต้น

ส่วนผลลัพธ์จากการรู้และเกาะติดสถานการณ์ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง คือ ความกังวลใจเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยลดลง กับ ความสับสนและความกังวลใจเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยยังคงอยู่ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

จากข้อค้นพบ ความกังวลใจเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยลดลง ญาติที่มาเยี่ยมรู้สึกวิตกกังวลกับอาการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น แต่เมื่อญาติได้รับทราบข้อมูลอาการผู้ป่วย แนวทางการรักษา การพยากรณ์โรคจากแพทย์ และการที่ญาติติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยการสังเกตและทดสอบระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วยขณะเยี่ยม ทำให้ญาติผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูล สภาพอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงในแต่ละวัน ซึ่งช่วยให้ญาติเข้าใจ และยอมรับในสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นไม่ว่าอาการจะดีขึ้นหรือทรุดลงเพียงใด ส่งผลให้ญาติมีความวิตกกังวลกับอาการผู้ป่วยลดลง อธิบายได้ว่า ความกังวลใจที่เกิดขึ้น เป็นผลมาจากการที่ญาติขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการ การรักษา การพยากรณ์โรคของผู้ป่วย แต่เมื่อญาติผู้ป่วยใช้วิธีการแสวงหาข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยดังกล่าวมาแล้ว ทำให้ญาติได้เกิดการเรียนรู้ และทำความเข้าใจเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ช่วยให้ประหม่นและควบคุมสถานการณ์ได้ดีขึ้น ความกังวลใจของญาติก็ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นุชนาถ ประกาศ (2551) ที่ศึกษาผลกระทบของความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วย ณ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม พบว่า การที่แพทย์และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ให้ข้อมูลกับญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยโดยข้อมูลที่ญาติต้องการมักเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค อาการของผู้ป่วยในขณะนั้น โดยญาติต้องการทราบเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทุกครั้ง เพราะทำให้ญาติสามารถคาดคะเนหรือวางแผนในการช่วยเหลือผู้ป่วย เมื่อญาติทราบข้อมูลของผู้ป่วยแล้วจะช่วยให้ครอบครัวรู้สึกว่าจะสามารถควบคุมสถานการณ์ได้และสามารถลดความเครียดความวิตกกังวลของญาติได้ (นิภาวรรณ สามารถกิจ และ จันทร์พร ขอดยิ่ง, 2541) และการศึกษาของ รัตนา อยู่เปลว (2543) ที่ศึกษาผลของการสนับสนุนด้าน

ข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ พบว่า ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์จะมีความวิตกกังวลลดลง

สำหรับความสับสนและความกังวลใจเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยยังคงอยู่ ญาติที่มาเยี่ยมได้รับข้อมูลจากบุคลากร แต่ข้อมูลไม่ชัดเจน ทำให้ญาติไม่สามารถเข้าใจสภาพอาการผู้ป่วย ตลอดจนความเป็นเหตุเป็นผลของอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้น ญาติจะมีความสับสนและยังคงมีความกังวลใจเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกรณีที่ญาติไม่กล้าซักถามรายละเอียดจากบุคลากร อธิบายได้ว่า การติดต่อสื่อสารที่ไม่เพียงพอระหว่างญาติผู้ป่วยกับแพทย์พยาบาล การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยที่ไม่ตรงกับความต้องการ หรือการได้รับการตอบคำถามหรือข้อข้องใจเพียงสั้น ๆ และรวบรัดจากบุคลากรทางการแพทย์ การไม่เข้าใจ ไม่ได้รับคำอธิบายที่เพียงพอ ยิ่งส่งผลทำให้ญาติผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพอาการผู้ป่วย ทำให้เกิดความวิตกกังวลกับอาการผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น (Williams, 2005)

ประเด็นที่ 3 ต้องการสื่อสารกับผู้ป่วย จากข้อค้นพบ แม้ญาติจะรับรู้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่หมดสติ ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้น แต่ญาติก็มีความพยายามมุ่งมั่นที่จะสื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อส่ง “สาร” ให้ผู้ป่วยได้รับรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ญาติตระหนักว่า “สาร” นั้น เป็นสาระสำคัญที่ตนยังไม่เคยได้ส่งให้ผู้ป่วยได้รับรู้ในขณะที่ยังมีสติอยู่ โอกาสนี้ที่แม้ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกตัว แต่ก็ยังอาจได้ยินและรับรู้สารที่สื่อให้ได้ อธิบายได้ว่า การสื่อสารเป็นปัจจัยสำคัญในการติดต่อ และเป็นพื้นฐานของการสร้างสัมพันธภาพและความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างบุคคล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) มนุษย์ทุกคนต้องการความรัก และการเอาใจใส่ ในขณะเดียวกันก็ต้องการที่จะรักผู้อื่น ซึ่งแสดงออกโดยการพูดคุย หรือการสัมผัส เพื่อดำเนินทอดความรัก แสดงความรู้สึก และความต้องการของตนไปสู่ผู้รับสาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สหรัยา แก้วพิบูลย์ (2547) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของครอบครัวที่มีสมาชิกได้รับการช่วยฟื้นชีวิต และกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหมดสติ พบว่า ผู้ให้ข้อมูล 8 ใน 10 คน รับรู้ว่าสมาชิกในครอบครัวกำลังเผชิญกับสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อความเป็นความตาย จึงมีความต้องการอย่างยิ่งที่จะอยู่ใกล้ ๆ เพื่อดำเนินทอดความรัก สัมผัส พูดคุย และส่งกำลังใจให้ผู้ป่วย เสมือนเป็นพลังให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับความรุนแรงของการเจ็บป่วย แม้จะเป็นการช่วยเหลืออะไรไม่ได้มาก หากแต่เป็นความอบอุ่นใจ และเป็นกำลังใจให้แก่ผู้ป่วยได้

สำหรับสาเหตุที่ทำให้ต้องการสื่อสารกับผู้ป่วย คือ อยากทราบความรู้สึกนึกคิด ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย อยากกระตุ้นให้ฟื้นคืนสติโดยเร็ว และต้องการถ่ายทอดความรัก ความห่วงใย และให้กำลังใจผู้ป่วยสู้เพื่อฟื้นคืนสติ ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

จากข้อค้นพบ ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ อยากทราบความรู้สึกนึกคิด ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ญาติต้องการสื่อสารกับผู้ป่วย เพราะญาติรู้สึกสงสารผู้ป่วยที่ต้องทนทุกข์ทรมานกับสภาพที่นอนนิ่ง ไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ โดยญาติได้พยายามสอบถามหรือส่งกระแสจิต เพื่อต้องการรับรู้เกี่ยวกับความสบายของร่างกาย อาการ ความรู้สึก ความต้องการรับประทานอาหารและน้ำ

ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ อยากกระตุ้นให้ฟื้นคืนสติโดยเร็ว ญาติได้กระตุ้นผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสติ โดยการเรียกชื่อผู้ป่วย พูดคุยให้ได้ยินเสียงที่ผู้ป่วยคุ้นเคย สัมผัส เขย่าตัว และบิบนวดตัว อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถพูดคุยสื่อสารได้ ญาติจะพยายามพูดคุยในสิ่งที่ผู้ป่วยชอบและเคยปฏิบัติในภาวะปกติเพราะเชื่อว่าเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยพึงพอใจ หากผู้ป่วยรับรู้ได้ จะทำให้มีความสุข ส่งผลโดยอ้อมต่อการฟื้นฟูด้านร่างกายต่อไป (ทิพวรรณ ทองบริสุทธิ, 2547) และการใช้เสียงเพื่อกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกด้านการได้ยินเสียงในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมอง โดยมีการใช้เสียงพูดกับผู้ป่วย เช่น การเรียกชื่อผู้ป่วย การบอกให้ทำตามคำสั่ง การพูดคุยขณะทำกิจกรรมให้กับผู้ป่วย หรือใช้สิ่งกระตุ้นที่ผู้ป่วยคุ้นเคย มีประสบการณ์ความทรงจำมาก่อน จะช่วยให้เกิดการรับรู้ได้เร็วขึ้น (พัชรินทร์ อ้วนไคร, 2545)

ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ถ่ายทอดความรัก ความห่วงใย และให้กำลังใจผู้ป่วยผู้เพื่อฟื้นคืนสติต่อไป ญาติพยายามพูดคุยให้กำลังใจกับผู้ป่วย แสดงความรักความห่วงใยไปสู่ผู้ป่วย ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยให้อยู่ตามลำพัง เพื่อสร้างความอบอุ่นใจ ให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วย และฟื้นคืนสติ อธิบายได้ว่า ญาติผู้ที่มีความรักความผูกพันหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ต้องการมาเยี่ยมเยียนให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อแสดงให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความห่วงใย เอาใจใส่ ไม่ละทิ้ง ก่อให้เกิดความอบอุ่นใจแก่ผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการได้รับความรัก ความห่วงใย และความมีคุณค่าของคน (วงรัตน์ ไสสุข, 2544) และจากการศึกษาของ พิกุล เจริญสุข (2549) ที่ศึกษาประสบการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ครอบครัวจะมีการพูดคุยให้มีกำลังใจและปลอบใจผู้ป่วย ให้มีกำลังใจไม่ท้อแท้

ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติมีวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วย คือ ปฏิบัติการสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยการพูดคุย และปฏิบัติการสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยภาษากาย ดังนี้

ปฏิบัติการสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยการพูดคุย ญาติที่มาเยี่ยมมีวิธีสื่อสารโดยการพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อส่งสาร ได้แก่ สารที่มีความหมายกับผู้ป่วย สารเพื่อปลอบใจ-ให้กำลังใจผู้ป่วย และสารเพื่ออนุญาตให้ผู้ป่วยจากไป ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

จากข้อค้นพบ สารที่มีความหมายกับผู้ป่วย ญาติที่มาเยี่ยมพยายามพูดคุยกับผู้ป่วย เพื่อเป็นการกระตุ้นด้วยการเรียกชื่อผู้ป่วย พูดคุยใกล้ ๆ หู หรือบอกเล่าเรื่องราวผู้ป่วยชอบให้ผู้ป่วยฟัง หรือปฏิบัติอยู่เป็นประจำ เพราะญาติเชื่อว่าจะเป็นการช่วยกระตุ้นการรับรู้ให้กับผู้ป่วย และตั้งใจให้ผู้ป่วยตอบสนองได้ดีกว่าปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พชรินทร์ อ้วนไทร (2545) ที่ศึกษาผลของการใช้เสียงพูดที่คุ้นเคย กระตุ้นประสาทรับความรู้สึก ด้านการได้ยินต่อระดับความรู้สึกตัวและพฤติกรรม การตอบสนองการได้ยินในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ไม่รู้สึกตัว โดยให้ผู้ป่วยฟังเทปเสียงพูดของญาติ ซึ่งมีความยาว 10 นาที สังเกตพฤติกรรมการตอบสนองต่อเสียงที่ผู้ป่วยได้ฟังตลอดเวลา ทำการทดลอง ณ เวลา 06.30 และ 19.00 น. ของทุกวัน เป็นระยะเวลา 7 วัน ผลพบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ไม่รู้สึกตัวที่ได้รับการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก ด้านการได้ยินด้วยเสียงพูดที่คุ้นเคย มีพฤติกรรมตอบสนองการได้ยินด้วยเสียงพูดที่คุ้นเคย มีพฤติกรรมตอบสนองการได้ยินมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก

สำหรับ สารเพื่อปลอบใจ-ให้กำลังใจผู้ป่วย ญาติที่มาเยี่ยมพูดเพื่อส่งความปรารถนาดีให้ผู้ป่วยมีความสบายใจไม่ต้องคิดมาก พูดให้ผู้ป่วยได้ยินทุกครั้งที่มาเยี่ยมว่า มีบุคคลใกล้ชิดที่ตนเองรักรอการฟื้นคืนสติของผู้ป่วยอยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ แรงการฟื้นคืนสติให้เร็วยิ่งขึ้น อธิบายได้ว่า ญาติต้องการแสดงให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีญาติรักห่วงใยเอื้ออาทร โดยการสนทนา การพูดคุยให้กำลังใจ และปลอบใจผู้ป่วยตลอดเวลา แม้ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกตัวหรือไม่รู้สึกตัวก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกรัตน์ เนตรใสว (2547) ที่ศึกษาประสบการณ์ของญาติในการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ พบว่า ญาติจะพยายามพูดให้ผู้ป่วยมีความหวัง คอยปลอบโยน และเป็นกำลังใจให้กับผู้ป่วยเสมอ และการศึกษาของ โสพรรณ โพทะยะ (2544) ที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาล โดยให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง พบว่า กิจกรรมการดูแลที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติอย่างหนึ่ง ได้แก่ การสัมผัส และการพูดคุยเพื่อเป็นการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

สำหรับสารเพื่ออนุญาตให้ผู้ป่วยจากไป ขณะเยี่ยมผู้ป่วย ญาติที่ตระหนักว่าผู้ป่วยอาจอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ญาติได้พยายามสื่อสารบอกผู้ป่วยให้รับรู้ถึงอาการเจ็บป่วยของตนเองที่เกิดขึ้น พูดให้ผู้ป่วย มั่นใจว่าบุคคลที่อยู่ข้างหลังจะสามารถดูแลตนเองได้ ผู้ป่วยไม่ต้องเป็นห่วงกังวล เพื่อให้ผู้ป่วยสบายใจที่จะจากไปเมื่อเวลาของผู้ป่วยมาถึง อธิบายได้ว่า การที่ญาติพูดคุยและแนะนำให้ผู้ป่วยละความห่วงใยในสิ่งต่าง ๆ อาทิ ลูกหลาน คนรัก พ่อแม่ งานการ หรือโลกทั้งโลก ที่ผู้ป่วยคุ้นเคย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ปล่อยวาง ยอมรับความจริงที่อยู่เบื้องหน้าไม่ยึดติดอยู่ อันจะเหนี่ยวนำจิตใจทำให้ทรมานทรมานวาระสุดท้าย ดังนั้นเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง ไม่มีอะไรดีกว่าการ

ปล่อยวาง แม้กระทั่งตัวตน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสงบในจิตใจและมีความสุข ช่วยลดทอนความทุกข์ ความเจ็บปวดได้ในระยะสุดท้ายของชีวิต (พระไพศาล วิสาโล, 2550)

ปฏิบัติการสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยภาษากาย จากข้อค้นพบ ญาติที่มาเยี่ยมสื่อสารกับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหมดสติโดยที่ไม่ต้องใช้คำพูด ด้วยการสัมผัส กอด หรือการบีบนิ้ว เป็นต้น เพราะญาติเชื่อว่า การสัมผัส การกอด สามารถสื่อถึงความรัก ความห่วงใยเอื้ออาทรไปยังผู้ป่วยได้ แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่รู้ตัวก็ตาม ซึ่งทำให้ญาติมีความสุขใจ พึงพอใจ จากการกระทำของ อธิบายได้ว่า ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ พยายามที่จะหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อสื่อสารให้ผู้ป่วย รับรู้ถึงกำลังใจที่ญาติมีให้ นอกเหนือจากคำบอกกล่าวด้วยคำพูดแล้ว ญาติยังใช้การสัมผัสช่วยในการกระตุ้นการรับรู้ของ ผู้ป่วย โดยอาศัยการจับมือ หรือการบีบนิ้วเพื่อแสดงออกถึงความรักความห่วงใยผ่านทางกาย สัมผัส (กนกรัตน์ เนตรใสว, 2547) การสัมผัสเป็นการถ่ายทอดความรัก ความเห็นใจ ความห่วงใย และการปลอบโยนไปสู่ผู้ป่วย เป็นวิธีการสื่อสารที่อาศัยการรับรู้จากปลายกระแสประสาทของเซลล์ประสาทที่รับการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ และการเคลื่อนไหวที่บริเวณผิวหนัง เป็นวิถีทางการสื่อสารกับบุคคลอื่นที่ละเอียดอ่อนและทำได้ง่ายที่สุด (Arnold, Viravan, & Kizilay, 1998) เพียงแค่การใช้มือสัมผัสผู้ป่วยด้วยความอ่อนโยน ญาติอาจจับมือแขนขา บีบเบา ๆ หรือกอดผู้ป่วยไว้ ก็ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรักจากญาติได้ (พระไพศาล วิสาโล, 2550) ส่วนการนวดเป็นการสื่อสารให้เกิดความอบอุ่น สบายใจ ถ่ายทอดความรู้สึกปลอดภัยจากผู้สัมผัส ไปสู่ผู้ถูกสัมผัส เป็นการกระตุ้นความรู้สึกที่ดีของผู้ป่วย สัมผัสที่ผู้นวดและผู้ที่ถูกนวดได้รับจะแสดงออกถึงความรักความเมตตา จะส่งผ่านมือลงไป ซึ่งผู้ถูกนวด สามารถรับรู้ได้ถึงความอ่อนโยนแต่มั่นคงของสัมผัสนั้น (มานพ ประภาษานนท์, 2543) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วงรัตน์ ไสสุข (2544) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ญาติส่วนใหญ่ต้องการแสดงให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีญาติคอยให้ความรัก ห่วงใย เอื้ออาทร และคอยช่วยเหลืออย่างจริงจัง ซึ่งญาติแสดงออกโดยการจับและสัมผัสตัว รวมทั้งการพูดคุย

สำหรับผลลัพธ์จากการต้องการสื่อสารกับผู้ป่วย คือ ญาติมีความดีใจและมีกำลังใจจากการตอบสนองของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยสามารถทำตามคำสั่ง กำมือ บีบมือ ยกขา หรือขนลุกในขณะที่ญาติเช็ดตัว ซึ่งทำให้ญาติเข้าใจว่าผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัว มีการตอบสนอง และคาดว่าผู้ป่วยจะมีอาการที่ดีขึ้น และ ญาติรู้สึกอีกัดใจ เสียใจ หมดความหวังว่าผู้ป่วยจะหาย ซึ่งจะเป็นในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีการตอบสนองต่อการกระตุ้นของญาติ และทำให้ญาติคาดคิดเพิ่มเติมต่อไปว่าการที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองนี้ อาจหมายถึงว่าผู้ป่วยอาจจะต้องเสียชีวิตในที่สุด

ประเด็นที่ 4 ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จากข้อค้นพบ ญาติต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะที่เข้าเยี่ยม เช่น การเช็ดตัวทำความสะอาดร่างกายร่วมกับพยาบาล การเช็ดตัว

ลดใช้ การทำกายภาพ และการช่วยพยาบาลคอยเฝ้าระวังผู้ป่วย ไม่ให้ถึงอุปสรรคในการรักษา เพราะญาติกลัวว่าหากอุปสรรคในการรักษาหลุดไป เช่น ท่อช่วยหายใจ อาจส่งผลกระทบต่ออาการหายใจของผู้ป่วยได้ อธิบายได้ว่า การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยเป็นการทำกิจกรรมเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยมีทั้งที่ญาติสามารถปฏิบัติได้เอง และปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล สอดคล้องกับ Cahill (1996) ได้ให้ความหมายของ การมีส่วนร่วม (Participation) ในการดูแลว่าเป็นการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรม หรือเหตุการณ์ ในการทำกิจกรรมโดยที่บุคคลนั้นสมัครใจทำกิจกรรมนั้นเอง หรือเป็นเพียงการมีส่วนร่วมในลักษณะแบ่งปัน (Share) หน้าที่ในการทำกิจกรรมบางอย่างกับบุคคลอื่น และ Specht et al. (2000) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมในการดูแล เป็นการร่วมกันดูแลผู้ป่วยระหว่างสมาชิกครอบครัว กับ บุคลากรวิชาชีพ นอกจากนี้การศึกษาของ พิกุล เจริญสุข (2549) ที่ศึกษาประสบการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตินั้น พบว่าครอบครัวให้ความหมายของการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตว่า เป็นการดูแลทุกอย่างทั้งกายและจิต โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 มีส่วนร่วมในการดูแลด้านการรักษาพยาบาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การสังเกตและรายงานอาการเปลี่ยนแปลงให้ทราบ การบีบนิ้ว ด้านที่ 2 มีส่วนร่วมในด้านดูแลความสุขสบายทั่วไป เช่น การเช็ดตัวทำความสะอาดร่างกาย เปลี่ยนเสื้อผ้า และด้านที่ 3 มีส่วนร่วมด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เช่น การให้กำลังใจ การบนบานศาลกล่าว และการศึกษาของ ประณีต ส่งวัฒนา, แสงอรุณ อิศระมาลัย, เนตรนภา คู่พันธ์วี, ปัทมา โลหเจริญนิข, และกาญจนา แรกพินิจ (2543) ที่ศึกษาการพัฒนาระบบการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาทและสมองในโรงพยาบาล พบว่าญาติผู้ป่วยทุกรายต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

สำหรับสาเหตุที่ทำให้ญาติต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย คือ ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ต้องการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของตนเองที่พึงมีต่อผู้ป่วย ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

จากข้อค้นพบ ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย เมื่อญาติรู้ว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่หมดสติ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ญาติจำเป็นต้องให้การดูแลในเรื่องความสะอาดของร่างกาย เช่น การเช็ดหน้า เช็ดตัว การทำความสะอาดหลังจากผู้ป่วยขับถ่าย ทาแป้ง นวดตัว เพื่อให้ร่างกายผู้ป่วยสะอาด และมีความสุขสบายตัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธิติมา วาหนียเวช (2540) ที่ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเองและพยาบาล พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีความต้องการในการดูแลด้านความสุขสบายของผู้ป่วยมากกว่าการวางแผนและการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล และการศึกษาของ พิกุล

เจริญสุข (2549) ที่ศึกษาประสบการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต พบว่า กิจกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวด้านความสุขสบายนั้นครอบครัวจะปฏิบัติในกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ส่งเสริมความสุขสบายให้กับผู้ป่วย เช่นการเช็ดหน้า เช็ดตัว ทาโลชั่น ทาแป้ง หวีผม เปลี่ยนผ้าอ้อม ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายตลอดเวลา นอกจากนี้การนวดของญาติในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ผ่อนคลายจากการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อที่ผู้ป่วยต้องนอนกับที่นาน ๆ (ทิพวรรณ ทองบริสุทธิ์, 2547)

ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ต้องการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของตนเองที่พึงมีต่อผู้ป่วย ญาติที่มีความผูกพันกับผู้ป่วยทางสายโลหิต ในฐานะบุตรหรือหลาน ญาติคิดว่าการมาเยี่ยมและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุดในช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ญาติถือว่าเป็น โอกาสที่ดีสำหรับตนเองที่ได้ดูแล เพื่อทดแทนบุญคุณผู้ป่วยที่เป็นผู้ให้กำเนิด หรือเคยได้อุปการะเลี้ยงดูตนเอง มาตั้งแต่เด็ก อธิบายได้ว่า การมาดูแลผู้ป่วยถือเป็นการตอบแทนบุญคุณในฐานะที่ผู้ป่วยเป็นบิดา มารดาหรือผู้มีพระคุณ ซึ่งเป็นความเชื่อ ความคิดตามลักษณะสังคมและวัฒนธรรมไทย (พิกุล เจริญสุข, 2549) สังคมไทยมีการสืบทอดทางวัฒนธรรมเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ที่บุคคลพึงมีและพึงปฏิบัติต่อกัน โดยเฉพาะการตอบแทนบุญคุณต่อบุพการีและผู้ที่เคยมีพระคุณ การเข้ามาดูแลผู้ป่วย จึงถือว่าเป็น โอกาสที่ดีที่ได้ทำหน้าที่พึงกระทำ ทั้งหน้าที่ในการดูแลเมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย และการดูแลเพื่อตอบแทนผู้มีพระคุณ (กนกรัตน์ เนตร ใสว, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Verhaeghe et al. (2005) ที่ศึกษาความต้องการและประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า สมาชิกในครอบครัวเข้ามาดูแลผู้ป่วยเพราะต้องการทำสิ่งดี ๆ ให้แก่ผู้ป่วยอันเนื่องมาจากความรักความผูกพันที่มีต่อผู้ป่วยเช่นกัน

ญาติมีวิธีจัดการกับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย คือ ปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยขณะเยี่ยม ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

จากข้อค้นพบ ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยขณะเยี่ยม ญาติที่มาเยี่ยมได้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยขณะเยี่ยม อาทิ เช่น การเช็ดหน้าเช็ดตัว เช็ดน้ำมูก น้ำลาย ดูแลการขับถ่าย ช่วยผู้ป่วยทำกายภาพบำบัด ช่วยเหลือพยาบาลในการพลิกตะแคงตัวให้แก่ผู้ป่วย ตลอดจนการช่วยพยาบาลในการสังเกต ประเมินอาการผู้ป่วย และช่วยพยาบาลคอยเฝ้าระวังผู้ป่วยไม่ให้ถึงอุปสรรคในการรักษา เพราะญาติกลัวว่าหากอุปสรรคในการรักษาหลุดไป เช่น ท่อช่วยหายใจ อาจจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกรัตน์ เนตร ใสว (2547) ที่ศึกษาประสบการณ์ของญาติในการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ในสภาพที่ไม่รู้สึกตัว พบว่า ญาติให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลความสะอาดของร่างกาย อาหาร น้ำ และการขับถ่าย ซึ่งกิจกรรมที่ญาติทำให้กับผู้ป่วยได้แก่ อาบน้ำ

เช็ดตัว สระผม เปลี่ยนเสื้อผ้า รวมทั้งชำระล้างทำความสะอาดหลังขับถ่าย เนื่องจากญาติรับรู้ว่ามีผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ และการศึกษาของ พิกุล เจริญสุข (2549) พบว่า กิจกรรมที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต เช่น การเช็ดหน้า เช็ดตัว พลิกตะแคงตัว นวดแขนขา ดึงผ้าปูให้ตึง เนื่องจากเป็นสิ่งที่สามารถทำได้ และเกิดผลดีต่อผู้ป่วยและการศึกษาของ คณิงนิตย์ บุรีเทศน์ (2540) พบว่า ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย อาทิเช่น เช็ดหน้า เช็ดตัว หวีผม ออกกำลังกายมือและเท้า ครอบครัวมีความเต็มใจและรู้สึกดีที่ได้ปฏิบัติให้กับผู้ป่วย

สำหรับผลลัพธ์จากการจัดการกับ ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย คือ ภาควิชาใจที่ได้มีส่วนร่วมดูแล และ มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

จากข้อค้นพบ ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ภาควิชาใจที่ได้มีส่วนร่วมดูแล เมื่อญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วยและได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วย ทำให้ญาติเกิดความภาคภูมิใจ และมีความสุขใจ อธิบายได้ว่า ความภาคภูมิใจเป็นความรู้สึกประทับใจในคุณค่าของตนเอง เมื่อบุคคลได้รับการยอมรับหรือเห็นคุณค่าจากบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้อง และมีความรู้สึกพึงพอใจในผลของการกระทำที่ถูกต้อง ตามบทบาทของคนก่อให้เกิดความรู้สึกที่ดี มีความสุข (เสาวลักษณ์ มณีรักษ์, 2544)

นอกจากนี้ ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เมื่อญาติได้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเป็นประจำ ทำให้ญาติเกิดการเรียนรู้สามารถปฏิบัติการดูแลกับผู้ป่วยได้ถูกต้อง เกิดความมั่นใจและกล้าดูแลผู้ป่วยมากขึ้น อธิบายได้ว่า เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยวิกฤต ถ้าครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลจะเป็นโอกาสที่ดีของครอบครัว ได้มีการเรียนรู้ทักษะการดูแลร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนและตอบข้อสงสัยต่าง ๆ ทำให้เพิ่มความมั่นใจในความรู้ด้านสุขภาพให้ครอบครัว สามารถดูแลสุขภาพของครอบครัวต่อเนื่องที่บ้านได้ (พิกุล เจริญสุข, 2549)

ระยะแยกจากผู้ป่วยหมดสติ

เป็นประสบการณ์ของญาติที่เริ่มตั้งแต่ เมื่อญาติสิ้นสุดการเยี่ยมและเริ่มเดินทางออกจากหอผู้ป่วยเพื่อกลับบ้าน ไปจนถึงก่อนที่ญาติจะพบหน้าผู้ป่วยอีกในการเยี่ยมครั้งต่อไป จำแนกเป็นประสบการณ์ได้ 3 ประเด็น ได้แก่

1. คิดกังวลต่อเนื่องกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่อาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต
2. ต้องการมาเยี่ยมและเฝ้าดูอาการอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ
3. ประสพกับภาระที่เพิ่มมากขึ้น

ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 คิดกังวลต่อเนื่องกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่อาจรุนแรงถึงขั้น

เสียชีวิต จากข้อค้นพบ เมื่อญาติได้รับฟังอาการจากแพทย์ผู้ทำการรักษาว่า ผู้ป่วยหมดสติจากการ

ได้รับบาดเจ็บที่สมอง และมีการบาดเจ็บของอวัยวะสำคัญอื่นๆร่วมด้วย ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้เองต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยพยุงการหายใจ และจากการที่ญาตินึกถึงสภาพผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่รู้สึกตัว นอนนิ่งไม่ลืมตาไม่มีการตอบสนองใด ๆ มีเพียงแค่การเคลื่อนไหวขึ้น-ลงของทรวงอกเท่านั้น ยิ่งทำให้ญาติคิดวิตกกังวลและจินตนาการกับอาการผู้ป่วยล่วงหน้า โดยญาติกลัวว่าผู้ป่วยอาจจะเสียชีวิต ตนเองจะต้องสูญเสียบุคคลที่รักไป อธิบายได้ว่าความคิดวิตกกังวลจะมีลักษณะเป็นการตีความประสบการณ์ที่เกิดขึ้นไปในทางลบและผิดพลาด ขยายเกินความจริงละเอียดต่อความคิดทางบวก โดยที่ความคิดวิตกกังวลจะเกี่ยวพันกันในลักษณะวงจรเพิ่มพูนมากยิ่งขึ้นและดำรงอยู่อย่างต่อเนื่องจนยากที่จะทำให้หยุดคิดในทางลบได้ (Kennerley, 1995 อ้างถึงใน กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541) ความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจะมากขึ้น ถ้าญาติเห็นผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยหรืออาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น สิ่งหนึ่งที่ญาติมักปฏิเสธ ไม่ต้องการนึกถึงคือการสูญเสียผู้ป่วย ซึ่งการสูญเสียผู้ป่วยเป็นภาวะที่บุคคลรับรู้ว่าประสบกับการหายไปหรือการหมดสิ้นไปจากสิ่งที่เคยเป็นของตนเองหรือเป็นสิ่งที่ตนเองรัก (ชูทิพย์ ปานปรีชา, 2542)

สาเหตุที่ทำให้ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ คิดถึงวลต่อเนื่องเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่อาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต คือ ความผันผวนการเปลี่ยนแปลงของอาการในทางลบที่ไม่สามารถทำนายทิศทางได้ และอยู่กับบรรยากาศความเจ็บปวดเพียงลำพัง ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

จากข้อค้นพบ ความผันผวนการเปลี่ยนแปลงของอาการในทางลบที่ไม่สามารถทำนายทิศทางได้ ญาติต้องเผชิญกับการดำเนินของโรค และอาการของผู้ป่วยที่ไม่แน่นอน แม้แต่การรับรู้ต่อการกระตุ้นจากญาติที่มาเยี่ยม ผู้ป่วยอาจไม่มีการตอบสนองหรือมีการตอบสนองที่แตกต่างกันในแต่ละวัน โดยที่ญาติไม่สามารถคาดการณ์ในอนาคตได้ว่า ผู้ป่วยจะมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างไรในวันต่อไป ประกอบกับการได้รับแจ้งจากแพทย์เจ้าของไข้ว่าผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น ยิ่งทำให้ญาติคาดคิดถึงสถานการณ์ข้างหน้าที่จะเกิดขึ้นเปลี่ยนไปในทางลบ อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยอยู่ในภาวะที่หมดสติ และอาการของผู้ป่วยยังคงมีการเปลี่ยนแปลงขึ้น ๆ ลง ๆ ไม่มีแบบแผนของอาการที่ชัดเจน ทำให้ญาติเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ญาติรู้สึกคลุมเครือต่ออาการที่เกิดขึ้น และไม่สามารถทำนายได้ว่าจะมีอะไรเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งยากต่อการประเมินสถานการณ์นั้น ๆ ว่าเป็นอันตราย หรือมีความรุนแรงหรือไม่ (Lazarus, 1966 อ้างถึงใน เหมือนฝัน มณีฉาย, 2542) ความไม่แน่นอนคือสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่มีความคลุมเครือเปลี่ยนแปลงบ่อย ไม่คงที่ หากคำตอบยังไม่ได้ว่าต่อไปจะเกิดอะไรขึ้น ผลกระทบของความรู้สึก

ไม่แน่นอนจะขัดขวางการทำหน้าที่ของบุคคล ลดระดับอำนาจในการควบคุมตนเอง ลดระดับความสามารถในการเรียนรู้ นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับการมองโลกในแง่ร้าย และการประเมินอนาคตในด้านลบ (Hilton, 1992) นอกจากนี้ ญาติต้องอยู่กับบรรยากาศความเจ็บปวดเพียงลำพัง หลังกลับจากการเยี่ยมผู้ป่วย และการที่ญาตินั่งเงียบ ๆ เพียงผู้เดียว ขาดการพูดคุย ไม่มีความรื่นเริง สนุกสนาน ย่อมส่งผลให้ญาติมีความคิดวิตกกังวลต่อเนื่องเกี่ยวกับสภาพอาการผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา

สำหรับวิธีการจัดการกับคิดกังวลต่อเนื่องเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่อาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต จำแนกได้ 5 วิธี คือ วิธีที่ 1) พยายามรับกำลังใจและนึกถึงคำปลอบใจจากบุคคลใกล้ชิด วิธีที่ 2) ทำบุญ ทำทาน วิธีที่ 3) แสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ วิธีที่ 4) หากิจกรรมอย่างอื่นทำเพื่อเบนความนึกเกี่ยวกับผู้ป่วย และวิธีที่ 5) ถัดปลงและยอมรับการสูญเสียที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

จากข้อค้นพบ ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ พยายามรับกำลังใจ และนึกถึงคำปลอบใจจากบุคคลใกล้ชิด หลังจากเยี่ยมผู้ป่วย ญาติจะหมกมุ่นอยู่กับอาการของผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้ญาติเกิดความวิตกกังวล กลัวต้องพลัดพรากสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักไป ญาติจะใช้วิธีรับฟังคำปลอบใจ และรับกำลังใจจากญาติพี่น้องของตนเอง ซึ่งส่งผลให้ญาติลดความวิตกกังวลลง เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ ที่ได้รับความห่วงใย ประคับประคองจิตใจจากญาติพี่น้องใกล้ชิด ในยามที่ญาติรู้สึกไม่สบายใจ อธิบายได้ว่า เมื่อญาติผู้ป่วยขาดความสมดุลทางจิตใจ ญาติต้องการที่พึ่งทางใจหรือมีใครคอยปลอบใจและให้กำลังใจ เพื่อช่วยบรรเทาความกลัว ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น เนื่องจากคำพูดที่ช่วยปลอบประโลมจิตใจจะช่วยให้จิตใจที่ว้าวุ่น สับสน สงบลง มีกำลังใจที่เข้มแข็ง และพร้อมที่จะต่อสู้กับวิกฤตการณ์ที่กำลังประสบอยู่ (สัทธา แก้วพิบูลย์, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วงรัตน์ ไสสุข (2544) พบว่า ญาติต้องการได้รับความรัก ความห่วงใยจากบุคคลรอบข้างหรือคนสนิท เนื่องจากญาติมีสังคมของตนเองมีบุคคลใกล้ชิดรอบๆตัว มีการช่วยเหลือให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ในคราวที่ตนมีความทุกข์ก็หวังจะได้รับการช่วยเหลือบรรเทาทุกข์จากผู้อื่น การที่ญาติได้รับความรัก ความห่วงใย กำลังใจจากบุคคลแม้เพียงคนเดียว บุคคลจะรู้สึกมีความสุข อบอุ่นใจ

ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ทำบุญ ทำทาน โดยที่ญาติไปทำบุญ ถวายสังฆทานกับพระ หรือการทำทาน การละเว้นไม่รับประทานเนื้อสัตว์ใหญ่ตามคำชักชวนของเพื่อน ญาติเชื่อว่าผลบุญที่เกิดจากการปฏิบัติในสิ่งดังกล่าวนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายได้เร็วขึ้น อธิบายได้ว่า สถาบันทางศาสนามีความสัมพันธ์กับการดำรงชีวิตของคนไทย ศาสนาเป็นจุดมุ่งหวัง เป็นกำลังใจในฐานะสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (สุพัตรา สุภาพ, 2543) การพึ่งศาสนาโดยญาติผู้ดูแลใช้วิธีการเข้าวัด ทำบุญ สวดมนต์ เป็นสิ่งที่ญาติผู้ดูแลเชื่อว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น หายจากโรคหรือบรรเทาอาการลง (นงคารางแดง, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิกุล เจริญสุข (2549) ที่ศึกษาประสบการณ์การมี

ส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต พบว่า กิจกรรมของครอบครัวที่กระทำในการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยคือ การทำบุญ ตักบาตร บิณฑบาต กล่าว ตามความเชื่อในศาสนาที่นับถือ โดยครอบครัวมีความเชื่อว่าจะช่วยผ่อนทุกข์ให้กับผู้ป่วย อีกทั้งยังเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวตามความคิด ความเชื่อของสังคมวัฒนธรรมไทย นอกจากนี้การให้ทานย่อมได้บุญกุศล เพราะเป็นการลดความเห็นแก่ตัว แสดงถึงความเมตตา กรุณา และการถวายสังฆทาน เป็นการเสวยผลที่ได้บุญกุศลสูงสุด ชาวพุทธจึงนิยมถวายสังฆทานเพื่อบุญกุศลสำหรับตนเอง และแก้ญาติมิตรที่ป่วยอยู่ในขั้นวิกฤต (ทิพวรรณ ทองบริสุทธิ, 2547)

ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ แสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เมื่อความเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ญาติเข้าใจว่าเป็นเคราะห์กรรมของผู้ป่วย ญาติจะมีความรู้สึกไม่สบายใจ พยายามแสวงหาสิ่งที่ดีที่มีความเชื่อและศรัทธา อย่างเช่น ให้พระคุณวาระดาของผู้ป่วยและตนเอง หรือการไปหาหมอดูเพื่อดูดวง เสริมดวงและต่อชะตาให้กับผู้ป่วย เป็นต้น เพื่อให้ตนเองรู้สึกสบายใจ และเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยเข้าใจความเป็นไปของชีวิตมนุษย์ อธิบายได้ว่า ตามทฤษฎีของโหราศาสตร์ถือว่าเคราะห์กรรม เช่น ความเจ็บป่วยเกิดขึ้น เมื่อช่วงชีวิตถึงจุดที่ชะตากรรมกำหนดไว้ ความเจ็บป่วยหรือเคราะห์กรรมจึงสามารถทำนายทายทักไว้ล่วงหน้าได้ ตามหลักเกณฑ์โหราศาสตร์ ดังนั้นเมื่อมีความเจ็บป่วยที่บุคคลเชื่อว่าเกิดจากเคราะห์ ญาติพี่น้องหรือผู้ป่วยก็จะไปหาหมอดูหรือผู้ที่มีความรู้ความสามารถด้านการทำนายทายทัก ตรวจดูดวงชะตาราศี โดย อาศัย วัน เดือน ปี เกิดของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งในการสะเดาะเคราะห์ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความรุนแรงหรือผ่อนหนักให้เป็นเบา (ศิริพร จิรวรรณกุล, 2539 อ้างถึงใน ทิพวรรณ ทองบริสุทธิ, 2547)

ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ หากิจกรรมอย่างอื่นทำเพื่อเบนความคิดเกี่ยวกับผู้ป่วย โดยญาติตั้งใจทำกิจกรรมเพื่อหยุดคิดเรื่องอาการผู้ป่วย อาทิเช่น อ่านหนังสือที่ตนเองสนใจ เดินเล่นดูต้นไม้รอบบ้าน รดน้ำต้นไม้ ทำงานฝีมือ และดูทีวี เป็นต้น ซึ่งช่วยทำให้ญาติจิตใจสงบ คลายความคิดถึงผู้ป่วยลงได้ อธิบายได้ว่า การทำกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายจิตใจโดยที่ญาติไปสนใจกิจกรรมอื่นแทน เช่น อ่านหนังสือ เดินเล่น รดน้ำต้นไม้ ทำงานฝีมือ และดูทีวี เพื่อลดความกดดันทางอารมณ์โดยการไม่คิดถึงสิ่งที่ทำให้วิตกกังวล เป็นการหากิจกรรมอื่นเพื่อที่จะทำให้ไม่คิดถึงเกี่ยวกับผู้ป่วย การหากิจกรรมอย่างอื่นทำ เป็นการเบนความสนใจจากสิ่งหนึ่งที่กำลังรู้สึกไปสู่อะไรใหม่ที่น่าสนใจกว่า โดยจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงที่ระบบควบคุมส่วนกลาง ทำให้ไปตัดวงจรความคิดวิตกกังวล ส่งผลให้ความคิดวิตกกังวลลดลง (โณมนภา กิตติศัพท์, 2536)

ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ คิดปลงกับการสูญเสียที่อาจจะเกิดขึ้น หลังจากญาติได้เห็นอาการผู้ป่วยที่นอนนิ่งหมดสติ มีอาการเจ็บป่วยที่ต้องเผชิญกับความตาย และได้รับการแจ้งข้อมูลจากแพทย์ว่าผู้ป่วยอาการรุนแรง ให้ญาติเตรียมทำใจ ญาติใช้วิธีปรับความคิดโดยพยายามทำใจเพื่อ

ยอมรับสัจธรรมของชีวิต ที่ใคร ๆ ก็หลีกเลี่ยงไม่ได้ นั่นคือการเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมดาที่เกิดขึ้นกับทุกคน และคิดปองหากญาตจะต้องสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักไป ซึ่งช่วยให้ญาติปรับตัวกับความสูญเสียที่ต้องสูญเสีย กลัวการสูญเสียและรู้สึกเป็นทุกข์ทางใจลดลงอธิบายได้ว่า การคิดปองหากพิจารณาการเจ็บป่วยและความตายว่าเป็นธรรมชาติของชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับหลักทางพุทธศาสนา ที่มองว่า การเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นความทุกข์ เป็นธรรมดาของทุกชีวิตซึ่งไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ โดยสอนให้มนุษย์เรารู้จักและเข้าใจธรรมชาติของร่างกายเราว่า เป็นสิ่งที่ไม่คงที่ที่ต้องเปลี่ยนแปลงและเสื่อมสลายไปตามกฎ สิ่งใดก็ตามที่มีการเกิด สิ่งนั้นย่อมต้องมีการดับเป็นธรรมดา (พระธรรมปิฎก, 2542) และการ เกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นสัจธรรมของชีวิต ไม่มีอะไรน่ายึดถือเป็นของเรา ร่างกายก็เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพ เมื่อถึงที่สุดของความเปลี่ยนแปลงก็หมดชีวิต ซึ่งเราเรียกว่าความตาย เป็นเรื่องของธรรมชาติที่เป็นอยู่ทั่วไป เมื่อเราได้พิจารณาในสิ่งเหล่านี้ ก็จะเกิดปัญญา เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องธรรมชาติของชีวิต จะไม่ต้องเป็นทุกข์มากเกินไป (ปัญญานันทภิกขุ, ม.ป.ป.) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วงรัตน์ ไสสุข (2544) พบว่า ญาติจะใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจและเป็นกลวิธีในการเผชิญปัญหาเมื่อประสบกับภาวะวิกฤตในชีวิต โดยศาสนาสอนให้คนรับทราบถึงความจริงในชีวิตนั่นคือ ความเกิด แก่ เจ็บ ตาย และความไม่แน่นอน เป็นธรรมดาของชีวิต ถ้าทุกคนยอมรับได้ก็จะลดความทุกข์ทางใจลงได้

สำหรับผลลัพธ์จากการจัดการกับ คิดกังวลต่อเนื่องกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่อาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต คือ รู้สึกสบายใจขึ้น จากข้อค้นพบ การที่ญาติได้จัดการกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วยโดยการทำกิจกรรมอย่างอื่น เช่น การดูทีวี การได้พูดคุยกับญาติคนอื่น ๆ ทำให้ญาติได้ผ่อนคลายความวิตกกังวลใจ ตลอดจนการที่ญาติไปดูแล เสริมดวงชะตาให้กับผู้ป่วย โดยญาติคิดว่าเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากความเจ็บป่วยตามความเชื่อของตน นอกจากนี้การที่ญาติปรับความคิดทำใจเพื่อยอมรับสัจธรรมของชีวิตหากมีการสูญเสียผู้ป่วยเกิดขึ้น การกระทำและความคิดดังกล่าวของญาติ ย่อมส่งผลให้ญาติรู้สึกสบายใจขึ้น อธิบายได้ว่าวิธีการที่ญาติใช้เผชิญปัญหามีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นการเผชิญปัญหาเพื่อลดความกดดันทางอารมณ์ โดยการการทำกิจกรรมที่ตนเองชอบโดยไม่คิดเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นและ การแสวงหาที่พึ่งทางใจ คือ พึ่งศาสนา และไสยศาสตร์ ซึ่งเป็นการเผชิญปัญหาแบบจัดการกับอารมณ์ (Emotion-Focus Coping) (Lazarus & Folkman, 1984) เพื่อมุ่งดูแลสภาพจิตใจของตนเอง เป็นการบรรเทาอารมณ์ดังเครียดจากสถานการณ์ต่าง ๆ ช่วยให้ญาติสามารถปรับตัวได้เป็นการสร้างพลังภายใน เพื่อลดแรงกดดันทางด้านจิตใจและอารมณ์ ทำให้จิตใจกลับสู่ภาวะสมดุลตามปกติ (วิภา วิเสโส, 2545) และ Bascom and Tolle (1995) ได้กล่าวว่า การมีคนรับฟังปัญหาของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นพยาบาลหรือสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ก็สามารถช่วยให้สมาชิกในครอบครัวสบายใจขึ้นมาก

ประเด็นที่ 2 ต้องการมาเยี่ยมและเฝ้าดูอาการอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ จากข้อค้นพบ ญาติต้องการมาเยี่ยมเพื่อให้ได้พบเห็นหน้าผู้ป่วย และได้มีโอกาสเฝ้าดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดไม่ให้พลาดจากสายตา ญาติคิดว่าการมาเยี่ยมจะช่วยให้ญาติ สามารถสังเกตปฏิกิริยาการตอบสนองของผู้ป่วย ที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละวัน ตลอดจนได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยอยู่ใกล้ ๆ พยายามให้กำลังใจ ให้รับรู้ที่ผู้ป่วยไม่ได้เผชิญสถานการณ์ที่เสี่ยงเป็นเสี่ยงตายอยู่เพียงลำพัง หากแต่มีญาติใกล้ชิดอยู่เคียงข้างตลอดเวลา แม้ผู้ป่วยจะอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สหัชยา แก้วพิบูลย์ (2547) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของครอบครัวที่มีสมาชิกได้รับการช่วยฟื้นชีวิต ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยอยู่ในภาวะหมดสติ พบว่า ญาติต้องการขอยู่ใกล้ชิดเพื่อให้เฝ้าดูอาการ เป็นความต้องการของญาติที่อยากเห็นอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยโดยตลอด และ การศึกษาของ กนกรัตน์ เนตรใส (2547) ที่ศึกษาประสบการณ์ของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า ญาติให้ความสำคัญกับการได้มีโอกาสดูแล และอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ทั้งนี้ เนื่องจากความรักความห่วงใยที่มีต่อผู้ป่วย และการรับรู้ของญาติต่อสภาพอาการของผู้ป่วย ทำให้ ญาติเห็นว่าการเข้ามาดูแลผู้ป่วย เป็นโอกาสสำคัญที่จะถ่ายทอดความรัก ความห่วงใย และเป็นกำลังใจให้กับผู้ป่วย ในการฟื้นคืนสภาพหรือในวาระสุดท้ายของชีวิต

สำหรับสาเหตุที่ญาติต้องการมาเยี่ยมและเฝ้าดูอาการอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ คือ ตระหนักว่าระยะเวลาที่อยู่กับผู้ป่วยเหลือน้อยลง และเป็นสำนึกหน้าที่ที่ต้องมาดูแล ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

จากข้อค้นพบ ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ตระหนักว่าระยะเวลาที่อยู่กับผู้ป่วยเหลือน้อยลง เนื่องจากญาติเข้าใจว่าผู้ป่วยที่มีอาการหมดสติ อีกทั้งไม่สามารถแสดงอาการแสดงของความเจ็บป่วยได้ว่า ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นหรือทรุดลงวันไหน เวลาไหน เป็นระยะที่อยู่ระหว่างการต่อสู้กับความเป็นและความตาย โอกาสที่ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นเป็นไปได้ยาก ญาติกลัวว่าผู้ป่วยอาจจะจากไปในช่วงเวลาที่ตนเองกลับไปอยู่ที่บ้าน จึงทำให้ญาติต้องการมาเยี่ยมและหวังว่าอย่างน้อย เมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยมาถึง ก็ขอให้ได้เห็นหน้าพูดคุย ให้กำลังใจ พร้อมกล่าวคำอำลา ก่อนที่ผู้ป่วยจะตายจากไป อธิบายได้ว่า การได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยในภาวะที่เสี่ยงต่อความเป็นความตาย ซึ่งอาจเป็นวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นวัฒนธรรมและความเชื่อประการหนึ่งของคนไทย กรณีที่ผู้ป่วยหมดหวังอย่างสิ้นเชิง เมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตมาถึง การได้อยู่ใกล้บุคคลผู้ที่เป็นที่รัก การได้บอกทางให้ไปอย่างสงบตามความเชื่อ ไม่ทุกข์ทรมาน เป็นสิ่งดีงาม และเมตตากรุณาที่มนุษย์ควรได้รับก่อนจะจบชีวิต (สิวลี ศิริไล, 2544) และพระไพศาล วิสาโล (2550) กล่าวว่า การที่สมาชิกในครอบครัวได้เห็นผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ การได้กล่าวคำอำลากับผู้ป่วยก่อนจากไปเป็นสิ่งสำคัญ และมีค่าที่สุดสำหรับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนิศา สุขตระกูล (2544)

ที่ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในภาวะใกล้ตาย พบว่า สมาชิกในครอบครัวภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลันและ โรคเรื้อรังมีความต้องการได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในวาระสุดท้ายมากที่สุด

สำหรับญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ เป็นสำนึกหน้าที่ที่ต้องมาดูแล ในกรณีที่ญาติมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะที่เป็นบุตรหรือภรรยา เมื่อบิดามารดา หรือสามีเกิดความเจ็บป่วยเหมือนเป็นการรับรู้ด้วยตนเองว่าเป็นหน้าที่ของบุตร หรือภรรยา ที่จะต้องมาเยี่ยมมาดูแลรับผิดชอบ อธิบายได้ว่า สังคมไทยยังเป็นสังคมที่มีการจัดระบบญาติและครอบครัวโดยเฉพาะเกี่ยวกับหน้าที่ที่ญาติพึงมีและพึงปฏิบัติต่อกันตามลำดับของความสัมพันธ์ และธรรมเนียมประเพณีที่วางไว้ เมื่อบิดามารดาเจ็บป่วย ย่อมเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของบุตรที่จะต้องมาดูแล และเมื่อสามีหรือภรรยาเกิดเจ็บป่วย จึงเป็นหน้าที่ของคู่สมรสที่ต้องเข้ามาช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร ช่างสุวรรณ (2548) ที่ศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การดูแลเป็นหน้าที่ของสามีภรรยา ที่ต้องให้การดูแลเป็นอย่างดี ทั้งยามดีและยามเจ็บป่วย เพราะอยู่ด้วยกันมานาน ความรัก ความผูกพันความเสียสละ และการช่วยเหลือเกื้อกูลที่มีมาก่อนการเจ็บป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแล ไม่คิดทอดทิ้งไม่ว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นหรือเลวลง

ญาติมีวิถีจัดการกับต้องการมาเยี่ยมและเฝ้าดูอาการอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ คือ บริหารจัดการเวลาและภารกิจประจำวันเพื่อปฏิบัติภารกิจเยี่ยมผู้ป่วย หยุดภารกิจทุกอย่างเพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วย และโทรศัพท์สอบถามอาการ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

จากข้อค้นพบ ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ บริหารจัดการเวลาและภารกิจประจำวันเพื่อปฏิบัติภารกิจเยี่ยมผู้ป่วย ทั้งงานบ้าน งานอาชีพ และหยุดภารกิจทุกอย่างเพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วย อธิบายได้ว่า ญาติมีความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย (Leske, 2002) ในช่วงระยะแรกของการเข้ารับการรักษา ทำให้ญาติผู้ป่วยต้องเสียสละบทบาทหน้าที่ทางสังคมของตนเอง โดยการมาเฝ้าดูอาการของบุคคลอันเป็นที่รักในครอบครัวอย่างใกล้ชิด (อรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง, 2550) และการศึกษาของ สุนนมาลย์ พิพัฒน์บวร (2547) เกี่ยวกับการปรับตัวของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต พบว่า เมื่อมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจะต้องบริหารจัดการภาระงานต่าง ๆ ของตนเอง ในขณะที่เดียวกันจะต้องดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตที่โรงพยาบาลด้วย ดังนั้นกิจกรรมต่าง ๆ ของสมาชิกครอบครัวที่เคยปฏิบัติร่วมกันในครอบครัวและชุมชนจะต้องปรับลดเวลาหรือลดกิจกรรมลง เพื่อต้องการมาดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล

ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ โทรศัพท์มาสอบถามอาการ ญาติบางรายมีความห่วงใยกังวลใจกับอาการของผู้ป่วย แต่ไม่สามารถที่จะมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ตามความต้องการ ญาติจะใช้วิธีโทรศัพท์มาสอบถามอาการจากพยาบาลที่กำลังปฏิบัติงาน เพื่อพูดคุยถามไถ่ข้อมูลอาการของผู้ป่วย

ทำให้ญาติได้รับทราบข้อมูลอาการ แม้ไม่ได้ไปเยี่ยมที่โรงพยาบาล ส่งผลให้ความวิตกกังวลใจกับอาการผู้ป่วยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Johnson and Frank (1995) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการใช้โทรศัพท์ในการลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า การที่ครอบครัวใช้โทรศัพท์ในการติดต่อสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลกับพยาบาลเจ้าของไข้โดยตรง ทำให้ญาติผู้ป่วยพึงพอใจและลดความวิตกกังวลขณะที่ไม่ได้มาเยี่ยมผู้ป่วยด้วยตนเองได้

สำหรับผลลัพธ์ของการจัดการกับ ต้องการมาเยี่ยมและเฝ้าดูอาการอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ พบว่า ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ มีแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ นอนไม่หลับ พักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารลดลงและไม่ตรงเวลา ขาดการออกกำลังกาย ลดการสังสรรค์กับเพื่อน ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

จากข้อค้นพบ ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ นอนไม่หลับ พักผ่อนไม่เพียงพอ ญาติไม่สามารถจะนอนหลับได้อย่างสนิทได้ตามปกติ เนื่องจากจิตใจยังคิดวิตกกังวลถึงผู้ป่วยที่นอนอยู่โรงพยาบาล ทำให้การพักผ่อนนอนหลับของญาติยิ่งน้อยลง เกิดอาการอ่อนเพลียได้ตามมา และญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ รับประทานอาหารลดลง และไม่ตรงเวลา ญาติไม่สามารถรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 3 มื้อและตรงตามเวลา ซึ่งจากเดิมจะรับประทานอาหารมื้อหลัก วันละ 3 มื้อ ญาติบางรายมีอาการเบื่ออาหาร ความอยากอาหารลดลง ไม่รับประทานอาหารข้าว ส่งผลให้ร่างกายอ่อนเพลีย ไม่มีกำลัง และใจหวิวคล้ายจะเป็นลม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นุชนาด ประภาส (2551) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วย ณ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม พบว่า การมาเยี่ยมผู้ป่วยของญาติทำให้เกิดความเครียด ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกายของตัวญาติ ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ อาการไม่ยอมรับประทานอาหาร หรือรับประทานอาหารได้น้อยลง และการศึกษาของ Horn and Tesh (2000) พบว่า ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักมีปัจจัยเสี่ยงสูงในการถูกรบกวนการนอนหลับ คุณภาพการนอนหลับลดต่ำลงและยังมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมารับประทานอาหาร โดยมีการรับประทานอาหารกลางวัน อาหารเย็นลดลง

ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ขาดการออกกำลังกาย จากข้อค้นพบ ญาติใช้เวลาส่วนใหญ่ในการมาเยี่ยมและเฝ้าดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลทุกวัน ทำให้ญาติไม่มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายได้เช่นเดิม หรือต้องงดการออกกำลังกายไว้ชั่วคราว เพื่อปฏิบัติภารกิจเดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วย และญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ลดการสังสรรค์กับเพื่อน การที่ญาติไม่ได้ออกไปทำกิจกรรมที่ไหน ทำให้การคบหาสมาคมกับเพื่อนหรือบุคคลภายนอกลดลง พุดคุยกับเพื่อนน้อยลง ไม่สามารถไปร่วมงานสังสรรค์ที่ตนเองชอบได้อย่างเดิม อธิบายได้ว่าการเจ็บป่วยของสมาชิกใน

ครอบครัวที่อยู่ในภาวะหมดสติ ทำให้ญาติมีความห่วงใยในอาการของผู้ป่วย ญาติจะใช้เวลาส่วนใหญ่ในการเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลมากขึ้น ทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตด้านสังคมเปลี่ยนแปลงไป มีการสูญเสียความเป็นส่วนตัว (Hickey, 1993) ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และทำกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมและชุมชนลดน้อยลงเนื่องจากไม่มีเวลาเพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hom and Tesh (2000) ที่ศึกษาผลของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัวผู้ป่วยพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตร้อยละ 56 มีการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ในสังคม โดยครอบครัวใช้เวลาในการอยู่บ้านกับลูก และการทำกิจกรรมกลางแจ้ง เช่นการออกกำลังกายลดลง

ประเด็นที่ 3 ประเด็นกับภาระที่เพิ่มมากขึ้น ประกอบไปด้วย 1) ภาระด้านค่าใช้จ่าย ได้แก่ ค่าเดินทางในการมาเยี่ยมผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันที่เพิ่มมากขึ้น และค่าใช้จ่ายในการซื้อวัสดุของใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย 2) ภาระด้านการงาน ได้แก่ ปฏิบัติภารกิจทดแทนบทบาทเดิมของผู้ป่วย กับปฏิบัติภารกิจงานเพิ่มมากขึ้นเพื่อหารายได้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้ จากข้อค้นพบ ค่าเดินทางในการมาเยี่ยมผู้ป่วย ญาติต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ซึ่งมีทั้งกรณีจ่ายค่าเดินทางด้วยรถส่วนตัว ซึ่งจะต้องจ่ายค่าน้ำมันรถที่ขับมาด้วยตนเอง และการจ้างเหมารถรับส่งไป-กลับ ทำให้ญาติต้องมีการค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพิ่มขึ้น ทำให้ญาติรู้สึกกังวลใจกลัวมีเงินไม่พอใช้จ่ายเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ส่วนค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันที่เพิ่มมากขึ้น ญาติที่มาเยี่ยมต้องมีภาระค่าใช้จ่ายเพื่อเลี้ยงชีพภายในครอบครัวของตนเองอยู่แต่ก่อนแล้ว ทั้งค่าอาหารและซื้อของใช้ที่จำเป็นภายในบ้าน เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล การมาเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลญาติอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในเรื่องอาหารของตนเอง เช่น ชื่อน้ำ และซื้ออาหารมารับประทานเมื่อตนเองต้องการ เป็นต้น ทำให้ญาติซึ่งมีรายได้น้อยอยู่แต่ก่อน รู้สึกทุกข์ใจที่ต้องมีการค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการมาเยี่ยมผู้ป่วย

นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายในการซื้อวัสดุของใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย ผ้าอนามัยรองกัน หมอนข้าง กระดาษชำระ สำลิม้วนใหญ่ แป้ง สบู่ ยาสีฟัน โดยเฉพาะผ้าอนามัยรองกันที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้บ่อยครั้ง ซึ่งมีราคาก่อนแพง ทำให้ญาติต้องเตรียมเงินไว้ใช้จ่ายในการซื้อของใช้สำหรับผู้ป่วย ซึ่งเงินที่ญาตินำมาใช้จ่าย ญาติต้องทำงานทุกวันเพื่อให้ได้จำนวนเงินมาไว้ใช้จ่าย ในการจัดหาของใช้ในการดูแลผู้ป่วย อธิบายได้ว่า เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวย่อมสูงขึ้น เนื่องจากจำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางของญาติผู้ป่วย ในการมาดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของญาติ ล้วนแต่เป็นค่าใช้จ่ายที่ญาติต้องรับภาระทั้งสิ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นุชนาถ ประภาส (2551) พบว่า ในการมา

เยี่ยมผู้ป่วยญาติจะต้องมีค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เช่นค่าโดยสาร ค่าน้ำมัน สำหรับการเดินทางไป-กลับบ้าน ค่าใช้จ่ายสำหรับค่าเช่าห้องพักรักษาตัวเมื่อต้องการอยู่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ค่าอาหารการกินในแต่ละมื้อ เช่นเดียวกับการศึกษาของ กนกรัตน์ เนตรไสว (2547) ที่พบว่า ผลกระทบต่อญาติจากการเฝ้าดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ญาติส่วนใหญ่จะมีปัญหาทางการเงิน เนื่องจากการเข้ามาดูแลเกือบตลอดเวลาในโรงพยาบาล ทำให้ต้องหยุดงานอาชีพที่ทำอยู่ไปโดยปริยาย ในขณะที่ค่าใช้จ่ายกลับมีมากขึ้น ทั้งค่าเดินทางระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายประจำวันสำหรับญาติ ของใช้ประจำวันของผู้ป่วย

สำหรับ ภาระด้านการงาน ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ปฏิบัติภารกิจทดแทนบทบาทเดิมของผู้ป่วย จากข้อค้นพบ การยอมรับกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งญาติคาดคิดว่าผู้ป่วยอาจจะต้องเสียชีวิต ดังนั้นภาระงานที่ผู้ป่วยเคยรับผิดชอบอยู่ เมื่อขาดผู้ป่วยไป ย่อมส่งผลกระทบต่อภาระงานที่มีอยู่เดิม โดยที่ญาติต้องรับภาระงานทางบ้าน ที่เคยช่วยกันทำกับผู้ป่วยแต่เพียงผู้เดียว ทำให้ญาติรู้สึกเหนื่อย ทุกข์ใจที่ตนเองต้องทำงานมากขึ้นกว่าเดิม นอกจากนี้ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ปฏิบัติภารกิจงานเพิ่มมากขึ้นเพื่อหารายได้ การมาเยี่ยมต้องมีรายจ่ายที่ต้องใช้จำนวนเงินมากขึ้น ทำให้ญาติต้องไปประกอบอาชีพรับจ้างทำงานนอกเวลา หรือรับจ้างทำงานทั่วไป เพื่อหารายได้มาใช้จ่ายภายในครอบครัว การที่ญาติต้องรับภาระงานที่มากขึ้น ทำให้ญาติไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน

สำหรับสาเหตุญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ประสบกับภาระที่เพิ่มมากขึ้น ได้แก่ สภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่รุนแรง และต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน สูญเสียรายได้ที่เคยได้รับ ระยะทางไกล การคมนาคมไม่สะดวก ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

จากข้อค้นพบ สภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่รุนแรง และต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล เป็นระยะเวลานาน ญาติตระหนักว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพอาการที่รุนแรง หมดสติ ไม่สามารถหายใจได้เอง ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ อีกทั้งแนวทางการรักษาซึ่งแพทย์ได้แจ้งว่าผู้ป่วยจะต้องใช้ระยะเวลานอนรักษาตัวเป็นเวลานาน เพื่อประเมินความรู้สึกตัวและอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความไม่แน่นอนในอาการของผู้ป่วย สภาพอาการที่หนัก และการที่ต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ทำให้ญาติต้องมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นทั้งในการเดินทางมาเยี่ยม และค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนิสา สุขตระกูล (2544) พบว่า การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันของผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวไม่มีโอกาสในการวางแผนเพื่อรองรับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น โดยสมาชิกในครอบครัวจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการมาดูแลและเยี่ยมผู้ป่วย และการเจ็บป่วยที่ยาวนานของผู้ป่วย

ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องมีรายจ่ายเพิ่มมากขึ้น และการศึกษาของ Covinsky et al. (1994) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการเจ็บป่วยรุนแรงของผู้ป่วยที่มีต่อสมาชิกในครอบครัว พบว่า การเจ็บป่วยของผู้ป่วยทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก

สำหรับญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ สูญเสียรายได้ที่เคยได้รับ ญาติที่มาเยี่ยมสูญเสียรายได้จากการต้องหยุดงาน เพื่อมาเยี่ยมผู้ป่วย และไม่มีสมาธิในการทำงาน ญาติจำเป็นต้องหยุดประกอบอาชีพเพื่อต้องการใช้เวลาส่วนใหญ่ มาเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลทุกวัน ญาติต้องขาดรายได้ที่ตนเองเคยได้รับเป็นรายวัน อันเนื่องจากการไม่ได้ไปทำงานทุกวัน ทำให้ญาติมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ รายได้ในครอบครัวจากการประกอบอาชีพลดลง ขาดเงินที่จะนำมาใช้จ่ายเพื่อเลี้ยงชีพภายในครอบครัว สอดคล้องกับข้อความที่ว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องหยุดหรือใช้เวลาในการทำงานส่วนตัวของตนเองลดลง เพื่อที่จะใช้เวลาส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้ป่วยได้ การหยุดทำงานหรือทำงานลดลง ทำให้ญาติผู้ดูแลขาดรายได้ (นงคาร รวงแดง, 2550) และการที่ผู้ป่วยอยู่ในสถานะที่เจ็บป่วยไม่รู้สีกตัว ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ ทำให้รายได้ที่เคยได้รับจากผู้ป่วยหรือรายได้ของผู้ป่วยที่เคยมาช่วยเหลือต้องขาดไป ญาติต้องทำงานมากขึ้น เพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัวและดูแลผู้ป่วยต่อไป

นอกจากนี้ระยะทางไกล การคมนาคมไม่สะดวก เป็นอีกสาเหตุหนึ่ง ในกรณีที่ผู้ป่วยถูกส่งตัวมารักษาในโรงพยาบาลที่มีระยะทางไกลจากบ้านหลายร้อยกิโลเมตร ญาติต้องเสียค่าเดินทางมาเยี่ยมเป็นเงินจำนวนมาก หรือการเดินทางมาเยี่ยมของญาติที่ต้องขึ้นรถโดยสารที่มีจำนวนรถให้การบริการค่อนข้างน้อย อีกทั้งเวลาเดินทางไป-กลับที่ไม่แน่นอน ทำให้ญาติต้องหารถรับ-ส่งแทนการขึ้นรถโดยสารเพื่อความสะดวกในการไปเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ส่งผลให้ญาติต้องใช้จ่ายเงินค่ารถรับ-ส่งจำนวนมากในการเดินทางมาเยี่ยมแต่ละครั้ง

ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ มีวิธีการจัดการกับ ประสพกับภาระที่เพิ่มมากขึ้น จำแนกได้ 3 วิธี ได้แก่ วิธีที่ 1) ประหยัดค่าใช้จ่ายของตนเอง วิธีที่ 2) นำเงินเก็บมาใช้ วิธีที่ 3) ขอรับความช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง และวิธีที่ 4) ขอยืมเงินจากญาติสนิท ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

จากข้อค้นพบ ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ประหยัดค่าใช้จ่ายของตนเอง เนื่องจากญาติขาดรายได้จากการหยุดงาน ญาติจึงใช้วิธีประหยัดเงิน เพื่อนำเงินมาใช้จ่ายในการดูแลแม่ที่นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล โดยการช่วยครอบครัวประหยัดค่าน้ำ ค่าไฟ ไม่ใช้จ่ายเงินสุรุ่ยสุร่ายหรือไปเที่ยวเตร่ ซื้อของใช้ที่ไม่จำเป็น นอกจากนี้ ในการเดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลญาติจะหลีกเลี่ยงการเดินทางโดยรถส่วนบุคคล เปลี่ยนมาเดินทางโดยรถประจำทางแทนเพื่อประหยัดน้ำมัน ซึ่งช่วยทำให้ญาติประหยัดเงินและมีเงินเหลือเก็บไว้ใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ส่วนญาติที่นำเงินเก็บมาใช้ ญาติจะนำเงินที่สะสมนั้นมาใช้จ่ายในการซื้อของใช้สำหรับผู้ป่วย ญาติเล่าว่าไม่รู้สีก

เสียขายและเต็มใจที่จะนำเงินนั้นมาดูแลบุคคลที่ตนรักยามเจ็บป่วย ส่วนญาติที่ขอรับความช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง ในยามเจ็บป่วยญาติหรือเพื่อนบ้านใกล้ชิดของตนเองต่างก็ไปเยี่ยมเยียนให้กำลังใจ และมีการมอบเงินเล็ก ๆ น้อย ๆ ตามกำลังของผู้ให้เพื่อช่วยเป็นค่ารักษาหรือค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาล อธิบายได้ว่าสมาชิกในครอบครัว คือแหล่งสนับสนุนทางสังคมของญาติ ที่ญาติคาดหวังให้ช่วยเหลือมากที่สุด (Williams, 1994) และความต้องการการช่วยเหลือด้านหนึ่งที่ญาติต้องการจากสมาชิกในครอบครัวก็คือ การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน

สำหรับญาติที่ต้องปฏิบัติภารกิจทดแทนบทบาทเดิมของผู้ป่วย ญาติได้รับความช่วยเหลือจากบุตรชาย หรือญาติสนิท ในการแบ่งเบาภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น ญาติรู้สึกว่ายากและสบายใจขึ้นอธิบายได้ว่าเมื่อสมาชิกในครอบครัวในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย แหล่งสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ป่วย คือญาติพี่น้องภายในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กรณ์ชัยพิชญ์ โคตรประทุม (2546) ที่ศึกษาการปรับตัวของครอบครัว เมื่อมีสมาชิกได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง ตามทฤษฎีภาวะวิกฤตครอบครัวของฮิลล์ พบว่า แหล่งประโยชน์ที่ช่วยเหลือ คือเครือข่ายของครอบครัว 70 โดยเฉพาะอย่างยิ่งการช่วยเหลือกันยามเจ็บป่วยไข้ ญาติพี่น้องต้องไปดูแลทุกข์สุข ซึ่งญาติพี่น้องเป็นแหล่งช่วยเหลือได้ทั้งการงาน การเงินและด้านจิตใจ และการศึกษาของ กนกกรัตน์ เนตรใสว (2547) ที่ศึกษาประสบการณ์การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า ญาติได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากญาติพี่น้องในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การแบ่งเบาดูแลภาระทางบ้านให้ การช่วยเหลือทางด้านการเงิน สิ่งเหล่านี้ทำให้ญาติคลายความวิตกกังวลจากการแบกภาระไว้คนเดียว มีเวลาสำหรับการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ และมีโอกาสได้พักผ่อน

นอกจากนี้ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ขอยืมเงิน กู้เงินจากญาติสนิท เนื่องจากสถานภาพด้านการเงินของญาติค่อนข้างฐานะยากจน ประกอบกับต้องขาดรายได้จากการหยุดประกอบอาชีพ ญาติจึงจำเป็นต้องขอยืมเงิน และกู้เงินจากญาติสนิท เพื่อนำเงินมาไว้ใช้จ่ายในการมาเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กรณ์ชัยพิชญ์ โคตรประทุม (2546) ที่พบว่า แหล่งช่วยเหลือด้านการเงินเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดความเจ็บป่วย คือญาติพี่น้อง หรือเพื่อนบ้าน หรือคนในชุมชน ความช่วยเหลือที่ได้รับโดยการให้ความช่วยเหลือด้านการเงินมากที่สุด พบร้อยละ 70 ส่วนใหญ่มีการให้ยืมเงินได้เมื่อมีความขัดสนและจำเป็นจริง ๆ จำนวนเงินนั้นอาจไม่มากนัก 100-500 บาท การกู้ยืมเงินจากญาติพี่น้องอาจไม่มีดอกเบี้ย เนื่องจากฐานะทางเศรษฐกิจไม่แตกต่างกันมากนัก เป็นการกู้ยืมกันเมื่อมีความจำเป็น และใช้คืนเมื่อมีเงิน

สำหรับผลลัพธ์จากการจัดการกับ ประสพกับภาระที่เพิ่มมากขึ้น คือ มีเงินเพียงพอใน

การใช้จ่าย ได้รับความช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง มาเยี่ยมผู้ป่วยได้น้อยลง และพักอาศัยที่โรงพยาบาล แทนการเดินทางไป-กลับ

จากข้อค้นพบ ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติมีเงินเพียงพอในการใช้จ่าย จากการที่ญาติ ประหยัดค่าใช้จ่ายของตนเองและญาติที่มีเงินเก็บ ได้นำเงินเก็บมาใช้จ่าย ทำให้ญาติมีเงินเพียงพอในการใช้จ่ายทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาล โดยที่ญาติไม่ต้องแสวงหาแหล่งช่วยเหลือเพิ่มเติม ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติที่ได้รับความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องในเรื่องค่าใช้จ่ายทำให้ช่วยทุ่นค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิต ทำให้ญาติรู้สึกสบายใจ และตัดสินใจที่ได้รับการช่วยเหลือ ส่วนญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ มาเยี่ยมผู้ป่วยได้น้อยลง เนื่องจากญาติต้องหยุดงาน ทำให้ต้องสูญเสียรายได้ที่ได้รับ ในขณะที่รายจ่ายมีจำนวนเพิ่มขึ้น ญาติจึงจำเป็นต้องไปประกอบอาชีพ เพื่อหาเงินมาใช้จ่าย จนเจ็บป่วยในครอบครัว ทำให้ญาติไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องทุกวัน ญาติจะมาเยี่ยมผู้ป่วยได้เฉพาะวันหยุดทำงานเสาร์-อาทิตย์ นอกจากนี้ ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ต้องพักอาศัยที่โรงพยาบาลแทนการเดินทางไป-กลับ กรณีที่ญาติมีปัญหาทางการเงิน การเดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วยไป-กลับ ทำให้ญาติต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ญาติจึงตัดสินใจมาเยี่ยมและขออนอนเฝ้าผู้ป่วยที่โรงพยาบาล จนกว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น ซึ่งช่วยให้ญาติประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วยลงได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ จำแนกได้ 4 ด้าน คือ

1. ด้านการบริการ

1.1 จากข้อค้นพบ ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วย เมื่อได้เผชิญกับสภาพผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหมดสติเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อน ทำให้ญาติ รู้สึกตกใจ เสียใจ กลัว และวิตกกังวล นอกจากนี้ การที่ได้รับแจ้งจากแพทย์ว่าผู้ป่วยมีอาการหนักและให้ญาติทำใจนั้น ทำให้ญาติเกิดความวิตกกังวล ในอาการของผู้ป่วยมากขึ้น ใจสั่น ไม่สามารถคิดหรือพูดจาได้ตามปกติ

ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรมีการประเมินสภาวะทางอารมณ์ของญาติทั้งในช่วงก่อนการเยี่ยม ขณะเยี่ยม โดยพยาบาลสร้างสัมพันธ์ภาพพูดคุย แสดงท่าทีที่เป็นมิตรกับญาติ จัดให้ญาติได้นั่งพักในสถานที่รอเยี่ยม ญาติอาจแสดงอาการเสียใจ ร้องไห้ พยาบาลควรเข้าใจและยอมรับพฤติกรรมที่ญาติแสดงออกมา

นอกจากนี้ พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ญาติได้สอบถามข้อมูลที่ญาติสงสัย และต้องการทราบ พยาบาลอาจจะอธิบายสภาพอาการของผู้ป่วยอย่างคร่าว ๆ เพื่อให้ญาติได้รับรู้สภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยก่อนที่จะเข้าไปเยี่ยม เพื่อช่วยลดระดับความตกใจ และในช่วงที่ญาติวิตก

กังวลกับอาการผู้ป่วย การคิด และการพูดของญาติจะมีประสิทธิภาพลดลง พยาบาลหลีกเลี่ยงการให้ข้อมูลที่ซับซ้อน เข้าใจยาก และควรมีการประเมินการรับรู้และความเข้าใจในข้อมูลที่ญาติได้รับอีกครั้ง

1.2 จากข้อค้นพบ ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติต้องการรู้และเกาะติดสถานการณ์ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยญาติต้องการทราบความก้าวหน้าของโรคและรับรู้อาการผู้ป่วยในแต่ละวันว่าผู้ป่วยจะมีการปลอดภัยหรือทรุดลงอย่างไร

ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรประเมินการรับรู้และความต้องการของญาติที่มาเยี่ยมว่า ญาติรับรู้ถึงสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเช่นไร มีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด สอบถามความต้องการข้อมูลของญาติที่มาเยี่ยม จากนั้นพยาบาลให้การสนับสนุนข้อมูลที่ญาติต้องการทราบ อาทิเช่น ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพอาการ การวินิจฉัยโรค วิธีการรักษา การดำเนินของโรค และการพยากรณ์โรค เป็นต้น

1.3 จากข้อค้นพบ ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติมีการแสวงหาความรู้จากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เช่น การสอบถามจากบุคลากรทางการแพทย์ การอ่านหนังสือคู่มือการเยี่ยมของหอผู้ป่วย การเรียนรู้จากประสบการณ์ของญาติคนอื่น เพื่อสร้างความรู้ให้กับตนเองและสามารถนำความรู้ที่ได้มาปฏิบัติกับผู้ป่วย

ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะ พยาบาลควรประเมินระดับความรู้ และทักษะการเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหมดสติ สอบถามข้อมูลที่ญาติสงสัยไม่เข้าใจในขณะที่มาเยี่ยม ตลอดจนความรู้และการปฏิบัติที่ญาติต้องการทราบ เพื่อนำมาวางแผนในการให้ความรู้ ฝึกทักษะให้ญาติเกิดความเข้าใจ และมีความมั่นใจในการมาเยี่ยมผู้ป่วย และควรมีอุปกรณ์ให้ความรู้ เพื่อเพิ่มความเข้าใจแก่ญาติมากขึ้น เช่น จัดทำคู่มือเกี่ยวกับการเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ โดยมีเนื้อหาและมีภาพประกอบเกี่ยวกับข้อควรปฏิบัติขณะเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ การพูดคุย-สื่อสารกับผู้ป่วยหมดสติอย่างไร และการออกกำลังกาย การบิบนวดให้กับผู้ป่วยหมดสติ ปฏิบัติอย่างไร เพื่อช่วยให้ญาติมองเห็นภาพที่ชัดเจน และเกิดความเข้าใจเนื้อหาได้ดียิ่งขึ้น

นอกจากนี้พยาบาลควรจัดทำกิจกรรมกลุ่มญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ได้มีโอกาสพูดคุยเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เพื่อให้ญาติได้ระบายนปัญหา ความทุกข์ใจ ความกังวลใจ และร่วมรับรู้ปัญหา สามารถให้ความช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกัน ภายในกลุ่ม พร้อมทั้งสอดแทรกการให้ความรู้และคำแนะนำในการเยี่ยม และการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหมดสติได้อย่างมั่นใจและถูกต้อง

1.5 จากข้อค้นพบ ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ แต่ได้รับข้อมูลไม่ชัดเจน ทำให้ญาติที่มาเยี่ยมเกิดความสับสนและมีความกังวลใจเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยต่อไป

ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะ พยาบาลควรมีการประเมินความต้องการความตรง-ความเพียงพอ-ความชัดเจน-ความมีประโยชน์ของข้อมูลที่ญาติได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งในขณะและภายหลังได้รับข้อมูลอีกครั้ง

1.6 จากข้อค้นพบ ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ต้องการสื่อสารกับผู้ป่วย โดยใช้ทั้งภาษาพูดและภาษากาย เพื่อกระตุ้นให้ฟื้นคืนสติ และถ่ายทอดความรัก ความห่วงใย และให้กำลังใจผู้ป่วย

ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะ พยาบาลควรส่งเสริมให้ญาติที่มาเยี่ยม ได้ติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยทางภาษาพูด เช่น พูดคุย เรียกชื่อผู้ป่วยทุกครั้งที่เข้าเยี่ยม แนะนำตัวเอง พูดให้กำลังใจ ปลอบใจ พูดหรือเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยคุ้นเคยให้ฟังเป็นประจำ พร้อมกับสังเกตปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วย เป็นต้น นอกจากนี้ ควรส่งเสริมให้ญาติได้มีการติดต่อสื่อสารทางกายสัมผัส เช่น การสัมผัส การบีบมือ การกอด การนวดแขน-ขา ในขณะที่อยู่กับผู้ป่วย

1.7 จากข้อค้นพบ ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยกิจกรรมที่ญาติปฏิบัติ ได้แก่ การเช็ดหน้าเช็ดตัว เช็ดน้ำมูก น้ำลาย ดูแลการขับถ่าย และช่วยทำกายภาพบำบัด เป็นต้น

ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะ พยาบาลควรสนับสนุนให้ญาติที่เข้ามาเยี่ยมได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้านกิจวัตรประจำวันง่าย ๆ ตามความเหมาะสม เช่น การเช็ดหน้า เช็ดตัว ทาแป้ง หวีผม เปลี่ยนเสื้อผ้า การออกกำลังกายมือ-เท้า เป็นต้น พยาบาลอาจจะให้คำแนะนำหรือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลร่วมกับญาติ เพื่อให้ญาติได้มีโอกาสเรียนรู้ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งจะช่วยให้ญาติเกิดความรู้สึกรับผิดชอบและปฏิบัติได้ถูกต้อง

1.8 จากข้อค้นพบ หลังกลับจากเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติมี ญาติคิดกังวลต่อเนื่องเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่อาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต เนื่องจากความผันผวนการเปลี่ยนแปลงของอาการในทางลบที่ไม่สามารถทำนายทิศทางได้ และต้องอยู่กับสภาพความเจ็บปวดเพียงลำพัง

ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะ พยาบาลควรสอบถามความคิด ความรู้สึกของญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ เพื่อรับทราบปัญหา ความคิด ความรู้สึกหลังจากเยี่ยม เพื่อนำมาวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างสอดคล้องและตรงตามความต้องการของญาติ ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลที่ให้ ได้แก่ พยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย แผนการรักษาของแพทย์ อาการของผู้ป่วย ในปัจจุบัน เพื่อให้ญาติได้รับรู้ข้อมูลที่เป็นจริง และรับทราบอาการของผู้ป่วยโดยตลอด ซึ่งจะช่วย

ให้ญาติเข้าใจและยอมรับอาการผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น หากผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่หมดหวังพยาบาลควรให้กำลังใจ ปลอบโยน พยายามทำให้ญาติได้เข้าใจธรรมชาติของชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ทุกคน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ญาติได้พูดคุยซักถามปัญหา ระบายความรู้สึกวิตกกังวล ไม่สบายใจโดยพยาบาลเป็นผู้ฟังที่ดีแสดงท่าทีเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ นอกจากนี้ พยาบาลควรจัดมุมสถานที่รอเยี่ยมผู้ป่วย ให้ญาติได้นั่งพักผ่อนคลาย หรือแนะนำให้ทำกิจกรรมที่คลายเครียดโดยการอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ การร่อนผ้าคันไม้ การทำงานฝีมือ หรือกิจกรรมที่ญาติชอบ เพื่อเบี่ยงเบนความคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีอยู่อย่างต่อเนื่อง

1.9 จากข้อค้นพบ ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ต้องการมาเยี่ยมและเฝ้าดูอาการอย่างใกล้ชิดไม่ให้คลาดสายตา

ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะ พยาบาลควรปรับเวลาให้ญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อยครั้ง ตามความต้องการของญาติ โดยไม่รบกวนการปฏิบัติงานของแพทย์และพยาบาล และอนุญาตให้ญาติสามารถเยี่ยมผู้ป่วยได้นานตามที่ต้องการ นอกจากนี้ หากญาติไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทันตามเวลาเยี่ยมที่หอผู้ป่วยกำหนดไว้ พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ญาติได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้เป็นกรณีพิเศษ

1.10 จากข้อค้นพบ ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ต้องการมาเยี่ยมและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเนื่องจากตระหนักว่าระยะเวลาที่อยู่กับผู้ป่วยเหลือน้อยลง และเมื่อผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตญาติต้องการที่จะพูดคุยเพื่อกล่าวคำอำลาให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ

ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะ พยาบาลควรสนับสนุน อำนาจความสะดวก และอนุญาตเป็นกรณีพิเศษให้ญาติได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย อยู่เป็นเพื่อนในขณะที่ผู้ป่วยกำลังจะจากไป พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ญาติได้พูดคุยกล่าวอำลา พูดถึงความรู้สึกดีๆที่มีต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ และไปสู่สุคติ

1.11 จากข้อค้นพบ ในกรณีที่ญาติไม่สามารถมาเยี่ยมด้วยตนเอง และต้องการทราบข้อมูลอาการผู้ป่วย พบว่าญาติจะสอบถามอาการทางโทรศัพท์แทนการเดินทางมาเยี่ยม ซึ่งช่วยให้ญาติได้ทราบข้อมูลอาการผู้ป่วย ถึงแม้ว่าจะไม่ได้มาเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลด้วยตนเอง

ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะ พยาบาลควรมีบริการให้ข้อมูลอาการทางโทรศัพท์ โดยพยาบาลให้หมายเลข โทรศัพท์แก่ญาติผู้ป่วย เพื่ออำนวยความสะดวกให้ญาติสามารถติดต่อเพื่อสอบถามข้อมูลอาการผู้ป่วยได้ตามความต้องการ ซึ่งทำให้ญาติได้รับรู้อาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

1.12 จากข้อค้นพบ ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติมีแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป เช่น นอนไม่หลับ พักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารลดลงและไม่ตรงเวลา ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย

ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะ พยาบาลควรให้คำแนะนำญาติที่มาเยี่ยม ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การพักผ่อนให้เพียงพอ การรับประทานอาหารให้ตรงเวลา เพื่อให้ญาติมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีพลังในการที่จะดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

1.13 จากข้อค้นพบ ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ต้องการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อและศรัทธา เช่น การบนบานศาลกล่าว แสวงหาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การสวดมนต์ การสะเดาะเคราะห์ เพื่อให้ตนเองรู้สึกสบายใจ เสมือนเป็นที่พึ่งทางใจ

ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะ พยาบาลควรให้ความช่วยเหลือและเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเหมาะสม และความเชื่อของญาติ โดยที่ไม่ขัดต่อการรักษาของแพทย์ หากญาติประสงค์ที่จะสวดมนต์ หรือบนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์ของทางโรงพยาบาล พยาบาลควรอำนวยความสะดวก พยาบาลอาจจะแนะนำ หรือจัดหาสถานที่ที่เหมาะสมให้ เพื่อช่วยสนับสนุนภาวะจิตใจ และจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วย ซึ่งช่วยทำให้ญาติรู้สึกสบายใจขึ้น

1.14 จากข้อค้นพบ ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ มีการพูดคุย รับกำลังใจ และนึกถึงคำปลอบใจของญาติใกล้ชิด ซึ่งช่วยให้ญาติคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย

ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะ พยาบาลควรสนับสนุน และส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวญาติพี่น้อง ตลอดจนเพื่อน ๆ มีส่วนร่วมในการดูแล และเอาใจใส่ พูดคุย ปลอบใจ ให้กำลังใจแก่ญาติที่มาเยี่ยม เพื่อให้ญาติได้ระบายความรู้สึก ความกังวลใจที่มีอยู่ ช่วยให้ญาติเกิดความรู้สึกอุ่นใจ ที่ได้รับความห่วงใย การประคับประคองจิตใจ จากญาติพี่น้องใกล้ชิด

1.15 จากข้อค้นพบ ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ต้องประสบกับภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาเยี่ยม ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ค่าใช้จ่ายในการซื้อวัสดุของใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย จากการต้องหยุดงาน ทำให้สูญเสียรายได้ที่ตนเองเคยได้รับ ขณะที่รายจ่ายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ญาติมีปัญหาด้านการเงิน ต้องกู้หนี้ยืมสิน เพื่อนำเงินมาใช้จ่ายในการเดินทางมาเยี่ยมและดูแลผู้ป่วย

ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะ พยาบาลควรสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย และปัญหาด้านค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการที่ญาติมาเยี่ยมผู้ป่วย และเมื่อพบว่าญาติมีปัญหาด้านการเงิน พยาบาลควรแนะนำและช่วยเหลือโดยการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ของทางโรงพยาบาล เพื่อสนับสนุนสิ่งของเครื่องใช้และช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่ายที่จำเป็นแก่ญาติผู้ป่วย

1.16 จากข้อค้นพบ ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ปฏิบัติภารกิจงานเพิ่มมากขึ้นเพื่อหารายได้ ทำให้ญาติต้องไปประกอบอาชีพรับจ้างทำงานนอกเวลา หรือรับจ้างทำงานทั่วไป เพื่อหารายได้มาใช้จ่ายภายในครอบครัว การที่ญาติต้องรับภาระงานที่มากขึ้น ทำให้ญาติไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวัน

ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะ พยาบาลควรเข้าใจ และเห็นใจ ไม่พูดต่อว่าหากผู้ป่วยไม่สามารถมาเยี่ยมหรือมาดูแลผู้ป่วยได้ทุกวัน

2. ด้านการศึกษา

2.1 กำหนดให้แนวคิดประสบการณ์ของญาติในการเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ เป็นเนื้อหาส่วนหนึ่งในหลักสูตรปริญญาตรี และจัดอบรมแนวคิดการเยี่ยมและการดูแลญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ แก่พยาบาลประจำการ

3. ด้านการวิจัย

3.1 ควรจัดทำวิจัยคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริม และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของญาติในการมาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ และวิจัยประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลด้านการดูแลญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อเผยแพร่และพัฒนารูปแบบการดูแลดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

3.2 ควรจัดทำวิจัยคุณภาพในเงื่อนไขเฉพาะเจาะจงมากขึ้น อาทิเช่น กลุ่มผู้ป่วยหมดสติใน 24 ชั่วโมงแรก กลุ่มผู้ป่วยหมดสติเรื้อรัง กลุ่มอายุ-กลุ่มความสัมพันธ์ระหว่างญาติและตัวผู้ป่วยที่ต่างกัน เป็นต้น

4. ด้านการบริหาร

4.1 ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ มาเป็นแนวทางในการทำมาตรฐานการดูแลญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติในแต่ละหอผู้ป่วยให้เป็นในแนวทางเดียวกัน ตลอดจนบริหารทรัพยากรให้เอื้อและสนับสนุนการพัฒนา รูปแบบการเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติให้เป็นระบบและครบวงจรเพื่อสุขภาพของญาติที่มาเยี่ยมและผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยม รวมทั้งการระดมองค์ความรู้ของวิชาชีพพยาบาลด้านการดูแลญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยสืบไป