

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหมดสติเป็นสถานการณ์ที่พบได้เป็นประจำในคลินิก โดยความผิดปกติที่มีผลกระทบต่อการทำงานของสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่รับรู้ต่อตนเอง และไม่สามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นใด ๆ จากสิ่งเร้าภายนอกได้ (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2008) ภาวะหมดสติส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม กล่าวคือ ทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยหมดสติจะมีความบกพร่องของระดับความรู้สึกตัว ไม่รับรู้ต่อตนเองหรือสิ่งแวดล้อม มีความบกพร่องในด้านการควบคุมเกี่ยวกับ อุณหภูมิ ชีพจร และการหายใจ ซึ่งผู้ป่วยอาจหยุดหายใจมี โอกาสเสียชีวิต (Kerr, 2000; Smeltzer et al., 2008) นอกจากนี้ยังมีความบกพร่องด้านการ คิดต่อสื่อสาร ไม่ตอบสนองต่อคำพูด ไม่ลืมตา ไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกายหรือยกแขน-ขา แม้ว่า จะได้รับการกระตุ้นเพียงใดก็ตาม ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง (Geraghty, 2005) การเผาผลาญพลังงานภายในร่างกายลดลง เกิดการสูญเสียความตึงตัวของกล้ามเนื้อ กระดูกและ ข้อต่อต่าง เกิดการหดรั้ง เกิดข้อยึดติดตามมา เกิดการสูญเสียรีเฟล็กซ์ อย่างเช่น รีเฟล็กซ์ในการ กระพริบตา รีเฟล็กซ์ในการไอ การขย้อน และการกลืน ตลอดจนจนถึงความสามารถในการควบคุม การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ซึ่งความเป็ยกชั้นที่เกิดจากปัสสาวะและอุจจาระ จะทำให้ผิวหนัง อ่อนแอเกิดแผลได้ง่าย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540; Smeltzer et al., 2008)

ผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ สังคมคือผู้ป่วย จากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะตอบสนอง หรือรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม และบุคคลภายนอกได้ ผู้ป่วยอาจได้รับการปฏิบัติจากทีมสุขภาพในบาง สถานการณ์เหมือนสิ่งของ บางครั้งอาจขาดการบอกกล่าวให้ผู้ป่วยทราบทั้งก่อนและในขณะที่ ปฏิบัติการพยาบาล โดยที่แพทย์และพยาบาล คิดว่าผู้ป่วยไม่มีความรู้สึกไม่สามารถจะตอบสนอง หรือได้ยิน จึงไม่จำเป็นต้องบอกหรือพูดกับผู้ป่วย ทำให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพมีการ สื่อสารกับผู้ป่วยน้อยลง ขาดการกระตุ้นสัมผัสอย่างมีความหมาย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยที่หมดสติอาจ สูญเสียความมีเกียรติศักดิ์ศรี และคุณค่าของความเป็นคน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

นอกจากนี้ การที่สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยและอยู่ในภาวะหมดสติ ทำให้เกิดผล กระทบต่อญาติทั้งด้านจิตใจ ร่างกาย ฐานะเศรษฐกิจและสังคม กล่าวคือ ญาติจะมีความเครียด วิตกกังวลอยู่ในระดับสูงโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 72 ชั่วโมงแรกของการเจ็บป่วยเฉียบพลัน (Tracy, Fowler, & Magarelli, 1999) เนื่องจากภาวะหมดสติ มักเกิดโดยไม่มีการเตือนล่วงหน้า

จึงไม่มีเวลาในการเตรียมตัว ญาติจะรู้สึกช็อก ตกใจ กลัวการสูญเสียผู้ป่วย เสียใจ และวิตกกังวล โดยเฉพาะอย่างยิ่งความวิตกกังวลกับอาการของผู้ป่วย (วิจิตรา กุสุมภ์, 2546; Fortinash & Holoday-Worret, 2008) ญาติจะมีความเครียดสูง มีความรู้สึกถูกถามต่อความมั่นคงทางด้านจิตใจ ที่ต้องเผชิญกับสภาพของผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พุดไม่ได้ ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ตลอดจนความเสี่ยงเป็นเสี่ยงตายของผู้ป่วยที่มีความไม่แน่นอน

อีกทั้งผู้ป่วยหมดสติ มักจะได้รับการรักษาโดยการสอดใส่สายและท่อต่าง ๆ เข้าไปในร่างกาย เพื่อช่วยให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ยังคงดำรงอยู่ได้ การใช้อุปกรณ์ เครื่องมือ เทคโนโลยีที่ทันสมัย ที่ญาติไม่สามารถเข้าใจได้ อาจทำให้ญาติเกิดความกลัวว่าผู้ป่วยจะเจ็บปวด หรือต้องสูญเสียชีวิต การไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย รวมถึงการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ทีมสุขภาพซึ่งต้องเร่งรีบ เครื่องมือ ให้เวลาส่วนใหญ่กับผู้ป่วยและเครื่องมือต่าง ๆ แต่มีความสนใจในการดูแลญาติผู้ป่วยจำกัด รวมถึงภาวะที่บุคลากรต้องการความคล่องตัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและรีบด่วนนั้น ญาติอาจถูกจำกัด โอกาสการได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ซึ่งภาวะที่ญาติถูกแยกจากผู้ป่วยอันเป็นบุคคลที่รัก ในขณะที่ชีวิตของผู้ป่วยกำลังตกอยู่ในภาวะอันตรายนี้ ญาติผู้ป่วยบางรายอาจมีความทุกข์ทรมานทางจิตใจเพิ่มสูงขึ้น (คณินันต์ บุรีเทศน์, 2540) โดยมักพบว่าในช่วงเวลาดังกล่าว ญาติมักจะปฏิเสธ ไม่ยอมรับความจริง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เช่น โกรธ หงุดหงิดง่าย กระสับกระส่าย เดินไปมา การถามคำถามซ้ำ ๆ กับเจ้าหน้าที่หลาย ๆ คน มีความเศร้าโศก ร้องไห้ (Ruppert, Kernicki, & Dolan, 1991; Smeltzer et al., 2008)

บางสถานการณ์ยังพบว่าในภาวะที่ญาติจำเป็นต้องตัดสินใจในด้านการรักษาแทนผู้ป่วย เป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากใจแก่ญาติเป็นอย่างยิ่ง (ชญานิช ลือวานิช, 2540; Little-Stoetzel, 2007) ญาติอาจมีความรู้สึกสับสน และวิตกกังวล มีความเครียดมากขึ้นในการตัดสินใจ และอาจนำไปสู่ความรู้สึกผิด เป็นทุกข์ทางใจเรื้อรังได้ ความวิตกกังวลและความเครียดที่เกิดขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อร่างกาย ทำให้ญาติอาจมีภาวะความดันโลหิตสูง อ่อนเพลีย เหน็ดเหนื่อย นอนหลับพักผ่อนได้น้อย (Cullen, Titler, & Drahozal, 2003)

นอกจากนี้ ผู้ป่วยหมดสติ ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาานาน ทำให้ญาติต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น ญาติต้องเสียค่าที่พัก ค่าอาหาร รวมทั้งค่าเดินทางในการมาเยี่ยมผู้ป่วย และถ้าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่ต้องรับภาระด้านค่าใช้จ่ายในครอบครัวจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นอย่างมาก (ชอลดา พันธุเสนา, 2536) ญาติต้องสูญเสียรายได้ที่เคยได้รับจากผู้ป่วย และ สูญเสียรายได้จากการหยุดงานของตนเอง นอกจากนี้ การที่ญาติต้องการมาเยี่ยมและเฝ้าดูอาการผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ทำให้ญาติต้องขาดการติดต่อกับสัมพันธ์กับสังคมภายนอก เช่น เพื่อน ๆ ชุมชน และกลุ่มทางสังคม ทำให้ถูกแยกจากสังคม แหล่งสนับสนุนทางสังคมลดลง (Hickey, 1993)

เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดเจ็บป่วย การมาเยี่ยมของญาติเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยอาจจะรู้สึกว่าตนเองไม่ถูกทอดทิ้ง ได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ มีกำลังใจ ส่งผลให้เกิดการฟื้นหายของผู้ป่วยเร็วขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งมีรายงาน การศึกษาการเยี่ยมของญาติต่อภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า การเยี่ยมทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตของผู้ป่วยลดลง (Miracle, 2006) และช่วยให้ญาติมีความเครียด ความวิตกกังวลลดลง (Cullen, Titler, & Drahozal, 2003; Daly, 1999; Petterson, 2005; Van Horn & Kautz, 2007) เนื่องจากญาติได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้พูด สัมผัสตัวผู้ป่วย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะหมดสติ ไม่ตอบสนองก็ตาม นอกจากนี้การที่ญาติมาเยี่ยมผู้ป่วย ยังช่วยให้พยาบาลได้มีโอกาส พบปะพูดคุยกับญาติ ให้ข้อมูลอาการและแนวทางการรักษาของผู้ป่วยอย่างคร่าว ๆ ทำให้ญาติเกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง อีกทั้งมีโอกาสนำคำแนะนำแก่ญาติ ในการดูแลผู้ป่วย ขณะที่ญาติมาเยี่ยม เพื่อส่งเสริมให้ญาติได้มีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วย ได้ตรงตามความต้องการ ซึ่งจะทำให้ญาติรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามีความสำคัญกับผู้ป่วย (Daly, 1999)

หอผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่เป็นบริบทในการศึกษาครั้งนี้ มีนโยบายเกี่ยวกับระเบียบการเยี่ยม คือ กำหนดเวลาเยี่ยมของญาติในหอผู้ป่วยสามัญเป็น 2 ช่วง ได้แก่ ช่วงเช้า (06.00-08.00 น.) และช่วงเที่ยงถึงกลางคืน (12.00-20.00 น.) ส่วนกำหนดเวลาเยี่ยมของญาติในหอผู้ป่วยหนัก จะมีเพียงช่วงเดียว ตั้งแต่ 13.00-14.00 น. ซึ่งเป็นระยะเวลาที่สั้นและมีความจำกัด ทั้งนี้อาจเพื่อให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรและส่งเสริมการพักผ่อนของผู้ป่วย ซึ่งจากประสบการณ์ปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลประจำการของผู้วิจัย พบว่า ส่วนหนึ่งของญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหมดสติ มักมาไม่ตรงกับเวลาที่ทางโรงพยาบาลกำหนดให้ ทำให้ไม่สามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ตามความต้องการ และต้องอยู่กับการรอคอยนอกหอผู้ป่วยจนกว่าจะได้เวลาเยี่ยม ซึ่งทำให้ญาติอยู่ในภาวะวิตกกังวล เครียด ตั้งแต่ระดับน้อยไปจนถึงระดับมาก

นอกจากนโยบายระเบียบการเยี่ยมเกี่ยวกับช่วงระยะเวลา ดังกล่าวข้างต้นแล้ว ก็ยังมีระเบียบการเยี่ยมที่เกี่ยวข้องกับจำนวนอายุ และจำนวนบุคคลที่จะเข้าเยี่ยมได้ในแต่ละครั้ง กล่าวคือ ในทางปฏิบัติการเยี่ยมในหอผู้ป่วยสามัญ จะไม่อนุญาตให้เด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี เข้าเยี่ยมภายในหอผู้ป่วย ส่วนในหอผู้ป่วยหนัก มีระเบียบเป็นลายลักษณ์อักษรที่ไม่อนุญาตให้เด็กที่อายุต่ำกว่า 12 ปี เข้าเยี่ยมผู้ป่วยผู้ใหญ่ โดยการเยี่ยมแต่ละครั้ง ผู้มาเยี่ยมจะเข้าเยี่ยมได้เพียงครั้งละ 1 คน ดังนั้นหากผู้มาเยี่ยมมีจำนวนหลายคน ก็จะต้องผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันเข้าเยี่ยมทีละคน ภายในช่วงเวลา 13.00-14.00 น. เท่านั้น ส่งผลให้ญาติที่มาเยี่ยมมีความอึดอัดใจ ซึ่งจากการศึกษาของ Engstrom and Soderberg (2004) พบว่า ในระยะแรกของการเยี่ยมผู้ป่วยที่หมดสติ ญาติรู้สึกตกใจ กลัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสภาวะที่ญาติไม่คุ้นเคยกับสภาพผู้ป่วยที่พึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ เครื่องมืออุปกรณ์ทาง

การแพทย์ที่เป็นเทคโนโลยีขั้นสูง ตลอดจนถึงสภาพอากาศของผู้ป่วยวิกฤตรายอื่น ๆ ที่อยู่รอบข้างผู้ป่วย ทำให้ญาติที่มาเยี่ยมเกิดความหวาดหวั่น หวาดกลัว และคาดคิดถึงภาวะอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ต่อไป

ที่สำคัญ เมื่อญาติไม่สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยที่อยู่ในสถานะหมดสติ โดยไม่ได้รับคำแนะนำและการให้ข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับอาการผู้ป่วยและการรักษาพยาบาล ทำให้ญาติได้แต่ยืนอยู่ข้างเตียงผู้ป่วย โดยไม่กล้าแตะต้องหรือสัมผัสผู้ป่วย (Reigel, 1989 อ้างถึงใน พิกุล เจริญสุข, 2549) ซึ่งนำไปสู่ภาวะเครียด วิตกกังวล และเกิดความคับข้องใจมากยิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า ญาติที่ไม่สามารถเผชิญกับความคับข้องใจระดับสูง ดังที่กล่าวมาข้างต้นจะส่งผลให้ญาติอาจหลีกเลี่ยงการมาเยี่ยมผู้ป่วย (Engstrom & Soderberg, 2004) ซึ่งจะย้อนกลับไปเพิ่มความรู้สึกให้คับข้องใจและวิตกกังวลมากยิ่งขึ้น รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ไม่รับรู้ถึงคุณค่าของตนในการมาเยี่ยมผู้ป่วย และความวิตกกังวลที่มากขึ้น ทำให้ญาติไม่สามารถควบคุมความคิด ขาดสมาธิ มีความตั้งใจหรือสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งลดลง ทำให้การตัดสินใจและการให้ความร่วมมือเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยไม่ดีเท่าที่ควร (Mirr, 1991) ญาติบางรายมีความรู้สึกเครียด อาจชดเชยด้วยการพึ่งสิ่งเสพติด เช่น สูบบุหรี่มากขึ้นกว่าเดิม อันจะนำไปสู่ภาวะร่างกายที่ทรุดโทรมเร็วและรุนแรงขึ้น ทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางกายตามมา (เหมือนฝัน มณีฉาย, 2543) ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ไม่สามารถให้การช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยได้ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Henneman & Cardin, 2002)

จากความสำคัญที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงผลกระทบของการเยี่ยมผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหมดสติ ได้ค้นคว้ารายงานการวิจัยทางการแพทย์ที่ศึกษาถึงประสบการณ์ของญาติในการเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติทั้งในประเทศและต่างประเทศ ยังไม่พบงานวิจัยใดที่แสดงให้เห็นถึงความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ตามการรับรู้ของญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์ของญาติในการเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ โดยได้เลือกใช้การวิจัยเชิงคุณภาพมาเป็นระเบียบวิธีวิจัย เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับ ความรู้สึกนึกคิด และการกระทำของญาติในกระบวนการเยี่ยม ตามมุมมองของตัวญาติเอง ได้อย่างลึกซึ้ง สามารถนำข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการสร้างแนวทาง สำหรับจัดระบบบริการพยาบาลให้มีความเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ตรงตามประสบการณ์ของญาติผู้ป่วยที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติได้อย่างเป็นองค์รวม

ฐานแนวคิดในการวิจัย

การวิจัย เรื่องประสบการณ์ของญาติในการเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ เพื่อทำความเข้าใจ ประสบการณ์การมาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ตามประสบการณ์ตรงที่เกิดขึ้นจริง ในมุมมองของญาติ ผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดภาวะหมดสติและการดูแลผู้ป่วยภาวะหมดสติ กับ แนวคิดการเยี่ยมผู้ป่วย เป็นความไวเชิงทฤษฎี (Theoretical Sensitivity) สำหรับเป็นแนวทางในการดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์ให้เป็นไปได้อย่างรวดเร็ว มีความ เชื่อถือได้

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์ของญาติในการเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติมีอะไรบ้าง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายประสบการณ์ของญาติในการเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อบรรยายประสบการณ์ของญาติในการเยี่ยม ผู้ป่วยหมดสติ ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เป็นวิธีการหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล และทำการคัดเลือกญาติของผู้ป่วยหมดสติ เพื่อเป็นผู้ให้ข้อมูลโดยใช้แนวคิดการเลือกตัวอย่างเชิง ทฤษฎี (Theoretical Sampling) กล่าวคือ ในการเก็บข้อมูลครั้งแรกผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล แบบ เฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติเบื้องต้นที่กำหนด คือ 1) เป็นญาติผู้ป่วยภาวะ หมดสติ ที่อยู่ในระหว่างการรักษาพยาบาล 2) มีประสบการณ์ตรงในการเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ และมีความยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการเล่าประสบการณ์ตรงของตนเองในการเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติที่ ผ่านมา โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม อายุรกรรม และผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาล แห่งหนึ่งในจังหวัดนครนายก ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 เป็นต้นไป จนกระทั่งข้อมูลมีความ อิ่มตัวในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2551 รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูล 11 คน

นิยามศัพท์เฉพาะ

ประสบการณ์การเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด และการกระทำที่เกิดขึ้น ของญาติ ในกระบวนการมาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวตามการรับรู้ของตัว

ญาติที่ผ่านมาจนถึงวันที่สิ้นสุดการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย ซึ่งสามารถค้นหาได้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นรายบุคคล โดยมีแนวคำถามในการเก็บข้อมูลครั้งแรก (ตามรายละเอียดภาคผนวก ก หน้า 149)

ผู้ป่วยหมดสติ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการจำกัดในการตอบสนองต่อสิ่งแวดลอม ประเมินด้วย Glasgow Coma Scale มีค่าคะแนนรวมของการตอบสนอง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน

ญาติผู้ป่วย หมายถึง บุคคลที่แจ้งว่าเป็นญาติของผู้ป่วยหมดสติที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตโดยตรงกับผู้ป่วยหมดสติในฐานะบิดา-มารดา บุตร พี่-น้อง หรือ อาจเป็นคู่สมรสของผู้ป่วยที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติขณะรักษาตัวในหอผู้ป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การวิจัยครั้งนี้จะได้ข้อมูลพื้นฐานเพื่อบรรยายประสบการณ์การมาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ ตามการรับรู้ของญาติ ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติงานของพยาบาลที่จะทำให้เกิดประโยชน์ในด้านต่าง ๆ ดังนี้คือ

ด้านการบริการพยาบาล ข้อมูลพื้นฐานที่ได้ ใช้เป็นแนวทางในการวางแผน เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติได้ตรงตามประสบการณ์ที่แท้จริง

ด้านการบริหาร ข้อมูลพื้นฐานที่ได้ สามารถนำมาเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารการพยาบาล ในการพัฒนาความสามารถทางการพยาบาลของพยาบาลประจำการ ในการดูแลญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ การบริหารจัดการทรัพยากรให้เพียงพอ เพื่อให้การดูแลและให้คำแนะนำแก่ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านการศึกษา ข้อมูลพื้นฐานที่ได้ สามารถนำมาใช้เป็นเนื้อหาสำหรับ การจัดการเรียนการสอนหรือการจัดหลักสูตรฝึกอบรมนักศึกษาพยาบาล และพยาบาลให้เข้าใจถึงประสบการณ์ของญาติในการมาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ

ด้านการวิจัย ข้อมูลพื้นฐานที่ได้ สามารถนำมาเป็นแนวทางในการวิจัยต่อยอด เกี่ยวกับการมาเยี่ยมของญาติให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อาทิเช่น การสร้างและทดสอบรูปแบบการดูแลช่วยเหลือญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติ