

ประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ

นางสาวมาณี ชัยวีระเดช

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2555

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)

are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

EXPERIENCES OF BEING AN ADULT PATIENT RECEIVING VENTILATOR

Miss Manee Chaiweeradet

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2012

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่ เครื่องช่วยหายใจ
โดย	นางสาวมาณี ชัยวีระเดช
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(พันโทหญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์)

5377593236 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : ADULT PATIENT / VENTILATOR / EXPERIENCE

MANEE CHAIWEERADET : EXPERIENCES OF BEING AN ADULT PATIENT
RECEIVING VENTILATOR. ADVISOR : ASST.PROF. NORALUK UAKIT, Ph.D.,
CO-ADVISOR : ASST.PROF. AREEWAN OUMTANEE, Ph.D., 128 pp.

This qualitative research aimed to describe experiences of being an adult patient receiving ventilator. Hermeneutic phenomenology guided by the concept of Heidegger was used as the research methodology of this study. Twelve adult patients with first time receiving ventilator at least six days were participated in this study. In-depth interview with audio-record and transcribed verbatim was used to collected data. The data were analyzed by using a content analysis of van Manen.

The findings revealed eight categories as follows :

- 1) A ventilator functioning as a lung when not being breathe
- 2) Living with a ventilator liked a dying person needing spiritual support
- 3) Suffering from pain but trying to accept and live with it
- 4) Getting really hurt when coughing and suctioning
- 5) Being frustrated when no one understands what he/she needs
- 6) How to getting sleep when having fear in mind
- 7) Receiving good services enhances his/her feeling of safe
- 8) Thinking of the future makes he/she wishes to get well soon.

These research findings can be used as a guideline in taking care of patients with ventilators holistically, in responding critically ill patients' needs, and putting this guideline for humanistic care by considering differences among each person.

Field of Study : Nursing Science..... Student's Signature

Academic Year : 2012..... Advisor's Signature

Co-advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

ความสำเร็จในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้จะเกิดขึ้นไม่ได้เลย ถ้าไม่ได้รับความกรุณา ความช่วยเหลือ และกำลังใจ นอกเหนือไปจากความรู้ คำแนะนำที่มีให้อย่างเสมอมาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และพันโทหญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้คำแนะนำในการแก้ไขข้อบกพร่อง รวมทั้งคำแนะนำ และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์มีความชัดเจนและสมบูรณ์ขึ้น

กราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ตลอดจนให้ความรัก ความเมตตาตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ณ สถาบันนี้ และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนวิจัยบางส่วนในงานวิจัยครั้งนี้

ขอบคุณเป็นอย่างยิ่งไปยังผู้ให้ข้อมูลต่างๆ ท่านทั้งที่ยังมีชีวิตอยู่และที่ล่วงลับไปแล้ว สิ่งที่ท่านบอกเล่ากับผู้วิจัยจะเป็นคุณูปการในการดูแลผู้ป่วยต่อไป และผลกุศลอันนี้ขอให้ทุกท่านมีสุขภาพแข็งแรง รวมถึงท่านที่ล่วงลับไปแล้ว ขอให้ดวงวิญญาณที่อยู่ในสัมปรายภพจะมีแต่ความสุขเทอญ

ขอขอบคุณหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม และพี่ๆ น้องๆ ผู้ร่วมงานโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ที่สนับสนุนและให้กำลังใจในการลาศึกษาต่อครั้งนี้เสมอมาและขอขอบคุณมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการศึกษา ระดับบัณฑิตศึกษา

ขอขอบคุณคุณอรพรรณ ไชยเพชร และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาศ ชินวงศ์ที่ช่วยเหลือและให้คำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี รวมทั้งเพื่อนพยาบาลรุ่น 16 ทุกท่าน

ขอขอบคุณเพื่อนๆ หลักรัฐพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ถามไถ่ ส่งกำลังใจมาให้เสมอ ผู้วิจัยซาบซึ้งและรู้สึกขอบคุณเป็นอย่างสูง และสุดท้ายนี้ พลังที่ยิ่งใหญ่จากคุณพ่อ คุณแม่ พี่น้องและญาติทุกคนในครอบครัวที่ให้ความรัก ความเป็นห่วง คอยติดตามได้ถามสุขทุกข์ตลอดเวลา กราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
ปัญหาการวิจัย.....	5
แนวคิดเบื้องต้น.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่.....	7
ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ.....	15
แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ.....	29
การศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยา.....	47
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	56
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	61
บริบทของพื้นที่ในการศึกษา.....	61
ผู้ให้ข้อมูล.....	61
จริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล.....	63
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	63
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	64
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล.....	67

บทที่ หน้า

.....	
ปัญหาและอุปสรรคจากการทำการวิจัยครั้งนี้.....	68
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
บทที่ 5 อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	85
อภิปรายผลการวิจัย.....	85
ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้	94
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	95
รายการอ้างอิง.....	96
ภาคผนวก	103
ภาคผนวก ก.....	104
ภาคผนวก ข.....	109
ภาคผนวก ค.....	117
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	128

บทที่ หน้า

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ตารางแสดงรายละเอียดผู้ให้ข้อมูล.....	118

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหายใจล้มเหลวเป็นภาวะที่ระบบทางเดินหายใจไม่สามารถทำหน้าที่แลกเปลี่ยนก๊าซได้ตามปกติ ซึ่งเป็นภาวะที่พบบ่อยที่สุดในหอผู้ป่วยวิกฤต มีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 22-75 (Stacy, 2010) ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการช่วยเหลือเพื่อให้ได้รับออกซิเจนและแลกเปลี่ยนก๊าซได้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย โดยการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ รวมทั้งการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ภาวะที่เกิดขึ้นนี้ถือว่าเป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย (ศิริศักดิ์, 2552) และเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน โดยไม่คาดคิดมาก่อน ดังนั้นท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจเป็นอุปกรณ์การแพทย์ที่ช่วยเหลือผู้ป่วยในช่วงวิกฤตนี้ แต่ขณะเดียวกัน ก็เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดจากการดูดเสมหะ รู้สึกอึดอัด และ/หรือรำคาญท่อช่วยหายใจ เนื่องจากเป็นวัตถุแปลกปลอมที่เข้าไปขวางอยู่ในลำคอ เป็นอุปสรรคอย่างยิ่งต่อการสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจความต้องการของตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด และจิตใจที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นให้เข้าใจความต้องการของตนเองได้ (ภัทรพร จันทรประดิษฐ์, 2543; อมรรัตน์ สุวรรณมิสสระ, 2549; อรนิภา รสจํา และคณะ, 2554) ปรากฏการณ์ในการช่วยเหลือตนเองแม้แต่การทํากิจวัตรประจำวัน เนื่องจากผู้ป่วยมักถูกพันธนาการทั้งแขนและขา เพื่อป้องกันผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจ ออก (สุพิศตรา อยู่สุข, 2536; ภัทรพร จันทรประดิษฐ์, 2543; อมรรัตน์ สุวรรณมิสสระ, 2549; อรนิภา รสจํา และคณะ, 2554) บางรายงานระบุว่าผู้ป่วยรู้สึกกลัวตาย เมื่อมีเสมหะจำนวนมากอยู่บริเวณลำคอ แต่ไม่สามารถเรียกผู้อื่นมาช่วยตนเองได้ บางรายกลัวตายเนื่องจากเมื่อมีเสมหะและไอจนเครื่องช่วยหายใจหลุดออกจากท่อช่วยหายใจ ทำให้ตนเองหายใจลำบาก รู้สึกทรมานทรมายเมื่อต้องหายใจแรงโดยไม่มีเครื่องช่วยหายใจ (ภัทรพร จันทรประดิษฐ์, 2543) ผู้ป่วยบางรายรู้สึกปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เนื่องจากถูกพันธนาการแขนขาไว้ ทำให้ไม่สามารถขยับตัวเองได้อย่างที่ต้องการ (อมรรัตน์ สุวรรณมิสสระ, 2549)

นอกจากนี้ การรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีกฎระเบียบที่เคร่งครัด ถูกจำกัดการเยี่ยมจากญาติ และอยู่ท่ามกลางคนแปลกหน้า ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว (ภัทรพร จันทรประดิษฐ์, 2543; อรนิภา รสจํา และคณะ, 2554) ยิ่งกว่านั้น การใส่ท่อช่วยหายใจที่เสมือนมี สิ่งกีดขวางอยู่ในลำคอ เสี่ยงจากเครื่องช่วยหายใจและอุปกรณ์อื่นๆ ดังตลอดเวลา เป็นสิ่งที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย ส่งผลทางลบกับคุณภาพการนอนหลับ (ภัทรพร จันทรประดิษฐ์, 2543; อมรรัตน์ สุวรรณมิสสระ, 2549; Van de Leur, et al., 2004; Hofhuis, et al., 2008) และผู้ป่วยบางรายยัง

รู้สึกหวาดกลัว เกรงว่าตนเองอาจเสียชีวิตหากเครื่องช่วยหายใจหยุดทำงาน (ภัทรพร จันทร์ประดิษฐ์, 2543) จากที่กล่าวมาทั้งหมด จะเห็นได้ว่า ในภาวะวิกฤตดังกล่าว ทั้งภาวะเจ็บปวด อึดอัดจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ แปรกและไม่คุ้นเคยเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน ดังนั้นในฐานะที่พยาบาลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใกล้ชิดที่สุด จึง ควร ตระหนักถึงความสำคัญ ของการให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย โดยการหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับทุกด้านดังกล่าวเพื่อนำมาวินิจฉัย วางแผนและให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยต่อไป

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีผู้ศึกษาเรื่องดังกล่าวไว้ส่วนหนึ่งแล้ว ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการวิจัยเชิงปริมาณมีการศึกษาถึงความไม่สุขสบายของผู้ป่วยขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่าเกิดความไม่สุขสบายจากท่อช่วยหายใจ กิจกรรมการพยาบาล และเสียง ดังจากอุปกรณ์ต่างๆ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังรายงานถึง ความปวด การถูกรบกวนการนอนหลับ ปัญหาจากการสื่อสารและบางรายมีอาการประสาทหลอน (รัตนกร เจริญกุล, 2550, Van de Leur, et al., 2004; Hofhuis, et al., 2008) ในส่วนของความทุกข์ทรมาน มีการศึกษาถึงระดับความทุกข์ทรมานและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานระหว่างการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยพบว่าความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย ได้แก่ ความปวดจากการคาท่อช่วยหายใจ จากการดูดเสมหะ ปวดเมื่อยตัว เจ็บคอ เสียงแหบ (สุพัตรา อยู่สุข, 2536; Van de Leur, et al., 2004; Hofhuis, et al., 2008) และด้านจิตใจ ได้แก่ ความกลัว วิตกกังวล ไม่สามารถสื่อสารได้ และปัญหาทางจิตหลังออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ อาการซึมเศร้า ไม่มีสมาธิ และประสาทหลอน (รัตนกร เจริญกุล, 2550; Van de Leur, et al., 2004; Hofhuis, et al., 2008) รวมถึงความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจที่ต้องการการดูแลที่สะท้อนความเป็นบุคคล อย่างมีเมตตา กรุณา ให้ความเอาใจใส่ ดูแลความสุขสบายและให้ความรู้สึกปลอดภัย (Hofhuis, et al., 2008) ส่วนงานวิจัยเชิงคุณภาพ ได้มีการค้นพบความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยต่อการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งมีทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยทางด้านบวกสะท้อนว่าเป็นสิ่งที่ช่วยชีวิต ช่วยให้ออดพ้นความตาย ได้รับกำลังใจจากทุกคนและทีมสุขภาพ (ภัทรพร จันทร์ประดิษฐ์, 2543) ส่วนด้านลบ พบว่าเป็นสิ่งที่ทุกข์ทรมาน ทั้งจากการใส่และคาท่อช่วยหายใจ การดูดเสมหะ ไม่สามารถสื่อสารได้ ถูกพันธนาการ แวดล้อมด้วยคนตายและความตาย ต้องพึ่งพาผู้อื่น (ภัทรพร จันทร์ประดิษฐ์, 2543; อมรรัตน์ สุวรรณมิสสระ, 2549)

งานวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้ดำเนินการตั้งแต่ปีพ.ศ. 2543-2549 ซึ่งมีความแตกต่างจากบริบทในปัจจุบัน (พ.ศ. 2554) ที่วิทยาการด้านการรักษา และอุปกรณ์การแพทย์มีการพัฒนาและทันสมัยมากขึ้น เครื่องช่วยหายใจไม่ได้มีเป้าหมายในการรักษาระดับของค่าความดันออกซิเจนใน

เลือดแดง (Partial pressure of oxygen : PaO_2) และค่าความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง (Partial pressure of carbondioxide : PaCO_2) ของผู้ป่วยภาวะหายใจวายให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมเพียงอย่างเดียว แต่ต้องคำนึงเป้าหมายที่สำคัญอื่นๆ ได้แก่ การพยายามลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator induced lung injuries:VIL) การทำให้ผู้ป่วยสามารถหายใจได้สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ เพื่อลดงานที่ใช้ในการหายใจ (Work of breathing:WOB) การตั้งเครื่องช่วยหายใจเพื่อพยายามแก้ไขพยาธิสภาพในปอดของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซได้ดีขึ้น และการพยายามให้ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็วที่สุด (ฉันทชาย สิทธิพันธุ์, 2554) นอกจากนี้ เครื่องช่วยหายใจยังถูก พัฒนารูปแบบการช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ สะดวก และปลอดภัยมากขึ้น โดยการกำหนดค่าเป้าหมายปริมาตรที่ต้องการ (Target tidal volume) เมื่อผู้ป่วยหายใจ เครื่องจะสามารถปรับเพิ่มหรือลดค่าความดันในการหายใจเข้า (Inspiratory pressure) เพื่อให้ได้ปริมาตรตามที่ต้องการ แต่ไม่เกินค่าความดันที่ตั้งไว้ ผู้ป่วยจึงได้รับการระบายอากาศที่เพียงพอและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ นอกจากนี้มีลักษณะการจ่ายก๊าซหลายรูปแบบในการเลือกใช้ให้เหมาะกับผู้ป่วย การคำนวณค่าความต้านทานในทางเดินหายใจ เพื่อให้มีการตั้งเครื่องช่วยหายใจให้ผู้ป่วยได้รับปริมาตรที่เพียงพอและเหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรค และรูปแบบการกำหนดน้ำหนักตัวและขนาดของท่อช่วยหายใจเพื่อให้มีการคำนวณในการจ่ายก๊าซให้เหมาะสม ชดเชยค่าความต้านทานในทางเดินหายใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น และลดภาวะการหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วย

นอกเหนือจากความก้าวหน้าของเครื่องช่วยหายใจ สภาพแวดล้อม อุปกรณ์สำหรับการดูแลผู้ป่วย เช่น เตียงสำหรับผู้ป่วยเป็นเตียงไฟฟ้าที่มีรีโมทในการปรับความสูงของหัวเตียง ปลายเตียง และสามารถปรับให้อยู่ในท่านั่งได้ เบาะนอนที่มีการกระจายน้ำหนัก ทำให้แรงกดต่อผิวหนังและกล้ามเนื้อลดลง ลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ลดการเกิดแผลกดทับ และลดการสิ้นสะเก็ดเพื่อน ในขณะที่เคลื่อนที่ นอกจากนี้มีอุปกรณ์ที่เป็นเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ที่ทันสมัยมาใช้ในการวินิจฉัยโรคและอาการที่ผิดปกติ ทำให้สามารถวินิจฉัยสิ่งผิดปกติได้อย่างรวดเร็ว และรูปแบบการพยาบาลที่มีการกำหนดและตรวจสอบให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ รวมทั้งตัวผู้ป่วยเองมีความรู้ในเรื่องโรคต่างๆ มากขึ้นจากสื่อวิทยุ โทรทัศน์ และสื่อออนไลน์ทั้งหลาย และรู้จักพิทักษ์สิทธิการรักษาของตนเองมากขึ้น สิ่งเหล่านี้อาจทำให้ความรู้สึกนึกคิดต่อการได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจมีมุมมองที่แตกต่างไปจากอดีต

จากบริบทของการศึกษาที่ผ่านมา เป็นการศึกษาที่รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุไว้ด้วยกัน ซึ่งวัยผู้ใหญ่จะมีความแตกต่างกับวัยสูงอายุ โดยวัยผู้ใหญ่เป็นช่วงวัยที่มีการ

เจริญเติบโตทางด้านร่างกายและวุฒิภาวะที่สมบูรณ์เต็มที่ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2552) กำลังสร้างครอบครัว ตั้งหลักฐานในชีวิต มีความรับผิดชอบต่อครอบครัวทั้งบทบาทการเป็นบิดามารดา และอาจต้องเลี้ยงดูบิดามารดาในวัยชรา รวมทั้งเจริญเติบโตในหน้าที่การงานและการมีส่วนร่วมในสังคม (เพ็ญพิไล ฤทธาคุณานนท์, 2550; พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, 2553) ซึ่งวัยสูงอายุสุขภาพเริ่มเสื่อมถอย เจ็บป่วยง่ายขึ้น ยอมรับว่าความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ในขณะที่คนหนุ่มสาวเชื่อว่าความตายเป็นสิ่งที่ไม่ได้คาดหวัง (Peck, 1968 อ้างใน เพ็ญพิไล ฤทธาคุณานนท์, 2550) แสดงให้เห็นว่าสิ่งเหล่านี้มีผลต่อความรู้สึกนึกคิดและการปรับตัวต่อภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นและบทบาทหน้าที่ที่เสียไป ดังจะเห็นได้จากผลการวิจัยนำร่องที่ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 3 คน เป็นเพศหญิง 2 คน เพศชาย 1 คน อายุ 50, 58 และ 45 ปี ระหว่างวันที่ 21 -22 กันยายน พ.ศ. 2554 พบว่า ผู้ป่วยรู้สึก (1) ไร้พลังอำนาจในการดูแลตนเองเนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่นทุกเรื่อง ทั้งเรื่องการดูแลความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย ไม่สามารถหายใจได้ด้วยตนเอง รวมถึงการดูแลท่อช่วยหายใจไม่ให้หลุดออกจากเครื่องช่วยหายใจ (2) สูญเสียอิสรภาพเนื่องจากถูกผูกมัดแขนขา ทำให้ขยับตัวไม่ได้ตามที่ต้องการ ทั้งๆที่ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะดี และสามารถเคลื่อนไหวช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความเป็นบุคคลของตนเอง เหมือนอยู่ในสภาวะจำยอมต่อสิ่งที่เกิดขึ้น และ (3) อยู่ท่ามกลางคนแปลกหน้า เนื่องจากผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ ในระยะแรกจะต้องอยู่ในความดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยวิกฤต ญาติไม่สามารถเข้ามาดูแลอย่างใกล้ชิดได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าต้องอยู่ในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย โดยไม่มีญาติพี่น้องอยู่เคียงข้าง ทำให้รู้สึกว่าเหวเหมือนต่อสู้อยู่คนเดียว

ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจจากภาวะหายใจล้มเหลวทั้งที่เกิดจากพยาธิสภาพที่รุนแรงปอด หรือมีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน และ/หรือมีภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูงร่วมด้วย ผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือและเฝ้าระวัง ต้องใช้เวลาในการรักษาตัวในหอผู้ป่วย วิกฤตจากการสำรวจสถิติในหอผู้ป่วย วิกฤตที่ผู้วิจัยปฏิบัติงาน โดยสำรวจ ตั้งแต่ มกราคม 2543 ถึง ธันวาคม 2554 พบว่าผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจด้วยภาวะหายใจล้มเหลว ในกลุ่มของอายุรกรรม มีสาเหตุจากการติดเชื้อที่ทำให้เกิดภาวะช็อค บางรายเกิดการบาดเจ็บของปอด ได้แก่ การติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่(H₁N₁) โรคฉี่หนู (Leptospirosis) ไข้เลือดออก (Dengue fever) ไข้กาฬหลังแอ่น(Meningococcal meningitis) ภาวะครรภ์เป็นพิษที่ส่งผลให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute respiratory distress syndrome) และกลุ่มอาการของครรภ์เป็นพิษชนิดที่มีการแตกของเม็ดเลือดแดง เอนไซม์ในตับสูงและเกล็ดเลือดต่ำ (HELLP syndrome) ส่วนผู้ป่วยศัลยกรรมจะเป็นที่ผ่าตัดหัวใจเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่มีปัญหา

ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจผิดปกติ มีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมด้วย ผู้ป่วยนี้ออกในสมอง และกลุ่มที่ผ่าตัดใหญ่ทางช่องท้อง ผู้ป่วยกลุ่มนี้ใช้เครื่องช่วยหายใจและรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต นานกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น โดยเฉลี่ย 6 วัน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจจากภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพแบบ ปราบกฏการณวิทยาซึ่งมีความเหมาะสมในการศึกษาประสบการณ์ความเจ็บป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความลุ่มลึก ตามประสบการณ์จริงของผู้ป่วยที่จะทำให้ผู้วิจัยเข้าใจความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยตรง ข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับ ปัญหาของผู้ป่วยและตรงตามความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยาย ประสบการณ์ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ

ปัญหาการวิจัย

ประสบการณ์ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นอย่างไร

แนวคิดเบื้องต้น

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปราบกฏการณวิทยาตามแนวคิดของ Heidegger (1927/1962) ซึ่งเน้นการทำความเข้าใจ ความหมายของประสบการณ์ในทัศนะของบุคคลผู้ได้รับประสบการณ์นั้น เป็นการนำประสบการณ์ที่มีอยู่เดิมมาให้ความหมายในประสบการณ์ใหม่ เป็นการค้นหาเพื่อแปลความหมายของการมีชีวิตหรือการเป็นอยู่ในปราบกฏการณวิทยาของบุคคลที่มีความหมายต่อบุคคลนั้นอย่างไร การวิเคราะห์และให้ความหมายเป็นการกระทำร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากผู้วิจัยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจที่หอผู้ป่วยวิกฤตเป็นเวลา 18 ปี ทำให้ผู้วิจัยรับรู้ว่าการได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจส่งผลกับผู้ป่วย คือ ความไม่สุขสบายที่ผู้ป่วยได้รับจากความปวด ความหวาดกลัวต่อการดูแลรักษา การต้องทำกิจวัตรประจำวันและการขับถ่ายบนเตียง การต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ไม่กล้าบอกความต้องการของตนเอง คิดว่ารบกวนผู้อื่น ขณะเดียวกันก็ไม่สามารถทำได้ นอกจากนี้ ต้องการคนใกล้ชิดที่จะอยู่ใกล้ๆตลอดเวลา และข้อมูลบางส่วนที่ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะหายใจล้มเหลว การใส่ท่อช่วยหายใจ เครื่องช่วยหายใจ และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ ในการศึกษานี้ใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยนำมาให้ความหมายตามคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาตีความ โดยศึกษาในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจจากภาวะหายใจล้มเหลวเป็นเวลาอย่างน้อย 6 วัน เป็นการใส่ท่อช่วยหายใจครั้งแรก โดยผ่านการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต และขณะสัมภาษณ์พักพื้นที่หอผู้ป่วยทั่วไป คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม ตามเกณฑ์คัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ (1) เป็นผู้ป่วยเพศชายหรือหญิงอายุระหว่าง 18 - 59 ปีที่มีภาวะหายใจล้มเหลว และเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต (2) มีประสบการณ์การได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลาอย่างน้อย 6 วัน (3) เป็นการใส่เครื่องช่วยหายใจครั้งแรก ขณะใส่และถอดเครื่องช่วยหายใจมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ (4) ขณะสัมภาษณ์ผู้ป่วยถอดเครื่องช่วยหายใจออกแล้ว และ (5) มีความยินดีเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) ในระหว่างวันที่ 7 มิถุนายน 2555 ถึง 11 พฤศจิกายน 2555 ผู้วิจัยสิ้นสุดการสัมภาษณ์เมื่อข้อมูลอิ่มตัว (Saturation) ไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้นรวมผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจำนวน 12 คน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ หมายถึง การบอกเล่าเรื่องราวของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจจากภาวะหายใจล้มเหลว และรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตถึงเหตุการณ์ ความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นขณะได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยตรง
2. ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ หมายถึง ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18-59 ปี ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี มีประสบการณ์ ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจจากภาวะหายใจล้มเหลว และเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรในทีมสุขภาพมีความเข้าใจประสบการณ์ขณะได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ และนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานและพัฒนาแนวทางในการให้บริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. เพื่อเป็นประโยชน์ในการทำการวิจัยการพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ โดยใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความของ Heidegger (1927/ 1962) โดยมีแนวคิดพื้นฐานว่าความคิด ความรู้สึกได้รับอิทธิพลจากภูมิหลัง สังคมวัฒนธรรม และสภาพแวดล้อม การให้ความหมายของประสบการณ์เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทบทวนความรู้ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการทำความเข้าใจในสิ่งที่จะศึกษา ตามลำดับ ดังนี้

1. ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่
2. ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ
 - 2.1 สาเหตุการใส่เครื่องช่วยหายใจ
 - 2.2 ภาวะแทรกซ้อนของการใส่ท่อช่วยหายใจ
 - 2.3 ผลกระทบจากการได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ
 - 2.4 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ
3. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ
 - 3.1 ความไม่สุขสบาย
 - 3.2 ความปวด
 - 3.3 ความวิตกกังวล
 - 3.4 การสื่อสาร
 - 3.5 คุณภาพการนอนหลับ
 - 3.6 ความรู้สึกโดดเดี่ยว แยกจากสังคม
4. การศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยา
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2554) กล่าวถึงภาวะวิกฤตในชีวิตไว้ว่า คำว่า "วิกฤต" แปรมาจากคำว่า Crisis ซึ่งมีหลายความหมาย ใน Webster's dictionary ให้ความหมาย Crisis ไว้ว่า "An emotionally significant event or radical change of status in a person's life" ซึ่งแปลว่า เหตุการณ์สำคัญที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์หรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสถานภาพของบุคคลอย่างสิ้นเชิง เป็นช่วงเวลาที่จำเป็นต้องตัดสินใจ เป็นภาวะที่เปลี่ยนแปลงไป

จากภาวะปกติที่บุคคลจำเป็นต้องมีการปรับตัวโดยใช้กลไกการปรับตัวต่างๆ ภาวะวิกฤตอาจทำให้บุคคลพัฒนาขึ้น มีความสามารถในการแก้ปัญหาชีวิต ในทางกลับกันภาวะวิกฤตที่ไม่ได้รับการช่วยเหลืออาจเป็นจุดเริ่มต้นให้บุคคลเกิดความเจ็บป่วยทางจิตใจและอารมณ์ได้ จึงมีความสำคัญที่ทีมสุขภาพใช้ภาวะวิกฤตเป็นการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจอารมณ์ ช่วยเหลือให้แก้ปัญหาด้วยวิธีการที่สร้างสรรค์ ไม่เกิดเป็นความเจ็บป่วยทางจิตต่อไป

สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ (2551) ให้ความหมายของภาวะเจ็บป่วยวิกฤตไว้ว่า เป็นภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เกิดจากการเสื่อมหน้าที่ทันทีของอวัยวะหรือระบบใดระบบหนึ่งที่สำคัญของร่างกาย หรือเกิดจากการกำเริบของโรคเรื้อรัง หรือเกิดจากอุบัติเหตุซึ่งมีอาการรุนแรงที่ก่อให้เกิดภาวะเสื่อมหรือเกิดปัญหาคุกคามต่อชีวิต เป็นภาวะวิกฤตของชีวิตที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยการสังเกต ประเมินอาการและให้การช่วยเหลือ รักษาพยาบาลทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคและการรักษา

นอกจากนี้ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตเป็นภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามกับชีวิต ต้องการความช่วยเหลือแก้ไขอย่างทันท่วงทีจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ มีทักษะในการประเมินปัญหา วินิจฉัยโรค พร้อมทั้งให้การแก้ไข รักษาได้อย่างถูกต้อง หากไม่ได้รับการรักษา ผู้ป่วยอาจจะถึงแก่ความตายหรือพิการได้

ภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นอาจเป็นภาวะเจ็บป่วยทางร่างกาย หรือเป็นภาวะวิกฤตทางจิตใจ อารมณ์ ซึ่ง Varcarolis (1998 อ้างใน สุวณีย์ เกียรติแก้ว, 2554) ได้แบ่งภาวะวิกฤตออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. ภาวะวิกฤตที่เกิดในกระบวนการพัฒนาการ (Development or maturational crisis)

โดยปกติพัฒนาการของคนจะประกอบไปด้วยพัฒนาการด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสติปัญญา พัฒนาการเหล่านี้แบ่งออกตามลักษณะที่แสดงออกในแต่ละช่วงวัย การเปลี่ยนแปลงในช่วงต่อของแต่ละวัยจะทำให้เกิดความเครียดและความแปรปรวนของอารมณ์ เป็นการก้าวสู่ชีวิตใหม่ ต้องปรับบทบาทใหม่ การปรับตัวเพื่อรับบทบาทใหม่ที่สังคมคาดหวัง ก่อให้เกิดภาวะอารมณ์วิกฤตได้ ซึ่ง Erikson (1993) ได้แบ่งพัฒนาการตามช่วงวัยเป็น 8 ขั้นตอน และในแต่ละขั้น บุคคลจะปรับตัวเพื่อก้าวสู่ขั้นตอนของพัฒนาการต่อไป ถ้าปรับตัวล้มเหลวบุคคลจะประสบภาวะอารมณ์วิกฤตได้ โดยในวัยผู้ใหญ่ได้แบ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ซึ่งพัฒนาการตามช่วงวัยของวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นระยะที่รับรู้ได้ว่าเอกลักษณ์ของตนเองคืออะไร มีจุดมุ่งหมายอะไรในชีวิต เลือกออาชีพที่รัก เริ่มต้นในงานอาชีพ มีความรู้สึกต้องการมีเพื่อนที่จะรับรู้ มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับคนอื่น นอกเหนือไปจากสมาชิกในครอบครัว เริ่มสร้าง

ครอบครัว ภาวะวิกฤตอาจเกิดได้จากการเปลี่ยนแปลง เพื่อรับบทบาทหน้าที่ที่งาน การสร้างสัมพันธ์ใกล้ชิดกับคนอื่น การสร้างสัมพันธ์ทางเพศกับคู่สมรส ถ้าการปรับตัวสำเร็จ บุคคลจะมีความอบอุ่นกับการอยู่ใกล้ชิดคนอื่น ๆ ถ้าปรับตัวไม่ได้ จะแยกตัวอยู่คนเดียว สร้างสัมพันธ์ใกล้ชิดกับคนอื่น ๆ ไม่เป็น กลายเป็นคนที่ขาดความอบอุ่น ไร้อารมณ์ ไม่มีความเป็นธรรมชาติ กลายเป็นคนแยกตัว

ในส่วนของวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย Erikson (1993) กล่าวว่า เป็นระยะที่บุคคลได้บึกหลักในหน้าที่การงานแล้ว ครอบครัวค่อนข้างมั่นคง มีความพร้อมที่จะสร้างประโยชน์ให้สังคม วิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้นมาจากครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ ลูกหลานในบ้านเริ่มเติบโต ออกจากบ้านเพื่อการศึกษา หรือแต่งงานสร้างครอบครัวใหม่ การเปลี่ยนแปลงที่ทำให้มีการปรับตัว ก่อให้เกิดภาวะอารมณ์วิกฤต มาจากความรู้สึกสูญเสียและการพรากจากกัน นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เสริมภาวะวิกฤตให้กับบุคคลมาจากความเสื่อมของวัย ผู้หญิงเริ่มสูญเสียความสวยงาม สูญเสียความเป็นผู้หญิงจากการหมดประจำเดือน ผู้ชายสูญเสียความแข็งแรงของร่างกาย สุขภาพเสื่อมลง ถ้าปรับตัวได้จะเป็นคนสร้างความเจริญแก่สังคม ถ้าปรับตัวไม่ได้จะกลายเป็นคนหมกมุ่นกับตัวเอง ไม่ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน กลายเป็นคนมีปัญหาด้านพฤติกรรมที่ครอบครัว และสังคมต้องรับภาระต่อไป

2. ภาวะวิกฤตจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดฝัน (Situation crisis)

ในส่วนของภาวะวิกฤตจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดฝัน Varcariolis (1998 อ้างใน สุวณีย์ เกียรติแก้ว, 2554) กล่าวว่า เป็นเหตุการณ์ภายนอกบุคคลที่อาจเกิดขึ้นเมื่อใดก็ได้ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับคนบางคน และไม่เกิดกับคนอื่น ๆ เป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อน (Unexpected crisis) ทำให้บุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ทันทีทันใด รับสภาวะการณ์ไม่ได้ เกิดอารมณ์แปรปรวน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดฝัน ได้แก่ ความเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล การตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ การคลอดก่อนกำหนดหรือบุตรมีความพิการ การว่างงานและตกงาน การหย่าร้าง และความตายและความโศกเศร้า เป็นต้น

ดังนั้น ความเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นหนึ่งในภาวะวิกฤตจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดฝัน ซึ่งสิ่งที่เกิดขึ้นอาจเป็นความเจ็บป่วยของตนเองหรือของบุคคลอื่นในครอบครัว การเจ็บป่วยทำให้บุคคลต้องปรับตัวรับบทบาทผู้ป่วย ซึ่งเป็นบทบาทที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตมีการเปลี่ยนแปลง เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะเศรษฐกิจในครอบครัวตกต่ำลง บุคคลที่ต้องรับบทบาทเป็น “ผู้ป่วย” เป็นผู้ที่ขาดอิสรภาพ ขาดความเป็นตัวของตัวเอง ต้องประสบความกล้วหลาย ๆ อย่าง เช่น กลัวว่าร่างกายจะไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ กลัวการเกิดความพิการ กลัวความเจ็บปวด กลัวสูญเสียเสถียรภาพทางด้านสังคม สูญเสียจุดมุ่งหมายใน

ชีวิตที่ตั้งไว้ ความเจ็บป่วยจึงอาจจะเป็นเหตุทำให้เกิดภาวะวิกฤตอารมณ์ได้ถ้าหากการปรับตัวล้มเหลว และขาดการปรับระดับระครองทางสังคมที่ดี

3. ภาวะวิกฤตที่เกิดจากภัยพิบัติ (Adventitious crisis)

Varcarolis (1998 อ้างใน สุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554) กล่าวถึงภาวะวิกฤตที่เกิดจากภัยพิบัติไว้ว่าเป็นภาวะวิกฤตที่ไม่ได้เกิดในกระบวนการของชีวิต แต่เป็นภาวะวิกฤตที่ไม่คาดฝัน สาเหตุของภาวะวิกฤตนี้มาจาก 1) ภัยพิบัติทางธรรมชาติ เช่น พายุ น้ำท่วม แผ่นดินไหว โคลนถล่ม 2) ภัยพิบัติจากความขัดแย้งระหว่างเชื้อชาติ ทำให้เกิดสงครามและการจลาจล การสู้รบระหว่างเผ่า ระหว่างเชื้อชาติ การพลีชีพ และ 3) อาชญากรรมและการกระทำที่ละเมิดสิทธิบุคคล ได้แก่ การข่มขืน การฆ่า การทารุณกรรมเด็กและสตรี

เมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤต ในชีวิต บุคคลจะเริ่มรู้สึกถึงภาวะอารมณ์ของตนไม่เป็นปกติ แสดงให้เห็นถึงความสูญเสียความสมดุลของอารมณ์ อาจมีความรู้สึกกลัว กังวล รู้สึกผิดหวัง จะมีการปรับตัวโดยใช้กลไกต่างๆ ที่เคยใช้ในชีวิตประจำวัน ถ้ากลไกที่เคยใช้ล้มเหลว ความเครียดทางอารมณ์จะเพิ่มมากขึ้น จำเป็นต้องปรับตัวอีกครั้งโดยใช้กลไกใหม่ การปรับตัวในภาวะนี้ สามารถแบ่งได้เป็น 4 ขั้น คือ (สุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554)

1. ระยะตื่นตกใจ (Shock) ระยะเริ่มแรกเมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์เครียด ร่วมกับภาวะหวาดวิตกและกังวล บุคคลจะอยู่ในภาวะเหมือนขาดสติ ทำอะไรไม่ถูก เกิดภาวะช่วยตัวเองไม่ได้ (Helplessness) อาจมีอาการตื่นกลัวสุดขีดร่วมอยู่ด้วย ความคิดและพฤติกรรมจะสับสนวุ่นวาย อยู่นิ่งไม่ได้ ภาพพจน์ของตนเองถูกคุกคามและบั่นทอน อาจจะมีการแยกตัวและถอนตัวจากคนอื่น ๆ ระยะนี้ใช้เวลา 2-3 ชั่วโมงถึง 2-3 วัน

2. ระยะถอยตัวเพื่อปกป้องตนเอง (Defensive retreat) เป็นระยะที่บุคคลพยายามควบคุมภาวะวิตกกังวลด้วยวิธีการสู้-หนี (Fight-Fight pattern) เลี่ยงหรือปฏิเสธที่จะรับรู้ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น คร่ำครวญให้เหตุการณ์เป็นไปอย่างที่ต้องการให้เป็น ไม่ยอมรับในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ถ้าใครไปชี้แนะให้ความจริงในระยะนี้ ก็จะไม่รับ และจะรู้สึกว่าคนอื่นข่มขู่หรือคุกคามเขา เขาจะโกรธ ระยะนี้บุคคลจะมีความคิดที่ไม่ยืดหยุ่น ความรู้สึกเจ็บปวดจากเหตุการณ์ ทำให้เขายึดมั่นถือมั่นในความคิดของตนเอง ถ้าใครเสนอแนะให้เปลี่ยนแปลงความคิด เขาจะโกรธและต่อต้าน

3. ระยะตระหนักในเหตุการณ์ (Acknowledgement) เริ่มยอมรับในเหตุการณ์ เมื่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้มีการพิสูจน์ว่าเป็นความจริงแล้ว ไม่สามารถปฏิเสธได้อีก พฤติกรรมการป้องกันตัวเองในระยะสองจะเริ่มสลายไป จะเผชิญกับความจริงที่เกิดขึ้น เกิดความรู้สึกเศร้า

เจ็บปวดในจิตใจ ขมขื่น จะมีอาการรบกวนอายุอยู่ไม่ได้ และจะมีความงุนงงและสับสนอยู่บ้าง แต่ต่อมากจะคิดได้และพยายามแก้ปัญหาด้วยสติปัญญาต่อไป

4. ระยะปรับตัวและเปลี่ยนแปลง (Adaptation and change) ระยะนี้เริ่มยอมรับเหตุการณ์ในทางที่ดีขึ้น ยอมรับในภาพพจน์และเอกลักษณ์ใหม่ของตนเอง เริ่มมีความรู้สึกที่ตัวเองมีคุณค่า ภาวะหวาดวิตกและกังวลลดลง มองเห็นการแก้ปัญหาชีวิต และมีการคาดการณ์ภายหน้าดีขึ้นกว่าเดิม มีกลไกการปรับตัวและทักษะการแก้ปัญหาใหม่

การเจ็บป่วยโดยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจถือว่าเป็นภาวะวิกฤตหนึ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการปรับตัว โดยพยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพหนึ่งที่มีความสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ปรับตัวกับการเจ็บป่วยในครั้งนี้ได้ ซึ่ง สมาคมพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤตแห่งสหรัฐอเมริกา (American Association of Critical Care Nurses) ได้อธิบายการพยาบาลผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วยวิกฤตไว้ 3 องค์ประกอบ คือ 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (Critical ill patient) 2) พยาบาลผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (Critical care nurse) และ 3) สิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยวิกฤต (Critical care environment) ทั้งสามองค์ประกอบมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยผู้ป่วยกับพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กัน และมีสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยวิกฤตอยู่รายรอบ ซึ่งมีผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและพยาบาล ขณะเดียวกันพยาบาลและสิ่งแวดล้อม ก็สามารถส่งผลกระทบต่อความเครียดของผู้ป่วยได้หลายประการ เช่น อุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษาที่ไม่คุ้นเคย บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลเดินพลุกพล่าน ผู้ป่วยข้างเคียงที่มีอาการหนักเช่นเดียวกัน ตลอดจนขนาดความเป็นส่วนตัว มีแสงสว่างตลอด 24 ชั่วโมง เสียงที่ดังจากอุปกรณ์การรักษาพยาบาล การสูญเสียการสัมผัสหรือขาดการกระตุ้นทางจิตใจ เกิดความทุกข์ทรมานจากความปวด การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว และการดำเนินชีวิตที่ไม่แน่นอน ไม่สามารถตัดสินใจหรือควบคุมสถานการณ์ต่างๆได้ด้วยตนเอง และไม่มีอำนาจในการต่อรอง (วิจิตรา กุสุมภ์, 2553)

ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตเป็นภาวะที่ต้องเผชิญกับความเครียด มีการคิดมาตรวัดอัตราการปรับตัวทางสังคม (Socail readjustment rating scale) โดย Holmes & Rahe (1967) ซึ่งจัดอันดับการได้รับบาดเจ็บหรือเป็นโรคร้ายแรงไว้เป็นความเครียดที่มีความรุนแรงมากในระดับ 5 ซึ่งผู้ป่วยในภาวะเจ็บป่วยวิกฤตต้องเผชิญกับความเครียดที่มีระดับรุนแรงมาก และต้องเผชิญกับผู้คนและสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย เหตุการณ์เครียดในชีวิต (Stressful live events) นี้สามารถทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตได้ มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต มีอาการทางจิตใจจากการเผชิญกับความเครียด (Post-traumatic disorder stress) ได้แก่ ผันรำยประสาทหลอน ครุ่นคิดเกี่ยวกับความกังวลและความกลัว ขาดสมาธิในการทำสิ่งต่างๆ (Hauer, et al., 2009) สิ่งที่เกิดขึ้นส่งผลต่อผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยวิกฤต โดยเฉพาะในผู้ป่วยวัย

ผู้ใหญ่ที่เป็นช่วงวัยที่มีการเจริญเติบโตทางด้านร่างกายและวุฒิภาวะที่สมบูรณ์เต็มที่ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2552) มีพัฒนาการหลายอย่างเกิดขึ้น เช่น การมีค่านิยม การตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิต การวางแผนชีวิต การเข้าใจถึงความต้องการและความคาดหวังที่สังคมมีต่อตนเอง เริ่มหล่อหลอมเอกลักษณ์ของตนเองให้เข้ากับผู้อื่น พร้อมทั้งจะสนิทสนมกับผู้อื่นและรักษาความสัมพันธ์นั้นไว้ พร้อมทั้งจะปรับตัวเข้ากับกฎเกณฑ์ต่างๆของสังคม มีการยอมรับความจริงของชีวิต การควบคุมอารมณ์ ในด้านบทบาทหน้าที่การทำงาน มีการเลือกงานและมีอาชีพที่รัก มีการสร้างหลักฐานในชีวิต การมีความรัก มีครอบครัว ปรับบทบาทใหม่ในฐานะสามีหรือภรรยา การเป็นบิดาหรือมารดา จนถึงวัยกลางคนที่ควรได้รับความสำเร็จในชีวิตสูงสุดในด้านหน้าที่การทำงาน มีการแข่งขันในหน้าที่การทำงานสูง และทำประโยชน์ต่อสังคม รวมทั้งอาจต้องเลี้ยงดูบิดามารดาในวัยชรา (เพ็ญพิไล ฤทธา คณานนท์, 2550) ในวัยนี้จึงเป็นพัฒนาการทางด้านการสร้างความมั่นคง และพัฒนาบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างสูงสุด ในเรื่องของความตาย คนหนุ่มสาวเชื่อว่าความตายเป็นสิ่งที่ไม่ได้คาดหวัง (Peck, 1968 อ้างใน เพ็ญพิไล ฤทธา คณานนท์, 2550) การเจ็บป่วยของคนในช่วงวัยนี้จึงเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต โดยเฉพาะภาวะหายใจล้มเหลวที่ต้องได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล และ อาจหลงเหลือรอยโรคกลายเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งส่งผลกระทบต่ออย่างสูงทั้งด้านบทบาท หน้าที่การทำงาน ฐานะทางเศรษฐกิจต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และสังคม

การให้การพยาบาลในภาวะเจ็บป่วยวิกฤตจึงมีความสำคัญ ซึ่งสุจิตรา ลิมอำนวยลาภ (2551) กล่าวว่า การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต มีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีชีวิตอยู่และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นจึงต้องจัดเตรียมสถานที่ที่ถูกต้อง เหมาะสม เครื่องมือ เครื่องใช้ที่มีคุณภาพ ทันสมัย เพียงพอ และพร้อมใช้งาน รวมทั้งแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ (2551)กล่าวถึงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่มีประสิทธิภาพ ไว้ ดังนี้

1. การประเมิน สภาพผู้ป่วย พยาบาลต้องมีการ ประเมินอาการ แกร็บ และประเมินทุกช่วงเวลา เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา แบบประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตที่นิยมใช้มาก คือ แบบ FANCAS เพื่อประเมินปัญหาได้อย่างรวดเร็วและครอบคลุม ประกอบด้วย (1) ความสมดุลของน้ำ (Fluid balance) (2) การหายใจ (Aeration) (3) ภาวะโภชนาการ (Nutrition) (4) การติดต่อสื่อสาร (Communication) (5) การทำกิจกรรม (Activity) และ (6) การได้รับการกระตุ้น (Stimulation)

นอกจากแบบประเมิน FANCAS มีการนำเครื่องมือ FASTHUG เป็นเครื่องมือที่คิดค้นโดย Vincent (2005 อ้างใน สุพัตรา อุปนิสากร, 2555) ร่วมกับการพัฒนาเครื่องมือของพยาบาล กลายเป็น FASTHUG and BANDAIDS เป็นแบบประเมินการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบและมีระบบหายใจล้มเหลวอย่างรุนแรงมาใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งประกอบด้วย การตรวจสอบรายการที่ต้องปฏิบัติ (Checklist) ตามกรอบ FASTHUG and BANDAIDS ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดในการประเมินผู้ป่วยวิกฤตในทุกวัน ช่วงเช้า ซึ่งประกอบด้วย F: Feeding การให้อาหาร พิจารณาให้อาหารผ่านทางเดินอาหารตามปกติก่อน อาจอยู่ในรูปอาหารเหลวผ่านทางสายยาง จากจุกสูทกระเพาะ หากไม่สามารถรับอาหารทางสายยางได้ ควรรายงานแพทย์เพื่อให้ยาช่วยย่อย หรือยาช่วยดูดซึมสารอาหาร กรณีไม่สามารถรับอาหารทางสายยางได้อย่างแท้จริง พิจารณาการให้อาหารทางหลอดเลือดดำ, A: Analgesia การจัดการความปวด ผู้ป่วยวิกฤตหรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถบอกความปวดได้ด้วยตนเอง หรือได้ยาระงับประสาท มีข้อจำกัดในการประเมินความปวด ด้วยการใช้เครื่องมือวัดความปวดที่เป็นตัวเลข (Numeric rating scale 0-10) จึงมีการทบทวนและนำเครื่องมือ Critical Care Pain Tool (CPOT) โดยผู้ป่วยที่มีคะแนนความปวด ≥ 2 คะแนน ต้องได้รับการจัดการความปวด, S: Sedation การระงับประสาท การให้ยาระงับประสาทที่นิยมใช้ คือ ยาไมดาโซแลม (Midazolam) หรือผสมร่วมกับยาบรรเทาปวดมอร์ฟีน (Morphine) ในขนาดที่น้อยที่สุด ช่วยให้ผู้ป่วยสงบ ง่ายต่อการให้การพยาบาล ทั้งนี้ต้องหยุดยาอย่างน้อยวันละหนึ่งครั้งเพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัว, T: Thromboembolic prophylaxis การป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำ มีทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยใช้เครื่องบีบไล่เลือดเป็นจังหวะ (Intermittent pneumatic calf compression) ในรายที่ไม่มีข้อห้าม หรือให้ยาในกลุ่มเฮพารินโมเลกุลต่ำ (Low molecular weight heparin), H: Head of bed elevation การปรับเตียงให้ศีรษะสูงมากกว่า 30 องศา ช่วยป้องกันการไหลย้อนของสิ่งคัดหลั่งในระบบทางเดินอาหาร ลดการเกิดปอดอักเสบจากเครื่องช่วยหายใจ, U: Ulcer prophylaxis การให้ยาป้องกันการเลือดออกในกระเพาะ ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจทุกราย อยู่ในภาวะเครียดสูง จำเป็นต้องได้รับยากุ่มนี้ โดยประสานงานกับแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยา G: Glucose control การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยวิกฤตมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีผลให้เกิดความพิการและอัตราการตายสูงขึ้น จึงควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับ 80-200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ด้วยยาอินซูลินหยดทางหลอดเลือดดำ ตลอดเวลา

ในส่วนของ BANDAIDS ประกอบด้วย B: Bowel addressed or increased daily เป็นการจัดการกับการขับถ่ายทั้งอาการท้องผูกและท้องเสีย A: Activity การกระตุ้นการเคลื่อนไหว ให้ผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำ กล้ามเนื้อลีบ N: Nighttime rest การดูแล

การนอนหลับ โดยจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ D: Disability prevention and discharge planning การป้องกันโรคแทรกซ้อนและการวางแผนจำหน่าย โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ คือ ภาวะสับสนเฉียบพลัน แผลกดทับ การติดเชื้อในโรงพยาบาล A: Aggressive alveolar maintenance การใส่ระวางดูแลทางเดินหายใจ ผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการของภาวะหายใจล้มเหลว ต้องประสานงานกับแพทย์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ ส่วนผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจแล้ว ต้องใส่ระวางภาวะปอดบาดเจ็บ (Acute lung injury) โดยติดตามค่าความดันที่วัดได้เมื่อสิ้นสุดการหายใจเข้า ขณะที่ไม่มีอากาศไหลเข้า -ออก (Plateau pressure) ไม่ให้เกิน 30 เซนติเมตรน้ำ I: Infection prevention การป้องกันการติดเชื้อ โดยพิจารณาถอดอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องให้เร็วที่สุด D: Delirium assessment and treatment การประเมินและจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยการจัดการหรือลดปัจจัยกระตุ้น จัดการกับความปวดและให้ยาระงับประสาท ส่งเสริมการพักผ่อน นอนหลับ กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว S: Skin and spiritual care การดูแลผิวหนังและการดูแลมิติทางจิตวิญญาณ เป็นการส่งเสริมให้ผิวหนังมีความแข็งแรงเพื่อลดโอกาสการเกิดแผลกดทับ และประเมินผู้ป่วยและญาติถึงความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ เพื่อตอบสนองความต้องการต่อไป กรอบแนวคิดนี้นำมาเป็นการประเมินรายวันในการวางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วยต่อไป

2. การดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ (2551) กล่าวว่า การช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะวิกฤตด้านร่างกายเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องให้การรักษาพยาบาลอย่างทันที่ที่ พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจพยาธิสภาพ แนวทางการรักษา และดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

3. การดูแลด้านจิตสังคม สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ (2551) กล่าวว่า iva แพทย์และพยาบาลมักให้ความสนใจแก้ปัญหาทางด้านร่างกาย จนบางครั้งละเลยในปัญหาทางด้านจิตสังคม โดยสิ่งที่พยาบาลจะสามารถให้การพยาบาลด้านจิตสังคม คือ ให้การยอมรับ กระตุ้นให้บอกความรู้สึก เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ให้ข้อมูลกับการรักษา จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เตรียมผู้ป่วยเมื่อพร้อมจะออกจากผู้ป่วยวิกฤต และช่วยเหลือและป้องกันความเครียด

4. การดูแลด้านจิตวิญญาณ บุคคลประกอบด้วยมิติด้านร่างกาย จิตใจสังคม และจิตวิญญาณ โดยจิตวิญญาณจะทำหน้าที่ประสานเชื่อมโยงทุกมิติ รักษาสภาวะสมดุลของร่างกาย อันจะช่วยให้บุคคลมีความสมดุลแบบองค์ รวม (เพ็ญนภา นุบผา และบำเพ็ญจิต แสงชาติ (2555) ดังนั้นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลที่ต้องตระหนักอยู่ตลอดเวลา คือการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ซึ่งพอสรุปได้ ดังนี้ (จารุวรรณ นุญรัตน์และสุพิศรา อุปนิสากร, 2555)

4.1 การประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยการสร้างสัมพันธภาพ ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยด้วยการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ความเชื่อ ร่วมค้นหาและกำหนดเป้าหมายในชีวิต

4.2 การอำนวยความสะดวกในการทำพิธีกรรมทางศาสนา และความเชื่อ เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิ การอ่านหนังสือธรรมะ เป็นต้น

4.3 การสื่อสาร พูดคุย กับผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งแบบการใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด ระหว่างการพูดคุยใช้การสัมผัสหรือสัมผัสบำบัด ถ่ายทอดความรู้สึกทางใจ ความเอื้ออาทร ความเข้าใจ ให้กำลังใจ ซึ่งเป็นเครื่องหมายของการแสดงความเข้าใจ การดูแลเอาใจใส่ ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย

4.4 การแสดงออกถึงการยอมรับให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เคารพความเป็นบุคคลทั้งผู้ป่วยที่รู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสในการตัดสินใจ ด้วยตนเอง ลดการเกิดภาวะสูญเสียอำนาจ เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วม ช่วยเหลือและสนับสนุนให้ มีการใช้เทคนิคผ่อนคลายอื่นๆ เช่น การนวด การสัมผัส การใช้ดนตรีหรือศิลปะ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่ผู้ป่วย ต้องการและไม่ขัดต่อแผนการรักษา

2. ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ

ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจที่มีสาเหตุมาจากภาวะหายใจล้มเหลว จำเป็นต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต การช่วยเหลือเหล่านี้เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิต แต่ขณะเดียวกันมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายประการ การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจจึงมีความสำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ดังนี้ เมื่อผู้ป่วยจำเป็นต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากภาวะที่ระบบหายใจไม่สามารถทำหน้าที่ระบายอากาศ และ/หรือแลกเปลี่ยนก๊าซให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวขึ้น การทำหน้าที่ของการหายใจไม่เพียงพอ เกิดได้จากการระบายอากาศลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ความยืดหยุ่นของผนังทรวงอกลดลง ความสามารถในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง แรงต้านทานทางเดินหายใจสูงขึ้น หรือความต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น ดังนั้น เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator) จึงเป็นอุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนและแลกเปลี่ยนก๊าซได้อย่างเพียงพอ ได้ถูกนำมาใช้เพื่อกู้ชีวิต (Cardiopulmonary resuscitation) และการวางยาสลบแบบทั่วไป (General anesthesia) โดยถูกนำมาใช้ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1888 มีผู้ประดิษฐ์เครื่องช่วยหายใจที่มีลักษณะเป็นท่อกดลงยาวปลายข้างหนึ่งต่อกับท่อของหลอดลม อีกข้างหนึ่งต่อเข้ากับตัวปั๊มชนิดใช้เท้าเหยียบ ใช้ในผู้ป่วยโรคคอตีบ ต่อมาได้พัฒนามาเรื่อยๆ จนถึงปี

คศ. 1955 จึงมี Bird mark 7 ใช้ ซึ่งเป็นเครื่องช่วยหายใจชนิดแรงดันบวก ต่อมาจึงพัฒนามาเป็นเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตรหายใจ และแบบผสมผสานทั้งปริมาตรและแรงดันในปัจจุบัน นอกจากนี้ มีการใช้ระบบไมโครโปรเซสเซอร์ ในการควบคุมระบบปฏิบัติการของเครื่องช่วยหายใจ ทำให้เครื่องช่วยหายใจมีความซับซ้อนมากขึ้น เป็นการพัฒนารูปแบบการจ่ายก๊าซ มีการคำนวณค่าความต้านทานในทางเดินหายใจและชดเชยค่าความต้านทานในทางเดินหายใจโดยการใส่ขนาดของท่อช่วยหายใจและน้ำหนักตัวของผู้ป่วยแต่ละราย แล้วเครื่องช่วยหายใจจะปรับการจ่ายก๊าซ เพื่อให้ได้ปริมาตรในการหายใจเข้าแต่ละครั้งที่เหมาะสมกับน้ำหนักตัวของผู้ป่วย เพื่อช่วยลดภาวะการหายใจที่ไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วย (Patient-ventilator dyssynchrony) และงานที่ใช้ในการหายใจ (Work of breathing) ทำให้ผู้ป่วยมีความสบายมากขึ้นขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ และสามารถลดความจำเป็นในการใช้ยาระงับประสาทและยานอนหลับเพื่อให้ผู้ป่วยหลับและสงบ (Sedation/ paralyze) การให้ยาระงับประสาทและยานอนหลับที่ลดน้อยลง ช่วยให้ ผู้ป่วยตื่นมากขึ้น ไม่อยู่ในภาวะง่วงซึม และสามารถมีส่วนร่วมในการหายใจเองมากขึ้น ลดระยะเวลาการใส่เครื่องช่วยหายใจและท่อช่วยหายใจลง ส่งผลให้ลดภาวะแทรกซ้อนจากการที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจหรือการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานานได้ และในปัจจุบัน มีโปรแกรมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่ออกแบบมาเพื่อให้ผู้ป่วยหายใจเองด้วยความสุขสบาย และลดระดับความดันช่วยโดยอัตโนมัติ (Inspiratory support) เป็นการลดระยะเวลาที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจและเพิ่มคุณภาพชีวิตขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ (อติคุณ ลัมสุคนธ์, 2553) จากที่กล่าวมาข้างต้น การใช้เครื่องช่วยหายใจมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือ ให้มีปริมาตรออกซิเจนที่ส่งไปยังอวัยวะสำคัญของร่างกายอย่างเพียงพอ ร่วมกับการรับคาร์บอนไดออกไซด์ออกมาในปริมาณที่เพียงพอที่จะรักษาสมดุลของร่างกาย เพื่อลดการทำงานของการทำงานของหายใจ (Support work of breathing) ทำให้ความต้องการออกซิเจนลดลง และหลีกเลี่ยงอันตรายจากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่อาจเกิดขึ้นกับปอด และส่งเสริมให้ปอดฟื้นตัวเร็ว (วิจิตรา กุสุมภ์ และอรุณี เสงยศมาก , 2553) ซึ่งสาเหตุของความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ คือ

2.1 สาเหตุการใส่เครื่องช่วยหายใจ

ภาวะที่ระบบหายใจไม่สามารถทำหน้าที่ระบายอากาศ และ/หรือแลกเปลี่ยนก๊าซให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ สามารถแบ่งสาเหตุจากการเกิดความผิดปกติและอาการที่เกิดขึ้นได้เป็น 2 ลักษณะตามค่าก๊าซในเลือด คือ

1. ค่าระดับความดันของออกซิเจนในเลือดแดงต่ำ (Low PaO₂) โดยที่ค่าระดับความดันของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงปกติ (Normal PaCO₂) เกิดจากโรคหรือความผิดปกติที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพที่ถุงลมปอด เช่น ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (ARDS) ปอดบวม ปอดแฟบ เป็นเหตุให้การแลกเปลี่ยนก๊าซผิดปกติ มีผลทำให้ภาวะเลือดขาดออกซิเจน แต่พบระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงปกติ ทั้งนี้เนื่องจากก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ละลายน้ำได้ดีกว่าออกซิเจน 20 เท่า ทำให้ร่างกายสามารถระบายก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกได้ (พรพนงาม พรพนเชษฐ, 2551; Stacy, 2010)

ความผิดปกติดังกล่าว ทำให้เกิดอาการของออกซิเจนในเลือดต่ำ (Hypoxemia) เมื่อระดับออกซิเจนในเลือดต่ำจะกระตุ้นการหายใจ โดยผ่านตัวรับรู้การตอบสนองทางเคมี (Carotid chemoreceptors) ทำให้ระบบซิมพาเทติก (Sympathetic) ถูกกระตุ้น มีผลให้การบีบตัวของหัวใจเร็วและแรงขึ้น พบว่าชีพจรเร็ว ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ปริมาณเลือดออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น ร่างกายพยายามปรับชดเชยเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงเซลล์หรืออวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจ สมอง และไต อย่างไรก็ตามภาวะขาดออกซิเจนที่เกิดขึ้นและยังไม่ได้รับการช่วยเหลือแก้ไข เซลล์ส่วนต่างๆ ของร่างกายจะมีภาวะขาดออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะเซลล์ที่ไวต่อการขาดออกซิเจน เช่น เซลล์สมอง จะพบว่าผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย สับสน ระดับความรู้สึกตัวลดลง และพบอาการเขียวคล้ำ หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ ชีพจรช้าลง ความดันโลหิตลดต่ำลง ผู้ป่วยมีอาการซีด ชักหรือหมดสติ และเสียชีวิตได้ ถ้าความดันของออกซิเจนในเลือดแดงต่ำกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท (วิภา รัชชัชชิตกุล, 2544 อ้างใน พรพนงาม พรพนเชษฐ, 2551; Stacy, 2010)

2. ค่าระดับความดันของออกซิเจนในเลือดแดงต่ำและค่าระดับความดันของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงสูง (Low PaO₂ and high PaCO₂) เกิดจากการระบายอากาศลดลงจากการที่ทรวงอกไม่เคลื่อนไหวจากสาเหตุต่างๆ เช่น ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ หรือมีความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ไม่มีการระบายอากาศหรือการระบายอากาศของถุงลมลดลง ส่งผลให้ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง และเกิดภาวะพร่องออกซิเจน โรคที่ทำให้เกิดภาวะนี้ เช่น สมองอักเสบ ภาวะอกรวน โรคกล้ามเนื้ออ่อนแอที่เนี่ย แกรวิส (Myasthenia gravis) สมองบวมจากการบาดเจ็บ ได้รับสารพิษ โรคเยื่อหุ้มปอดที่ทำให้ปอดขยายไม่ได้ตามปกติ เช่น มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pleural effusion) เป็นต้น (พรพนงาม พรพนเชษฐ, 2551; Stacy, 2010)

ความผิดปกติของอาการแสดงของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง (Hypercapnea หรือ Hypercarbia) เป็นอาการเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทส่วนกลางและหลอดเลือดขยายตัว อาการที่พบบ่อย คือ การหายใจหอบเหนื่อย (Dyspnea) ผิวกาย

แดง ร้อนวูบวาบ ปวดศีรษะ สับสนง่วงซึม อ่อนล้า และอาจชักได้ (พรรณงาม พรรณเชษฐ์, 2551; Stacy, 2010)

จากสาเหตุและความผิดปกติที่เกิดขึ้นดังกล่าวข้างต้น พอจะสรุปเป็นข้อบ่งชี้ในการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ ดังนี้ (วิจิตรา กุสุมภ์ และอรุณี เสงยศมาก, 2553)

1. ผู้ป่วยภาวะหายใจวายจากการล้มเหลวเกี่ยวกับกลไกการหายใจ แต่ไม่มีพยาธิสภาพที่ปอด เช่น ได้รับความบาดเจ็บทางกายใจเกินขนาด มีการอุดตันทางเดินหายใจ เป็นต้น
2. ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่ปอด เช่น ปอดบวมน้ำ หรือ ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (ARDS) เป็นต้น
3. ผู้ป่วยมีปัญหาของหลอดลม เช่น การอุดตันทางเดินหายใจ หอบหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) เป็นต้น
4. กรณีอื่น ๆ ที่มีภาวะหายใจวายเกิดขึ้น เช่น หลังผ่าตัดช่องอก หรือบาดเจ็บช่องอก ช็อค หัวใจวาย สมอองได้รับบาดเจ็บ เป็นต้น
5. เมื่อมีการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น ประเมินจากการเจาะค่าก๊าซในหลอดเลือดแดง (Arterial Blood Gas :ABG) การเอ็กซเรย์ปอด อัตราการหายใจ และปริมาตรหายใจซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่ภาวะพร่องออกซิเจน(Hypoxemia) โดยค่าก๊าซในหลอดเลือดแดงที่สำคัญในการพิจารณาใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ ค่าความดันออกซิเจนในเลือดแดง (Partial pressure of oxygen : PaO₂) ต่ำกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง (Partial pressure of carbondioxide : PaCO₂) มากกว่า 50 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเป็นกรด-ด่างในเลือด (pH) ต่ำกว่า 7.25 อัตราการหายใจ (Respiratory rate) มากกว่า 35 ครั้งต่อนาที ปริมาตรอากาศ (Tidal volume) น้อยกว่า 3.5 ซีซีต่อกิโลกรัม ค่าปริมาตรของอากาศที่หายใจออกเต็มที่หลังจากหายใจเข้าเต็มที่ (Vital capacity) น้อยกว่า 10-15 ซีซีต่อกิโลกรัม แรงดันลบซึ่งผู้ป่วยทำให้เกิดขึ้นขณะหายใจเข้า(Negative Inspiration Force หรือ NIF) ต่ำกว่า -20 เซนติเมตรน้ำ

การใส่เครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้เกิดการระบายอากาศ และแลกเปลี่ยนก๊าซให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ต้องให้อากาศที่เป็นแรงดันบวกผ่านทางท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube) ซึ่งเป็นท่อที่ประดิษฐ์ขึ้น (Artificial airway) ใส่เข้าไปในหลอดลมโดยตรง มีลักษณะเป็นท่อยาวโค้ง ปลายท่อด้านล่างเป็นปลายตัดรูปปากฉลาม (Bevel) และบางชนิดมีรูเปิดด้านข้างบริเวณเหนือต่อปลายตัด เรียกว่า Murphy eye เป็นรูให้ลมผ่าน ส่วนปลายบนเป็นหัวต่อ (Male adaptor) ขนาด 15 มิลลิเมตร สำหรับต่อกับสายของเครื่องช่วยหายใจ (Breathing circuit) ตำแหน่งที่เหมาะสมเมื่อใส่ท่อ ปลายท่อควรจะอยู่เหนือตำแหน่งคาไรนา (Carina) ประมาณ 4-5 เซนติเมตร หรือ 2-3 ระยะเวลานิ้วมือ (Fingerbreadth) (วิทยา เลิศวิริยะกุล , 2547) ที่บริเวณส่วนปลาย

ท่อมีกระเปาะลมทำหน้าที่ป้องกันลมรั่ว ทำให้ช่วยหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ และป้องกันการสำลัก (นรุตม์ เรือนอนุกุล, 2551; วิจิตรา กุสุมภ์ และอรุณี เฮงยศมาก, 2553) ในปัจจุบัน จะเลือกใช้กระเปาะลมชนิดปริมาตรมาก แรงกดต่ำ (Low pressure/ high volume cuff) ที่ลักษณะกระเปาะลมมีรูปทรงเป็นทรงกระบอก มีความยืดหยุ่นสูง พื้นที่ผิวสัมผัสหลอดลมเป็นบริเวณกว้าง ทำให้แรงดันที่กระทำต่อผนังหลอดลมไม่มาก จึงลดภาวะแทรกซ้อน การขาดเลือดของเนื้อเยื่อหลอดลม แต่มีข้อเสีย คือ ป้องกันการสำลักไม่ดีเท่ากระเปาะลมชนิดปริมาตรน้อย แรงกดสูง (High pressure/ low volume cuff) (ธันต์ชนก วนสุวรรณกุล, 2552)

การใส่ท่อช่วยหายใจสามารถใส่ได้ทั้งทางจมูก (Nasotracheal intubation) และทางปาก (Orotracheal intubation) ซึ่งมีข้อดีและข้อเสียแตกต่างกัน (นรุตม์ เรือนอนุกุล, 2551; วิจิตรา กุสุมภ์ และอรุณี เฮงยศมาก, 2553) คือ การใส่ผ่านช่องปากเหมาะกับภาวะฉุกเฉิน ใส่ได้ง่ายและเร็ว แต่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรำคาญ หรือผู้ป่วยอาจ กัดท่อช่วยหายใจ ทำให้เกิดการอุดตันทางเดินหายใจได้ รวมทั้งการดูแลในช่องปากทำได้ยาก ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนและทำให้มีน้ำลายไหลออกมา มีโอกาสที่ท่อเลื่อนขึ้น-ลงได้ง่าย ตำแหน่งปลายท่อเปลี่ยนไป และเลื่อนหลุดได้มากกว่า ส่วนการใส่ผ่านทางจมูกเหมาะสำหรับการใช้ระยะยาวและผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวมากกว่า ท่อไม่เลื่อนหลุดง่าย ยึดตรึงอยู่กับที่ ดูแลความสะดวกของช่องปากง่าย แต่ใส่ยาก ต้องมีความชำนาญ และการเลือกขนาดท่อช่วยหายใจไม่เหมาะสม อาจเกิดการฉีกขาดของเยื่อหูทางเดินหายใจส่วนต้นขณะใส่ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้เช่นเดียวกับใส่ผ่านทางช่องปาก เช่น ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับกล่องเสียง รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ อีก เช่น การอักเสบในโพรงไซนัส (Sinusitis) ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่มีฐานกะโหลกศีรษะร้าว (Fracture base of skull) มีความผิดปกติของจมูก (Nasal abnormality/ fracture) หรือผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกง่ายผิดปกติ

2.2 ภาวะแทรกซ้อนของการใส่ท่อช่วยหายใจ

การใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อให้เป็นทางผ่านของอากาศเข้าสู่ปอด และการใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนและแลกเปลี่ยนก๊าซได้อย่างเพียงพอ เป็นหัตถการในการช่วยชีวิต แต่ขณะเดียวกันก็สามารถเกิดอันตรายและภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งในขณะที่ใส่ท่อช่วยหายใจและจากการใส่ท่อช่วยหายใจเป็นระยะเวลาานาน ดังนี้

การใส่ท่อช่วยหายใจ ส่วนใหญ่จะเป็นกรณีฉุกเฉิน ภาวะเร่งรีบ ในขณะที่ใส่ท่อช่วยหายใจจึงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ คือ ทั้งภาวะความดันเลือดสูง หัวใจเต้นเร็ว หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือเกิดหัวใจหยุดเต้นได้ ในกรณีที่ใส่ท่อช่วยหายใจยากหรือใช้เวลานาน อาจทำให้ร่างกายขาดออกซิเจน มีการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ และมีการสำลักอาหารหรือน้ำย่อยในกระเพาะอาหารเข้าสู่ปอดได้ นอกจากนี้ อาจเกิดภาวะหลอดลมหรือช่องกล่องเสียงหดเกร็ง

(Bronchospasm หรือ laryngospasm) การบาดเจ็บของริมฝีปากหรือฟัน หากใส่ทางจมูกอาจทำให้มีเลือดออกได้ เกิดการบาดเจ็บของทางเดินหายใจตอนบนหรือกล่องเสียง เช่น มีการฉีกขาดของกล่องเสียง (Laryngeal laceration) การเคลื่อนของกระดูกอ่อนอารีทีนอยด์ (Arytenoids dislocation) หรือเกิดเลือดคั่งที่สายเสียง (Vocal cords hematoma) เกิดการเพิ่มความดันภายในกะโหลกศีรษะ และความดันภายในลูกตา การบาดเจ็บต่อไขสันหลัง กระดูกสันหลังบริเวณคอ (Cervical spine) รวมทั้งการใส่ท่อช่วยหายใจเข้าไปในหลอดอาหาร และใส่ท่อช่วยหายใจไม่สำเร็จ (วิทยา เลิศวิริยะกุล , 2547) นอกจากนี้ ผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน แรงกดทับจากท่อช่วยหายใจจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทางเดินหายใจ ทั้งการติดเชื้อ การบาดเจ็บ และเกิดการตีบแคบได้ คือ (วิทยา เลิศวิริยะกุล 2547; Stacy, 2010)

1. การอักเสบในโพรงไซนัส (Sinusitis) ในกรณีที่ใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูก เกิดจากท่อช่วยหายใจกดทับลงบนเยื่อโพรงจมูกและปิดกั้นรูเปิดของโพรงไซนัส ทำให้เกิดการตายของเยื่อโพรงจมูก (Nasal mucosal necrosis) และการอักเสบในโพรงไซนัส (Sinusitis) ตามมา ป้องกันโดยหลีกเลี่ยงการใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูก หากมีปัญหาเกิดขึ้น ให้เปลี่ยนมาใส่ทางปากแทนและรีบให้ยาปฏิชีวนะ

2. การบาดเจ็บของผนังหลอดลม (Tracheal mucosal injuries) เกิดจากแรงกดทับลงบนผนังหลอดลมจากความดันในกระเปาะลมของท่อช่วยหายใจ ป้องกันโดยใส่ท่อช่วยหายใจในขนาดที่เหมาะสม ตรวจสอบความดันในกระเปาะลมทุก 8 ชั่วโมง และใส่ลมในกระเปาะลมให้เหมาะสม ความดันไม่ควรเกิน 20 เซนติเมตรน้ำ

3. การเกิดรอยรั่วระหว่างหลอดลมกับหลอดอาหาร (Tracheoesophageal fistula) หากเกิดเนื้อตายจากแรงกดทับ (Pressure necrosis) ต่อผนังทางด้านหลังของหลอดลม ซึ่งเกิดจากการใส่ลมในกระเปาะลมมากเกินไป ป้องกันโดยใส่ลมในกระเปาะลมให้เหมาะสม หากเกิดปัญหาขึ้น ให้งดน้ำและอาหารแล้วใส่ท่อช่วยหายใจ โดยให้กระเปาะลมอยู่ในตำแหน่งต่ำกว่ารอยรั่ว (Fistula) และใส่สายให้อาหารผ่านทางหน้าท้อง (Gastrostomy) แทนการใส่ผ่านทางจมูกหรือปาก

4. การตีบแคบของท่อหลอดลมและกล่องเสียง (laryngeal/tracheal stenosis) จากการบาดเจ็บและเกิดเนื้อตาย (Necrosis) ทำให้มีการซ่อมแซมกลายเป็นแผลเป็นและตึงรั้งให้มีการตีบแคบของท่อหลอดลม ผู้ป่วยจะมีอาการหลังถอดท่อช่วยหายใจแล้ว โดยตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุดในผู้ใหญ่ คือบริเวณใต้กล่องเสียง (Subglottic area) ป้องกันโดยใส่ลมในกระเปาะลมให้เหมาะสม ตรวจสอบความดันในกระเปาะลมทุก 8 ชั่วโมง และดูสิ่งคัดหลั่งที่อยู่เหนือกระเปาะลมบ่อยๆ

2.3 ผลกระทบจากการได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ

นอกจากภาวะแทรกซ้อนจากตัวท่อช่วยหายใจที่มีผลต่อหลอดลมและทางเดินหายใจเป็นส่วนใหญ่มากแล้ว ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจจะเกิดผลกระทบได้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยวิจิตรา กุสุมภ์ และอรุณี เสงยศมาก (2553) ได้กล่าวถึงผลกระทบทางด้านร่างกายที่อาจเกิดขึ้นมีหลายประการ ดังนี้

1. ภาวะเนื้องอกปอดบาดเจ็บจากแรงดันที่สูงมากเกินไป (Barotrauma) ทำให้มีลมออกมานอกถุงลมและอาจออกมาในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax) หรือในช่องอก (Pneumomediastinum) หรือในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (Pneumopericardium) หรืออยู่ที่ใต้ผิวหนัง (Subcutaneous emphysema) ซึ่งภาวะนี้พบได้บ่อยในถุงลมขยายมากเกินไป เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวก หรือตั้งปริมาตรในการหายใจเข้า-ออกมากกว่า 15 ซีซีต่อกิโลกรัม หรือการค้างแรงดันบวกขณะหายใจออก(PEEP) และพบมากในผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. ปัญหาจากการให้ออกซิเจน ถ้าให้ออกซิเจน 100% (FiO₂ 1.0) จะทำให้ขาดไนโตรเจน ซึ่งเกิดภาวะปอดแฟบได้ (Atelectasis) นอกจากนี้ยังมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่เกิดจากการให้ออกซิเจน ได้แก่ ท่อหลอดลมและหลอดลมอักเสบ (Tracheobronchitis) การบาดเจ็บของปอดอย่างเฉียบพลัน การเกิดภาวะการหายใจถูกกดอย่างเฉียบพลันในผู้ใหญ่ (ARDS) และเนื้องอกปอดถูกทำลายแบบเรื้อรัง (Chronic pulmonary dysplasia)

3. ภาวะความไม่สมดุลของกรด-ด่าง เนื่องจากการตั้งหรือปรับเครื่องช่วยหายใจ และให้ออกซิเจนไม่เหมาะสม ทำให้ได้รับออกซิเจนและการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่เพียงพอ อาจเกิดภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ต่ำหรือสูง (Hypocarbica-hypercapnea)

4. การติดเครื่องช่วยหายใจ/ ไม่สามารถหย่าจากเครื่องได้ (Ventilator dependence/ Inability to wean) พบในรายที่ใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานๆ จะทำให้หย่าจากเครื่องได้ยาก เช่น ผู้ป่วยโรคถุงลมอุดกั้นเรื้อรัง โรคเกี่ยวกับระบบประสาทและกล้ามเนื้อ

5. ในบางรายอาจเกิดแผลในกระเพาะอาหารจากความเครียด(Stress ulcer) และเกิดภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารได้

นอกจากผลกระทบที่เกิดทางด้านร่างกายดังที่กล่าวมาแล้ว การใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นอุปกรณ์การแพทย์ที่นำมาใช้รักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาการหายใจจนทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต ขณะเดียวกันการพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ ก่อให้เกิดผลกระทบทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นได้บ่อย คือ

1. ความทุกข์วิตกกังวล พบว่าความทุกข์วิตกกังวลเกิดขึ้นจากการที่ไม่สามารถสื่อสาร เพื่อบอกความต้องการได้ รู้สึกว่าไม่ได้รับการตอบสนอง อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย (ภัทรพร จันทรประดิษฐ์, 2543; อมรรัตน์ สุวรรณมิสสระ, 2549)
 2. ความปวด ในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจเกิดจากหลายสาเหตุ ทั้งการใส่หรือคาท่อช่วยหายใจ การดูดเสมหะ การเจาะเลือด ปวดเมื่อยตัวจากการถูกพันธนาการและถูกจำกัดการเคลื่อนไหว (ภัทรพร จันทรประดิษฐ์, 2543; Hofhuis, et al., 2008)
 3. การนอนหลับ มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต มีความผิดปกติของวงจรการหลับ โดยสาเหตุที่รบกวนการนอนหลับ เกิดจากความปวด อยู่ในท่าที่ไม่สุขสบาย การกระตุ้นจากแสงมาก และการทำกิจกรรมการพยาบาล (อมรรัตน์ สุวรรณมิสสระ, 2549; Hofhuis, et al., 2008)
 4. การสื่อสาร เป็นปัญหาหนึ่งทางจิตสังคมของผู้ป่วย ที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลด้วย เนื่องจากไม่สามารถแสดงความรู้สึก ความต้องการได้ ทำให้ไม่ได้รับการตอบสนองในบางครั้ง (ภัทรพร จันทรประดิษฐ์, 2543; อมรรัตน์ สุวรรณมิสสระ; อรนิภา รสน้ำ และคณะ, 2554; Hofhuis, et al., 2008)
 5. ความโดดเดี่ยวหรือการแยกจากสังคม การได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยวและถูกแยกตัวจากสังคม ทั้งกระบวนการเยี่ยมที่เคร่งครัด (ภัทรพร จันทรประดิษฐ์, 2543; อรนิภา รสน้ำ และคณะ, 2554)
 6. การสูญเสียพลังอำนาจ เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและอาการของโรค สภาพแวดล้อมที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ ทำให้สูญเสียการควบคุมร่างกายตามธรรมชาติ เช่น การใส่เครื่องช่วยหายใจ หมายถึง สูญเสียการควบคุมการหายใจ การใส่สายสวนปัสสาวะ หมายถึง สูญเสียการควบคุมการขับถ่าย การสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง สูญเสียการควบคุมเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งจากระยะการเยี่ยมและการถูกแยกจากครอบครัว (อมรรัตน์ สุวรรณมิสสระ, 2549)
- การได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจจากภาวะหายใจล้มเหลวเป็นภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ส่งผลต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ไม่เพียงคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย แต่มีผลต่อญาติหรือบุคคลใกล้ชิดที่ติดภายในครอบครัว ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะพยาบาลที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งพอจะสรุปการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจได้ ดังนี้

2.4 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ

ขณะที่ผู้ป่วยได้รับการใส่ เครื่องช่วยหายใจ ถือว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต มีโอกาสที่จะเกิดปัญหาและผลข้างเคียงขึ้นได้เสมอ ปัญหาที่เกิดอาจจะเป็นจากโรคของผู้ป่วยเอง หรือภาวะแทรกซ้อนจากเครื่องช่วยหายใจ ปัญหาเหล่านี้มีโอกาสเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา การดูแลและการเฝ้าระวังในระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ จึงมีความสำคัญอย่างมาก การให้การพยาบาลจึงมีจุดมุ่งหมาย เพื่อความปลอดภัย ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงครอบครัวซึ่งพอสรุปเป็นแนวทางการพยาบาลได้ดังต่อไปนี้

1) การดูแลท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่มีรอยรั่วระหว่างหลอดลมกับกระเปาะ ไม่มีการหลุดหรือหักงอของสายต่อเครื่องช่วยหายใจ โดยดูแลท่อช่วยหายใจให้อยู่กับที่และตำแหน่งที่เหมาะสม คือ ปลายท่ออยู่ที่กึ่งกลางของหลอดลม เนื้อขึ้นจากตำแหน่งคาไรน่า (carina) ประมาณ 4-5 เซนติเมตร หรือ 2-3 ระยะเวลานิ้วมือ (fingerbreadth) (วิทยา เลิศวิริยะกุล , 2547) โดยผูกท่อช่วยหายใจด้วยเทปผ้า หรือติดพลาสติกเตอร์ ตรวจสอบตำแหน่งโดยการเคลื่อนไหวนอกของทรวงอก และฟังเสียงลมหายใจที่ปอด 2 ข้าง ควรได้ยินเสียงลมหายใจเท่ากันเมื่อทรวงอกขยายตัวขณะหายใจเข้า ถ่ายภาพรังสีทรวงอกหลังการใส่ท่อช่วยหายใจเสมอ และควรดูตำแหน่งท่อช่วยหายใจทุกครั้งที่มีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก เพื่อป้องกันการเลื่อนของท่อช่วยหายใจลงไปในหลอดลมข้างใดข้างหนึ่ง ให้ตรวจสอบความลึกของท่อช่วยหายใจเป็นระยะจากตัวเลขความลึกของท่อช่วยหายใจที่มุมปาก และระมัดระวังท่อช่วยหายใจดึงรั้งขณะเปลี่ยนท่าผู้ป่วย (เพลินพิศ สุวานิตมนานนท์, สุพิศ สงนวล และสุมาลี วัจนกร (2550) ดูแลกระเปาะลมของท่อช่วยหายใจ ให้ปริมาณลมพอดี (20 เซนติเมตรน้ำ) และวัดแรงดันในกระเปาะลมอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง (กันต์ชนก วนสุวรรณกุล, 2552)

ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต วัดและบันทึกระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพทุก 15 นาที- 1 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยอาการดีขึ้น หรือสัญญาณชีพคงที่ วัดทุก 2-4 ชั่วโมง โดยการวัดชีพจร ความดันโลหิต อัตราการหายใจ จังหวะการหายใจ ลักษณะการหายใจ และการจดบันทึกค่าต่างๆ (Parameter) ของเครื่องและของผู้ป่วยตามแบบวัดเครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ ตารางบันทึกการหายใจ (Respiratory chart) ชนิดและรูปแบบการช่วยหายใจ (Type and mode ventilator) การบันทึกการแลกเปลี่ยนก๊าซ (Monitor gas exchange) การบันทึกการทำงานของปอด (Lung mechanic) การบันทึกเพื่อการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Weaning parameter) การวัดค่าก๊าซในหลอดเลือดแดง (Arterial blood gas: ABG) การวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนจากปลายนิ้ว (Pulse oximetry: SpO₂) (เพลินพิศ สุวานิตมนานนท์, สุนิสา ฉัตรมงคลชาติ และนันทมน สิทธิศักดิ์ 550)

2) การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ปราศจากเสมหะอุดตันในทางเดินหายใจ โดยประเมินความต้องการการดูดเสมหะของผู้ป่วย ดูดเสมหะตามสภาพความจำเป็น ฟังเสียงลมผ่านปอดภายหลังการดูดเสมหะทุกครั้ง จัดท่าเพื่อระบายเสมหะออก ป้องกันผู้ป่วยกัดท่อช่วยหายใจ โดยใช้อุปกรณ์เปิดทางเดินหายใจที่ใส่ทางปาก (Oropharyngeal airway) ดูแลไม่ให้ท่อช่วยหายใจหักพับ และให้ความชื้นให้เพียงพอ รวมทั้งดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำวันละ 2,500-3,000 มล. กรณีที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะจำกัดน้ำ (นรุตม์ เรือนอนุกุล, 2551)

3) การดูแลกระเปาะลม (Providing cuff care) การใส่อากาศเข้าไปในกระเปาะลม ควรใส่ทันทีหลังจากใส่ท่อช่วยหายใจ และควรใส่ให้พอดี (20 เซนติเมตร น้ำ) ที่กระเปาะลมแบบสนิทกับผนังท่อหลอดลมเท่านั้น และควรตรวจวัดความดันในกระเปาะลมทุก 8 ชั่วโมง ซึ่งมีความสำคัญมากในการป้องกันการสำลัก และป้องกันลมรั่วจากทางเดินหายใจ ทำให้สามารถช่วยหายใจด้วยแรงดันบวกอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ต้องระวังความดันในกระเปาะลมมากเกินไป ทำให้เนื้อเยื่อของผนังหลอดลมคอเกิดการบวม ขาดเลือด เป็นแผล และเกิดเป็นเนื้อตายได้ (ยุพิน วัฒนสิทธิ์, 2548; ธันต์ชนก วนสุวรรณกุล, 2552)

4) การดูแลให้มีจังหวะการหายใจสัมพันธ์กับการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ ในระยะแรกที่ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัว อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงประโยชน์ของการใช้เครื่องช่วยหายใจ และกลไกการทำงานของเครื่องช่วยหายใจพอสังเขป การปฏิบัติตนขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ วิธีการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่และญาติ สังเกต บันทึกความผิดปกติ โดยผู้ป่วยจะมีอาการหายใจเร็ว (Tachypnea) ชีพจรเต้นเร็วหรือช้ากว่าปกติ (Tachy/bradycardia) ความดันโลหิตต่ำหรือสูงผิดปกติ (Hypo/hypertension) กระสับกระส่าย (Agitation) หายใจโดยใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจอย่างมาก และหายใจเข้าหน้าท้องแฟบ (Paradoxical breathing) ให้หาสาเหตุและแก้ไขทันที กรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที-1 ชั่วโมง ฝ้าระวังค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว (Monitor SpO₂) จนอาการดีขึ้น หรือสัญญาณชีพคงที่ (เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, สุนิสา ฉัตรมงคลชาติ และนัทธมน สิทธิศักดิ์ , 2550)

5) การดูแลให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจโดยภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น มีหลายประการ ได้แก่ (1) ภาวะติดเชื้อในทางเดินหายใจ ใช้หลักปราศจากเชื้อในการดูแลอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ และการดูดเสมหะ (วิทยา เลิศวิริยะกุล , 2547) การจัดท่าระบายเสมหะ สังเกตสี กลิ่น จำนวนของเสมหะ และทำความสะอาดช่องปาก ฟัน และเปลี่ยนท่ออุปกรณ์เปิดทางเดินหายใจที่ใส่ทางปาก(Oropharyngeal airway) ทุก 8 ชั่วโมง (2) ภาวะสำลัก โดยต้องตรวจสอบลมในกระเปาะลมของท่อช่วยหายใจก่อนให้อาหารทุกครั้ง จัดท่าให่นอน

ศีรษะสูง 30-60 องศา ดูดเสมหะก่อนให้อาหาร และตรวจสอบตำแหน่งของสายยางให้อาหารให้อยู่ในกระเพาะอาหารทุกครั้ง (3) ภาวะการเกิดรอยทะเลาะระหว่างหลอดลมคอและหลอดอาหาร และหลอดเลือดแดงอิมโนมิเนต (Imnominate artery) การป้องกันการเกิดภาวะนี้ ต้องให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจอย่างเคร่งครัด ดูดเสมหะด้วยความเบามือ เลือกลายดูดเสมหะที่ไม่แข็งกระด้าง ดูแลกระเปาะลมของท่อช่วยหายใจ ให้ปริมาณลมพอดี (20 เซนติเมตรน้ำ) กับการใส่เครื่องช่วยหายใจและวัดแรงดันในกระเปาะลมอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง และระมัดระวังสายของเครื่องช่วยหายใจไม่ให้เกิดการดึงรั้ง (4) ภาวะปอดแฟบ เพื่อป้องกันการภาวะปอดแฟบ ต้องประเมินว่าผู้ป่วยมีความต้องการการดูดเสมหะ และใช้เทคนิคปราศจากเชื้อในการดูดเสมหะ ให้ความชื้นในทางเดินหายใจให้เพียงพอ เพื่อไม่ให้ทางเดินหายใจแห้ง และเสมหะเหนียว จัดท่าระบายเสมหะ ร่วมกับการเคาะปอดและทำให้สั่นสะเทือน (Vibration) ฟังเสียงปอด สังเกตการขยายตัวของทรวงอก รวมทั้งการติดตามการถ่ายภาพรังสีทรวงอก และ (5) ภาวะการเกิดลมในเยื่อหุ้มปอด ประเมินโดยการฟังเสียงลมเข้าปอด สังเกตการขยายตัวของทรวงอก เคาะปอด และคลำแนวของหลอดลมว่าอยู่กึ่งกลางลำคอหรือไม่ วัดและประเมินสัญญาณชีพ และเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมเมื่อจำเป็นต้องใส่สายระบายทรวงอก (วิทยา เลิศวิริยะกุล, 2547; ยุพิน วัฒนสิทธิ์, 2548)

6) การดูแลให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนในระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยติดตามและบันทึกสัญญาณชีพ กรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที- 1 ชั่วโมง เผื่อระวังค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว (Monitor SpO₂) จนอาการดีขึ้น หรือสัญญาณชีพคงที่ วัดและบันทึกทุก 2-4 ชั่วโมง สังเกตถึงอาการที่แสดงถึงปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจน้อยลง (Low cardiac output) ได้แก่ ชีพจรเบาเร็ว ไม่สม่ำเสมอ ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยบ่นหน้ามืด เจ็บหน้าอก ปลายมือปลายเท้าเย็น ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง บัสสาวะลดลง และให้การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำให้เพียงพอ วัดและบันทึกปริมาณน้ำที่เข้า-ออกจากร่างกาย รวมทั้งติดตามค่าความดันหลอดเลือดดำส่วนกลาง เมื่อมีการใส่สายเพื่อติดตามค่าดังกล่าว (เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, สุนิสา วัฒนมงคลชาติ และนัทธมน สิทธิศักดิ์ 2550)

7) การดูแลให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินอาหาร โดยภาวะแทรกซ้อนทางเดินอาหารที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ (1) การเกิดแผลในกระเพาะอาหาร โดยประเมินความเครียด ความวิตกกังวล และหวาดกลัว สังเกต และบันทึกเมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง กระสับกระส่าย สับสน อัตราการเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ บัสสาวะออกน้อย ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง สังเกตสีของอุจจาระว่ามีสีดำหรือมีเลือดปน สีของน้ำที่ดูดจากกระเพาะอาหารว่ามีเลือดปนหรือไม่ ติดตามค่าความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) และดูแลให้ยาลดกรด (2) ภาวะ

ท้องอืด โดยประเมินความเครียดและสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ อาการแน่น อึดอัด มีอาหารเหลือใน กระเพาะอาหาร ต้องดูแลโดยให้อาหารทางสายยางแต่ละครั้งไม่เกิน 500 ซีซี. และให้ช้าๆ รวมทั้ง จัดทำให้ออนศირระสูง และ (3) ภาวะท้องเสียหลังได้รับอาหารทางสายยาง ต้องประเมินภาวะ ท้องเสีย หาสาเหตุและแก้ไข และให้อาหารช้าๆ อุณหภูมิอาหารก่อนให้ และดูแลความสะอาดของ อุปกรณ์ที่ให้อาหาร (เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, สุนิสา ฉัตรมงคลชาติ และนัทธมน สิทธิศักดิ์550)

8) การรักษาสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ โดยดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสาร น้ำอย่างเพียงพอ วัดและบันทึกปริมาณน้ำที่เข้า-ออกจากร่างกาย ติดตามสัญญาณชีพ ในกรณีนี้ที่ ผู้ป่วยได้รับยาขับปัสสาวะ สังเกตอาการของโปตัสเซียมต่ำ ได้แก่ ความดันโลหิตลดลง กล้ามเนื้อ อ่อนแรง กล้ามเนื้อกระตุก ท้องอืด หัวใจเต้นผิดปกติ และภาวะที่แสดงถึงความไม่สมดุลของน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ ได้แก่ บวมหรือผิวหนังเขียวช้ำ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ความดันโลหิตสูงหรือ ต่ำลง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง กล้ามเนื้อกระตุก ฟังเสียงปอด จะได้ยินเสียงเรล (rales) รวมทั้งติดตามผลของความเข้มข้นของเลือดและอิเล็กโทรไลต์ (เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, สุนิสา ฉัตรมงคลชาติ และนัทธมน สิทธิศักดิ์550)

9) การรักษาภาวะสมดุลของกรด-ด่างในร่างกาย โดยมีเป้าหมายให้ (1) ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะกรดในเลือดจากการหายใจ (Respiratory acidosis) ซึ่งจะต้องดูแล ไม่ให้มีการอุดตันของทางเดินหายใจ และดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้ได้ปริมาตรที่ เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (2) ปลอดภัยจากภาวะด่างในเลือดจากการหายใจ (Respiratory alkalosis) โดยการลดหรือขจัดสาเหตุที่ส่งเสริมให้เกิด ได้แก่ ภาวะไข้ ภาวะซีด ความเครียด ความเจ็บปวด เป็นต้น (3) ปลอดภัยจากภาวะกรดจากการเผาผลาญที่ผิดปกติ (Metabolic acidosis) โดยดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ วัดและบันทึก ปริมาณน้ำที่เข้า-ออกจากร่างกาย ป้องกันการเกิดท้องเสียและการเกิดภาวะด่างในเลือดจากการ หายใจ และ (4) ปลอดภัยจากภาวะด่างจากการเผาผลาญที่ผิดปกติ (Metabolic alkalosis) โดย ป้องกันภาวะกรดในเลือดจากการหายใจ และสังเกต บันทึกปริมาณอาเจียน และน้ำที่ออกจาก กระเพาะอาหาร (เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, สุนิสา ฉัตรมงคลชาติ และนัทธมน สิทธิศักดิ์550)

10) การดูแลด้านอารมณ์ จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติที่ เหมาะสม ผู้ป่วยและญาติรับรู้ว่ามีปัญหาเกี่ยวกับภาวะวิกฤต จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องประเมินและให้ ความช่วยเหลือที่เหมาะสม โดยประเมินสภาพอารมณ์ จิตใจ และความเชื่อ สร้างสัมพันธภาพ หา วิธีสื่อสารให้กับผู้ป่วยและญาติอย่างเหมาะสม ให้การยอมรับและให้ความเคารพผู้ป่วยในฐานะ บุคคล ให้เวลากับผู้ป่วยได้สนทนาและใกล้ชิดกับญาติ ลดความวิตกกังวล และให้ กำลังใจผู้ป่วย

โดยใช้เทคนิคการสัมผัส และดูแลให้ผู้ป่วยและญาติได้ปฏิบัติตามความเชื่อ เพื่อตอบสนองด้านจิตวิญญาณ (เพลินพิศ สุฉนิพัฒนานันท์, สุฉนิศา ฉัตรมงคลชาติ และนัทธมน สิทธิศักดิ์550)

11) การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย โดยได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านกิจวัตรประจำวันอย่างเหมาะสมในเรื่องการได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ความสะอาดของร่างกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ และปลอดภัยจากอุบัติเหตุ (เพลินพิศ สุฉนิพัฒนานันท์, สุฉนิศา ฉัตรมงคลชาติ และนัทธมน สิทธิศักดิ์550)

12) การประเมินความก้าวหน้าในการให้การรักษายาบาลว่าสามารถเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจได้อย่างรวดเร็ว โดยการร่วมกับแพทย์ในการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ด้วยการประเมินสาเหตุของการใส่ท่อช่วยหายใจ ได้รับการแก้ไขแล้ว ระดับความรู้สึกตัว ได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ท้องไม่อืด มีความสมดุลของน้ำเกลือแร่กรด-ด่างในร่างกาย ไม่ภาวะติดเชื้อมีภาวะเลือดจาง สัญญาณชีพคงที่และสม่ำเสมอ ผู้ป่วยสามารถหายใจเอง และกระตุ้นเครื่องช่วยหายใจได้ ดูแลสัญญาณชีพ เฝ้าระวังขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึกๆ และช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก (เพลินพิศ สุฉนิพัฒนานันท์, สุฉนิศา ฉัตรมงคลชาติ และนัทธมน สิทธิศักดิ์550)

ในการบันทึกแผนบันทึกการหายใจ (Respiratory chart) มีความสำคัญมากในการติดตามและดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยเฉพาะการบันทึกการแลกเปลี่ยนก๊าซ และการทำงานของปอด โดยการบันทึกการแลกเปลี่ยนก๊าซ จะเป็นการบันทึกค่าก๊าซในหลอดเลือดแดง และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่วัดจากปลายนิ้ว ค่าที่บันทึก และติดตาม ได้แก่ ระดับของออกซิเจนในเลือดแดง (PaO_2) ระดับของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง ($PaCO_2$) ระดับการอิ่มตัวของออกซิเจนที่จับกับฮีโมโกลบิน (Oxyhemoglobin) ในเลือดแดง ค่าความเป็นกรด-ด่างในเลือด (pH) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (SpO_2) ด้วยเครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจน (Pulse oximetry) และค่าเปอร์เซ็นต์ของออกซิเจนที่ใช้กับเครื่องช่วยหายใจ การบันทึกค่าดังกล่าว จะบอกถึงแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลง สามารถที่จะประเมินระบบการหายใจและหลอดเลือด รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทั้งระบบของร่างกายได้

นอกจากนี้ การวัดและติดตามการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของปอด (Lung mechanic) เป็นการติดตามค่าต่างๆ ในการเฝ้าระวังผู้ป่วย เพื่อจุดประสงค์หลัก คือ การช่วยให้ผู้ป่วยหายใจเข้ากับเครื่องช่วยหายใจอย่างราบรื่นและลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ อัตราการหายใจทั้งหมดขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ (Total respiratory rate) ไม่ควรเกิน 35 ครั้งต่อนาที ปริมาตรการหายใจทั้งหมดต่อนาที (Minute ventilator) ไม่ควรต่ำกว่า 6 ลิตร

ต่อนาที และไม่ควรเกิน 12 ลิตรต่อนาที ปริมาตรการหายใจต่อครั้ง (Tidal volume) ค่าปกติประมาณ 6-8 มิลลิตรต่อกิโลกรัม ระดับความดันสูงสุดในทางเดินหายใจ (Peak inspiratory pressure: PIP) ไม่ควรเกิน 50 เซนติเมตรน้ำ ดังนั้น ควรตั้งค่าเตือนระดับความดันสูงสุด (High pressure limit) ที่เครื่องช่วยหายใจไว้ที่ระดับไม่เกิน 50 เซนติเมตรน้ำ ระดับของความดันเฉลี่ยของความดันในทางเดินหายใจ (Mean airway pressure) ประมาณ 8-15 เซนติเมตรน้ำ ระดับความดันช่วงพักในทางเดินหายใจ (Plateau: Pplat) ไม่ควรเกิน 30-35 เซนติเมตรน้ำ เพราะถ้าน้อยกว่า 35 เซนติเมตรน้ำ มีโอกาสเกิดภาวะเนื้อปอดบาดเจ็บ (Barotrauma) น้อย ไม่ควรมีแรงดันบวกค้างอยู่ในปอดขณะหายใจออก (auto-positive end expiratory pressure: auto-PEEP) อัตราส่วนของการหายใจเข้าต่อการหายใจออก (I:E ratio) ค่าปกติประมาณ 1:2 ถึง 1:3 การวัดความยืดหยุ่นภายในปอด (Lung compliance) และแรงต้านของทางเดินหายใจ (Resistance) (ศิวศักดิ์ จุทอง, 2552)

นอกจากการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ ดังกล่าว พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่ส่งผลต่อจิตใจผู้ป่วยตลอดเวลา ทั้งด้านบวกและด้านลบ ดังนั้น สิวลี ศิริไล (2553) ยังกล่าวถึงองค์ประกอบที่สำคัญในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลที่ควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะที่มนุษย์พึงปฏิบัติต่อกัน อันประกอบด้วย 1) ความเอื้ออาทร (Caring) เป็นสิ่งที่เกิดจากความตระหนักในคุณค่าของบุคคล ความเข้าใจในชีวิตมนุษย์ แสดงออกด้วยความอ่อนโยน ความห่วงใย เคารพต่อความเป็นตัวของตัวเอง ก่อให้เกิดความคุ้นเคยและอบอุ่นใจแก่ผู้ป่วย 2) ความเชื่อถือและไว้วางใจ (Trust and confidence) เป็นความตระหนักหรือรู้ว่าส่วนหนึ่งของโลกส่วนตัวเรานั้นไม่เป็นอิสระ เราต้องการความช่วยเหลือ ในความรู้สึกนี้มีบุคคลที่เอื้ออาทรและให้ความอบอุ่นแก่เรา ช่วยเหลือและเป็นมิตร พยาบาลจึงต้องปฏิบัติที่นำไปสู่ความรู้สึกเชื่อถือ ไว้วางใจ ที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อกระบวนการรักษา และความร่วมมืออันดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย 3) ความรู้สึกเอาใจเขามาใส่ใจเรา (Empathy) เป็นการรับรู้สภาพความรู้สึก ความคิดของผู้ป่วยเสมือนว่าเราเป็นตัวผู้ป่วยในขณะนั้น จะช่วยให้พยาบาลเข้าใจ ไม่โกรธเคืองผู้ป่วยที่ขัดขืน หรือดั่งเลตต่อคำแนะนำ 4) ความเห็นอกเห็นใจ (Sympathy) เป็นการรับรู้ในปัญหาของผู้ป่วย การให้ความสนใจ ความเมตตา และเข้าไปมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา 5) การให้ความเคารพ (Respect) เป็นการแสดงออกที่คำนึงถึงความแตกต่างทั้งในด้านชาติวุฒิ และวัยวุฒิ การสังเกตบุคลิกลักษณะและท่าทางของผู้ป่วย จะเป็นตัวบอกในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างไร เป็นการให้ความเคารพต่อการเป็นมนุษย์ของบุคคล และ 6) ความเป็นผู้มีอารมณ์ขัน (Humor) ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพจิต ช่วยลดความตึงเครียด และช่วยสร้างบรรยากาศที่ดี ช่วยให้พยาบาลและผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเป็นกันเอง

ยอมรับและเผชิญความเป็นจริงที่เกิดขึ้นได้ องค์ประกอบเหล่านี้จะทำให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์

จะเห็นว่า บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีความสำคัญมาก ทั้งการให้การดูแล ติดตามและเฝ้าระวังเพื่อประเมินความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งจากการใส่ท่อช่วยหายใจ และจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ รวมทั้งดูแลครอบคลุมด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสบการณ์การได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ และการสัมภาษณ์นัรื่องโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 3 คน ผู้หญิง 2 คน ผู้ชาย 1 คน ระหว่างวันที่ 21-22 กันยายน พ.ศ. 2554 พบว่าผู้ป่วยมีประสบการณ์ขณะได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจเกี่ยวกับประเด็นต่อไปนี้ ความไม่สุขสบาย ความวิตกกังวล ความเป็นบุคคล การพักผ่อนนอนหลับ และความรู้สึกโดดเดี่ยวหรือแยกจากสังคม ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดทฤษฎีตามประเด็นที่ค้นพบจากการสัมภาษณ์นัรื่อง และจากการทบทวนวรรณกรรม ดังต่อไปนี้

3. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ

3.1 ความไม่สุขสบาย

3.1.1 ความหมายของความไม่สุขสบาย

ความไม่สุขสบายเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งมากระทบ ทำให้เกิดความไม่สะดวก ไม่สบายใจ เจ็บปวด ระคายเคือง เป็นคำตรงข้ามกับความสุขสบาย เมื่อความไม่สุขสบายบรรเทาลง ก็จะรับรู้ถึงความสุขสบาย Kolcaba (1991, 2003) ให้ความหมายความสุขสบายว่าเป็นความรู้สึกและรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น เมื่อได้รับการบรรเทาและหลุดพ้นจากสภาวะดังกล่าว ก็จะเกิดความสุขสบายตามมาทั้งด้านกายและจิตใจ ทำให้บุคคลมีพลัง มีกำลังใจและมีความสุขในการดำเนินชีวิต

3.1.2 แนวคิดของความไม่สุขสบาย

จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความไม่สุขสบาย เมื่อกล่าวถึงความไม่สุขสบายที่บรรเทาลง ก็จะรับรู้ถึงความสุขสบาย ในที่นี้จึงขอกล่าวถึงแนวคิดความสุขสบายของ Kolcaba (1991, 2003) ซึ่งแนวคิดความสุขสบายของ Kolcaba มองว่าบุคคลจะเกิดความสุขสบาย ต้องเกิดประสบการณ์ความไม่สุขสบายขึ้นก่อน โดยมองโครงสร้างความสุขสบายใน 2 มิติ คือ

มิตินี้ 1 ระดับของความทุกข์สบาย มี 3 ระดับ คือ

- 1) ได้รับการบรรเทา (Relief) เป็นการตอบสนองต่อความต้องการที่เกิดขึ้นเฉ พาะ เมื่อเกิดความไม่สุขสบาย เมื่อได้รับการตอบสนอง จะรู้สึกบรรเทา ทำให้เกิดความทุกข์สบาย เป็นระดับแรกเมื่อเกิดความไม่สุขสบายขึ้น
- 2) เกิดความสบาย (Ease) เป็นระดับที่เกิดความทุกข์สงบ พึงพอใจ เป็นความรู้สึกหลังจากได้รับการบรรเทา เป็นความรู้สึกสบาย
- 3) รู้สึกหลุดพ้น (Transcendence) เป็นภาวะที่บุคคลปรับตัวได้สามารถอยู่เหนือปัญหา หรือความไม่สุขสบายนั้น เป็นความรู้สึกระดับสูงสุดที่เกิดขึ้น ทำให้หลุดพ้นจากความไม่สุขสบายที่เผชิญอยู่

มิตินี้ 2 ความต้องการได้รับการตอบสนองความทุกข์สบาย ด้าน คือ

- 1) ด้านร่างกาย (Physical) หมายถึง ความรู้สึกต่อการได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย ได้แก่ ได้รับการตอบสนองให้ได้รู้สึกผ่อนคลาย บรรเทาจากความปวด ได้รับอาหาร อากาศ การพักผ่อนนอนหลับ เป็นต้น เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของระบบสรีรวิทยาของร่างกายที่ปกติ
- 2) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psycho-spiritual) หมายถึง ความทุกข์สบายที่เกิดจากความรู้สึกภายในตัวบุคคล การมีคุณค่าในตนเอง เกิดความรู้สึกมั่นใจ ปลอดภัยสงบ และได้รับการตอบสนองด้านศาสนา ความเชื่อ และความศรัทธา
- 3) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง ความทุกข์สบายที่เกิดจากปัจจัยทั้งภายในและภายนอกที่เข้ามากระทบ ได้แก่ สภาพรอบตัวที่สงบ สะอาด ปราศจากสิ่งรบกวนทั้งแสง เสียง และกลิ่น รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟูของโรค
- 4) ด้านสังคมวัฒนธรรม (Sociocultural) หมายถึง ความทุกข์สบายที่เกิดจากการคงไว้ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคลรอบตัว ทั้งครอบครัว และทีมสุขภาพ ความรู้สึกอันเป็นที่รัก ได้รับการตอบสนองเมื่อต้องการความช่วยเหลือจากทีมการรักษาพยาบาล รวมถึงแหล่งสนับสนุนทางเศรษฐกิจและสังคม ข้อมูลข่าวสาร

ความไม่สุขสบายของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจจะเกิดได้ทั้ง 4 ด้าน โดยด้านร่างกายผู้ป่วยจะเกิดความปวดทั้งจากการใส่และคาท่อช่วยหายใจ การดูแลเสมหะ และปวดเมื่อยจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว (อรุณีภา รสจํา และคณะ, 2554; Van de Leur, et al., 2004; Samuelson, 2011) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ความกลัว และสูญเสียความเป็นตนเอง (อมรรัตน์ สุวรรณมิสสระ, 2549; อรุณีภา รสจํา และคณะ, 2554; Hofhuis, et al., 2008) ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าคุณภาพการนอนหลับเป็นสิ่งที่มีความกระทบกับ

ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ โดยมีรายงานในเรื่องของเสียงที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย (อมรรัตน์ สุวรรณมิสสระ, 2549) และด้านสังคมวัฒนธรรม จะพบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยรายงาน จะเป็นเรื่องของกฎระเบียบที่เคร่งครัด การเยี่ยมที่เป็นเวลา (ภัทรพร จันทร์ประดิษฐ์, 2543) ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกโดดเดี่ยว และสะท้อนความต้องการให้ญาติอยู่ใกล้ซิดและคอยดูแล

3.1.3 การพยาบาล

การให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความรู้สึกสุขสบาย พยาบาลจะต้องประเมินผู้ป่วยว่าเกิดความไม่สุขสบายในด้านใดบ้าง และให้การดูแลและแก้ไข ซึ่งการจัดการให้ผู้ป่วยเกิดความสุขจะต้องประเมินทุกด้านรวมกัน เพราะแต่ละด้านจะส่งผลซึ่งกันและกันได้ เช่น ด้านร่างกาย ถ้ามีความปวดเกิดขึ้น ต้องหาแนวทางจัดการความปวด เป็นต้น ถ้าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลจะส่งผลให้ความปวดเพิ่มสูงขึ้นได้ ซึ่งด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ความวิตกกังวลหรือการมีคุณค่าในตนเอง จะกล่าวรายละเอียดในแต่ละแนวคิดต่อไป

3.2 ความปวด

3.2.1 ความหมายของความปวด

ความปวด (Pain) มาจากภาษาลาตินว่า "Poena" และภาษากรีก "Poine" โดย International Association for the Study of Pain (IASP, 1979) ได้ให้ความหมายไว้ว่า "Pain is unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage or described in terms of such damage" ซึ่งศาสตราจารย์ นายแพทย์สิระ บุญยะรัตเวช (ม.ป.ป. อ่างใน อำนวย ฤทธิพันธ์, ม.ป.ป.) ได้แปลไว้ว่า "ความปวดคือประสบการณ์ทางความรู้สึกและอารมณ์ที่ไม่สบาย ซึ่งเกิดขึ้นร่วมกับการที่เนื้อเยื่อถูกทำลายหรือถูกบรยายประหนึ่งว่ามีศักยภาพในการทำลายเนื้อเยื่อนั้น"

วิจิตรา กุสุมภ์ (2553) ได้สรุปความหมายของความปวดไว้ว่า เป็นประสบการณ์และความรู้สึกส่วนบุคคลที่มีการตอบสนองเมื่อเนื้อเยื่อได้รับภัยอันตราย ซึ่งมีการตอบสนองที่สำคัญ คือ ร่างกาย จิตใจ และอารมณ์

จากที่กล่าวมา พอสรุปได้ว่า ความปวด หมายถึง ประสบการณ์ และความรู้สึกของบุคคลที่มีการตอบสนองทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์เมื่อเนื้อเยื่อได้รับภัยอันตราย

3.2.2 แนวคิดของความปวด

ความปวดเป็นข้อมูลอัตนัย (Subjective) ที่ผู้ป่วยบอกเล่าอาการเป็นประสบการณ์ที่ไม่สุขสบายทั้งทางร่างกายและอารมณ์ ผู้ป่วยหลายรายมีความปวดทั้งที่ไม่พบการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหรือพยาธิสภาพที่น่าจะเป็นสาเหตุของความปวดนั้น อย่างไรก็ตามเรา

ควรยอมรับว่าผู้ป่วยมีความปวดเกิดขึ้นจริงถ้าผู้ป่วยระบุว่าอาการที่มีคือความปวด (IASP, 1994 อ้างในศศิกันต์ นิมมานรัชต์, 2554)

ความปวดอาจเกิดจากสิ่งเร้าที่คุกคาม เมื่อร่างกายมีอาการปวด จะมีปฏิกิริยาปรับตัวเองให้เข้าสู่สมดุลโดยขบวนการทางชีวเคมีของระบบประสาท ระบบฮอร์โมน และพันธุกรรม เนื่องจากมนุษย์มีความสามารถในการปรับตัวได้ไม่เท่ากัน มนุษย์จึงมีพฤติกรรมสนองตอบความปวดแตกต่างกัน ปัจจัยอื่น ๆ ที่มากำหนดการตอบสนองยังรวมถึง ประสบการณ์ในอดีต เพศ วัย ขนบธรรมเนียมประเพณี และสถานการณ์ทางสังคม (พงศภารดี เจาตะเกษตรวิชัย 547)

เมื่อมีสิ่งกระตุ้นความปวด (Stimulus) เช่น อุณหภูมิของแผลกดทับ จะกระตุ้นตัวรับความรู้สึก (Nociceptor) ในร่างกาย หลังจากนั้นจะส่งสัญญาณไปตามใยประสาท ชนิดเอ เดลต้า (A delta) และซี (C) ไปยังไขสันหลังและสมองส่วนทาลามัส (Thalamus) ตัวรับความรู้สึกพบได้ที่กระดูก เนื้อเยื่อต่างๆ และอวัยวะภายใน เป็นต้น ความปวดจะกระตุ้นประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ทำให้หลั่งสารแคทีโคลามีน (Catecholamine) เพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยวิกฤต เมตาบอลิซึมสูงขึ้น แผลหายช้า ภาวะเครียดที่เกิดขึ้นทำให้ร่างกายสูญเสียโปรตีน น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ภาวะโซเดียมในเลือดสูงขึ้น เป็นต้น ความปวดยังทำให้ระบบหายใจมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้เสมหะคั่ง ภาวะลมแฟบ เสียงตื้อเนื้อเยื่อ อากาศออกซิเจน และปอดบวม การรักษาความปวดช่วยให้การทำงานของระบบหายใจกลับมาเป็นปกติ ช่วยลดภาวะเครียดที่เกิดขึ้นได้ ถ้าการดูแลรักษาความปวดไม่ดีพอ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาทางด้านต่างๆ ตามมา เช่น ความเครียดทางอารมณ์ ภาวะซึมเศร้า สับสน วิดกกังวลรบกวนการนอนหลับ เป็นต้น (ชัชชัย ปรีชาไว และศศิกันต์ นิมมานรัชต์ 2555)

สาเหตุของความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤตอาจมาจากหลายสาเหตุ ได้แก่ ความเจ็บปวดจากการผ่าตัด การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ตลอดจนการรักษาที่เกิดจากโรคผู้ป่วย เช่น การเจาะเลือด การใส่ท่อระบายทรวงอก การทำแผล การใส่ท่อช่วยหายใจ การดูแลเสมหะจากหลอดลม เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้และแสดงออกถึงความเจ็บปวดที่ต่างกันในแต่ละราย คือ ปัจจัยในปัจจุบัน ได้แก่ ความเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ ผื่นร้าว ความกลัว ความวิตกกังวล ความรู้สึกผิด ภาวะซึมเศร้า ความโกรธ เป็นต้น และปัจจัยในอดีต ได้แก่ ระดับการศึกษา ความปวดในอดีต วัฒนธรรม สังคม เชื้อชาติ ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น (ชัชชัย ปรีชาไว และศศิกันต์ นิมมานรัชต์, 2555)

สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ จะเกิดความไม่สบายจากความปวดหลากหลายรูปแบบ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการได้รับการใส่และคาท่อช่วยหายใจ ซึ่งลักษณะท่อมีขนาดใหญ่ คม เกิดความรู้สึกเหมือนโดนทิ่มแทงทำให้เกิดบาดแผล การใส่ท่อช่วย

หายใจในสถานการณ์ฉุกเฉิน เร่งรีบ และการใส่ท่อช่วยหายใจยาก มีผลทำให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อของหลอดลมและอวัยวะในช่องปาก นอกจากนี้ แรงดันในกระเปาะลมของท่อช่วยหายใจมีผลต่อการทำให้เนื้อเยื่อของหลอดลมได้รับบาดเจ็บ จะทำให้ผู้ป่วยเจ็บคอ (อมรรัตน์ สุวรรณมิสสระ, 2549; อรรนิภา รสฉ่ำ และคณะ, 2554; Van de Leur, et al., 2004; Samuelson, 2011) จากการดูดูแลเป็นความปวด/ความไม่สุขสบายทั้งในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลและภายหลังการดูแลดูแล จากแรงดูดของเครื่องดูดเสมหะ ไม่เพียงแต่ดูดเอาเสมหะออกมา แต่อาจทำให้เนื้อเยื่อบาดเจ็บ ถ้าปลายสายไปกระทบเนื้อเยื่อโดยตรง นอกจากนี้ การดูดเสมหะจะเพิ่มการเคลื่อนไหวของท่อหลอดลม ทำให้เนื้อเยื่อส่วนลึกถูกทำลายมากขึ้น และจากการหายใจไม่ออกเนื่องจากเสมหะเหนียวและปริมาณมาก ไม่สามารถไอและขับเสมหะได้ตามปกติ มีเสมหะเต็มคอ เหมือนมีอะไรอุดกั้นทางเดินหายใจ ทำให้รู้สึกกลัวตาย (ภัทรพร จันทร์ประดิษฐ์, 2543; ออมรรัตน์ สุวรรณมิสสระ, 2549; อรรนิภา รสฉ่ำ และคณะ, 2554)

นอกจากท่อช่วยหายใจ และการดูดเสมหะแล้ว ความไม่สุขสบายเกิดจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว และการนอนท่าเดียวนานๆ ผู้ป่วยรับรู้ถึงความทรมานจากการถูกพันธนาการของท่อช่วยหายใจและเครื่องยึดตรึง ทำให้ต้องนอนนิ่งๆ ไม่ขยับ เพื่อไม่ให้ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด มีอุปกรณ์การแพทย์มากมายที่ติดกับตัวผู้ป่วย ทำให้ไม่สะดวกในการเคลื่อนไหว ไม่สามารถเปลี่ยนท่าได้ตามความต้องการ พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการปวดเมื่อย ปวดหลัง และบริเวณส่วนต่างๆของลำตัว (สุพัศรา อยู่สุข, 2536; ออมรรัตน์ สุวรรณมิสสระ, 2549; อรรนิภา รสฉ่ำ และคณะ, 2554)

3.2.3 การพยาบาล

การประเมินและบันทึกความปวดในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นขั้นตอนหนึ่งที่สำคัญ เสมือนเป็นการประเมินสัญญาณชีพที่ห้า ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลบรรเทาปวดผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน การใช้วิธีการประเมินความรุนแรงของความปวดจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจที่รู้สึกดีเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยประเมินความปวดได้ตรงที่สุดมากกว่าการสังเกตด้วยบุคคลอื่น (ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์, 2552) ผู้ป่วยวิกฤตหรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถบอกความปวดได้ด้วยตนเอง หรือได้ยาระงับประสาท มีข้อจำกัดในการประเมินความปวดด้วยการใช้เครื่องมือวัดความปวดที่เป็นตัวเลข (Numeric rating scale 0-10) จึงมีการทบทวนและนำเครื่องมือ Critical Care Pain Tool (CPOT) มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยวิกฤต เป็นการประเมิน 4 หมวด คือ 1) การแสดงสีหน้า 2) ลักษณะการเคลื่อนไหว 3) ท่าทางการเคลื่อนไหว และ 4) ลักษณะการหายใจหรือการพูด แบ่งเป็นขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ และไม่มีท่อช่วยหายใจ โดยผู้ป่วยที่มีคะแนนความปวด ≥ 2 คะแนน ต้องได้รับการจัดการ

ความปวดการจัดการกับความปวด (สุพัตรา อุปนิสากร, 2555) ในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจสามารถใช้ได้ทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา การใช้ยาแม้จะไม่ใช้บทบาทอิสระ แต่พยาบาลต้องประสานงานกับแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการกับความปวดและต้องมีความรู้ในการบริหารยาอย่างมีประสิทธิภาพ และมีความปลอดภัย ส่วนด้านอื่นพยาบาลสามารถบรรเทาความปวดด้วยการไม่ใช้ยา เช่น การสร้างสัมพันธภาพ การให้กิจกรรมการพยาบาลด้วยความนุ่มนวล การจัดท่าและสายต่างๆ ให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่ดึงรั้ง การสัมผัส การเบี่ยงเบนความสนใจ การผ่อนคลาย การใช้ความร้อนหรือความเย็น การนวด หรือดนตรีบำบัด เป็นต้น (ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์ 552)

3.3 ความวิตกกังวล

3.3.1 ความหมายของความวิตกกังวล

Freud (n.d. อ้างใน Shives, 1994) นักจิตวิทยาที่ได้นำแนวคิดความวิตกกังวลมาใช้เป็นครั้งแรก กล่าวว่า คำว่า “วิตกกังวล” เป็นคำที่อธิบายถึงความรู้สึกไม่แน่นอน ไม่สบายใจ หงุดหงิด หวาดหวั่น หรือเป็นความรู้สึกกดดันที่บุคคลตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่ยังไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้น เป็นความรู้สึกที่จะ “สู้” หรือจะ “หนี” เป็นการตัดสินใจจะพยายามก้าวข้ามความขัดแย้ง ความเครียด การบาดเจ็บ หรือความล้มเหลว

Kaplan, Sadock, & Grebb (1994 อ้างใน สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นสัญญาณอันตรายที่บุคคลแสดงออกให้เห็นเมื่อเผชิญกับภาวะความเจ็บปวดทางกายหรือเมื่อเผชิญภาวะอันตราย เป็นคำที่ใช้บรรยายความรู้สึกหวาดหวั่น วิตกกังวล อึดอัด ไม่สะดวกใจ ไม่แน่ใจ กลัว ตึงเครียด ความรู้สึกนี้เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่แน่ใจ สถานที่แปลกใหม่ สิ่งที่ไม่รู้จัก หรือสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคย

รัตนา สายพานิชย์ และสมบัติ ศาสตร์รุ่งภาค (2544) กล่าวว่า ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นได้ในคนปกติทั่วไป ซึ่งมักจะมีอาการตึงเครียด ระแวงระวัง หรือบางครั้งอาจจะตื่นตระหนกกับเรื่องต่างๆ ในชีวิตประจำวัน มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่างๆ เช่น เหงื่อแตก ใจสั่น ใจเต้นเร็ว ตัวสั่น หายใจเร็ว ท้องไส้ปั่นป่วน ความวิตกกังวลนี้มักจะพบเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ตึงเครียด จะถือว่าเป็นความกังวลที่ผิดปกติ (disorder) ต่อเมื่อความวิตกกังวลนี้มีมากจนรบกวนกิจวัตรประจำวัน หรือเป้าหมายของการทำงานต่างๆ และกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกอย่างมาก

จากที่กล่าวมา พอสรุปได้ว่า ความวิตกกังวล หมายถึง การแสดงออกเมื่อเผชิญกับภาวะความเจ็บปวดทางกายหรือภาวะอันตราย เป็นความรู้สึกไม่แน่นอน ไม่สบายใจ หงุดหงิด หวาดหวั่น หรือเป็นความรู้สึกกดดันที่บุคคลตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่ไม่

แน่ใจ ยังไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้น เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ในคนปกติทั่วไป ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทาง สรีระต่างๆ ได้ เช่น เหงื่อแตก ใจสั่น ใจเต้นเร็ว ตัวสั่น หายใจเร็ว ท้องไส้ปั่นป่วน เป็นต้น

3.3.2 แนวคิดของความวิตกกังวล

แนวคิดของความวิตกกังวลมีการนำเข้ามาใช้ครั้งแรกทางทฤษฎี จิตวิทยาโดย Freud (n.d. อ้างใน Shives, 1994) อธิบายถึงสัญญาณอันตรายที่บุคคลแสดงออก ในการตอบสนองต่อการรับรู้ความเจ็บปวดหรือภัยอันตรายต่อร่างกาย ซึ่ง Shives (1994) อธิบายว่า ความวิตกกังวลมี 2 ลักษณะ คือ ความวิตกกังวลประจำตัว (Anxiety trait) ซึ่งจะแสดงออกถึง ความกังวลอยู่ตลอดเวลา และประเมินได้จากการสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกทางร่างกาย อารมณ์ และการรู้คิด ถ้ามีการแสดงออกถึงความวิตกกังวลอยู่เกือบตลอดเวลา แม้จะเป็น เหตุการณ์ธรรมดา แสดงว่ามีความกังวลเป็นนิสัยประจำตัว กับความวิตกกังวลในขณะปัจจุบัน (Anxiety state) เป็นการสูญเสียการควบคุมอารมณ์ในช่วงเวลานั้น เมื่อมีเหตุการณ์ถูกจินตนาการ ทำให้เกิดอาการตึงเครียด กระวนกระวาย ความวิตกกังวลทั้ง 2 ลักษณะมีความสัมพันธ์กัน ถ้า บุคคลมีความวิตกกังวลประจำตัวสูงอยู่แล้ว เมื่อมีเหตุการณ์ที่เกิดความวิตกกังวลในขณะปัจจุบัน ขึ้น ความวิตกกังวลจะสูงกว่าบุคคลที่มีความวิตกกังวลประจำตัวต่ำ นอกจากนี้ Taylor, Lilliss, & Lemone (2001 อ้างใน วิจิตรา กุสุมภ์, 2553) ได้กล่าวถึงความวิตกกังวลในผู้ป่วยฉุกเฉินและ วิกฤต ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ระยะ คือ

1. ระยะแรกหรือระยะเล็กน้อย (Mild anxiety) เกิดขึ้นในระยะวัน แรกหรือวันต่อวัน จากการรับรู้ จากการได้ยิน การมองเห็น เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องประสบอุบัติเหตุ หรือมีเหตุการณ์วิกฤตเกิดขึ้น ทำให้หวาดหวั่น กลัว ไม่แน่ใจในอันตรายที่เกิดขึ้นกับตนเอง อาจทำ ให้ตื่นตกใจ นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย และซักถามบ่อยๆ หรือพูดซ้ำๆ

2. ระดับปานกลาง (Moderate anxiety) ผู้ป่วยสูญเสียความมั่นคง เป็นการตอบสนองที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ ช่วยตนเองไม่ได้ ถูกแยกออกจากครอบครัว และสิ่งคุ้นเคย เช่น การแยกไปอยู่ในห้องฉุกเฉิน หออภิบาลผู้ป่วยหนัก แสดงออกโดยน้ำเสียง การพูด เสียงสั่น มือสั่น กล้ามเนื้อเกร็งตัว หายใจเร็ว และชีพจรเต้นเร็วขึ้นเล็กน้อย

3. ระยะรุนแรง (Severe anxiety) ความวิตกกังวลจากการ คาดคะเน เช่น ผู้ป่วยรู้สึกที่ตนเองป่วยหนักมีภาวะคุกคามต่อชีวิตมาก เมื่อมีอุปกรณ์ในการ รักษาพยาบาลมาก ตนจะปลอดภัยในชีวิตหรือไม่ ซึ่งอาจมีปัญหาในการพูด การติดต่อสื่อสาร แสดงสีหน้าท่าทาง กลัว สับสน ปวดศีรษะ คลื่นไส้ หูอื้อ หัวใจเต้นเร็ว และหายใจเร็ว

4. ระยะซึมเศร้า (Depress) และระยะซึมเศร้ารุนแรง (Panic) ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือจะไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จะมีอาการและพฤติกรรม คือ ไม่

สนใจสิ่งแวดล้อม พุดไม่ชัด หายใจขัด ใจสั่น ลำบากง่าย เหงื่อออก เจ็บหน้าอกหรือรู้สึกว่ามีสิ่งกดทับที่หน้าอก ระยะนี้ทำให้เกิดการสูญเสีย หดกำลังใจ และถึงแก่กรรมได้

อาการที่แสดงออกสามารถแบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม คือ 1) อาการทางพฤติกรรม ได้แก่ การหลีกเลี่ยง การผัดวันประกันพรุ่ง การแยกตัวเองออกจากสังคม เบื่ออาหาร พลังกำลังลดลง อารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว รุนแรง ก้าวร้าว นอนไม่หลับ กระวนกระวาย 2) อาการทางอารมณ์ ความวิตกกังวล ความกลัว หงุดหงิด ซึมเศร้า ความลังเลใจ ไม่กล้าตัดสินใจ ควบคุมตัวเองไม่ได้ 3) อาการทางการรับรู้ ที่พบได้บ่อยคือ การขาดแรงจูงใจ ขาดสมาธิ ถ้าความกังวลมากเกินไป อาจเกิดอาการหลงๆ ลืมๆ งุนงง สับสน และ 4) อาการทางร่างกาย ที่พบบ่อยคือ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปวดศีรษะ ปวดหลัง กล้ามเนื้อตึงเครียด หรือเกร็ง ระบบหัวใจและหลอดเลือดพบว่า หัวใจจะเต้นเร็วหรือแรง เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ระบบการหายใจ จะมีอัตราการหายใจเร็วขึ้น แน่นหน้าอก หายใจลำบาก หายใจไม่เต็มอิม บางคนหายใจเร็ว แรง และลึก ทำให้หน้ามืด เวียนศีรษะ และระบบทางเดินอาหาร จะมีอาการปวดท้อง แน่นท้อง ท้องอืด ท้องปั่นป่วน ท้องเดิน บางคนมีอาการปัสสาวะบ่อย สะบัดร้อนสะบัดหนาว รู้สึกคล้ายมีก้อนจุกบริเวณคอ (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545)

การได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเสมือนเหตุการณ์ฉุกเฉินที่ไม่คาดคิดมาก่อน ส่งผลต่อความคิด และความรู้สึกที่ทั้งกลัว กังวลที่ไม่สามารถสื่อสารได้ (อมรรัตน์ สุวรรณมิสสระ, 2549; อรนิภา รสจ๋า และคณะ, 2554; Hofhuis, et al., 2008) อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย กลัวถูกทอดทิ้ง และแวดล้อมไปด้วยคนป่วยและคนตาย (ภัทรพร จันทรประดิษฐ์, 2543; อรนิภา รสจ๋า และคณะ, 2554) การที่ไม่สามารถสื่อสารได้เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวล เนื่องจากการใส่ท่อช่วยหายใจมีผลทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการพูด เนื่องจากท่อช่วยหายใจถูกใส่ผ่านสายเสียง มีผลทำให้ยับยั้งการสันสะเทือนของสายเสียง ทำให้ไม่สามารถสร้างเสียงได้ การพูดไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเหมือนคนใบ้ ไม่สามารถสื่อสาร บอกความต้องการ หรือให้เข้าใจความรู้สึกได้ ทำให้รู้สึกว่าความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง เกิดความรู้สึกอึดอัด คับข้องใจ และมีความไม่สุขสบายทางจิตใจอื่นๆ ไม่เพียงแต่ตอนที่คาท่อช่วยหายใจไว้เท่านั้น แต่หลังจากเอาท่อช่วยหายใจออกยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีเสียงแหบ ต้องใช้แรงในการสื่อสารมากขึ้น ทำให้เกิดอาการเหนื่อย สื่อสารกับผู้อื่นลำบาก (อมรรัตน์ สุวรรณมิสสระ, 2549; อรนิภา รสจ๋า และคณะ, 2554) นอกจากนี้จาก การศึกษาของ Hofhuis, et al. (2008) พบว่าถ้าพยาบาลให้เวลาในการสื่อสารกับผู้ป่วยในระหว่างการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จะทำให้การหย่าเครื่องช่วยหายใจประสบความสำเร็จมากขึ้น เพราะผู้ป่วยจะรับรู้ถึงความรู้สึกปลอดภัย

นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตมักมีความวิตก ความกังวล และภาวะเครียดเกิดขึ้นเสมอทั้งจากตัวโรคเอง อุบัติเหตุรุนแรง การผ่าตัด ตลอดจนจากการรักษาพยาบาล เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่สายระบายทรวงอก การใส่ สายสวนต่างๆเข้าไปในร่างกายเพื่อติดตามการรักษา สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วย นอกจากนี้จะส่งเสริมให้เกิดความปวด ยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางฮอร์โมน เมตาบอลิก และภูมิคุ้มกัน มีผลให้แผลหายช้า หรือมีภาวะน้ำและเกลือโซเดียมคั่ง จึงมีการหาวิธีในการดูแลผู้ป่วยที่ประสบปัญหาเหล่านี้ ด้วยการให้ยาแก้ปวด ยานอนหลับหรือยาระงับประสาทเพื่อให้ ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น ตลอดจนหลับได้ตามปกติ ลดความเครียดของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยจำเหตุการณ์ที่ทรมานเหล่านั้นไม่ได้ (วรรณภา สมบูรณ์วิบูลย์, 2544) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า การให้ยานอนหลับ ยาแก้ปวด และยาระงับประสาทในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจแต่ต้องมีการหยุดยาเพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัวทุกวันพบว่าจำนวนวันที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจลดลง อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่เครื่องช่วยหายใจลดลง รวมถึงระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลและในหอผู้ป่วยวิกฤตลดลง (Fuchs & Rueden, 2008)

3.3.3 การพยาบาล

การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล ควรต้องมีการประเมินผู้ป่วยก่อน ในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัว อาจใช้การถาม-ตอบพยักหน้า ในส่วนที่ไม่รู้สึกตัว อาจใช้การสังเกตพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง เช่น การดิ่งท่อและสายต่างๆ การดิ้นไปมา พฤติกรรมก้าวร้าว โดยแก้ไขสาเหตุทางคลินิกก่อน เช่น ภาวะพร่องออกซิเจน ความผิดปกติของเมตาบอลิซึม ภาวะเลือดเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ผลข้างเคียงของยา อาการถอนยา เป็นต้น และให้แก้ไขตามสาเหตุ แต่ถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการทางคลินิก ควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการให้ยาระงับประสาทเพื่อคลายความวิตกกังวล ความทุกข์ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยสามารถป้องกันหรือบรรเทาได้ด้วยวิธีการไม่ใช้ยา โดยการประเมินด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ เช่น บุคลิกภาพ อารมณ์ ลักษณะพฤติกรรมทั่วไป วิธีการปรับตัวกับความเครียด ความเชื่อและวัฒนธรรม เป็นต้น มีการเลือกใช้วิธีบรรเทาอาการให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การจัดสิ่งแวดล้อม การบอกวัน เวลา สถานที่ การให้ข้อมูล การสัมผัส ดนตรีบำบัด ในบางรายที่มีความวิตกกังวลสูงอาจรายงานแพทย์เพื่อให้ยาคลายกังวล แต่การให้ยาอย่างต่อเนื่องอาจทำให้ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานานขึ้น จึงควรมีการหยุดพักการให้ยาในแต่ละวัน (Daily interruption) และประเมินความก้าวหน้าและความต้องการยา (ดิพัฒนา กิจรุ่งโรจน์, 2552)

3.4 การสื่อสาร

3.4.1 ความหมายของการสื่อสาร

คำว่า “การสื่อสาร” ตรงกับภาษาอังกฤษว่า “Communication” มีรากศัพท์จากคำว่า “Communis” ในภาษาละติน แปลว่า ความเหมือนกัน หรือร่วมกัน วิเคราะห์ตามรากศัพท์อาจกล่าวได้ว่า การสื่อสารเป็นการสร้างความเหมือนกัน หรือสร้างลักษณะร่วมกัน มนุษย์สื่อสารกันเพราะ ต้องการให้ผู้อื่นมีส่วนร่วมรับรู้ข้อมูล ข่าวสาร ความคิด ความเห็น ความรู้ ความต้องการของตนเอง (บุญศรี ปราบณศักดิ์ และศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2534)

การสื่อสาร (Communication) คือกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารระหว่างบุคคลต่อบุคคลหรือบุคคลต่อกลุ่ม โดยใช้สัญลักษณ์ สัญญาณ หรือพฤติกรรมที่เข้าใจกัน (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2554)

จากที่กล่าวมา สรุปได้ว่า การสื่อสาร เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ ความคิด ระหว่างบุคคล หรือบุคคลต่อกลุ่ม โดยใช้สัญลักษณ์ สัญญาณ หรือพฤติกรรมที่เข้าใจกัน

โดย Bolton (2008 อ้างใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2554) นักวิชาการด้านการสื่อสาร ได้วิเคราะห์องค์ประกอบและอธิบายความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆในกระบวนการสื่อสาร ซึ่งเรียกว่าSMCR ไว้ดังนี้

1) ผู้ส่งสาร (Source) หมายถึง แหล่งกำเนิดสาร อาจเป็นบุคคล องค์กร สถาบันหรือคณะบุคคลที่เป็นผู้กำหนดสาระ ความรู้ ความคิดที่จะส่งไปยังผู้รับสาร ดังนั้น การสื่อสารจะบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ เพียงใด จึงขึ้นอยู่กับผู้ส่งสารและสารที่ส่งเป็นสำคัญ คุณสมบัติของผู้ส่งสารที่เอื้อประสิทธิภาพในการสื่อสาร ได้แก่

1.1 ทักษะในการสื่อสาร (Communication skill) เป็นความสามารถของผู้ส่งสารในการเข้ารหัสสาร เช่น ความสามารถในการพูด การเขียน การตีความหมาย ข่าวสารต่างๆ เพื่อให้ผู้ส่งสารและผู้รับสารได้เข้าใจในตัวสารได้ชัดเจน ถูกต้อง และตรงกัน

1.2 ความรู้ (Knowledge) ผู้ส่งสารจะต้องมีความรู้ในข้อมูล ข่าวสารที่จะถ่ายทอดไปยังผู้รับสาร และเข้าใจกระบวนการในการส่งสาร สามารถเลือกวิธีการส่งสารได้เหมาะสมกับบุคคล และเหมาะสมกับสารนั้นๆ

1.3 ทศนคติ (Attitude) เป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ส่งสารต่อบุคคล เหตุการณ์ หรือข้อความที่จะส่งสาร ถ้าผู้ส่งสารมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง สาร และ

ผู้รับสาร ผู้ส่งสารก็จะมีพฤติกรรม การส่งสารที่ดีด้วย ทำให้ผู้ส่งสารและผู้รับสารเกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน การมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง หมายถึง การที่ผู้ส่งสารเชื่อมั่นว่าตนเองเป็นผู้ส่งสารที่มีประสิทธิภาพ ทัศนคติที่ดีต่อสาร หมายถึง การที่ผู้ส่งสารชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อมูลข่าวสารที่จะส่ง ซึ่งมีผลต่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพด้วย และทัศนคติต่อผู้รับสาร หากผู้ส่งสารมีความรู้สึกที่ดีต่อผู้รับสาร ผู้ส่งสารก็จะมี ความกระตือรือร้น และมีความพยายามที่จะสื่อสาร

1.4 วัฒนธรรม (Culture) หากผู้ส่งสารอาศัยอยู่ในสังคมที่มีความเชื่อ ค่านิยมที่ดีต่อการถ่ายทอดควรได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง เป็นข้อความที่กระชับ ชัดเจน จะทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพ

2) สาร (Message) หมายถึง เรื่องราว ความรู้ ความคิดต่างๆ ที่ผู้ส่งประสงค์จะให้ไปถึงผู้รับสาร โดยมีองค์ประกอบที่เป็นปัจจัยชี้ความสำเร็จของการสื่อสาร 5 ประการ คือ 1) เนื้อหาของสาร คือสารที่ผู้ส่งสารตั้งใจและต้องการจะสื่อไปยังผู้รับ 2) สัญลักษณ์หรือรหัสของสาร คือ ส่วนที่เล็กที่สุดของสาร ได้แก่ สระ พยัญชนะ และวรรณยุกต์ 3) การจัดลำดับข่าวสาร คือการเรียบเรียงเนื้อหาของสารตามรูปแบบของแต่ละบุคคล 4) องค์ประกอบย่อยของสาร หมายถึง การพิจารณาสารในแง่ของคำหนึ่ง ประโยคหนึ่ง หรือย่อหน้าหนึ่ง และ 5) โครงสร้างของสาร ซึ่งแต่ละภาษาจะมีโครงสร้างภาษาที่แตกต่างกัน

3) ตัวเข้ารหัสสาร (Encoder) สารที่จะส่งไปยังผู้รับนั้น ปกติเป็นความรู้ความคิดที่ไม่อาจจะส่งออกไปได้โดยตรง จำเป็นต้องทำให้สารนั้นอยู่ในลักษณะที่จะส่งได้ เช่น ทำให้เป็นคำพูดสัญญาณ ท่าทาง หรือรหัสอื่นๆ

4) ช่องทางการสื่อสาร (Channel) ข่าวสารจากผู้ส่งจะถูกถ่ายทอดโดยอาศัยสื่อหรือตัวกลาง (Media) ซึ่งอาจเป็นสื่ออย่างง่าย เช่น การพบปะพูดคุยกันตัวต่อตัว การเขียน การแสดงกิริยาท่าทางไปจนถึงการใช้สื่อที่มีความซับซ้อนยิ่งขึ้น เช่น วิทยุ โทรทัศน์ คอมพิวเตอร์ ภาพยนตร์ เป็นต้น

5) การแปลรหัสสาร (Decoder) คือ การแปลความหมายของรหัสสัญญาณที่ส่งมายังผู้รับ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ หากผู้ส่งใช้รหัสสัญญาณที่ผู้รับสามารถแปลความหมายได้เองโดยตรง เช่น ใช้ภาษาที่ผู้รับเข้าใจ การสื่อสารก็จะง่ายขึ้น แต่หากผู้ส่งใช้รหัส

สัญญาณที่ผู้รับไม่อาจเข้าใจได้ เช่น ใช้ภาษาที่ผู้รับฟังไม่เข้าใจ การสื่อสารก็จะเพิ่มความยุ่งยากซับซ้อนยิ่งขึ้น ซึ่งย่อมจะส่งผลต่อความสำเร็จของการสื่อสาร

6) ผู้รับสาร (Receiver) เป็นจุดหมายปลายทางของการสื่อสารซึ่งจะต้องมีการรับรู้ เข้าใจ หรือแสดงพฤติกรรมตามที่ผู้ส่งสารต้องการ หากไม่เป็นไปตามนั้น ก็ถือว่าการสื่อสารนั้นล้มเหลว ผู้รับสารจะต้องมีทักษะการสื่อสารดีเช่นเดียวกับผู้ส่งสาร จึงจะช่วยให้การสื่อสารบรรลุผลสมบูรณ์ นอกจากนี้ยังขึ้นกับปัจจัยอื่นๆ อีก ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการสื่อสาร ทักษะติดต่อตนเอง สาร และผู้ส่งสาร รวมถึงวัฒนธรรมการสื่อสารในสังคมของผู้รับสาร

7) ปฏิกริยาของผู้รับสารและการตอบสนอง (Response and feedback) เมื่อผู้รับได้รับสารและแปลความหมายจนเป็นที่เข้าใจอย่างใดอย่างหนึ่งแล้ว ผู้รับย่อมมีปฏิกริยาตอบสนองต่อสารอย่างใดอย่างหนึ่งด้วย เช่น เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย คล้อยตามหรือต่อต้าน ซึ่งการตอบสนองของผู้รับอาจผิดไปจากที่ผู้ส่งต้องการก็ได้ ปฏิกริยาตอบสนองของผู้รับ หากได้มีการย้อนกลับ (Feedback) ไปยังผู้ส่งสารให้รับรู้ จะช่วยให้เกิดการปรับการสื่อสารให้ได้ผลดียิ่งขึ้น กรณีเช่นนี้เรียกว่า การสื่อสารแบบสองทาง (Two-way communication)

3.4.2 แนวคิดของการสื่อสาร

แนวคิดทางการสื่อสารได้มีการพัฒนาารูปแบบขึ้นเรื่อยๆ โดยเริ่มต้นที่ปี 1954 Osgood & Schramm ได้สร้าง Model รูปแบบจำลองเชิงวงกลมการสื่อสาร เป็นรูปแบบของการสื่อสารสองทาง (Two-way Communication) และ Schramm กล่าวถึงพื้นฐานประสบการณ์ร่วม (Field of Experience) ระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสารว่าจะต้องมีประสบการณ์ร่วมกันเพื่อสื่อสารให้เข้าใจตรงกัน ต่อมาปี 1960 Berlo ได้สร้างแบบจำลอง SMCR (S: Source, M: Message, C: Channel และ R: Receiver) ให้ความสำคัญในปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลทำให้การสื่อสารประสบผลสำเร็จ ได้แก่ ทักษะในการสื่อสาร ทักษะสติ ระดับความรู้ ระบบสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งผู้รับและผู้ส่งต้องมีตรงกันเสมอ หลังจากนั้นแบบจำลองของ Shannon & Weaver จะมองถึงองค์ประกอบพื้นฐานของการสื่อสารเช่นเดียวกับ Berlo แล้ว ยังให้ความสำคัญกับ "สิ่งรบกวน" (Noise) ด้วยเพราะในการสื่อสารหากมีสิ่งรบกวนเกิดขึ้นก็จะหมายถึงการเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร เช่น หากอาจารย์ใช้ภาพเป็นสื่อการสอนแต่ภาพนั้นไม่ชัดเจนหรือเล็กลงไปก็จะทำให้ผู้เรียนเห็นไม่ชัดเจนทำให้เกิดการไม่เข้าใจ (ทฤษฎีการสื่อสาร ม.ป.ป.)

บุญศรี ปราบณศักดิ์ และศิริพร จิรวัดมนกุล (2534) กล่าวว่าในการประกอบวิชาชีพพยาบาล พยาบาลจำเป็นต้องสื่อสารกับผู้ป่วย ผู้ร่วมงาน ตลอดจนประชาชนทั่วไป ลักษณะการสื่อสารของพยาบาลมีทั้งที่เป็นการสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonall communication) การสื่อสารกลุ่มใหญ่ (Large group communication) การสื่อสารในองค์การ (Organizational communication) และการสื่อสารมวลชน (Mass communication) เป้าหมายของการสื่อสารมีทั้งที่เป็นการสอน แนะนำโน้มน้าว การแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อการประสานงาน การแสวงหาข้อมูลเพื่อการวางแผนหรือการตัดสินใจ การสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ดังนั้น พยาบาลพึงตระหนักและวิเคราะห์บทบาททางการสื่อสารของตนให้เหมาะสมตลอดเวลา หากไม่แล้วพยาบาลอาจลืมหรือมองข้ามบทบาทการเป็นผู้รับสารจากผู้ป่วย ทั้งที่สารจากผู้ป่วยเป็นกุญแจสำคัญที่นำไปสู่การประเมินปัญหา และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

Patak, Gawlinski, Fung, Ooering and Berg (2004) กล่าวว่าผู้ป่วยที่ต้องการสื่อสารบอกความต้องการของตนเอง แต่เมื่อต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ ทำให้ช่องทางในการสื่อสารถูกปิด ผู้ป่วยพยายามสื่อสารทั้งใช้ภาษากาย การเขียน แต่ก็ยังไม่สามารถสื่อสิ่งที่ตนเองต้องการได้ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหมดหวัง เบื่อหน่าย และเกิดความเครียด นอกจากนี้ สิ่งที่มีผลต่อความยากง่ายในการสื่อสารของผู้ป่วย คือลักษณะ บุคลิกภาพของทีมสุขภาพ ได้แก่ ลักษณะที่มีความเมตตา กรุณา และความต้องการในการให้ข้อมูล ซึ่งการสื่อสารในทางสุขภาพมีความจำเป็นในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถระบายความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบ พัฒนาความสัมพันธ์ที่มีความเชื่อถือ การยอมรับความจริงและคงไว้ซึ่งความหวัง การส่งเสริมการให้สุศึกษาและการเรียนรู้ การตอบสนองความต้องการของบุคคล คงความเป็นตัวตนของบุคคลไว้ และสามารถบอกเล่าถึงความต้องการทางจิตวิญญาณได้ (Watson, 1985 อ้างใน Burger, 2013) การสื่อสารยังเป็นปัญหาที่สำคัญมากของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรพร จันทร์ประดิษฐ์, 2543; อมรรัตน์ สุวรรณมิสสระ, 2549; รัตนากร เจริญกุล (2550), Van de Leur, et al. (2004), Hofhuis, et al. (2008)

3.4.3 การพยาบาล

สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว (2554) กล่าวว่าเมื่อบุคคลที่ต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทกลายเป็นผู้ป่วยเมื่อต้องเจ็บป่วยเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล มักจะรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระแก่ผู้อื่น รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าพอเพียงกับเวลาของคนอื่น พยาบาลจำเป็นต้องช่วยเพิ่มคุณค่าให้กับผู้ป่วยด้วยเทคนิคส่งเสริมให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ได้แก่

1. การแสดงให้เห็นให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลรู้จักผู้ป่วย (Giving recognition) พยาบาลเห็นความสำคัญของผู้ป่วย การเรียกชื่อผู้ป่วยอย่างถูกต้อง บอกกล่าวสิ่งที่พยาบาลเห็นในตัวผู้ป่วย หรือเห็นความเปลี่ยนแปลง เช่น “วันนี้คุณดูไม่สดชื่นเลย”

2. การให้ข่าวสาร ข้อมูล ข้อเท็จจริงแก่ผู้ป่วย เช่น การบอกกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมการพยาบาลที่ให้ การช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงสถานการณ์รอบตัว เป็นการให้เวลา ให้ความสำคัญกับผู้ป่วย

3. การเสนอตนเองเพื่ออยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยในยามทุกข์ (Offering self) เป็นการเสนอตนเองเพื่อรับฟังปัญหาของผู้ป่วย ในยามที่ผู้ป่วยกำลังเศร้า ตื่นกลัว กำลังไม่แน่ใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นภาวะที่พบอยู่เสมอในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต การอยู่เป็นเพื่อนเป็นการแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความสำคัญ มีคุณค่าเช่นเดียวกับบุคคลอื่น

นอกจากนี้ สุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว (2554) ยังได้กล่าวถึง อุปสรรคต่อการดำเนินการสนทนาระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่พยาบาลต้องพึงระวัง ได้แก่

1. การที่พยาบาลไม่ฟัง การฟังเป็นศิลปะอย่างหนึ่ง การฟังที่ดีต้องทำการฝึกฝน พยาบาลแต่ละคนมีความสามารถในการรับฟังแตกต่างกัน บางคนฟังไปด้วย ช่วยผู้ป่วยด้วย บางคนฟังอย่างเดียวไม่สามารถช่วยผู้ป่วยได้ บางคนฟังแต่ไม่เข้าใจ ต้องอาศัยการฝึกฝนและเวลา

2. การแปลความหมายของเนื้อหาสาระเรื่องราวผิดๆ ทั้งนี้เกิดขึ้นเพราะพยาบาลอาจมีความเคยชินที่รับสรุปและตีความหมายสิ่งที่ผู้ป่วยพูดเอง โดยลืมนึกถึงเทคนิคการขอความกระจ่างในคำพูดที่ไม่ชัดเจน (Clarifying) เมื่อเข้าใจผิด ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าคุณพยาบาลไม่เข้าใจในปัญหาของเขาและทุกข์ของเขา ก็จะถอนตัวจากไป

3. การที่พยาบาลไม่สามารถจะให้ความสนใจในปัญหาของผู้ป่วย การรับฟังผู้ป่วยไม่ใช่เรื่องง่าย การหาข้อสรุปสิ่งใดเป็นปัญหานั้นยากกว่า เพราะบ่อยครั้งที่พยาบาลลืมนึกถึงปัญหาของตนเอง ไม่ได้สนใจเรื่องราวปัญหาของผู้อื่น แต่กลับไปสนใจประเด็นอื่นแทน เหล่านี้เป็นทักษะที่ต้องฝึกฝน

4. พยาบาลพูดมากเกินไป พยาบาลบางคนเป็นคนช่างพูด ช่างสอน เวลาที่พบผู้ป่วยมักพูดเองเป็นส่วนใหญ่ สั่งสอนแนะนำในสิ่งที่ผู้ป่วยรู้และทำไม่ได้เพราะค่านิยมที่แตกต่างกัน และความสามารถในการแก้ปัญหาไม่เท่าเทียมกัน

5. พยาบาลพูดน้อยเกินไป การที่พยาบาลไม่พูด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าพยาบาลให้ความสนใจปัญหาของเขาจริงหรือไม่ การฟังอย่างเดียวโดยไม่ซักถาม ก็ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย

6. การส่งเสริมให้กำลังใจผิดๆ พยาบาลที่ขาดทักษะการเป็นที่ปรึกษา มักจะให้กำลังใจผิด มักจะนำเอาคำพูดที่เราเคยชิน คำพูดที่ใช้กันทั่วไปมาใช้กับผู้ป่วย เช่น การบอกผู้ป่วยที่กำลังมีทุกข์ว่า “ทุกอย่างจะดีขึ้นเอง” เป็นการให้กำลังใจที่ผิดๆ แก่ผู้ป่วย

การสื่อสารจึงเป็นทักษะที่สำคัญของพยาบาล Watson (1985 อ้างใน Berger, 2013) กล่าวไว้ว่าพยาบาลที่มีความสามารถในการสื่อสารจะสามารถสื่อถึงการดูแลและความรู้สึกเหล่านี้ได้ ได้แก่ วัตถุประสงค์ความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น สนับสนุนและเกิดการยอมรับความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบ พัฒนาการช่วยเหลือที่เกิดความไว้วางใจ นำสู่ความเชื่อถือและความหวัง สนับสนุนการสอนและการเรียนรู้ จัดหาแหล่งช่วยเหลือ สนองตอบความต้องการได้ตามความประสงค์ และพาสู่การแสดงออกทางจิตวิญญาณ

Berger (2013) กล่าวว่าการพัฒนาทักษะการสื่อสารต้องประกอบด้วย การคิดอย่างวิจารณ์ญาณ ซึ่งในการพยาบาลนั้นมาจากพื้นฐานของมาตรฐานทางการพยาบาลและมาตรฐานด้านจริยธรรม สิ่งเหล่านี้จะสร้างความตระหนักในปัญหาของผู้ป่วย นอกจากการคิดอย่างวิจารณ์ญาณ ยังประกอบด้วยทัศนคติ วัฒนธรรมของแต่ละบุคคลและการศึกษาที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล

3.5 คุณภาพการนอนหลับ

3.5.1 ความหมายของคุณภาพการนอนหลับ

การนอนหลับ หมายถึง สภาวะที่ไม่รับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม โดยปกติร่างกายจะไม่เคลื่อนไหว นอกจากนั้นการนอนหลับเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อนเกิดจากกลไกการควบคุมในสมอง ในช่วงการนอนหลับเป็นสภาวะที่เปลี่ยนแปลงได้ง่าย ซึ่งเกิดจากการทำงานของต่อมใต้สมองส่วนหน้า (Buysse อ้างใน สุพัตรา อุปนิสกร, 2555)

เมื่อกล่าวถึงการนอนหลับ จะเป็นการให้ความหมายของอาการนอนไม่หลับ (Insomnia) ซึ่งกัมปนาท ตันติบุตรกุล (2550) ได้กล่าวว่า เป็นความรู้สึกว่าการนอนหลับนั้น ยังไม่เพียงพอแก่ความต้องการของตนเองหรือร่างกายของตนเอง ซึ่งหมายถึงความรู้สึกว่านอนน้อยเกินไป หรือคุณภาพการนอนไม่ดี ซึ่งมีลักษณะ ดังนี้ ตื่นบ่อยครั้งในช่วงของการนอนหลับ และมีความยากลำบากในการที่จะหลับต่อ ตื่นเร็วเกินไป หรือตื่นเช้าเกินไป แม้ว่าจะนอนอย่างเพียงพอแล้ว 7-8 ชั่วโมง ยังมีความรู้สึกที่ตื่นมาแล้ว ยังไม่สดชื่น จะมีปัญหาในช่วงกลางวัน เช่น หลับมาก อ่อนเพลีย คิดอะไรไม่ออก หรือแม้กระทั่งมีอาการหงุดหงิดและซึมเศร้าตามมา

แสงอุษา สุทธิธินกุล (2548) กล่าวว่า ผู้เชี่ยวชาญการนอนได้ให้คำจำกัดความของความผิดปกติด้านการนอนว่าเป็นการรบกวนอย่างต่อเนื่องต่อปริมาณและคุณภาพของการนอน ซึ่งมีผลกระทบต่อความสามารถของผู้คนที่ทำหน้าที่ตามปกติเป็นเวลาดึกขึ้น

จากที่กล่าวมา พอสรุปได้ว่า เป็นสภาวะที่ไม่รับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม เป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อนเกิดจากกลไกการควบคุมในสมอง ซึ่งเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ หมายถึง ความผิดปกติด้านการนอนที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องมากกว่า 1 เดือนขึ้นไปทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ รู้สึกไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ส่งผลต่อการทำหน้าที่ตามปกติ

3.5.2 แนวคิดของคุณภาพการนอนหลับ

การนอนหลับเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ เป็นการพักผ่อนที่ดีที่สุด การหลับและการตื่นของคนเรานั้นมีการควบคุมจากสมองของเราเอง เช่นเดียวกับสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมโดยทั่วไป สารสำคัญที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่กระตุ้นทำให้เกิดวงจรที่ปกติ คือ “เมลาโตนิน (Melatonin)” การทำงานของเมลาโตนิน ขึ้นกับความสว่างและความมืดจากภายนอกที่จะทำให้เราง่วงนอนตอนกลางคืน และตื่นมาทำงานตอนกลางวัน คนเราต้องใช้เวลาไปกับการนอน 1/3-1/4 ของเวลาในแต่ละวัน (แสงอุษา สุทธิธัญกุล, 2548) โดยมาโนช หล่อตระกูล (2544) กล่าวไว้ว่า การนอนหลับตามปกติ เกิดขึ้นเมื่อคนเราเข้านอน ประมาณ 15-20 นาทีจะเริ่มเคลิ้มหลับ รูปแบบการนอนจะแบ่งตามลักษณะคลื่นสมองออกเป็น 4 ระยะ เมื่อเริ่มหลับคลื่นสมองจะเป็นระยะที่ 1 และหลับลึกลงเรื่อยๆ 45 นาทีต่อมาจึงเข้าสู่ระยะที่ 4 ซึ่งเป็นช่วงที่หลับลึกที่สุดหลังเข้าสู่ระยะที่ 4 45 นาที การนอนจะเข้าสู่ช่วง REM (Rapid eye movement) แล้วกลับสู่รูปแบบเดิมอีก ในแต่ละคืนจะเกิดเช่นนี้ 5-6 วงจร โดยในช่วงหลัง REM จะนานขึ้น ระยะที่ 3 และ 4 จะน้อยลง โดยทั่วไปผู้ใหญ่ต้องการการนอนหลับประมาณ 6-8 ชั่วโมงต่อคืนโดยไม่มีการรบกวนซึ่งสามารถทำให้เกิดวงจร Rapid eye movement (REM) และ non-Rapid eye movement (Non-REM) ได้ 4-6 วงจร (ลัพณา กิจรุ่งโรจน์, 2552) การนอนหลับไม่เพียงพอ ทำให้อ่อนเพลียขาดสมาธิ ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง มีอารมณ์หงุดหงิด อุนเฉียวง่าย (แสงอุษา สุทธิธัญกุล, 2548) นอกจากนี้ ความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ มีการหลั่งสารสื่อประสาทที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกัน มีผลต่อการติดเชื้อและการฟื้นฟูของแผล ความบกพร่องของการคิดและการตัดสินใจ การเปลี่ยนแปลงของระบบเมตาบอลิซึมในสมอง เกิดความเครียดจนอาจทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจและมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เช่น การจำเวลาและสถานที่ไม่ได้ สับสนหรือก้าวร้าว มีภาพหลอนหรือภาวะเพ้อ (Tembo & Parker, 2009) โดยทั่วไปอาการนอนไม่หลับแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ แบบชั่วคราวหรือช่วงเวลาสั้นๆ และแบบเรื้อรังยาวนาน คือ มีปัญหาอย่างน้อย 3 คืนต่อสัปดาห์หรือติดต่อกันเป็นเดือนๆ (กัมปนาท ดันสิถบุตรกุล, 2550)

สำหรับหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่าการรบกวนการนอนหลับเป็นปัญหาที่สำคัญ ในการศึกษาเชิงปริมาณของอมรรัตน์ สุวรรณมิสสระ (2549) พบว่าผู้ป่วย 7 ใน 11

ราย รับรู้ว่าไม่สามารถนอนหลับได้ตลอดระยะเวลาที่ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยสาเหตุที่ทำให้นอนไม่หลับ ได้แก่ ท่อช่วยหายใจที่อยู่ในลำคอ เป็นสิ่งแปลกปลอมที่ใส่ไว้ในช่องปากและหลอดลม ตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด รำคาญ และเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายและส่งผลต่อการนอนหลับ โดยในช่วงเวลากลางคืน พบว่าสิ่งที่รบกวนการนอนหลับ ได้แก่ เสียงดังจากผู้ป่วยอื่น เสียงจากภายนอกห้องผู้ป่วยหนัก เสียงจากการใช้ห้องน้ำ เสียงจากรองเท้าพยาบาล และเสียงพูดคุยกันระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมนอกจากนี้ ยังพบว่ากิจกรรมการรักษาพยาบาล ได้แก่ การเจาะเลือดผู้ป่วยที่น้ำตาลไม่คงที่ อาจต้องปฏิบัติทุก 1-2 ชั่วโมง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่กระตุ้นความเจ็บปวด และส่งผลให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ (อมรรัตน์ สุวรรณมิสสระ, 2549) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hofhuis, et al. (2008) ที่พบว่าผู้ป่วยถูกรบกวนการนอนหลับถึงร้อยละ 48 โดยการถูกรบกวนการนอนหลับมาจากเรื่องเสียง ร้อยละ 54 และที่สำคัญท่านอนที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่ถูกผูกมัด ทำให้ไม่สามารถเปลี่ยนท่านอนได้ตามความต้องการ ส่งผลต่อการนอนหลับ เช่นเดียวกัน (ภัทรพร จันทรประดิษฐ์, 2543; อมรรัตน์ สุวรรณมิสสระ, 2549)

3.5.3 การพยาบาล

การส่งเสริมการนอนหลับเป็นบทบาทสำคัญที่พยาบาลควรคำนึงถึง โดยการประเมินคุณภาพการนอนหลับ และจัดการกับสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับหรือหลับได้ไม่เต็มที่ ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทั้งเรื่องแสงและเสียง การปรับพฤติกรรมและกิจกรรมที่มึนสุขภาพเพื่อลดการรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยในเวลากลางคืน เช่น ปรับลดเสียงสัญญาณโทรศัพท์ในช่วงกลางคืน ลดเสียงการพูดคุยของเจ้าหน้าที่ ปรับงานการทำความสะอาดที่ไม่รบกวนช่วงเวลานอน ปรับกิจกรรมการเช็ดตัวผู้ป่วยเวลาเข้ามิด รวมทั้งหากิจกรรมที่ส่งเสริมการนอนหลับและให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลาย เช่น การฟังดนตรี การนวดหลังเพื่อการผ่อนคลาย เป็นต้น (ฉัพพณา กิจรุ่งโรจน์, 2552; Tembo & Parker, 2009)

3.6 ความรู้สึกโดดเดี่ยว แยกจากสังคม

3.6.1 ความหมายของความรู้สึกโดดเดี่ยว แยกจากสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการให้ความหมายของความรู้สึกโดดเดี่ยว แยกจากสังคม ในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้ให้ความหมายของคำว่า “โดดเดี่ยว” ว่า “เดียวเท่านั้น อยู่ตามลำพังไม่เกี่ยวข้องกับใคร ” ซึ่งพอจะสรุปว่า เป็นความรู้สึกที่ต้องอยู่ตามลำพัง

3.6.2 แนวคิดของความรู้สึกโดดเดี่ยว แยกจากสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมในทางวิทยาศาสตร์สุขภาพไม่พบแนวคิดของความรู้สึกโดดเดี่ยว แยกจากสังคม ส่วนทางสังคมศาสตร์ Mau (1992 อ้างใน

วไลลักษณ์ เสรีตระกูล, 2553) มีการให้ความเห็นต่อมิติของความแปลกแยกโดยใช้แนวคิดของ Seeman (n.d.) ไว้ว่า 1) ความไร้อำนาจ (Powerlessness) สะท้อนถึงความล้มเหลวในชีวิต เป็นการมองโลกในแง่ร้าย และการมองว่าสูญเสียการควบคุมในชีวิตตนเอง มิติดนี้คล้ายกับแนวคิดทางจิตวิทยาเรื่องการควบคุมจากภายนอก (External locus control) 2) ความไร้ความหมาย (Meaninglessness) เป็นมิติสำคัญที่จะใช้ในงานวิจัยด้านการศึกษา ความไร้ความหมายจะเกิดกับวัยรุ่นที่มองเห็นความสัมพันธ์ของสิ่งที่เรียนในโรงเรียนกับสิ่งที่ทำในอนาคตได้น้อย หรือมองไม่เห็นความสัมพันธ์เลย 3) ความไร้บรรทัดฐาน (Normlessness) ถูกให้ความหมายว่า เป็นความเชื่อว่าพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับจะเป็นเครื่องมือที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่วัฒนธรรมยอมรับ เช่น วัยรุ่นที่ต้องการเรียนได้คะแนนสอบสูง ๆ แต่คิดว่าไม่มีเครื่องมือที่จะทำให้ได้มันมา จึงทำการทุจริตในการสอบ 4) ความโดดเดี่ยวทางสังคม (Social isolation) เป็นความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว ไร้ความสุข ขาดความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด เช่น บิดามารดา เพื่อน และ 5) ความแปลกแยกจากตนเอง (Self-estrangement) เป็นความแปลกแยกไม่ลงรอยกันระหว่างตัวตนที่แท้จริงกับตัวตนในอุดมคติ ภาวะแปลกแยกจากตนเองนี้ปรากฏให้เห็นในวัยรุ่นที่มีความนับถือตนเองต่ำและเบื่อหน่ายกับชีวิตที่เขามองว่าเป็นชีวิตที่ไม่มีเป้าหมาย นอกจากนี้ จากแนวคิดของ Maslow (1970) มนุษย์มีพื้นฐานของความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Safety needs) (พรพนทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, 2553) ซึ่งอธิบายได้ว่าการใส่เครื่องช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยที่ต้องพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยปิด จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล ไม่อนุญาตให้ญาติเฝ้า ให้เข้าเยี่ยมเป็นครั้งคราวตามช่วงเวลาเยี่ยม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าต้องนอนคนเดียวตามลำพัง ไม่คุ้นเคยกับสถานที่และบุคลากรทางการแพทย์ เกิดความโดดเดี่ยวในสังคม ขาดความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด และรู้สึกไม่ปลอดภัย ทำให้รู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง ว้าเหว และเดี๋ยวตายที่กล่าวไว้ในการศึกษาของ ภัทรพร จันทรประดิษฐ์ (2543)

3.6.2 การพยาบาล

การให้พื้นที่แก่ครอบครัว โดยให้ญาติมาอยู่ด้วย จะช่วยบรรเทาความกลัว โดดเดี่ยว เดี่ยวดาย โดยพบว่าผู้ป่วยมีอาการสงบเมื่อมีญาติอยู่ด้วย (อรนิภา รสขำ และคณะ, 2554) นอกจากนี้การเข้าเยี่ยมหรือการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญ และเป็นประโยชน์ โดยสามารถช่วยสื่อสารข้อมูล ทำให้เกิดความมั่นใจ ลดความเครียด ความกลัว มีความสุขสบาย และเกิดแรงใจช่วยเพิ่มความสามารถในการปรับตัวต่อการใส่เครื่องช่วยหายใจ (Happ, et al., 2007) รวมทั้งการที่เจ้าหน้าที่/บุคลากรทางการแพทย์ให้การพูดคุย สัมผัสผู้ป่วยด้วยความอ่อนโยน การจับมือด้วยความผูกพันและห่วงใย ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าพยาบาลได้อยู่เคียงข้าง

ในการดูแล ช่วยลดความรู้สึกถูกแยกตัวและโดดเดี่ยว และส่งเสริมความสุขสบายให้กับผู้ป่วยด้วย (ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์, 2552)

จะเห็นว่า ความสุขสบายทั้ง 4 ด้าน มีความเชื่อมโยงและเกี่ยวข้องกันทั้งในด้านสาเหตุและการให้การพยาบาล การดูแลความสุขสบายของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ จึงเป็นมิติองค์รวมที่ต้องตระหนักถึงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อม และสังคมวัฒนธรรม

4. การศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยา

ปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นคำที่มาจากภาษากรีก คำว่า “Phainomenon” มีความหมายว่า “สิ่งที่เห็น สิ่งปรากฏ” (Appearance) ซึ่งแนวคิดนี้พัฒนามาจากนักปรัชญา ชื่อ Immanuel Kant ปรากฏการณ์วิทยาเป็นปรัชญาที่เป็นส่วนหนึ่งของคำถามทฤษฎีความรู้ (Epistemological question) ว่า “เรารู้ได้อย่างไร” สัมพันธ์กับบุคคลที่รู้ และเคยรู้อะไร อันจะเชื่อมโยงถึงการหาความเป็นจริง (Ontological question) ว่า “อะไรคือสิ่งที่เป็นอยู่” (What is being) เกี่ยวเนื่องกับธรรมชาติของความเป็นจริงและความรู้เกี่ยวกับสิ่งนี้ (Holloway & Wheeler, 2010)

ปรากฏการณ์วิทยาเป็นศาสตร์สาขาหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่ศึกษาปรากฏการณ์ หรือสภาพของปัญหา โดยการทำความเข้าใจปรากฏการณ์หรือสภาพของปัญหา ในบริบทหรือสภาพแวดล้อมที่ปรากฏการณ์หรือปัญหานั้นเกี่ยวข้องอยู่ การศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยาจะให้ความสำคัญกับแหล่งข้อมูล และความหมายของข้อมูลจากทัศนะของผู้ให้ข้อมูล การมองปรากฏการณ์จากทัศนะของผู้ที่อยู่ในปรากฏการณ์นั้น จะช่วยให้เข้าใจความหมายและเหตุผลว่าเกิดอะไรขึ้น เพราะอะไร ตามตรรกะของผู้ให้ข้อมูล (Denzin, 1991 อ้างใน วิธนา เทียงธรรม, 2548) Conen, Kahn, & Steeves (2000 อ้างใน ชาย โพธิสิตา, 2549) กล่าวว่า “ความหมาย” ที่วิธีการนี้ให้ความสนใจ คือ ความหมายในทัศนะของผู้ที่ได้ประสบกับปรากฏการณ์นั้น เป้าหมายสำคัญของการวิจัยแบบนี้ คือ การหาคำตอบสำหรับคำถามว่า การได้ประสบกับเหตุการณ์นั้น มีความหมายอย่างไรสำหรับผู้ที่ได้ประสบมัน หรือประสบการณ์ในเรื่องนั้น มีความหมายอย่างไรสำหรับผู้ที่ได้ประสบมันมาแล้วหรือที่กำลังประสบมันอยู่ นอกจากนี้ Spiegelberg (1975) อธิบายว่า ปรากฏการณ์วิทยาเป็นสิ่งที่เคลื่อนไหวตลอดเวลามากกว่าการเป็นรูปแบบหรือหลักการที่ชัดเจน เป็นการค้นหาโดยตรง และอธิบายประสบการณ์จากการรับรู้ โดยปราศจากการอธิบายที่มีกฎเกณฑ์แน่นอน ไม่มีตัวอย่างหรือคตินามาก่อน และไม่เป็นการคิดเอาเอง ส่วน Streubert & Carpenter (2007) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยาเป็นวิธีการคิด หรือทำความเข้าใจ โดยมีเป้าหมายเพื่ออธิบายประสบการณ์ชีวิต

แนวคิดปรากฏการณ์วิทยามีนักคิดคนสำคัญ คือ Husserl ผู้ที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาของปรัชญาแนวปรากฏการณ์วิทยา และ Heidegger ซึ่งเป็นศิษย์เอกของ Husserl ซึ่งเป็นนักคิดหลักที่นำมาใช้ในการศึกษาทางการพยาบาล คือ แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยาย (Descriptive phenomenology) ของ Husserl และแนวคิดปรากฏการณ์แบบตีความ (Hermeneutic phenomenology) ของ Heidegger (Wojnar & Swanson, 2007)

แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยาย (Descriptive phenomenology) ของ Husserl กล่าวว่า มันเป็นปรากฏการณ์ของการมีชีวิตอยู่ในโลก (Life-world) หรือประสบการณ์ชีวิต (Lived experience) โดยเป็นประสบการณ์ที่เป็นจริงผ่านการรับรู้อย่างมีสติ (Dreyfus & Dreyfus, 1987 อ้างใน Koch, 1995) ในทางตรรกวิทยา Husserl (1970 อ้างใน Koch, 1995) ได้ให้ความหมายว่า “เป็นศาสตร์ของความสำคัญของความมีสติ ความรู้สึกตัว” (The science of essence of conscious) เป็นการถ่ายทอดประสบการณ์ของผู้หนึ่งสู่อีกผู้หนึ่งโดยผ่านความตั้งใจในการฟัง การมีปฏิสัมพันธ์ และการสังเกต เพื่อบอกเล่าสิ่งที่เป็นจริง โดยละทิ้งสิ่งที่เป็นอคติ ความคิดส่วนตัว ความรู้ที่มีก่อนหน้านี้ในการนำมาอธิบายปรากฏการณ์นั้นๆ ซึ่ง Husserl เชื่อว่าปรัชญาควรเป็นศาสตร์ที่มีความแข็งแกร่งที่จะช่วยให้สามารถไปสัมผัสกับมนุษย์ได้อย่างลึกซึ้งมากขึ้น ส่วนแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic phenomenology) ของ Heidegger (1962 อ้างใน Wojnar & Swanson, 2007) เป็นแนวคิดที่ศึกษาวิถีชีวิตของบุคคล (The human way of being in the world) โดยเน้นที่บุคคลเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมที่อยู่รายรอบ ไม่สามารถแยกจากสังคม นโยบายการเมือง และวัฒนธรรมของแต่ละบุคคลได้ โดยเฉพาะด้านสุขภาพ ได้รับอิทธิพลจากธรรมเนียมปฏิบัติของครอบครัว การให้คุณค่าของคนในชุมชน และบริบทของสังคม วัฒนธรรม การให้ความหมายและการตีความเป็นการร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล (Koch, 1995)

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แนวคิดปรากฏการณ์ วิทยา แบบตีความ (Hermeneutic phenomenology) ของ Heidegger เนื่องจากการศึกษานี้คงจะหลีกเลี่ยงยากที่ผู้วิจัยจะไม่เอาความรู้ ประสบการณ์ที่ทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤตและให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจมานาน 18 ปี และจากการทบทวนวรรณกรรมมาร่วมทำความเข้าใจกับสิ่งที่จะศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Heidegger ที่เชื่อว่าบุคคลใช้ประสบการณ์ ความคิดในการตีความและให้ความหมายกับเหตุการณ์นั้นๆ ซึ่งจะทำให้ผู้วิจัยสามารถทำความเข้าใจกับสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลให้ได้ลึกซึ้งและใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความตามแนวคิดของ Martin Heidegger

ในปรัชญาปรากฏการณ์ตามแนวคิดของ Heidegger (1927, 1962 อ้างใน Plager, 1994) ที่มีการอธิบายถึงปรากฏการณ์ว่าเป็นสภาวะการณ์ที่บุคคลให้ความหมายของประสบการณ์ความเป็นอยู่ในโลกนี้ โดยใช้ประสบการณ์ในชีวิตประจำวันและสิ่งที่คุ้นเคยเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งทักษะเหล่านี้มาจากวัฒนธรรมประเพณีและสังคมที่บุคคลดำรงอยู่ ซึ่งการทำความเข้าใจในเหตุการณ์ต่างๆ มาจากภูมิหลังเหล่านี้ โดยมีข้อตกลงเบื้องต้น(Plager, 1994) ไว้ดังนี้

1. มนุษย์อยู่ร่วมกันเป็นสังคม และต้องมีการสนทนาระหว่างกัน
2. มนุษย์มีความเข้าใจเกิดขึ้นก่อนแล้วจากภูมิหลัง ได้แก่ สังคมและวัฒนธรรมของชุมชน การใช้ภาษา ทักษะและกิจกรรมความเป็นอยู่ รวมถึงการให้ความหมายโดยทั่วไป
3. มนุษย์มีวงจรรของความเข้าใจอยู่แล้ว
4. การตีความแสดงถึงการทำความเข้าใจร่วมกัน ดังนั้น มีรูปแบบของความเข้าใจที่เกิดขึ้นมาก่อน 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) ความเข้าใจและการรับรู้เดิม 2) อิทธิพลจากภูมิหลังทางด้านสังคม วัฒนธรรม และ 3) ความคิดที่คิดไว้ก่อนแล้ว

5. การตีความหมายรวมถึงผู้ตีความและการตีความของความสัมพันธ์ในบทสนทนา

ข้อตกลงเบื้องต้นดังกล่าวเป็นพื้นฐานที่ Heidegger (1927) กล่าวไว้ในงานเขียน “Being and Time” รวมถึงการนำภูมิหลังของการปฏิบัติ หรือพฤติกรรม ความเข้าใจที่ผ่านมามา ใช้ร่วมกันในการตีความ (Forestructure of understanding) โดยสรุปว่า การทำความเข้าใจทำให้บุคคลตระหนักรู้ในสิ่งที่เกิดขึ้นจริง และการให้ความหมายนำไปสู่การเข้าใจ ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 องค์ประกอบ อธิบายเป็นวงจรรแห่งการตีความ และความเข้าใจในปรากฏการณ์ (Plager, 1994; Lafont, 2007; Wojnar & Swanson, 2007) ประกอบด้วย

1. ความเข้าใจ การรับรู้เดิมที่มีพื้นฐานมาจากภูมิหลังของการปฏิบัติ สถานการณ์ที่คุ้นเคยในชีวิตประจำวัน เป็นการตีความ ให้ความหมายจากสิ่งที่มีมาก่อน (A fore-having)
2. การที่มีความคิดเห็นเดิม จากสิ่งที่เคยเห็น เคยเข้าใจมาก่อน อิทธิพลจากภูมิหลังทางด้านสังคมวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อมุมมองในการนำมาตีความ (A fore-sight)
3. การตีความ ให้ความหมายในปรากฏการณ์นั้น โดยมีพื้นฐานจากการที่มีความคิดที่คิดไว้ก่อนแล้ว (A fore-conception)

ดังนั้น การดำเนินชีวิตในทุกๆวัน เสมือนวงเวียนของการเกิดความเข้าใจที่ผ่านมามา เป็นการให้ความหมาย การเรียนรู้ ในกิจวัตรประจำวัน ที่สร้างให้เกิดการรับรู้ขึ้น และเชื่อมโยงกันระหว่างประสบการณ์เก่า-ใหม่ Heidegger (1927/1962 อ้างใน Plager, 1994) เรียกวงจรรนี้ว่า “วงจรรแห่งความเข้าใจ” (Circle of understand) หรือ วงจรรในการตีความ (Hemeneutic circle) ซึ่งเป็นการ

เชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตที่บุคคลเคยได้รับหรือเข้าใจมาก่อน เข้ากับประสบการณ์ครั้งใหม่ เพื่อที่จะได้รับรู้และให้ความหมายกับประสบการณ์ครั้งใหม่เป็นลูกโซ่ นั่นคือ บุคคลเข้าใจบางสิ่งบางอย่างได้ โดยการเปรียบเทียบกับอีกสิ่งหนึ่งที่บุคคลนั้นรู้จักหรือเคยมีประสบการณ์มาก่อน ซึ่ง Heidegger เชื่อว่า คงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้ยาก เนื่องจากแต่ละบุคคลจะมีประสบการณ์เดิมของตนเองที่แตกต่างกัน แต่สิ่งสำคัญ คือ เราต้องมีสติรู้คิด และเตือนตัวเองตลอดเวลาว่า “เรากำลังมีอคติต่อสิ่งนั้นหรือไม่” เพื่อที่เราจะได้เข้าใจความหมาย (Meaning) ซึ่งเป็นความคิดรวบยอดต่อปรากฏการณ์นั้น ตามความเป็นจริงอย่างที่มันเป็นอยู่ และตรงตามวัตถุประสงค์ (Heidegger, 1962 อ้างใน วิธนา เทียงธรรม, 2548)

Heidegger (1927/1962 อ้างใน Plager, 1994) ยังมีการอธิบายถึงรูปแบบ 3 รูปแบบที่สัมพันธ์กันในการที่บุคคลใช้เป็นเสมือนเครื่องมือในการเผชิญกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวในแต่ละวัน คือ

1. การเผชิญกับกิจวัตรประจำวันที่ราบรื่น ปลอดภัย เป็นสิ่งที่ทำเป็นปกติ เหมือนเป็นกิจวัตรหรือธรรมเนียมประจำ และปฏิบัติจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต โดยไม่ได้มีการสังเกต หรือมีข้อสงสัยว่าทำไมถึงปฏิบัติอย่างนี้ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน (Ready-to-hand mode)
2. การเผชิญกับบางอย่างที่มากกระทบชีวิตที่ปกติ กิจวัตรประจำวันอย่างเด่นชัด ทำให้กิจวัตรประจำวันถูกรบกวน และเริ่มเป็นสิ่งกีดขวางหรืออุปสรรคต่อการทำกิจกรรม ทำให้เกิดการสังเกต ใส่ใจกับสิ่งที่เกิดขึ้น เป็นสิ่งที่บอกล่าจากการสังเกตจากสิ่งที่คนอื่นเป็น (Unready-to-hand mode)
3. สิ่งที่ทำเป็นกิจวัตรหยุดลง บุคคลเป็นอิสระจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่ บุคคลถอยกลับมา มอง และสังเกต หรือสะท้อนถึงเหตุการณ์ที่ประสบอยู่ เกิดกระบวนการแก้ปัญหา ทักษะ กิจกรรม การสังเกต โดยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ การทดลองจะเกิดขึ้น เป็นสิ่งที่ไม่เคยเกิดกับบุคคลนั้นมาก่อน การแก้ปัญหาเป็นการลองผิดลองถูก (Present-to-hand mode)

นอกจากนี้ Heidegger (1962) ได้ให้ความสำคัญต่อ “ภาษา” (Language) โดยอธิบายว่าการดำรงอยู่ในโลกมนุษย์ การพูดคุยเป็นเครื่องมือหลักของการสื่อสาร เป็นคุณลักษณะที่สำคัญของมนุษย์ในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Gelven, 1989 อ้างใน วิธนา เทียงธรรม, 2548) การพูดคุยเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของการดำรงอยู่ (Ready-to-hand-mode) เพราะการพูดคุยเป็นการส่งผ่านข่าวสารที่เป็นอยู่ ณ ปัจจุบัน ซึ่งรวมถึงการได้ยิน การฟัง และการเขียน ในบริบทที่มีการพูดคุยเกิดขึ้นนั้น จะบอกถึงใครเป็นผู้พูด เขาพูดอะไร พูดกับใคร ในสถานการณ์ใด ซึ่งในทั้งหมดที่กล่าวมา มีความหมายอยู่ในตัวมันเอง และเมื่อนำการพูดคุยมาจัดระบบระเบียบของการแปลความตีความ จึงเป็นการเรียนรู้เพื่อการดำรงอยู่ของชีวิต (Present-at-hand-mode)

ต่อมา Gadamer (1976) ซึ่งเป็นศิษย์เอกและเพื่อนร่วมงานของ Heidegger ได้เพิ่มเติมและขยายความคิดที่สำคัญในส่วนนี้ให้เข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้ (Gadamer, 1976 ; Thompson, 1990 อ้างใน วิธนา เทียงธรรม, 2548)

1. ภาษา (Language) โดยเชื่อว่า ภาษาเป็นสื่อกลางสำคัญที่จะสื่อความหมายให้เข้าใจปรากฏการณ์นั้นๆ ภาษาเป็นสื่อที่จำเป็นและต้องทำความเข้าใจทั้งรูปแบบและความหมายของภาษา ซึ่งอาจเป็นคำเฉพาะที่เข้าใจเฉพาะในกลุ่ม หรือสังคมที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงต้องใช้การสนทนาหรือการสื่อสารโดยทำความเข้าใจกับคำ หรือ “ภาษา” ที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการสื่อความหมาย

2. การเชื่อมโยงความหมาย (The fusion of horizons) เป็นการเชื่อมมุมมองของนักวิจัย ซึ่งรวมถึงความรู้สึกและสิ่งต่างๆ จากการศึกษาขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล แต่ความเข้าใจถูกต้องและลึกซึ้งจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อมีการทำความเข้าใจ เชื่อมโยง แลกเปลี่ยนและขยายความคิดเห็นต่อกัน เพื่อช่วยลดอคติ หรือความคิดที่เกิดขึ้นก่อนการศึกษา เพราะในการศึกษาถึงเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ผู้ศึกษาย่อมต้องมีความรู้หรือการคิดที่เกิดขึ้นมาจากการอ่าน หรือทบทวนวรรณกรรมมาก่อนแล้ว ทำให้เกิดข้อสงสัยหรือคำถาม อย่างไรก็ตาม คำถามที่ต้องการคำตอบจากผู้ให้ข้อมูลไม่ได้ใช้เป็นกรอบที่จำกัดการตอบหรือข้อมูลที่ต้องการศึกษา แต่ควรเป็นในลักษณะของการเชื่อมโยง เพื่อให้สิ่งที่ศึกษาหรือข้อมูลที่ค้นพบนั้นเกิดความหมายและความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ศึกษาและผู้ให้ข้อมูล โดยไม่เกิดความลำเอียง

ในการพัฒนาแนวคิดปรากฏการณ์ของ Heidegger แนวคิดหลัก คือ ประสบการณ์ชีวิตของบุคคล เป็นการค้นหาและรับรู้ความหมายต่อบุคคล ความคิด ความเข้าใจในการอธิบายธรรมชาติของสิ่งที่เป็นอยู่ สิ่งที่เป็นจริง แนวคิดเกี่ยวกับความเป็นมนุษย์ (Personhood) มนุษย์ทุกคนมีความเป็นบุคคล มีความสามารถในการคิด และมีความสำนึกในตัวตน ซึ่งสามารถกระทำการต่างๆ ตลอดจนสื่อสารได้ ซึ่ง Leonard (1994 อ้างใน Holloway & Wheeler, 2010) ให้ประเด็นมุมมองเกี่ยวกับบุคคลในแนวคิดปรากฏการณ์ของ Heidegger ไว้ ดังนี้

1. บุคคลเป็นผู้มีโลกเป็นของตนเอง พัฒนาความเป็นตัวตนจากการบ่มเพาะทางสังคม วัฒนธรรม เรื่องราวต่างๆ ภูมิหลังที่ผ่านมา และการสื่อสารของแต่ละบุคคล บ่อยครั้งที่ถูกมองโดยภาพรวม และมองข้ามไป จนกว่าจะได้รับการสะท้อนคิด และนำมาวิเคราะห์เป็นประสบการณ์เฉพาะของบุคคลนั้น

2. บุคคลมีการให้คุณค่าและความหมายหรือความสำคัญไม่เหมือนกัน จากภูมิหลัง ความคิด สังคม วัฒนธรรม การสื่อสารดังกล่าว ในการศึกษา ทำความเข้าใจต้องอยู่ในบริบทของชีวิตของแต่ละบุคคล

3. บุคคลเป็นผู้ตีความ และให้ความหมายโดยตัวเอง บุคคลมีความสามารถที่จะแปลความหมายเกี่ยวกับความรู้ สิ่งที่เราเรียนรู้ ความเข้าใจที่เกิดขึ้นเป็นส่วนหนึ่งที่เกิดเป็นตัวตนของบุคคล

4. บุคคลเป็นหน่วยรวมของกายและจิต เป็นเจ้าของตัวเอง มุมมองความรู้ ความคิดของการเป็นหน่วยรวม คือ เป็นวิถีทางที่บุคคลแสดงออกถึงประสบการณ์ของพวกเขากับทุก ๆ สิ่งที่อยู่รอบตัว เป็นการเชื่อมโยงของทุก ๆ สิ่ง ประสบการณ์โดยรวม

5. บุคคลในมิติของเวลา ความรู้ ความคิดจะแตกต่างกันไปตามเวลาที่ผ่านมา การรับรู้จะเป็นไปตามการไหลผ่านของแต่ละช่วงเวลา ดังนั้นประสบการณ์ชีวิตของบุคคล จะเป็นอยู่ตามมิติของเวลา ความคิดของบุคคลจะได้รับอิทธิพลจากอดีต และส่งผลต่ออนาคต

การสัมภาษณ์ในการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยา(Phenomenological interviews)

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยทักษะในการสัมภาษณ์จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เข้าถึงข้อมูลในเชิงลึก และมีความชัดเจน Sorrell & Redmond (1994) ได้เขียนถึงการสัมภาษณ์ในงานวิจัยเชิงคุณภาพไว้ ว่าการสัมภาษณ์ในการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological interviews) มีความคล้ายคลึงกับวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยมีประเด็นที่น่าสนใจ คือ

1. จุดมุ่งหมายของการสัมภาษณ์ (Purpose)

จุดมุ่งหมายของการสัมภาษณ์ ในการศึกษาแบบ ปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological interviews) ไม่ใช่เพื่อการอธิบาย ทำนายหรือนำทฤษฎีไปใช้ แต่เป็นการทำความเข้าใจในการร่วมให้ความหมายกับผู้ให้ข้อมูล โดยการวาดภาพประสบการณ์ชีวิตให้มีความชัดเจน สมบูรณ์ด้วยรายละเอียดและคำอธิบายถึงประสบการณ์นั้นๆ การสัมภาษณ์ในการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยาจึงเป็นการผสมผสานระหว่างการฟัง (Listening) กับการเล่าเรื่อง (Narrative) การฟังจะทำให้ผู้สัมภาษณ์เข้าถึงสิ่งที่อยู่ในใจ ความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลได้ดี การฟังอย่างกระตือรือร้น (Active listening) จะช่วยให้ผู้สัมภาษณ์แปลความได้ว่ามีอะไรเกิดขึ้น ในระหว่างการสัมภาษณ์นั้นๆ ส่วนการเล่าเรื่องเป็นวิธีการสำคัญของข้อมูล ซึ่ง Heidegger เชื่อว่าบุคคลอยู่กับการเล่าเรื่อง การพูดคุยระหว่างกัน เป็นการฟังเรื่องเล่าซึ่งกันและกัน การสัมภาษณ์ในการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยาใช้การเล่าเรื่องในการกระตุ้นให้ได้ความรู้ที่ถูกต้อง และสมบูรณ์จากผู้ให้ข้อมูล

2. วิธีการสัมภาษณ์ (Style)

การสัมภาษณ์ในการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยาไม่ใช่รูปแบบของการนำ แต่เป็นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้สัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูล การเล่าถึงประสบการณ์ที่เกิดขึ้น จะทำให้ทั้งผู้

สัมภาษณ์และผู้ให้ข้อมูลตระหนักรู้ถึงความหมายใหม่ของการสนทนานั้น สิ่งที่เป็นประโยชน์ คือ การแนะนำ บอกกล่าวก่อนการให้สัมภาษณ์ถึงจุดมุ่งหมายของการสัมภาษณ์ และเป็นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล กรอบของคำถามปลายเปิดมีความสำคัญ เพื่อให้ได้ถึงข้อมูลที่เฉพาะ และตรงกับสิ่งที่จะศึกษา โดยหลังจากสร้างสัมพันธภาพ ผู้สัมภาษณ์กระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายถึงประสบการณ์นั้น ด้วยการเล่าเรื่อง

3. โครงสร้างของคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ (Structure)

การเริ่มต้นสัมภาษณ์ควรใช้คำถามกว้างๆ เป็นคำถามกึ่งโครงสร้างที่จะกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าเรื่องราวประสบการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเปิดเผย และเป็นประโยชน์มากที่สุด เป็นการอธิบาย เล่าเรื่องมากกว่าการแปลความ ตีความ ทำให้ได้ข้อมูลที่สำคัญที่เป็นประสบการณ์ชีวิตประจำวันของเขาอย่างแท้จริง ในการใช้คำถาม ควรถามว่า “อย่างไร” มากกว่า “ทำไม” เพราะจะทำให้รู้สึกอึดอัด ควรให้การบอกเล่าเป็นไปอย่างเป็นธรรมชาติ ไม่ควรมุ่งไปที่สิ่งที่จะศึกษามากเกินไป จะทำให้เกิดการขัดจังหวะ การให้ได้ถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ ชัดเจน การสื่อสารที่ออกไปอาจต้องใช้ทั้งการใช้คำพูด และไม่ใช้คำพูดในการเข้าถึงข้อมูลนั้นๆ

4. การตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ (Probe)

การย้อนกลับไปเล่าเรื่องเดิมใหม่ (Recapitulation probe) และการใช้ความเงียบ (Silent probe) เป็น 2 วิธีในการไต่ถาม ตรวจสอบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจน การย้อนกลับไปเล่าเรื่องเดิมใหม่ จะช่วยขยายความให้ชัดเจนขึ้น ส่วนการใช้ความเงียบ รวมถึงสถานที่สงบ ผ่อนคลายในขณะสัมภาษณ์ จะช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถบอกเล่าเรื่องราวได้อย่างเป็นธรรมชาติของตัวเอง นอกจากนี้ van Manen (1990 อ้างใน Sorrell & Redmond, 1994) อธิบายว่า “ความเงียบเป็นวิธีในการเผชิญกับบางสิ่งบางอย่างที่ไม่สามารถหาคำพูดได้ (Epistemological silence)” ซึ่งบางความคิด และอารมณ์ความรู้สึกที่ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถกล่าวเป็นคำพูดได้ ปล่อยให้ความเงียบนั้นดำเนินต่อไป เพื่อจะให้ความเงียบนั้นพูดออกมาด้วยตัวมันเอง ซึ่งอาจจะมีพลังมากกว่าคำพูด

การสัมภาษณ์ในการวิจัยเชิงคุณภาพมีจุดมุ่งหมายเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล มีลักษณะยืดหยุ่น เปิดโอกาสให้ผู้สัมภาษณ์สามารถซักถามขยายความ หรือซักถามได้เพิ่มเติมตลอดเวลา รวมทั้งต้องคอยสังเกตสีหน้า ท่าทางของผู้ให้ข้อมูลว่าควรจะมีการปรับเปลี่ยนเทคนิควิธีการอย่างไรจึงจะได้ข้อมูลที่ละเอียดลึกซึ้งครอบคลุมที่สุด การสัมภาษณ์สามารถแบ่งออกได้เป็นการสัมภาษณ์อย่างเป็นทางการหรือแบบมีโครงสร้างคำถาม (Structured or formal interviews) และการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ (Informal interviews) รายละเอียดของการสัมภาษณ์แต่ละประเภท มีดังนี้ (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2550)

1. การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างคำถาม (Structured or formal interviews) เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดคำถามปลายปิด จะเป็นลักษณะที่มีโครงสร้าง ซึ่งจะเป็นลักษณะของข้อคำถามที่จะล่วงหน้าปฏิบัติการที่เป็นพิเศษ หรือเป็นการเฉพาะ นักวิจัยสามารถที่จะควบคุมคำตอบ หรือตัวแปรที่เกิดขึ้นได้ หรือสามารถที่จะควบคุมผู้ให้ข้อมูลไม่ให้พูดออกนอกประเด็นไปได้ ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว มักจะถูกนำไปใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณมากกว่าที่จะถูกนำมาใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ตัวอย่างของข้อคำถาม เช่น “จำนวนคนที่อยู่อาศัยในบ้านกับท่านในขณะนี้กี่คน” เป็นต้น

2. การสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้างคำถาม (Semi-structured or formal interviews) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีลักษณะผสมผสานของทั้งแบบมีโครงสร้างและไม่มีโครงสร้าง จะถูกออกแบบให้สามารถเจาะล่วงหน้าข้อมูลที่ต้องการและควบคุมไม่ให้ออกนอกประเด็น ซึ่งความสำคัญ ก็คือ จะไม่ทำให้นักวิจัยพลาดข้อมูลที่สำคัญหรือข้อค้นพบใหม่ที่ควรจะได้ ตัวอย่างของข้อคำถาม เช่น “ท่านพอจะบอกได้ไหมว่าการดูแลสุขภาพนั้นควรจะมีลักษณะอย่างไรบ้าง และ พอที่จะยกตัวอย่างการดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวท่านให้ฟังได้ไหม” เป็นต้น

3. การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างคำถาม (Unstructured or formal interviews) เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดคำถามปลายเปิด จะเป็นลักษณะที่ไม่มีโครงสร้าง จะเป็นเพียงข้อคำถามที่ระบุประเด็นหัวข้อที่จะทำการสัมภาษณ์ใหญ่ๆ ไว้ ใช้สอบถามความรู้สึก มุมมอง หรือประสบการณ์ ซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญมาก เพราะข้อมูลที่จะได้นั้นเป็นส่วนที่ออกมาจากความคิดของผู้ให้ข้อมูลจริงๆ ลักษณะของคำถามจะเป็นการตั้งคำถามอย่างหลวมๆ หรือไม่ระบุคำตอบที่ควรจะได้ไว้ก่อน นักวิจัยจะใช้ทักษะเป็นอย่างมากในการที่จะถามจนให้ได้คำตอบ ซึ่งอาจจะได้ข้อมูลกลับมามากมายและนักวิจัยต้องเป็นผู้เรียนรู้ไปพร้อมๆ กันกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อการปรับใช้ และตั้งประเด็นคำถามเพิ่มเติมทันทีที่มีประเด็นใหม่และอยู่ในกรอบของการวิจัย ซึ่งนับเป็นข้อดีที่จะไม่ทำให้เราพลาดประเด็นที่น่าสนใจหรือประเด็นอาจจะเป็นข้อค้นพบใหม่ที่สำคัญ ตัวอย่างของข้อคำถาม เช่น “ท่านมีความเชื่อว่าสุขภาพ หมายถึง _____” เป็นต้น

ในงานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ เพื่อค้นหาความหมายจากประสบการณ์ของการได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยเลือกการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างคำถามในการสอบถามมุมมอง ความคิด ความรู้สึก โดยไม่ได้ระบุคำตอบที่ควรจะได้ก่อน และตั้งประเด็นคำถามเพิ่มเติมในขณะสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพมีความแตกต่างจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เพราะข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพจะไม่เกี่ยวข้องกับตัวเลข หรือจำนวน และการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพนั้นเป็นกระบวนการที่กระทำต่อเนื่องในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อการ

วิเคราะห์ข้อมูลสิ้นสุด การเก็บข้อมูลก็จะสิ้นสุดด้วย ในขั้นตอนนี้นักวิจัยจึงจะตอบคำถามได้ว่าใช้จำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดกี่คน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งดำเนินการไปพร้อมๆกับการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้ (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2553)

1. การตรวจสอบข้อมูล ในการวิเคราะห์ข้อมูลไม่ว่าจะเป็นเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพ สิ่งที่จะขาดไม่ได้ คือ การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ซึ่งในการวิเคราะห์เชิงปริมาณจะแยกการตรวจสอบข้อมูลออกจากการวิเคราะห์ข้อมูล แต่สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ เนื่องจากระบวนการรวบรวมข้อมูลกับการวิเคราะห์ข้อมูลจะดำเนินไปด้วยกัน เพื่อให้ทราบ ว่า ข้อมูลมีเพียงพอหรือไม่ น่าเชื่อถือเพียงใด และถูกต้องหรือไม่ โดยมีการตรวจสอบ ดังนี้

(1) ตรวจสอบที่เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ตรวจสอบที่ตัวนักวิจัยเอง เพราะนักวิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ นักวิจัยต้องมีการศึกษาค้นคว้าและมีความรู้ในเรื่องที่เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

(2) ตรวจสอบที่วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ว่ามีการใช้วิธีการที่เหมาะสมกับการรวบรวมข้อมูลในเชิงคุณภาพที่เลือกใช้หรือไม่ เช่น การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก หรือวิธีการอื่นๆ ในกระบวนการรวบรวมข้อมูล และข้อมูลจะมีความน่าเชื่อถือมากน้อยเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับ การสร้างสัมพันธภาพที่ดี เข้าได้ดีกับคนในพื้นที่ สร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล และเลือกให้ข้อมูลที่เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informant)

(3) การตรวจสอบข้อมูลจากบุคคลอื่น โดยสามารถตรวจสอบได้โดยการพิจารณาความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness) ซึ่งเกณฑ์ในการพิจารณาความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพประกอบด้วย 4 ประการ คือ ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) และความสามารถในการยืนยัน (Confirmability)

2. การจัดระเบียบข้อมูล เป็นการแยกแยะข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ เพื่อให้ง่ายแก่การวิเคราะห์ข้อมูลขั้นต่อไป การจัดระเบียบข้อมูลจะมีวิธีการที่แตกต่างกันออกไป ตามระเบียบวิธีวิจัยของการวิจัยเชิงคุณภาพแต่ละประเภท

3. การโยงความสัมพันธ์ เป็นขั้นตอนต่อเนื่องจากการจัดระเบียบข้อมูล โดยนำข้อมูลมาแยกไว้เป็นหมวดหมู่ (Categories) โดยพิจารณาตามหลักการของแต่ละวิธีของการวิจัยเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์เพื่อเชื่อมโยงความสัมพันธ์นี้ จะต้องพิจารณาลักษณะของข้อมูลว่า เป็นข้อมูลที่มีลักษณะเป็นข้อเท็จจริง ความคิดเห็น ความเชื่อ หรือคุณลักษณะทางจิต เช่น บุคลิกภาพ หรือค่านิยม เป็นต้น การที่นักวิจัยจะเชื่อมโยงความสัมพันธ์ได้นั้น นักวิจัยต้องมีการศึกษาแนวคิด/

ทฤษฎี หรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษาอย่างจริงจัง หรืออย่าง “หมกหมุ่นครุ่นคิด” เพื่อนำไปสู่เรื่องที่ต้องการตีความที่ครอบคลุมและได้ข้อสรุปที่ตรงประเด็นกับเรื่องที่ต้องการศึกษา

4. การตีความ ในการตีความจากการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจะสรุปนั้น ต้องตีความตามข้อมูลที่ปรากฏ แต่นักวิจัยจะสามารถตีความได้ดี ต้องมีความรู้และความเข้าใจเรื่องที่กำลังศึกษานั้นเป็นอย่างดีก่อน จนกระทั่งเข้าใจปรากฏการณ์และตีความหมายของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้น การตีความข้อมูลจะต้องมีลักษณะเฉพาะแต่ละเรื่องที่ศึกษา

5. การสรุปผล การสรุปผลการวิจัยจะมีความแตกต่างจากการวิจัยเชิงปริมาณที่ตอบคำถามตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ การวิจัยเชิงคุณภาพจะสรุปผลที่เป็นแก่น/สาระ หรือข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัย ซึ่งนักวิจัยไม่สามารถทราบล่วงหน้าได้ และในการสรุปผลการวิจัย นักวิจัยจะนำข้อมูลที่ได้รับการสังเกต หรือการสัมภาษณ์มาประกอบการยืนยันแก่น/สาระที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล

จะเห็นได้ว่างานวิจัย เชิงคุณภาพมีกระบวนการและขั้นตอนต่างๆ นอกจากนี้ยังมีความเข้มงวด และมีเกณฑ์ในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล และมีการนำงานวิจัยเชิงคุณภาพมาศึกษาในเชิงนามธรรมที่บางครั้งงานวิจัยในเชิงปริมาณไม่สามารถให้คำตอบได้ นอกจากนี้ การศึกษาวิจัย แบบปรากฏการณ์วิทยาจะมุ่งเน้นให้ความหมายและทำความเข้าใจกับการเกิดขึ้นของปรากฏการณ์เฉพาะ โดยให้ความสำคัญกับประสบการณ์ชีวิตของบุคคลทั้งในด้านปรัชญา สังคม วิทยา จิตวิทยาและได้มีการค้นหาสาระสำคัญ (Essences) ของปรากฏการณ์ตามธรรมชาติในทุกๆ ประเด็น เป็นการสืบค้นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีความหมายต่อบุคคลอย่างไร มากกว่าการอธิบายและทำนายเหตุการณ์ ดังนั้น การวิจัยรูปแบบนี้ จึงเหมาะสมลงตัวสำหรับบทบาทหน้าที่ของ การพยาบาล โดยเฉพาะการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยในขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ข้อมูลที่ได้ จะได้นำไปพัฒนาการบริการพยาบาลต่อไป(เพชรน้อย, 2550)

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุพัตรา อยู่สุข (2536) ศึกษาระดับความทุกข์ทรมานและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยเปรียบเทียบระดับความทุกข์ทรมานและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ ระหว่างผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจภายใน 1-5 วัน กับมากกว่า 5 วัน พบว่า ระดับความทุกข์ทรมานระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในด้านกิจกรรมพยาบาล พบว่า การสื่อสารกับผู้อื่น ได้ยาก ความเจ็บปวดจากการดูดเสมหะ เจ็บคอจากการใส่และคาท่อทางเดินหายใจ และการเคลื่อนไหวได้จำกัดจากการคาท่อทางเดินหายใจ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมาก ส่วนการมีอุปกรณ์การรักษาพยาบาลติดตัวมาก ทำให้เคลื่อนไหวได้จำกัด การปวดเมื่อยจากท่านอนไม่

เหมาะสม เนื่องจากการดูเดสเมหะซ้ำๆ ซีดอัดและเหนื่อยจากการดูเดสเมหะนานในแต่ละครั้ง การผูกแขนขา ทำให้เคลื่อนไหวได้จำกัด เจ็บจุกหรือมูมปากจากการตั้งรังของท่อช่วยหายใจ ขณะเคลื่อนไหว ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานปานกลาง โดยที่ผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจและใช้ เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 5 วันมีระดับความทุกข์ทรมานมากกว่าผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจและใช้ เครื่องช่วยหายใจ 1-5 วัน

ภัทรพร จันทรประดิษฐ์ (2543) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วย หายใจอย่างน้อย 1 วัน โดยศึกษาในผู้ป่วย 11 ราย เป็นผู้สูงอายุ อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป 4 ราย อีก 7 ราย อายุระหว่าง 20-59 ปี ใส่ท่อช่วยหายใจ 1-5 วัน จำนวน 5 ราย อีก 6 ราย ใส่ท่อช่วย หายใจมากกว่า 5 วัน โดยผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความหมายของเครื่องช่วยหายใจเป็น 1) สิ่งที่ช่วยให้ รอดพ้นความตาย 2) สิ่งที่ช่วยหายใจ ยามไม่มีแรง 3) แม้เป็นสิ่งที่ช่วยให้หายใจได้ แต่ไร้อำนาจ ควบคุม ปัญหาและเหตุการณ์ที่ประสบ 7 ประการ คือ 1) กฎระเบียบที่เคร่งครัด 2) เครื่องช่วย หายใจไร้ประสิทธิภาพ 3) การคาท่อช่วยหายใจ ทำให้สื่อสารกับใครไม่ได้ หิวหรือกระหายก็ไม่สามารถรับประทานได้ รวมถึงมีเสมหะก็ไม่สามารถขับออกได้ 4) ถูกพันธนาการแขนขา 5) แวดล้อมไปด้วยผู้ป่วยใกล้ตาย 6) ต้องคอยฟังพายุผู้อื่น และ 7) เหตุการณ์ลึกลับเกิดขึ้นในขณะที่ไม่ รู้สึกตัว สำหรับการจัดการกับปัญหา ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนการจัดการปัญหาโดย 1) ฟังพาดตนเองหรือ ใครก็ได้ 2) อ้อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เพื่อให้มีชีวิตรอด 3) ใช้วิธีวะทรวงส่วน เพื่อที่จะสื่อสาร 4) ต้องฝืน ใจทำตาม เพราะอยู่ในภาวะจำยอม และ 5) เมื่อไม่สามารถขจัดความเจ็บป่วยและทุกข์ทรมานได้ จึงเลือกที่จะตายดีกว่า

ในด้านการดูแล ให้ความรู้สึกทั้งด้านบวกและลบ โดยด้านบวกพบว่า 1) ผู้คนรอบข้างให้ ความช่วยเหลือ 2) ทุกคนคอยปลอบขวัญและให้กำลังใจ และ 3) พยาบาล-แพทย์ให้ความเอื้อ ออาทร ส่วนในด้านลบมี 5 ลักษณะ คือ 1) ขอร้องพยาบาลที่โอบอก “หมอไม่ได้สั่ง” และบางครั้งให้ รอด 2) ให้การดูแลโดยเลือกที่รัก มักที่ชัง 3) ทำอะไร ไม่บอกกล่าว 4) ไม่สนใจและเมินเฉย และ 5) แพทย์-พยาบาลไม่มีปียวาจา และสะท้อนความต้องการการดูแลได้ 9 ลักษณะ คือ 1) ช่วงแรกที่ใส่ เครื่องช่วยหายใจ ขอให้ได้พักผ่อน 2) ต้องการน้ำและอาหาร 3) ต้องการให้ญาติและพยาบาลช่วย ขจัดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น 4) ต้องการความช่วยเหลือให้ชีวิตรอด ปลอดภัย 5) ต้องการเป็น อิศระจากการถูกพันธนาการและการใส่ท่อ 6) ต้องการการเอาใจใส่และกำลังใจจากคนใกล้ชิด 7) ต้องการการถามไถ่ ใส่ใจและแก้ปัญหาการสื่อสาร 8) บอกกล่าวให้เข้าใจก่อนให้การดูแล และ 9) อยากเห็นแพทย์-พยาบาลทำดี พูดดี คิดดี มีจิตเมตตา

อมรรัตน์ สุวรรณมิสสระ (2549) ศึกษาประสบการณ์ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยใน ภาวะวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจในโรงพยาบาลมะการักษ์ จำนวนผู้ให้ข้อมูล 11 ราย อายุมากกว่า

70 ปี 10 ราย มีเพียง 1 ราย อายุ 56 ปี ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยมีประสบการณ์ความทุกข์ทรมานด้วยอาการเจ็บคอจากการดูดเสมหะ หิวและกระหายน้ำ ปวดหลังและบริเวณลำตัว นอนไม่หลับ มีปัญหาในการสื่อสารมาก สูญเสียพลังอำนาจและขาดความเป็นส่วนตัว นอกจากนี้ยังพบประสบการณ์อื่นๆ ได้แก่ ความกังวล ความคิดเกี่ยวกับความตาย ความหวัง ความฝัน ความคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้กับเรื่องราวในอดีต ส่วนปัจจัยที่เพิ่มความทุกข์ทรมาน ได้แก่ การใส่สายดูดเสมหะและการหมุนสายขณะดูดเสมหะ การผูกมัด ปัจจัยที่ลดความทุกข์ทรมาน ได้แก่ การดูดเสมหะเพื่อลดอาการแน่นอึดอัด การตะแคงหน้าช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง การจิบน้ำช่วยลดความหิวกระหายน้ำ การเขียนหนังสือช่วยการสื่อสาร การจัดที่นั่งและนอนด้วยตนเองช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อยและอาการเหนื่อย การสวดมนต์และแรงสนับสนุนจากครอบครัวช่วยให้สบายใจ ส่วนวิธีการเผชิญความทุกข์ทรมานที่เลือกใช้ ได้แก่ การมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์

รัตนกร เจริญกุล (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความไม่สุขสบายจากการคาท่อช่วยหายใจทางปากและใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.8 เป็นเพศชายร้อยละ 57.6 และผ่าตัดช่องท้องคิดเป็นร้อยละ 80 โดยมีคะแนนความไม่สุขสบาย 66.8 (SD = 25.9) อายุ เพศ และประสบการณ์ใส่ท่อทางเดินหายใจทางปาก ไม่มีความสัมพันธ์กับความไม่สุขสบายจากการคาท่อช่วยหายใจทางปากและใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่วนความเจ็บปวดจากการคาท่อทางเดินหายใจทางปากและการใช้เครื่องช่วยหายใจ และความยากลำบากในการสื่อสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความไม่สุขสบาย

ศรียรรณา ทาสันเทียะ (2553) ศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายแบบองค์รวมในเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยพบว่าสาเหตุไม่สุขสบายในเด็กป่วยวิกฤตที่ต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจและใส่ท่อช่วยหายใจ แบ่งเป็น 4 ด้านตามบริบทขององค์รวม คือ ด้านร่างกาย จากภาวะพร่องออกซิเจนและการระบายอากาศไม่เพียงพอ การติดเชื้อมดอักเสบ ความเจ็บป่วยจากท่อช่วยหายใจและหัตถการต่างๆ และความไม่สมดุลของสารน้ำและอาหาร ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ จากความกลัววิตกกังวลเนื่องจากสื่อสารลำบาก ถูกจำกัดกิจกรรมและการเคลื่อนไหว ด้านสิ่งแวดล้อม จากแสงสว่างจ้าตลอดเวลา เสียงดังและกิจกรรมการพยาบาลที่รบกวนการพักผ่อนนอนหลับ และการแวดล้อมด้วยสิ่งที่ไม่คุ้นเคย ทั้งสถานที่และบุคคล และด้านสังคมวัฒนธรรม จากการแยกจากครอบครัว บุคคลที่รักและคุ้นเคย และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายแบบองค์รวมในเด็กป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่ครอบคลุมบริบททั้ง 4 ด้าน

อรนิภา รสน้ำ, สุภาภรณ์ ต้วงแพง, และอาภรณ์ ดินาน (2553) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วย 10 ราย อายุระหว่าง 16-71 ปี อยู่ในกลุ่มอายุ 70-80 ปี

จำนวน 4 ราย สาเหตุส่วนใหญ่ คือ หัวใจวาย รองลงมา คือ ภาวะปอดอักเสบ โรคหอบหืด และโรคถุงลมโป่งพอง โดยไม่รู้สึกรู้สึกระหว่างใส่ท่อช่วยหายใจ 7 ราย และรู้สึกตัว 3 ราย ส่วนใหญ่ใส่ท่อช่วยหายใจมากกว่า 9 วัน 4 ราย, 1-3 วัน จำนวน 3 ราย, 4-6 วัน จำนวน 2 ราย, และ 7-9 วัน จำนวน 1 ราย พบว่าการรับรู้การใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นทั้ง “สิ่งที่ช่วยชีวิต” คือ ทำหน้าที่แทนหลอดลมทำให้หายใจคล่อง กับระบายนของเสียในปอด และขณะเดียวกันเป็น “สิ่งที่ทรมานชีวิต” ทรมานจากการใส่และคาท่อ จากการดูดเสมหะ จากการสื่อสารไม่ได้ จากพันธุนาการของท่อและเครื่องยึดตรึง และจากการแวดล้อมด้วยคนตายและความตาย ในด้านความต้องการการดูแล ต้องการบรรเทาความเจ็บปวด อิศระจากท่อและพันธุนาการ การสื่อสารที่ตรงกัน ต้องการให้ญาติอยู่ใกล้ชิด คอยดูแล และต้องการได้รับน้ำและสารอาหารเต็มที่

Van de Leur และคณะ (2004) ศึกษาความไม่สุขสบายขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยกลุ่มตัวอย่างอายุ 18 ปีขึ้นไป ใส่ท่อช่วยหายใจมากกว่า 24 ชั่วโมง มีประสบการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยการสอบถามภายหลังย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตแล้ว 3 วัน พบว่า ความไม่สุขสบายจากการคาท่อช่วยหายใจคิดเป็นร้อยละ 42, อาการประสาทหลอน ร้อยละ 32 (อาการจะมากขึ้นตามอายุ), กิจกรรมการรักษายาบาล ร้อยละ 29, เสียงดัง อึกทึบ ร้อยละ 14, ความปวด พบว่าความปวดสูงในกลุ่มที่อายุน้อย ร้อยละ 12, ความหิว กระหาย ร้อยละ 9, ไม่สามารถพูดได้ ร้อยละ 9, หายใจไม่เต็มอิมและกลั้ว ร้อยละ 6

Hofhuis และคณะ (2008) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยขณะพักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ โดยระยะแรกเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง จากผู้ให้ข้อมูล 11 คน และระยะที่ 2 เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ โดยการใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง 100 คน โดยระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจอย่างน้อย 1 วันและเป็นการใส่เครื่องช่วยหายใจครั้งแรก พบว่า ผู้ป่วยต้องการการอธิบายและข้อมูล เพราะจะช่วยให้ความกังวลลดลง และรู้สึกผ่อนคลาย ปลอดภัยมากขึ้น เมื่อทราบว่าต้องเผชิญกับอะไรอยู่ ผู้ป่วยยังสะท้อนว่าถึงแม้ว่าจะมีเทคโนโลยีและพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญ แต่สิ่งที่มีความสำคัญ คือ ต้องการการดูแลที่สะท้อนความเป็นบุคคล โดยการให้การดูแลอย่างมีความเมตตา กรุณา การให้การช่วยเหลือ ความใส่ใจ ดูแลความสุขสบาย บรรเทาความกังวลและให้ความรู้สึกปลอดภัย ส่วนความไม่สุขสบายที่ได้รับจะเป็นเรื่องของเสียงและการสนทนาของเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ สำหรับในระยะที่ 2 ที่ให้ผู้ป่วยที่พักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตมากกว่า 48 ชั่วโมง ตอบแบบสอบถามภายหลังออกจากโรงพยาบาลแล้ว 3 เดือน ร้อยละ 60 เป็นการเข้ารักษาอย่างฉุกเฉิน ไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน พบว่า ประสบการณ์ที่พบ คือ ความปวดร้อยละ 46 การถูกรบกวนจากเสียงร้อยละ 40 และการรบกวนการนอนหลับร้อยละ 48 โดยการถูก

รบกวนการนอนหลับมาจากเรื่องเสียง ร้อยละ 54 ประสบการณ์อื่นประกอบด้วยไม่สามารถพูดคุยสื่อสารได้ การดูแลตนเอง ความหิว และการขาดการให้คำอธิบาย นอกจากนี้ ผู้ป่วยร้อยละ 22 เกิดปัญหาทางจิตหลังออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ อาการกลัว ไม่มีสมาธิ ซึมเศร้า ประสาทหลอน และความจำไม่ดี

Samuelson (2011) ศึกษาการรับรู้ความไม่สุขสบายจากการใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 250 ราย ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 24 ชั่วโมง พบว่าร้อยละ 54 ไม่สามารถจำเหตุการณ์ขณะใส่ท่อช่วยหายใจและอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตได้ สิ่งที่ไม่สุขสบายปานกลางถึงมาก คือ ความปวดจากท่อช่วยหายใจและไม่สามารถสื่อสารได้ ภายหลังถอดท่อช่วยหายใจคงมีความไม่สุขสบายจากอาการเจ็บคอ เสียงแหบ และยากลำบากในการพูด และพบว่ามากกว่าร้อยละ 50 พบความไม่สุขสบายจากอาการเจ็บคอ เสียงแหบ และเสียงเปลี่ยน ภายหลังออกจากโรงพยาบาล 5 วัน และยังคงมีอาการอยู่ถึงร้อยละ 23 ภายหลังออกจากโรงพยาบาล 2 เดือน

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีทั้งการศึกษาในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยเป็นการศึกษาในเชิงคุณภาพ 3 การศึกษา เป็นการศึกษาประสบการณ์การใส่เครื่องช่วยหายใจและความทุกข์ทรมานจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ ไม่มีการศึกษาใดศึกษาเฉพาะวัยผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่อายุเฉลี่ยของผู้ให้ข้อมูลมากกว่า 60 ปี และระยะเวลาการได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจอย่างน้อย 1 วัน และการศึกษาเชิงปริมาณเป็นการศึกษาความไม่สุขสบายและระดับความไม่สุขสบายที่เกิดกับผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยได้กลับไปทบทวนสถิติในหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานอยู่ พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจโดยเฉลี่ย 6 วัน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษากลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 18-60 ปี และมีระยะเวลาในการใส่เครื่องช่วยหายใจไม่น้อยกว่า 6 วัน ซึ่งวัยผู้ใหญ่มีพัฒนาการของวัยที่ต้องมีบทบาทสำคัญทั้งความรับผิดชอบต่อตนเอง ครอบครัว สังคม หน้าที่การงาน และความเจ็บป่วยอาจส่งผลให้เกิดรอยโรคที่ทำให้กระทบต่อการดำเนินชีวิตต่อไป เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ระยะเวลาการใส่เครื่องช่วยหายใจที่นานขึ้นมีผลต่อความคิด ความรู้สึก การปรับตัวหรือไม่ เพื่อนำไปปรับ และให้การดูแลที่ตอบสนองต่อผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ผ่านความเจ็บป่วยวิกฤตและใช้เวลาในการใส่เครื่องช่วยหายใจและระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลนาน เพื่อให้การดูแล การส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับวัย และแต่ละบุคคลต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic phenomenology) เพื่อศึกษาประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ตามแนวคิดของ Heidegger (1927/1962) รวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกที่เป็นประสบการณ์ตรงของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. บริบทของพื้นที่ที่ศึกษา

พื้นที่ในการศึกษานี้เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตภาคใต้ตอนล่างที่ได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล มีภารกิจในการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนรุนแรง ต้องการบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถและเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา มีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการสืบค้นและการรักษาพยาบาล เป็นแหล่งผลิตและพัฒนาแพทย์ แพทย์เฉพาะทาง บุคลากรทางการแพทย์ ให้บริการทางด้านสุขภาพที่เน้นความเป็นเลิศระดับมาตรฐานสากล มีการสร้างงานวิจัย นอกจากนี้ยังมีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ซึ่งผู้วิจัยเป็นสมาชิกที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ ทำให้ผู้วิจัยสามารถเข้าใจบริบทของพื้นที่ และง่ายในการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับวัตถุประสงค์ของการศึกษามากที่สุด ผู้วิจัยจึงกำหนดแหล่งการศึกษาในพื้นที่ดังกล่าวเพื่อความสมบูรณ์และความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

2. ผู้ให้ข้อมูล

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ (1) เพศชายหรือหญิงอายุระหว่าง 18 - 59 ปีที่มีภาวะหายใจล้มเหลว และเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต (2) ประสบการณ์การได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลาอย่างน้อย 6 วัน เป็นการใส่เครื่องช่วยหายใจครั้งแรก (3) ขณะใส่และถอดเครื่องช่วยหายใจมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ขณะสัมภาษณ์ผู้ป่วยถอดเครื่องช่วยหายใจออกแล้ว ไม่มีอาการสับสน สามารถระบุวัน เวลา สถานที่ได้อย่างถูกต้อง ในขณะที่ใส่เครื่องช่วยหายใจมีระดับความรู้สึกตัวปกติ โดยทบทวนจากบันทึกทางการแพทย์ ไม่มีอาการเหนื่อย และมีสัญญาณชีพปกติ สามารถจำและเล่าเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ (4) สามารถพูดคุยนภาษาไทย และสื่อสารได้ดี และ (5) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมงานวิจัย

การได้มาและเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมและได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลที่เป็นสถานศึกษาแล้ว ผู้วิจัยเข้าไปสืบค้นข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตทั้งอายุรกรรมและศัลยกรรม เพื่อคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่ตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด ถ้าผู้ให้ข้อมูลยังรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วย ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัว แจงรายละเอียดของงานวิจัย เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วม งานวิจัย ผู้วิจัยจึงทำการนัดหมายสัมภาษณ์ ในรายที่จำหน่ายกลับบ้านแล้ว ผู้วิจัยค้นหาผู้ให้ข้อมูลโดยสืบค้นย้อนหลังจากทะเบียนผู้ป่วย จุดที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์จากข้อมูลที่มีการบันทึกไว้ หลังจากนั้น ผู้วิจัยติดต่อผู้ให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ เมื่อผู้ให้ข้อมูลตกลงยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึง นัดหมายการสัมภาษณ์ โดยยึดวันเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลมาตรวจเพื่อติดตามการรักษาที่โรงพยาบาล สำหรับผู้ให้ข้อมูลที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ผู้วิจัยขอไปสัมภาษณ์ที่บ้านในพื้นที่ที่ไม่เสี่ยงภัย ปลอดภัยต่อการเดินทาง และสัมภาษณ์เพิ่มเติมทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก จนไม่มีข้อมูลเพิ่มเติมจึงยุติการเก็บข้อมูล โดยมีผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 12 ราย เป็นผู้ให้ข้อมูลเพศชาย 6 ราย เพศหญิง 6 ราย อายุระหว่าง 20-59 ปี ผู้ให้ข้อมูลทุกรายได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก (Oroendotracheal tube) เจ็บป่วยเข้ารับการรักษาระดับศัลยกรรม 7 ราย แผนกอายุรกรรม 5 ราย ผู้ให้ข้อมูลศัลยกรรมทุกรายได้รับยาแก้ปวดทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง และให้เพิ่มได้ถ้าปวดมากทุก 30 – 60 นาที ยาแก้ปวดที่ให้ทุกรายเป็นยามอร์ฟิน (Morphine) และมี 2 รายได้เพิ่มเป็นยาเฟนทานิล (Fentanyl) ทางหลอดเลือดดำเวลาปวดมาก ในส่วนของผู้ให้ข้อมูลอายุรกรรมทุกรายจะได้รับยาแก้ปวดผสมยานอนหลับ (Morphine&Midazolam) เพื่อลดอาการปวดจากการรักษาทั้งการใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่สายสวนต่างๆ ช่วยให้ผู้ป่วยสงบและหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ โดยจะหยุดการให้ยาทุกเช้าเพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัว ส่วนใหญ่ได้รับยา 1-2 วันแรกของการใส่เครื่องช่วยหายใจ มีผู้ป่วย 3 รายที่มีปวดอีกเสบ ได้รับยาดังกล่าว 6-8 วัน ไม่มีผู้ป่วยรายใดได้รับยาคลายกล้ามเนื้อ

ในส่วนของระยะเวลาการใส่เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาที่ใส่เครื่องช่วยหายใจน้อยที่สุด 6 วัน มากที่สุด 25 วัน ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลังเอาท่อช่วยหายใจออก 3 – 165 วัน เป็นการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลังเอาท่อช่วยหายใจออก 3-20 วันในการสัมภาษณ์ที่โรงพยาบาล และ 24-165 วันในการนัดหมายสัมภาษณ์หลังจากที่ออกจากโรงพยาบาลแล้ว ซึ่งผู้วิจัยได้ไปทบทวนเรื่องความจำ ซึ่งแบ่งเป็นความจำระยะสั้นและความจำระยะยาว โดยการจำความหมายและการจำเหตุการณ์เป็นความจำระยะยาว ซึ่งเป็นความจำที่ถาวร (การจำและการลืม, 2551) ผู้วิจัยจึงไม่ได้ระบุจำนวนวันที่จะไปสัมภาษณ์หลังเอาท่อช่วยหายใจออก ระบุเพียงว่าผู้ให้ข้อมูลสามารถจำและเล่าเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้

3. จริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือเสนอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงรองคณบดีฝ่ายวิจัยและนวัตกรรมของโรงพยาบาลที่เป็นสนามศึกษา หลังจากผ่านการพิจารณา และได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการ จริยธรรม เมื่อวันที่ 8 พฤษภาคม 2555 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามความยินยอมอย่างสมัครใจของผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้น ผู้วิจัยทำการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด บอกให้ทราบเกี่ยวกับหัวข้อที่จะสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ จำนวนครั้งที่ขอสัมภาษณ์ ระยะเวลาที่สัมภาษณ์แต่ละครั้ง การขอตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล การรักษาความลับด้วยการปกปิดชื่อและสถานที่ของผู้ให้ข้อมูล การนำข้อมูลเอกสารการสัมภาษณ์ไปอภิปรายเผยแพร่ในลักษณะข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลโดยรวม และเฉพาะการนำเสนอทางวิชาการเท่านั้น ขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล สามารถปฏิเสธการตอบคำถามใดๆ ที่รู้สึกไม่สะดวกใจ หรือบอกยุติให้ความร่วมมือในการวิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยอธิบายข้อมูล และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้เวลาในการคิดทบทวนก่อนตัดสินใจให้คำตอบด้วยความสมัครใจ มีการเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed consent form) โดยเก็บใบยินยอมและข้อมูลต่างๆ ไว้ในที่ปลอดภัย

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือที่สำคัญที่สุด คือ ผู้วิจัย ซึ่ง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเอง ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) โดยใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้น (Interview guideline) เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. ผู้วิจัย โดยการเตรียมพร้อมตัวผู้วิจัย เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้องตามกระบวนการวิจัย ดังนี้

1.1 การเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการลงทะเบียนเรียนในรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพทางพยาบาลจำนวน 3 หน่วยกิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับการศึกษาเพิ่มเติมด้วยตนเองจากการอ่านตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวกับงานวิจัยเชิงคุณภาพ และขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา รวมทั้งฝึกทักษะการสัมภาษณ์เชิงลึก การบันทึกข้อมูล การบันทึกภาคสนาม การถอดบทสัมภาษณ์ การแปลความ และการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อป้องกันการเกิดอคติในการดำเนินการวิจัย

1.2 เตรียมความรู้ด้านเนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่เครื่องช่วยหายใจ ผลกระทบ และภาวะแทรกซ้อน เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถามเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์

2. แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล จำนวนสมาชิกในครอบครัว บทบาทในครอบครัว และแบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วย ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติโรคประจำตัว อาการและอาการแสดงก่อนการใส่เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาในการใส่เครื่องช่วยหายใจ

2.2 แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การใส่เครื่องช่วยหายใจ เป็นแนวคำถามปลายเปิดประเด็นกว้างๆ มีความยืดหยุ่นตามการสนทนา ไม่กำหนดจำนวนคำถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุมประเด็นที่ต้องการศึกษา เกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับเครื่องช่วยหายใจ และความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลที่มีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

3. แบบบันทึกภาคสนาม เพื่อบันทึกสิ่งแวดล้อม บรรยากาศของการสัมภาษณ์ รวมถึงความรู้สึก อารมณ์ สีหน้า ท่าทาง การแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล ปัญหาและอุปสรรคในการสัมภาษณ์

4. อุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย สมุดบันทึก ปากกา ดินสอ เครื่องบันทึกเสียง

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผู้วิจัยได้ ผู้ให้ข้อมูลที่ตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด ดำเนินการติดต่อผู้ให้ข้อมูลแนะนำตัว เริ่มสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ให้ผู้ให้ข้อมูลบันทึกใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ดำเนินการสัมภาษณ์หรือนัดหมายการสัมภาษณ์ขึ้นกับความพร้อมของผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ให้ข้อมูลในส่วน of ข้อมูลทั่วไป จากแฟ้มประวัติ เวชระเบียน และแบบบันทึกต่างๆ ใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกพร้อมบันทึกเทป โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ คือ

1. การสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (Informal interview) เป็นการสัมภาษณ์แบบกว้างๆ ด้วยคำถามปลายเปิด โดยเตรียมแนวคำถามไว้ล่วงหน้า (The guide interview) ซึ่งจะเริ่มต้นจากการถาม 2-3 คำถาม เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องราวหรือประสบการณ์ให้ละเอียด ชัดเจน และตรงประเด็นที่ต้องการศึกษา ขณะดำเนินการสัมภาษณ์จะมี

เนื้อหาที่ไม่มีในแนวสัมภาษณ์ หากเป็นประเด็นที่น่าสนใจ และมีความเชื่อมโยง เกี่ยวข้องที่จะนำมาอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษา ผู้วิจัยนำมาตั้งคำถามและขอให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายเพิ่มเติม

2. เริ่มการสัมภาษณ์ โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ เพื่อสร้างความเป็นมิตรและบรรยากาศที่เป็นกันเอง

3. ดำเนินการสัมภาษณ์ ขณะดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสร้างบรรยากาศให้เป็นธรรมชาติ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลผ่อนคลาย และลดความหวาดระแวง ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย นอกจากนี้ ใช้การสังเกตบรรยากาศขณะสัมภาษณ์ สีหน้าท่าทาง ลักษณะคำพูด การใช้ภาษา น้ำเสียง บุคลิกภาพ และพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล รวมถึงสภาพแวดล้อม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน และครอบคลุมมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการจดบันทึกภาคสนาม (Field note) ผู้วิจัยจะทำการจดบันทึก ร่วมกับการสัมภาษณ์ จดบันทึกด้วยคำสั้นๆ เฉพาะประเด็นที่สำคัญ เพื่อใช้สำหรับการถามคำถามต่อไปในการสัมภาษณ์

4. สิ้นสุดการสัมภาษณ์ หลัง การสิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยกล่าวคำขอบคุณ และขออนุญาต มาสัมภาษณ์ ครั้งต่อไปหากต้องการรายละเอียดเพิ่มเติมข้อมูลจากการสัมภาษณ์บันทึกไว้ในเทปเสียง การจดบันทึกขณะสัมภาษณ์และทันทีหลังการสัมภาษณ์ ข้อมูลที่บันทึกในเทปเสียงจะนำมาถอดความแบบคำต่อคำเพื่อการวิเคราะห์ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 1 ครั้ง จำนวน 4 ราย เป็นการสัมภาษณ์ในหอผู้ป่วยสามัญที่ไปพักฟื้น ผู้ให้ข้อมูล 8 ราย ได้ทำการสัมภาษณ์ 2 ครั้ง โดย 4 รายเป็นการสัมภาษณ์ในหอผู้ป่วยสามัญทั้งสอง ครั้ง อีก 2 รายได้ทำการสัมภาษณ์ในหอผู้ป่วยสามัญ และสัมภาษณ์ซ้ำอีกครั้งเมื่อผู้ป่วยมาตรวจที่คลินิกผู้ป่วยนอก หลังกลับบ้านไปประมาณ 1 สัปดาห์ ส่วนผู้ให้ข้อมูลอีก 2 ได้นัดสัมภาษณ์ที่บ้าน 1 ครั้ง และโทรศัพท์สัมภาษณ์เพิ่มเติม 1 ครั้ง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์เฉลี่ยคนละ 40 นาที

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีผู้ให้ข้อมูลสามารถให้สัมภาษณ์บันทึกเสียงได้ 10 ราย มี 1 รายมีปัญหาเสียงแหบหลังถอดท่อช่วยหายใจ และอีก 1 รายการผ่าตัดโดนสายเสียงบางส่วน ทำให้พูดไม่มีเสียง ทั้งสองรายใช้วิธีการเขียนตอบ ร่วมกับพูดขยับปากซ้าๆ ทั้งสองรายนี้ผู้วิจัยใช้วิธีจดบันทึกขณะสัมภาษณ์

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลของ van Manen (1990 อ้างใน อารีร์วรรณ อ่วมตานี, 2553) โดยเน้นการแปลผลการศึกษาด้วยวิธีการตีความหมาย ซึ่งจะขึ้นกับความรู้เดิมของนักวิจัยอย่างมาก ทั้งความรู้ด้านภาษา ความรู้ในปรากฏการณ์ที่ศึกษา รวมถึงประสบการณ์ของตนเองที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ดังกล่าว มีกระบวนการที่น่าเหตุการณ์ในอดีตและปัจจุบันมาผสมผสานในการตีความ เรียกว่า Fusing horizon เนื่องจากจะมีการ

เปรียบเทียบเหตุการณ์ของนักวิจัยและผู้ให้ข้อมูล รวมถึงการเปรียบเทียบความแตกต่างของแนวคิดที่หลากหลายที่นำมาผสมผสานเพื่อสร้างความเข้าใจในนิยามของข้อความที่กำลังตีความหมาย การเข้าไปอยู่วงเวียนแห่งการตีความ ทำให้แยกแยะระหว่างองค์ความรู้เดิมกับองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้น และทำความเข้าใจกับองค์ความรู้ใหม่ได้ van Manen (1990 อ้างใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553) ได้กล่าวถึงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลให้ได้ประเด็นหลัก ซึ่งหมายถึงประเด็นที่เกิดขึ้นบ่อยในข้อความที่ศึกษา ดังนั้น การวิเคราะห์ประเด็นต่างๆ จึงหมายถึงกระบวนการเปิดเผยประเด็นต่างๆ ซึ่งถูกหล่อหลอมให้เกิดความหมายและจินตนาการตามบริบทเรื่องที่ศึกษา โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. หลังการสัมภาษณ์ นำเทปเสียงมาถอดความคำต่อคำ มาหาความหมาย (Seeking meaning) การหาความหมายของข้อความแต่ละส่วนที่ได้จากบทสัมภาษณ์ถอดเทป เอกสารที่ใช้ในการสัมภาษณ์ บันทึกประจำวัน บันทึกส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล โดยครั้งแรกอ่านอย่างคร่าวๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจโดยรวมก่อน หลังจากนั้นอ่านเพื่อคัดเลือกใจความที่ตรงประเด็นกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา แล้วขีดเส้นใต้ ทำเครื่องหมายวงกลม หรือใช้ปากกาเน้นคำขีดเอาไว้ อ่านอีกครั้งเพื่อหาประโยคหรือข้อความที่เปิดเผยประสบการณ์ที่อธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้

2. หลังจากนั้นกำหนดชื่อประเด็นต่างๆ ควรมีลักษณะสำคัญ ดังนี้ (1) เป็นชื่อที่แสดงจุดรวมความสนใจของประสบการณ์ หรือจุดรวมของความหมายในปรากฏการณ์นั้นๆ (2) เป็นสิ่งที่ทำให้เข้าใจได้ง่ายที่สุด (3) ไม่ใช่วัตถุที่บุคคลเผชิญหน้าในปรากฏการณ์ แต่เป็นไวยากรณ์ที่ไม่มีกรรมมารองรับ (Intransitive object) เช่น รู้สึกถูกทอดทิ้ง และ (4) ก่อรูปร่างจากการจับประเด็นปรากฏการณ์ที่นักวิจัยพยายามเข้าใจที่เป็นการอธิบายลักษณะโครงสร้างของประสบการณ์ชีวิต นอกจากนี้ van Manen ยังแนะนำว่า ประเด็นต่างๆ (Themes) มาได้อย่างไร ประเด็นหลักได้มาจากประเด็นที่ผุดออกมาจากความหมายที่มีชีวิตในชีวิตที่ดำรงอยู่ (Lived life) คือ (1) ความจำเป็น (Needfulness) หรือความต้องการที่สมเหตุสมผล (Make sure) (2) ความรู้สึกที่เราสามารถทำบางสิ่งบางอย่างได้ (3) เปิดเผยบางอย่าง และ (4) กระบวนการแปลผลให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้ง การค้นพบที่มาจากข้อความและเป็นข้อความที่มีชีวิตของตนเอง

3. การตัดสินใจเลือกประเด็นย่อยและประเด็นหลัก (Determining incidental and essential themes) การพิจารณาว่าประเด็นใดควรเป็นประเด็นหลัก (Essential themes) โดยพิจารณาด้วยคำถาม 2 ข้อนี้ คือ (1) ปรากฏการณ์จะยังคงเดิมหรือไม่ หากเราเปลี่ยนหรือลบประเด็นสำคัญนั้นทิ้งไปจากปรากฏการณ์ และ (2) ปรากฏการณ์ที่ปราศจากประเด็นสำคัญในข้อ (1) จะสูญเสียความหมายพื้นฐานหรือไม่ หากเข้าเกณฑ์ทั้งสองข้อ ประเด็นดังกล่าวก็ถือว่าเป็นประเด็นหลักของข้อค้นพบ

4. ตรวจสอบประเด็นอีกครั้งว่าประเด็นที่ได้สอดคล้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา ทบทวนประเด็นดังกล่าวร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความเข้าใจ และอภิปรายข้อค้นพบ
5. นำประเด็นที่ได้มาพิจารณาความเหมือน ความต่าง เพื่อรวมเป็นประเด็นเดียวกัน หรือต่างประเด็น มีความสัมพันธ์ของประเด็นย่อยเพื่อรวมเป็นประเด็นใหญ่
6. เขียนคำอธิบายประเด็นที่ค้นพบ พร้อมนำตัวอย่างที่สำคัญ งานวิจัยที่สอดคล้องมาอ้างอิงในการเขียนบรรยายประสบการณ์ที่ศึกษา

7. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (Criteria for establishing trustworthiness)

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล ผู้วิจัยใช้หลักการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Guba & Lincoln, 1981,1989) ดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือ (Credibility) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มามีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยดำเนินการดังต่อไปนี้
 - 1.1 ระยะเวลาอยู่ในสนามที่นานพอ (Prolonged involvement) ผู้วิจัยเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งนี้ มีความเข้าใจในวัฒนธรรมองค์กร สิ่งแวดล้อม และภาษาพูดของผู้ให้ข้อมูล มีการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ให้ข้อมูลก่อน โดยเข้าไปแนะนำตัวและสร้างความคุ้นเคย
 - 1.2 การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) เป็นการตรวจสอบโดยใช้หลายวิธีการว่าตรงกันหรือไม่ โดยตรวจสอบจากการสังเกต ข้อมูลจากภาคสนาม และจากการสัมภาษณ์
 - 1.3 การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer debriefing) โดยนำข้อมูลที่ได้ให้อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงที่มีประสบการณ์การทำวิจัยเชิงคุณภาพและผ่านการทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤตตรวจสอบ ให้ข้อคิดเห็นและเสนอแนะ
 - 1.4 การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checks) โดยให้ผู้ให้ข้อมูลนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปไปตรวจสอบและให้ความคิดเห็นร่วมกับผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 8 ราย โดยการให้อ่านสรุปประเด็นให้ฟัง และพูดคุยทางโทรศัพท์ โดยผู้ให้ข้อมูล 4 รายไม่สามารถติดต่อได้หลังจากออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้แน่ใจว่าเป็นข้อมูลจากประสบการณ์ผู้ให้ข้อมูลจริง
2. ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ สรุปเป็นประเด็นข้อค้นพบมาถ่ายทอดให้เข้าใจในเรื่องราว อย่างลุ่มลึก เพื่อเอื้อให้ผู้อ่านสามารถนำไปเชื่อมโยงหรือถ่ายโอนกับประสบการณ์ของตนเอง

3. การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) เป็นการตรวจสอบข้อมูลอย่างเป็นระบบจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การจดบันทึก การถอดเทปคำต่อคำ การวิเคราะห์ข้อมูล การตั้งประเด็นที่สอดคล้องกับสิ่งที่ศึกษา

ปัญหาและอุปสรรคจากการทำการวิจัยครั้งนี้

ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ คือ ความยากลำบากในการค้นหาผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเป็นกลุ่มที่มีจำนวนน้อย เนื่องจากวัยผู้ใหญ่จะเป็นกลุ่มที่หย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็ว ใช้เวลาในการใส่เครื่องช่วยหายใจน้อยกว่า 6 วัน กับอีกกลุ่มที่มีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง ใส่เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 6 วัน แต่หย่าเครื่องช่วยหายใจไม่ได้ ต้องเจาะคอเพื่อช่วยหายใจ ผู้ให้ข้อมูลบางรายมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แต่เสียชีวิตก่อนที่จะทำการสัมภาษณ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงค้นหาผู้ให้ข้อมูลโดยสืบค้นย้อนหลังจากทะเบียนผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องนัดหมาย โดยยึดวันเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลมาตรวจเพื่อติดตามการรักษาที่โรงพยาบาล สำหรับผู้ให้ข้อมูลที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ได้ขอไปสัมภาษณ์ที่บ้านในพื้นที่ที่ไม่เสี่ยงภัยปลอดภัยต่อการเดินทาง สถานที่ที่สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจึงมีทั้งยังอยู่ในโรงพยาบาล และบางรายจะเป็นการสัมภาษณ์ที่บ้าน การสัมภาษณ์ที่เป็นพื้นที่ที่อยู่ภายในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะเป็นหอผู้ป่วยสามัญที่ผู้ให้ข้อมูลพักฟื้นอยู่ ซึ่งหอผู้ป่วยอายุรกรรมจะมีบรรยากาศค่อนข้างวุ่นวาย แม้จะเลือกเวลาที่มีการทำกิจกรรมน้อยและผู้ให้ข้อมูลสะดวกที่จะพูดคุยแล้ว นอกจากนี้การสัมภาษณ์ที่อยู่ในพื้นที่โรงพยาบาลอาจจะมีอิทธิพลต่อความคิดและการตอบคำถามของผู้ให้ข้อมูล เช่น อาจไม่ตอบในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือเกี่ยวข้องกับบุคลากรสุขภาพที่ให้การดูแลเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเกรงว่าจะมีผลกระทบต่อการรักษาของตน ซึ่งผู้วิจัยสามารถรู้ได้จากการตอบสั้นๆ และไม่พยายามขยายความเมื่อผู้วิจัยซักถาม ซึ่งอาจจะเป็นข้อจำกัดในการได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องการ ในขณะที่กลุ่มที่ให้สัมภาษณ์ที่บ้าน ผู้ให้ข้อมูลจะรู้สึกผ่อนคลายมากกว่าและเล่าเรื่องราวของตนได้ละเอียดมากกว่ากลุ่มที่ยังพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic phenomenology) ตามแนวคิดของ Martin Heidegger (1927/1962) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ ผู้ให้ข้อมูล คือผู้ป่วยเพศชายและหญิงอายุระหว่าง 18 - 59 ปีที่มีภาวะหายใจล้มเหลว และเข้ารับการรักษาทันทีในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมและหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม มีประสบการณ์การได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลาอย่างน้อย 6 วัน จำนวน 12 คน เป็นผู้ป่วยศัลยกรรม 7 รายที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจจากการผ่าตัดหัวใจ ผ่าตัดสมอง ผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร ภาวะปอดอักเสบจากการเกิดอุบัติเหตุ และผู้ป่วยอายุรกรรม 5 รายที่มีโรคพื้นฐานอยู่ ได้แก่ โรคภูมิคุ้มกันต่อต้านตนเอง (SLE) โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงไมแอสทีเนีย แกรวิส (Myasthenia gravis) โรคมะเร็งที่มีปัญหาติดเชื้ในทางเดินหายใจ น้ำท่วมปอด เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหาแบบตีความ จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบประเด็นที่ได้จากงานวิจัย ดังนี้

1. เครื่องช่วยหายใจเหมือนเป็นปอด ช่วยหายใจยามไม่มีแรง
2. ใส่เครื่องช่วยหายใจ เหมือนคนใกล้ตาย หายที่พึ่งทางใจช่วยคุ้มครอง
3. ทรมานกับอาการเจ็บปวด แต่ต้องทำใจอยู่กับมันให้ได้
4. เจ็บเหมือนจะขาดใจ เวลาไอและดูดเสมหะ
5. รู้สึกขัดใจ สื่อสารอะไร ไม่มีใครเข้าใจความต้องการ
6. จะหลับตาลงได้อย่างไร ในเมื่อใจมีแต่ความกลัว
7. ได้รับการบริการดี เริ่มมีกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองน่าจะปลอดภัย
8. คิดถึงอนาคต อยากหาย มีกำลังใจสู้ต่อ

เครื่องช่วยหายใจเหมือนเป็นปอด ช่วยหายใจยามไม่มีแรง

ผู้ป่วยที่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย หายใจไม่เต็มปอด หรือหายใจเองไม่ได้ อาการเหล่านี้อยู่ในกลุ่มอาการของภาวะหายใจล้มเหลว ซึ่งแพทย์ให้การช่วยเหลือโดยการใส่ท่อและเครื่องช่วยหายใจ เพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ช่วยให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวกขึ้น ผู้ป่วยบางรายเปรียบเครื่องช่วยหายใจว่า “เป็นปอด” บางรายเรียกเครื่องช่วยหายใจว่า “เป็นเครื่องที่แบ่งเบาภาระในการหายใจ” เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหายใจล้มเหลวจะต้องใช้แรงมากในการหายใจ เพื่อแลกเปลี่ยนออกซิเจนเข้าสู่ปอด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อย เมื่อมีเครื่องช่วยหายใจช่วยควบคุม

ลืมหายใจเอง บี้ด บี้ด บี้ด สบายดีเหมือนกัน...เฉยๆ รู้ว่าต้องคาบมันไว้ พอจะถอดนั้น แล ถึงรู้ พอหอมมาปรับ เออ มันแบบ ถ้าแบบอยู่เฉยๆ เขาบีบ สบายกว่าเยอะ พอต้อง มาหายใจเองรู้สึก ว่า หายใจไม่เป็น (ทำเสียงหายใจเฮ้อ เฮ้อ เฮ้อ) เหนื่อย(ID7T2)

ใส่เครื่องช่วยหายใจ เหมือนคนใกล้ตาย หาที่พึ่งทางใจช่วยคุ้มครอง

แม้ว่าเครื่องช่วยหายใจจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวกขึ้น แต่ทว่าการได้รับ เครื่องช่วยหายใจก็เปรียบเสมือนการบ่งบอกถึงอาการหนักของการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยบางราย รู้สึกกลัวและคิดว่าตัวเองอาจจะไม่รอดจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ บางรายรู้สึกกลัวและทรมานทรมานกับ อาการหายใจไม่ออก แม้ว่าจะได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจแล้ว แต่ความรู้สึกกลัวก็ไม่ได้ออกไป จากจิตใจ ครั้งนี้แม้รู้ว่าโอกาสรอดชีวิตมีมากกว่า แต่ผู้ป่วยก็ยังรู้สึกกังวลเฝ้ามองอาการผิดปกติ อื่นๆ เช่นชีพจรที่เต้นช้าลงกว่าปกติ หรือจำนวนความเข้มข้นของออกซิเจนที่ได้จากการวัด ออกซิเจนในกระแสเลือดลดลงกว่าปกติ เมื่อความคิดบอกตนเองว่าอาจจะไม่รอดจากการ เจ็บป่วยครั้งนี้ ทำให้ผู้ป่วยเริ่มหาที่พึ่งทางใจ บนบานขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยชีวิตตน สวดมนต์ ไหว้ พระ คิดถึงเรื่องเวรกรรมและการทำใจให้ยอมรับความตายที่กำลังจะมาถึง

ตอนที่เราเห็นเครื่องช่วยหายใจ เราคิดว่าน่าจะไม่วอดรีเปลา...ก็เราไม่เคยเจอ เหตุการณ์อย่างนี้มาเลย...หนักมากก น่ากลัวมากก (ID3T1)

เครื่องช่วยหายใจ ...มันทอะทอะผมว่า...มัน มันเป็น ผมมองนั้นว่าไฮ ถ้า เหมือนมาพันนี้ อาการหนักห่าว ไซม์ยี้ เหมือนเราเห็นพันนี้ ...มาคนนี้ อาการหนักห่าว คนนี้อาการหนักห่าว [เครื่องช่วยหายใจ มันใหญ่ทอะทอะ มอง ว่า ถ้าใส่เครื่องช่วยหายใจมา อาการน่าจะหนัก (ID8T1)

เพราะว่าไม่เคยเป็นแบบนี้ แล้วก็รู้สึกว่าความรู้สึกที่หายใจไม่ออก เหมือน คนใกล้จะตาย จะรู้สึกแบบนี้รีเปลา แล้วหนูก็พยายามดิ้น ใส่ช่วงแรกมันอึดอัด เครียด กลัวว่าจะเป็นอะไรไป ...แล้วเครื่องมันเสียงดังไซม์ยี้ เวลามันร้อง มีเสียงดัง ดึกว่า หนูว่ามันยังทำงานอยู่ แล้วรู้สึกว่าเรามีโอกาสรอดมากกว่า ตอนที่ม่เครื่องมี อะไรอะไรเยอะ มีเส้น/สายอะไรนั้นนะ เห็นมันแล้วรู้สึกผวา ท้อนะหนูว่า อาการมัน หนัก รู้สึกว่าพอเห็น รู้สึกว่าเราเป็นขนาดนี้เลยหรอ ต้องใช้ยาขนาดนี้เลยหรอ... บางครั้งเหมือนชีพจร ชีพจรเราเต้นต่ำลง เราก็กังวลอีก เฝ้ามองอยู่ เวลาเขาวัด ออกซิเจน หนูจะดู เอาหละ ถ้าต่ำกว่า 95 หนูรู้สึกแยแล้ว หนูคงไม่ไหวอีกแล้วแน่

เลย อะไรอย่างเงี้ย แบบว่าอยากใส่บาตรอะไรอย่างเงี้ย เคยใส่ครั้งนึง เพราะ
พระมาบิณฑบาตในห้อง ICU รู้สึกดี ดี มีความรู้สึกเหมือนว่าดีที่ทำบุญ ดีที่ได้
ทำบุญก่อนตายก็ดีแล้ว (ID12T1)

คิดถึงพ่อกับแม่...คิดว่าช่วยลูกด้วย...ตายไปหมดแล้ว(พ่อแม่) พ่อกับแม่จะเป็นผู้
คุ้มครองเรา... ไม่เคยคิดเลย แล้วก็ไม่ได้คิดว่าจะป็นหนักขนาดนี้ ตั้งใจไว้ว่ากลับไปจะต้อง
บวช เหมือนเราได้เกิดใหม่... ก็บอกไว้ว่าหายแล้วจะไปบวช เหมือนเราได้ทดแทน เราผ่าน
ตรงนั้นไปได้ ... (ID2T2)

เขามาขอส่วนบุญเรา...จำไม่ได้ แต่รู้สึกว่าคล้ายคล้าย เรา รู้สึกเป็นเจ้าของกรรม
นายเวร...มันเหมือนกับเราทำอะไรไว้กับเขาชาติปางก่อนนั่น เขาก็เลยมาขอ มา
บอก เราคิดเอา วันก่อน ก็เลยทำบุญไปให้เขา ถ้ามีอะไร ก็ขอให้อโหสิกรรมให้ ที่เรา
ได้เคยล่วงเกินเขา...รู้สึกใจเรามัน ดีขึ้นเยอะ ไม่ฟุ้งซ่าน (ID4T2)

รู้สึกอยากไหว้พระ บนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ก่อนหน้านี้ ก็เป็นคนทำบุญนะ ใส่
บาตรตามธรรมดา ไม่ได้ดูแลอะไรมาก พระบนหิ้งพระที่บ้านก็ดูแลบ้าง ไม่ได้ดูแลบ้าง
ตอนอยู่รพ. หนูสวดมนต์ทุกคืน บนเจ้าที่ที่บ้านไว้ด้วย เดี่ยวกลับบ้านต้องกลับไป
ไหว้ บนพระบิดา ปู่เชื่อนะ ขอบดู(ซีไปที่ทีวี กำลังฉายเรื่องฟ้ามีตา เป็นเรื่องเกี่ยวกับ
กรรม) ขอบดูทีวีเรื่องกรรมอะไรแบบเนี้ย ปู่เชื่อว่า เรามีกรรมเก่า อยู่ดีๆ ก็เป็น ก้อน
ใหญ่มาก ผ่าตัดต้องเย็บเป็นร้อยเข็ม (เปิดแผลให้ดู ตั้งแต่ลำคอยาวลงไปจนถึง
บริเวณสะดือ) ก้อนเจ็ดขีด (ชุนิ้วให้ดู) หมอบอกว่าก้อนมันเบียดหลอดลม หลอด
อาหาร ลำไส้ใหญ่ ตอนผ่าตัด ต้องตัดสายเสียงไปข้างนึง ตัดหลอดอาหารไปครึ่งนึง
แล้วก็ดึงกระเพาะขึ้นมาต่อ นึกถึงแล้วเหมือนเกิดใหม่จริงๆ ปวดแผลมากก ต้องฉีดยา
เพิ่มหลายๆ ห้านาที สิบนาที ผู้ สี่ห้าวันที่มันปวดถึงจะดีขึ้น (ID6T1)

คิดถึงตา จริงๆ.....เขาเป็นคนที่แบบ เลี้ยงผม ผมไม่ได้อยู่กับพ่อ เหมือนเขา
มาแทนที่ เป็นคนเดียว....ตาเป็นเสาหลัก ก็พี่คิดดู สำนึกแรกที่ผมตั้งสติได้ แบบฮา ฮา
ผมบอกว่าขออย่าได้ทุกข์ใจ กลัว เพราะว่าอะไรอะ พระเจ้าตาสุดสาคร หนักจริงๆแล้ว
พระเจ้าตาช่วยลูกด้วย คือ แบบมัน ไม่รู้จะคิดยังไง อยากคุยกับตา เป็นแนวแรกที่ตั้ง
สติได้ บอกตาผมไม่ไหว ตาช่วยลูกด้วย แล้วมันก็เริ่มมีสติ ก็เริ่มแบบ แล้วก็นอนคิด

ก็แบบนั้นแหละถึงเริ่มเรียบเรียง แล้วก็ชักพักหนึ่ง.....เหมือนกับว่า แบบว่าถ้ามีชีวิตก็มี ถ้าตายก็ตายไปเลย แต่อย่าท้อ (ID7T1)

ทรمانกับอาการเจ็บปวด แต่ต้องทำใจอยู่กับมันให้ได้

แม้ว่าผู้ป่วยจะยอมรับว่าการได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นสิ่งที่ช่วยชีวิตได้ แต่ก็ได้รับความเจ็บปวดจากการมีท่อช่วยหายใจค้ำที่คอ บางรายรู้สึกเจ็บเหมือนมีอะไรทิ่มแทงอยู่ในคอ บางรายเจ็บมากและร้าวไปที่อวัยวะส่วนอื่นจนต้องร้องให้ต่อความเจ็บปวดที่ได้รับ ความรู้สึกต่างๆเหล่านี้ ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกทรมาน และไม่เคยประสบมาก่อนในชีวิต อยากเอาท่อช่วยหายใจออก แต่ทำไม่ได้ดังที่ใจต้องการ เนื่องจากตนเองยังหายใจเองไม่ได้ สิ่งที่ทำได้คือหายใจเข้าลึกๆทางปาก ตามคำแนะนำของแพทย์ อดทนต่อความเจ็บปวด ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นและยอมปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ เพื่อรอวันเวลาที่หายป่วยและเอาท่อช่วยหายใจออก

มันแสบมั่ง คอเน้นมันเจ็บ มันปวด มันปวดในคอ...เจ็บอยู่ตลอด...เจ็บแหลงไม่ได้ เจ็บแน่นๆ แค้นๆ บอกไม่ถูก...ตอนที่เรอยากน้ำคอกแห้ง เจ็บแรง ตรงนั้นแหละ...ที่มันได้เจ็บนั้น เราไม่ได้เอาออก ของมันแข็งใช้ม่าย มันแยงในคออยู่ ถึงไม่ได้เอาออก มันเจ็บตลอด... (ID1T1)

เครื่องช่วยหายใจมันก็ดี แต่มันเสียอย่างนึง มันเจ็บ...เจ็บก็ต้องทน เพราะมันช่วยชีวิต ตอนนั้นมันทำให้เราทนต่อความเจ็บปวดได้ เพราะมันช่วยเราอยู่ ... มันทรมาน ไม่เคยเจอมาก่อนในชีวิต ครั้งเดียว หนักเลย ผ่านพ้นมันมาได้ ก็อยากหาย เขาทำอะไรให้ ก็ต้องอดทน (ID2T2)

พอรู้สึกตัวก็เจ็บคอมาก มันทิ่มอยู่ข้างขวา ข้างซ้ายไม่มีความรู้สึก เจ็บมาก อยากเอาออก ถ้ามหมอว่าทำยังไงจะเอาออกได้ หมอบอกว่าไม่ได้ต้องใส่อีกหลายวัน ก็เลยทำใจ นอกจากทำใจก็ทำอะไรไม่ได้ อยากหาย หมอบอกว่ายังไงก็ต้องทำอย่างนั้น.....เจ็บคอมาก นึกว่ามีเหล็กอยู่ในคอ เขาบอกว่าเครื่องช่วยหายใจ แต่ไม่รู้ว่าเขาให้หายใจทางปาก ก็เลยหายใจทางจมูก มันอึดอัดเจ็บคอ อยากให้หมอเอาท่อออกให้ หมอบอกว่าให้หายใจดีกว่านี้ก่อน น้องเลยถามว่าทำอย่างไร หมอบอกว่าหายใจเข้าลึกๆทางปากนะ น้องก็เลยรู้ (ID5T1)

... เจ็บมากก อยากจะเอาออกเร็วๆ แต่หมอบอกว่ายังไม่ได้อีก ก็เชื่อหมอ เชื่อใจ หมอ หมอให้ทำอะไรเราต้องอดทน ... อยากเอาออก มันเจ็บ แต่มันยังจำเป็น มัน หายใจเองไม่ได้ด้วย ก็คิดถึงลูก อยากหาย ก็เลยต้องอดทน (ID6T2)

พอใส่เสร็จ รู้สึกพอมีลมผ่านเข้าไป มันก็โล่ง แต่ไม่รู้ว่ามันคืออะไร เจ็บค่ะ เจ็บ มาก ร้องอย่างเดียวเลย เจ็บที่คอค่ะ เหมือนมันร้าวไปตรงอื่นด้วย หลังด้วย(ID12T1)

เจ็บเหมือนจะขาดใจ เวลาไอและดูดเสมหะ

ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อและเครื่องช่วยหายใจ นอกจากจะรู้สึกเจ็บปวดกับการมีท่อช่วยหายใจค้ำอยู่ในคอแล้ว ความเจ็บปวดยังเกิดขึ้นได้จากการไอเพื่อขับเสมหะ โดยเฉพาะในรายที่มีบาดแผลที่หน้าอก จะรู้สึกเจ็บปวดอย่างรุนแรง ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างอาการเจ็บแผลและอาการเจ็บคอ ผู้ป่วยเรียกอาการเจ็บปวดนี้ว่า “ความเจ็บปวดซับซ้อน” นอกจากนี้การดูดเสมหะเป็นกิจกรรมการพยาบาลหนึ่งที่ผู้ป่วยบอกเล่าประสบการณ์ความเจ็บปวดที่เหมือนจะขาดใจ บางรายเล่าว่า การใส่สายยางลงไปดูดเสมหะ บางครั้งเหมือนสายยางจะดูดเนื้อของผู้ป่วยติดมาด้วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บอย่างทรมาน บางรายเล่าว่าการใส่สายยางดูดเสมหะติดต่อกันหลายครั้ง หรือใส่สายยางลงไปดูดเสมหะอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยรู้สึกจะขาดใจ เนื่องจากหายใจไม่ทัน หากใส่สายยางดูดเสมหะลงไปช้าๆ ผู้ป่วยก็รู้สึกหายใจไม่ออก

มันปวดท้อง มันปวดสุดๆ เวลาไอ เจ็บในท้อง เวลาไอนั้นใจเหมือนจะขาด เวลาดูดเสมหะ บางครั้งให้เขาดูดครั้ง ทีละครั้ง พอเริ่มมีก็ให้เขาดูดให้ แต่พอเราดูดต่อกันซักไปสามครั้ง รู้สึกว่าใจเราเหมือนจะขาดเลย หายใจไม่ค่อยทัน พอหลังจากนั้นได้ก็จะดีขึ้น (ID4T1)

เหมือนบางคน มัน อ่า เหมือนสายยาง เขาทำพอดี มันไม่เจ็บ แต่บางคนยาว มันไม่รู้ก็ทบ ถึงยอนไปแบบไม่ได้สนใจอื่น (ใส่สายเข้าไปแบบไม่ได้สนใจ) ถึงขอโทษนะพี่นะ (ซึ่งก็คือผู้สัมภาษณ์) ถึงมันลงไปเรื่อยๆ นี่(เข้าไปถึงตรงนี้) มันไปดูดอยู่ในเนื้อ (มันไปดูดอยู่ในเนื้อ) ถึง..เรา..ทรมาน ตอนที่บอกว่าเขาแยกลงไป คือบางคน ถ้าแยงลึก เราจะเจ็บ เจ็บ เจ็บอย่างแรงเลย... (ID8T1)

ก็กับความเจ็บปวดตรงนี้แหละ เกร็ง หายใจ เกร็ง ไอ เพื่อให้เราขับเสมหะออกมา เพื่อให้เราไอได้ เราไม่เคยเจอ เราก็ไม่รู้ว่ามันมีความเจ็บปวดซับซ้อนอยู่

มากกว่าที่เราคิด ไหนต้องหายใจไม่ออก ไหนต้องเกร็งตัวทั้งที่มีแผลอยู่เต็มหน้าอก แบบนี้นะ แล้วตอนนั้นหลักๆ คือเจ็บแผล ตอนไอ เจ็บแผล แล้วก็หายใจ ถ้าเรา ช่วงนั้นที่หายใจไม่สุด พอหายใจจะสุด มันจะเจ็บแสบ พอเขาถามก็จะบอกเขา หมอก็บอกว่ามันมีน้ำค้ำยเสมหะอยู่ข้างปอด พออยู่สองวันเขาก็มาถ่ายเอกซเรย์ดู มันมีน้ำได้ปอด ต้องพยายามขับเสมหะออก ขากออก พยายามไอออก และพยายามหายใจแรงๆ เพื่อให้ปอดมันขยายตัวได้เต็มที่ (ID9T1)

ที่ใส่ที่ค่อนั้นเจ็บเวลาเขานั่งเสมหะ ถ้าเขาไม่ดูดเสมหะก็เจ็บเหมือนกัน แต่เจ็บเรื่อยๆ พอดูดเสมหะ เจ็บมาก ตอนที่เขาดูดเสมหะ เจ็บเหมือนจะขาดใจเลย ใส่ไอนี้มันเจ็บอยู่แล้ว พอดูดเสมหะ มันเจ็บเลย ที่นี้พอเจ็บถึง พุงยั้งเจ็บ พันเลย เจ็บไปหมดเลย เจ็บบอกไม่ถูก สอนเสมหะ เจ็บมากตอนนั้นแหละ เจ็บเหมือนอิซ็อคเลย เวลาเขาดูด เวลาเขาดูดติดๆกันหลายครั้ง เจ็บเหมือนพุงอิแตกเลย หายใจไม่ทัน (ID10T1)

หนูว่าน่าจะใส่ไปสัก เจ็บ มันจะเจ็บตอนเขาดูดเสมหะ จะเจ็บมาก พี่พยาบาล คนใหม่จะไม่เจ็บเท่าไร พี่พยาบาลที่อยู่นานๆหน่อยจะค่อนข้างเจ็บ คล้ายกับว่าทำเร็วๆค่ะ เสมหะเยอะค่ะ เพราะว่าเราไม่สามารถไอออกมาเองได้ด้วย แต่ละครึ่งเขาดูดหลายครั้งดูดหลายครั้งยิ่งเจ็บ เพราะเวลาเหมือนเขาใส่สายลงไป เขาจะใส่ไปให้สุด แล้วมันจะไปกระแทก แล้วมันจะเจ็บ แต่ก็มีพี่พยาบาลที่มาฝึกงานเขาจะทำซ้ำๆ แต่มันไม่ค่อยได้ตั้งใจหนู มันเข้าไป บางครั้งเหมือนเราหายใจไม่ออกแล้ว (ID12T1)

รู้สึกขัดใจ สื่อสารอะไร ไม่มีใครเข้าใจความต้องการ

การที่ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ ทำให้ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ ผู้ป่วยจึงรู้สึกอึดอัดและจะรู้สึกขัดใจเมื่อพยายามบอกสิ่งที่ตนเองต้องการแล้วไม่มีใครเข้าใจ บางรายใช้ภาษามือ แต่พยาบาลเข้าใจไปคนละเรื่องกับที่ผู้ป่วยต้องการบอก ผู้ป่วยบางรายเขียนความต้องการของตนเองให้พยาบาลรับทราบ แต่การเขียนก็ไม่สามารถบอกความต้องการได้ทุกครั้ง บางครั้งกลับเกิดผลทางลบกับตัวผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยพยายามเขียนบอกมารดาในลักษณะของการบ่นพยาบาล แต่มารดาอ่านไม่ออก จึงนำสิ่งที่ตนเขียนไปให้พยาบาลอ่าน บางรายใช้การพยักหน้าแทนคำตอบที่พยาบาลถาม แต่คำถามที่ถามก็ไม่ใช่สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะบอกพยาบาล เมื่อสื่อสารกันแล้วไม่เข้าใจ ในที่สุดผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อกับการสื่อสารและหยุดบอกความต้องการของตนเอง

เวลาใครมาก็สื่อสารกับเขาไม่ได้ เราก็ต้องใช้กระดาษ... ก็หงุดหงิดเป็น บางครั้งนะ เวลาที่เราจะพูดอะไรอย่างเนี่ย เขาฟังไม่รู้เรื่อง จะพูดซ้ำสองสามครั้ง พอเขาไม่รู้เรื่อง ก็บอกไม่ต้องแล้ว เขาก็พยายามเข้าใจนะ แต่นั่นแหละ มันไม่คุ้มกันทั้งสองฝ่าย เราก็ต้องการอย่างเนี่ย แต่เราก็ไม่รู้จะสื่อสารยังไง เขาก็อยากจะเข้าใจ นั่นแหละนะ แต่เขาก็ไม่รู้จะที่เราทำอย่างเนี่ย ที่เราทำมือหรือทำอะไรไป หมายความว่าอย่างไร...บางครั้งเราอยากว่า เออ มันเมื่อยตรงนี้ ช่วยบีบอย่างนี้หน่อย (ทำท่าบีบที่แขน) เขาบอกปวดเธอ (ทำหน้าเบื่อๆ) เออ ไม่ต้องแล้ว (ID3T1)

ไม่มีเสียง บอกแม่ แม่ก็ไม่ค่อยรู้เรื่อง เขียนก็มองไม่เห็น อ่านไม่ได้อีก (ทำท่าเบื่อๆ) ตอนใส่ท่อ ต้องเขียน คุณแม่ไม่รู้เรื่องเลย น้องเขียนบ่นพยาบาล แม่อ่านไม่เห็น เอาที่น้องเขียนไปให้พยาบาลอ่าน (พูดแล้วก็หัวเราะ) (ID5T1)

มันก็โล่งนะ แต่ว่าไอโล่งไม่เท่าใด พอหลงได้ บายใจ เราสื่อสารกับคนอื่นรู้เรื่อง ครับ ไอนั้นประเด็นใหญ่กว่า สื่อสารกับใครไม่ได้ สื่อสารกันไม่รู้เรื่อง หลงกันไม่เข้าใจ บอกแม่ก็ไม่เข้าใจ พอหลงบีบ ถ้าว่าอยู่เฉยๆ เหนื่อย พักผ่อนตะ ถึง พอรู้สึกว่ามันอึดอัดแหละ ให้บอกว่าพันนี้ บอกว่าพันนั้น ที่บอกว่าเจ็บพุงนะ เจ็บตรงนั้นนะ ไอนี้พันนี้นะ เราอธิบายอะไรไม่ได้เลย ครับ เจ็บพุงหม่าย ลูบ ลูบ ลูบ ไนไหนเจ็บตรงไหน บอกไม่ถูก ยักคอไม่ทัน เราอยากบอกอะไรมาก แต่เราบอกไม่ได้ สื่อสารไม่ได้เลย บางทีในช่องสื่อสารเราถูกตัดไปแล้วขัดใจ...ม่าย ม่าย ก็เจ็บใช้ ไม่บายอะไรพันนี้แหละ บอกพยาบาล บอก เออผู้ช่วย พวกคนที่เข้ามาเจอผม ไอนี้ผมเจ็บพุง ไอนี้ผมท้องเสีย ไอนี้ผมพันนี้นา ไอนี้ผมเยียวแล้วนะ บอกไม่ได้ มันนอนอยู่บนเตียงพันนั้น ถึงมันทรมาณนะอ่า (ID8T1)

ตอนใส่เข้าไป(ท่อช่วยหายใจ) แล้วมันอึดอัด รู้สึกว่ามันจะพูด มันจะอะไร ก็ไม่ได้ ก็มีเรื่องอึดอัด พูดไม่ได้ เขาถามอะไรมากก็พยักหน้า คือพยักหน้าอย่างเดียว อยากบอกอะไร ก็บอกไม่ได้ เพราะมันใส่เครื่องอยู่ พูดไม่ได้เลย ก็เลยไม่พูดอะไร ใครถามก็พยักหน้าเอา (ID11T1)

จะหลับตาลงได้อย่างไร ในเมื่อใจมีแต่ความกลัว

ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ นอกจากจะรู้สึกว่าการใส่เครื่องช่วยหายใจ เป็นกลางบอกถึงภาวะวิกฤติของชีวิตแล้ว การนอนรักษาตัวให้หอผู้ป่วยวิกฤตและการถูกผูกมัดแขนขาเป็นอีก

เหตุการณ์หนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองและอุปกรณ์ที่ระโยงระยางอยู่รอบตัว ผู้ป่วยเล่าว่า ตลอดระยะเวลาที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตไม่เคยหลับสนิท เนื่องจากจะมีเสียงดังของเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ รวมถึงการทำงานของเจ้าหน้าที่ ทำให้ผู้ป่วยหลับๆตื่นๆในรายที่นอนหลับยาก บางรายที่นอนหลับได้ แต่ไม่ยอมหลับ เนื่องจากกลัวว่านอนหลับไปแล้วจะไม่ตื่น หรือกลัวว่า หากหลับไปแล้ว เกิดอะไรขึ้นกับตน จะไม่สามารถเรียกให้คนช่วยได้ทัน บางรายรู้สึกอึดอัดกับการถูกผูกมัด เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถนอนตะแคง หรือพลิกขยับตัวได้ ยิ่งไปกว่านั้นไม่สามารถกดสัญญาณเรียกพยาบาลได้ ทำให้ผู้ป่วยคิดไปว่า หากเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง ตนเองคงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และคงเสียชีวิตในที่สุด

ตอนนั้น มันเหนื่อยมาก หมอต้องให้ยาด้วย ช่วยให้หายใจสบายขึ้น แต่นะพี นะ มันหมดแรงจริงๆ แคยกหัวยังไม่ค่อยมีแรง แขนสองข้างก็ถูกมัดอีก ตอนนั้นคิดว่า ถ้ามันเกิดอะไรขึ้น ก็คงไปแล้ว...แบบว่าแค่ว่าจะเรียกใครให้ช่วย ผมว่าก็ยังไม่สามารถเลย (ID7T2)

เขาก็ผูกไม้ผูกมือ ผูกเข็มขัด(ผูกหมัด) ...ทรมาน ...มันอึดอัดอะ คนเรานั้นนอนหลับ นอนหันข้างแต่มีมือถูกมัดสองข้าง หลับแคงมันอยู่พืนนี้(ทำท่านอนตะแคง แต่มีมือสองข้างเหยียดไปคนละทาง) ให้นอนให้หลับมันเป็นไปได้...ครับ มันไม่เป็นธรรมชาติของคน นี่ติดอยู่เรียบร้อยพืนนี้ ไซ้มี๊ แต่ว่ามันแคงข้างอยู่ มีอขยับไม่ได้เลย พอหยับติด หยับติด(พอขยับตัว ก็ติด) อย่าตื่นแต่ว่า อ่า เราอิทำอะไรร แคกดกริ่งเรียกพยาบาล เรายังกดไม่ได้ ฮิดเดียวนิ(เราจะทำอะไรรได้ แคกดกริ่งเรียกพยาบาล เรายังกดไม่ได้ ไกล่ชนิดเดียว) ตั้งแต่กดไม่ถึงอะ (ทำทำอีกชนิดเดียว แต่มีมัดไว้ กัดไม่ถึง)... ผมอึดอัดหรืออะ บางทีของพืนนี้ถูกเงิน เอาไม่ทัน (ผมจะกดยังไง บางทีเรื่องแบบนี้มันเป็นเรื่องถูกเงิน เกิดอะไรขึ้นจะช่วยเหลือไม่ทัน) อย่าคิดว่าอันนี้ง่าย ๆ เราทำอยู่ทุกวัน มันไม่ซ่าย แต่ในถูกเงินที่มีปัญหา ที่มีปัญหาเพราะว่าเรามองข้ามปัญหาเล็กๆกันเพ... แต่โอเคแหละ แต่ว่าในสิ่งที่เขาทำก็ถูกนะแหละนะ ไม่ใช่ว่าผิด แต่พอเราผ่านจุดนี้มาแล้ว เราเข้าใจ แต่ตอนที่เรายังไม่ผ่านเรารู้สึกทรมาน เราอึดอัด เราเหนื่อย ...เข้าใจว่าเขาเซฟแหละ เขาป้องกันตัวเรา ถึงว่าบางที่บางประเด็นเขาเซฟเกินไปหม่าย หรือว่าอะไร เขาไม่มองประเด็นนั้น เขามัดหมัดทุกคน คนรู้ รู้ตัวแล้ว หรือว่าพริ้นหรือ มัดหมัดแหละ(เขามัดหมัดทุกคน คนที่รู้ตัว หรือว่าเป็นยังไง มัดหมัด) ...บางที่ กลางวันพืนนี้ กลางวันเรารู้สึกตัว เราอาการครบใช้หม่าย เรารู้ เรา

เจ็บอะไร เราบอก ก็เหมือนกลางคืน เอ้ามัดตะไมว่า เหมือนกลางคืนเราละเมอ เรา
เพื่อ (ID8T1)

กิจกรรมจริงๆ คือผมเป็นคนนอนไม่ค่อยหลับ อยู่บ้านได้ยินเสียงอะไรนิดหน่อย
ผมก็จะได้ยิน จะตื่น เรียกว่าผมเกือบจะไม่ได้นอนเลยแหละ เพราะว่าในห้อง เดี่ยวเขา
ก็ทำโน่น ทำนี่เขา เราต้องข่มใจและคิดในทางที่ดีว่า คือหน้าที่ของหมอที่เขาต้อง
ช่วยเหลือคนอื่น เขาจะทำงานกันตลอดเวลา เสียงพยาบาลพูดกันลั่น มีคนนั่งมาถาม
เป็นยังไงบ้าง คุณ... เสียงดังไปมัย ผมบอกคล้ายๆตลาดตอนเช้าเลย เค้าบอกดี ดี ดี
ตอบตามความเป็นจริง แต่ผมตอบไปไม่ใช่ผมโกรธนะ เพราะผมตอบตามความเป็น
จริง ทะลึ่ง ทะลึ่งไป ตามธรรมชาติเขาก็ต้องทำ ก็ต้องพูด นิมนท์ก็ขึ้นอยู่กับเราด้วย ถ้า
ผมเป็นคนหลับง่าย ผมก็คงไม่ได้ยินเสียงนั้น เราหลับ เราก็ไม่ได้ยิน โอนี่เราต้องโทษ
ตัวเองว่าเราเป็นคนหลับยาก หูเราถึงได้ยินอยู่ตลอด (ID9T1)

มีพยาบาลมาเอาสายที่ข้อมือออก (สาย Arterial line) แล้วก็ไป เลือดก็ไหล ต้อง
กวดมือเรียก...น้องกวดมือเรียก คนที่เอาออกเขาก็ไม่สนใจนะ มีอีกคนเข้ามา มาทำ
ให้ ตอนนั้นน้องกลัว กลัวเขาไม่สนใจ แล้วถ้าเขาไม่เห็น แล้วถ้าเราเป็นอะไรไป
น้องเลยไม่หลับเลย อยู่ไอซียู 7 วัน ไม่หลับเลย ได้ยินเสียงอะไร ก็ลืมตา (ID5T1)

ไม่ชินอยู่ดี ไม่หลับ ไม่นอน หนูนอนไม่หลับเลย มันเป็นความรู้สึกว่าถ้าเราหลับ
เราจะไปเลยรีเปล่า เราจะตื่นมัย เราจะมีโอกาสตื่นมัย ตอนใส่ท่อยังไงก็หลับไม่สนิท
อยู่ดีคะ หนูว่าหนูไม่หลับเลยตอนยังใส่เครื่องช่วยหายใจ มาหลับสนิทตอนถอดท่อ
ออกแล้ว (I12T1)

ได้รับบริการดี เริ่มมีกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองน่าจะปลอดภัย

แม้ว่าผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกกลัวกับการพักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยมี
เครื่องช่วยหายใจและอุปกรณ์การแพทย์อื่นๆที่ห้อยระยงระยางอยู่ข้างเตียง แต่เมื่อมีพยาบาล
เข้ามาดูแล ให้การพยาบาลตั้งแต่การทำการกิจวัตรประจำวัน เข้ามาทักทาย พูดคุย บางครั้งพูดหยอก
เล่นกับผู้ป่วย นำหนังสือมาให้อ่าน ในรายที่ยังอยู่ในวัยเรียน พยาบาลอนุญาตให้เข้า facebook ได้
หรือบางครั้งของตกหล่น หรือต้องการอะไรเพิ่ม สามารถ กวดมือเรียกพยาบาลได้ สิ่งเหล่านี้ที่
พยาบาลทำให้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยคลายความเครียดและความกลัว การมี “สุขภาพจิตดี” ก็เกิด

ขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจต่อการรักษาครั้งนี้และรู้สึกปลอดภัยที่อยู่ท่ามกลางพยาบาลที่ดูแลเอาใจใส่เขาเป็นอย่างดี

ไม่ ไม่ มันไม่เที่ยวซัดใจอ้ายไหนนะ เพราะพยาบาลเอาใจตลอดเวลา เอาใจตลอดเวลาเลย ไม่ว่าเราเอาเอาไหน ทั้งๆที่เราหลับอยู่กลางคืน ลูกๆเขาก็มารีอก แกรกๆ อยู่ข้างเราแล้วอุ่นใจ ดี ดีมากเลย...ไม่ ไม่ ทำได้เพ ให้บอกเขาหรือก ให้บอกถึงว่าถ้าหมอนเราดำ ผ้าห่มเราหล่น เรียกมา กวักมือมา เขามา พอมาถึงป่าอะไรป่าป่าเอาอะไร เขารู้ฟัง(เขาเข้าใจ) รู้ฟัง เก่งแต่ที่ว่า เขารู้ฟัง เขามาทำให้ทุกสิ่งเลย ดีดี พยาบาลห้องไอซียูดีมาก หมออยู่ตลอดเวลาเลย..เขารู้ฟัง เขาเข้าใจเราเร็ว ภูมิใจ ป่าภูมิใจมาก...ถึงเราก็มีกำลังใจขึ้นกัน....อบอุ่น เราไม่กลัว ไม่กลัวอะไรเลย (ID1T1)

ดูแลดี บริการดี อาบน้ำล้างหน้า ทำให้ทุกอย่าง ดีมาก (ID2T1)

ดีมาก เขาดูแลเราดี ดูแลเอาใจใส่ ทำให้ทุกอย่าง แปร่งฟัน อาบน้ำ สระผม ดูแลให้ทุกอย่าง ดูแลดีมาก ๆ พี่พยาบาลดีมาก ดูแล ทำให้เราหมดทุกอย่าง อาบน้ำให้วันละสองครั้ง แปร่งฟันวันละสามครั้ง สระผม หวีผม ถักผม ทำให้หมด หนูบอกญาติว่าให้กลับไปทำงาน ไม่ต้องมาเฝ้าหรือ...ดูแล ทำให้เราทุกอย่าง มาคอยถามเราอยู่ตลอด หมอ [พยาบาล] มาดูมาคุยกับเราทุกวัน ... ไม่กลัวอะไรเลย รู้สึกมั่นใจ หมอจะบอก รู้สึกมั่นใจในตัวหมอมามากๆ รู้สึกปลอดภัย จนหนูบอกญาติๆ ว่า ไม่ต้องอยู่หรือก ให้ไปทำงาน (ID6T1)

เขาเป็นมิตร เวลาเช็ดตัว เขาก็คุยหยอก ยังไง เราารู้สึกว่าเหมือนกับเราไม่ได้ อยู่คนเดียว ไม่เครียด บางทีเขาก็หยอกเล่น ก็ถาม มีคนถามว่าทำไมสุขภาพจิตดี ก็ชวนคุย มันเป็นอย่างไง อย่างน้อยๆ เขายังสนใจเราบ้าง มีการมาคุย อย่างพี่อ, ตอนนั้นไม่เจอพี่.. ไซมัย พี่อ. พี่ จำชื่อไม่ได้ที่ใส่ฟัน ดัดฟัน ชอบพูดได้ ก็ชอบแซว เขาไม่เครียด ทำให้เราไม่เครียด ถ้าเจ้าหน้าที่เครียดมา (ทำเสียงจี จี) นะ ก็ทำให้เรารู้สึกไม่ดี แต่ก็มีเจ้าหน้าที่มาคุย เจ้าหน้าที่มาพูด เจ้าหน้าที่มาบอก อารมณ์ดี มาคุย มาหยอก (ID7T2)

เขาดูแลดี ...อุ่นแหละส่วนมาก ตอนอยู่ไอซียูนะ เขาจะอินเข้ามาทุกชั่วโมง เดี่ยว ฉีดยา เดี่ยวทำนู่น เดี่ยวเขาซอกแซกได้เรื่อยๆทั้งวันกับร่างกายเรา มัน ความรู้สึกผมนะ

มันอบอุ่น มันไม่เหมือนว่าเอาใส่เครื่องตั้ง ตั้ง ตั้งแล้วก็ไป คนไม่รู้ยังงี้ ผมก็ไม่รู้จะทำ
พรี้อ อ่านี่ นี้อะไรนี่พรี นี้อะไรครับ นี้อามาถึงแขวนให้ถึง นี้อะไรครับ อ้อ ยาฆ่าเชื้อ
นี้อะไรครับ เราก็มึลลิตถิตถิต ถังว่าปากมันแห้งไม่ได้นะ แต่ว่าไปเอาพั้นนั้น(ปากพูด
ไม่ได้ แต่ว่าทำท่าไปแบบนั้น) (ID8T1)

หนูรู้สึกดีค่ะ เพราะพี่เขาดูแลดี ดีมาก เหมือนว่าถ้าเราต้องการอะไรอย่างเนี้ยอะ
พี่เขาพยายามมาให้ เหมือนการสื่อสารอะไรเนี้ย พี่เขาจะพยายามเข้าใจเรา เหมือน
อยู่ว่างๆ เขาจะพยายามหากิจกรรมให้เราทำ อ่านหนังสือ มีเฟสFacebook มาให้เล่น
ด้วย หนูว่าถ้าไม่ทำอะไรเลย หนูคิดมาก เบื่อ ตอนที่เล่นFacebook ทำให้รู้สึกว่าเราไม่
จมอยู่กับตัวเอง ได้รู้เรื่องอื่นบ้าง...รู้สึกดี การที่พี่พยาบาลเขาดูแลเรา คอยถามไถ่ รู้สึก
ว่าเป็นสิ่งหนึ่งที่ทำให้เรารู้สึกดีขึ้น เหมือนเป็นกำลังใจ เหมือนว่าอย่างน้อยเราก็ไม่โดน
ทิ้ง ยังมีคนช่วยเหลือเราอยู่ เป็นเหมือนกำลังใจส่วนหนึ่งด้วยนะ(ID12T1)

ตอนช่วยกัน ตอนที่เขาช่วยนั้น ผมอยากรู้ว่าเขาทำอะไรกันมั้ง ตอนเดด... เขา
ก็บอกงัย ม่ายก็ฟังพยาบาลเขาพูด น้อง น้องนั้น เรียกมาถาม อีกนานมัย สักพัก พอ
รูดม่านก็เลยเรียกพี่เข้าไปคุยเป็นเพื่อน เพราะตอนกลางคืน ห้าทุ่ม แล้วมาผมอยู่เตียง
สุดท้าย รูดม่านปิด ได้ยินแต่เสียง เสียงอะไร เสียงญาติเขาคุยกัน ก็อยากฟัง ขอ
ความช่วยเหลือ 1 คน ผมขอพี่เขามาคุย 2 ชั่วโมงได้มั้ง จำหน้าได้ แต่จำชื่อไม่ได้ ไม่
แบบไม่อายอะ ...หาเรื่องคุยไปเรื่อย พี่อยู่กับผมก่อน ผม ชั่วโมงนี้อยู่คนเดียวไม่ได้
(ID7T2)

แม้ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกดีที่มีพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด มีคนคอยดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน
แต่หากเป็นไปได้ ผู้ป่วยก็อยากดูแลตนเองให้เร็วที่สุด แต่ทว่าบางครั้งผู้ป่วยรู้สึกไม่มีแรงที่จะ
ทำอะไรได้เอง ต้องให้พยาบาลคอยช่วยเหลือ ความช่วยเหลือที่ได้รับ บางครั้งผู้ป่วยรู้สึกตนเอง
เป็นภาระ ดังนั้นหากช่วยเหลือตัวเอง ผู้ป่วยก็อยากจะทำเอง โดยเฉพาะการแปรงฟันในขณะที่มี
ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยจะรู้ว่าจะต้องใส่แปรงสีฟันเข้าไปสักตื่นเพียงใดจึงจะไม่เจ็บ ไม่รู้สึกอะ
อมและ ทำอย่างไรจึงจะไม่ลำบากนี้

แต่พอเรามีแรง ที่ปวดดีขึ้น ก็อยากจะทำอะไรเองนะค่ะ ขอพี่เขาแปรงฟันเอง
พี่พยาบาลบอก ทำได้หรือ มีแรงหรือ บอก ทำได้ อยากทำเอง อยากลุกนั่ง อยาก
เดิน ขอลงมานั่งข้างเตียง [ยังใส่ท่อช่วยหายใจอยู่รีเปลา] ยังใส่ท่ออยู่ พี่เขาจะจับสาย

เครื่องช่วยหายใจให้ (ทำท่าจับสายเหนือไหล่ ไม่ให้สายดึงรั้ง) บอกพี่เขาว่าไม่ต้อง พี่หนูขอจับเอง.....ส่วนนี้เราก็รู้สึกดีที่เราทำเองได้ รู้สึกว่าเรากำลังดีขึ้น แต่ว่าแปร่งฟันเองดีกว่า เพราะเราจะรู้ว่าแหงไปตรงไหน มันจะไม่อึดวัก ไม่ผะอืดผะอม (ID6T1)

ต้องทำเอง เวลาเขาทำฉีดน้ำ แล้วไหลลงคอ มันขวัๆ อยู่ในคอ สำลัก ไอ เหนื่อย เจ็บแผล แปร่งเองดีกว่า รู้ว่าทำยังไง ถ้าเราทำเองได้ ก็อยากทำเองนะพี่ บางคนเขาก็วางๆ ให้แล้วก็ไป ไม่อยากเป็นภาระเขา แต่เวลาใช้ขึ้นมันไม่ไหว เพลีย ไม่มีแรง อยากนอนอย่างเดียว (ID7T2)

พอหลังจาก พอรู้สึกว่าการดีขึ้น มีแรง มีแรงแบบว่าช่วยเหลือตัวเองได้ค่ะ พอเรารู้สึกว่าเรามีแรงมากขึ้น ทำอะไรได้มากขึ้น เราก็รู้สึกดีขึ้น ตอนนั้นพี่เขามิให้เราทำอะไรเองบ้าง ถ้าเหมือนแปร่งฟัน หนูจะทำเอง จริงๆ พี่เขาก็ทำให้ แต่อยากทำเองมากกว่า เหมือนถ้าทำเอง จะรู้สึกว่าประมาณไหนเราโอเคอะ คือ บางทีเขาแยงเขาอะไรอย่างนี้ มันไม่พอดี แล้วหนูก็จะเจ็บ บางทีแปร่งมันก็ไปกระทบท่อ ยิ่งเจ็บทำเองดีกว่า (ID12T1)

ผู้ป่วยบางราย ได้รับการดูแลที่ดีจริง แต่ว่าคำพูดของเจ้าหน้าที่พยาบาลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกห่อเหี่ยวใจ ผู้ป่วยไม่ได้ตอบได้แต่ยิ้ม ในขณะที่ไปหน้ายิ้มแต่หัวใจกลับเศร้าหมอง นอกจากนี้การใช้สายตามองไปยังผู้ป่วยเวลาที่ผู้ป่วยขอความช่วยเหลือ ก็สามารถสื่อความหมายให้ผู้ป่วยคิดว่า ถ้าผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ ก็คงทำเองแล้ว ไม่ต้องบอกให้ใครมาช่วย สิ่งที่เกิดขึ้นนี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการอยู่โรงพยาบาล และต้องทำใจกับสิ่งที่เกิดขึ้น

เวลาน้องเรียก ใส่ท่อ พูดไม่ได้ ไม่มีเสียงอยู่แล้ว พอเขามาก็มองเราเหมือน “เอาอะไรอีกแล้ว” ถ้าเราทำได้ น้องทำเองแล้ว นี่เราทำไม่ได้ เราก็ต้องทำใจ มันเบื่อ (ID5T1)

มันไม่มีแรง เหมือนเราขยับอะไรไม่ไหว เขาเซ็ดซี้ เซ็ดเหยี่ยวให้ เอ้าพลิกทำโน่น พลิก เอ้าพลิกทำนี่ พลิก เขาช่วยจับ ช่วย.. เหมือนเด็กอะ ทำอะไรไม่ได้เลย ทำได้ยิ้มอย่างเดียว ถึงแต่ว่า นานๆเรารู้สึกแย่วเวลาพินนั้นนะ รู้สึกแย่ว่าทำอะไรไม่ได้ ทำอะไรไม่ได้ แต่ถ้าว่านั่นพยาบาลหรือว่าอ่า อะไรวะ เขาเรียกไอโหรไม่รู้อะ เรียกไม่ถูกเขานั้น คนที่ช่วยเซ็ดซี้เซ็ดเหยี่ยวนั้นแล เหมือนแหล่งไม่ดี ห่อเหี่ยว ใช้หม่าย เพราะว่าอาการ

รับรู้เรามันร้อยเปอร์เซ็นต์ (มันไม่มีแรง เหมือนขยับอะไรไม่ไหว ทำอะไรไม่ได้เลย ทำได้แต่ยิ้มอย่างเดียว เวลาแบบนี้ จะรู้สึกแย รู้สึกแยว่าทำอะไรไม่ได้ แต่ว่าถ้าพยาบาล หรือที่เขาเรียกอะไรไม่รู้ คนที่ช่วยทำความสะอาดเวลาอุจจาระ บัสสาวะ [พนักงานช่วยการพยาบาล] เหมือนพูดไม่ดี ทำให้รู้สึกห่อเหี่ยว เพราะว่ารู้สึกตัว การรับรู้ร้อยเปอร์เซ็นต์...ครับ นั่นแหละที่ว่าบางคนแหล่งดี แหล่งเพราะ มันจะน่าฟัง บางคนแหล่งชด ชดพันนี้ เอาแล้วหล่าว ไอนี้แล้วหล่าว (ครับ บางคนพูดดี พูดเพราะ มันน่าฟัง บางคนพูดไม่เพราะ แบบนี้ เอาอีกแล้ว ทำแบบนี้อีกแล้ว)(ID9T1)

คิดถึงอนาคต อยากหาย มีกำลังใจสู้ต่อ

หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือ จนพ้นภาวะหายใจล้มเหลว ความหวังที่เกิดขึ้นในใจของผู้ป่วย คือ อยากหาย อยากกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ ภารกิจต่างๆที่ต้องกลับไปทำนี้ สร้างกำลังใจในการต่อสู้กับการเจ็บป่วยครั้งนี้ บางรายเริ่มเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพมากขึ้น โดยบอกกับผู้วิจัยว่า จะดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น รับประทานผักมากขึ้น ออกกำลังกายมากขึ้น ดูแลฟื้นฟูสภาพตัวเองให้ดีขึ้นก่อนถึงจะกลับไปทำงานตามปกติ บางรายคิดถึงอนาคตลูก อยากมีชีวิตอยู่เพื่อเลี้ยงดูลูก เมื่ออาการดีขึ้น พยายามลุกนั่ง ช่วยเหลือตัวเอง บางรายเป็นห่วงพ่อแม่ที่ลำบากต้องมาเยี่ยมตนเองที่โรงพยาบาล

คิดมาก...คิดถึงอนาคต...กลัวว่าลูกเมียจะลำบาก...เป็นคนทำงาน เป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องดูแลครอบครัวเรา...ตอนนั้นคิดว่าหมดสภาพ ทำอะไรไม่ได้แล้ว แฟนบอกว่าเขาจะช่วย เขาก็ทำงาน ทำร้านเสริมสวย ผมก็ทำอยู่กับพ่อตาแม่ยาย ก็อาจต้องทำงานน้อยลง ไว้ให้แข็งแรงกว่านี้ก่อน ต้องทำตัวให้ดี ต้องดูแลตัวเอง คิดแล้วมันเป็นอะไรที่ทรมานที่สุด.. ก็คิดว่าต้องดูแลตัวเอง กินผักเยอะขึ้น ต้องออกกำลังกาย บ้าง พักผ่อนให้หายดีก่อน (ID2T1)

มันมีหลายอย่าง ก็คิดอยู่ ไม่รู้จะเล่ายังไงเรื่องลูก ก็อยากพาลูกให้ตลอดรอดฝั่ง ห่วงแต่คนกลางเรื่องงานการที่ทำยังไม่ดีเท่าไร ทำอะไรก็ยังไม่ค่อยถนัด แต่คนโตไม่ค่อยมีอะไร คนโตกับคนเล็กไม่มีอะไร เดียวก็พากันไปได้ เคยผ่าตัดที่พระมงกุฎ เขาก็ยังทำมาหากินปกติอยู่ เป็นชั่วคราว แต่ต้องกินยาตลอดชีวิต เป็นหัวใจโต แล้วก็หัวใจรั่ว เลยต้องกินยาตลอดชีวิต นี่เขาเปลี่ยนลิ้นหัวใจไป เปลี่ยนเป็นลิ้นเทียม ต้องไปเช็คเลือดเรื่อยๆ ก็เป็นห่วงเขา ลูกเมียอีก เขาก็ไปได้เรื่อยๆ ยังทำงานได้ตามปกติ ไม่มีเหนื่อยอะไรมาก อนาคตของลูก ก็ลูกนะ ให้โตยังไงเราก็ยังเป็นห่วง พ่อเราเจ็บหนัก ก็

คิดว่าจะช่วยเขาได้แค่นั้นพอผ่านตรงนั้นมา ก็มาคิดอีกทีหนึ่ง คุณหมอบอกเขาก็ช่วยเราให้รอดแล้ว ทีนี้เราต้องทำตัวเอง ต้องรักษาสุขภาพตัวเอง ตอนนี้อะไรจะดีขึ้น น่าจะดูแลตัวเองได้ แต่มั่นเสียอยู่อย่างเดียว เวลาเราเดินไม่ได้มาก จะรู้สึกเหนื่อย ไม่ได้ออกกำลังกาย นอนอยู่อย่างนี้ตลอด (ID4T1)

ถ้าตัวคนเดียว ไม่กลัวอะไรแล้ว พอมีลูก ก็ห่วงลูก ทำให้เราต้องสู้ ผ่านตรงนั้นมาได้เพราะลูก สงสารเขา ลูกยังเล็กอยู่ ถ้าเป็นอะไรไป แฟนก็คงแต่งงานใหม่ เขาจะดูแลลูกเรายังไง แม่ใหม่ยังงี้ก็ไม่ใช้ลูกเขา ไม่เหมือนเราดู เราเลี้ยงมาเอง เราก็เลยต้องสู้...วันหลังๆ ถึงดีขึ้น เหมือนพอหายเหนื่อย หายปวด อยากทำอะไร ขอเขาแปรงฟัน ลูกนั่ง รู้สึกดี อยากดีขึ้นเร็วๆ...คิดถึงเขา ต้องกลับไปดูแลเขา (ID6T1)

ยังพ่อแม่อีก แก่แล้ว ต้องมาคอยดูแล ขึ้นลิฟต์ก็ไม่มีเงิน ทั้งพ่อทั้งแม่ มาทุกวัน อาศัยห้อง(น้อง) น้องสาวก่อนไปทำงาน (น้องสาวก่อนจะไปทำงาน) ก็พามาส่งข้างหน้าบ้าน รอ พอใครมาก็ขึ้นมาอยู่กับเขา อันที่จริงผมหนะต้องดูแลเขา นี่ต้องให้เขาลำบาก หลบบ้านก็ไม่รู้อยู่พริ้วพริ้ว (กลับบ้านไปก็ยังไม่รู้จะอยู่ยังไง) ก็ต้องเป็นภาระเขาอีก (ID9T1)

ก็มีใครบอกว่า เหมือนน้อยใจโชคชะตา ทำไมเราถึงเป็นแบบนี้ เมื่อไหร่เราจะหาย อาจจะด้วยหลายๆอย่าง เหมือนกิจกรรมหลายๆอย่างเพื่อนทำได้ แต่เราทำไม่ได้ กลัวว่าจะหายไม่ทันเปิดเรียนมากกว่า ส่วนใหญ่จะเครียดเรื่องเรียน แม่พยายามให้ครอบครัวหลายครั้งแล้วเวลาไม่สบาย แต่หนูไม่ยอมครอบครัว ไม่ครอบครัวดีกว่า ตกลงไปเรียนทันจนได้ มีเพื่อนช่วย เพื่อนอะไรด้วย ตอนนั้นหนูก็คิดเยอะ คิดไปเรื่อย ถ้าหนูกลับไปเรียนไม่ได้ หนูจะทำงานอะไร หนูว่าอย่างน้อยหนูต้องเรียนให้จบ ถ้าหนูเรียนไม่จบต้องทำงานแบบหนักๆ แล้วหนูจะทำไหวหรือ หนูว่าหนูใจสู้ละ หนูไม่ยอม (ID12T1)

จากผลการศึกษารูปได้ว่าผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่า 1) เครื่องช่วยหายใจเหมือนเป็นปอด ช่วยหายใจยามไม่มีแรง เป็นความรู้สึกที่ดีกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ เวลาที่ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้ด้วยตนเอง 2) ใส่เครื่องช่วยหายใจ เหมือนคนใกล้ตาย หาที่พึ่งทางใจช่วยคุ้มครอง เป็นความรู้สึกกลัวที่เห็นว่าตนเองมีอุปกรณ์ทางการแพทย์สำคัญอยู่กับตัว ซึ่งน่าจะเป็นสิ่งที่บอกว่าคุณเองอาการหนัก ความไม่แน่ใจว่าจะรอดชีวิตจึงเกิดขึ้น ยามนั้นคิดถึงบุคคลที่รัก เคารพ สิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ 3) ทรมานกับอาการเจ็บปวด แต่ต้องทำใจอยู่กับมันให้ได้ การใส่

ท่อช่วยหายใจเป็นสิ่งที่สร้างความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน อยากเอาออก แต่รับรู้ว่าเป็นสิ่งช่วยชีวิต
 จึงต้องอดทนและปรับใจให้อยู่ในสถานการณ์เช่นนี้ให้ได้ 4) เจ็บเหมือนจะขาดใจ เวลาไอและดูด
 เสมหะ ขณะดูดเสมหะเหมือนดูดเอาอากาศที่กำลังหายใจออกมาด้วย ดูดเสมหะเมื่อใดจึงเหมือน
 ขาดใจทุกครั้ง 5) รู้สึกขัดใจ สื่อสารอะไร ไม่มีใครเข้าใจความต้องการ เมื่อไม่สามารถพูดสื่อสาร
 ตามปกติได้จากท่อช่วยหายใจที่กีดกัน พยายามบอกสื่อสารอย่างไรก็ไม่เข้าใจ สุดท้ายก็ได้แต่นิ่ง
 แล้วก็เก็บความขัดใจไว้คนเดียว 6) จะหลับตาลงได้อย่างไร ในเมื่อใจมีแต่ความกลัว อุปกรณ์
 เครื่องช่วยหายใจบ่งบอกความวิกฤตในชีวิต ความต้องการมีชีวิตรอด ทำให้ต้องตื่นและเฝ้าระวังสิ่ง
 ที่จะเกิดขึ้นกับตัวเองตลอดเวลา 7) ได้รับความบริการดี เริ่มมีกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองน่าจะปลอดภัย เมื่อ
 รู้สึกคุ้นเคย ความไว้วางใจก็เกิดขึ้น ความรู้สึกปลอดภัยเริ่มกลับคืนมา และ 8) คิดถึงอนาคต อยาก
 หาย มีกำลังใจสู้ต่อ อาการเจ็บป่วยดีขึ้น พละกำลังที่เริ่มกลับคืนมา คิดถึงอนาคต สร้างฝันและลุก
 ขึ้นมาดูแลตนเอง

บทที่ 5

อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสบการณ์ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจโดยใช้ระเบียบวิธีแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความ เพื่อค้นหาความคิด ความรู้สึก ความจริงจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลขณะที่เจ็บป่วยได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ การวิจัยนี้เลือกสนามศึกษา คือ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ตอนล่างที่ได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ผู้ให้ข้อมูลคือผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจจากภาวะหายใจล้มเหลวเป็นเวลาอย่างน้อย 6 วัน เป็นการใส่ท่อช่วยหายใจครั้งแรก โดยผ่านการรักษาตัวในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต และมีความเต็มใจในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการบันทึกเทปการสนทนา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา ซึ่งมีการดำเนินการไปพร้อมๆกับการเก็บรวบรวมข้อมูล และยุติลงเมื่อข้อมูลอิ่มตัว โดยมีผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 12 คน

ผลการวิจัย ประสบการณ์ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ สามารถแบ่งเป็น 8 ประเด็น คือ 1) เครื่องช่วยหายใจเหมือนเป็นปอด ช่วยหายใจยามไม่มีแรง 2) ใส่เครื่องช่วยหายใจ เหมือนคนใกล้ตาย หาที่พึ่งทางใจช่วยคุ้มครอง 3) ทรมานกับอาการเจ็บปวด แต่ต้องทำใจอยู่กับมันให้ได้ 4) เจ็บเหมือนจะขาดใจ เวลา ไอและดูดเสมหะ 5) รู้สึกขัดใจ สื่อสารอะไร ไม่มีใครเข้าใจความต้องกา) จะหลับตาลงได้อย่างไร ในเมื่อใจมีแต่ความกลัว) 7) ได้รับบริการดี เริ่มมีกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองน่าจะปลอดภัย แล) คิดถึงอนาคต อยากหาย มีกำลังใจสู้ต่อ

1. เครื่องช่วยหายใจเหมือนเป็นปอด ช่วยหายใจยามไม่มีแรง

ภาวะหายใจล้มเหลวทำให้ผู้ให้ข้อมูลทุกรายต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ เป็นภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต ผู้ให้ข้อมูลจึงเปรียบเครื่องช่วยหายใจเสมือนอวัยวะหนึ่งที่สำคัญของร่างกาย นั่นคือ ปอด มาช่วยในการหายใจยามเหนื่อย ยามที่หายใจเองไม่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของภัทรพร จันทรประดิษฐ์ (2543) ที่กล่าวว่า “ ประหนึ่งสิ่งช่วยหายใจยามไม่มีแรง” และ อรนิภา รสจ๋า และคณะ (2554) ที่กล่าวว่า “เสมือนเป็นสิ่งที่ช่วยชีวิต” ผลการศึกษาครั้งนี้อธิบายได้ว่าเครื่องช่วยหายใจเป็นอุปกรณ์ในการรักษาโดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถหายใจได้ใกล้เคียงหรือเท่าปกติ เป็นการรักษาระดับของค่าความดันออกซิเจนในเลือดแดง(Partial pressure of oxygen : PaO₂) และค่าความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง (Partial pressure of carbondioxide : PaCO₂) ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม แต่ยังคงคำนึงถึงการลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator induced lung injuries:VIL) การทำให้ผู้ป่วยสามารถหายใจได้สัมพันธ์

กับเครื่องช่วยหายใจ และการพยายามให้ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็วที่สุด (ฉันทาย สิทธิพันธ์, 2554) แต่เครื่องช่วยหายใจจะมีประสิทธิภาพ ได้นั้น นอกจากการกำหนดค่าต่างๆ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยทั้งจำนวนครั้งในการช่วยหายใจ ค่าความดันหรือปริมาตรที่พอเหมาะ รวมถึงรูปแบบการช่วยหายใจ แล้ว สิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายในการหายใจมากที่สุด คือ พยาบาล ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมิน ติดตามอาการ เฝ้าระวังความเปลี่ยนแปลง ตลอดจนเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นของผู้ป่วย เพื่อให้การช่วยหายใจมีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า ใสแล้ว สบายขึ้น ดีขึ้น ไม่ต้องออกแรง เป็นสิ่งที่ช่วยผ่อนแรง จนบางรายเรียกเครื่องช่วยหายใจว่าเป็น “เป็นเครื่องที่แบ่งเบาภาระในการหายใจ”

2. ใสเครื่องช่วยหายใจ เหมือนคนใกล้ตาย หาที่พึ่งทางใจช่วยคุ้มครอง

แม้ว่าเครื่องช่วยหายใจจะเป็นอุปกรณ์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวกขึ้น แต่ทว่าการได้รับเครื่องช่วยหายใจที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าการใสเครื่องช่วยหายใจ ทำให้เหมือนอาการหนัก รู้สึกเหมือนคนใกล้ตาย และต้องเข้ารับการรักษาตัวในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตก็เปรียบเสมือนการบ่งบอกถึงอาการหนักของการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยบางรายรู้สึกกลัวและคิดว่าตัวเองอาจจะไม่รอดจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า วัยผู้ใหญ่เป็นช่วงวัยที่สร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสร้างครอบครัวที่อบอุ่น การต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยจึงเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อน (Unexpected crisis) (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554) ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้มีการเตรียมตัวล่วงหน้า โดยเฉพาะผู้ ให้ข้อมูล ต้องปรับตัวรับมือกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นบทบาทที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เนื่องจาก การเจ็บป่วยทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง ต้องประสบกับความกลัวหลายอย่าง กลัวว่าร่างกายไม่สามารถกลับสู่ภาวะปกติ กลัวความพิการ และกลัวความเจ็บปวด ดังนั้น ผู้ให้ข้อมูลจึงเกิดการปรับตัวในระยะวิกฤต เมื่อเจอเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อน ระยะเวลาจะตื่นตกใจจนขาดสติสัมปชัญญะ เกิดอารมณ์เครียด ร่วมกับภาวะหวาดวิตกและกังวล (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554) สำหรับผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูล บางรายรู้สึกกลัวและทรมานทรมานกับอาการหายใจไม่ออก แม้ว่าจะได้รับการใสเครื่องช่วยหายใจแล้ว แต่ความรู้สึกกลัวก็ไม่ได้ออกไปจากจิตใจ ครั้งนี้แม้รู้ว่าโอกาสรอดชีวิตมีมากกว่า แต่ผู้ป่วยก็ยังรู้สึกกังวลเฝ้ามองอาการผิดปกติอื่นๆ เช่น ชีพจรที่เต้นช้าลงกว่าปกติ หรือจำนวนความเข้มข้นของออกซิเจนที่ได้จากการวัดออกซิเจนในกระแสเลือดลดลงกว่าปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภัทรพร จันทร์ประดิษฐ์ (2543), Samuelson (2011) ที่ว่ากลัว กังวลว่าเครื่องช่วยหายใจไม่มีประสิทธิภาพ ถ้าเครื่องร้องตนเองจะเป็นอะไรไปรีเปลา รู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต และเฝ้าระวังตนเองจากความตาย

ดังนั้น สิ่งสำคัญที่พยาบาลจะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยบรรเทาความกลัว ความวิตกกังวล ต้องอาศัยทักษะในการสื่อสาร ใช้ภาษาท่าทางประกอบภาษาพูด ที่ท่า แหวดตา การให้กำลังใจ เป็นทักษะที่ควรใช้เสริมกำลังใจให้กับผู้ป่วยโดยเฉพาะในช่วงที่อาการเศร้าหรือเครียด เพื่อให้เข้มแข็งและสู้ต่อไป นอกจากนี้การให้ข้อมูลที่เพียงพอ กะทัดรัด เข้าใจง่าย เป็นทักษะในการสื่อสารของพยาบาลที่จะช่วยลดความกลัว วิตกกังวลของผู้ป่วย (ชิษณุ พันธุ์เจริญ, ม.ป.ป.)

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังอธิบายได้ว่าเมื่อมีภาวะวิกฤตเกิดขึ้น ทำให้ ผู้ให้ข้อมูลมีเวลาในการทบทวนเรื่องราวในชีวิต (Life review) เป็นการระลึกความทรงจำที่เป็นประสบการณ์ในอดีต เพื่อค้นหาความหมายและคุณค่าในชีวิต ช่วยเยียวยาด้านอารมณ์และความรู้สึกในจิตใจ (Jenko, Gonzalez, & Seymour, 2007 อ้างในทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) ดังเช่นผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลหาที่พึ่งทางใจ บนบานขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยชีวิตตน สวดมนต์ ไหว้พระ คิดถึงเรื่องราวกรรมและการทำใจให้ยอมรับความตายที่กำลังจะมาถึง ผู้ให้ข้อมูลจะบอกเล่าว่าคิดถึงบุพการี ผู้ที่เลี้ยงดูให้คุ้มครอง และเยียวยาจิตวิญญาณตนเองโดยการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา เป็นที่พึ่งที่ทำให้เกิดพลังใจและยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น โดยการทำบุญ สวดมนต์ ไหว้พระเพื่อให้เกิดความสงบทางจิตใจ จากสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่า พอสรุปได้ว่า เมื่ออยู่ในภาวะวิกฤต ผู้ให้ข้อมูลมีความต้องการเยียวยาทางจิตวิญญาณ ซึ่งปัจจุบัน การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตโดยส่วนใหญ่พยาบาลมุ่งเน้นการช่วยเหลือโดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยปลอดภัยและผ่านพ้นภาวะนี้แข่งขันกับเวลาที่เร่งรีบ ทำให้การดูแลทางจิตวิญญาณ ไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร สอดคล้องกับทัศนีย์ ทองประทีป (2552) กล่าวไว้ว่า ปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดของการดูแลมิติจิตวิญญาณ คือ ลักษณะของผู้ป่วย สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมการทำงานของหน่วยงาน ความเร่งรีบเพื่อช่วยผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต การใช้เทคโนโลยีต่างๆ ล้วนมีผลต่อการพยาบาลมิติจิตวิญญาณ เพราะการช่วยเหลือมักเพื่อรักษาการทำหน้าที่ของอวัยวะและชีวิตก่อนเป็นอันดับต้นๆ กระบวนการช่วยเหลือด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ และการดูแลมิติจิตวิญญาณเหมือนอยู่คนละขั้ว อาจทำให้พยาบาลเกิดความไม่มั่นใจในการปฏิบัติได้ ซึ่งในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นวัยที่เรียนรู้ตนเองจากมุมมองของคนอื่นเป็นตัวของตัวเองและพึ่งพาคนอื่นน้อยลง การปฏิบัติตามหลักศาสนาหรือศาสนาเป็นตัวของตัวเอง ไม่เชื่อหรือศรัทธาอะไรตามใครง่ายๆ จะปฏิบัติตามที่ตัวเองคิดและเข้าใจ ส่วนวัยผู้ใหญ่ตอนกลางขึ้นไปจะตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงของชีวิตดีขึ้น เข้าใจว่ามีบางสิ่งบางอย่างที่เหนือความควบคุมของมนุษย์ บางรายเรียนรู้ว่าความจริง (Truth) นั้นมีหลายแง่มุมและซับซ้อน วัยนี้จะเรียนรู้ว่าความศรัทธา ความเชื่อหรือการปฏิบัติตามหลักศาสนามีผลอย่างไรต่อการดำเนินชีวิต บางคนอาจยอมรับสัญลักษณ์เรื่องราวที่เล่าต่อกันมา พิธีกรรมที่เกี่ยวกับพระเจ้าหรือจิตวิญญาณเชื่อว่าไม่ใช่เรื่องระหว่างบุคคล แต่มีความหมายมากกว่านั้น ลึกลับมากกว่าที่จะอธิบายได้ การรำลึกถึง

พระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ด้วยการสวดมนต์ ปฏิบัติตามความเชื่อ เป็นวิธีการสร้างความมั่นใจ เนื่องจากวัยนี้มีความเข้าใจในศรัทธา และความเชื่อของตนเองเป็นอย่างดี ศรัทธาต่อสิ่งที่มีคุณค่าต่อตัวเอง จึงสามารถนำศรัทธาที่มีอยู่มาเป็นหลักในการดำเนินชีวิต ดังนั้น การดูแลทางด้านจิตวิญญาณร่วมกับการดูแลทางด้านร่างกายและจิตใจจึงเป็นบทบาทที่สำคัญที่พยาบาลต้องพึงระลึกไปด้วยกันเสมอ

ดังนั้นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลที่ต้องตระหนักอยู่ตลอดเวลา คือการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ซึ่งจารุวรรณ บุญรัตน์และสุพัตรา อุปนิสากร (2555) ได้สรุปรูปแบบการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต ต่ที่พยาบาลต้องมีการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ การอำนวยความสะดวกในการทำพิธีกรรมทางศาสนาและความเชื่อ การใช้วัจนะภาษาเพื่อแสดงถึงความเข้าใจ และการดูแลเอาใจใส่ และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่สอดคล้องกับความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย

3. ทรมานกับอาการเจ็บปวด แต่ต้องทำใจอยู่กับมันให้ได้

การต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ พึงประสงค์สำหรับผู้ป่วย แม้ว่าผู้ป่วยยอมรับว่าการได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นสิ่งที่จะช่วยชีวิตได้ แต่ก็ได้รับความเจ็บปวดจากการมีท่อช่วยหายใจค้ำอยู่ บางรายรู้สึกเจ็บเหมือนมีอะไรที่แทงอยู่ในคอ บางรายเจ็บมากและรำวไปที่อวัยวะส่วนอื่นจนต้องร้องไห้ต่อความเจ็บปวดที่ได้รับ ความรู้สึกต่างๆเหล่านี้ ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกทรมาน และไม่เคยประสบมาก่อนในชีวิต อยากเอาท่อช่วยหายใจออก แต่ทำไม่ได้ดังที่ใจต้องการ เนื่องจากตนเองยังหายใจเองไม่ได้ สิ่งที่ทำได้คือหายใจเข้าลึกๆทางปาก ตามคำแนะนำของแพทย์ อดทนต่อความเจ็บปวด ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นและยอมปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ เพื่อรอวันเวลาที่หายใจป่วยและเอาท่อช่วยหายใจออก ผลการศึกษาอธิบายได้ว่าการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและส่งผลให้เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ เกิดความสูญเสียความสมดุลทางอารมณ์ มีความรู้สึกกลัว กังวล ผู้ป่วยจะปรับตัวโดยใช้กลไกต่างๆ สิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจะประกอบด้วย 4 ระยะ คือ ระยะตื่นตกใจ ระยะถอนตัวเพื่อปกป้องตนเอง ระยะตระหนักในเหตุการณ์ และเกิดการปรับตัวและเปลี่ยนแปลง (สวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงสิ่งที่เกิดขึ้นว่าเครื่องช่วยหายใจเป็นสิ่งที่จะช่วยชีวิต หลังจากนั้นปรับตัว ปรับใจ ใช้ความอดทนยอมรับสิ่งที่เผชิญอยู่ ปฏิบัติตามสิ่งที่ทีมการรักษาแนะนำ และมีความหวังในการฟื้นหาย ดังนั้นพยาบาลจึงต้องเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยก้าวข้ามภาวะวิกฤตนี้ ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น และปรับตัวเพื่อให้สอดคล้องกับการดูแลรักษา โดยให้การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล ด้วยการให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล สงบเยือกเย็น อธิบายเหตุผลผลการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ให้ญาติและ

บุคคลใกล้ชิดเข้าเยี่ยม ส่งเสริมความรู้สึกในการควบคุมตัวเอง โดยให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ปรึกษาประคองจิตใจ บอกถึงความก้าวหน้าที่ดีขึ้น และช่วยเหลือให้สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้ (พรรณงาม พรรณเชษฐ์, 2551)

4. เจ็บเหมือนจะขาดใจ เวลาไอและดูดเสมหะ

ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อและเครื่องช่วยหายใจ เล่าถึงประสบการณ์ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการไอเพื่อขับเสมหะ ซึ่งจะเป็น “ความเจ็บปวดซับซ้อน” หากได้รับบาดเจ็บที่ทรวงอก นอกจากนี้การดูดเสมหะเป็น อีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ ความเจ็บปวดที่เหมือนจะขาดใจ โดยเฉพาะการใส่สายยางดูดเสมหะติดต่อกันหลายครั้ง หรือใส่สายยางลงไปดูดเสมหะอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยรู้สึกจะขาดใจ เนื่องจากหายใจไม่ทัน หากใส่สายยางดูดเสมหะลงไปช้าๆ ผู้ป่วยก็รู้สึกหายใจไม่ออก ผลการศึกษาที่อธิบายได้ว่า การใส่ท่อช่วยหายใจที่สร้างความระคายเคืองทางเดินหายใจ และการดูดเสมหะเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความปวดขึ้น ตัวรับความปวดเป็นอวัยวะรับความรู้สึกส่วนปลายเมื่อถูกกระตุ้น ก็จะส่งสัญญาณความปวดเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่มีบาดแผล เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจะเพิ่มการกระตุ้น ความไวที่ตัวรับความปวด และเนื้อเยื่อที่มีการบาดเจ็บจะเกิดการอักเสบ ปลดปล่อยสารและเซลล์ของกระบวนการอักเสบ ส่งผลให้ความไวของตัวรับความปวดเพิ่มขึ้น (ศศิกันต์ นิมมานรัตน์, 2554) กลไกความปวดดังกล่าวสร้างความเจ็บ ทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ และสร้างความปวดทิวัดในผู้ป่วยที่มีแผลผ่าตัด ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า “เป็นความเจ็บปวดที่ซับซ้อน” ซึ่งความรู้สึกเจ็บอย่างทรมานจากการดูดเสมหะ และจากการไอเพื่อขับเสมหะของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นข้อค้นพบจากการศึกษาที่ผ่านมา สุพัตรา อยู่สุข, 2536; ภัทพร จันทรประดิษฐ์, 2543; อมรรัตน์ สุวรรณมิสสระ, 2549; Van de Leur, et al., 2004) และ Hofhuis, et al., 2008) แสดงว่ากิจกรรมการพยาบาลดังกล่าว ทำให้เกิดความเจ็บปวดกับผู้ป่วย และหากผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อส่วนอื่นร่วมด้วย เช่น ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุ สิ่งเหล่านี้จึงสะท้อนออกมาเป็นความเจ็บปวดที่ซับซ้อนที่พยาบาลต้องตระหนักในการ หาวิธีลดภาวะแทรกซ้อนจากการดูดเสมหะ เช่น การดูดเสมหะเท่าที่จำเป็นหรือมีข้อบ่งชี้ เช่น หายใจเสียงดังครืดคราด ซีพจรเร็วขึ้นหรือลดลง หายใจเร็วขึ้นหรือลดลง ความดันโลหิตสูงขึ้นหรือลดลง และเสียงหายใจออกยาวขึ้น เป็นต้น การให้ออกซิเจนก่อนและหลังการดูดเสมหะ และระยะเวลาในการดูดเสมหะที่อยู่ระหว่าง < 10-15 วินาที ลดความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อหลอดลม ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ และผลกระทบอื่นๆ (The Joanna Briggs Institute, 2000)

5. รู้สึกขัดใจ สื่อสารอะไร ไม่มีใครเข้าใจความต้องการ

การใส่ท่อช่วยหายใจกลายเป็นสิ่งกีดขวางที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ช่องทางในการสื่อสารตามปกติได้ พยายามสื่อสารโดยการใช้อักษรมือ แต่ก็ไม่ใช่ความเข้าใจที่ตรงกัน การเขียนก็ไม่สามารถบอกได้ทุกอย่างที่ต้องการ สร้างความรู้สึกอึดอัด ขัดใจ เบื่อหน่ายที่จะบอกความต้องการของตนเอง ผลการศึกษาอธิบายได้ว่ากระบวนการสื่อสารเป็นสิ่งที่ทำให้พยาบาลสามารถรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วยทั้งด้านบวกและด้านลบ การสนองตอบความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงจิตวิญญาณ และพัฒนาความเชื่อถือไว้วางใจ (Watson, 1985 อ้างใน Bergur, 2013) เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ต้องการการสื่อสารบอกความต้องการของตนเอง แต่เมื่อต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ ทำให้ช่องทางในการสื่อสารถูกปิด ผู้ป่วยพยายามสื่อสารทั้งใช้ภาษากาย การเขียน แต่ก็ยังไม่สามารถสื่อสิ่งที่ตนเองต้องการได้ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหมดหวัง เบื่อหน่าย และเกิดความเครียด (Patak, et al., 2004)

จากการทบทวนวรรณกรรมในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่า การสื่อสารยังเป็นปัญหาที่สำคัญมากของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ และเมื่อพยายามบอกด้วยวิธีการต่างๆดูเหมือนทุกคนจะไม่เข้าใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อกับการสื่อสารดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรพร จันทร์ประดิษฐ์ (2543), อมรรัตน์ สุวรรณมิสสระ (2549), รัตนกร เจริญกุล (2550), Van de Leur, et al. (2004), Hofhuis, et al. (2008) ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหการสื่อสารสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วยการทำสมุดสำหรับเขียนสื่อสาร และสร้างภาพพลิกเพื่อสื่อสารความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยยังสะท้อนถึงการ ไม่ได้รับความสนใจจากพยาบาลใน สิ่งที่ผู้ป่วยพยายามบอกความต้องการ แต่จะถามในสิ่งที่พยาบาลคิดว่าผู้ป่วยเป็น หรือสิ่งที่ต้องการทราบเท่านั้น สิ่งเหล่านี้บอกถึงพยาบาล ยังละเลยการ ให้เวลา หรือไม่มีเวลาเพียงพอในการรับ ฟังสิ่งที่ผู้ป่วยบอก นอกจากนี้การศึกษาของ Patak, et al.(2004) พบว่า สิ่งที่มีผลต่อความยากง่ายในการสื่อสารของผู้ป่วย คือลักษณะบุคลิกภาพของทีมสุขภาพ ได้แก่ ลักษณะที่มีความเมตตา กรุณา ความต้องการในการให้ข้อมูล การมีทักษะในการสื่อสารจึงมีความสำคัญ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะใช้สีหน้า ท่าทาง อากัปกริยา การเขียน หรือแม้กระทั่งการพยายามจะพูดด้วยการทำปากเพื่อให้ผู้อื่นอ่านความต้องการจากริมฝีปากนั้น บุคลากรในทีมสุขภาพต้องใช้ความพยายามและใช้เวลามาก ตลอดจนจำเป็นต้องอาศัยทักษะและประสบการณ์มากพอควรในการที่จะแปลความหมายของการสื่อสารนั้นได้อย่างถูกต้องทันที จึงจะสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ หลายครั้ง พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารให้เข้าใจถึงความต้องการและความรู้สึกของตนเองได้ ในกรณีที่ ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ ซึ่งการสื่อสารในทางสุขภาพมีความ

จำเป็นในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถระบายความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบ พัฒนาความสัมพันธ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อถือและไว้วางใจพยาบาล การยอมรับความจริงและคงไว้ซึ่งความหวัง การส่งเสริมการให้สุศึกษาและการเรียนรู้ การตอบสนองความต้องการของบุคคล คงความเป็นตัวตนของบุคคลไว้ และสามารถบอกเล่าถึงความต้องการทางจิตวิญญาณได้ (Watson, 1985 อ้างใน Bergur, 2013) ดังนั้น การพัฒนาทักษะการสื่อสารสำหรับ ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจของ พยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การพยาบาลเป็นการพยาบาลที่เป็นมืออาชีพ บุญศรี ปราบณศักดิ์และศิริพร จิรวัดณ์กุล (2534) กล่าวว่าความเจ็บป่วยทำให้การสื่อสารด้วยวาจาลดลง การสื่อสารจึงเป็นอวัจนภาษาเป็นส่วนใหญ่ทั้งสีหน้า สายตา และท่าทาง ดังนั้นการทำความเข้าใจผู้ป่วยต้องใช้การสังเกต การแปลความหมายอวัจนภาษานั้นๆ จึงจะได้ข้อมูลที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง แต่สิ่งที่สำคัญในการสื่อสารพยาบาลควรมีความสามารถในการใช้อวัจนภาษาของตนเองในการสื่อสารให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความปรารถนาดี ความสนใจเอาใจใส่ที่มีต่อผู้ป่วยด้วยน้ำเสียง สีหน้า สายตา ท่าทางและการสัมผัส โดยเฉพาะต้องระมัดระวังการควบคุมสีหน้าเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในสภาพการณ์ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือกลัวว่าจะถูกรังเกียจ นอกจากนี้ควรมีการหา แนวทางหรือสร้างนวัตกรรมที่จะช่วยให้การสื่อสารเป็นไปอย่างรวดเร็ว สามารถสื่อได้ตรงความต้องการผู้ป่วย เช่น การศึกษาของ Patak, et al. (2006) ที่มีการนำกระดานสื่อสารมาใช้ พบว่าช่วยลดความหงุดหงิด คับข้องใจ และช่วยให้ง่ายต่อการสื่อสาร อย่างไรก็ตามการสื่อสารก็อาจจะมีข้อจำกัด ถึงความเหมาะสมของแต่ละบุคคล เช่น ปัญหาเรื่องสายตา การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อแขน ในต่างประเทศมีการนำเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์มาช่วยในการสื่อสาร แต่ยังเป็นข้อจำกัดทางด้านงบประมาณ เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสูง

6. จะหลับตาลงได้อย่างไร ในเมื่อใจมีแต่ความกลัว

การได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ เป็นสิ่งที่มาพร้อมกับอุปกรณ์ที่ต้องติดตามเฝ้าระวัง และบรรยากาศของหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ให้ข้อมูลจึงรับรู้ว่าเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต ไม่สามารถนอนหลับได้ คอยเฝ้าระวังภัยให้กับตนเอง กลัวว่าเมื่อมีอะไรเกิดขึ้น ไม่มีใครมาช่วยได้ทัน และอาจจะเสียชีวิต ผลการศึกษาอธิบายได้ว่าความเจ็บป่วย ที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดฝัน (Situational crisis) ทำให้บุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ในทันที เกิดความสูญเสียสมดุลทางอารมณ์ อาจมีความรู้สึกกลัว กังวล อยู่ในระยะตื่นตกใจ ทำให้ตื่นกลัว ไม่สามารถที่จะหลับลงได้ ทั้งยังรู้สึกกลัวไม่ปลอดภัย (สุนิย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับหลายๆ การศึกษาที่ผ่านมา คือ ภัทรพร จันทร์ประดิษฐ์ (2543) พบว่าผู้ป่วยยังรู้สึกหวาดกลัว เกรงว่าตนเองอาจเสียชีวิตหากเครื่องช่วยหายใจหยุดทำงาน อรนิภา รสจ๋า และคณะ

(2554) พบว่าผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงความทรามจากสภาพแวดล้อมด้วยคนตาย อยู่ในหอผู้ป่วยที่มีแต่ผู้ป่วยอาการหนักและเสียชีวิต จำกัดการเยี่ยมที่เป็นเวลา เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวและกลัวตาย และ จากการศึกษาของ Samuelson (2011) ที่พบว่าผู้ให้ข้อมูลตกอยู่ในฝันร้าย ความตาย และความรุนแรงของความเจ็บป่วยหลายระบบ การเข้าใจที่แท้จริงถึงสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถก้าวข้ามจุดเปลี่ยนแปลงของชีวิตในครั้งนี้ พยาบาลควร แสดงพฤติกรรม การบริการที่ดี เช่น การสื่อสารโดยภาษาที่สุภาพ พูดคุยกับผู้ป่วย ทั้งแบบการใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด ระหว่างการพูดคุยใช้การสัมผัสหรือสัมผัสเบาๆ ถ่ายทอดความรู้สึกทางใจ ความเอื้ออาทร ความเข้าใจ ให้กำลังใจ ซึ่งเป็นเครื่องหมายของการแสดงความเข้าใจ และการดูแลเอาใจใส่ การแสดงออกถึงการยอมรับให้ ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เคารพความเป็นบุคคลทั้งผู้ป่วย ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการตัดสินใจด้วยตนเอง ลดการเกิดภาวะสูญเสียอำนาจ เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วม ช่วยเหลือและสนับสนุนให้ มีการใช้เทคนิคผ่านคลายอื่นๆ จะช่วยลดความกลัว มีคนอยู่ใกล้ชิด และแก้ปัญหาพร้อมกัน นอกจากนี้ สิ่งหนึ่งที่ผู้ป่วยสะท้อนให้เห็นว่าไม่อาจจะช่วยเหลือตนเองได้จากการถูกผูกมัด เป็นสิ่งที่พยาบาลควรนำมาตระหนัก และทบทวนการผูกมัดผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี การประเมินผู้ป่วยแต่ละราย การให้ญาติช่วยดูแลและเฝ้าระวังในช่วงเวลาเยี่ยม

7. ได้รับบริการดี เริ่มมีกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองน่าจะปลอดภัย

แม้ว่าผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกกลัวกับการพักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยมีทั้งเครื่องช่วยหายใจและอุปกรณ์การแพทย์ แต่การให้การพยาบาลที่เป็นมิตร ทักทาย พูดให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ขัน สร้างความผ่อนคลาย ลดความเครียด และความกลัว ทั้งยังเกิดความเชื่อใจ มั่นใจต่อการรักษา และรู้สึกปลอดภัยที่ดูแลเอาใจใส่เขาเป็นอย่างดี ขณะเดียวกันท่าที สายตาและคำพูดที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นภาวะ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการอยู่โรงพยาบาล และต้องทำใจกับสิ่งที่เกิดขึ้น ผลการศึกษาอธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลที่ต้องเปลี่ยนบทบาทกลายเป็นผู้ป่วยเมื่อต้องเจ็บป่วยเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล มักจะรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระแก่ผู้อื่น รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าพอเพียงกับเวลาของคนอื่น (สุนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554) การที่พยาบาลเข้ามาดูแล เอาใจใส่ และให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้คุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Samuelson (2011) ที่ว่า การดูแลช่วยเหลือของทีมสุขภาพ จะช่วยลดความเครียด สร้างกำลังใจ และรับรู้ถึงความรู้สึกปลอดภัย ซึ่งสุนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว (2554) ได้กล่าวว่าพยาบาลจำเป็นต้องช่วยเพิ่มคุณค่าให้กับผู้ป่วยด้วยเทคนิคส่งเสริมให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ได้แก่ การแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลรู้จักผู้ป่วย (Giving recognition) พยาบาลเห็นความสำคัญของผู้ป่วย การเรียกชื่อผู้ป่วยอย่างถูกต้อง บอกกล่าวสิ่งที่พยาบาลเห็นในตัวผู้ป่วย หรือเห็นความเปลี่ยนแปลง การให้

ข่าวสาร ข้อมูล ข้อเท็จจริงแก่ผู้ป่วย เช่น การบอกกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมการพยาบาลที่ให้ การช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงสถานการณ์รอบตัว เป็นการให้เวลา ให้ความสำคัญกับผู้ป่วย และการเสนอตนเองเพื่ออยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยในยามทุกข์ (Offering self) เป็นการเสนอตนเองเพื่อรับฟังปัญหาของผู้ป่วย ในยามที่ผู้ป่วยกำลังเศร้า และตื่นกลัว

นอกจากนี้ สิวลี ศิริไล (2553) ได้กล่าวถึงวิชาชีพพยาบาลกับจริยธรรมว่าเป็นวิชาชีพที่ให้บริการแก่สังคม ปฏิบัติโดยตรงกับมนุษย์ ปฏิบัติต่อธรรมชาติของบุคคลที่แตกต่างกัน เป็นการปฏิบัติที่เข้าไปมีส่วนร่วมกับผู้ป่วย อาศัยรูปแบบความสัมพันธ์ที่ร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ต้องใช้ศิลปะความเอื้ออาทร (Caring) ต้องมีความรู้เกี่ยวกับมนุษย์ และเรียนรู้พื้นฐานความเชื่อ คุณค่า ลักษณะเฉพาะตัว และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การดูแลที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับสะท้อนถึงความเอื้ออาทร (Caring) เป็นความห่วงใย ดูแลที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงความรู้สึกอบอุ่นใจและเป็นกันเอง นอกจากนี้ ความเป็นผู้มีอารมณ์ขัน (Humor) ซึ่งสิวลีกล่าวว่า เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาล ที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพจิต ลดความตึงเครียด และช่วยสร้างบรรยากาศที่ดี ช่วยให้พยาบาลและผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเป็นกันเอง ยอมรับและเผชิญความเป็นจริงที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความรู้สึกมั่นใจต่อการรักษาและรู้สึกปลอดภัย

ขณะเดียวกัน ภาระงานที่หนักและเร่งรีบ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนในทิศทางตรงกันข้าม การใช้สายตา คำพูดที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงการสร้างภาระให้กับผู้ดูแล สร้างความหดหู่ เศร้าหมองกับผู้ให้ข้อมูล จึงเป็นสิ่งที่พยาบาลต้องตระหนักถึงจุดนี้ที่จะไม่ไปเพิ่มความทุกข์ใจจากที่มีความทุกข์กายอยู่แล้ว นอกจากนี้ สิวลี ศิริไล (2553) ยังกล่าวถึงองค์ประกอบที่สำคัญในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลที่ควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะที่มนุษย์พึงปฏิบัติต่อกัน อันประกอบด้วย 1) ความเอื้ออาทร (Caring) 2) ความเชื่อถือนและไว้วางใจ (Trust and confidence) 3) ความรู้สึกเอาใจเขามาใส่ใจเรา (Empathy) 4) ความเห็นอกเห็นใจ (Sympathy) 5) การให้ความเคารพ (Respect) และ 6) ความเป็นผู้มีอารมณ์ขัน (Humor) สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพจิต ช่วยลดความตึงเครียด และช่วยสร้างบรรยากาศที่ดี ช่วยให้พยาบาลและผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเป็นกันเอง ยอมรับและเผชิญความเป็นจริงที่เกิดขึ้นได้ องค์ประกอบเหล่านี้จะทำให้การปฏิบัติกรพยาบาลเป็นการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์

8. คิดถึงอนาคต อยากหาย มีกำลังใจสู้ต่อ

เมื่อความเจ็บป่วยทุเลาลง รับรู้ว่าอาการดีขึ้น ผู้ป่วยหันกลับมานึกถึงบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ ตั้งใจปฏิบัติตามที่ทีมสุขภาพให้คำแนะนำ คิดวางแผนในการดูแลสุขภาพตนเอง กลับไปใช้ชีวิตวัยเรียน ไปทำหน้าที่พ่อแม่ ทำหน้าที่ของลูก สร้างกำลังใจในการต่อสู้กับการ

เจ็บป่วยครั้งนี้ ผลการศึกษาชี้ อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยปรับตัวในภาวะวิกฤต เข้าสู่ระยะตระหนักในเหตุการณ์ (Acknowledgement) เริ่มยอมรับในเหตุการณ์ เมื่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้มีการพิสูจน์ว่าเป็นความจริงแล้ว ไม่สามารถปฏิเสธได้อีก หลังจากนั้นเข้าสู่ระยะปรับตัวและเปลี่ยนแปลง (Adaptation and change) ระยะนี้เริ่มยอมรับเหตุการณ์ในทางที่ดีขึ้น ยอมรับในภาพพจน์และเอกลักษณ์ใหม่ของตนเอง เริ่มมีความรู้สึกที่ตัวเองมีคุณค่า ภาวะหวาดวิตกและกังวลลดลง มองเห็นการแก้ปัญหาชีวิต และมีการคาดการณ์ภายหน้าดีขึ้นกว่าเดิม มีกลไกการปรับตัวและทักษะการแก้ปัญหาใหม่ ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว บุคคลโดยทั่วไปมีพลังอำนาจในตนเองที่เกิดได้จากความแข็งแรงของร่างกาย ความเข้มแข็งทางจิตใจ อึดทนในทัศนคติทางบวก พลังงานในร่างกาย ความรู้และความเข้าใจ แรงจูงใจ และระบบความเชื่อของบุคคล (ชอลดา พันธุเสนา, 2536) ซึ่งโดยพื้นฐานของวัยผู้ใหญ่มีพลังในการสร้างชีวิต ความตายเป็นสิ่งไกลตัว และบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบเป็นสิ่งสำคัญ จึงเป็นแรงจูงใจที่พยาบาลสามารถนำมาเป็นจุดที่สร้างพลังอำนาจ ให้เกิดกำลังใจในการปรับตัวกับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น สามารถก้าวข้ามภาวะนี้ นำไปสู่การดูแลสุขภาพ ภาวะของตนเองต่อไป

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ที่ผู้ให้ข้อมูลวัยผู้ใหญ่บอกเล่าถึงประสบการณ์การใส่เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งจะนำผลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1. จากการวิจัยครั้งนี้พบว่ากิจกรรมการพยาบาลบางประการยังไม่ตอบสนองความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยเฉพาะการดูแลและทำความสะอาดในช่องปาก ดังนั้นจึงควรพัฒนาทักษะกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นพื้นฐานการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ คือ การดูแลและทำความสะอาดในช่องปาก
2. ทบทวนกิจกรรมการพยาบาลในการผูกยึดผู้ป่วย ได้แก่ การใช้แบบประเเมนผู้ป่วยเพื่อตัดสินใจผูกยึดผู้ป่วย การพยาบาลในการผูกยึดผู้ป่วย
3. จัดรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ หรือลดความเบื่อหน่าย และความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจตามความเหมาะสมกับวัย และความสนใจของผู้ป่วย เช่น การจัดหาคอมพิวเตอร์ให้ใช้อินเทอร์เน็ตในผู้ป่วยวัยเรียน วัยทำงาน การจัดหาอุปกรณ์สื่อวิทยุ เครื่องเล่น MP3 สำหรับฟังเพลง หรือเทพธรรมะตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย
4. จัดกิจกรรมภายในหน่วยงานโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสะท้อนคิดให้ทีมสุขภาพรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้พยาบาลได้ตระหนักถึงการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

5. พัฒนาทักษะการสื่อสารของทีมสุขภาพ และจัดหารูปแบบการสื่อสารที่หลากหลายในการเลือกใช้ให้เหมาะสม และสามารถสื่อสารได้รวดเร็วกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น สมุดหรือกระดานสำหรับผู้ป่วยที่สามารถเขียนได้ ภาพพลิก หรือภาพตัวอักษรสำหรับผู้ป่วยที่เขียนไม่ได้

6. สอบถาม และตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติ เช่น การสวดมนต์ข้างเตียงตามแต่ละศาสนา การทำตามความเชื่อของครอบครัวโดยไม่ขัดต่อการรักษาเอื้อเพื่อและอำนวยความสะดวกต่างๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ
2. ศึกษาการลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจโดยมีครอบครัวเป็นส่วนร่วม

รายการอ้างอิง

- กัมปนาท ตันสิถบุตรกุล. (2550). ไม่หลับไม่นอนสะท้อนปัญหาอย่างไร. ใน ธวัช ประสาทฤทธา, วันทดา ถมคำพาณิชย์, กัมปนาท ตันสิถบุตรกุล และนิติ พรวิศิษฐ์สกุล. **นอนหลับและนอนไม่หลับ ป้องกันได้ รักษาหาย ด้วยตนเอง**. กรุงเทพฯ: บิ๊ก พูยู.
- การจำและการลืม. (2551). [online] ค้นหาเมื่อ 5 เมษายน 2556, จาก <http://www.learners.in.th/blogs/posts/200148>.
- จารุวรรณ บุญรัตน์ และสุพัตรา อุปนิสากร (2555). การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัวในไอซียู ประสบการณ์ทางการพยาบาล. **วารสารพยาบาลนราธิวาสราชชนครินทร์**, 4(1), 1-13
- จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. (2545). **ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ**. เชียงใหม่ : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ฉันทชาย สิทธิพันธ์. (2554). New (alternative) mode of mechanical ventilator. ใน ดุสิต สดาวร, อนันต์ วัฒนธรรม และเอกรินทร์ ภูมิพิเชษฐ (บก.). **Critical care medicine: Make it easy**. กรุงเทพฯ : ปียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ช่อลดดา พันธุเสนา. 2536. **การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ**. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป.
- ชัชชัย ปรีชาไว และศศิกานต์ นิมมานรัชต์. (2555). การระงับปวดและการระงับประสาทในผู้ป่วยวิกฤต Multiple in Criticare Medicine. ใน รังสรรค์ ภูยานนทชัย และประสพสุข อินทร์กษา (บก.). **เวชบำบัดวิกฤตสงขลานครินทร์**.สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ชาย โพธิสิตา. (2549). **ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ**. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- ชิษณุ พันธุ์เจริญ. (ม.ป.ป.). ทักษะการสื่อสาร. ใน **Communication skill in clinical practice จากมุมมองที่หลากหลาย**. กรุงเทพฯ: สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.
- ทฤษฎีการสื่อสาร. (ม.ป.ป.). [online] ค้นหาเมื่อ 9 มีนาคม 2556, จาก www.images.ranunanet3.multiply.multiplycontent.com/.../ทฤษฎีการสื่อสาร.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). **จิตวิญญาณ มิติหนึ่งของการพยาบาล**. กรุงเทพฯ : วีพริ้นท์.
- ธันต์ชนก วนสุวรรณกุล. (2552). การวัด Cuff pressure และการทดสอบ Cuff leak. ใน สุนิสา ฉัตรมงคลชาติ (บก.). **Respiratory care: ความรู้พื้นฐานสำหรับพยาบาลดูแลระบบหายใจ**. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.

- นรุตม์ เรือนอนุกุล. (2551). วิธีการเปิดทางเดินหายใจ. ใน ทนัยชัย บุญบุรพวงศ์, ธนิต วีรังคบุตร และ
ประสาทนีย์ จันทร (บก.). **การบำบัดระบบหายใจในเวชปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ : ปิยะพันธ์
เอนเทอร์ไพรซ์.
- พงศ์ภารดี เจาพะเกษตริน. (2547). **ความปวด**. กรุงเทพฯ : เมดิมีเดีย.
- พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542.** (2546). กรุงเทพฯ : นานมีบุ๊คส์พับลิเคชันส์.
- พรรณงาม พรรณเชษฐ์. (2551). ภาวะวิกฤตระบบหายใจและการพยาบาล. ใน สุจิตรา ล้อมอำนาจลาภ
และชวนพิศ ทำนอง (บก.). **การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต** (พิมพ์ครั้งที่ 6).
ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา.
- พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุญ. (2553). **ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ** (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : แอคทีฟ
พริ้นท์.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2550). **หลักการและการใช้วิจัยเชิงคุณภาพสำหรับทางการพยาบาล
และสุขภาพ**. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.
- เพ็ญพิไล ฤทธาคณานนท์. (2550). **พัฒนาการมนุษย์** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : ธรรมดาเพรส.
- เพลินพิศ สุานีวิฒนานนท์, สุนิสา ฉัตรมงคลชาติ และนันทมน สิทธิศักดิ์. (2550). มาตรฐานการ
พยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. ใน พิกุลรัตน์ วงศ์พานิชย์ (บก.). **มาตรฐานการ
พยาบาล 3** (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา : ฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เพลินพิศ สุานีวิฒนานนท์, สุพิศ สงนวล และสุมาลี วัจนกร.(2550). มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่
ท่อช่วยหายใจ. ใน พิกุลรัตน์ วงศ์พานิชย์ (บก.). **มาตรฐานการพยาบาล 3** (พิมพ์ครั้งที่ 2).
สงขลา : ฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ภัทรพร จันทรประดิษฐ์. (2543). **ประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ**.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- มานิช หล่อตระกูล. (2544). ความผิดปกติด้านการนอน. ใน มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์
(บก.). **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี** (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ : สวีชาญการพิมพ์.
- รังสรรค์ ภูยานนทชัย. (2552). เครื่องช่วยหายใจ. ใน รังสรรค์ ภูยานนทชัย และบดินทร์ ขวัญนิมิตร
(บก.). **เวชบำบัดสงขลานครินทร์**. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.

- รัตนา สายพานิชย์ และสมบัติ ศาสตร์รุ่งภัก. (2544). Anxiety disorder. ใน มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (บก.). **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี** (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ : สวิชาญ การพิมพ์.
- รัตนกร เจริญกุล. (2550). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความไม่สุขสบายจากค้ำคอช่วยทางเดินหายใจทางปากและใช้เครื่องช่วยหายใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ละออ หุตางกูร. (2534). **หลักพื้นฐานเพื่อการพยาบาลชีว-จิต-สังคม**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยรังสิต ศูนย์เทคโนโลยีทางการศึกษา.
- ลัทพณา กิจรุ่งโรจน์. (2552). การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ใน สุนิสา ฉัตรมงคลชาติ (บก.). **Respiratory care: ความรู้พื้นฐานสำหรับพยาบาลดูแลระบบหายใจ**. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.
- วรรณฯ สมบูรณ์วิบูลย์. (2544). การใช้ยานอนหลับ ยาแก้ปวด และ muscle relaxant ใน ICU. **สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์**, 18(6), 7-22.
- วไลลักษณ์ เสรีตระกูล. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกแปลกแยกของวัยรุ่นไทย. **วารสารวิชาการพระจอมเกล้าพระนครเหนือ**, 20(3), 599-609.
- วิจิตรา กุสุมภ์ และอรุณี เฮงยศมาก. (2553). การจัดการเกี่ยวกับทางเดินหายใจและเครื่องช่วยหายใจ. ใน วิจิตรา กุสุมภ์ (บก.). **การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตแบบองค์รวม** (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : สหประชาพานิชย์.
- วิทยา เลิศวิริยะกุล. (2547). การดูแลทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. ใน สุนิสา ฉัตรมงคลชาติ (บก.). **Respiratory care: การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจน**. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.
- วีณา เทียงธรรม. (2548). ปรัชญาการณิวิทยา (Phenomenology). ใน ประกาย จิโรจน์กุล (บก.). **การวิจัยทางการพยาบาล: แนวคิด หลักการ และวิธีปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ : สร้างสื่อ.
- ศรวิวรรณ ทาสันเทียะ. (2553). **แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายแบบองค์รวมในเด็กป่วยวิกฤตใช้เครื่องช่วยหายใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิวศักดิ์ จุทอง. (2552). การดูแลและเฝ้าระวังในระหว่างการใช้เครื่องช่วยหายใจ. ใน สุนิสา ฉัตรมงคลชาติ (บก.). **Respiratory care: ความรู้พื้นฐานสำหรับพยาบาลดูแลระบบหายใจ**. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.

- สมภพ เรืองตระกูล.(2549) **จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช**กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
 สิวลี ศิริไล. (2553). **จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล** (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่ง
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ. (2551). **ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตและการพยาบาล**. ใน สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ
 และชวนพิศ ทำนอง (บก.). **การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต** (พิมพ์ครั้งที่ 6).
 ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2552). **แนวคิดและทฤษฎีในการพยาบาลผู้ใหญ่**. ใน สุวีพร ธนศิลป์, สุนิศา
 ปรีชาวงษ์ และรุ่งระวี นาวีเจริญ (บก.). **การพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง 2**. กรุงเทพฯ: คณะ
 พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพัตรา อยู่สุข. (2536). **ระดับความทุกข์ทรมานและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานใน
 ผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ
 พยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพัตรา อุนนิสากร. (2555). **การดูแลทางการพยาบาลในผู้ป่วยวิกฤตด้วยกระบวนการ FASTHUG
 and BANDAIDS**. ใน รังสรรค์ ภูยานนทชัย และประสพสุข อินทร์รักษา. (บก.). **เวชบำบัด
 วิกฤตสงฆลานครินทร์ Multiple in Criticare Medicine**. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). **การพยาบาลจิตเวช** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- แสงอุษา สุทธิธนกุล. (2548). **ความผิดปกติด้านการนอน**. ใน มาโนช หล่อตระกูล (บก.)**จิตเวชศาสตร์**
 กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- อดิคุณ ลิ้มสุคนธ์. (2553). **New modes, future reality in mechanical ventilation**. ใน เอกรินทร์
 ภูมิพิเชฐ และไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล (บก.). **Critical care: At difficult time**. กรุงเทพฯ: ป๊ายอนด์
 เอนเทอร์ไพรซ์.
- อมรรัตน์ สุวรรณมิตสระ. (2549). **ประสบการณ์ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่ใส่
 ท่อช่วยหายใจในโรงพยาบาลมะเร็ง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชา
 การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- อรนิภา รสจ๋า, สุภาภรณ์ ดั่งวงแพ่ง, และอาภรณ์ ดีนาน. (2011). **ประสบการณ์ของผู้ที่ได้รับ
 ใสท่อช่วยหายใจ**. นำเสนอในการประชุม The 12th Khon Kaen University Graduate
 Research Conference. [Online] ค้นหาเมื่อ 18 กรกฎาคม 2554, จาก
www.gsbooks.gs.kku.ac.th/54/grc12/files/mmp17.pdf.

- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2553). **การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำนาจ ธิฐาพันธ์. (ม.ป.ป.). **ความปวด Pain : Concept & Mechanism**. [Online] ค้นหาเมื่อ 18 กันยายน 2554, จาก <http://ramacme.ra.mahidol.ac.th/th/?q=node/15>.
- Arroyo-Novoa, C. M., Figueroa-Ramos, M. I., Puntilo, K. A., Stanik-Hutt, J., Thompson, C. L., White, C., et al. (2008). Pain related to tracheal suction in awake acutely and critically ill adults: A descriptive study. **Intensive Critical Care Unit**, 24(1), 20-27.
- Crist, J. D. & Tanner, C. A. (2003). Interpretation/analysis method in hermeneutic interpretive phenomenology. **Nursing Research**, 52(3), 202-205.
- Erikson, E. H. (1993). **Childhood and society**. New York : W.W. Norton.
- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1981). **Effective evaluation**. San Francisco : Jossey Bass.
- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1989). **Four generation evaluation**. California : Sage.
- Happ, M. B., Swigart, V. A., Tate, J. A., Arnold, R.M., Sereika, S. M. & Hoffman, L. A. (2007) . Family presence and surveillance during weaning from prolonged mechanical ventilation. **Heart & Lung**, 36(1), 47-57.
- Hauer, D., Weis, F., Krauseneck, T., Vogeser, M., Schelling, G., & Roozendaal, B. (2009) . Traumatic memories, post-traumatic stress disorder and serum cortisol levels in long-term survivors of the acute respiratory distress syndrome. **Brain research**, 1293, 114-120.
- Hofhuis, G. M., Spronk, P. E., van Stel, H.F., Schrijvers J.P., Rommes, J.H., & Bakker, J. (2008). Experiences of critically ill patients in the ICU. **Intensive and Critical Care Nursing**, 24, 300-313.
- Holloway, I. & Wheeler, S. (2010). **Qualitative research in nursing and healthcare** (3rd ed). Oxford : Blackwell.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. **Journal of Psychosomatic Research**, 11(2), 213-218.
- Koch, T. (1995). Interpretive approaches in nursing research: Influence of Husserl and Heidegger. **Journal of Advance Nursing**, 21, 827-836.

- Kolcaba, K. (2003). **Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research**. New York: Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K., & Kolcaba, J. (1991). An analysis of the concept of comfort. **Journal of Advance Nursing**, *16*, 1301-1310.
- Lafont, C. (2005). Hermeneutics. In Dreyfus, H. L. & Wrathall, M. A. (Ed.). **A companion to Heidegger**. Oxford: Blackwell.
- Patak, L., Gawlinski, A., Fung, N. I., Doering, L., Berg, J. & Henneman, E. A. (2006) . Communication boards in critical care: patients' views. **Applied Nursing Research**, *19*, 182-190.
- Plager, K. A. (1994). Hermeneutics Phenomenology In Benner, P. (Ed.). **Interpretive phenomenology: Embodiment, caring and ethics in health and illness**. USA : Sage.
- Samuelson, K. A. M. (2009). Adult intensive care patients' perception of endotracheal tube-related discomfort: A prospective evaluation. **Heart&Lung**, *40*, 49-55.
- Shives, L. R. (1994). **Basic concepts of psychiatric-mental health nursing** (3rd ed). Philadelphia : Lippincott.
- Sorrell, J. M. & Redmond, G. M. (1995). Interviews in qualitative nursing research: Differing approaches for ethnographic and phenomenological studies. **Journal of Advanced Nursing**, *21*, 1117-1122.
- Spiegelberg, H. (1975). **Doing phenomenology**. The Hague: Martinus Nijhoff.
- Stacy, K. M. (2010). Pulmonary disorder. In Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (Ed.). **Critical Care Nursing**. Canada: Wiley-Blackwell.
- Stiffleet, J., Young, J., Nikoletti, S., & Shaw, T. (2007). Patients' self-report of procedure pain in the intensive care unit. **Journal Clinical Nursing**, *16*(11), 2142-2148.
- Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2007). **Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative**. Philadelphia: J.B.Lippicott.
- Tembo, A. C. & Parker, V. (2009). Factors that impact on sleep in intensive care patients. **Intensive and Critical Care Nursing**, *25*, 314-322.

The Joanna Briggs Institute. (2000). **Best Practice: Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals**, 4(4), 1-6.

Van de Leur, J. P., van de Schans, C. P., Loef, B. G., Deelman, B. G., Geertzen, J. HB., & Zwaveling, J. H. (2004). Discomfort and factual recollection in intensive care unit patients. **Critical Care**, 8(6), 467-473.

Wojnar, D. M. & Swanson, K. M. (2007). Phenomenology: An exploration. **Journal of Holistic Nursing**, 25(3), 172-180.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เอกสารพิจารณาจริยธรรมและเก็บข้อมูลวิจัย

เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ที่ ศธ 0512.11/ 0603



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศทรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

/ค เมษายน 2555

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ที่ให้นิสิตเก็บรวบรวม
ข้อมูลการวิจัย

เรียน รองคณบดีฝ่ายวิจัยและนวัตกรรมคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบข้อเสนอโครงการวิจัย 3 ชุด
 2. ใบขอเก็บข้อมูลจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 3. หนังสือเสนอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
 5. ประกาศการอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์
 6. อัดตประวัติผู้วิจัย

เนื่องด้วย นางสาวมาณี ชัยวีระเดช นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการ
ใส่เครื่องช่วยหายใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงร่าง
วิทยานิพนธ์เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่าน และใคร่ขอความอนุเคราะห์ที่ให้นิสิต
ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยเพศชายและหญิง อายุระหว่าง 18 - 59 ปี ที่มีภาวะหายใจ
ล้มเหลว เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและมีประสบการณ์การได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ
เป็นครั้งแรกเป็นเวลายาวน้อย 6 วัน จำนวน 10 - 15 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและ
แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ โดยขณะสัมภาษณ์ผู้ป่วยถอดเครื่องช่วยหายใจออกแล้วและมีสติสัมปชัญญะ
สมบูรณ์ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวมาณี ชัยวีระเดช เสนอโครงการวิจัย
เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูง
มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152
นางสาวมาณี ชัยวีระเดช โทร. 086 - 962 - 3320



EC: 55-224-19-6-3

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 ตำบลคลองสี่ อำเภอหาดใหญ่
 จังหวัดสงขลา 90110

หนังสือรับรองนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

- โครงการวิจัยเรื่อง** : ประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ
 (EXPERIENCES OF BEING AN ADULT PATIENTS RECEIVING VENTILATOR)
- หัวหน้าโครงการ** : นางสาวมาณี ชัยวีระเดช
- ภาควิชา/คณะ** : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการอนุกรรมการวิจัยธรรมดานวิจัย
 เกี่ยวกับบริบาลผู้ป่วย สิ่งส่งตรวจ และสังคมศาสตร์ ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ แล้ว

ให้ไว้ ณ วันที่ 8 พฤษภาคม 2555

.....ประธานอนุกรรมการ
 (รองศาสตราจารย์นายแพทย์วีระพล จันทร์ดียิ่ง)
 รองคณบดีฝ่ายวิจัย

ขอเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่องประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ

เรียน ท่านผู้อ่านที่นับถือ

ผู้วิจัยขอเล่าถึงโครงการวิจัยที่กำลังทำอยู่ และขอเชิญชวนท่านเข้าร่วมในโครงการนี้ ภาวะหายใจล้มเหลวเป็นภาวะที่พบบ่อยที่สุดในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันและไม่คาดคิดมาก่อน ต้องได้รับการช่วยเหลือ โดยการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ และเข้ารับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตและก่อให้เกิดความไม่สุขสบายแก่ผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงศึกษาประสบการณ์การใส่เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้วิจัยเข้าใจความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยตรง ข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและตรงตามความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การใส่เครื่องช่วยหายใจ สามารถให้ข้อมูลที่ดีที่สุด และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยครั้งนี้ จึงใคร่ขอเชิญชวนท่านเข้าร่วมในโครงการนี้

ถ้าท่านตัดสินใจเข้าร่วมในโครงการนี้ ผู้วิจัยขอสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ ความรู้สึก นึกคิดขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ โดยจะใช้เวลาในการสนทนาครั้งละ 30-60 นาที เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องสมบูรณ์จึงขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา ข้อมูลที่ได้จากท่านจะนำมาวิเคราะห์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา นำเสนอเฉพาะเชิงวิชาการโดยไม่เปิดเผยผู้ให้ข้อมูล จะไม่ทำความเสียหายต่อท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้หรือไม่ ท่านจะยังคงได้รับการรักษาที่ดีที่สุดเช่นเดียวกับผู้ป่วยคนอื่นๆ และถ้าท่านต้องการที่จะถอนตัวออกจากการศึกษานี้เมื่อใด ท่านก็สามารถกระทำได้อย่างอิสระ ถ้าท่านมีคำถามใดๆ ก่อนที่จะตัดสินใจเข้าร่วมในโครงการนี้ โปรดซักถาม คณะผู้วิจัยได้อย่างเต็มที่ ตามสถานที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ 086-9623320 ในเวลาราชการ/ตลอดเวลา

ขอขอบคุณอย่างสูง

ลงชื่อ

(นางสาว มาณี ชัยวีระเดช)

ผู้วิจัย

ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ/ใบยินยอมรับการรักษา

ชื่อโครงการ ประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ

ข้าพเจ้า (นาย นาง นางสาว) (นามสกุล)

ยินยอมรับการโครงการตามวิธีการที่ นางสาว มาณี ชัยวีระเดช

ได้อธิบายให้ข้าพเจ้าทราบ (ดังใบเชิญชวนให้ร่วมโครงการวิจัยที่แนบมานี้)

หากข้าพเจ้ามีข้อสงสัยเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการข้าพเจ้ามีสิทธิซักถามผู้วิจัยได้ในระหว่างเข้าร่วมโครงการ หากการกระทำและคำชี้แจงของผู้วิจัยยังไม่เป็นที่พอใจ ข้าพเจ้ามีสิทธิแจ้งต่อประธานกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน (คณบดี คณะแพทยศาสตร์ โทร.074-451100) หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (โทร.074-451010) ได้ และหากข้าพเจ้าไม่พอใจในการเข้าร่วมโครงการ ข้าพเจ้ามีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการได้ทันที โดยไม่เสียสิทธิในการรับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ต่อไป

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการทั้งหมดตามคำอธิบายข้างต้นแล้ว
ข้าพเจ้า

ยินยอมรับการเข้าร่วมโครงการตามวิธีดังกล่าว

.....

()

(ลายเซ็นผู้ป่วย/อาสาสมัคร)

.....

(วัน/เดือน/ปี)

.....

(นางสาว มาณี ชัยวีระเดช)

(ลายเซ็นนักวิจัย)

.....

(วัน/เดือน/ปี)

.....

()

(ลายเซ็นพยาน)

.....

(วัน/เดือน/ปี)

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์
การบันทึกภาคสนาม
แบบบันทึกการถอดความ และการให้รหัสเบื้องต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายที่.....

วันที่เก็บข้อมูล / / เวลา น. ถึง..... น.

สถานที่.....

ชื่อ-นามสกุล.....นามสมมติ.....

หมายเลขโทรศัพท์..... เลขที่โรงพยาบาล.....

ที่อยู่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ จังหวัด

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล / / เวลา น.

1. ข้อมูลส่วนตัว

1) อายุ ปี

2) เพศ () ชาย () หญิง

3) นับถือศาสนา () พุทธ () คริสต์ () อิสลาม () อื่นๆ

4) สถานภาพสมรส

() โสด () สมรส () หม้าย () หย่า

5) จำนวนสมาชิกในครอบครัว..... คน

6) บทบาทในครอบครัว

() หัวหน้าครอบครัว () สมาชิกครอบครัว () อื่นๆ ระบุ.....

7) ระดับการศึกษา.....

8) อาชีพ.....

9) สิทธิการรักษาพยาบาล

2. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา

1) ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบันและการรักษา

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2) ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

.....
.....
.....
.....

3) ประวัติโรคประจำตัว

- () ไม่มี
- () มี โปรดระบุ

.....
.....
.....
.....

4) อาการและอาการแสดงก่อนการใส่เครื่องช่วยหายใจ

.....
.....
.....

5) ระยะเวลาในการใส่เครื่องช่วยหายใจ..... วัน

ส่วนที่ 2. แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์ : ประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ

แนวคำถามในการเก็บข้อมูลกำหนดจากวัตถุประสงค์และแนวคิดเบื้องต้นในการวิจัย เป็นแนวคำถามกว้างๆ ที่สามารถปรับได้ตามสถานการณ์หรือข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์กำหนดไว้ ดังนี้

1. การเริ่มต้นสนทนา

1.1. แนะนำตนเอง และบอกวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ ประโยชน์ที่จะได้รับ และขอความ

ยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

1.2. พுகุยซักถามเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล

1.3. ขออนุญาตในการบันทึกเสียง

2. ภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล

2.1. อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ศาสนา อาชีพ บทบาทในครอบครัว รายได้ สิทธิการรักษา

2.2. ความเจ็บป่วยในครั้งนี้ โรคประจำตัว

3. ชั้นสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษา

ผู้วิจัยเข้าสู่ประเด็นคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ
คำถามเกริ่นนำ

1. ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยว่า มีอาการอย่างไรถึงต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ

2. นานไหมที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ

คำถามหลัก

1. เครื่องช่วยหายใจ มีความหมายอย่างไรกับท่าน

2. ความรู้สึกหลังใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นอย่างไร

3. ทำไมจึงรู้สึกอย่างนั้น

4. ณะใส่เครื่องช่วยหายใจ ท่านทำอะไรได้บ้าง/ ทำอะไรไม่ได้บ้าง อยากทำอะไรแล้วไม่ได้ทำ

5. ณะใส่เครื่องช่วยหายใจ เกิดอะไรขึ้นบ้างกับท่านที่อยากจะเล่าให้พยาบาลหรือญาติฟัง

6. ท่านรู้สึกอย่างไรกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

คำถามรอง

1. ที่บอกว่ารู้สึก..... รู้สึกอย่างไร
2. ที่บอกว่า..... เป็นอย่างไร ช่วยอธิบายให้ฟังหน่อย

4. ขั้นตอนการสนทนา

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถาม หรือกล่าวในสิ่งที่ต้องการพูดเพิ่มเติม มีแนวคำถาม ดังนี้

1. คุณต้องการจะเล่าอะไรเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ
2. คุณมีอะไรจะซักถามฉัน(ผู้วิจัย) หรือไม่

ผู้วิจัยสรุปประเด็นการสนทนาในครั้งนี้

นัดหมายการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

แบบบันทึกการถอดความ และการให้รหัสเบื้องต้น

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

การสัมภาษณ์ครั้งที่..... วันที่/...../..... เริ่มเวลา..... น. ถึงเวลา น.

สถานที่

บรรทัด	ข้อความ	การถอดรหัส
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

การสัมภาษณ์ครั้งที่..... วันที่/...../..... เริ่มเวลา..... น. ถึงเวลา น.

สถานที่

1. สิ่งที่ต้องการค้นหาเพิ่ม

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. ประเด็นที่ต้องการคำอธิบาย

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. อื่นๆ

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ภาคผนวก ค
ตารางแสดงรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูล
ภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ตารางแสดงรายละเอียดผู้ให้ข้อมูล

ลำดับที่	อายุ	อาชีพ	เพศ	ระยะเวลาการใส่เครื่องช่วยหายใจ (วัน)	ความเจ็บป่วยที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ
1	59	แม่บ้าน	หญิง	6	เป็นโรคเส้นหัวใจรั่ว เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ หลังผ่าตัดมีปัญหาเลือดคั่ง ต้องผ่าตัดซ้ำ หลังผ่าตัดใส่เครื่องช่วยหายใจเพื่อลดการทำงานของหัวใจ
2	46	รับจ้าง	ชาย	8	เป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบสามเส้น เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หลังผ่าตัดมีปัญหาหน้าทวมปอด
3	44	ข้าราชการ	หญิง	7	ประสบอุบัติเหตุ รถตู้พลิกคว่ำ มีอาการบาดเจ็บในช่องอกและช่องท้อง มีภาวะอกรวน เลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด มีการบาดเจ็บของตับ และกระดูกเชิงกรานเคลื่อน เข้ารับการผ่าตัดช่องอกใส่สายระบายทรวงอก และใส่เครื่องช่วยหายใจเนื่องปอดซ้ำ
4	47	รับจ้าง	ชาย	6	เป็นโรคภูมิร่างกายต่อต้านตนเอง (SLE) มีการติดเชื้อ ปอดอักเสบ และเกิดภาวะช็อคจากการติดเชื้อโรค
5	37	ค้าขาย	หญิง	7	เนื้องอกในสมอง มีปัญหาปากเบี้ยว กลืนลำบาก แขนขาอ่อนแรง ได้รับการผ่าตัดก้อนเนื้อในสมองออก หลังผ่าตัดยังมีอาการอ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย กลืนอาหารไม่ได้ ต้องให้อาหารทางสายยาง และพูดไม่มีเสียง

ลำดับที่	อายุ	อาชีพ	เพศ	ระยะเวลาการใส่เครื่องช่วยหายใจ (วัน)	ความเจ็บป่วยที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ
6	23	ทำสวนยาง	หญิง	25	เป็นเนื้องอกตั้งแต่หลอดอาหารส่วนต้น ยาวลงไปถึงในช่องท้อง มีปัญหาทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน ใส่เครื่องช่วยตั้งแต่ก่อนผ่าตัดเพื่อเปิดทางเดินหายใจ
7	27	ธุรกิจส่วนตัว	ชาย	10	เป็นมะเร็งลูกอัณฑะและลูกกลมไปที่ปอด มีอาการเหนื่อยจากปอดติดเชื้อ และมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด
8	35	วิศวกร	ชาย	10	เป็นโรคภูมิคุ้มกันตนเองบกพร่อง มีการติดเชื้อ ปอดอักเสบ ร่วมกับมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด
9	58	ธุรกิจส่วนตัว	ชาย	6	โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ ต้องเข้ารับการผ่าตัดหัวใจเพื่อทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หลังผ่าตัดมีปัญหาเสมหะมาก มีการอุดตันของทางเดินหายใจ
10	54	ทำสวนยาง	ชาย	9	มีการอักเสบในลำไส้ และลำไส้ทะลุติดเชื้อในช่องท้อง ทำให้เกิดภาวะความเป็นกรดในเลือดสูง จึงใส่เครื่องช่วยหายใจเพื่อปรับสมดุลของร่างกาย ลดอาการหอบเหนื่อย
11	36	ลูกจ้างอบต.	หญิง	6	เป็นโรคภูมิร่างกายต่อต้านตนเอง (SLE) เกิดการติดเชื้อในร่างกาย ทำให้เกิดภาวะไตวาย เลือดมีความเป็นกรดสูงและมีน้ำท่วมปอด
12	20	นักศึกษา	หญิง	10	โรคไมแอสทีเนีย แกรวิส (Myasthenia gravis) จะมีปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรง รวมทั้งกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ

ลำดับที่	อายุ	อาชีพ	เพศ	ระยะเวลาการใส่เครื่องช่วยหายใจ (วัน)	ความเจ็บป่วยที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ
					ครั้งนี้มาผ่าตัดต่อมไทรอยด์ และมีปัญหาชักเกร็ง ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อดูแลทางเดินหายใจ

ภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 เพศหญิงอายุ 59 ปี ตีกลศัลยกรรมหญิง วันที่ 12 มิถุนายน 2555

ผู้ให้ข้อมูลเป็นหญิงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ร่างเล็ก ยิ้มแย้ม อารมณ์ดี ไม่ได้ประกอบอาชีพ ก่อนหน้านี้ ทำสวนยางพารา มีลูก 4 คน หลานสืบกว่าคน มีลูกและหลานสลับกันมาดูแล มารดา อายุเจ็ดสิบกว่า นั่งอยู่ข้างเตียง เจ็บป่วยด้วยโรคคลื่นหัวใจรั่วมากกว่าสิบปี รักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ใกล้บ้านด้วยการรับประทานยามาตลอด ระยะเวลาอาการทรุดลง เหนื่อย ไม่มีแรง รับประทาน อาหารไม่ได้ จึงมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลศูนย์ และถูกส่งมารักษาต่อ ครั้งนี้นัดมาผ่าตัดเปลี่ยนลิ้น หัวใจ ใส่เครื่องช่วยหายใจหลังผ่าตัด หลังผ่าตัดมีปัญหาเลือดคั่ง ต้องผ่าตัดซ้ำเพื่อหยุดเลือดที่ออก ใส่เครื่องช่วยหายใจนาน 6 วัน ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าได้รับการดูแลที่ดี รวดเร็ว รู้สึกว่าตนเองแข็งแรงแม้ จะเจ็บป่วยมานาน ผ่านการผ่าตัดใหญ่ถึง 2 ครั้งก็สามารถฟื้นตัวได้เร็ว หลังเอาเครื่องช่วยหายใจ ออก วันรุ่งขึ้นก็สามารถย้ายไปอยู่ตึกสามัญ ทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2 เพศชายอายุ 46 ปี ตีกลศัลยกรรมชาย 2 วันที่ 18 มิถุนายน 2555

ผู้ให้ข้อมูลเป็นชายไทย วัยผู้ใหญ่ ท่าทางเรียบร้อย พูดน้อย มีภรรยามาคอยดูแล มี บุตรชาย 1 คน ช่วยครอบครัวภรรยาทำเส้นขนมจีนส่งตามร้านค้าและขายหน้าร้านเอง ภรรยาเปิด ร้านเสริมสวยเล็กๆ เริ่มมีอาการเจ็บแน่นลิ้นปี่ขณะทำงาน ไปคลินิก แพทย์บอกว่าเป็นโรคกรดไหล ย้อน ได้รับยามารับประทาน อาการยังไม่ดีขึ้น น้องภรรยาที่เป็นพยาบาลจึงพาไปตรวจที่ โรงพยาบาลประจำจังหวัด ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ แล้วบอกว่าเป็นเส้นเลือดหัวใจตีบ ได้รับยา ละลายลิ่มเลือด แล้วส่งมารักษาต่อ ได้รับการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ พบว่าตีบทั้งสามเส้น ต้อง ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ใส่เครื่องช่วยหายใจหลังผ่าตัด หลังผ่าตัดมีอาการหอบเหนื่อย ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจนาน 8 วัน วันที่สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสามารถลุกเดินไปมา แต่ต้องนั่ง - นอนศีรษะสูง ผู้ให้ข้อมูลบอกว่าไม่คิดว่าจะเจ็บป่วยหนักขนาดนี้ รับรู้ว่าพละกำลังในการทำงาน ลดลง คงจะไม่สามารถทำงานหนักได้เท่าเดิม ผู้ให้ข้อมูลซักถาม อยากรับรู้ข้อมูลในการดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร การทำงาน อยากให้สุขภาพกลับมาแข็งแรงให้มากที่สุด ไม่อยากเป็นภาระ ใให้กับภรรยาและครอบครัวภรรยา

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3 เพศหญิงอายุ 44 ปี ตีกลอุบัติเหตุ วันที่ 21 มิถุนายน 2555

ผู้ให้ข้อมูลเป็นนักงบประมาณ อยู่วิทยาลัยสงฆ์ วิทยาเขตจังหวัดนครศรีธรรมราช เกิด อุบัติเหตุรถตู้พลิกคว่ำที่จังหวัดสุราษฎร์ธานีหลังกลับจากงานวันวิสาขบูชาโลกที่พุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม เข้ารับการรักษาและใส่ท่อช่วยหายใจที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด หลังจาก

อาการคงที่ระดับหนึ่ง ขอส่งตัวมารักษาต่อ ผู้ให้ข้อมูลได้รับบาดเจ็บในช่องท้องและช่องอก ออกจากรวนมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด มีการบาดเจ็บของตับ และมีการเคลื่อนของกระดูกเชิงกราน ขณะรับการรักษาได้รับการผ่าตัดในช่องทรวงอก รักษาตัวในไอซียูศัลยกรรมและใส่เครื่องช่วยหายใจ 7 วัน วันแรกๆไปพบผู้ให้ข้อมูลยังปวดมาก ต้องให้ยาแก้ปวดทางน้ำเกลืออยู่ตลอด ทำทางอิดโรยไปเยี่ยมพูดคุย แนะนำตัว ครั้งที่ 3 จึงได้นัดหมายพูดคุยกัน ได้สัมภาษณ์พูดคุยอยู่ 2 ครั้ง ระยะเวลาสั้นๆ หลังจากนั้นไปเยี่ยมและพยายามพูดคุยกับผู้ให้ข้อมูลอีกหลายครั้ง แต่สภาพผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อม บอกเพรียย พูดคุยสั้นๆ และไม่ได้สัมภาษณ์อีก ผู้ให้ข้อมูลต้องการให้มารดาและญาติอยู่ใกล้ซิดตลอดเวลา ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ด้วยตัวเอง ต้องพึ่งพาคูคนอื่นในการทำกิจวัตรประจำวันมีอาการสะดุ้ง ผวาเวลานอนหลับ ต้องส่งปรึกษาแพทย์จิตเวช

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4 เพศชายอายุ 47 ปี ตึกอายุรกรรมชาย 1 วันที่ 27 มิถุนายน 2555

ผู้ให้ข้อมูลเป็นชายวัยผู้ใหญ่ อาชีพค้าขาย อยู่จังหวัดกระบี่ ช่วงที่ไม่สบายมาพักอยู่กับบ้านหลาน(ห่างจากโรงพยาบาลประมาณ 20 กิโลเมตร) เริ่มป่วยด้วยอาการปวดตามข้อ ไอบุสมีเลือดปน รักษาที่คลินิกและโรงพยาบาลใกล้บ้านแล้วไม่ดีขึ้น มีอาการปวดข้อที่รุนแรงขึ้นจึงเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้ ด้วยความคิดว่าเป็นโรงพยาบาลใหญ่ น่าจะมีการตรวจวินิจฉัยที่ดีกว่า ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องต่อตนเอง (SLE) ระหว่างการรักษามีอาการเหนื่อย ความดันตก มีการอักเสบปอดติดเชื้อ ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจนาน 6 วัน หลังเอาเครื่องช่วยหายใจออก ไปพักฟื้นที่ตึกสามัญ ผู้ให้ข้อมูลมีท่าทางอ่อนเพลีย พูดซ้าๆ นอนพักบนเตียง ขา 2 ข้างบวมมาก มีรอยช้ำคอดูแลอยู่ตลอด เดินเข้ามาพูดคุยด้วยเป็นครั้งคราว ผู้ให้ข้อมูลมีบุตรชาย 3 คน บุตรคนที่ 1 และ 3 รับราชการตำรวจ บุตรคนที่สองค้าขาย และมีโรคประจำตัวเป็นลิ้นหัวใจรั่ว ผู้ให้ข้อมูลคูสีหน้ากังวล เมื่อซักถามก็จะบอกเล่าว่าเป็นห่วงบุตรชายคนที่ 2 ที่แต่งงานแล้ว มีบุตร 2 คน แต่งงานยังไม่มั่นคงและมีโรคประจำตัวด้วย เมื่อมีพยาบาลประจำหน่วยมาให้ความรู้เรื่องโรค การดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร ผู้ให้ข้อมูลมีความสนใจคอยซักถามถึงอาหารและการดูแลตนเอง หลังจากทบทวนเวชระเบียนเพื่อค้นหาผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป พบว่าผู้ให้ข้อมูลรายนี้ได้ออกจากโรงพยาบาล หลังจากนั้นได้เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลอีกครั้ง และเสียชีวิตที่หออภิบาลผู้ป่วยด้วยภาวะการณติดเชื้อในกระแสเลือด

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5 เพศหญิงอายุ 37 ปี หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท วันที่ 29 มิถุนายน 2555

ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิง อาชีพค้าขาย ขายอาหารตามสั่ง แต่งงานมีบุตรชาย 1 คน อายุ 11 ปี ปัจจุบันหย่าร้าง มีมารดามาดูแล และมารดาต้องคอยดูแลบุตรชายด้วย ผู้ให้ข้อมูลเริ่มมีอาการปวดศีรษะ ไปรักษาที่คลินิก ได้รับการรักษาแบบภูมิแพ้ อาการปวดศีรษะเป็นๆ หายๆ ไม่ได้

ขึ้น ไม่มีอาการอ่อนแรง หูซ้ายได้ยินลดลง แพทย์จึงทำ MRI พบก้อนเนื้อในสมองร่วมกับมีน้ำคั่งในโพรงสมอง (Left CPA tumor with hydrocephalus) แพทย์บอกว่าถ้าไม่ผ่าตัดจะเสียชีวิตใน 3 เดือน ถ้าผ่าตัดมีโอกาสอ่อนแรง ปากเบี้ยว ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเอาก้อนเนื้อออก หลังผ่าตัด ไม่มีแขนขาอ่อนแรง หรือปากเบี้ยว แต่พูดไม่มีเสียง มีอาการสำลัก ไม่สามารถกลืนได้ ต้องใส่สายให้อาหารทางจมูก และหลังผ่าตัดเกิดโพรงหนองในปอด ได้รับการผ่าตัดอีกครั้งในช่องทรวงอก ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจนาน 7 วัน ในการสัมภาษณ์ใช้การเขียนร่วมกับการจดบันทึก ไปเยี่ยมผู้ให้ข้อมูลทุกสัปดาห์ ผู้ให้ข้อมูลจะมีอาการไข้ เพลียเป็นระยะ แขนขายังไม่มีแรง ต้องไปทำกายภาพทุกวันเพื่อฝึกกล้ามเนื้อให้แข็งแรงและฝึกการกลืน ผู้ให้ข้อมูลจะดูหงุดหงิด สีหน้าเบื่อหน่าย บอกว่าไม่มีเสียง สื่อสารกับมารดา บางครั้งมารดาไม่เข้าใจ ต้องพูดซ้ำๆ อ่อนเพลียไม่มีแรง ยังต้องพึ่งพาคคนอื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน อยากจะทำอะไรด้วยตัวเองเร็วๆ ผู้ให้ข้อมูลอยู่โรงพยาบาลเกือบสองเดือน จึงได้กลับบ้าน โดยมีสายยางให้อาหารทางจมูก เดินด้วยอุปกรณ์ช่วยเดินเนื่องจากกล้ามเนื้อขายังไม่แข็งแรง สื่อสารด้วยการพูดซ้ำๆ และอ่านปากร่วมด้วย

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6 เพศหญิงอายุ 23 ปี ตีกลศัลยกรรมหญิง วันที่ 30 มิถุนายน 2555

ผู้ให้ข้อมูลเป็นหญิงสาววัยผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นแม่บ้านและช่วยครอบครัวทำสวนยาง มีบุตรชาย 1 คน อายุ 3 ขวบ เริ่มมีอาการกลืนลำบาก ไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ทำการส่องกล้อง พบเนื้องอกในช่องอกและช่องท้อง กดเบียดหลอดลม ได้ทำการตัดชิ้นเนื้อ หลังการตัดชิ้นเนื้อเกิดปัญหาลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดและชั้นใต้ผิวหนัง บวมขึ้นทั่วตัว หายใจลำบากและก้อนเนื้อไปกดเบียดทำให้มีปัญหาทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน ต้องใส่ท่อช่วยหายใจของเด็กจึงจะผ่านทางเดินหายใจได้ ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจเปิดทางเดินหายใจระหว่างรอการผ่าตัด และหลังผ่าตัดต้องใส่ท่อช่วยหายใจต่อรวม 25 วัน การผ่าตัดโดนสายเสียงบางส่วน ทำให้ผู้ป่วยพูดได้ แต่เสียงแหบมาก วันนัดสัมภาษณ์พบผู้ให้ข้อมูลเดินไปมาอยู่ที่เตียงผู้ป่วย หน้าตาแจ่มใส ขณะพูดคุยยิ้มอยู่เสมอ อยู่โรงพยาบาลโดยมีพี่สาวและพี่เขยแวะเวียนมาเยี่ยม จะเล่าถึงบุตรชายที่กำลังอยู่ในวัยน่ารัก กำลังสนใจเพราะรู้สึกว่าร่างกายฟื้นตัวเร็ว และพยายามช่วยเหลือตัวเองทุกอย่าง ผู้ให้ข้อมูลจะสอบถามถึงสิ่งที่ผู้วิจัยอยากทราบและเขียนรายละเอียดมาให้บางส่วน สื่อสารโดยการเขียน จดบันทึก พูดคุยซ้ำๆ และอ่านปากร่วมด้วยในครั้งแรกๆ หลังจากนั้นเริ่มมีเสียงบ้าง พอฟังเข้าใจ หลังจากผ่าตัดผู้ให้ข้อมูลต้องฉายรังสีอีกประมาณเดือนเศษ ผู้ให้ข้อมูลจะส่งข่าวสารผ่านข้อความในโทรศัพท์มาบอกเล่าอยู่เสมอเนื่องจากเสียงยังแหบอยู่ หลังจากฉายรังสีได้ประมาณเดือนเศษ ผู้ให้ข้อมูลมีก้อนเนื้อขึ้นมาใหม่ปวดออกมาที่บริเวณลำคอ และมีอาการปวดมาก ต้อง

รักษาซ้ำด้วยการฉายรังสี และรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการปวด หลังจากนั้นจึงได้ทราบข่าวจากการบอกกล่าวของพี่สาวผู้ให้ข้อมูลว่าผู้ให้ข้อมูลเสียชีวิตแล้วที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7 เพศชายอายุ 27 ปี ตีตกอายุกรรมชาย 1 วันที่ 8 มิถุนายน 2555

ผู้ให้ข้อมูลเพศชายวัยผู้ใหญ่ตอนต้น กำลังจะเปิดบริษัทประกันภัย ไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านด้วยอาการไข้สูง หายใจไม่เต็มปอด เหนื่อย ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นปอดอักเสบและมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด เอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบต่อมน้ำเหลืองที่ปอด จึงเข้าห้องผ่าตัดและใส่สายระบายทรวงอก ก่อนเข้าห้องผ่าตัดพยาบาลสังเกตว่าลูกอัมตะโตและไม่เท่ากัน เอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบมะเร็งที่ลูกอัมตะ และมีการลุกลามไปที่ปอด หลังผ่าตัดใส่เครื่องช่วยหายใจและมีสายระบายทรวงอก ยังมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดออกมากและมีอาการเหนื่อย จึงส่งมารักษาต่อ ขณะอยู่หออภิบาลผู้ป่วย ได้รับยาเคมีบำบัด ทำให้น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดลดลง สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ หลังจากได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ 10 วัน ผู้ให้ข้อมูลจะมีคุณแม่ซึ่งเป็นอดีตพยาบาลที่เกษียณแล้วคอยดูแล หลังเอาท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจออก ผู้ให้ข้อมูลมีปัญหาเรื่องเสียงแหบ และต้องส่งปรึกษากับแพทย์หู คอ จมูก หลังเอาเครื่องช่วยหายใจออก ผู้ให้ข้อมูลย้ายไปอยู่ตึกสามัญ และรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดต่อ ได้สัมภาระหลังจากที่ผู้ให้ข้อมูลออกจากโรงพยาบาลแล้ว มาพบแพทย์ตามนัดที่หน่วยผู้ป่วยนอก ผู้ให้ข้อมูลยังคงมีปัญหาเรื่องเสียงแหบ ระหว่างพูดคุยต้องจิบน้ำไปเรื่อยๆ

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8 เพศชายอายุ 35 ปี ตีตกอายุกรรมชาย 1 วันที่ 25 กรกฎาคม 2555

ผู้ให้ข้อมูลเพศชายวัยผู้ใหญ่ เป็นวิศวกรอยู่โรงไฟฟ้า ปัจจุบันเป็นฝ่าย แยกทางกับภรรยา มีบุตรสาว 1 คน มาโรงพยาบาลด้วยไข้สูงเป็นช่วงๆ รู้สึกหายใจเข้าไม่เต็มปอด เหนื่อย ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ หลังเข้ากับการรักษาตัวในโรงพยาบาล พบภาวะปอดอักเสบจากเชื้อราชนิดหนึ่ง (Pneumocystis Pneumonia: PCP) และมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด มีอาการหอบเหนื่อย ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจนาน 10 วัน ขณะไปสัมภาระผู้ให้ข้อมูลนอนศีรษะสูง ทำทางอ่อนเพลีย เวลาพูดยังมีอาการเหนื่อยเล็กน้อย มีมารดาคอยป้อนนมด้วยมือใกล้ และมีบิดานั่งอยู่ห่างออกไป ผู้ให้ข้อมูลปกติเป็นคนแข็งแรง ไม่เคยเจ็บป่วยมาก่อน เจ็บป่วยครั้งนี้รับรู้ว่ามีอาการรุนแรง อ่อนเพลียมาก ไม่มีแรงแม้จะช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ต้องพึ่งพาบิดามารดาที่สูงอายุแล้ว เดินทางไม่สะดวก ขึ้นลิฟต์ก็ไม่ได้ เป็นห่วง แต่เป็นเรื่องจำเป็น ทุ้ๆที่ควรจะเป็นผู้ดูแลมากกว่าบิดามารดาต้องเป็นคนดูแล

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9 เพศชายอายุ 58 ปี ตีกลศัลยกรรมชาย 1 วันที่ 5 สิงหาคม 2555

ผู้ให้ข้อมูลวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย อาชีพทำธุรกิจส่วนตัว บ้านอยู่จังหวัดสตูล สถานภาพสมรส มีบุตร 2 คน สำเร็จการศึกษาและช่วยดูแลกิจการของครอบครัว เป็นคนร่างกายแข็งแรง ไม่เคยเข้าโรงพยาบาล แม้แต่เจ็บป่วยเล็กน้อย ขณะทำงานอยู่เจ็บหน้าอก เจ็บจนต้องนั่งพัก ไม่สามารถยืนได้ ขณะนั้นนั่งพัก หายใจลึกๆ จนอาการดีขึ้น ไม่ได้ไปตรวจที่ไหน เพราะไม่เชื่อมั่นในโรงพยาบาลใกล้บ้าน วันรุ่งขึ้นจึงขับรถมาโรงพยาบาล ตรวจพบเส้นเลือดหัวใจตีบสามเส้น จึงนัดมาผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ ใส่เครื่องช่วยหายใจภายหลังการผ่าตัด หลังผ่าตัดมีภาวะพร่องออกซิเจน มีเสมหะจำนวนมากและมีน้ำใต้ช่องเยื่อหุ้มปอด ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจนาน 6 วัน วันที่สัปดาห์หลังการผ่าตัด 13 วัน หลังเอาท่อช่วยหายใจออก 8 วัน ผู้ให้ข้อมูลนั่งอยู่ที่เก้าอี้ข้างเตียง มีสายให้ยาอยู่ที่ข้อมือ ไม่มีอาการเหนื่อย สีหน้าแจ่มใส ลูกเดินไปห้องน้ำได้ ขณะอยู่โรงพยาบาลมีภรรยาคอยดูแลผู้ให้ข้อมูลมีการเตรียมตัวมาผ่าตัดเพราะรับทราบว่าเป็นการผ่าตัดใหญ่ มีความเสี่ยงอาจจะเสียชีวิต จึงจัดการมอบหมายงานและเตรียมใจในการมาผ่าตัด ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าว่าแม้จะเตรียมร่างกายและจิตใจมาแล้ว แต่สิ่งที่ประสพก็มากกว่าที่คิดไว้ เป็นความเจ็บปวดซับซ้อน เป็นความปวดจนไม่อยากจะทำอะไร ต้องใช้ความอดทน และมีทีมฟื้นฟูมากระตุ้นจึงสามารถลุกขึ้นทำงานสามารถฟื้นตัวได้อย่างดี

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10 เพศชายอายุ 54 ปี ตีกลศัลยกรรมชาย 1 วันที่ 8 สิงหาคม 2555

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย อาชีพทำสวนยางพารา บ้านอยู่จังหวัดพัทลุง มีอาการปวดท้องมาก ถ่ายปัสสาวะ อุจจาระไม่ออก มีไข้ ไปรักษาโรงพยาบาลใกล้บ้าน ได้รับการรักษาโดยการฉีดยา อาการไม่ดีขึ้น กลับบ้านยังปวดมาก กลับไปที่โรงพยาบาลอีกครั้ง แพทย์ให้ตรวจเอกซเรย์ แล้วบอกว่าไม่เป็นอะไรให้กลับบ้านได้ บุตรชายโกรธมากจึงพามารักษาที่โรงพยาบาล ขณะอยู่ห้องสังเกตอาการ ยังปวดท้องมาก หายใจเหนื่อยหอบ ตรวจพบลำไส้อักเสบและทะลุ เจาะเลือดมีภาวะความเป็นกรดสูง จึงใส่ท่อช่วยหายใจ และเข้าห้องผ่าตัดด่วน เพื่อผ่าตัดตัดต่อลำไส้ หลังผ่าตัดมีปัญหาติดเชื้อ หายใจเหนื่อย ใช้สูง ใส่เครื่องช่วยหายใจอยู่ 9 วัน ขณะอยู่โรงพยาบาลมีภรรยาและบุตรมาดูแล ขณะพูดคุย ผู้ป่วยนอนพักอยู่บนเตียง มีไข้ และยังคงอ่อนเพลีย ขณะที่ปวดและเหนื่อยมากๆ ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้คิดอะไร รู้สึกเพียงแต่อยากให้มีใครก็ได้ช่วยให้ผ่านพ้นจากความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานในขณะนั้น เจ้าหน้าที่มาดูแลหรือทำอะไรให้ก็ยินดีทำตามทุกอย่าง อยากได้อะไรบางครั้งก็เกรงใจไม่กล้าบอก รู้สึกดีที่มีภรรยามาคอยเฝ้าดูแลอยู่ใกล้ๆ

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11 เพศหญิง อายุ 36 ปี บ้านพัก ต.ทุ่งหวัง อ.เมือง จ.สงขลา วันที่ 4 พฤศจิกายน 2555

ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิงวัยผู้ใหญ่ แต่งงานแล้วมีบุตรสาว 1 คน อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับมารดาและตายาย ทำงานเป็นเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล มีโรคประจำตัวคือ โรคภูมิร่างกายต่อต้านตนเอง (SLE) และไตวายระยะสุดท้าย (ESRD) ไปรพ.ด้วยอาการไข้สูง เหนื่อย ปัสสาวะออกน้อยลง ไปรักษาโรงพยาบาลประจำจังหวัดอยู่หลายวันอาการไม่ดีขึ้น มารดาจะขอย้ายมารักษาที่โรงพยาบาลนี้ ทางโรงพยาบาลไม่ยินยอมส่งตัว มารดาจึงติดต่อจากองค์การบริหารส่วนตำบล แล้วพาผู้ให้ข้อมูลออกจากโรงพยาบาลเดิม มารักษาต่อเอง มาถึงห้องฉุกเฉิน ผู้ให้ข้อมูลมีอาการช็อค ความดันต่ำ ไตวาย น้ำท่วมปอด เลือดมีภาวะกรดสูง ที่ฉุกเฉินต้องช่วยเหลือโดยใส่ท่อช่วยหายใจ ส่งผู้ไปเข้ารักษาตัวในหออภิบาลผู้ป่วย ใส่สายสำหรับฟอกเลือดที่ขาหนีบและฟอกเลือดเป็นการเร่งด่วน หลังจากนั้นจึงอาการค่อยๆ ดีขึ้น ใส่เครื่องช่วยหายใจนาน 6 วัน หลังการรักษาตัว ผู้ป่วยเป็นไตวายระยะสุดท้ายต้องไปฟอกเลือดต่อเนื่องตามสิทธิการรักษาที่โรงพยาบาลเดิม ระหว่างการรักษามารดามาคอยดูแล ได้สัมภาษณ์พูดคุยกับผู้ให้ข้อมูลหลังจากกลับบ้านไปแล้ว ที่บ้านพัก ผู้ให้ข้อมูลมีสายสำหรับฟอกเลือดอยู่ที่คอด้านขวา สามารถทำกิจวัตรและไปทำงานได้ตามปกติ ผู้ให้ข้อมูลคิดว่าเป็นความโชคดี การที่มีชีวิตอยู่จนถึงตอนนี้เป็น การตัดสินใจที่ถูกต้องของมารดาในการพาผู้ให้ข้อมูลมารักษาตัวที่นี่และได้รับการดูแลที่รวดเร็ว

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12 เพศหญิง อายุ 20 ปี พักอยู่หอพักบริเวณมหาวิทยาลัย อ.เมือง จ.สงขลา วันที่ 11 พฤศจิกายน 2555

ผู้ให้ข้อมูลวัยผู้ใหญ่ตอนต้น กำลังศึกษาอยู่ชั้นปวช.ปีที่ 3 มีโรคประจำตัว คือ โรคไมแอสทีเนีย แกรวิส (Myasthenia gravis) มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง รวมถึงกล้ามเนื้อหายใจ ครั้งนี้แพทย์นัดมาผ่าตัดต่อมไทมัส หลังผ่าตัดมีปัญหาการหายใจร่วมกับมีอาการชัก ต้องเข้ารักษาตัวอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วย ได้รับยากันชัก ติดตามคลื่นไฟฟ้าสมอง และใส่เครื่องช่วยหายใจนาน 10 วัน ผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่กับบิดามารดานุญธรรม และพี่ชายซึ่งเป็นบุตรของบิดามารดานุญธรรม เวลาเปิดภาคการศึกษา จะไปพักในหอพักของมหาวิทยาลัย บิดามารดานุญธรรมเป็นห่วง กลัวว่าความเครียดจะทำให้อาการป่วยทรุดลง ช่วงที่มีอาการป่วยจะให้ผู้ให้ข้อมูลหยุดพักการศึกษา แต่ผู้ให้ข้อมูลไม่ยินยอม กลัวจะเรียนไม่ทันเพื่อน ขณะนั้นผู้ให้ข้อมูลคิดวางแผนไว้ว่าผ่าตัดในช่วงปิดภาคเรียน พอมีอาการแทรกซ้อนก็เกิดความกังวลว่าจะไม่สามารถกลับไปเรียนได้ทันเปิดภาคการศึกษา ทั้งยังกังวลว่าจะสามารถกลับไปเรียนได้อย่างเดิมหรือไม่ ถ้าไม่ได้เรียนอนาคตจะทำอย่างไร การศึกษาที่น้อยนิดจะประกอบอาชีพอะไรได้ พยายามหายใจรู้สึกอ่อนแรง การใส่

เครื่องช่วยหายใจทำให้สบายกว่า สิ่งที่ทำให้มีความพยายามนอกเหนือจากการดูแลของทีม
สุขภาพและครอบครัว คือตัวของผู้ให้ข้อมูลที่มุ่งมั่น ไม่ยอมแพ้ จนสามารถฝึกหายใจจนหย่า
เครื่องช่วยหายใจได้ รักษาตัวให้ดีขึ้นและกลับไปเรียนทันกับการเปิดภาคการศึกษา การผ่านพ้น
ช่วงเวลาวิกฤตนี้คงมีแต่ตัวเองที่เข้าใจและรู้สึกว่าเป็นโตกว่าเพื่อนในวัยเดียวกัน

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว มาณี ชัยวีระเดช เกิดวันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2512 ที่จังหวัดสงขลา สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อปี พ.ศ. 2535 ปี พ.ศ.2541 เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ. 2543 อบรมหลักสูตรพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ และผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ. 2547 เข้ารับการอบรมเฉพาะทางบริหารการพยาบาล ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีพ.ศ. 2553 จนถึงปัจจุบัน ประสบการณ์ด้านวิชาชีพ ปฏิบัติงานที่ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ปีพ.ศ. 2535-2546 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำการ หออภิบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ และเมื่อ ปี พ.ศ. 2546 หออภิบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ได้แยกเป็นหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม และหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม จึงปฏิบัติงานที่หออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ถึงปัจจุบัน ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลชำนาญการ หออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ถนนกาญจนวนิชย์ ตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110