



ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
Experiences of Patients Encountering Difficulty Weaning from Mechanical Ventilation

รุ่งทิพย์ ดารายนตร์
Rungtip Darayon

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)**

Prince of Songkla University

2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
ชื่อผู้เขียน นางรุ่งทิพย์ คารายนตร์
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)

.....

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ช่อลดา พันธุเสนา)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.เกริกชัย ทองหนู)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์ ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
ผู้เขียน นางรุ่งทิพย์ คารายนตร์
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา 2550

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลาอย่างน้อย 14 วัน จำนวน 10 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ขั้นตอนการวิเคราะห์หาคำสำคัญของแวนมาเนน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลรายงานประสบการณ์ความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 4 ลักษณะ ซึ่งแต่ละลักษณะประกอบด้วย ความรู้สึก ผลกระทบ รวมทั้งการดูแลที่ได้รับ ดังนี้

1. เป็นความไม่รู้ ไม่เข้าใจ เนื่องจากได้รับการฝึกหายใจโดยไม่อธิบายให้เข้าใจ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวลและกลัว

2. เป็นความลำบาก ทุกข์ทรมานที่สุดในชีวิต ซึ่งมี 5 ลักษณะ คือ 1) เจ็บปวดทรมานปานจะขาดใจ 2) เหนื่อยทั้งกายและใจเพราะพูดไม่ได้ 3) ทุกข์ทรมานจากการนอนหลับไม่เพียงพอ 4) ขาดอิสระ ไร้อำนาจเหมือนเอาจุกคนอื่นมาหายใจ และ 5) สร้างความลำบากแก่ครอบครัว

3. เป็นความท้อแท้ หดงำลังใจ ซึ่งปรากฏใน 5 ลักษณะ คือ 1) ฝึกหายใจที่ไรเหนื่อยเหมือนจะขาดใจ 2) ท้อใจเมื่อต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ 3) ท้อใจเมื่อมีการติดเชื้อซ้ำ 4) ท้อใจจากความไม่แน่นอนในชีวิต อยู่อย่างไรจุดหมายเหมือนถูกลอยแพ และ 5) ท้อใจเมื่อเจ้าหน้าที่ขาดการเอาใจใส่ดูแล

4. เป็นความสิ้นใจไม่อยากทำแต่จำเป็น โดยรับรู้ถึงความจำเป็นที่ต้องฝึกหายใจ 4 ประการ คือ 1) ต้องฝึกหายใจก่อนจึงสามารถหายใจเองได้ 2) ไม่ต้องการเจาะคอ 3) คิดถึง เป็นห่วงลูกหลานและคนใกล้ชิด/ไม่ต้องการให้ลำบาก และ 4) ยังมีภาระหน้าที่ต้องทำ

อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลสะท้อนปัจจัยส่งเสริมที่ช่วยให้มีความหวังและกำลังใจทำให้สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ใน 3 ลักษณะ คือ 1) ใจต้องสู้ไม่ท้อแท้ 2) ญาติคอยดูแลเอาใจใส่

ให้กำลังใจ และ 3) เจ้าหน้าที่ดูแลรักษาดี นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนความต้องการการดูแล 7 ประการ คือ 1) ได้รับคำอธิบายและการเตรียมตัวก่อนการฝึกหายใจ 2) ขอให้เจ้าหน้าที่อยู่ใกล้ๆ และช่วยทันทีเมื่อมีอาการเหนื่อย 3) ได้รับการบรรเทาเจ็บปวด 4) สามารถสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ 5) ได้รับกำลังใจ คำพูดและการปฏิบัติดีจากเจ้าหน้าที่ 6) ได้รับความเข้าใจในความรู้สึก และ 7) มีญาติอยู่ดูแลตลอดเวลา

ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจอย่างเป็นองค์รวม ตลอดจนเพื่อให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่ดีและได้รับการตอบสนองตามความต้องการในระหว่างการหยาเครื่องช่วยหายใจ

Thesis Title Experiences of Patients Encountering Difficulty Weaning from Mechanical Ventilation
Author Mrs. Rungtip Darayon
Major Program Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year 2007

ABSTRACT

This phenomenological study aimed to explore patients' experiences on encountering difficulty weaning from mechanical ventilation. Ten informants were patients who experienced weaning mechanical ventilation for two weeks or longer. Data were collected using in-depth interview and analyzed using van Manen's analysis. The experiences of weaning difficulty from mechanical ventilation were expressed in the following aspects: 1) being worried and fearful from lack of understanding of the weaning process, 2) living with multiple sufferings, i. e, pain, inability to communicate, inadequate sleep, lack of freedom and independence and bringing family difficulties, 3) being hopeless and desperate from specific situations (dyspnea during weaning, reintubation, repeated infection, feeling of uncertainty, and getting less attention from health teams), and 4) facing unwanted situations (preparing for extubation, being on tracheostomy, being dependent on significant others and resuming routine work). However, the informants reported three supportive factors that helping them to overcome those difficulties: 1) self endeavor, 2) receiving care from family and significant others, and 3) receiving good nursing care. In addition, the informants reflected their needs of care in seven aspects: 1) being informed and prepared for the weaning process, 2) being promptly helped by nurses when having dyspnea, 3) having pain relieved, 4) being able to communicate effectively, 5) being encouraged by the health team, 6) being understood by others, and 7) being close to family and significant others at all times.

The results offer basic knowledge in providing holistic care for patients receiving mechanical ventilation, especially promoting effective care during weaning from the ventilator.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความกรุณา ช่วยเหลือ และให้กำลังใจจากบุคคลต่าง ๆ หลายท่าน ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และขอกล่าวขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ความรู้ คำแนะนำ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทุกขั้นตอน ตลอดจนเป็นกำลังใจที่สำคัญเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจและอบอุ่นเป็นอย่างยิ่ง ทั้งขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ และคณะกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ คณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยอภิบาลการหายใจ ที่ได้ให้โอกาสในการศึกษา และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนกราบขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตลอดการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์ส่วนหนึ่ง เพื่อนำมาใช้ในการศึกษาวิจัย

สุดท้าย ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อและคุณแม่ ตลอดจนคนในครอบครัวทุกคน โดยเฉพาะ บุตร ธิดา และสามีของผู้วิจัย รวมทั้งเพื่อนอันเป็นที่รักทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา ทำให้ผู้วิจัยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคทั้งหลาย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

รุ่งทิพย์ ดารายนตร์

สารบัญ

	หน้า
สารบัญ.....	(7)
รายการตาราง.....	(9)
รายการภาพประกอบ.....	(10)
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิด.....	4
นิยามศัพท์.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	4
ความสำคัญของงานวิจัย.....	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
แนวคิดเกี่ยวกับความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ.....	6
ผลกระทบของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ.....	12
การดูแลผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ.....	21
แนวคิดการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่า เครื่องช่วยหายใจ.....	29
แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	30
3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	34
ผู้ให้ข้อมูล.....	34
บริบทของการศึกษา.....	34
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	35
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	36
ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	36
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	39

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ความน่าเชื่อถือของข้อมูล.....	41
การพิทักษ์สิทธิและจรรยาบรรณของนักวิจัย.....	42
4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	43
ผลการวิจัย.....	43
การอภิปรายผล.....	77
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	93
สรุปผลการวิจัย.....	93
ข้อเสนอแนะ.....	94
บรรณานุกรม.....	97
ภาคผนวก.....	109
ก การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล.....	110
ข เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	111
ค รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย.....	114
ประวัติผู้เขียน.....	115

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	ข้อมูลส่วนบุคคล.....	45
2	ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาและการได้รับเครื่องช่วยหายใจ.....	47

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ.....	76

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวนมาก ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีทั้งที่ป่วยด้วยโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจโดยตรง และป่วยด้วยสาเหตุอื่น แล้วมีผลทำให้ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว แม้ว่าการใช้เครื่องช่วยหายใจสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยที่มีระบบทางเดินหายใจล้มเหลวได้ แต่อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้มากเช่นกันเมื่อใช้ในระยะเวลาที่นานขึ้น (Epstein, 2002) ดังนั้นระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจจึงควรให้สั้นที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจะมีผลลดค่าใช้จ่าย ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพลงได้ (พิกุล, 2547)

กระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจจึงเป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ โดยทั่วไปผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็วเมื่อได้รับการรักษาสาเหตุของระบบทางเดินหายใจล้มเหลว (บุญส่ง, 2547) แต่มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ แม้ได้พยายามฝึกการหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลากว่า 14-21 วัน เรียกผู้ป่วยกลุ่มนี้ว่า มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (weaning difficulty) (Hill, 2001) ซึ่งอุบัติการณ์ของความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจจะเพิ่มขึ้น ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน (Goldstone, 2002) และจากการศึกษาของเดวิดสัน (Davidson, 2002) พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจและจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจนานกว่า 3 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของเวลาที่ใช้รักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก ใช้ไปกับการพยายามฝึกการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Epstein & Ciubotaru, 1998)

ผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ที่สำคัญคือปอดอักเสบติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า อุบัติการณ์ของการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อในผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจมากกว่า 48 ชั่วโมงประมาณร้อยละ 20 (Safdar, Dezfulian, Collard, & Saint, 2005) และพบว่า อัตราการตายจากปอดอักเสบติดเชื้ออยู่ระหว่างร้อยละ 20 – 50 (David, 2006) ตลอดจนผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วย

หายใจมีอัตราพลาพลาและอัตราตายสูงกว่าผู้ป่วยที่หยาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จได้ง่าย (Hill, 2001) และมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจมากกว่า 10 วัน พบอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 35 (Douglas, Daly, Gordon, & Brennan, 2002) นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดต่างๆ และจากการสื่อสารกับผู้อื่น ได้ยาก (สุพัตรา, 2536) ทั้งยังขาดความมั่นใจในความสามารถที่จะหายใจด้วยตนเองได้ เนื่องจากต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน ทำให้รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ มีความไม่แน่นอนในชีวิต กลัวและวิตกกังวล ตลอดจนเกิดความรู้สึกท้อแท้และหมดกำลังใจ (Cook, Meade, & Perry, 2001)

ผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ ต้องอาศัยการประเมินตัวแปรหลายๆ อย่างร่วมกัน เพื่อค้นหาสาเหตุของความล้มเหลวในการฝีกหายใจ รวมทั้งแนวทางแก้ไข (บุญส่ง, 2547) สาเหตุหลักที่ทำให้เกิดความล้มเหลวในการหยาเครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ สาเหตุทางด้านร่างกาย คือพยาธิสภาพของโรคหรือภาวะแทรกซ้อน และสาเหตุทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวลและกลัวการหยาเครื่องช่วยหายใจ (รังสรรค์, 2549) ส่งผลให้การหยาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จช้าลง ซึ่งจากการศึกษาของพนาภรณ์ (2545) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจ และได้รับการดูแลทางจิตใจร่วมด้วย สามารถหยาเครื่องช่วยหายใจได้เร็วขึ้น และการศึกษาของสุจินต์ (2537) ศึกษาเปรียบเทียบสภาวะด้านร่างกายและจิตใจระหว่างผู้ป่วยที่หยาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จและไม่สำเร็จ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนสภาวะด้านร่างกายโดยรวมทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่คะแนนสภาวะด้านจิตใจของผู้ป่วยที่หยาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จสูงกว่าผู้ป่วยที่หยาไม่สำเร็จ ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า ความพร้อมด้านจิตใจเป็นสิ่งสำคัญไม่น้อยไปกว่าความพร้อมด้านร่างกาย ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถหยาเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จเร็วยิ่งขึ้น ดังนั้นการประเมินความพร้อมและให้การช่วยเหลือเพื่อส่งเสริมความพร้อมด้านจิตใจของผู้ป่วยขณะได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจเป็นสิ่งสำคัญเช่นเดียวกับด้านร่างกาย

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้ป่วย เพื่อทำนายความพร้อมหรือความสำเร็จของการหยาเครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ ระดับสมรรถภาพของอวัยวะที่ใช้ในการหายใจทั้งหมด ซึ่งจะช่วยตัดสินใจว่าผู้ป่วยรายใดมีโอกาสประสบผลสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจ (Meade et al., 2001) และการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจ โดยศึกษาเปรียบเทียบการใช้แนวปฏิบัติในการหยาเครื่องช่วยหายใจที่กำหนดร่วมกัน (weaning protocol directed) กับการหยาเครื่องช่วยหายใจโดยแพทย์ ซึ่งผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ระยะเวลาในการใช้และการหยาเครื่องช่วยหายใจของกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติในการหยาเครื่องช่วยหายใจที่กำหนดร่วมกัน น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจโดยแพทย์ (Rose & Nelson, 2006) ตลอดจนการศึกษาเปรียบเทียบวิธีการหยาเครื่องช่วย

หายใจแต่ละวิธีในผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหายใจเครื่องช่วยหายใจ (Hill, 2001) แต่ทั้งนี้ในการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า บริบทของแต่ละการศึกษาแตกต่างกัน และข้อบ่งชี้ของความสำเร็จในการหายใจเครื่องช่วยหายใจมีความแตกต่างกันด้วย จึงไม่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้กับทุกสถานที่

สำหรับการศึกษาอื่นๆ ได้แก่ การศึกษาถึงระดับความทุกข์ทรมานและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในระหว่างได้รับเครื่องช่วยหายใจ (สุพัตรา, 2536) และการศึกษาความต้องการการดูแลขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ (ชารทิพย์, 2541) ซึ่งผลการศึกษาทำให้ทราบถึงระดับความทุกข์ทรมาน ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน รวมทั้งความต้องการการดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ (ภัทรพร, 2543; วรรณภรณ์, 2544) และการทบทวนรายงานการศึกษา เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการใช้และการหายใจเครื่องช่วยหายใจ (Cook et al, 2001) รวมทั้งการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้รอดชีวิตจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน (Arslanian-Engoren & Scott, 2003) ซึ่งผลการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่า ผู้ป่วยรายงานประสบการณ์ในเรื่องของการให้ความหมาย ความรู้สึก รวมทั้งผลกระทบและความต้องการการดูแล ขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละการศึกษาไม่เป็นผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหายใจเครื่องช่วยหายใจ และบริบทของแต่ละการศึกษาแตกต่างกัน โดยเฉพาะในเรื่องของความเชื่อ วัฒนธรรม บริบทของหอผู้ป่วยรวมถึงบทบาทของแพทย์ พยาบาล แต่ยังไม่พบรายงานการศึกษาที่เน้นถึงประสบการณ์ในเชิงลึกของผู้ป่วยขณะได้รับการหายใจเครื่องช่วยหายใจ และมีความยากลำบากในการหายใจเครื่องช่วยหายใจ ทั้งในด้านของการให้ความหมายหรือความรู้สึก ความต้องการการดูแล ตลอดจนปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะส่งเสริมการปรับตัวขณะที่มีความยากลำบากในการหายใจเครื่องช่วยหายใจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหายใจเครื่องช่วยหายใจ โดยผู้วิจัยเลือกใช้การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงความรู้สึกนึกคิดที่มาจากทัศนะของผู้ป่วยตามประสบการณ์จริงได้ดีที่สุด และเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหายใจเครื่องช่วยหายใจได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น โดยคาดว่าผลการศึกษาจะสามารถนำไปใช้ในการวางแผน และการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหายใจเครื่องช่วยหายใจได้โดยเร็ว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่ออธิบายประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหายใจเครื่องช่วยหายใจ

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้เป็นการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต และการอยู่ในภาวะพึ่งพา ตลอดจนแนวคิดการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะดังกล่าว ร่วมกับผู้วิจัยศึกษาและใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยมีปรัชญาและรูปแบบการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์มิเนอูติก (hermeneutic phenomenology) ซึ่งให้ความสำคัญกับแนวคิดของความ เป็นบุคคล โดยเชื่อว่าบุคคลให้คุณค่าหรือความหมายแต่ละเรื่องไม่เหมือนกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์การดำเนินชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อม (being-in-the-world) รวมทั้งภูมิหลัง ได้แก่ อายุ การศึกษา วัฒนธรรม และค่านิยมทางสังคม โดยมีการเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตเข้ากับ ประสบการณ์ใหม่ เพื่อที่จะรับรู้และให้ความหมายกับประสบการณ์ใหม่ (hermeneutic circle) และ มีการเชื่อมโยงความหมายในมุมมองของนักวิจัย (Koch, 1995) เป็นการศึกษาประสบการณ์ตามสภาพที่เป็นจริงตามการรับรู้และให้ความหมายของผู้ให้ข้อมูลที่อาศัยอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ โดยมีวิธีการค้นหา วิเคราะห์ เขียนบรรยายและอธิบายประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งมาจากการสัมภาษณ์บนพื้นฐานของการรับรู้ส่วนบุคคล ภูมิหลัง สังคมและวัฒนธรรมของบุคคลผู้ให้ข้อมูลโดยตรง

นิยามศัพท์

ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ หมายถึง การให้ความหมายเกี่ยวกับความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ตามการรับรู้ของผู้ป่วย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งได้รับการรักษาโดยการใช้เครื่องช่วยหายใจและได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลาอย่างน้อย 14 วัน จึง

สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จและสามารถหายใจได้ด้วยตนเอง ในหออภิบาลการหายใจของโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง โดยเป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง ภายหลังจากผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จแล้ว

ความสำคัญของการวิจัย

1. เป็นแนวทางในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาล ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
2. เป็นแนวทางในการส่งเสริมศักยภาพและเพิ่มประสิทธิภาพของผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมการปรับตัวขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
 - 1.1 ความหมายของความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
 - 1.2 อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
 - 1.3 วิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
 - 1.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
2. ผลกระทบของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
 - 2.1 ผลกระทบด้านร่างกาย
 - 2.2 ผลกระทบด้านจิตสังคม
 - 2.3 ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ
3. การดูแลผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
 - 3.1 การดูแลด้านร่างกาย
 - 3.2 การดูแลด้านจิตสังคม
 - 3.3 การดูแลด้านจิตวิญญาณ
4. แนวคิดการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
5. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

ความหมายของความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

การหย่าเครื่องช่วยหายใจ หมายถึง กระบวนการหรือขั้นตอนในการเปลี่ยนงานของการหายใจจากที่เครื่องช่วยหายใจเป็นผู้ทำ ให้กลับมาเป็นการทำงานของกล้ามเนื้อหายใจของผู้ป่วยเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เองทั้งหมด โดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ (Epstein, 2002) ส่วนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เองทั้งหมด โดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ (Epstein, 2002) ส่วน

ความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จากการทบทวนวรรณกรรมภาษาไทยยังไม่พบความหมาย แต่จากการทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศ พบว่า มีการใช้คำว่า ความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน โดยไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ (prolonged mechanical ventilation) ในความหมายเดียวกัน และใช้แทนกันได้ ซึ่งฮิลล์ (Hill, 2001) ให้ความหมายว่า หมายถึงกลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถหายใจด้วยตนเองได้ แม้ได้พยายามฝึกรหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลากว่า 14-21 วัน และผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานกว่า 21 วัน (Goldstone, 2002; Pilcher et al., 2005)

กล่าวโดยสรุป ผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ หมายถึง ผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถกลับมาหายใจได้เอง โดยไม่ต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ แม้ว่าจะใช้เวลาในการฝึกรหย่าใจเองเป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์หรือมากกว่า

อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ หรืออุบัติการณ์ของความล้มเหลวในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จะเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจนานหลายสัปดาห์ (Goldstone, 2002) ดัชนีการศึกษาของพนารณ (2545) ศึกษาปัจจัยทำนายความสำเร็จการหย่าเครื่องช่วยหายใจ พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายความสำเร็จการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ดีที่สุดคือ ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจนานกว่า 7 วัน จะส่งผลให้หย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จน้อยกว่าผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจน้อยกว่า 7 วัน นอกจากนี้ การศึกษาของเชียนฮอร์นและคณะ (Scheinorn et al., 2007) ศึกษาในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจจำนวน 1,419 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 50 หย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ โดยใช้ระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 15 วัน และร้อยละ 21 ไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ นอกจากนี้พบว่าประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีภาวะล้มเหลวในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจนานกว่า 3 สัปดาห์ (Davidson, 2002) ส่วนการศึกษาของแปปพาลาโดและคณะ (Pappalardo et al., 2004) เรื่องผลลัพธ์ระยะยาวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 4,827 คน พบว่าน้อยกว่าร้อยละ 5 ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน และการศึกษาของพิลเจอร์และคณะ (Pilcher et al., 2005) ศึกษาค่าใช้จ่ายและผลลัพธ์ระยะยาวของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากหน่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจและต้องการหย่าเครื่องช่วยหายใจจำนวน 153 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 38 สามารถหย่า

เครื่องช่วยหายใจสำเร็จ ส่วนร้อยละ 35 ไม่สามารถหยาเครื่องช่วยหายใจได้ ซึ่งเมื่อแยกกลุ่มตัวอย่างตามโรคพบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคเกี่ยวกับระบบประสาทและกล้ามเนื้อร้อยละ 66 ไม่สามารถหยาเครื่องช่วยหายใจได้ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 20 ไม่สามารถหยาเครื่องช่วยหายใจได้ และผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกร้อยละ 14 ที่ไม่สามารถหยาเครื่องช่วยหายใจได้

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจมีประมาณร้อยละ 5-6 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับโรคหรือพยาธิสภาพของผู้ป่วย เช่น โรคเกี่ยวกับระบบประสาทและกล้ามเนื้อ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอก และสามารถสรุปได้ว่า อุบัติการณ์ของความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอก เกิดได้น้อยกว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคเกี่ยวกับระบบประสาทและกล้ามเนื้อ เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจโดยตรง และโรคเกี่ยวกับระบบประสาทและกล้ามเนื้อจะเกี่ยวข้องกับกลไกการควบคุมการหายใจและกล้ามเนื้อที่ช่วยหายใจ ส่วนผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกไม่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจอยู่เดิม จึงสามารถหยาเครื่องช่วยหายใจได้เร็วกว่า เว้นแต่จะมีภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจเกิดขึ้น ซึ่งอาจทำให้มีปัญหาหยาอยากเกิดขึ้นได้

วิธีการหยาเครื่องช่วยหายใจ

การหยาเครื่องช่วยหายใจประกอบด้วย 2 ขั้นตอนที่สำคัญ ขั้นตอนแรกคือ การพิจารณาว่าผู้ป่วยพร้อมสำหรับการเริ่มต้นกระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจ และขั้นตอนต่อมาคือ วิธีการหยาเครื่องช่วยหายใจ การหยาเครื่องช่วยหายใจสามารถทำได้หลายวิธี ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงวิธีที่นิยมใช้ในปัจจุบัน (ศุณิสสา, 2549) ได้แก่ การหยาเครื่องช่วยหายใจโดยการให้แรงดันบวกตลอดช่วงหายใจเข้าและหายใจออก (Continuous positive airway pressure, CPAP) การหยาเครื่องช่วยหายใจโดยการช่วยให้มีแรงดันบวกช่วงหายใจเข้า (Pressure Support Ventilation, PSV) การหยาเครื่องช่วยหายใจโดยให้เครื่องช่วยหายใจสลับกับผู้ป่วยหายใจเอง (Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation, SIMV) และการหยาเครื่องช่วยหายใจโดยให้ออกซิเจนทางท่อรูปตัวที (O₂ T-piece) ซึ่งแต่ละวิธีมีรายละเอียดดังนี้

1. การหยาเครื่องช่วยหายใจโดยการให้แรงดันบวกตลอดช่วงหายใจเข้าและหายใจออก การหยาเครื่องช่วยหายใจแบบนี้ เครื่องจะให้แรงดันบวกในทางเดินหายใจที่ระดับคงที่ ตามที่กำหนดไว้ตลอดช่วงหายใจเข้าและออก เช่นตั้งระดับแรงดันที่ 5 เซนติเมตรน้ำ เครื่องจะให้แรงดันบวกเท่ากับ 5 เซนติเมตรน้ำตลอดเวลา มีข้อดีคือ ป้องกันการหดแฟบของหลอดลม ทำให้การแลกเปลี่ยนออกซิเจนดีขึ้น รูปแบบการหยาเครื่องช่วยหายใจแบบนี้ใช้บ่อยในปัจจุบัน

2. วิธีการหยาเครื่องช่วยหายใจโดยการช่วยให้มีแรงดันบวกช่วงหายใจเข้า ซึ่งขณะหายใจเข้า เครื่องช่วยหายใจจะปล่อยออกซิเจนและก๊าซเพื่อปรับแรงดันในวงจรให้เป็นบวกเท่ากับค่าแรงดันที่ตั้งไว้ ขณะหายใจออกเครื่องหยุดปล่อยออกซิเจนและก๊าซทำให้แรงดันกลับเป็นศูนย์เหมือนเดิม (บุญส่ง, 2547) การหยาเครื่องช่วยหายใจโดยวิธีนี้ ผู้ป่วยจะเป็นคนกำหนดอัตราการหายใจ เวลาที่ใช้ในการหายใจเข้า รวมทั้งปริมาตรการหายใจ (tidal volume) เอง แต่เครื่องช่วยลดการทำงานของกรหายใจ ถือเป็นวิธีการหายใจที่มีลักษณะใกล้เคียงการหายใจในภาวะปกติมากที่สุด ข้อดีของวิธีนี้คือ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการหายใจเอง ลดงานในการหายใจ (work of breathing) และการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจระหว่างกรหยาเครื่อง และเอาชนะงานของการหายใจที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากท่อช่วยหายใจ สามารถลดระดับของแรงดันได้ ขึ้นอยู่กับอาการทางคลินิกของผู้ป่วย (สุนิสา, 2549) ซึ่งอาจใช้เวลาเป็นวันหรือเป็นสัปดาห์ เมื่อสามารถลดแรงดันได้ถึง 5 ซม.น้ำ โดยผู้ป่วยไม่เหนื่อย แสดงว่าผู้ป่วยน่าจะหายใจเองได้ ควรวางแผนถอดท่อช่วยหายใจ (พิกุล, 2547)

3. การหยาเครื่องช่วยหายใจโดยเครื่องช่วยหายใจสลับกับผู้ป่วยหายใจเอง เป็นวิธีที่เครื่องช่วยหายใจ (mandatory breath) ตามจำนวนครั้งที่ตั้งไว้สลับกับมีช่วงที่ผู้ป่วยหายใจเอง (spontaneous breath) การหยาเครื่องด้วยวิธีนี้ มักเริ่มด้วยการตั้งอัตราการหายใจค่อนข้างสูง คือประมาณ 10-12 ครั้งต่อนาที เมื่อผู้ป่วยหายใจเองได้ดีจึงค่อยๆ ลดอัตราการหายใจลงทีละ 1-2 ครั้งต่อนาที จนกระทั่งผู้ป่วยต้องการอัตราการหายใจน้อยกว่า 3-4 ครั้งต่อนาที จึงค่อยๆ เอาเครื่องช่วยหายใจออก และให้หายใจเองทางออกซิเจนทางท่อรูปตัวที (พิกุล, 2547)

4. การหยาเครื่องช่วยหายใจโดยให้ออกซิเจนทางท่อรูปตัวที เป็นวิธีการหยาเครื่องช่วยหายใจที่ให้ผู้ป่วยได้หายใจเองโดยการเอาเครื่องช่วยหายใจออก ขณะที่ผู้ป่วยหายใจเองจะได้ออกซิเจนที่มีอัตราการไหลตามความต้องการของผู้ป่วย ผ่านมาทางท่อที่มีความต้านทานต่ำ และไม่ทำให้มีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ (พิกุล, 2547) ถ้าผู้ป่วยสามารถหายใจได้เองนานกว่า 4 ชั่วโมง โดยไม่มีอาการหายใจลำบาก อัตราการหายใจต่ำกว่า 30 ครั้งต่อนาที สามารถหยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจได้เป็นส่วนใหญ่ และอาจจะสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ (บุญส่ง, 2547)

ปัจจัยที่มีผลต่อการหยาเครื่องช่วยหายใจ

ผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ มีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อความสำเร็จของการหยาเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่

1. โรคหรือสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลว สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีพยาธิสภาพของปอดโดยตรงที่เป็นสาเหตุของระบบทางเดินหายใจล้มเหลว โดยที่โครงสร้างและหน้าที่การทำงานของระบบหายใจไม่ได้ผิดปกติมาก่อน แต่เกิดจากร่างกายไม่สามารถรักษาระดับออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ไว้ในระดับปกติได้ ทำให้ต้องได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้โดยเร็ว (บุญส่ง, 2547) ส่วนผู้ป่วยที่มีระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเนื่องจากมีพยาธิสภาพหรือมีโรคของระบบทางเดินหายใจเรื้อรังมาก่อน พบว่ามักมีปัญหาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ยาก และใช้ระยะเวลาในการหย่าเครื่องนานกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีพยาธิสภาพของระบบหายใจ เนื่องจากประสิทธิภาพในการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง จนกระทั่งไม่สามารถปรับตัวและรักษาภาวะสมดุลของร่างกายไว้ได้ (อภิรักษ์, 2546)

2. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจอาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น และส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ที่สำคัญได้แก่ ปอดอักเสบติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator associated pneumonia) ความผิดปกติของสมดุลกรดด่าง (acid-base abnormality) ภาวะขาดสารอาหาร (nutritional depletion) ความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ (fluid and electrolyte imbalance) ระดับความรู้สึกตัวลดลง (decreased level of consciousness) และภาวะแทรกซ้อนต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งหากผู้ป่วยยังไม่ได้รับการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เหล่านี้ให้ดีขึ้นหรือหมดไป จะส่งผลให้การหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จได้ยากขึ้น

3. อายุ ผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 18-60 ปี เป็นวัยที่อวัยวะต่างๆ ในร่างกายมีความสมบูรณ์แข็งแรง สภาพจิตใจและอารมณ์มั่นคง สามารถปรับตัวต่อความเครียดได้ดีกว่าวัยอื่น จึงมีความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมากกว่าวัยอื่น สำหรับผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 60 ปี เป็นวัยสูงอายุจะมีสภาวะด้านร่างกายและจิตใจเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจ กล่าวคือ โครงสร้างของระบบทางเดินหายใจรวมทั้งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ ปริมาตรและความจุของปอดพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซจะค่อยๆ ลดลง การขับเสมหะออกทำได้ไม่ดี ทำให้มีเสมหะคั่งค้างในร่างกายมากขึ้น การตอบสนองต่อภาวะพร่องออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ก็ลดลง (Tagliareni, Waters, & Anderson, 2003) ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ กลับมาหายใจเองได้ช้า และประสบความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจลดลง (พนารณ, 2545)

4. ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ เช่น กล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรง การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และมีปัญหาด้านจิตสังคม (สุมาลี, 2545) ส่งผลให้การหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จช้าลง สอดคล้องกับการศึกษาของพนารณ (2545) ศึกษาปัจจัยทำนายความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ดีที่สุด คือ ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และผู้ป่วยที่มีระยะเวลาของการใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 7 วัน จะมีระดับความทุกข์ทรมานสูงซึ่งจะส่งผลต่อการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จได้น้อยลง (สุพัตรา, 2536)

5. ปัจจัยด้านจิตสังคม ผู้ป่วยที่ได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นผู้ป่วยวิกฤต ย่อมเกิดความเครียด ความวิตกกังวลและกลัว อันเกิดจากความผิดปกติและการเจ็บป่วยต่างๆ รวมทั้งการไม่สามารถพูดคุยสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติทางจิตสังคม ซึ่งภาวะผิดปกติเหล่านี้ทำให้ความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจลดลง จากการทบทวนงานวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยที่หย่าเครื่องช่วยหายใจ พบว่า ผู้ป่วยที่เคยใช้เครื่องช่วยหายใจมีความทุกข์ทรมานจากการไม่สามารถพูดคุยสื่อสารกับทีมสุขภาพได้ ทำให้ไม่ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการของตนจากทีมสุขภาพ ผู้ป่วยจึงวิตกกังวล กลัว และนอนไม่หลับส่งผลให้มีความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อและระบบประสาทซิมพาเทติกทำงานเพิ่มขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น หายใจเร็วหรือความดันโลหิตสูงขึ้น การหย่าเครื่องช่วยหายใจก็ทำได้ยากขึ้น (Cook et al., 2001) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสภาพที่ยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ทำให้มีความรู้สึกไม่แน่นอน อารมณ์หงุดหงิด ไม่สุขสบาย ทำให้ผู้ป่วยเกิดประสบการณ์ที่หวาดกลัวในขณะที่หย่าเครื่องช่วยหายใจ (Arslanian-Engoren & Scott, 2003) กลัวการถูกทอดทิ้งจากเจ้าหน้าที่และอาจมีภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Lindgren & Ames, 2005) นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายรู้สึกท้อแท้หมดหวัง ซึ่งนำไปสู่ความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมากยิ่งขึ้น

ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ นอกจากการแก้ไขความผิดปกติทางด้านร่างกายแล้ว การช่วยเหลือและสนับสนุนด้านจิตสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจที่จะหายใจด้วยตนเอง และพร้อมที่จะหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ เป็นสิ่งสำคัญไม่น้อยกว่าด้านร่างกายซึ่งสามารถทำได้โดยการสร้างแรงจูงใจและกำลังใจให้เกิดขึ้นในผู้ป่วย การค้นหาเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเคยปฏิบัติแล้วประสบความสำเร็จ การยกตัวอย่างผู้ป่วยใกล้เคียงที่หย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ การช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความเครียด อาจส่งผลต่อระบบประสาทที่ควบคุมการหายใจ ทำให้การหายใจช้าลง หัวใจเต้นช้าลง ส่งผลให้หย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จได้ง่ายขึ้น (Holliday & Lippmann, 2003) การสื่อสารกับผู้ป่วย ญาติ และทีมงานบ่อยๆ เพื่อให้ทุกคนร่วมรับทราบแผนการดูแลและร่วมกันช่วยเหลือผู้ป่วย การให้ข้อมูลเพื่อความมั่นใจในการดูแลช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยเหนื่อย จะช่วยให้ผู้ป่วยคลายความกังวลลงได้ รวมทั้งการจัดหาสิ่งบันเทิงที่ผู้ป่วยชอบ เช่น หนังสือ ทีวี วิทยุ การให้ญาติสนิทเฝ้าใกล้ชิดและมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ เพราะญาติสามารถตอบสนองความต้องการได้รวดเร็ว ลดความหงุดหงิดในการรอคอย ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ ทำให้ลดความเครียดลงได้ นอกจากนี้การประเมินและส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมด้วยตนเองเพิ่มขึ้นตามความสามารถ เช่น

การช่วยเหลือให้นั่งบนเตียง ข้างเตียง หรือการพาดันรถเข็น โดยใช้เครื่องช่วยหายใจเคลื่อนที่ (หากสามารถทำได้) จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย มีกำลังใจมากขึ้น (ยุพิน, 2549) และต้องการการหายใจได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นที่จะหย่าเครื่องช่วยหายใจให้สำเร็จ

ผลกระทบของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจและมีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จะได้รับผลกระทบทั้งจากการได้รับเครื่องช่วยหายใจ และจากภาวะที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้น จะส่งผลให้เกิดปัญหาต่อตัวผู้ป่วย ดังนั้นเพื่อให้ทราบถึงการดูแลผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จึงจำเป็นต้องศึกษาผลกระทบของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ดังนี้

ผลกระทบด้านร่างกาย

ผลกระทบด้านร่างกาย เป็นผลกระทบที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยโดยตรงหรือจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหรือหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ จากพยาธิสภาพของโรค ซึ่งผลกระทบต่อส่วนต่างๆ ของร่างกายที่พบบ่อย ได้แก่ ผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ ผลกระทบต่อการได้รับสารอาหารและน้ำ ผลกระทบต่อการพักผ่อนนอนหลับ ผลกระทบจากความเจ็บปวด ผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรม ผลกระทบต่ออัตราตาย และคุณภาพชีวิต ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ

การใส่ท่อช่วยหายใจจะลดประสิทธิภาพการทำงานของกลไกการป้องกันของทางเดินหายใจส่วนล่างและปฏิกิริยาการไอเสียไป ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจจะขาดกลไกการป้องกันการติดเชื้อ เพราะท่อช่วยหายใจผ่านเข้าสู่ปอดโดยตรง การใส่สายดูดเสมหะก็เข้าสู่ปอดโดยตรง และการทำงานของขนกวัก (cilia) ในการขจัดสิ่งแปลกปลอมออกจากทางเดินหายใจลดลง ทำให้มีการค้างค้างของเสมหะในทางเดินหายใจมากขึ้น เป็นผลให้เกิดการติดเชื้อในปอดได้ หรืออาจเกิดจากการที่ทางเดินหายใจได้รับความชื้นไม่เพียงพอ ทำให้เสมหะเหนียวและไม่สามารถไอขับออกมาได้ (ปราณี, 2537) นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจจะเป็นโรคปอดเรื้อรังเดิมอยู่ก่อน ประกอบกับระดับความรู้สึกตัวลดลงจากการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน ส่งผลให้ประสิทธิภาพการไอเพื่อขับเสมหะลดลง และการถูกจำกัดให้นอนอยู่บนเตียงทำเดียนานๆ ร่วมกับร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำ บางรายมีความ

จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เครื่องมือในการบำบัดทางระบบหายใจ และจากการที่เครื่องมือไม่สะอาดพอ หรือการดูแลไม่ปลอดภัย (ลินจง, 2539) สาเหตุต่างๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ มีโอกาสเกิดปอดอักเสบติดเชื้อจากการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งปอดอักเสบติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นปัญหาที่พบบ่อย อัตราการตายอยู่ระหว่างร้อยละ 20- 50 (David, 2006) ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจมักเกิดปอดอักเสบมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับเครื่องช่วยหายใจเกือบ 20 เท่า (Crowe, 1996) และอุบัติการณ์ของการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 7.7 หลังการใช้เครื่องช่วยหายใจ 1-3 วัน และจะเพิ่มเป็นร้อยละ 46.6 หลังการใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 6 วัน (ศรีวรรณ และคณะ, 2548) และจากการทบทวนรายงานการศึกษาเรื่องปอดอักเสบติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ของเซฟดาร์และคณะ (Safdar et al., 2005) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจมากกว่า 48 ชั่วโมง ร้อยละ 10-20 เกิดปอดอักเสบติดเชื้อ เพราะปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อสัมพันธ์กับระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ

สำหรับผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจบางรายพบว่า สามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้ หรือผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกเอง แต่ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจเองได้ จำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ส่งผลให้มีการนำเชื้อโรคเข้าสู่หลอดลม และเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ถึง 8 เท่า (Meade et al., 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของดี แลสเซน อัลเบิร์ต และอัสซูลีย์ (de Lassence, Alberti, & Azoulay, 2002) เรื่องผลกระทบของการเอาท่อช่วยหายใจออกโดยไม่ได้วางแผนและการใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ในผู้ป่วยที่ได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบว่า การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ จะเพิ่มอัตราการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อจากร้อยละ 13.8 เป็นร้อยละ 27.6 และภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มอัตราการตายและทุพพลภาพ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น (Koenig & Truwit, 2006)

นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน มักจะทำให้กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจอ่อนแรง (Holloway, 2004) เนื่องจากตัวโรคปอดเองหรือจากการต้องใช้แรงในการหายใจเข้าเพิ่มขึ้น หรือจากความเคยชินจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และหากมีภาวะทุโภชนาการร่วมด้วย ยิ่งส่งเสริมให้กล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรงมากขึ้น (กิตติวราห์, 2543) และยังพบการเสื่อมหน้าที่ของกระบังลม เนื่องจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งแซสซูน ชู และเกียซซุ (Sassoon, Zhu, & Caiozzo, 2004) ทำการศึกษาในสัตว์ทดลองพบว่าการใช้เครื่องช่วยหายใจ ทำให้เกิดการเสื่อมหน้าที่ของกระบังลม แม้ในระยะเวลาสั้นๆ เพียง 3 วัน โดยพบว่าแรงหดตัวของกระบังลมลดลงและกำลังแรงสูงสุดของกระบังลมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของแชน บุก บราวน์ พาราทซ์ และโฮดจ์ส (Chang, Boots, Brown, Paratz, & Hodges, 2005) เรื่องความทนทานของกล้ามเนื้อที่

ใช้ในการหายใจต่อความสำเร็จของการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลาเฉลี่ย 7.7 วัน จำนวน 20 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานมีการลดความทนทานของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจลง จากผลการศึกษาดังกล่าวสนับสนุนว่าผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน อาจส่งผลให้กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจอ่อนแรง ทำให้การหยาเครื่องช่วยหายใจลำบากยิ่งขึ้น

2. ผลกระทบต่อการได้รับสารอาหารและน้ำ

ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจและคาท่อทางเดินหายใจ ทำให้รูปแบบการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้เอง จำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายยางให้อาหาร การได้รับอาหารทางสายยางให้อาหาร อาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้ เช่น ภาวะท้องเดิน คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง การย่อยและการดูดซึมอาหารช้ากว่าปกติ เป็นสาเหตุให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ประกอบกับผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจจะมีความต้องการพลังงานเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีภาวะติดเชื้อ การมีไข้ มีภาวะเครียด ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพของร่างกายจากความเจ็บป่วยและส่งผลกระทบต่อกระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจ หากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ทำให้กล้ามเนื้อลีบเล็กอ่อนเพลีย กล้ามเนื้อช่วยหายใจอ่อนแรง (Hudak, Gallo, & Morton, 1998) เป็นสาเหตุให้หยาเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ (ลินจง, 2539) ดังการศึกษาของแบสซิลี และเดิตเทล (Bassili & Deitel, 1981) ศึกษาผลของการให้สารอาหารอย่างเพียงพอต่อความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลา 3- 25 วัน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับสารอาหารเป็นน้ำเกลือซึ่งมีส่วนผสมของน้ำตาลและเกลือแร่ตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับสารอาหารทางสายยางให้อาหาร โดยได้รับสารอาหารครบถ้วน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมสามารถหยาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จร้อยละ 54.5 สำหรับในกลุ่มทดลองสามารถหยาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จร้อยละ 92.8 นอกจากนี้การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอยังส่งผลกระทบต่อหายใจ เกิดอาการหอบเหนื่อยได้ง่ายขึ้น เนื่องจากร่างกายไม่มีพลังงานที่จะนำมาใช้ ทำให้การได้รับเครื่องช่วยหายใจใช้ระยะเวลาเพิ่มขึ้น และการได้รับอาหารทางสายยางให้อาหารหรือได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ เป็นวิธีที่ไม่เป็นธรรมชาติ ผู้ป่วยไม่ได้ลิ้มรสอาหาร สูญเสียการเคี้ยวและการกลืน บางคนจะรู้สึกหิว บางครั้งเกิดภาวะเครียดจากการไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ อาจส่งผลให้การดูดซึมสารอาหารลดลง

3. ผลกระทบต่อการพักผ่อนนอนหลับ

การนอนหลับมีความสำคัญต่อร่างกายทั้งในขณะปกติและเมื่อเจ็บป่วย (กุศุมาลัย, 2543) เพราะขณะหลับร่างกายจะมีการซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย ทำให้เกิดการหายของแผล (Closs, 1999) มีการยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) ซึ่งมีผลลดการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อกระบวนการฟื้นฟูของโรค (Evans & French, 1995) ดังนั้นการนอนหลับที่เพียงพอและมีคุณภาพจึงมีความจำเป็นมากสำหรับผู้ป่วย แต่จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่วนใหญ่นอนหลับได้น้อยและคุณภาพการนอนหลับต่ำกว่าในภาวะปกติ เนื่องจากมีปัจจัยรบกวนการนอนหลับหลายประการ เช่น ความเจ็บปวด ความวิตกกังวล กลัว เครียด หรือมีสิ่งรบกวนจากสิ่งแวดล้อม เช่น เสียง แสง อุณหภูมิ สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจและความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ อาจจะมีประสบการณ์ในการได้รับการถอดท่อช่วยหายใจแล้วไม่สามารถหายใจเองได้ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ ผู้ป่วยกลุ่มนี้บางรายไม่กล้านอนหลับหรือหลับไม่สนิทเนื่องจากกลัวท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด บางรายกลัวการหยาเครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากมีประสบการณ์ในการหยาเครื่องช่วยหายใจล้มเหลวมาแล้วหลายครั้ง ทำให้ไม่กล้านอนหลับหรือหลับๆ ตื่นๆ บางรายอาจฝันร้าย ส่งผลให้การพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายอ่อนล้า คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ความทนต่อความเจ็บปวดลดลง ภูมิคุ้มกันต่ำลง (ปะระณี, 2545) นอกจากนี้การนอนไม่หลับหรือหลับไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ (Johnson & Sexton, 1990)

4. ผลกระทบจากความเจ็บปวด

ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ จำเป็นต้องคาท่อทางเดินหายใจ ซึ่งท่อทางเดินหายใจหายใจ อาจเกิดการเคลื่อนขึ้นลงขณะที่พลิกตะแคงตัวหรือเกิดจากสายเครื่องช่วยหายใจดึงรั้ง ทำให้เนื้อเยื่อของท่อทางเดินหายใจถูกทำลาย และการบีบรัดลมช่วยหายใจ (ambu) ถ้าผู้บีบไม่ระมัดระวังจะดันท่อขึ้นลงตามจังหวะการบีบ ส่งผลให้เกิดการเสียดสีและมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหลอดลมได้ นอกจากนี้การใส่ท่อช่วยหายใจทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของขนกวัก (cilia) ลดลง ประกอบกับลิ้นปิดกล่องเสียง (Epiglottis) ปิดไม่สนิท ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถไอได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการคั่งค้างและการอุดตันของเสมหะได้ง่าย ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการดูดเสมหะ ดังนั้นการคาท่อทางเดินหายใจและการดูดเสมหะจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ดังการศึกษาของ สุพัตรา (2536) เรื่องระดับความทุกข์ทรมานและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจจำนวน 110 ราย ผลการศึกษาพบว่าความเจ็บปวดจากการคาท่อทางเดินหายใจและความเจ็บปวดจากการดูดเสมหะเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมาก สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรพร (2543) ศึกษา

ประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ พบว่าผู้ให้ข้อมูล 10 ใน 11 ราย มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด จากการคาท่อทางเดินหายใจ และยังพบว่าผู้ให้ข้อมูลเปรียบเทียบความเจ็บปวดจากการดูดเสมหะว่าเหมือนจะขาดใจ อีกทั้งการบีบถุงลมช่วยหายใจที่แรงเกินไปก็ทำให้เกิดความปวดได้ นอกจากนี้การศึกษาของพันตินโล (Puntillo, 1990) ศึกษาประสบการณ์ความปวดของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า นอกจากผู้ให้ข้อมูล รายงานว่าได้รับความเจ็บปวดจากการดูดเสมหะแล้ว ยังรายงานว่า การดูดเสมหะในท่อทางเดินหายใจเป็นสาเหตุทำให้ไอและส่งผลให้อาการปวดเพิ่มมากขึ้น

นอกจากนี้การคาท่อทางเดินหายใจเป็นเวลานาน มีการทำลายเนื้อเยื่อบริเวณปาก จมูก ท่อหลอดลมอาจมีการเลื่อนไปมา ทำให้เกิดแผลจากการเสียดสี ทั้งยังเกิดการตายของเยื่อหลอดลม มีการทำลายของกระดูกอ่อนของหลอดลม เนื่องจากความดันของลมในกระเปาะของท่อหลอดลมที่กดเป็นเวลานาน (วราภรณ์ และมุกดา, 2548) เป็นสาเหตุให้เกิดความเจ็บปวดได้ และสำหรับความล้มเหลวในการหย่าเครื่องช่วยหายใจแต่ละครั้ง ผู้ดูแลในทีมสุขภาพจำเป็นต้องเจาะเลือดผู้ป่วยเพื่อวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดงหาสาเหตุของความล้มเหลว (พิกุล, 2547) ผลจากการเจาะเลือดทำให้เกิดความเจ็บปวดและรู้สึกทรมานได้ สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เคยได้รับเครื่องช่วยหายใจ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลบอกความรู้สึกในการเจาะเลือดเพื่อวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง ว่าเป็นเหตุการณ์หนึ่งที่ทำให้เจ็บปวดเหมือนอยู่ในนรก และผู้ให้ข้อมูลบางรายบอกว่ารู้สึกเหมือนผีมาดูดเลือด (Jablonski, 1994) ส่วนการศึกษาของจอห์นสันและเซกตัน (Johnson & Sexton, 1990) ศึกษาการรับรู้ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่าการเจาะเลือดเพื่อวิเคราะห์ก๊าซในหลอดเลือดแดงบ่อยครั้งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วย

5. ผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรม

เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมักจะมีภาวะเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานทำให้มีการเปลี่ยนแปลงหรือมีการทำลายโครงสร้างอวัยวะต่างๆ ของร่างกายอย่างช้าๆ ผู้ป่วยมักมีอาการอ่อนเพลีย มีขีดจำกัดของการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานานจะมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนและขา (Martin, Hincapie, Nimchuk, Gaughan, & Criner, 2005) สาเหตุอาจมาจากการไม่ได้ใช้งานนาน เนื่องจากการนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลาและจากการที่ผู้ป่วยมีความล้มเหลวในการหย่าเครื่องช่วยหายใจหลายครั้ง ทำให้ผู้ป่วยไม่อยากเคลื่อนไหวร่างกายเนื่องจากกลัวหายใจเหนื่อยหรือกลัวการล้มเหลวในการหย่าเครื่องช่วยหายใจอีก ประกอบกับการไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง จำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายยางให้อาหาร บางครั้งผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ส่งผลให้กล้ามเนื้อลีบเล็กอ่อนแรง และการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้

ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียความเป็นอิสระ ต้องพึ่งพาคือคนอื่นมากขึ้น

6. ผลกระทบต่ออัตราการตายและคุณภาพ

ผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ ส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานมาก่อน (Hill, 2001) ซึ่งระยะเวลาการได้รับเครื่องช่วยหายใจสัมพันธ์กับอัตราการตายที่สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของดักลาสและคณะ (Douglas et al., 2002) ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานกับผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจระยะสั้น พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจมากกว่า 10 วัน มีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 35 และการศึกษาของสทัทเฟอร์และคณะ (Stauffer et al., 1993) ศึกษาการมีชีวิตรอดหลังจากได้รับเครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาาระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 383 ราย ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการมีชีวิตรอดของผู้ป่วยหลังจากได้รับเครื่องช่วยหายใจ มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับเครื่องช่วยหายใจ กล่าวคือผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน จะมีอัตราการรอดชีวิตลดลง นอกจากนี้มีการศึกษาอัตราการตายในระยะยาวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หลังจากได้รับเครื่องช่วยหายใจ โดยศึกษาในผู้ป่วยที่เคยได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน จำนวน 817 ราย พบว่าอัตราการตายอยู่ในระดับสูง และผู้ป่วยมากกว่าครึ่งจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน (Chelluri et al., 2004) ส่วนการศึกษาของสทอลเลอร์ ซู มาสชา และไรด์ (Stoller, Xu, Mascha, & Rice, 2003) ที่ศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจหลังจากจำหน่าย จำนวน 162 ราย ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 11 ตายหลังจำหน่าย 1 เดือน ร้อยละ 57 ตายหลังจำหน่าย 1 ปี และร้อยละ 81 ตายหลังจำหน่าย 5 ปี จากผลการศึกษาดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่าการได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน จะเพิ่มอัตราการตายและคุณภาพ รวมทั้งเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลมากขึ้น

นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ บางรายได้รับการถอดท่อช่วยหายใจออกแล้ว แต่พบว่าไม่สามารถหายใจด้วยตนเองได้ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ซึ่งระยะเวลาในการหยาเครื่องช่วยหายใจครั้งใหม่จะนานขึ้นกว่าเดิม เป็นผลให้อัตราการเกิดภาวะทุพพลภาพและอัตราการตายเพิ่มมากขึ้น (MacIntyre et al., 2002) ดั้งการศึกษาของเอพเพน เซอร์โบตาร์ และวงส์ (Epstein, Ciubotaru, & Wong, 1997) เรื่องผลลัพธ์จากความล้มเหลวในการถอดท่อช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 289 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 จำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำภายในเวลา 1-2 วันหลังจากถอดท่อช่วยหายใจออก และเมื่อศึกษาเปรียบเทียบพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการใส่

ท่อช่วยหายใจ มีอัตราการตายในโรงพยาบาลร้อยละ 43 ในขณะที่กลุ่มที่ถอดท่อช่วยหายใจสำเร็จ มีอัตราการตายร้อยละ 12 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลและต้องการการดูแลระยะยาวมากกว่ากลุ่มที่ถอดท่อช่วยหายใจสำเร็จ

ผลกระทบด้านจิตสังคม

ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจในขณะที่ยังรู้สึกตัว จะรู้สึกกลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย เพราะการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นตัวบอกว่าชีวิตเสี่ยงต่อความตาย (ลินจง, 2542) และเมื่อล้มเหลวในการหย่าเครื่องช่วยหายใจหลายครั้ง ยิ่งทำให้รู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ ซึ่งความรู้สึกของผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน พบว่าเป็นสาเหตุของแหล่งความเครียดที่คุกคามและทำร้ายจิตใจของผู้ป่วยมากที่สุด (Wunderlich, Perry, & Lavin, 1999) และประสบการณ์ดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลนานต่อไปได้ถึง 4 ปี (Criner & Isaac, 1995) ในระหว่างการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวลเนื่องจากกลัวความลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ทำให้ทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจอห์นสันและเซ็คตัน (Johnson & Sexton, 1990) ศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ โดยการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับเครื่องช่วยหายใจ พบว่าการหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ เนื่องจากมีความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ความวิตกกังวลจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก มีผลให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด เพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อ กระตุ้นกล้ามเนื้อหัวใจ มีการหดเกร็งของหลอดเลือดทำให้เพิ่มความต้านทานในทางเดินหายใจ ผู้ป่วยต้องใช้แรงและต้องการออกซิเจนมากขึ้นในการหายใจส่งผลให้หายใจถี่และตื้นมากขึ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกเหนื่อยและทุกข์ทรมานจากอาการเหนื่อยหอบ อ่อนล้า ยิ่งทำให้การหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จได้ยากขึ้น (Blackwood, 2000) และจากการศึกษาของสุจินต์ (2537) เปรียบเทียบสภาวะด้านร่างกายและจิตใจระหว่างผู้ป่วยที่หย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จและไม่สำเร็จ กลุ่มละ 24 ราย พบว่าคะแนนสภาวะด้านร่างกายโดยรวมไม่แตกต่างกันทั้ง 2 กลุ่ม แต่คะแนนสภาวะด้านจิตใจของผู้ป่วยที่หย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จมากกว่าผู้ป่วยที่หย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ จากผลการศึกษาสามารถสรุปได้ว่าปัญหาด้านจิตใจน่าจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ทั้งนี้เป็นเพราะว่าผู้ป่วยที่ได้รับการใส่และการหย่าเครื่องช่วยหายใจส่วนใหญ่ มักมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และความรู้สึก เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล กลัว คับข้องใจ ไม้ไว้วางใจเจ้าหน้าที่ หมดความหวัง สูญเสียพลังอำนาจและซึมเศร้า

จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยเชิงคุณภาพของคุกและคณะ (Cook et al., 2001) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยรายงานประสบการณ์ที่เกิดขึ้นว่า เป็นความรู้สึกไม่แน่นอนและมีภาวะเครียดในระหว่างที่ได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจ ทั้งนี้เป็นเพราะว่าผู้ป่วยไม่สามารถคาดคะเนได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับชีวิตตน หรือบางครั้งคิดว่าอาจต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจไปตลอดชีวิต ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน และผลการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรู้สึกท้อแท้ หมดหวังต่อการที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานที่ตนไม่สามารถจัดการควบคุมได้ ซึ่งมีผลทำให้อาการเจ็บป่วยทรุดลง เกิดภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นหายเกิดขึ้นได้ช้า (อรสา, 2534) นอกจากนี้การศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ที่รอดชีวิตจากการได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน โดยศึกษาในผู้ป่วยที่เคยได้รับเครื่องช่วยหายใจและสามารถหยาเครื่องช่วยหายใจได้จำนวน 7 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลทุกราย รายงานว่าต้องอดทนต่อความทุกข์ทรมานต่างๆ เช่น ความซึมเศร้า ความกลัว ความโกรธ และความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ที่สำคัญคือต้องอดทนต่อความทุกข์ที่เกิดจากการไม่สามารถสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวหรือทีมสุขภาพได้ ส่งผลให้ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ (Arslanian-Engoren & Scott, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา (2536) ศึกษาระดับความทุกข์ทรมานและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานระดับมากในระหว่างได้รับเครื่องช่วยหายใจได้แก่ การสื่อสารกับผู้อื่นได้ยาก และการศึกษาของฟิทซ์ (Fitch, 1987) ศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกหมดหวังจากการที่ไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้

ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ

จิตวิญญาณเป็นความรู้สึกส่วนลึกของบุคคล ทำให้บุคคลสัมผัสได้ถึงความงดงาม ความดี ความมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี ความมีน้ำใจและความเอื้ออาทร (ทัศนีย์, 2545ข) การแสวงหาจุดมุ่งหมายของการมีชีวิตอยู่ ความหวัง รวมทั้งการให้ความหมายและความสำคัญของชีวิต (Amenta, 1997) ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต ย่อมก่อให้เกิดผลกระทบด้านจิตวิญญาณ (O'Brien, 1999) ซึ่งผลกระทบด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน มีสาเหตุจากความกลัว โดยเฉพาะการกลัวความตาย กลัวความสูญเสีย (Hudak et al., 1998) ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ ไม่แน่ใจต่อเหตุการณ์ต่างๆ เกิดความหวาดกลัว ขาดเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ (ทัศนีย์, 2545ข) ผู้ป่วยบางรายรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง ไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองได้ ต้องตกอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของบุคคลอื่น (วิจิตร, 2544) บางครั้งต้องเปิดเผยร่างกายในส่วนที่ไม่ต้องการ

เปิดเผย อาจทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกบีบคั้นทางจิตวิญญาณมากขึ้น (spiritual distress) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในโรงพยาบาล และมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยมาก (สมพร, 2541) นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังต้องพบกับปัจจัยหลายประการที่ก่อให้เกิดความหมัดหวัง ความรู้สึกถูกคุกคาม ไม่มั่นใจและขาดสิ่งยึดเหนี่ยว เช่น ผู้ป่วยบางรายเคยได้รับการถอดท่อช่วยหายใจ แต่ไม่สำเร็จไม่สามารถหายใจเองได้ต้องใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ หรือบางรายได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจมาแล้วหลายครั้ง แต่ยังไม่สามารถหายใจเองได้ สิ่งเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับความเจ็บป่วยหรืออาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ทำให้คิดว่าความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานจากโรคเป็นการลงโทษจากเคราะห์กรรม พระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ผู้ป่วยบางรายเกิดความสงสัยในโชคชะตา และการเปลี่ยนแปลงของชีวิตว่า ทำไมการเจ็บป่วยต้องเกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง (ทัศนีย์, 2545ข)

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ และมีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ มีผลกระทบมากมายทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ ผลกระทบทางด้านร่างกายทำให้ระบบต่างๆ ของร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่แย่ง ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น เป็นภาระให้กับครอบครัว ต้องพึ่งพาและต้องการการดูแลจากพยาบาลในเรื่องของการช่วยเหลือทางด้านการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ การดูแลรักษาทางด้านอาการเจ็บป่วยจากโรค ผลกระทบทางด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความกดดัน บางครั้งท้อแท้หมดกำลังใจไม่ยอมรับรักษาต่อ ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ทางด้านจิตใจเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ผลทางด้านสังคม ครอบครัว ความเจ็บป่วยของโรคเป็นระยะเวลานานทำให้ผู้ป่วยต้องแยกตัวจากสังคม เพื่อน และครอบครัว นอกจากนี้ทำให้ขาดรายได้ ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาเพิ่มขึ้น ส่วนผลกระทบด้านจิตวิญญาณทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหมดคุณค่า ไม่มีจุดมุ่งหมายในชีวิต ทั้งนี้ความรุนแรงของผลกระทบด้านต่างๆ ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ ถ้าผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็ว ความรุนแรงของผลกระทบด้านต่างๆ ก็น้อย แต่ถ้ามีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมาก ผลกระทบต่างๆ ก็ยิ่งมากขึ้น

การดูแลผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจและมีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ จากผลกระทบที่เกิดขึ้นดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลในด้านต่างๆ ได้แก่

การดูแลด้านร่างกาย

การดูแลด้านร่างกาย เป็นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย รวมทั้งดูแลเพื่อลดหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ได้แก่ ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ ดูแลเพื่อลดความเจ็บปวด ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ ดูแลไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว และดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านกิจวัตรประจำวัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหายใจหรือช่วยหายใจหรือเป็นผู้ป่วยที่สามารถหายใจด้วยตัวเองได้โดยเร็ว จำเป็นต้องได้รับการดูแลเพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย แต่พบว่า บางครั้งผู้ป่วยอาจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เช่น มีการอุดตันของท่อทางเดินหายใจจากการมีเสมหะ หรือขาดออกซิเจนขณะดูดเสมหะ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่คาท่อทางเดินหายใจ อาจจะกีดท่อทางเดินหายใจ รวมทั้งการหักพับหรืองอของท่อทางเดินหายใจ ตลอดจนเครื่องช่วยหายใจไม่ทำงานหรือทำงานผิดปกติ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ดังนั้นจึงควรดูแลไม่ให้มีการอุดตันของท่อทางเดินหายใจ เช่น ดูแลให้มีการดูดเสมหะทุกครั้งที่มีเสมหะ ดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอเพื่อให้เสมหะใสขึ้นสามารถขับออกจากหลอดลมได้ง่าย (Hudak et al., 1998) ทั้งนี้ต้องสังเกตเสียงการหายใจของผู้ป่วย ซึ่งจะมีเสียงครืดคราด (ปราณี, 2537) และเสียงจากเครื่องช่วยหายใจที่ร้องเตือนว่า มีความดันในระบบทางเดินหายใจสูง ซึ่งบ่งบอกว่าการอุดตันของทางเดินหายใจ และการดูดเสมหะยังช่วยให้ปอดขยายตัวได้มากขึ้นและได้รับปริมาณอากาศจากการหายใจเข้าเพิ่มขึ้น สามารถป้องกันภาวะปอดแฟบได้ (วารภรณ์ และมุกดา, 2548)

นอกจากนี้ควรดูแลไม่ให้มีการเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจ และไม่ให้มีลมรั่วออกจากข้อต่อตำแหน่งต่างๆ ซึ่งลมในกระเปาะของท่อหลอดลมคอรั่วหรือมีลมไม่พอ สังเกตได้จากเสียงหายใจเข้าของเครื่องยาวขึ้น หรือผู้ป่วยพูดมีเสียง และควรดูแลไม่ให้มีการเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจ ดูแลให้ท่อทางเดินหายใจอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่เลื่อนขึ้นลงหรือแกว่งไปมาโดยการผูกท่อด้วยเทปผ้าหรือติดพลาสติกเอาไว้ ตลอดจนการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงเหตุผลในการใส่ท่อทางเดินหายใจ ซึ่งพบว่า การให้ความรู้โดยการอธิบายจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ลดการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำได้ ในกรณีผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือหรือระดับความ

รู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง อาจจำเป็นต้องพิจารณาผูกมือผู้ป่วยไว้ และในการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุกครั้ง ต้องระวังในการจับสายต่อเครื่องช่วยหายใจให้ตามไปกับผู้ป่วยด้วย เพื่อป้องกันการดึงรั้งทำให้เกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจได้ (ลินจง, 2539)

ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ บางครั้งพบว่าการหายใจไม่สัมพันธ์กับการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ อาจเนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ หายใจด้านเครื่อง หรือการปรับตั้งเครื่องไม่เหมาะสม หรือเครื่องเจ็บบเสียงไม่ทำงาน เมื่อเกิดปัญหาดังกล่าวขึ้นต้องรีบหาสาเหตุและหาแนวทางแก้ไขโดยเร็ว ต้องเตรียมถุงลมช่วยหายใจไว้ใกล้เตียงผู้ป่วย และช่วยผู้ป่วยโดยการบีบถุงลมช่วยหายใจที่ต่อกับออกซิเจนร้อยเปอร์เซ็นต์ ถ้าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แสดงว่ามีปัญหาที่เครื่องช่วยหายใจ ต้องรีบตรวจสอบเครื่องช่วยหายใจ แต่หากผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น แสดงว่าปัญหาอยู่ที่ผู้ป่วยเป็นหลัก ต้องรีบตรวจร่างกายผู้ป่วยและประเมินผลจากค่าพารามิเตอร์ต่างๆ ที่มีอยู่อย่างรีบด่วน (สิวศักดิ์, 2549) จนกว่าจะแก้ไขสาเหตุได้ จากการศึกษาของธารทิพย์ (2541) ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการพยาบาล และการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เคยได้รับเครื่องช่วยหายใจ ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามปลายปิด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 85 มีความต้องการได้รับการช่วยเหลือโดยการบีบถุงลมช่วยหายใจเมื่อรู้สึกเหนื่อยอัดอัด หายใจลำบาก หรือหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ เพราะหากว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นแล้ว อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กลัว หรือปัญหามีความรุนแรงมากขึ้น

2. การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 1-2 ชั่วโมง สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการพลิกตะแคงตัวได้ ซึ่งจะมีผลทำให้เสมหะไหลลงตามแรงดึงดูดของโลก จากส่วนล่างของปอดเข้ามาสู่ท่อหลอดลมที่แยกเข้าปอด ลดการคั่งค้างของเสมหะ และยังทำให้การระบายอากาศในถุงลมดีขึ้น (วรารักษ์ และ มุกดา, 2548) การนอนท่าศีรษะสูง ช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น ลดการสำลักและการไหลย้อนกลับของอาหารเข้าสู่ทางเดินหายใจ ซึ่งสามารถลดการติดเชื้อได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ดรากูโลวิก และคณะ (Drakulovic et al., 2000) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อในผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจจำนวน 86 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลให้นอนศีรษะสูง 45 องศา มีอัตราการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อน้อยกว่าการให้นอนหงายราบ สอดคล้องกับการศึกษาของไอเบนซ์และคณะ (Ibanez et al., 1992) ศึกษาเปรียบเทียบการไหลย้อนกลับของอาหารในผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ ระหว่างการให้นอนหงายราบและการนอนศีรษะสูง 45 องศา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจและได้รับ

การให้อาหารเหลวทางสายยางให้อาหาร ผลการศึกษาพบว่า ท่านอนศีรษะสูง 45 องศา มีอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบติดเชื้อน้อยกว่าท่านอนหงายราบ

นอกจากนี้การดูแลทำความสะอาดภายในช่องปากและฟันผู้ป่วยโดยการใช้น้ำยาบ้วนปากสามารถช่วยลดแบคทีเรียและลดการติดเชื้อได้ และยังช่วยให้เนื้อเยื่อในช่องปากและคอมีความชุ่มชื้น ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มประสิทธิภาพการกำจัดเชื้อโรคได้ (ประณีต, 2548) ดั้งการศึกษาของเกรฟ มั่นโร เอสวิก เซสเลอร์ และวอร์ด (Grap, Munro, Elswick, Sessler, & Ward, 2004) เรื่องการใช้น้ำยาบ้วนปากในผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 34 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการใช้น้ำยาล้างปาก และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการใช้น้ำยาล้างปาก มีอัตราการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของโคแมนและคณะ (Koeman et al., 2006) ศึกษาผลของการใช้น้ำยาล้างปากคลอเอ็กซีดีนต่อการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อจากการได้รับเครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจจำนวน 385 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการใช้น้ำยาคลอเอ็กซีดีนในการล้างปาก และกลุ่มควบคุมได้รับการใช้น้ำยาหลอกในการล้างปาก ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการใช้น้ำยาคลอเอ็กซีดีนในการล้างปากสามารถลดอุบัติการณ์ของการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อได้ ส่วนกลุ่มที่ได้รับการใช้น้ำยาหลอกในการล้างปาก ไม่มีความแตกต่างในการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อทั้งก่อนและหลังทดลอง

นอกจากนี้การดูแลขณะดูดเสมหะ โดยการใช้อุปกรณ์และเทคนิคปราศจากเชื้อ และควรดูดเสมหะเฉพาะเวลาที่มีเสมหะ การลดอุบัติการณ์การดึงท่อช่วยหายใจออกโดยผู้ป่วย เพราะการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ปอด (Meade et al., 2001) การดูแล Cuff pressure ให้เหมาะสม ไม่ให้มีลมรั่ว เพื่อป้องกันการสำลักน้ำลายหรือเศษอาหารลงหลอดลม และควรตรวจสอบตำแหน่งของสายยางให้อาหารให้อยู่ในตำแหน่งที่ลึกพอ เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับของอาหารลงสู่หลอดลม (พิกุล, 2547)

3. การดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ

ผู้ป่วยที่ได้รับท่อช่วยหายใจโดยผ่านหลอดลมคอ ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เองทางปาก ส่วนใหญ่จะได้รับอาหารทางสายยางให้อาหาร และอาจมีความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารได้ เช่น ท้องอืด อาหารไม่ย่อย หรืออาหารไม่ดูดซึมจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ทำให้เกิดปัญหาการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ มีการเสียดุลของเกลือแร่ โดยเฉพาะระดับแมกนีเซียมและฟอสเฟตต่ำ จะทำให้กล้ามเนื้อช่วยหายใจอ่อนแรงมีผลต่อการหย่าเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วย (Hudak et al., 1998) จากปัญหาดังกล่าว การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ ขั้นตอนแรกจะต้องประเมินความต้องการใช้พลังงานของผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วย

หายใจและมีความยากลำบากในการหายใจหรือช่วยหายใจมักจะเป็นผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจากอาจจะมีความวิตกกังวล มีไข้ และมีภาวะเครียด ซึ่งทำให้ความต้องการพลังงานเพิ่มมากขึ้นเพื่อทดแทนการสูญเสียไปจากกระบวนการเมตาบอลิซึมที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรให้อาหารที่มีโปรตีนและไขมันสูง เนื่องจากโปรตีนช่วยรักษาระดับความสมดุลของไนโตรเจนในร่างกาย ส่วนไขมันเป็นสารอาหารที่ให้พลังงานสูงกว่าสารอาหารชนิดอื่นๆ ในปริมาณที่เท่ากัน (รังสรรค์, 2549) สำหรับคาร์โบไฮเดรตถ้าได้รับมากเกินไป จะมีการสร้างคาร์บอนไดออกไซด์ซึ่งเกิดจากการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้แรงในการหายใจสูงขึ้น ซึ่งอาจส่งผลให้การหายใจหรือช่วยหายใจได้สำเร็จยากขึ้น มีการศึกษาพบว่าการลดปริมาณคาร์โบไฮเดรต และเพิ่มปริมาณไขมันในอาหาร สามารถเพิ่มอัตราความสำเร็จของการหายใจหรือช่วยหายใจได้ (Covelli, Black, Olsen, 1981) แต่อย่างไรก็ตามในปัจจุบันพบว่า ปริมาณของพลังงานที่ได้รับมีความสำคัญกว่าประเภทของสารอาหาร โดยพบว่าหากได้รับปริมาณพลังงานจากสารอาหารมากเกินไปมีความสัมพันธ์กับความล้มเหลวของการหายใจหรือช่วยหายใจ ดังนั้นส่วนประกอบของสารอาหารอาจจะไม่มีความสำคัญเท่ากับพลังงานที่ได้รับทั้งหมด (Heyland, Dhaliwal, Day, Jain, & Drover, 2003)

นอกจากนี้การให้ความรู้และการอธิบายวิธีการให้อาหาร รวมทั้งการติดตามดูแลประเมินผล จะช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัวของผู้ป่วยได้ รวมทั้งการดูแลความสะอาดของช่องปากและฟัน ช่วยให้ผู้ป่วยสดชื่นและลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ ตลอดจนการเลือกเทคนิควิธีการให้อาหาร เช่น ผู้ป่วยบางรายอาจต้องการการให้อาหารเป็นมือๆ หรือบางรายอาจจะต้องการการให้แบบหยดช้าๆ ต่อเนื่องกัน ซึ่งวิธีการต่างๆ มีผลต่อการย่อยและการดูดซึมแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย การช่วยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารมากขึ้น และสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้สารอาหารทางสายยางให้อาหารได้ หรือได้รับไม่เพียงพอควรให้สารอาหารทดแทนทางหลอดเลือดดำและอธิบายวิธีการให้ ชนิดของสารอาหารที่ได้รับและความจำเป็น การให้ความมั่นใจว่าเมื่อผู้ป่วยมีสภาพอาการดีขึ้น ผู้ป่วยจะสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ เป็นการช่วยลดความวิตกกังวลได้

4. การดูแลให้ได้รับการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ

การนอนหลับจะช่วยให้เกิดการหายใจของแผล โดยการซ่อมแซมเนื้อเยื่อของร่างกายที่สึกหรอ และเริ่มสร้างเนื้อเยื่อขึ้นมาใหม่เป็นการทดแทน (Evans & French, 1995) และการนอนหลับยังมีประโยชน์ต่อการปรับตัวต่อการเผชิญภาวะเครียด เนื่องจากการนอนหลับจะช่วยให้มีการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ มีทักษะในการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ ช่วยให้มีสมาธิและควบคุมอารมณ์ได้ ผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลเป็นระยะเวลาานาน จะมีประสบการณ์ในการถูกรบกวนการนอนหลับ ถ้าหากนอน

หลับไม่เพียงพอจะทำให้มีอาการแปรปรวน หงุดหงิด ก้าวร้าว หวาดระแวง สับสน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการร่วมมือประสานกันระหว่างสมาชิกทีมสุขภาพในการช่วยเหลือเพื่อลดสาเหตุ การรบกวนของสิ่งต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยตื่นจากช่วงเวลาพักผ่อนนอนหลับ ควรมีการพัฒนารูปแบบช่วงเวลาการพบปะหรือการตรวจเยี่ยมของแพทย์หรือทีมสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อลดการรบกวนผู้ป่วย การจัดให้มีแสงและเสียงเพียงเล็กน้อยพร้อมทั้งลดการรบกวนผู้ป่วยในเวลากลางคืนหรือขณะผู้ป่วยหลับ นอกจากนี้การเพิ่มการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน เช่น การหยาเครื่องช่วยหายใจ การทำกายภาพบำบัด จะช่วยให้ผู้ป่วยหลับกลางคืนได้มากขึ้น และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจบางอย่าง เช่น เวลาในการให้อาหารทางสายยาง การอาบน้ำเช็ดตัว การตัดสินใจว่าจะพลิกตัวด้านไหนช่วงเวลาไหน และกำหนดช่วงเวลาของการพักผ่อนนอนหลับร่วมกัน ทั้งนี้ต้องให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าขณะที่ผู้ป่วยหลับจะมีคนคอยดูแลผู้ป่วยอยู่ใกล้ๆ เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของสายและท่อช่วยหายใจ พร้อมทั้งยกไม้กั้นเตียงขึ้นเพื่อป้องกันการตกเตียง

5. การดูแลเพื่อลดความเจ็บปวด

การดูแลเพื่อลดความเจ็บปวด ได้แก่ การดูแลขณะดูดเสมหะ แรงดูดที่ใช้ในการดูดจะต้องไม่มากเกินไป 100-120 มิลลิเมตรปรอท เพราะถ้าแรงดูดสูงเกินไปจะทำให้มีการทำลายต่อเยื่อหลอดลม ส่งผลให้เกิดความเจ็บปวดมากขึ้น นอกจากนี้การทำลายเยื่อหลอดลมจะมีมากขึ้นถ้าการดูดเสมหะไม่ถูกวิธี หรือการใส่สายดูดเสมหะที่รุนแรงและดูดซ้ำๆ (ศิริจันทร์, 2547) ควรดูดเสมหะด้วยความนุ่มนวล จะช่วยลดความเจ็บปวดได้ ส่วนความเจ็บปวดจากการคาท่อทางเดินหายใจ การดูแลโดยการยึดท่อทางเดินหายใจให้มั่นคง ด้วยการติดพลาสติกหรือผูกเชือก (Hudak et al., 1998) เพื่อป้องกันการเลื่อนขึ้นลง ลดการระคายเคืองเนื้อเยื่อหลอดลม และท่อหลุดโดยอุบัติเหตุ การเปลี่ยนพลาสติกหรือเชือกที่ผูกยึดท่อทางเดินหายใจทุกวันหรือเมื่อจำเป็น เป็นการช่วยไม่ให้ผิวหนังริมฝีปากถูกกดเป็นแผล หรือเป็นเนื้อตาย สำหรับการเจาะเลือดเพื่อวิเคราะห์ก๊าซในหลอดเลือดแดง ควรเจาะเมื่อมีความจำเป็น และควรใช้เข็มขนาดเล็กในการเจาะ (Johnson & Sexton, 1990) ทั้งนี้เพื่อช่วยลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้

6. การดูแลไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว

การมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยอาจทำให้เกิดอันตราย เกิดการสูญเสียหน้าที่ของผิวหนัง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ พบว่ามักจะมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวเพื่อพลิกตะแคงตัวเองลำบาก ดังนั้นควรจัดให้มีที่นอนเฉพาะ เช่น ที่นอนลม สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถพลิกตะแคงตัวเองได้ และช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับจากการนอนท่าเดียนานๆ นอกจากนี้การดูแลกระตุ้นและ

อธิบายให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวข้อแขนและขา มีกิจกรรมได้ตามศักยภาพ บอกให้ทราบพร้อมทั้งให้ความมั่นใจว่าสามารถเคลื่อนไหวได้ และวิธีการพุงสายหรือจัดสายท่อทางเดินหายใจรวมทั้งท่ออื่นๆ หรือการลุกนั่งไม่ให้ท่อเลื่อนหลุด ดึงรั้ง ทั้งนี้เพื่อลดการเกิดแผลกดทับ และภาวะแทรกซ้อนทางปอด หรือปรึกษานักกายภาพบำบัดมาช่วยในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เพื่อให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของมาตินและคณะ (Martin et al., 2005) ศึกษาผลของการฟื้นฟูสภาพร่างกายในผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 14 วัน จำนวน 49 ราย ผลการศึกษาพบว่า กล้ามเนื้อแขนและขามีความแข็งแรงมากขึ้นและผู้ป่วยสามารถลุกนั่งหรือยืนด้วยตนเองได้ดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง แต่ในขณะที่เดียวกันการออกแรงของผู้ป่วยจะเป็นการเพิ่มอัตราการหายใจ ทำให้เกิดการหายใจลำบากหรือหายใจเหนื่อยมากขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งอาจต้องแก้ไขโดยการอยู่ใกล้ๆ ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจว่า ถ้ามีอะไรเกิดขึ้น จะมีคนคอยช่วยเหลืออยู่ตลอดเวลา

7. การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านกิจวัตรประจำวัน

ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจและมีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เนื่องจากความอ่อนเพลีย ระดับของการเคลื่อนไหวลดลงจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ซึ่งอาจมีสาเหตุจากความปวดหรือความไม่กล้าขยับตัวของผู้ป่วย รวมถึงการมีท่อช่วยหายใจ การมีแผลหรือสายให้น้ำเกลือ ทำให้เป็นข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว การดูแลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามความเหมาะสมของสภาพผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันที่ไม่สามารถทำได้ เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การเปลี่ยนเสื้อผ้า ช่วยเหลือในการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวแขนและขา เพื่อลดความปวดเมื่อย ช่วยเหลือการขับถ่าย ผู้ป่วยบางรายมีความวิตกกังวลในการขับถ่ายเพราะคิดว่าจะทำให้เปื้อนสกปรก ซึ่งอาจนำไปสู่อาการท้องผูกได้ ดังนั้นการช่วยเหลือด้วยท่าที่ไม่รังเกียจและการให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถขับถ่ายได้โดยมีคนคอยดูแลช่วยเหลือ จะช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ลดอาการท้องผูกได้

การดูแลด้านจิตสังคม

การดูแลด้านจิตสังคมเป็นการดูแลเพื่อคงความสมดุลทางด้านจิตใจ มีผลจากพัฒนาการของความคิดและความต้องการ จะมีพฤติกรรมที่แสดงออกให้บุคคลอื่นสังเกตได้ โดยทั่วไปผู้ป่วยจะรับรู้ว่าการหายใจล้มเหลวเป็นสาเหตุให้ต้องได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ และจากการที่ผู้ป่วยมีความล้มเหลวในการหยาเครื่องช่วยหายใจหลายครั้ง ทำให้คิดว่าเป็นการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตและคุกคามต่อชีวิต ซึ่งจากผลกระทบดังที่กล่าวมา ทำให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลด้าน

จิตใจ ได้แก่ การพูดคุยให้กำลังใจ การให้ความหวังและความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะสามารถหายใจได้เอง มีความมั่นใจในสมรรถภาพของตนเอง และเชื่อว่าจะสามารถกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามต้องการ นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องการการสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวและทีมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และการหาวิธีการสื่อสารมีความสำคัญและจำเป็นมากสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ วิธีการหรือเทคนิคในการติดต่อสื่อสาร จะต้องประเมินระดับความรู้สึกรู้ตัว ความรู้ ความสามารถในการอ่านและเขียนของผู้ป่วย (จิตรา, 2540) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธารทิพย์ (2541) ที่ศึกษาความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจจำนวน 60 ราย ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 76.7 ของผู้ป่วยมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือในการหาวิธีการสื่อความหมายเกี่ยวกับความรู้สึก ปัญหาและความต้องการต่างๆ เช่น การจัดให้มีดินสอหรือปากกา แผ่นภาพมีข้อความประกอบ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการสื่อสาร ซึ่งผู้ดูแลจะต้องมีความสามารถในการติดต่อสื่อสารเป็นอย่างดี อาจต้องทำความเข้าใจกับการใช้ภาษาท่าทางของผู้ป่วย เพื่อรับทราบความต้องการของผู้ป่วย และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ และควรใช้เทคนิคการสัมผัสเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลร่วมด้วยนอกจากการให้ข้อมูลอย่างเพียงพอและให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความปลอดภัย ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัวของผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจแล้ว การให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงสิ่งที่ผู้ป่วยกังวล โดยการสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความวิตกกังวลและความกลัว จะช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัวได้

การดูแลด้านจิตวิญญาณ

มนุษย์ทุกคนเกิดมามีความต้องการด้วยกันทั้งสิ้น ทั้งความต้องการด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ความต้องการเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่อง ตั้งแต่เกิดจนตาย และจะมีความต้องการทั้งในภาวะปกติและเวลาเจ็บป่วย ซึ่งความต้องการทางด้านจิตวิญญาณเป็นความต้องการขั้นสูงสุด (บุบผา, 2536) โดยเฉพาะในภาวะเจ็บป่วย ภาวะวิกฤต หรือภาวะใกล้ตาย ผู้ป่วยมีอาการแสดงออกถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณที่เด่นชัดขึ้น (O'Brien, 1999) เนื่องจากเป็นความต้องการเกี่ยวกับตนเองและอยู่ในส่วนลึกที่สุด ในภาวะที่ผู้ป่วยได้รับเครื่องช่วยหายใจและมีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจจะมีความต้องการด้านจิตวิญญาณเพิ่มมากขึ้น เพราะผู้ป่วยไม่สามารถทำนายสภาพความเจ็บป่วยของตนและผลลัพธ์ของการรักษาได้ชัดเจน การดูแลด้านจิตวิญญาณ อาจจะเป็นกำลังใจ หรือการต่อรองอื่นๆ ซึ่งอาจเป็นพระเจ้า หรือสิ่งนอกเหนือจากอำนาจการควบคุมของมนุษย์ธรรมดาจะกระทำได้ ความต้องการด้านจิตวิญญาณของบุคคล จะแสดงออกเมื่อบุคคลเผชิญกับภาวะเครียดทางด้านจิตใจ ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย

(Narayanasamy et al., 2004) ผู้ป่วยจึงต้องการความเข้าใจ ความเห็นใจ ความเอื้ออาทร ความรักและกำลังใจทั้งจากญาติผู้ดูแลและทีมสุขภาพ จากการศึกษาของเสาวลักษณ์ (2545) ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวิกฤต พบว่าผู้ป่วยต้องการใกล้ชิดกับบุคคลและสิ่งยึดเหนี่ยว ต้องการการดูแลช่วยเหลือเสริมกำลังใจจากญาติผู้ดูแล

นอกจากนี้จากการศึกษาความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระหว่างได้รับเครื่องช่วยหายใจ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจร้อยละ 87 มีความต้องการให้พยาบาลเปิดโอกาสให้ลูก หลาน คู่สมรส หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยมาแสดงความรัก ความห่วงใย และความเอื้ออาทรอย่างสม่ำเสมอ (ชารทิพย์, 2541) ส่วนการศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง (บุบผา, 2536) พบว่า สิ่งที่ทำให้ความหมายแก่ชีวิตคือ ศาสนา ลูกหลาน คู่สมรส โดยศาสนาเป็นจุดมุ่งหวัง เป็นความหวังและเป็นกำลังใจในฐานะสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ส่วนลูกหลาน คู่สมรสเป็นสิ่งที่ให้ความหมาย เป็นจุดมุ่งหมาย เป็นความหวังและเป็นกำลังใจ โดยอธิบายว่าผู้ป่วยต้องการกำลังใจ ความรัก ความห่วงใย ความเอื้ออาทรต่อกัน ในกรณีที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ผู้ป่วยต้องการให้ช่วยเหลือเรื่องกิจวัตรประจำวัน และสิ่งที่เป็นจุดมุ่งหมายในชีวิต ได้แก่ การหายจากโรคและการมีสุขภาพดี การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา การมีชีวิตอยู่ให้ยาวนานที่สุดเพื่อดูความเจริญเติบโตและความสำเร็จของลูกหลานไปเรื่อยๆ ทั้งนี้ความต้องการด้านจิตวิญญาณของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันขึ้นกับวัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม ภูมิภาค และประสบการณ์ชีวิต

แนวคิดการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

การรับรู้การเจ็บป่วย เป็นความคิดและการตีความของการเป็นโรคหรือการเจ็บป่วยต่างๆ ที่เกิดขึ้น และให้ความหมายของการเจ็บป่วยตามประสบการณ์ และการรับรู้ต่อโรคนั้นๆ ซึ่งเป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่การกำหนดพฤติกรรม และพบว่า การที่บุคคลรับรู้และจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนได้นั้น ขึ้นอยู่กับการอธิบายและให้ความหมายของการเจ็บป่วย โดยมีจุดเน้นที่ว่า คนแต่ละคนให้ความหมายของการเจ็บป่วยแตกต่างกัน ขึ้นกับประสบการณ์และการรับรู้ต่อโรคหรือสถานการณ์ของบุคคลนั้น รวมทั้งการตอบสนองของบุคคล ครอบครัว และสังคม (Kleinman, 1980) ความหมายของการเจ็บป่วยตามความคิดของผู้ป่วยจึงเป็นกระบวนการรับรู้ การตอบสนองต่อการรับรู้ การใช้ความคิดและการตีความของการเป็นโรคหรือการเจ็บป่วยต่างๆ ที่เกิดขึ้น

ผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจและไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจแม้ได้พยายามฝึกการหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลา

อย่างน้อย 14 วัน ดังนั้นการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ เป็นการตีความและให้ความหมายว่า ตนกำลังอยู่ในภาวะวิกฤตเนื่องจากไม่สามารถหายใจด้วยตนเองได้ ทั้งนี้เนื่องจากสังคมมักมองว่า การเจ็บป่วยจนต้องได้รับการรักษาโดยการใส่เครื่องช่วยหายใจ มักจะเป็นผู้ป่วยหนักซึ่งมีการคุกคามต่อชีวิต ทั้งจากความไม่แน่นอนของการรักษา ตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ นอกจากนี้การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นปัญหาที่เชื่อมโยงและส่งผลกระทบต่อถึงกันหมด กล่าวคือการเจ็บป่วยทางกาย ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่แย่ลง คือ เกิดความวิตกกังวล กลัวและเครียด ในทางกลับกันเมื่อเกิดปัญหาด้านจิตใจ จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายเช่นกัน ซึ่งจะทำให้อาการเจ็บป่วยแย่ลงกว่าเดิม นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองลดลง เนื่องจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว จากอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจหรือจากอาการเจ็บป่วยและสภาพร่างกาย การใส่ท่อช่วยหายใจทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการสื่อสารอย่างมาก มักจะไม่สามารถบอกความต้องการได้ตามที่คาดหวัง ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดกับชีวิตได้ ต้องอยู่ในสภาพที่จำยอมหรือปฏิบัติตามแนวทางที่ผู้อื่นหยิบยื่นให้ ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า ตนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาบุคคลอื่น อาจทำให้รู้สึกสูญเสียคุณค่าและความเป็นตัวของตัวเองอย่างมาก จนอาจเกิดภาวะหมดพลังอำนาจ เนื่องจากไม่สามารถควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมได้

การศึกษารครั้งนี้เป็นการศึกษา ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ โดยศึกษาเกี่ยวกับการให้ความหมายของความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ ตามการรับรู้ของผู้ป่วย

แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นการวิจัยที่มีรากฐานมาจากหลักปรัชญา และเป็นรูปแบบหนึ่งของการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ที่มีพื้นฐานความเชื่อตามกระแสแนวคิดของปรากฏการณ์นิยม เป็นพื้นฐานทางสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ที่เชื่อว่า ความจริงแท้แน่นอนไม่จำเป็นต้องเป็นไปตามกฎธรรมชาติที่เป็นสากลเสมอไป เพราะสังคมและธรรมชาติมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา บุคคลสามารถรับรู้ ให้ความหมายและแสดงพฤติกรรมที่ถือว่าเหมาะสมตามบริบทที่ตนอาศัยอยู่ (อากรณ, 2536) เป็นการศึกษาปรากฏการณ์การให้ความหมายจากประสบการณ์ตามสถานการณ์ที่เป็นจริง และตามการรับรู้ของผู้ที่อาศัยอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ เน้นธรรมชาติ และความเป็นจริงของปรากฏการณ์ และสะท้อนให้เห็นถึงบริบทของปรากฏการณ์อย่าง

ลึกลับ (ประณีต, วิภาวี และเพลินพิศ, 2543) และให้ความสำคัญกับข้อมูลความรู้ลึกลับโลกทัศน์ วัฒนธรรมและความหมาย ซึ่งอาจไม่ปรากฏออกมาเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ (สุภาวงศ์, 2545ข)

การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอรัมนิวติก

การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอรัมนิวติก หมายถึง การศึกษาทำความเข้าใจ ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากการแปลความหรือตีความ (interpretive) (Maggs-Rapport, 2000) โดย หลักสำคัญของการศึกษาเน้นปรากฏการณ์ที่เป็นอยู่จริงตามธรรมชาติ (existential phenomenology) (Koch, 1995) หรือการศึกษาปรากฏการณ์ที่เป็นอยู่จริงในชีวิตประจำวัน (being-in-the-world) การศึกษาดังกล่าวถูกพัฒนามาจากแนวคิดการศึกษาทางปรากฏการณ์ของฮัสเซิล โดยไฮเดกเจอร์ (Heidegger) ซึ่งเป็นศิษย์เอกและเพื่อนร่วมงานของฮัสเซิล แนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจ หรือการค้นหาคำตอบเพื่อแปลความหมายของการมีชีวิตหรือการเป็นอยู่ในปรากฏการณ์นั้นๆ ของบุคคลว่ามีความหมายต่อบุคคลนั้นอย่างไร ดังนั้นการใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบเฮอรัมนิวติก จึง ต้องเข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับบุคคล ซึ่งไฮเดกเจอร์ กล่าวว่า บุคคลเป็นผู้ให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ ตามความคิดความรู้สึกของตนเอง ซึ่งอาจแตกต่างจากความหมายของผู้อื่นๆ นั่นคือประสบการณ์ ของใครก็เป็นของคนๆ นั้น ซึ่งเป็นประสบการณ์เฉพาะและเป็นความจริงของบุคคลนั้น โดยเชื่อว่า บุคคลมีคุณลักษณะที่สำคัญ ดังนี้ (Playger, 1994 อ้างตาม ประณีต และคณะ, 2543)

1. บุคคลเป็นผู้ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม (the person as having a world) หมายถึง บุคคลมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิด ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ซึ่งสิ่งแวดล้อม นั้น ได้แก่ ภาษา ภูมิหลัง หรือวัฒนธรรม ที่สืบทอดและติดตัวบุคคลนั้นมาตั้งแต่กำเนิด ไม่ใช่เป็น สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ดังนั้นการศึกษาถึงบุคคลจะต้องศึกษาให้เข้าใจในบริบทที่เป็นสิ่งแวดล้อม ของบุคคลนั้น

2. บุคคลเป็นผู้ให้คุณค่า (the person as a being for whom things have significance and value) หมายถึง บุคคลแต่ละคนจะให้คุณค่าหรือให้ความหมายแต่ละเรื่องไม่เหมือนกันขึ้นอยู่กับ วัฒนธรรม ภาษา และภูมิหลังของแต่ละบุคคล ดังนั้นการทำความเข้าใจในการแสดงออกหรือ ความรู้สึกของบุคคล จึงต้องศึกษาบุคคลในบริบทของคนๆ นั้น

3. บุคคลเป็นผู้แปลความหมาย (the person as self-interpreting) หมายถึง บุคคลให้ ความหมายของประสบการณ์ตามความคิด ความรู้สึกของตนเอง ซึ่งอาจแตกต่างจากความหมายของ บุคคลอื่นหรือความจริงจากทฤษฎี

4. บุคคลเป็นหน่วยรวม (the person as embodied) นั่นคือ รวมการให้ความหมาย ความ คาดหวัง ความรู้สึกนึกคิด นิสัย แบบแผนการดำเนินชีวิต ไว้ด้วยกันเป็นหนึ่งเดียว ไม่สามารถแยก

ออกเป็นส่วนๆ โดยเชื่อว่า คนประกอบด้วย กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นประสบการณ์ของบุคคลจึงเป็นประสบการณ์โดยรวม ที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงทุกสิ่งในตัวบุคคลคนนั้น

5. บุคคลมีมิติของเวลา (the person in time) ประสบการณ์ชีวิตของบุคคลจะเป็นไปตามมิติของเวลา โดยความคิดในปัจจุบันของบุคคลจะได้รับอิทธิพลมาจากอดีต และส่งผลถึงอนาคตได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลตระหนักและให้ความสนใจ

นอกจากนี้กาดาเมอร์ (Gadamer, 1975 as cited in Annells, 1996) ให้แนวคิดเพิ่มเติมในการศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยาเพื่อให้เข้าใจถึงประสบการณ์ของบุคคลลึกซึ้งยิ่งขึ้น ได้แก่ ภาษา (language) และการเชื่อมโยงความหมาย (the fusion of horizons) โดยอธิบายแนวคิดดังกล่าวนี้ว่า

ภาษา เป็นสื่อกลางสำคัญ ที่ทำให้เข้าใจปรากฏการณ์นั้นๆ ได้อย่างชัดเจน ภาษาเป็นสื่อกลางที่จำเป็น และต้องทำความเข้าใจทั้งในรูปแบบและความหมายของภาษา ซึ่งอาจเป็นคำเฉพาะที่ใช้ในบางกลุ่มบางสังคม การที่จะเข้าใจบุคคลได้จะต้องค้นหาความหมายด้วยการพูดคุยกับบุคคลนั้น ดังนั้นภาษาที่ใช้จึงต้องเป็นภาษาที่เข้าใจตรงกันทั้งสองฝ่าย ผู้วิจัยจึงจะสามารถเข้าใจสิ่งที่บุคคลให้ความหมาย หรือมีประสบการณ์อยู่ได้อย่างถูกต้อง

การเชื่อมโยงความหมาย เป็นการเชื่อมมุมมองของผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล เป็นการทำความเข้าใจ เชื่อมโยง แลกเปลี่ยน และขยายความคิดเห็นต่อกัน รวมถึงความรู้และสิ่งต่างๆ จากการศึกษา เพื่อให้สิ่งที่ศึกษา หรือข้อมูลที่ค้นพบนั้น เกิดความหมายและความเข้าใจที่ตรงกันระหว่าง ผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล เพื่อลดความลำเอียง

สำหรับการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์มันิวซ์ติกของไฮเดกเจอร์และกาดาเมอร์ มีจุดเน้นของปรัชญาคือ ความจริงแท้แน่นอน จากประสบการณ์และความเข้าใจว่าความจริงแท้คืออะไร ประสบการณ์แท้จริงเป็นอย่างไร และมีความหมายอย่างไรต่อความเป็นบุคคล และไฮเดกเจอร์ยังมีความคิดว่า การค้นความรู้เดิมเกี่ยวกับปรากฏการณ์ออกทั้งหมดโดยการนำใส่ไว้ในวงเล็บ (bracketing) ไม่สามารถทำได้จริง เพราะสิ่งเหล่านั้นอาจเป็นสาระสำคัญที่จะนำไปสู่ความเข้าใจปรากฏการณ์นั้นๆ มากขึ้น ซึ่งไฮเดกเจอร์ได้นำสิ่งเหล่านั้นเข้ามาศึกษาในการแปลความหมาย โดยผ่านวงจรมิวซ์ติก (hermeneutic circle) (Annells, 1996) ซึ่งวงจรมิวซ์ติกหรือวงจรรการแปลความ เป็นการเชื่อมโยงเหตุการณ์ในอดีต ที่บุคคลเคยได้รับหรือเข้าใจมาก่อน เข้ากับประสบการณ์ครั้งใหม่ เพื่อที่จะรับรู้และให้ความหมายกับประสบการณ์ครั้งใหม่เป็นลูกโซ่ นั่นคือบุคคลเข้าใจบางสิ่งบางอย่างได้โดยการเปรียบเทียบกับสิ่งที่บุคคลนั้นเคยรู้จักหรือเคยมีประสบการณ์มาก่อน (วิณา, 2547) ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ (Kock, 1995) มีรายละเอียดดังนี้

1. ภูมิหลัง (background) เป็นประวัติหรือพื้นฐานส่วนบุคคล ซึ่งวัฒนธรรมให้มาตั้งแต่กำเนิด พื้นฐานทางวัฒนธรรมช่วยให้เข้าใจโลกของความเป็นบุคคลของประสบการณ์ของคนๆ นั้น

2. ความเข้าใจที่เดิมที่มีอยู่ก่อน (pre-understanding) ซึ่งรวมถึงการใช้ภาษาและการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เป็นการทำความเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นและเป็นอยู่จริงในโลก รวมทั้งภาษา วัฒนธรรมของบุคคล ซึ่งมีมาก่อนและไม่สามารถกำจัดหรือกันออกไปได้ แต่เป็นพื้นฐานที่ทำให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาได้

3. การทำความเข้าใจบุคคลและสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น (co-constitution) เป็นการทำความเข้าใจบริบทของบุคคล ที่เป็นอยู่ในสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น ซึ่งไม่สามารถแยกบุคคลออกจากสิ่งแวดล้อมได้ เพราะบุคคลมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมตั้งแต่เกิด

4. การแปลความ ตีความ (interpretation) จะต้องทำความเข้าใจภูมิหลังหรือพื้นฐานชีวิตของบุคคล ร่วมกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงของบุคคล เพื่อจะแปลความหมายได้อย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับแนวคิดของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์มันิวซ์ติก ผู้วิจัยเห็นว่าสามารถใช้เป็นกรอบแนวคิดเพื่อนำมาอธิบายปรากฏการณ์ผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจได้อย่างครอบคลุม ซึ่งเป็นประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น โดยทำให้ผู้วิจัยได้เข้าใจการให้ความหมาย คุณค่า จากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งภูมิหลัง วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมของผู้ให้ข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้บรรยายประสบการณ์ออกมาตามสิ่งที่ได้ให้ความหมายและให้คุณค่าจากประสบการณ์ในอดีตจนถึงปัจจุบัน การใช้เทคนิคการสะท้อนกลับ การยกตัวอย่าง การทวนคำ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัย ซึ่งทำให้ผู้วิจัยเข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างชัดเจน ลึกซึ้งและครอบคลุม

โดยสรุปจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจและความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ จะมีผลกระทบตามมามากมาย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ผลกระทบด้านร่างกาย เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรคและการเจ็บป่วย แล้วมีผลกระทบต่อจิตสังคมและจิตวิญญาณตามมา ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องดูแลให้ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ส่งผลให้การรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความต้องการดูแลเพื่อต่อตัวผู้ป่วยเอง ผู้ดูแล และภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว เช่น การติดเชื้อที่ปอดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ มีความเครียด วิตกกังวล ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าและมีปัญหาสุขภาพตามมา เป็นต้น ผลกระทบเหล่านี้ส่งผลให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา กระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว ดังนั้นผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจจึงมี

ความต้องการการดูแลหลายอย่างเพื่อให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลเพื่อป้องกัน แก้อา และลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้โดยเร็วที่สุด

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบ เฮอร์มินิวซ์ติก เพื่ออธิบายประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งมีวิธีการดำเนินการศึกษาดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่เคยได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจในหออภิบาล การหายใจ ของโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ทั้งเพศหญิงและเพศชาย จำนวน 10 ราย โดยจำนวนผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวพิจารณาจากความอึดตัวของข้อมูล ซึ่งเป็นข้อมูลที่เพียงพอที่สามารถ อธิบายประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้ โดยผู้ให้ข้อมูลมีคุณสมบัติ คือ เป็นผู้ป่วยที่เคยได้รับเครื่องช่วย หายใจและสามารถหยาเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ โดยใช้จำนวนวันรวมในการหยาเครื่องช่วย หายใจอย่างน้อย 14 วัน นับตั้งแต่วันที่เริ่มหยาเครื่องช่วยหายใจวันแรกเป็นวันที่ 1 และวันที่สามารถ เอาเครื่องช่วยหายใจออกได้โดยไม่มีกาใส่เครื่องช่วยหายใจซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง เป็นวันสุดท้าย ของการหยาเครื่องช่วยหายใจ

บริบทของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหยา เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยอภิบาลการหายใจ โรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง สำหรับผู้ป่วยในหออภิบาลการหายใจ คือผู้ป่วยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และมีปัญหาเกี่ยวกับระบบต่างๆ แล้วมีผลกระทบให้ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว หรือมีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจโดยตรง และได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยได้รับการแก้ไขสาเหตุที่ทำให้ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว ที่จำเป็นต้องได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจ รวมทั้งไม่อยู่ในภาวะวิกฤต และต้องการหยาเครื่องช่วย หายใจหรือมีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ โดยรับย้ายจากหอผู้ป่วยต่างๆ เพื่อมาฝึก การหยาเครื่องช่วยหายใจ และเมื่อสามารถหยาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ จะย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย

เดิมที่ก่อนย้ายมา หรือย้ายไปหอผู้ป่วยที่เหมาะสม ซึ่งขึ้นอยู่กับพิจารณาของแพทย์เจ้าของไข้ หรือผู้ป่วยบางรายสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้เลย

สำหรับบุคลากรในหอผู้ป่วย ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินหายใจ 1 คน แพทย์ใช้ทุนปี 1, 2 และ 3 ชั้นปีละ 1 คนต่อเดือน พยาบาลวิชาชีพ 45 คน ผู้ช่วยพยาบาล 9 คน และพนักงานช่วยการพยาบาล 15 คน ในส่วนของผู้ป่วย มีจำนวนเตียง 16 เตียง จัดเป็นทีมพยาบาล 4 ทีม โดยพยาบาลวิชาชีพ 1 คนดูแลผู้ป่วย 4 คน ผู้ช่วยพยาบาล 1 คนและพนักงานช่วยการพยาบาล 1 คน ดูแลผู้ป่วย 8 คน สำหรับการฝึกการหยาเครื่องช่วยหายใจ แพทย์ใช้ทุนเป็นผู้พิจารณาฝึกการหยาเครื่องช่วยหายใจร่วมกับพยาบาลวิชาชีพเจ้าของทีม โดยอยู่ภายใต้การดูแลแนะนำของอาจารย์แพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินหายใจ ส่วนเรื่องกฎ ระเบียบของหอผู้ป่วย ทางหอผู้ป่วยกำหนดเวลาเยี่ยมดังนี้ วันจันทร์-วันศุกร์ เยี่ยมได้เวลา 6.00 น-8.00 น, 11.00 น-13.00 น, 15.00 น-19.00 น วันเสาร์-วันอาทิตย์ เยี่ยมได้เวลา 6.00 น-8.00 น, 11.00 น-19.00 น นอกเหนือเวลาดังกล่าว หากญาติต้องการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยสามารถพูดคุยบอกความประสงค์กับเจ้าหน้าที่ได้ นอกจากนี้หากผู้ป่วยรายใดอยู่ในภาวะวิกฤตหรือใกล้ตาย ทางหอผู้ป่วยจะอนุญาตให้ญาติอยู่ได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยต้องเตรียมตัวทั้งความรู้เชิงวิชาการ ระเบียบวิธีวิจัย และการฝึกฝนเทคนิคในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยฝึกเป็นคนช่างสังเกต ฝึกทักษะในการสนทนาที่จะสามารถเจาะลงไปสู่ส่วนลึกของข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม ลึกซึ้งและตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และนอกจากตัวผู้วิจัยแล้วยังมีเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลการศึกษา ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย เพศ อายุ ภูมิลำเนา ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานภาพของครอบครัว อาชีพ รายได้ การจ่ายค่ารักษา ความเพียงพอของรายได้ การวินิจฉัยโรค ประสบการณ์การรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาการหยาเครื่องช่วยหายใจ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ และผู้ดูแลขณะเจ็บป่วย

2. แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการนำไปทดลองสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล

ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในสถานการณ์จริง (pilot study) จำนวน 2 ราย และนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้สอดคล้องและเหมาะสมกับการศึกษา

3. แบบบันทึกภาคสนาม (field note) สำหรับบันทึกสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในการสัมภาษณ์ ตลอดจนพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งได้แก่ความเต็มใจและความพร้อม โดยพิจารณาจากลักษณะสีหน้าท่าทาง อาการแสดงรวมทั้งสัญญาณชีพ และบันทึกปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์ โดยใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ซึ่งจะช่วยให้เห็นบริบทของปรากฏการณ์ที่ศึกษาสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

4. อุปกรณ์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จึงได้เตรียมตัวทั้งเนื้อหา และวิธีการวิจัย สร้างแนวคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่ต้องการจำนวน 2 ราย เพื่อดูความเหมาะสมของแนวคำถามและภาษาที่ใช้ จากนั้นจึงนำมาตรวจสอบแก้ไขและนำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจและการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน โดยก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าว

ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (indepth interview) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ประกอบด้วย

1.1 เตรียมตัวผู้วิจัยโดยการศึกษาความรู้เชิงวิชาการจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและมีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ รวมทั้งแนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างคำถาม ให้มีความครอบคลุม

ในประเด็นที่ต้องการศึกษามากที่สุด เตรียมวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เทคนิคการสัมภาษณ์เจาะลึก การบันทึกภาคสนาม การตรวจสอบและการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียดและครอบคลุม เพื่อให้เกิดความเข้าใจและวิธีการเก็บข้อมูลให้ได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด รวมทั้งเตรียมความรู้เกี่ยวกับสถานที่ที่จะไปเก็บข้อมูล เพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและเป็นแนวทางในการวางแผนเก็บข้อมูลต่อไป

1.2 การสร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นคำถามปลายเปิด โดยเนื้อหาครอบคลุมถึงการให้ความหมายเกี่ยวกับประสบการณ์ความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ผลกระทบที่เกิดขึ้น การดูแลที่ได้รับ รวมทั้งความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

1.3 เตรียมเครื่องมือ ได้แก่ เทปบันทึกเสียง แบบบันทึกภาคสนามและแบบสัมภาษณ์ต่างๆ ให้พร้อมเพื่อความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 เตรียมหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมไปยังเลขานุการ คณะกรรมการด้านจริยธรรมคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อพิจารณาขึ้นต้นและเสนอโครงการวิจัยไปยังบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2. ขั้นตอนการ

2.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้รับการอนุมัติจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการศึกษา และขออนุญาตเก็บข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยอภิบาลการหายใจ เพื่อแนะนำตัวและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดของการศึกษา

2.3 ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในการเลือกผู้ให้ข้อมูล โดยแจ้งคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลที่ต้องการให้ทราบ และให้เจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนั้นๆ เป็นผู้ติดต่อกับผู้ให้ข้อมูลก่อน เพื่อสอบถามความสมัครใจในการให้สัมภาษณ์และแนะนำตัวผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลรู้จัก

2.4 ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล ตั้งแต้อยู่ในขั้นตอนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เพื่อสร้างความคุ้นเคย หลังจากนั้นเมื่อผู้ให้ข้อมูลหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ และสามารถให้ข้อมูลได้ ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสรุป ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลในการ

เข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยถามความสนใจในการเข้าร่วมการทำวิจัยอีกครั้ง โดยให้เวลาในการคิดและตัดสินใจ เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมการทำวิจัย ผู้วิจัยนัดวัน เวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อมและความต้องการของผู้ให้ข้อมูล และในกรณีผู้ให้ข้อมูลได้รับการจำหน่ายกลับบ้านหรือย้ายไปหาผู้ป่วยอื่น ผู้วิจัยตามไปสัมภาษณ์ต่อที่หาผู้ป่วยอื่นและที่บ้านจนข้อมูลอิ่มตัว

2.5 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลโดยใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึก ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาทีต่อครั้ง การสัมภาษณ์แต่ละรายประมาณ 2-3 ครั้ง เริ่มเมื่อผู้ให้ข้อมูลมีความพร้อมและอยู่ในบรรยากาศที่เหมาะสม โดยเริ่มต้นด้วยการพูดคุยเรื่องทั่วๆ ไปให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกผ่อนคลายและลดความตึงเครียด จากนั้นจึงใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้นในการสัมภาษณ์ ใช้เทคนิคการฟัง การสะท้อนกลับ การยกตัวอย่าง เทคนิคการสรุป และการเจาะลึกคำถามในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน โดยไม่มีการใช้คำถามนำหรือการชี้นำในทางความคิดจากผู้วิจัย นอกจากนี้ยังสังเกตลักษณะสีหน้า ท่าทาง พฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลขณะให้การสัมภาษณ์ และจดบันทึกในประเด็นที่สำคัญขณะที่ให้สัมภาษณ์และสังเกตได้ตามความเป็นจริง แล้วนำมาบรรยายสถานการณ์ร่วมกับการสัมภาษณ์ในแต่ละวัน เพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล และนำมาปรับปรุงเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

2.6 การแปลผลข้อมูลรายวัน

2.6.1 การถอดเทปข้อมูล หลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละวันจะทำการถอดเทปบันทึกทั้งหมดมาเป็นข้อความเชิงบรรยายที่เกิดขึ้นจากการสัมภาษณ์ โดยการถอดข้อความเป็นคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค แล้วตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเหล่านั้นอีกครั้งโดยการเปิดเทปฟังซ้ำๆ

2.6.2 อ่านข้อความทั้งหมดที่ได้จากการถอดเทป ทำความเข้าใจ อ่านและขีดเส้นใต้ข้อความที่เป็นการใช้ความหมายการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ความรู้สึกต่อความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ผลกระทบจากความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ความต้องการการดูแลและการดูแลที่ได้รับขณะที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ตลอดจนปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จากนั้นจึงทำการตรวจสอบว่าข้อความใดไม่ชัดเจนและต้องนำไปสัมภาษณ์ซ้ำในครั้งต่อไป

2.6.3 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลรายวัน รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดเมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย

2.7 การสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (saturation of data) โดยพิจารณาจากการที่ผู้วิจัยไม่สามารถค้นหาข้อมูลใหม่เพิ่มเติมจากที่มีอยู่ได้อีก ซึ่งพิจารณาจากการวิเคราะห์หัวข้อ (themes) ไม่เพิ่มเติมจากที่มีอยู่ และผู้วิจัยเข้าใจประสบการณ์ที่ศึกษานั้นอย่างชัดเจน

ครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลกับผู้วิจัยมีความเข้าใจตรงกันในข้อมูลที่ได้รับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ แวนมานเนน (van Manen, 1990) ซึ่งเป็นวิธีการที่จะทำให้สามารถเข้าใจประสบการณ์ที่ศึกษาได้อย่างลึกซึ้ง โดยกระบวนการวิเคราะห์ที่เกิดขึ้นทำให้ผู้วิจัยได้แปลความและตีความ เพื่ออธิบายความหมายของปรากฏการณ์ ซึ่งแวนมานเนนได้อธิบายขั้นตอนการวิเคราะห์ไว้ 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. การย้อนกลับไปทำความเข้าใจกับประสบการณ์ชีวิตที่เป็นอยู่จริงตามธรรมชาติ (turning to the nature of lived experience) เป็นการศึกษาภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูลในบริบทที่เป็นจริงตามธรรมชาติ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ เช่น แบบแผนการดำเนินชีวิต สังคม วัฒนธรรม ประสบการณ์ต่างๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลเคยผ่านมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน รวมทั้งประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประสบการณ์ได้รับเครื่องช่วยหายใจและการหยาเครื่องช่วยหายใจ

2. การค้นหาประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา (investigating experience as we live it) เป็นการค้นหาการให้ความหมายของประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาให้ลึกซึ้งที่สุด เพื่อให้ได้ประสบการณ์ที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูลตามบริบทที่ต้องการศึกษา ซึ่งต้องใช้เทคนิคในการถามคำถามเพื่อค้นหาธรรมชาติของประสบการณ์ ในขั้นตอนการสัมภาษณ์จึงต้องทำความเข้าใจกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นของผู้ให้ข้อมูลและ สามารถเข้าถึงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นได้เสมือนผู้วิจัยได้อาศัยอยู่ในประสบการณ์นั้นๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงตามประเด็นที่ต้องการศึกษา

3. การสะท้อนคิดวิเคราะห์คำสำคัญ (reflecting on essential themes) เป็นการสะท้อน โดยการทำทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของประสบการณ์ที่ศึกษา ซึ่งเป็นสาระสำคัญของการศึกษา ซึ่งในการสะท้อนคิดวิเคราะห์คำสำคัญ มีขั้นตอนดังนี้

3.1 รวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการศึกษา ทั้งจากการสัมภาษณ์ การสังเกตและจดบันทึกภาคสนาม มาเรียบเรียงให้เป็นระเบียบ

3.2 อ่านข้อมูลและพยายามดึงคำสำคัญ (isolating thematic statements) ของประสบการณ์ที่ศึกษาจากข้อมูลที่ได้มาโดยมีวิธีการ 3 วิธีดังนี้

3.2.1 วิธีอ่านรายละเอียด (the detailed or line-by-line approach) เป็นการอ่านบทสัมภาษณ์ทั้งหมดอย่างละเอียดทุกคำ ทุกประโยค และทำความเข้าใจ

3.2.2 วิธีอ่านโดยภาพรวม (the wholistic approach or sententious approach) เป็นการอ่านโดยภาพรวมทั้งหมดแล้วทำความเข้าใจกับข้อมูล และหาประเด็นสำคัญที่ศึกษาอย่างละเอียด และสะท้อนออกมาเป็นประโยคหรือวลีที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญเหล่านั้น

3.2.3 วิธีอ่านโดยการเลือกอ่านข้อความสำคัญ (the selective approach or highlighting approach) เป็นการเลือกอ่านประโยค หรือวลีที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา และขีดเส้นใต้ไว้

3.3 รวบรวมคำสำคัญที่ได้จากการศึกษา มาปรับภาษาหรือการใช้คำให้สามารถสื่อความหมายถึงประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษาทั้งหมด

3.4 จัดกลุ่มคำสำคัญเป็นหมวดหมู่ ทั้งของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย และรวมกลุ่มคำสำคัญของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 10 ราย พร้อมทั้งจัดลำดับเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของหมวดหมู่เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

3.5 เขียนบรรยายคำสำคัญ เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกและอารมณ์ที่เกิดขึ้นในปรากฏการณ์นั้นๆ

3.6 นำคำสำคัญที่ได้กลับไปตรวจสอบความตรงของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง

4. เขียนบรรยายให้เห็นปรากฏการณ์ที่ได้จากการศึกษา (the art of writing and rewriting) เป็นการนำคำสำคัญที่ได้มาสรุปเป็นคำอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษา ซึ่งจะเขียนอธิบายอย่างละเอียดและชัดเจน โดยอาศัยการคิดทบทวน (re-thinking) การสะท้อนคิดพิจารณา (re-reflecting) และการระลึกได้ (re-cognizing) ของข้อมูลที่ได้มาอย่างรอบคอบ เพื่อให้ผลการศึกษาที่ได้ตรงกับปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษามากที่สุด ซึ่งในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการเขียนบรรยายสรุปและอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษา โดยการแสดงคำสำคัญพร้อมทั้งยกตัวอย่างข้อความที่ได้จากการสัมภาษณ์มาสนับสนุนและประกอบคำบรรยาย

5. การคงไว้ซึ่งคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษา (maintaining a strong and oriented relation) โดยการไม่นำทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาเป็นตัวกำหนดหรือเป็นกรอบของการศึกษา เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มาจากการศึกษาอย่างแท้จริง

6. การทำให้มีความสมดุลของบริบทที่ศึกษาโดยพิจารณาจากส่วนย่อยและส่วนรวม (balancing the research context by considering parts and wholes) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของประสบการณ์ย่อยกับประสบการณ์ในภาพรวม โดยมีกรอบทบทวนถึงกระบวนการต่างๆ ตั้งแต่ขั้นตอนแรกจนถึงขั้นตอนสุดท้าย ซึ่งจะต้องไม่เกิดคำสำคัญอื่นๆ ตามมาเพิ่มเติมอีก

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การสร้างความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (trustworthiness) เพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือมากที่สุดในการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวทางตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลของลินคอล์นและกูบา (Lincoln & Guba, 1985 as cited in Polit & Beck, 2004) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (credibility) สำหรับการศึกษาประสบการณ์ครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยจะให้เวลาในการเก็บข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลมากกว่า 1 ครั้ง และนานพอจนได้ข้อมูลที่อิมตัว โดยผู้วิจัยไปพบผู้ให้ข้อมูล เพื่อสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ และสร้างความเป็นกันเอง ก่อนที่จะดำเนินการสัมภาษณ์ เมื่อดำเนินการสัมภาษณ์จะทำให้ผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัยมีความรู้สึกคุ้นเคยและเป็นกันเอง ซึ่งจะทำให้บรรยากาศในการสัมภาษณ์ไม่เครียด เป็นเหมือนการสนทนาโดยทั่วไป โดยผู้ให้ข้อมูลไม่รู้สีกว่าตนเองกำลังถูกสัมภาษณ์ ซึ่งจะมีผลต่อความถูกต้องและเชื่อถือได้ของข้อมูล โดยผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายประมาณ 2-3 ครั้ง จนข้อมูลอิมตัว แล้วนำข้อมูลที่ไ้จากการถอดเทปและผ่านการวิเคราะห์แล้วกลับไปตรวจสอบความถูกต้องกับผู้ให้ข้อมูล (member checks) อีกครั้ง

2. ข้อมูลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ (transferability) เพื่อให้ข้อมูลจากการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับบริบทที่มีความเหมาะสมคล้ายคลึงกับบริบทที่ศึกษานี้ ดังนั้นผู้วิจัยจำเป็นต้องอธิบายบริบทที่ศึกษา ลักษณะและการได้มาของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียด (thick description) อธิบายปรากฏการณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจได้อย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถพิจารณาตัดสินใจในการนำข้อมูลที่ไ้ไปประยุกต์ใช้ได้ เมื่อพบว่ามีความเหมาะสม

3. ความสามารถในการเทียบเคียงกับเกณฑ์อื่น (dependability) เป็นการแสดงถึงความน่าเชื่อถือของข้อมูล สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยให้อาจารย์ที่ปรึกษา 2 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบในกระบวนการได้มาของข้อมูลและผลที่ได้ ซึ่งในการตรวจสอบกระบวนการได้มาของข้อมูล ผู้วิจัยให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบตั้งแต่การสร้างเครื่องมือในการวิจัย แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ และนำมาปรับปรุงภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากนั้นนำไปฝึกสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยการศึกษานำร่อง (pilot study) กับผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะเดียวกันกับที่ต้องการ แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งทุกขั้นตอนอยู่ภายใต้การตรวจสอบและการแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

โดยละเอียด หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา และแนวคำถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง และการเก็บข้อมูลทุกรายผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อเพิ่มเติมและแก้ไขข้อบกพร่อง จนข้อมูลมีความชัดเจนเชื่อถือได้

4. สามารถตรวจสอบและยืนยันข้อมูลได้ (confirmability) สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยทำการบันทึกแหล่งที่มาของข้อมูลไว้เป็นหลักฐาน ได้แก่ เทปบันทึกเสียงในขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละครั้งและแต่ละราย โดยผู้วิจัยเขียนนามสมมุติ เวลา สถานที่ ครั้งที่สัมภาษณ์ ไว้ทุกครั้ง และจัดเก็บไว้อย่างเป็นระบบ ไม่มีการลบข้อมูลหรือบันทึกซ้ำ นอกจากนี้ผู้วิจัยจดบันทึกภาคสนาม (field note) ทุกครั้ง的去สัมภาษณ์ เพื่อเป็นหลักฐานยืนยันว่าผู้วิจัยไปเก็บข้อมูลมาจริง และในขั้นการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยเก็บบทสัมภาษณ์ที่นำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูล และรายละเอียดคนในการวิเคราะห์ข้อมูลทุกชิ้นตอนไว้อย่างเป็นระบบ เพื่อสามารถตรวจสอบที่มาของข้อมูลได้

การพิทักษ์สิทธิและจรรยาบรรณของนักวิจัย

ผู้วิจัยอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลที่เข้าร่วมวิจัยโดยละเอียด โดยอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่า การสัมภาษณ์เจาะลึกจำเป็นต้องใช้เทปบันทึกเสียงประกอบทุกครั้ง เพื่อความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล และเก็บเทปบันทึกเสียงไว้เป็นความลับ นำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยเท่านั้น ชื่อที่ใช้ในการสัมภาษณ์เป็นชื่อที่สมมุติขึ้น และเมื่อมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูล ไม่ว่าจะเพื่อวัตถุประสงค์ใด ต้องได้รับความเห็นชอบจากผู้ให้ข้อมูลก่อนเสมอ ระยะเวลาของการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบ โดยตกลงร่วมกันและเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ เมื่อผู้ให้ข้อมูลมีอาการผิดปกติทางด้านร่างกาย ได้แก่ อาการไอและหายใจเร็ว ผู้วิจัยหยุดการสัมภาษณ์ และให้การพยาบาลเบื้องต้น พร้อมทั้งส่งต่อเพื่อการรักษาที่เหมาะสมต่อไป นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลสามารถซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัยครั้งนี้ได้ และผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตามต้องการ โดยไม่ต้องให้เหตุผลกับผู้วิจัย

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์มินิวซ์ติก เพื่ออธิบายประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ เก็บรวบรวมโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจากผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจและมีประสบการณ์การหยาเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลาอย่างน้อย 14 วัน จำนวน 10 ราย ใช้แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลของแวนมานัน (van Manen, 1990) ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา และการได้รับเครื่องช่วยหายใจ

ส่วนที่ 2 ลักษณะภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 3 ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา และการได้รับเครื่องช่วยหายใจ

จากการศึกษาครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 10 ราย เป็นเพศชาย 6 ราย และเพศหญิง 4 ราย มีอายุอยู่ในช่วง 18- 78 ปี โดยมีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 7 ราย นับถือศาสนาพุทธ 8 ราย อีก 2 รายนับถือศาสนาอิสลาม มีสถานภาพคู่ 5 ราย เป็นหม้าย 4 ราย ระดับการศึกษาสูงสุดคือปริญญาตรี จบชั้นประถมศึกษาจำนวน 7 ราย และอนุปริญญา 1 ราย สิทธิการรักษาใช้บัตรประกันสุขภาพ 4 ราย เบิกได้จากหน่วยงานราชการ 6 ราย นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้ประกอบอาชีพ 7 ราย สำหรับรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 15,001 - 20,000 บาท จำนวน 5 ราย และน้อยกว่า 10,000 บาท 2 ราย มากกว่า 20,000 บาท 1 ราย ครอบครัวผู้ให้ข้อมูลจำนวน 9 ราย มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย มีเพียง 1 รายที่รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ส่วนผู้ดูแลหลักเป็นบุตรสาว หลานและภรรยาจำนวน 8 ราย (ตาราง 1)

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา และการใช้เครื่องช่วยหายใจ จากการศึกษาพบว่สาเหตุสำคัญของการได้รับเครื่องช่วยหายใจของผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5 รายมีการติดเชื้อที่ปอด รองลงมามีน้ำท่วมปอดจำนวน 2 ราย และมีภาวะหัวใจเต้นช้าผิดปกติ เนื่องจากกดเบียดหลอดลม และมีพังผืดที่ปอดอย่างละ 1 ราย ผู้ให้ข้อมูล 4 รายมีโรคประจำตัว คือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อีก 3

รายเป็นโรคหัวใจและในกลุ่มนี้เป็นเบาหวานร่วมด้วย 1 ราย ส่วนอีก 2 รายไม่มีประวัติโรคประจำตัวมาก่อน นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5 ราย ไม่เคยได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจมาก่อน และได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจครั้งนี้เป็นครั้งที่ 2 และครั้งที่ 4 อย่างละ 2 ราย ได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจครั้งนี้เป็นครั้งที่ 3 จำนวน 1 ราย ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนได้รับการฝึกการหย่าเครื่องน้อยที่สุดได้แก่ 1-5 วัน จำนวน 2 ราย และมากที่สุดคือ 16-20 วัน จำนวน 1 ราย ระยะเวลาการหย่าเครื่องช่วยหายใจทั้งหมดน้อยที่สุด อยู่ในช่วง 14-20 วัน จำนวน 5 ราย และมากกว่า 30 วัน จำนวน 3 ราย ส่วนจำนวนวันรวมของการใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมดน้อยที่สุดอยู่ในช่วง 16-25 วัน จำนวน 2 ราย และใช้เวลามากกว่า 35 วันจำนวน 3 ราย นอกจากนี้สำหรับวิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่ใช้มากที่สุด จำนวน 7 ราย ได้แก่ การหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยการให้แรงดันบวกตลอดช่วงหายใจเข้าและหายใจออก (CPAP) สลับกับการให้เครื่องช่วยหายใจ (Full support) ตามด้วยการให้แรงดันบวกตลอดช่วงหายใจเข้าและหายใจออกอย่างเดียว และเมื่อผู้ให้ข้อมูลหายใจได้จึงต่อด้วยการเอาเครื่องช่วยหายใจออกและให้ออกซิเจนช่วยทางท่อรูปตัวที (O₂ T-piece) และผู้ให้ข้อมูลอีก 3 ราย เริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจด้วยการใช้วิธีให้เครื่องช่วยหายใจสลับกับผู้ให้ข้อมูลหายใจเอง (SIMV) หลังจากนั้นจึงใช้วิธีเหมือนกับผู้ให้ข้อมูลกลุ่มแรก ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ ติดเชื้อที่ปอดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 7 ราย ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 2 ราย ติดเชื้อในกระแสโลหิต 1 ราย ไตวายเฉียบพลัน 1 รายและไม่มีภาวะแทรกซ้อน 2 ราย (ตาราง 2)

ตาราง 1

แสดงข้อมูลส่วนบุคคล (N = 10)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)
เพศ	
ชาย	6
หญิง	4
อายุ	
น้อยกว่า 30 ปี	1
41-50 ปี	1
51-60 ปี	1
61-70 ปี	2
71-80 ปี	5
ศาสนา	
พุทธ	8
อิสลาม	2
สถานภาพสมรส	
คู่	5
หม้าย	4
โสด	1
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	7
มัธยมศึกษา	1
อนุปริญญา	1
ปริญญาตรี	1
การจ่ายค่ารักษาพยาบาล	
บัตรประกันสุขภาพ	4
เบิกจากหน่วยงานราชการ	6

ตาราง 1

แสดงข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)
อาชีพ	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7
รับราชการ	1
รับเหมาก่อสร้าง	1
นักศึกษา	1
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน	
5,000-10,000 บาท	2
10,001-15,000 บาท	2
15,001- 20,000 บาท	5
20,001 บาทขึ้นไป	1
ความเพียงพอของรายได้	
เพียงพอ	9
ไม่เพียงพอ	1
ผู้ดูแลหลักขณะอยู่โรงพยาบาล	
บุตรสาว/หลาน	4
ภรรยา	4
บิดา มารดา	1
ไม่มีผู้ดูแล	1

ตาราง 2

แสดงข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา และการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ($N = 10$)

ข้อมูล	จำนวน (ราย)
สาเหตุของภาวะหายใจล้มเหลวและต้องได้รับเครื่องช่วยหายใจ	
ติดเชื้ที่ปอด	5
น้ำท่วมปอด	2
หัวใจเต้นช้าผิดปกติ	1
มีก้อนเนื้ออกกดเบียดหลอดลม	1
มีพังผืดที่ปอด	1
ประวัติโรคประจำตัว (บางรายอาจมีมากกว่า 1 โรค)	
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	4
โรคหัวใจ	3
ปอดมีพังผืด	1
โรคเบาหวาน	1
ไม่มีประวัติโรคประจำตัว	2
จำนวนครั้งที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ (รวมครั้งนี้ด้วย)	
1 ครั้ง	5
2 ครั้ง	2
3 ครั้ง	1
4 ครั้ง	2
ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนหย่าเครื่อง	
1-5 วัน (3 และ 5 วัน)	2
6-10 วัน	4
11-15 วัน	3
> 15 วัน (17 วัน)	1
ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนหย่าเครื่อง โดยเฉลี่ย 10.8 วัน	

ตาราง 2

แสดงข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา และการได้รับเครื่องช่วยหายใจ (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (ราย)
ระยะเวลาการหยาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ	
14-20 วัน	5
21-30 วัน	2
> 30 วัน (34, 52, และ 95 วัน)	3
ระยะเวลาการหยาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ โดยเฉลี่ย 30.4 วัน	
ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมด (ครั้งนี้)	
16-25 วัน (19 และ 22 วัน)	2
26- 35 วัน	5
> 35 วันขึ้นไป (56, 62, และ 97 วัน)	3
ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมด (ครั้งนี้) โดยเฉลี่ย 40.4 วัน	
วิธีการหยาเครื่องช่วยหายใจ	
CPAP สลับ Full support , CPAP อย่างเดียว, O ₂ T-piece	7
SIMV, CPAP สลับ Full support, CPAP อย่างเดียว, O ₂ T-piece	3
ภาวะแทรกซ้อนขณะใส่ท่อช่วยหายใจ (ตอบได้มากกว่า 1 อย่าง)	
ติดเชื้อที่ปอดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ	7
ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	2
ติดเชื้อในกระแสเลือด	1
ไควายเฉียบพลัน	1
น้ำท่วมปอด	2
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	2

ส่วนที่ 2 ลักษณะภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล

จากการรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 10 ราย โดยทุกรายใช้ชื่อสมมุติ มีลักษณะดังนี้

รายชื่อที่ 1

ลุงพิน 67 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ก่อนหน้านี้มีอาการกริดคียง หลังจากเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่สามารถกริดคียงได้ เนื่องจากมีอาการหอบเหนื่อยง่าย ลุงพินมีบุตรรวม 4 คน บุตรทุกคนแต่งงานแยกครอบครัวออกไป ปัจจุบันลุงพินอาศัยอยู่กับภรรยาและหลาน 1 คน บุตรคนสุดท้องอยู่บ้านใกล้กัน ส่วนบุตรคนอื่นอยู่ต่างจังหวัด ภรรยาบอกว่าลุงพินเป็นคนเข้มแข็งและอดทน มีนิสัยดี มีน้ำใจ รักหลาน ลุงพินรู้ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมา 5 ปี เนื่องจากสูบบุหรี่ มีอาการหอบเหนื่อยมากจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้ง ช่วง 1 ปีที่ผ่านมาอาการหอบเหนื่อยเป็นรุนแรงบ่อยขึ้น ต้องรักษาโดยการใส่ท่อและใช้เครื่องช่วยหายใจ สำหรับการใส่ท่อช่วยหายใจครั้งนี้เป็นครั้งที่ 3 ครั้งแรกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ลุงพินบอกว่าไม่ทราบว่าได้รับการฝึกหายใจหรือไม่ เนื่องจากแพทย์และพยาบาลไม่บอก ส่วนครั้งที่ 2 ลุงพินดึงท่อช่วยหายใจออกเอง ซึ่ง 2 ครั้งที่ผ่านมาลุงพินบอกว่าอยู่โรงพยาบาลประมาณ 10 วัน ครั้งนี้มาด้วยเรื่องหอบเหนื่อย แพทย์วินิจฉัยว่าติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ได้รับการใส่ท่อและใช้เครื่องช่วยหายใจ เมื่ออาการติดเชื้อดีขึ้น พบว่ามีภาวะแทรกซ้อน คือติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและติดเชื้อที่ปอดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ต้องยืดเวลาการหย่าเครื่องช่วยหายใจออกไป เมื่ออาการดีขึ้น จึงได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และสามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้ หลังจากถอดท่อช่วยหายใจออกวันแรก มีอาการหอบเหนื่อย แน่นหน้าอก ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง และตรวจพบว่ามีภาวะกล่อกเสียงบวม หลังจากนั้นเริ่มฝึกหย่าเครื่องช่วยหายใจใหม่ จนสามารถถอดท่อช่วยหายใจออกและหายใจได้ด้วยตนเองสำเร็จ

รายชื่อที่ 2

ลุงพน 54 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีอาชีพรับราชการเป็นผู้อำนวยการโรงเรียน มีบุตรรวม 2 คน บุตรทุกคนกำลังเรียนหนังสือ มีอายุ 13 ปีและ 15 ปี ภรรยารับราชการ ลุงพนอาศัยอยู่กับภรรยาและบุตร ภรรยาบอกว่า ลุงพนเป็นหัวหน้าครอบครัว ลักษณะนิสัยทั่วไปเป็นคนเคร่งขรึม ก่อนข้างเครียดง่าย จริงจังกับการทำงาน มักออกงานสังคัมบ่อย หงุดหงิดง่ายเมื่อไม่ได้สิ่งที่ต้องการ ลุงพนรู้ว่าเป็นโรคเบาหวานมา 7 ปี รับประทานยาสม่ำเสมอ แต่ไม่ได้ควบคุมอาหารและไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังมีประวัติเป็นลิ้นหัวใจรั่ว 1 ปี รักษาโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่ง ไม่เคยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจมาก่อน ครั้งนี้มาโรงพยาบาลเพราะแพทย์นัดผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ขณะอยู่โรงพยาบาลก่อนการผ่าตัด มีอาการหอบเหนื่อยมาก ระบบหายใจล้มเหลวเนื่องจากมีภาวะน้ำท่วมปอดจากภาวะหัวใจวาย ได้รับการใส่ท่อและใช้เครื่องช่วยหายใจและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ขณะใช้เครื่องช่วยหายใจมีภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง ได้แก่ ติดเชื้อที่

ปอดร่วมกับมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด คิดเชื่อในกระแสโลหิตและไตวายเฉียบพลัน ทำให้ระยะเวลาการรักษาภาวะดังกล่าวยาวนาน ส่งผลให้จำนวนวันใช้เครื่องช่วยหายใจ 10 วัน ก่อนเริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจ เมื่ออาการต่างๆ ดีขึ้น เริ่มฝึกหย่าเครื่องช่วยหายใจ และสามารถถอดท่อช่วยหายใจออกและหายใจได้ด้วยตนเอง ภายหลังจากฝึกหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลา 20 วัน

รายที่ 3

ลุงพัน 69 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ก่อนหน้านี้มีอาชีพกรีดยาง ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ เนื่องจากมีอาการหอบเหนื่อยง่ายจากเป็นโรคปอดมีพังผืด ลุงพันมีบุตรรวม 3 คน บุตรทุกคนแต่งงานแยกครอบครัวออกไป แต่มีบ้านอยู่ใกล้เดียวกัน ลุงพันอาศัยอยู่กับภรรยาสองคน ภรรยามีอาชีพกรีดยาง ลุงพันรับรู้ว่าเป็นโรคปอดมีพังผืดมา 4 ปี และไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีอาการหอบเหนื่อยง่าย ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้ง เคยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจครั้งนี้เป็นครั้งที่ 2 ครั้งแรกเมื่อเดือนสิงหาคมปีที่ผ่านมาใช้เวลารวมทั้งหมดประมาณ 10 วัน ลุงพันไม่สามารถแยกความรู้สึกขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจครั้งก่อนได้ แต่จำได้ว่าขณะคาท่อช่วยหายใจเป็นความทุกข์และทรมานเนื่องจากมีอาการหอบเหนื่อย เจ็บปวด และไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สำหรับครั้งนี้มาโรงพยาบาลด้วยเรื่องอาการหอบเหนื่อยมาก ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ผลการตรวจวินิจฉัยพบว่ามีกรดที่ปอด เมื่ออาการดีขึ้น ได้รับการฝึกหย่าเครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนฝึกหย่าเครื่องจำนวน 6 วัน และสามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้ รวมระยะเวลาหย่าเครื่องช่วยหายใจจำนวน 14 วัน สำหรับภาวะแทรกซ้อนขณะใส่ท่อช่วยหายใจไม่มี ขณะอยู่โรงพยาบาลไม่มีญาติมาเฝ้า เนื่องจากภรรยาและบุตรต้องกรีดยาง แต่มาเยี่ยมประมาณอาทิตย์ละครั้ง ลุงพันบอกว่าหากภรรยาและบุตรไม่กรีดยางจะไม่มีเงินใช้จ่าย และการมาเยี่ยมที่โรงพยาบาลแต่ละครั้งต้องใช้จ่ายเงินจำนวนมาก

รายที่ 4

น้องพัช 18 ปี กำลังศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มีพี่น้อง 3 คน น้องพัชเป็นบุตรคนกลาง อาศัยอยู่บ้านกับบิดามารดา พี่สาวและน้องชาย ปกติน้องพัชแข็งแรงดีไม่มีประวัติโรคประจำตัว บิดามารดาให้ข้อมูลว่า น้องพัชเป็นเด็กรักสวยรักงาม ร่าเริงแจ่มใส นิสัยดี มีเพื่อนมาก ตั้งใจเรียน ช่วยเหลือบิดามารดาทำงานบ้าน ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ครั้งนี้มีอาการหอบเหนื่อยหายใจลำบาก เจ็บแน่นบริเวณกลางหน้าอก เสียงแหบ ไปโรงพยาบาลจังหวัด ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและส่งตัวมารักษาต่อ แพทย์ตรวจวินิจฉัยพบว่าเป็นเนื้องอกบริเวณหน้าอกและไปกดเบียดหลอดลมทำให้ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว ได้รับการรักษา

โดยการฉายรังสีเพื่อลดขนาดของก้อน เมื่อฉายรังสีครบอาการหอบเหนื่อยดีขึ้น จึงเริ่มฝึกหยาเครื่องช่วยหายใจ รวมจำนวนวันใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนเริ่มหยาเครื่องครั้งแรก 17 วัน หลังจากหยาเครื่องช่วยหายใจได้ 28 วัน ซึ่งยังไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้ เนื่องจากเมื่อหยาด้วย T-piece มีอาการหอบเหนื่อยมากทุกครั้ง แพทย์ได้ทำการผ่าตัดใหญ่เอาก้อนเนื้ออกบริเวณหน้าอกออก ขณะผ่าตัดมีการบาดเจ็บของหลอดอาหาร แพทย์จึงทำการเย็บซ่อมแซมหลอดอาหารและผ่าตัดทำสายให้อาหารทางกระเพาะอาหาร (gastrostomy) ในระหว่างนั้นหยุดพักการหยาเครื่องช่วยหายใจ หลังจากแผลผ่าตัดและอาการต่างๆ ดีขึ้น เริ่มฝึกหยาเครื่องช่วยหายใจใหม่ หลังผ่าตัดใช้เวลาฝึกหยาเครื่องช่วยหายใจจำนวน 6 วัน รวมจำนวนวันหยาเครื่องช่วยหายใจทั้งหมด 34 วัน สำหรับภาวะแทรกซ้อนขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ คือติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

รายที่ 5

ลุงพี่ 74 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ ภรรยาเสียชีวิตเมื่อหลายปีก่อน มีบุตรรวม 5 คน บุตรทุกคนแต่งงานแยกครอบครัวไป ลุงพี่รู้ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมา 5 ปี สาเหตุจากการสูบบุหรี่ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้ง และได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจครั้งนี้เป็นครั้งที่ 2 สำหรับครั้งแรกที่ใส่ท่อช่วยหายใจลุงพี่บอกว่าไม่ลำบากและทรมาณเหมือนครั้งนี้ เพราะครั้งแรกไม่ต้องใช้เวลาฝึกหายใจนาน สำหรับครั้งต่อไปถ้ามีอาการหอบเหนื่อยอีก ลุงพี่บอกว่าไม่ใส่ท่อช่วยหายใจอีกแล้ว เพราะเจ็บและทรมาณมาก ครั้งนี้มาโรงพยาบาลด้วยเรื่องอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย หายใจหอบเหนื่อย ขณะอยู่โรงพยาบาลมีอาการซึมลง ไอจากเสมหะไม่ได้ จึงได้รับการใส่ท่อและใช้เครื่องช่วยหายใจ ผลการตรวจวินิจฉัยพบว่าติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ หลังได้รับการรักษาอาการดีขึ้น จึงเริ่มหยาเครื่องช่วยหายใจ รวมจำนวนวันใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนฝึกหยาเครื่อง 12 วัน ขณะหยาเครื่องช่วยหายใจ มีภาวะแทรกซ้อน คือติดเชื้อที่ปอดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจและลูกถามเข้ากระแสโลหิต มีภาวะช็อก ความดันโลหิตต่ำ ต้องหยุดการหยาเครื่องช่วยหายใจ และย้ายไปหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit) เพื่อรักษาอาการติดเชื้อจนกระทั่งอาการดีขึ้น จึงย้ายกลับหอผู้ป่วยเดิมและเริ่มฝึกหยาเครื่องช่วยหายใจใหม่ จนสามารถถอดท่อช่วยหายใจออกและหายใจได้ด้วยตนเอง

รายที่ 6

ป้าพา 71 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ สามีเสียชีวิตเมื่อ 2 ปีที่ผ่านมาด้วยโรคหัวใจ มีบุตร 2 คน บุตรสาว 1 คน บุตรชาย 1 คน บุตรทั้งสองมีครอบครัว บุตรชายย้ายครอบครัวออกไป ป้าพาอาศัยอยู่กับบุตรสาว ซึ่งไม่ได้ทำงานและมีหน้าที่ดูแลป้าพา

ส่วนบุตรชายมีอาชีพรับราชการ ป้าพารู้ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมา 7 ปี สาเหตุจากการสูบบุหรี่ เคยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจมาแล้ว 3 ครั้ง ครั้งนี้เป็นครั้งที่ 4 และในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ป้าพาดต้องใช้ออกซิเจนขนาดต่ำเป็นช่วงๆ ในการหายใจ ปกติอยู่บ้านพอช่วยเหลือตัวเองโดยการเดินไปมาในบ้านและบริเวณบ้านได้บ้าง จนถึงวันที่เข้าโรงพยาบาล ป้าพามีอาการหอบเหนื่อยมาก ไปถึงโรงพยาบาลมีอาการซึมลง ไม่รู้สึกตัว แพทย์จึงใส่ท่อและใช้เครื่องช่วยหายใจ ผลการตรวจวินิจฉัยพบว่าติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และแพทย์ยังตรวจพบว่าเป็นโรคหัวใจวายร่วมด้วย ได้รับการรักษาการติดเชื้อและภาวะหัวใจวาย เมื่ออาการดีขึ้น เริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจ รวมจำนวนวันใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนเริ่มหย่าเครื่อง 10 วัน ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ มีน้ำท่วมปอดเป็นช่วงๆ จากภาวะหัวใจวาย และเมื่อได้ยาขับปัสสาวะพบว่าภาวะขาดน้ำ ต้องใช้เวลานานในการปรับยา เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลงอย่างมาก (ค่า Ejection Fraction 20%) และร่างกายไม่แข็งแรง เมื่อหัวใจทำงานได้ดีขึ้น สามารถถอดท่อช่วยหายใจออกและหายใจได้ด้วยตนเอง

รายที่ 7

ยายแพ้ว 74 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ สามีเสียชีวิตเมื่อหลายปีก่อน มีบุตรรวม 4 คน บุตรทุกคนแต่งงานมีครอบครัว ยายแพ้วอาศัยอยู่กับบุตรสาวคนเล็กซึ่งมีอาชีพรับราชการ ส่วนบุตรคนอื่นๆ แยกครอบครัวออกไป ยายแพ้วรู้ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมา 5 ปี สาเหตุจากการสูบบุหรี่ นอกจากนี่ยังเป็นโรคหัวใจและโรคเบาหวาน 4 ปี บุตรสาวให้ข้อมูลว่า ยายแพ้วเป็นคนสู้ชีวิต มีจิตใจเข้มแข็ง อดทน ไม่เคยท้อแท้ อัจฉริยะดี มีน้ำใจ โอบอ้อมอารี พุดจาสุภาพอ่อนน้อม มักจะเกรงใจและสงสารคนอื่นเสมอ จากการที่ยายแพ้วเป็นโรคดังกล่าว ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้งในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา แต่ไม่เคยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ครั้งนี้มีอาการอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย บวมทั่วตัวร่วมกับมีอาการหอบเหนื่อย จึงมาโรงพยาบาล ขณะอยู่โรงพยาบาลมีอาการหอบเหนื่อยมาก ระบบหายใจล้มเหลว เนื่องจากมีน้ำท่วมปอดจากภาวะหัวใจวาย ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เมื่อได้รับการรักษาภาวะน้ำท่วมปอดจนอาการดีขึ้น เริ่มฝีกหย่าเครื่องช่วยหายใจ รวมจำนวนวันใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนฝีกหย่าเครื่อง 8 วัน สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และมีน้ำท่วมปอดจากหัวใจวายเป็นช่วงๆ

รายที่ 8

น้ำพาด 44 ปี จบการศึกษาระดับอนุปริญญา ปัจจุบันประกอบอาชีพรับเหมาก่อสร้าง ทรยาทำธุรกิจส่วนตัว มีบุตรสาว 2 คน อายุ 8 ปี และ 12 ปี บุตรทั้ง 2 คนกำลังเรียนหนังสือ น้ำพาด ไม่มีประวัติโรคประจำตัวและไม่เคยเจ็บป่วยร้ายแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ครั้งนี้ไปโรงพยาบาลจังหวัดด้วยเรื่องไอเรื้อรังและไอเป็นเลือดร่วมกับหายใจเหนื่อย แพทย์ตรวจพบว่าเป็นวัณโรคปอด และเนื้อปอดถูกทำลายมากทำให้มีอาการหอบเหนื่อยจำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และอาจจะต้องตัดปอดออกบางส่วน แพทย์จึงส่งตัวมารักษาต่อโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ขณะอยู่โรงพยาบาลได้รับการผ่าตัดเอาเนื้อปอดออกบางส่วน มีสายระบายเลือดและสิ่งคัดหลั่งจากแผล 2 เส้น เมื่อมีอาการดีขึ้นจึงได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ แต่ทั้งนี้ น้ำพาดได้รับการฝึกหย่าเครื่องช่วยหายใจครั้งแรกตั้งแต่ใส่เครื่องช่วยหายใจได้ 3 วัน ซึ่งขณะนั้นยังไม่ได้ผ่าตัด ขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจมีอาการหอบเหนื่อยมากทุกครั้ง หลังผ่าตัดแพทย์พักการฝึกหายใจ เมื่ออาการดีขึ้นจึงเริ่มฝึกหายใจใหม่ ขณะฝึกหายใจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นเป็นช่วงๆ ได้แก่ ติดเชื้อที่ปอดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ต้องหยุดพักการฝึกหายใจ นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องเสมหะเหนียวและมีปริมาณมาก ประกอบกับได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเวลานาน แพทย์จึงเจาะคอ รวมระยะเวลาใส่ท่อช่วยหายใจก่อนเจาะคอ 45 วัน หลังเจาะคอฝึกหย่าเครื่องใหม่ แต่ยังคงมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นอีก คือติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะซ้ำ และมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดจนต้องได้รับการใส่สายระบาย ซึ่งขณะนั้นแพทย์ได้ฝึกหย่าเครื่อง สลับการหยุดพักเป็นช่วงสั้นๆ จนสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ รวมจำนวนวันหย่าเครื่องช่วยหายใจทั้งหมด 95 วัน

รายที่ 9

ยายผ่อง 78 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ สามีเสียชีวิต ประมาณ 10 ปีก่อน มีบุตรรวม 6 คน บุตรทุกคนแต่งงานมีครอบครัว ยายผ่องอาศัยอยู่กับบุตรสาว คนสุดท้อง ยายผ่องเป็นโรคหัวใจประมาณ 2 ปี รับประทานยาต่อเนื่องตลอด ไม่เคยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ครั้งนี้ไปโรงพยาบาลด้วยเรื่องเวียนศีรษะ หน้ามืดเป็นลม ได้รับการใส่ท่อและใช้เครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากหัวใจเต้นช้ามาก และได้รับการรักษาโดยการใส่เครื่องช่วยเต้นหัวใจ ชนิดถาวร (Permanent pacemaker) หลังจากนั้นเริ่มฝึกหย่าเครื่อง แต่ยายผ่องมีอาการหอบเหนื่อยมาก ฟังเสียงปอดมีเสียงวี๊ด (wheezing) แพทย์วินิจฉัยว่าอาจจะเป็นโรคหอบหืดร่วมด้วย ประกอบกับยายผ่องอายุมาก ร่างกายไม่แข็งแรง มีรูปร่างผอมบาง ผลการตรวจเลือดมีค่าเกลือแร่และโปรตีนต่ำกว่าปกติ จึงต้องรอให้เกลือแร่และโปรตีนอยู่ในระดับที่สามารถฝึกหายใจเองได้ ซึ่งรวมจำนวน

วันใส่เครื่องช่วยหายใจก่อนหย่าเครื่อง 14 วัน และขณะหย่าเครื่องมีอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลียมาก แต่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นจนสามารถถอดท่อช่วยหายใจออกและหายใจได้เอง

รายที่ 10

ลุงผิน 72 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ อาศัยอยู่กับ ภรรยา มีบุตรรวม 4 คน บุตรทุกคนแต่งงานแยกครอบครัวออกไป ลุงผินมีโรคประจำตัวได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมา 6 ปี และในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง เคยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจมาแล้ว 3 ครั้ง ครั้งที่ 3 ได้รับการเจาะคอเนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจเป็น เวลาหลายวันไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ ขณะอยู่บ้านบางครั้งต้องดมออกซิเจนขนาดต่ำๆ เมื่อมีอาการเหนื่อย ปกติลุงผินเป็นคนร่าเริง ใจเย็น เข้มแข็งและอดทน แม้จะเคยใส่ท่อช่วยหายใจมา หลายครั้งแต่ไม่เคยท้อแท้ ครั้งนี้มาโรงพยาบาลด้วยเรื่องหอบเหนื่อยมากขึ้น แพทย์วินิจฉัยว่าติดเชื้อ ในระบบทางเดินหายใจ ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจทางท่อเจาะคอเดิม เมื่ออาการติดเชื้อดีขึ้น จึง เริ่มฝีกหย่าเครื่อง จำนวนวันใส่เครื่องช่วยหายใจก่อนฝีกหย่าเครื่อง 5 วัน ขณะฝีกหย่าเครื่องช่วงแรก มีอาการหอบเหนื่อยมาก ฝีกได้ครั้งละประมาณ 5-10 นาที หากใช้เวลาฝีกนานทำให้หัวใจเต้นผิด จังหวะถึงขั้นเต้นพลิ้ว ต้องใช้ยาช่วยลดการเต้นของหัวใจ และต้องชะลอการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ออกไป สำหรับภาวะแทรกซ้อนอื่นไม่มี

โดยสรุป ส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลอยู่ในวัยสูงอายุ และมีโรคประจำตัวซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ที่สำคัญได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหัวใจ นอกจากนี้ลักษณะนิสัยโดยทั่วไป ผู้ให้ข้อมูลเป็นคนอดทน เข้มแข็ง ไม่ท้อแท้ รวมทั้งมีญาติสนิทคอยดูแลเอาใจใส่ และให้กำลังใจเกือบทุกราย

ส่วนที่ 3 ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจครั้งนี้ ผู้วิจัยสามารถอธิบายประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ในเรื่องการให้ความหมายของ ประสบการณ์ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และความต้องการการดูแลขณะที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ดังต่อไปนี้

ความหมายของประสบการณ์ความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความหมายของประสบการณ์ความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ออกมาใน 4 ลักษณะ ซึ่งในแต่ละลักษณะประกอบด้วย ความรู้สึก ผลกระทบ และการดูแลที่

ได้รับ ได้แก่ 1) เป็นความไม่รู้ ไม่เข้าใจ 2) เป็นความลำบาก ทุกข์ทรมานที่สุดในชีวิต 3) เป็นความท้อแท้ หหมดกำลังใจ และ 4) เป็นความสิ้นใจไม่ยอมทำแต่จำเป็น โดยมีรายละเอียดดังนี้

เป็นความไม่รู้ ไม่เข้าใจ

เป็นความหมายที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนออกมาในระยะแรกที่รับรู้และได้ยืนยันคำว่าฝึกหายใจเอง ซึ่งแพทย์หรือพยาบาลเป็นคนบอกมาให้ฝึกหายใจ โดยเครื่องไม่ช่วยหายใจร่วมกับผู้ให้ข้อมูลรับรู้ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตน อันเนื่องมาจากการได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายว่า เป็นความไม่รู้ ไม่เข้าใจ เนื่องจากได้รับการฝึกหายใจโดยไม่อธิบายให้เข้าใจ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวลและกลัวว่าจะหายใจเองไม่ได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ได้รับการฝึกหายใจโดยไม่อธิบายให้เข้าใจ

ผู้ให้ข้อมูล 9 ราย สะท้อนออกมาว่าไม่รู้ ไม่เข้าใจ ว่าการฝึกหายใจคืออะไร เมื่อมีอาการเหนื่อย รู้สึกตกใจ เพราะไม่ทราบว่าเหนื่อยเพราะอะไร ทั้งที่แพทย์บอกว่าอาการดีแล้ว แต่ทำไมจึงเหนื่อย ทั้งนี้เป็นเพราะว่า แพทย์และพยาบาลไม่อธิบายให้เข้าใจว่าการฝึกหายใจเป็นอย่างไร ทำแล้วจะเกิดอะไรขึ้น เพียงแต่บอกว่าฝึกหายใจอย่างเดียว และบางครั้งฝึกหายใจโดยไม่บอก ดังคำพูด

“ลูกก็ไม่รู้ ลูกไม่ค่อยเข้าใจ เขาบอกว่าให้ลูกหายใจเอง ถ้าไม่ฝึกหายใจ เดี่ยวจะหายใจไม่ได้ ถึงลูกสงสัยว่าให้ลูกหายใจเอง แต่ไม่เอาท่อออกให้ แล้วจะหายใจได้ปรีอ (อย่างไร) เครื่องช่วยหายใจก็ยังต่อที่ปากลูกอยู่ แต่เขาว่าให้ลูกฝึกหายใจเอง ลูกถามเขาแต่เขาไม่เข้าใจที่ลูกถาม เพราะว่าพูดไม่ได้...เขาไม่อธิบาย แต่เขามาบอกว่าลูกวันนี้ฝึกหายใจนะ บางทีไม่บอก อยู่ๆ เหนื่อยขึ้นมาลูกก็ตกใจทำไมมันเหนื่อยเห็นอยู่เฉยๆ เหนื่อยขึ้นมา เรียกพยาบาลมาแล (ดู) เขาบอกว่าลูกฝึกหายใจอยู่ที่หอศนสนักนิต ฝึกตั้งแต่เมื่อไร ไม่รู้”

(ลูกพัน)

“ยายไม่รู้ว่าเป็นพันปรีอ (อย่างไร) ไม่เข้าใจเขา นอนอยู่ดีๆ เหนื่อย เหนื่อยมาก มันเหมือนกับว่าเขาเอาเครื่องไอนั้น (เครื่องช่วยหายใจ) ออกไม่ให้ช่วย แต่จริงเขาไม่ใช่เอาออกที ตกใจว่าสาไม่รู้เป็นไอ ไทรหว่าว (เป็นอะไร) แต่เห็นหมอบอกว่าดีแล้ว ไม่นานก็เอาท่อออกได้ แต่อยู่ๆ เหนื่อย บอกไม่ถูกไม่เข้าใจ”

(ยายพ่อง)

2. วิดกกังวลและกลัว

ความวิตกกังวลและกลัว เป็นความรู้สึกที่ตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นขณะได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากมีอาการเหนื่อยมาก ทำให้รู้สึกกลัวว่าจะหายใจเองไม่ได้ และวิตกกังวลว่าหากหายใจเองไม่ได้จะเป็นอย่างไร เพราะผู้ให้ข้อมูลไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“แบบว่าลุงก็ไม่เคยรู้ว่าฝึกหายใจพันปรีอ (เป็นอย่างไร) นิ่งๆ เขาก็ให้ฝึกหายใจแล้ว เขาว่าให้หายใจเองแล้ว ลุงก็กลัว จี๊ดลาด...ก็เที่ยว निक ไปแหละ เอะเขอาอี (จะ) เอาเครื่องช่วยหายใจออก ถ้าเราหายใจไม่ได้ เราอี (จะ) พันปรีอ...คือแรกๆ ลุงก็ไม่รู้ว่าฝึกหายใจเองเป็นแบบไหน เขาบอกว่าเครื่องไม่ช่วยแล้ว ให้หายใจเอง ถึงลุงว่า ลุงคิดในใจจั่งว่า ถ้าบังเกิดลุงหายใจไม่ได้ มันจะเป็นพันปรีอ” (ลุงพิน)

“ช่วงแรกมันรู้สึกว่าจะอยากจะทำ เพราะว่าพยาบาลว่าถ้าฝึกหายใจได้หมอเอาท่อออกให้เราอยากเอาท่อออกอยู่ตลอดเวลาอยู่แล้ว แต่พอหายใจเองถึงเหนื่อยทันที ไม่ไหว มันไม่ไหวเลย นึกว่าเป็นพันปรีอ (เป็นอย่างไร) ทำไมหายใจเองไม่ได้ แต่พยาบาลว่าแรกๆ ไม่ปรีอ (ไม่เป็นไร) ค่อยๆ ทำ แต่ผมเริ่มกลัวๆ แหละว่าไม่รู้หายใจเองได้ไหม เห็นมันเหนื่อยจั่ง” (น้ำพาด)

“เขาปรับเครื่องเสร็จก็ไป ตอนที่ฝึกหายใจครั้งแรกๆ หนูยังจำได้เลย มันเหนื่อยมาก คือหมอมามอบอกก่อน เขาบอกว่าให้ลองหายใจเอง พอเขาปรับที่เครื่องเสร็จ เขาก็ไป หนูไม่ทันตั้งตัว ไม่ทันรู้เรื่องอะไรเลย คือหมอมเขาคงคิดว่าเป็นเรื่องธรรมดาของเขา แต่หนูไม่ไหวจริง เขาไม่ดู ไม่ถามเลยว่าหนูเหนื่อยไหม เป็นอย่างไรบ้าง เสร็จแล้วก็ไป หนูตกใจและก็กลัวมาก” (น้องพัช)

เป็นความลำบาก ทุกข์ทรมานที่สุดในชีวิต

เป็นความหมายที่ผู้ให้ข้อมูลทุกราย สะท้อนออกมาตรงกันว่าความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เป็นความลำบาก ทุกข์ทรมานที่สุดในชีวิต เป็นประสบการณ์ที่ไม่เคยเจอมาก่อน และประสบการณ์ครั้งนี้ไม่สามารถเปรียบเทียบกับอะไรได้ เนื่องจากต้องทนต่อความลำบาก ทุกข์ทรมานหลายอย่างในเวลาเดียวกัน ได้แก่ ทนต่อความเจ็บปวด ทนต่อความลำบากในการพูดสื่อสาร และการนอนหลับไม่เพียงพอ รวมทั้งการขาดอิสระไม่สามารถทำอะไรเพื่อช่วยเหลือตัวเองได้ตลอดจนเป็นการสร้างความลำบากแก่ครอบครัว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เจ็บปวดทรมานปานจะขาดใจ

ผู้ให้ข้อมูลทุกรายสะท้อนความรู้สึกออกมาว่า ประสบการณ์ครั้งนี้มีความเจ็บปวดและทรมานมากที่สุด เพราะต้องใช้ความอดทนอย่างมาก ซึ่งความเจ็บมาจากการคาท่อทางเดินหายใจ การดูดเสมหะ โดยเฉพาะการดูดเสมหะช่วงที่ฝีกหายใจ ความเจ็บเพิ่มขึ้นเป็นสิบเท่า จนเจ็บเหมือนจะขาดใจ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“คือว่ามันไม่สามารถจะเอาไปเปรียบกับไอไหน (อะไร) ได้ เพราะว่ามันทรมานเกิน ไม่เคยพบไอไหน (อะไร) ที่ทรมานแบบนี้ (อย่างนี้) ...มันเป็นประสบการณ์ที่เจ็บปวด ทรมาน คือลุงเคยใส่ท่อไม่ใช่ไม่เคยใส่ รู้ว่าเจ็บแค่ไหน แต่หนก่อนๆ ไม่เหมือนหนนี้ หนนี้มันต้องใช้ความอดทนมาก เพราะว่ามันเจ็บมาก ทรมานมากเกิน ประสบการณ์หนนี้จำจนตาย นี้ถูกมาถามก็หนก็จำได้” (ลุงพิน)

“เจ็บคอเจ็บปากก็ต้องทน เวลาเขาชักเสลด (ดูดเสมหะ) มันเจ็บ เจ็บจนน้ำตาไหลทีๆ ต้องอดทน ยิ่งพอใส่หลายๆ วัน มันเจ็บไปหมด ถูกตรงโน้นก็เจ็บตรงนี้ก็เจ็บ ทรมาน แต่ต้องทนต้องแข็งใจ” (ลุงพี)

“ดูดเสมหะทีหนึ่งไม่ใช่เจ็บอย่างเดียว มันเหนียวกัน ยังเป็นช่วงที่ฝีกหายใจอยู่ด้วยไม่ต้องพูดถึง ทั้งเจ็บทั้งเหนียวเป็นสิบเท่า เหมือนจะขาดใจทีๆ เวลาดูดเสมหะ คือมันเจ็บไปหมดทั้งตัวแล้วนั้น ถึงไม่ดูดเสมหะมันก็เจ็บอยู่แล้ว ทรมานจริง” (น้ำพาด)

2. เหนื่อยทั้งกายและใจเพราะพูดไม่ได้

ผู้ให้ข้อมูล 9 ราย สะท้อนถึงผลกระทบจากความสามารถในการติดต่อสื่อสารลดลง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการพูดไม่ได้โดยเฉพาะทำให้ลำบากหลายอย่าง เพราะการใช้มือก็ลำบากจากมีข้อจำกัดของอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง และเมื่อเขียนมากๆ ทำให้มีอาการเหนื่อย แต่เมื่อผู้ให้ข้อมูลมีอาการเหนื่อย ต้องรีบสื่อสารให้พยาบาลเข้าใจเพื่อจะได้รับมาช่วยเหลือ แต่การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพทำให้เหนื่อยมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าการพูดไม่ได้ ทำให้ลำบาก ทรมาน เหนื่อยทั้งกายเหนื่อยทั้งใจ ดังคำพูดต่อไปนี้

“พอແຫລງ (พูด) ไม่ได้เรื่องเดียวแต่มันลำบากหลายเรื่อง จะเอาไหน (อะไร) ไม่ได้เพราะช่วยตัวเองไม่ได้ เหนื่อยกับอกไม่ได้ นี่ดีว่ามีอียงแรง พอได้กั๊กมือ ถ้ามือไม่มีแรงกันตายได้เวลาเหนื่อยมากๆ บางทีทำมือก็เขาไม่ค่อยรู้เรื่อง ต้องเขียน นานกว่าจะรู้เรื่อง ...ถึงพยาบาลเขาไม่ใช่เฝ้าเราตลอดที เขาต้องทำไ้อื่น (อย่างอื่น) กัน เขาต้องไปโน้นไปนี้ ถ้าเขา

ไม่เดินผ่านก็เรียกเขาไม่ได้หล่าว (อีก) ถึงเดินผ่านถ้าไม่หันมาแลกวักมือก็เขาไม่เห็น มันลำบาก ทรมาน เหนื่อยใจ ถ้าไม่เหนื่อยนั้นไม่ปรือแรง (ไม่เป็นไร) เพราะไออื่นรอได้ แต่เวลาเหนื่อยต้องแสบ (รีบ) เรียก เพราะแซๆ (ซ่าๆ) แล้วเหนื่อยมากไม่ไหว”

(น้ำพาด)

“คนที่ใส่ท่อจะพูดไม่ได้จริงๆ แล้วอยากพูดอยากบอกความรู้สึกหลายอย่าง แต่ทำไม่ได้ ต้องการอะไรก็บอกไม่ได้ ได้แต่ใช้มือ บางทีรู้สึกขัดใจ หงุดหงิด” (น้องพัช)

“เรื่องสื่อสาร สื่อสารไม่ได้เลย พูดไม่ได้เลย จะเอาอะไรก็บอกไม่ได้ ได้แต่กวักมือเรียก อย่างเดียว บางทีจะเขียนก็ลำบาก มือมันไม่มีแรง เหนื่อยด้วยเขียนมากๆ ไม่ได้ เหนื่อยทั้งกาย เหนื่อยทั้งใจ”

(ลุงพน)

3. ทุกข์ทรมานจากการนอนหลับไม่เพียงพอ

ผู้ให้ข้อมูล 9 ราย กล่าวว่า การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและได้รับเครื่องช่วยหายใจ ทำให้พักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ เนื่องจากหลายสาเหตุ ได้แก่ เสียงดัง ความเจ็บปวด การรบกวนจากการปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ รวมทั้งแสงไฟที่สว่างจ้าตลอดเวลา เป็นต้น เมื่อพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอทำให้อ่อนเพลีย ไม่มีแรงในการฝึกหายใจ ส่งผลให้หยาเครื่องช่วยหายใจลำบากยิ่งขึ้น ส่วนภาวะหยาเครื่องช่วยหายใจลำบากก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้นอนไม่หลับ เนื่องจากมีความวิตกกังวล ดังนั้นจะเห็นได้ว่าทั้งสองส่วนนี้มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องและส่งผลต่อกัน ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่กล่าวว่า

“เรื่องนอนหลับแหละสำคัญ คือถ้าได้หลับสนิทมั้งนั้น มันพอแข็งแรงไม่เปลี้ยแรง นี่บางคืนไม่ได้หลับเลย พอทำท่าหลับเอาตื่น เสียงมันดัง เสียงเครื่องช่วยหายใจมันร้อง เสียงพยาบาลเขาแหลง (พูด) ก้นมั้ง พอเงียบๆ ถึงฉึกยาทำโน่นทำนี่ ถึงหวางอีหลับหล่าว (กว่าจะหลับอีก) ก็นาน เทียวคิด โน่นคิดนี้ คิดเรื่องเจ็บไข้จั้นแหละ เรื่องอื่นไม่คิดไทร (อะไร) มันพันกันหมด นอนไม่หลับเพราะคิดว่าไม่รู้หายใจไหม ถึงพอนอนไม่หลับ เพลีย ไม่มีแรงหายใจเลย ยิ่งทำให้อาการหนักไปเลย (อีก)”

(น้ำพาด)

“มันบางทีไม่เหนื่อย บางทีก็เหนื่อยไม่มาก แต่ว่ายายไม่ค่อยหาญ (กล้า) หลับ กลัวมั้ง ถึงกลางวันบางทีเสียงดัง คนมาก ญาติเขามาหลายคน เตียงนั้นมั้งเตียงนี้มั้ง... ถึงกลัวมันจะเหนื่อยขึ้นมา ถ้าเหนื่อยเวลาหลับเดี่ยวเรียกเขามาช่วยไม่ทัน ไม่รู้เป็นพันปรือหล่าว (เป็น

อย่างไร) มันหลับก็หลับ ไม่สนิทินลูก นอนปิดตาจั้นแหละ แต่ไม่หลับ ที่ว่าให้หลับแบบลืมตัว ไม่มีเลย มันหลายเรื่อง คิดมากจั้น ไม่รู้ว่าความเจ็บความไข้มันก็เป็นพันปรีอ (เป็นอย่างไร) มันหลายไหม ถึงนี้ก็เพ็ลย ม่ายแรง (ไม่มีแรง) เลย ทรมาน เพราะมันไม่ได้หลับแบบลืมตัวสักทีหนึ่งจั้น... ถ้าได้หลับมั่ง ไม่เพ็ลยแรง เวลาเขาให้ฝึกหายใจก็พอได้นานสักหึด (นึด)” (ยายแพ้ว)

4. ขาดอิสระ ไร้อำนาจเหมือนเอาจุมกคนอื่นมาหายใจ

ผู้ให้ข้อมูล 8 ราย สะท้อนออกมาว่า ไม่เป็นอิสระต้องพึ่งพานุคคลอื่น เพราะมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว อันได้แก่ การกั้วท้อช่วยหายใจและสายต่างๆ เกื่อนหลุด มีอาการหอบเหนื่อยง่าย ประกอบกับการนอนเป็นเวลานานจากมีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ ส่งผลให้อ่อนเพ็ลย แขนขาไม่มีแรง ความสามารถในการดูแลตนเองจึงลดลงอย่างมาก ต้องพึ่งพาคนอื่นตลอดเวลา แม้จะหายใจเองยังไม่ได้ ผู้ให้ข้อมูลบางรายจึงกล่าวต่อว่าเหมือนไร้อำนาจ เหมือนเอาจุมกคนอื่นมาหายใจ เป็นความทรมาน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“คือว่าเราไม่ได้เป็นอิสระของตัวเอง ต้องให้เพื่อนช่วยเหลือตลอดเวลา หายใจเองก็ไม่ได้ ความรู้สึกของลุง ลุงว่ามันทรมาน คือเท่าๆ กับว่าเราเอาจุมกของคนอื่นมาหายใจ คือว่าหนึ่งมันไม่ได้เหมือนใจเราเอง สองเพื่อนต้องคอยแลเราตลอดเวลา” (ลุงพิน)

“มันเหมือนกับคนตายทั้งเป็น เพราะว่าคิดแล้วหายใจเองไม่ได้ ที่ผมว่าเหมือนตายทั้งเป็น เพราะไหร เพราะคนตายคือเขาไม่หายใจ ไม่รับรู้ไอะไร (อะไร) ถึงผมหายใจเองไม่ได้ แต่ผมยังรู้เรื่องทุกสิ่ง รู้สึกทุกอย่าง แต่ทำไหร (อะไร) ไม่ได้ แล้วมันทรมานไหม ผมว่ามันทรมานมาก...มันไม่สามารถเปรียบเทียบกับไอะไร ได้ เพราะว่าผมไม่เคยพบไอะไรพันนี้ (แบบนี้) ที แต่ผมว่าเหมือนตายทั้งเป็นเลย ทั้งๆ ที่ผมไม่ใช่รู้ว่าตายแล้วพันปรีอ (เป็นอย่างไร) แต่รู้ว่ามันทรมานมาก ไม่มีไอะไรที่จะเอามาเปรียบเทียบกับได้ ความเจ็บไข้ไม่บาย (ไม่สบาย) ความลำบากที่ผ่านๆ มาไม่ได้สักเสี้ยวหนึ่งของหนนี้” (น้ำพาด)

“แต่ว่าบางทีเราเรียกเท่าเรียก เขาก็ทำเรื่อยๆ ของเขาไม่เขบ (ริบ) ตามเรา เราเหนื่อยจะขาดใจแล้ว แต่ต้องถ้ำ (รอ) ให้เขาเสร็จภาระเขาก่อน ถึงมันเหนื่อย เหนื่อยกาย เหนื่อยใจขัดใจ อยากจะทำเองแต่ช่วยตัวเองไม่ได้ต้องพึ่งเขา มันเหมือนกับเราไม่มีอำนาจไหร (อะไร) จะเรียกจะสั่งให้เขาทำอะไรให้ทันใจมันไม่ได้ คนแก่แล้วไม่กี่วันก็ตาย เขาจะต้องมาสนใจไหรเท่าใด” (ยายผ่อง)

5. สร้างความลำบากแก่ครอบครัว

การที่ผู้ให้ข้อมูลต้องเผชิญกับความยากลำบากในการหาเครื่องช่วยหายใจ ส่งผลให้ต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระยะเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลอยู่โรงพยาบาลตั้งแต่วันแรกที่เข้าการรักษาจนถึงวันที่หยาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ อยู่ในช่วง 19 - 97 วัน ดังนั้นจึงส่งผลให้ครอบครัวลำบาก ซึ่งผู้ให้ข้อมูล 9 ราย ที่สะท้อนว่าสร้างความลำบากแก่ครอบครัว เพราะญาติต้องหยุดหรือลางาน เพื่อมาเฝ้าดูแล รายได้ลดลงแต่รายจ่ายเพิ่มขึ้น เงินที่เก็บสะสมไว้ถูกนำมาใช้หมด บางรายลูกหลานต้องอยู่บ้านคนเดียว ไม่มีคนอยู่ด้วย หรือต้องไปฝากให้ยายช่วยเลี้ยง ดังคำพูด

“มะกับปะ (พ่อกับแม่) ก็ต้องหยุดงานเพื่อ ไปเฝ้าหนู ค่าใช้จ่ายก็เพิ่มขึ้น หนูรู้ว่ามะกับมะลำบากมาก เพราะที่บ้านหนูไม่ค่อยมีเงินหรอก ค่ารถไปกลับครั้งหนึ่งก็หลายบาท บางทีต้องสลับกันถ้าปะอยู่มะก็กลับบ้านไปทำงาน ไม่อย่างนั้นก็ไม่รู้จะเอาเงินที่ไหนใช้... ตอนแรกหนูอยากให้อยู่กับหนูทั้ง 2 คน แต่มะบอกว่าอยู่ 2 คนไม่ได้ เดี่ยวไม่มีตั้งค์ (เงิน) จ่าย ที่สำคัญน้องอีกคนที่บ้านก็ไม่รู้อยู่กับใคร หนูก็ยอมให้กลับคนหนึ่ง” (น้องพัช)

“ทำให้ครอบครัวลำบากขึ้น ลูกคนสุดท้องเขาต้องอยู่บ้านคนเดียว เป็นห่วงเขาเหมือนกัน... ลำบากเพราะว่าป้าก็ต้องมาเฝ้าลุง ที่บ้านไม่มีใคร บ้านรก โอ้ คุไม่ได้เลย ป้าก็ต้องกลับไปทำงานด้วย ลามากๆ ไม่ได้ พูดถึงมันก็ลำบากหลายอย่างนะ ทุกอย่างเลย กระทบไปหมด”

(ลุงพน)

“สำคัญเลยก็คือ ครอบครัวลำบาก ลูกเมีย ลูกต้องไปอยู่บ้านยายเวลาแม่เขามาเยี่ยมผม ถึงผมก็ไม่ได้ทำงาน นี่เบียเก็บเบียไหร (เงินเก็บ) ก็หมดแล้ว เพราะว่าไม่มีรายได้ แฟนผมเขาทำงานเล็กๆ น้อยๆ พอมีรายได้มั้ง แต่ว่าไม่ได้ทำนั้ (ทำบ่อย) ต้องแล (ดู) ลูกมั้ง มาเฝ้าผมมั้ง นี่ตีว่าค่าหมอ (ค่ารักษาพยาบาล) เราไม่ต้องจ่ายเพราะว่าโรงพยาบาลโน้นเขาส่งตัวมา”

(น้ำพาด)

เป็นความท้อแท้ หหมดกำลังใจ

เป็นความหมายที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนออกมาหลังจากได้รับการฝึกหยาเครื่องช่วยหายใจมา ระยะหนึ่ง แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากมีอาการหอบเหนื่อยทุกครั้งเมื่อฝึกหายใจ และเมื่อแพทย์ถอดท่อช่วยหายใจออกให้ ไม่สามารถหายใจเองได้ ต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ รวมทั้งมีการติดเชื้อซ้ำซ้อนขณะได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจ ทำให้ไม่สามารถบอกได้ว่าจะหายเมื่อไร ชีวิตไม่แน่นอน อยู่อย่างไร้จุดหมาย และที่สำคัญผู้ให้ข้อมูลรู้สึกที่ไม่ได้รับการสนใจหรือเอาใจใส่ดูแลจาก

เจ้าหน้าที่ จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ให้ข้อมูลจึงสะท้อนออกมาว่า เป็นความท้อแท้ หมดกำลังใจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ฝึกหายใจที่ไร เหนื่อยเหมือนจะขาดใจ

ผู้ให้ข้อมูล 4 ราย กล่าวว่ารู้สึกท้อแท้ หมดกำลังใจ เพราะได้รับการฝึกหายใจหลายครั้งแล้ว แต่ยังเหนื่อยทุกครั้งทีฝึกหายใจและไม่สามารถหายใจเองได้ ทั้งที่ได้พยายามและอดทนแต่ก็ไม่สำเร็จ ส่งผลให้หมดแรง หมดกำลังใจไม่ยอมทำอะไร บางครั้งนอนร้องไห้ ดังคำพูดที่สะท้อนออกมาว่า

“บางทีหนูก็รู้สึกท้อ บางทีก็กลัวว่าไม่หาย เพราะว่าใส่ท่อหลายวันแล้วยังฝึกหายใจเองไม่ได้ ยังเอาท่อออกไม่ได้ เหนื่อยจนทนไม่ได้ทุกครั้งที่ฝึก หนูว่าหนูก็พยายามอดทนแล้วนะ พี่พยาบาลเขาบอกว่าต้องอดทน แต่หนูก็ทำไม่ได้ ทำให้หนูท้อแท้ค่ะ... บางทีหนูก็คิดว่าไม่ต้องฝึกแล้ว ไม่ต้องเอาท่อออก ใส่ไว้อย่างนั้นแหละ บางทีก็คิดว่าหนูจะตายหรือเปล่านะ หนูรู้สึกท้อแท้มาก ไม่มีแรง หมดแรง หมดกำลังใจไม่ยอมทำอะไร นอนร้องไห้หลายครั้ง”

(น้องพัช)

“พยาบาลเขาให้ทำทุกวัน ทำอยู่หลายวัน แต่ก็ไม่ได้เหนื่อยทุกที (ทุกครั้ง) ถึงพอหลังๆ ผมว่ามันไม่ได้แล้ว รู้สึกท้อ นึกในใจว่า สาเอาออกไม่ได้แล้ว ต้องใช้เครื่องตลอดแน่...คือผมคิดว่า ไม่น่าหายใจได้แล้ว น่าต้องใช้เครื่องไปตลอด คือพอว่าเราท้อแท้ เราไม่ยอมทำอะไร (อะไร) นอนเฉยๆ พยาบาลเขาทำอะไร (อะไร) ก็ทำ เขาให้ฝึกหายใจก็ทำ แต่ไม่ไหว ได้แป๊บเดียว (นิดเดียว) เหนื่อย แป๊บเดียวเหนื่อย ผมหายใจไม่ได้เลย มันหมดแรง ไม่มีแรง มันเหนื่อยจริงไม่ไหว มันรู้สึกท้อแท้ไปหมด”

(น้ำพาด)

2. ท้อใจเมื่อต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ

ผู้ให้ข้อมูล 1 รายได้รับการถอดท่อช่วยหายใจออก หลังจากได้รับการฝึกหัดเครื่องช่วยหายใจระยะหนึ่ง ซึ่งขณะนั้นผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าจะหายใจเองได้ แต่เมื่อถอดท่อช่วยหายใจออกกลับไม่สามารถหายใจเองได้ ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ จึงเกิดความรู้สึกท้อแท้ หมดกำลังใจ ดังตัวอย่างคำพูด

“ตอนนั้นก็คิดว่าเป็นพันปรีอ (เป็นอย่างไร) สักที ทำไมที่ยังหายใจเองไม่ได้ มันท้อเหมือนกัน เพราะคิดแล (คิดดู) ว่าเราพยายามฝึกหายใจมาทั้งวันแล้ว พอถึงเวลาเขาเอาออก

ให้ (แพทย์เอาท่อช่วยหายใจออก) มันกลับหายใจไม่ได้ เหนื่อยต้องใส่ใหม่หล่าว (ต้องใส่ท่อช่วยหายใจใหม่อีก) หมดกำลังใจ” (ลุงพิน)

3. ท้อใจเมื่อมีการติดเชื้อซ้ำ

ผู้ให้ข้อมูล 3 ราย ระบุว่า การติดเชื้อซ้ำในช่วงกำลังหย่าเครื่องช่วยหายใจ เป็นเหตุผลที่แพทย์ต้องให้หยุดพักการฝึกหายใจก่อน รอให้การติดเชื้อดีขึ้นจึงเริ่มฝึกหายใจใหม่ ทำให้รู้สึกท้อแท้ หมดกำลังใจ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ช่วงที่อาการหนักมากหลายหนเหมือนกัน หมอต้องหยุดฝึกหายใจ หนักต้องเข้าไอซียูหลายวันเหมือนกัน หมอบอกว่าติดเชื้อในเลือด ความดันต่ำมั่ง หลายเรื่อง...คือตอนนั้นมันท้อแท้แล้วแหละ เพราะมันหลายวันเกิน ไม่หายซักที ถึงพอมอบอกว่าติดเชื้อในเลือดเพิ่มเข้ากัน หนักไปใหญ่ หมดแรงหมดใจ นึกว่าไม่น่ารอดแล้ว” (น้ำพาด)

4. ท้อใจจากความไม่แน่นอนในชีวิต อยู่อย่างไรจุดหมายเหมือนถูกลอยแพ

เนื่องจากการเผชิญกับภาวะหย่าเครื่องช่วยหายใจลำบาก เป็นช่วงเวลาที่ไม่สามารถบอกได้แน่นอนว่าจะหย่าเครื่องสำเร็จเมื่อไร หรือจะหย่าสำเร็จหรือไม่ ดังนั้นผู้ให้ข้อมูล 3 ราย จึงสะท้อนออกมาว่า เหมือนอยู่อย่างไรจุดหมาย เหมือนถูกลอยแพ เป็นความรู้สึกสับสน ไม่แน่นอน ไม่สามารถคาดเดาอนาคตได้ว่าจะเป็นอย่างไร เพียงแต่รอไปวันๆ ส่งผลให้รู้สึกท้อแท้ หมดกำลังใจ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“หนึ่งนอนอย่างเดียวทำไหร (ทำอะไร) ก็ไม่ได้ จะกินไหร (กินอะไร) ก็ไม่ได้ พุดก็ไม่ได้ จะจีจะเยี้ยว (ปีสสาวะ อุจจาระ) ก็ช่วยตัวเองไม่ได้ สองบอกไม่ได้ว่าจะหายเมื่อไร มันเหมือนกับอยู่ไม่มีจุดหมาย อยู่ไปวันๆ ไม่รู้ว่าหายไม่หาย กลับก็กลับไม่สนิท เพราะว่าไม่รู้ว่าจะชีวิตจะเป็นพันปรีอ (เป็นอย่างไร) ที่ มันเป็นพันนั้น (อย่างนั้น) แหละ”

(ลุงพิน)

“มันเหนื่อยใจบางที คือพอทำหลายๆ หน ลุงรู้สึกที่ไม่ไหวแล้ว ไม่รู้ว่าจะหายใจเองได้อีกไหม สับสน บอกไม่ถูก ไม่รู้ว่าจะคิดปรีอทำปรีอ (คิดอย่างไรทำอย่างไร) คือรอไปวันๆ ว่าวันนี้จะหายใจได้ไหม วันนี้จะหายใจได้ไหม มันเหมือนถูกลอยแพงั้นแหละ มันแลไม่เห็นไอไหร (มองไม่เห็นอะไร) ไม่รู้ถึงฝั่งเมื่อไร ไม่รู้รอดไหม...มันรู้สึกว่หมดแรง หมดกำลังใจ ไม่มีแรงจะหายใจ เหนื่อยจากฝึกหายใจทีหนึ่งแล้วเหนื่อยใจเข้ากัน หมดเลย”

(ลุงพิน)

5. ท้อใจเมื่อเจ้าหน้าที่ขาดการเอาใจใส่ดูแล

ผู้ให้ข้อมูล 4 ราย ระบุว่าบางครั้งเจ้าหน้าที่ไม่สนใจและไม่ใส่ใจให้การดูแล เมินเฉยที่จะช่วยเหลือ ทำให้รู้สึกเกรงใจที่ต้องเรียกบ่อย แต่จำเป็นต้องเรียกเพราะมีอาการหอบเหนื่อย ก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ หมดกำลังใจ ไม่อยากทำอะไร ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“คือว่าบางทีเวลาเราเรียกเขา เขาหันมาแล (ดู) เฉยๆ แล้วเดินพื้น บางทีก็ทำไม่เห็น คือพอเห็นเขาเดินผ่าน ลุงก็ก๊วกมือเรียก คนที่เขาไม่สนใจก็คือว่า เขาเห็นแล้วที่เราเรียก แต่เขาก็เดินผ่าน โดยไม่เข้ามาแล (มาดู) ไม่ถามว่าเราเป็นพันปรี (อย่างไร)...มันหมดแรง หมดใจ คือเราเหนื่อยอีขาดใจ (จะขาดใจ) ทีหนึ่งแล้ว พอเรียกเขา เขาไม่สนใจว่าเราเหนื่อยปรี (จะเหนื่อยอย่างไร) เขาไม่มาแล มันท้อแท้บางที” (ลุงพิน)

“คือเวลาที่เขาเดินมาดูแล้ว เห็นสีหน้าเขาเหมือนไม่พอใจ เขาไม่ได้ทำอะไรคะ เดินมาดูเฉยๆ ไม่พูดไม่ถาม แล้วเดินออกไป ไปตามหมอมาคู...บางคนพอเขามาคูหลายครั้งเหมือนเขาหงุดหงิดหรือเขาโกรธหนูก็ไม่รู้ เขาไปตามหมอมาคู พอหมอมาคู ตรวจโน่นทำนี่ บางทีก็เจาะเลือดที่ข้อมือ เจ็บมาก เสร็จแล้วก็บอกว่าวันนี้พอก่อน ค่อยฝึกใหม่วันหลัง ดูท่าทางเขาเหมือนไม่พอใจที่หนูเรียกบ่อย หนูรู้สึกเกรงใจพี่เขาคะที่เรียกรบกวนเขาบ่อย แต่หนูเหนื่อยไม่ไหวจริงๆ...คือพอพี่เขาทำอย่างนี้ มันเหมือนกับทำให้หนูเหนื่อยมากขึ้น คือมันไม่มีแรง หมดกำลังใจ ไม่อยากทำอะไร” (น้องพัช)

“เขาก็มาแลแหละ แต่ว่าตามสะดวกเขา คือถ้าว่างอยู่ก็มา ถ้าไม่ว่าง ก็เขาไม่แซบ (รีบ) คือถ้าทำไหร (อะไร) อยู่ก็เขาทำให้เสร็จก่อนต่อมาแล (ดู) ผม บางทีพอเรียกถึงเขาว่าเดี๋ยวนะ เขาหายไปนานผมเห็นนานเกิน เรียกหล่าว (อีก) เขามาเขาว่าแรกเดียวที่เรียกลิมไปแล้ว ผมนึกในใจว่าเราจะตายอยู่แล้ว แต่เขาลิมที่เราเรียกให้มาช่วย เหมือนเขาไม่ใส่ใจเท่าไร บางทีบางคนไม่ใช่ทุกคน” (น้ำพาด)

เป็นความฝืนใจ ไม่อยากทำแต่จำเป็น

เป็นความหมายที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนออกมา หลังจากทราบว่า การฝึกหัดเครื่องช่วยหายใจ เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องทำ แม้ไม่อยากทำ เพราะระบุว่า ถ้าไม่ฝึกหายใจก่อนไม่สามารถหายใจเองได้ และไม่ต้องการเจาะคอ รวมทั้งคิดถึงและเป็นห่วงลูกหลาน ไม่ต้องการให้ลูกหลานลำบากมาเฝ้าดูแล ตลอดจนต้องการกลับไปปฏิบัติหน้าที่ที่เคยทำ จึงจำเป็นต้องฝึกหายใจเพื่อหายใจเองให้ได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ต้องฝึกหายใจก่อนจึงสามารถหายใจเองได้

ผู้ให้ข้อมูลทุกรายรับรู้ว่าการฝึกหายใจเป็นความฝืนใจไม่ยากทำเพราะเหนื่อยมาก แต่จำเป็นต้องทำเพราะหากไม่ฝึกหายใจก่อน ไม่สามารถหายใจเองได้ และแพทย์ไม่เอาท่อช่วยหายใจ ออกให้หากยังหายใจเองไม่ได้ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“มันไม่ยากทำ เพราะว่ามันเหนื่อย แต่ว่ามันจำเป็น เพราะถ้าไม่ฝึกหายใจลอง แล (ลองดู) มัน เราก็ไม่รู้ว่าจะหายใจได้แล้วไหม ถึงหมอก็เขาไม่เอาออกให้แหละถ้าเรายังหายใจเองไม่ได้มันจำเป็น” (ลุงพี)

“มันไม่ยากทำแต่จำเป็นต้องทำ เพราะหมอ พยาบาลเขาบอกแล้วว่า ถ้าไม่ฝึกหายใจมันไม่หาย แล้วเขาไม่เอาท่อออกให้ ถึงเราจำเป็นต้องทำ เพราะมาโรงพยาบาลให้เขารักษา ถ้าไม่ทำไม่รู้มาทำไม” (ป้าพา)

2. ไม่ต้องการเจาะคอ

ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่ง 3 รายไม่ต้องการได้รับการเจาะคอ เพราะคิดว่าเมื่อออกจากโรงพยาบาลแล้วไม่มีคนช่วยดูแลทำความสะอาด ทั้งนี้เพราะผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ คือเห็นคนรู้จักได้รับการเจาะคอและต้องดูแลตลอดไม่สามารถเอาท่อเจาะคอออกได้ และยังคิดว่าการเจาะคอไม่ใช่การรักษาเพื่อให้หายขาด เป็นเพียงความสะดวกของแพทย์ แต่ทำให้ตนลำบากระยะยาว นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลบางรายกลัวเจ็บจากการเจาะคอ จึงส่งผลให้มีความมุ่งมั่นและพยายามที่จะฝึกหายใจเองให้ได้ แม้จะเป็นความฝืนใจไม่ยากทำ แต่จำเป็นต้องทำ เพราะไม่ต้องการเจาะคอ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ถ้าเราเจาะคอไป ถ้าหายขาด (ไม่มีอาการเหนื่อยอีก) ไม่มีปัญหา ลุงยอมเหมือนกัน แต่ไม่รู้ว่าจะหายขาดไม่หายขาด ถ้าเขาว่าลุงเจาะคอแล้วหายขาดมันลุงยอม ถึงนี้ลุงว่าเจาะคอมันเหมือนกับใส่ท่ออื่นแหละ ถ้ามันไม่หายขาด มันก็จำเป็นต้องใส่อีก ถึงเราอย่าลืมนะเรา กลับไปอยู่บ้าน บางทีแผลอยู่เป็นเดือนยังไม่หาย มันลุงก็ (ลุงสะใจ) ลุง 4 ปี 5 ปี แล้ว ยังเป็นอยู่พันนั้น (อย่างนั้น) ท่อที่คอยังไม่เอาออกไม่ได้...ลุงไม่ยอมเจาะเพราะอะไร หนึ่ง คนทำความสะอาดก็ไม่มี ถ้าเราอยู่โรงพยาบาลได้แต่พอเราหายถึงแผลไม่หายที่ ทรมาณ ลุงว่าพันนั้นไม่ไหวยอมฝึกหายใจ ลุงเอาเหมือนกันเจาะคอ ถ้ามันหายขาดมัน คือว่าความสะดวกของเขา ความสะดวกของหมอ แต่ความลำบากของเรา ไหนเราอี (จะ) กินไปมั่งล่ะลูก ใครได้เผื่อได้ทำความสะอาด ถึงถ้าเราทำความสะอาดไม่ถึงก็ติดเชื้อ ไม่เอาดีกว่า ยอมฝึกหายใจ หมอให้ทำไหม (อะไร) ก็ยอม” (ลุงพิน)

“ตอนแรกหนูก็ว่าดีนะเพราะไม่เจ็บคอเจ็บปาก แต่พอเห็นคนข้างเตียงหนูเขาเจาะคอด้วย หนูไม่เอาเลย กลัวมาก มันคงเจ็บมาก เห็นมีเลือดด้วย หนูบอกหมอว่าไม่เอาไม่เจาะคอ หนูจะใส่ท่อแบบนี้แหละ... เขาบอกว่าไม่ได้ใส่ท่อนานๆ มันเป็นอย่างไรแล้วหนูจำไม่ได้ แต่ถ้ายังหายใจเองไม่ได้ก็ต้องเจาะคอ หนูเขียนบอกหมอว่าให้เวลาก่อน หนูจะพยายามหายใจเองให้ได้ หมอตกลงแต่เขาก็บอกว่า ถ้ายังหายใจเองไม่ได้คราวหลังต้องเจาะคอนะ หนูก็ตกลงเหมือนกัน” (น้องพัช)

3. คิดถึง เป็นห่วงลูกหลานและคนใกล้ชิด/ไม่ต้องการให้ลำบาก

ผู้ให้ข้อมูล 8 ราย กล่าวว่า การอยู่โรงพยาบาลทำให้ลูกหลานหรือภรรยาต้องลำบากในการมาเฝ้าดูแล บางรายจากหลานมานานทำให้คิดถึงและเป็นห่วง ไม่ทราบว่าหลานเป็นอย่างไรบ้าง ทำให้คิดว่าตนต้องหายเพราะต้องการกลับบ้าน จะได้ไปดูแลลูกหลานและลูกหลานหรือภรรยาไม่ต้องการลำบากในการมาเฝ้าดูแล ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลยอมรับการฝีกหายใจและพยายามอดทนเพื่อให้หายใจเองได้ ดังคำพูดที่สะท้อนออกมาว่า

“ลองพยายามทน ถ้าเหนื่อยไม่มากลุกก็นอนเฉยๆ ทำตามทีหมอบ พยาบาลเขาบอก คืออยากให้หายเร็วๆ นั้น ลูกหลานได้ไม่ต้องลำบากพลัดกันมาเฝ้า แต่ว่าเขามาเฝ้าก็เขาว่าไม่ได้ลำบากไทร (อะไร) เขาบอกลุงว่าไม่ต้องกังวลไม่ต้องคิดมาก ถึงลุงไม่คิดปรี๊ดละ อยู่โรงพยาบาลเป็นเดือน พวกเขาที่ต้องทำมาหากิน ถึงว่าเขาไม่เดือดร้อนก็เถอะ” (ลุงพี)

“อยากกลับบ้านซึ้งใจ (เป็นห่วง) หลาน หลานคนหนึ่งมาอยู่กับลุง เด็กพอใหญ่มันติดเรา ไออื่น (อย่างอื่น) ไม่มีไทร (อะไร) อยู่กันตายแล้วหลานคนหนึ่ง ลุงมาหลายวันแล้วไม่รู้ พันปรี๊ดมั่ง (เป็นอย่างไบบ้าง) ซึ้งใจ (เป็นห่วง) มันจ้ง มันคิดลุงละ กับแม่มันไม่ใช่ไป นั้นแหละอยู่บ้านก็ได้หลงกับมัน (พูดกับหลาน) ไม่เหงาแรง...พอยากกลับบ้าน มันต้องพยายามแหละ เหนื่อยก็ต้องทน คือเราอยากให้หายนั้นลูก ให้พอได้เอาท่อออกได้ พอได้หายใจเองนิ โรคที่มันเป็นจ้งมันไม่หายแล้ว แต่ถ้าหายใจเอง พอได้กลับบ้านได้...ลุงอยากกลับบ้านเร็วๆ อยากไปแล (ดู) หลาน” (ลุงพิน)

4. ยังมีภาระหน้าที่ที่ต้องทำ

ผู้ให้ข้อมูล 3 ราย กล่าวว่ายังมีหน้าที่ที่ต้องทำ ได้แก่ การทำงาน การดูแลบุตร มารดา และการเรียนหนังสือ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ไม่เคยเจ็บป่วยร้ายแรงมาก่อน ซึ่งก่อนไม่สบายครั้งนี้ มี

ร่างกายแข็งแรง ยังอยู่ในวัยทำงานและมีหน้าที่ต้องรับผิดชอบ จึงรับรู้ว่าตนยังมีภาระหน้าที่ที่ต้องทำและต้องการทำ ส่งผลให้มีความพยายามที่จะฝึกหายใจเองให้ได้แม้จะเหนื่อยแต่ต้องทน ทั้งนี้เพื่อจะได้หายและกลับไปทำหน้าที่ดังกล่าวได้ ดังคำพูดต่อไปนี้

“ที่สำคัญเรารู้สึกว่ายังทำอะไรได้ไม่หมด ยังมีอะไรหลายอย่างที่ยังไม่ได้ทำ... ก็อย่างที่ยอกมางั้นแหละ มันหลายอย่างเรายังไม่ได้ทำ ลูกก็ยังเรียนไม่จบ แม่ก็ไม่มีคนดูแลแล้ว เพราะพี่สาวเสียแล้ว ลูกก็ต้องหายเพื่อไปทำหน้าที่อีกหลายอย่าง ต้องทน เหนื่อยก็ต้องทน”

(ลุงพน)

“หนูอยากหาย อยากกลับบ้าน ที่สำคัญคืออยากกลับไปเรียนหนังสืออีก”

(น้องพัช)

ปัจจัยส่งเสริมการหาย่าเครื่องช่วยหายใจ

ผู้ให้ข้อมูลทุกราย ต่างมีความรู้สึกตรงกันว่าการฝึกหายใจลำบากเป็นความทุกข์ทรมานมากที่สุด แต่ต้องอดทน ไม่ท้อแท้ แม้จะเหนื่อย จะเจ็บต้องอดทน ต้องทำทุกอย่าง เพราะมีความหวังว่าจะหายจากโรค หวังว่าจะหายใจเองได้ หวังว่าจะได้กลับบ้านหรืออาการดีขึ้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนปัจจัยส่งเสริมการหาย่าเครื่องช่วยหายใจ ออกมาว่า เป็นเพราะความหวังและกำลังใจทำให้ผ่านเหตุการณ์ไปได้ ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ ว่า ความหวังและกำลังใจ เกิดขึ้นจากภายในตัวของผู้ให้ข้อมูลเอง และมาจากการส่งเสริมจากบุคคลรอบข้าง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ใจต้องสู้ไม่ท้อแท้

ผู้ให้ข้อมูลทุกรายสะท้อนออกมาว่า การที่ตนสามารถฝึกหายใจเองได้สำเร็จ มีปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญ คือ ใจต้องสู้ไม่ท้อแท้ ต้องมีกำลังใจ ต้องมีความหวังว่าจะหาย แม้จะไม่หายจากโรค แต่มีความหวังว่าให้หายใจเองได้และไม่ทุกข์ทรมานมาก ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“มันเหมือนไอไหน (อะไร) พันปรีอ (เป็นอย่างไร) บอกไม่ถูก ก็เป็นสิ่งที่จะต้องสู้ ต้องอดทน ต้องมีกำลังใจต้องไม่ท้อแท้ เพราะถ้าไม่มีกำลังใจหรือว่าใจไม่สู้ ไม่สามารถจะผ่านพันตรงนั้นมาได้ มันไม่เหมือนอาการเจ็บไข่อื่น เจ็บไข่อื่นเรานอนเฉยๆ ให้หมอรักษา แต่นี่ฝึกหายใจนี่ นอนอยู่เฉยๆ ไม่ได้ เพราะมันเหนื่อย ถ้าไม่อดทน ไม่มีกำลังใจก็อย่าหวังว่าจะออกมาได้พันนี้... ต้องมีความหวัง ไปโรงพยาบาลให้หมอรักษาเพราะไอไหน (อะไร) เพราะหวังว่ามันจะดีขึ้นมันจะหาย ถึงไม่หายร้อยเปอร์เซ็นต์ ก็ให้มันอยู่ได้ไม่ทรมานมากนัก ไม่หวังไอไหน (อะไร) มากหรอกเพียงแต่ว่า ให้มันหายใจเองได้ไม่ต้องใช้เครื่องไปจน

ตาย คนเรามันต้องมีความหวัง ไม่ใช่อยู่ไปวันๆ ถึงเจ็บถึงไข้ เราก็ต้องหวังว่าให้มันหาย มันทำให้เรามีกำลังใจ ไม่ใช่อยู่แบบหมดอาลัยตายอยาก พันนั้นไม่ใช่...นี่ลุงบอกได้เลยว่า ของลุงผ่านความลำบากความทรมานแล้วก็ความเจ็บปวดแบบสุดๆ มาแล้ว บอกง่ายๆ ว่าเฉียดเป็นเฉียดตายมาหลายหนแล้ว แต่อยู่ได้มาทุกวันนี้ เพราะเรามีความหวังแล้วก็มีกำลังใจดี”

(ลุงผิน)

“คือมันเป็นความรู้สึก เราารู้สึกว่าต้องหาย ถึงลุงไม่รู้ว่ามันหายไหม หมอเขาบอกว่าปอดไม่ดีแล้ว แต่ลุงคิดว่าต้องหาย...มันคือว่าเรายังรู้ตัวมัน ถ้าว่าพอมันเป็นขึ้นมาแล้วตายไปก็แล้วไป แต่นี่เรายังรู้ทุกอย่าง มันต้องรักษา ถึงเราตั้งใจมารักษาแล้วก็คิดว่าต้องหาย ถึงมันไม่หายขาดก็ให้มันดีขึ้นซะใหม่ อีกอย่างลุงว่าอาการของลุงมันดีกว่าคนอื่นๆ ที่นอนข้างลุง ตอนนั้นคนที่นอนข้างลุงสองคนเขาไม่รู้เรื่องสักรึ้นแล้ว แรกๆ เขาใส่ท่อช่วยหายใจเหมือนลุง แต่เขาใส่ก่อน ลุงมาเขาอยู่แล้ว ถึงเขายังเอาท่อออกได้ ถึงลุง ลุงว่ามันไม่หนักอย่างนั้นที่เพราะลุงยังรู้เรื่องทุกอย่าง ลุงว่ามันต้องดีกว่าเขาแหละอย่างน้อยๆ ไซ้ใหม่”

(ลุงผิน)

ญาติคอยดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ

ผู้ให้ข้อมูล 9 รายมีญาติมาคอยดูแลช่วยเหลือ คอยปลอบใจและให้กำลังใจ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกมีกำลังใจ มีแรงในการฝึกหายใจ และต้องการมีชีวิตอยู่ต่อไปเพื่อคนที่รัก ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ก็แฟนเขาบอกว่าไม่เป็นไร ไม่ต้องกลัว ลุงมาเยี่ยม ลุงก็บอกพ่อต้องหาย ต้องกลับบ้านไปอยู่กับเขา ทำให้เรามีกำลังใจขึ้น”

(ลุงพน)

“เป็นเพราะกำลังใจนี้แหละที่หนูคิดว่าทำให้ฝึกหายใจได้ เวลาที่หนูมีกำลังใจ เหมือนเวลาปะกับมะ (พ่อกับแม่) บอกว่าไม่เป็นไรหรอกไม่ต้องกลัว เดียวก็หายเดี๋ยวก็หายใจเองได้ และก็บอกว่าหนูต้องหายแน่ๆ จะได้กลับไปเรียนหนังสือ มันทำให้หนูมีแรงที่จะฝึกหายใจ บางทีหนูเหนื่อยนะคะแต่ก็พยายามอดทน”

(น้องพัช)

เจ้าหน้าที่ดูแลรักษาดี

ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่า ขณะที่ต้องเผชิญกับภาวะหยาเครื่องช่วยหายใจยาก มีอีกสิ่งหนึ่งที่ทำให้ตนสามารถผ่านพ้นสถานการณ์นั้นได้ นั่นคือ เจ้าหน้าที่ให้การดูแลรักษาดี โดยให้การช่วยเหลือทุก

อย่างในสิ่งที่ตนเองไม่ได้ และช่วยเหลือเมื่อเหนื่อยหอบ รวมถึงคอยปลอบขวัญให้กำลังใจทั้ง ห่วงใยและถามไถ่อาการ ทำให้อาการของโรคดีขึ้น รู้สึกมีแรง มีกำลังใจในการฝึกหายใจ ทำให้ สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ช่วยเหลือทุกอย่างในสิ่งที่ตนเองไม่ได้

ผู้ให้ข้อมูลทุกรายรับรู้ว่าการช่วยเหลือนั้นทุกอย่างในสิ่งที่ตนเองไม่ได้ เพราะมี ข้อจำกัดในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องพึ่งพาคณะอื่น ถึงแม้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีญาติคอยดูแล ช่วยเหลือ แต่จากกฎระเบียบของโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล ไม่อนุญาตให้ญาติอยู่ดูแลได้ตลอดเวลา ดังนั้นช่วงที่ญาติไม่อยู่ เจ้าหน้าที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลือทุกอย่าง และแม้เป็นช่วงเวลาที่ญาติอยู่ แต่กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือส่วนใหญ่ ยังคงเป็นหน้าที่ของพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่า เป็นเพราะเจ้าหน้าที่ให้การช่วยเหลือนั้น จึงทำให้อาการดีขึ้น ดังคำพูดต่อไปนี้

“พยาบาลแหละสำคัญ เพราะถ้าเขาแล (ดูแล) เรายังรักษาเราไม่ได้ มันก็ไม่หาย เขาไม่ใช่รักษา อย่างเดียวหล่าว (อีก) ไออื่น (อย่างอื่น) ก็ทำหมด ให้กินอาหาร ล้างตัว เช็ดขี้เช็ดเยี่ยว (ทำความสะอาดหลังปัสสาวะและอุจจาระ) บางทีจี้ร้ว (ท้องเสีย) เขาทำวันหนึ่งไม่รู้กี่หน เขา ไม่ใช่ว่าใคร (อะไร) ที่อื่นเขาไม่ใช่ทำให้เขาให้ญาติทำแพ (ทำหมด) ที่นี้ดีทำให้หมด”

(ยายผ่อง)

“เราอยู่โรงพยาบาล พยาบาลเขาทำดี เขาช่วยทั้งแพ (ทั้งหมด) ขี้เยี่ยว (อุจจาระ ปัสสาวะ) เขา ว่าขี้ไปเลย เขามาล้างให้เอง พอเหนื่อยก็มาช่วย กินข้าวไม่ได้ เขาก็ให้ทางสายมั้ง”

(เป้าพา)

2. ช่วยเหลือเมื่อเหนื่อยหอบ

ผู้ให้ข้อมูลทุกรายต่างรับรู้ตรงกันว่า เมื่อมีอาการหอบเหนื่อย พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพ เข้ามาดูแลและให้การช่วยเหลือ ทำให้อาการหอบเหนื่อยดีขึ้น ส่งผลให้มีกำลังใจและมีความมั่นใจที่จะฝึกหายใจเพื่อให้สามารถหายใจเองได้ ดังคำพูดต่อไปนี้

“พอเราเหนื่อยพยาบาลเขามาช่วย เขาบอกว่าลุงไม่ต้องกลัวพอลุงเหนื่อยขึ้นมาเครื่องมัน ร้องเองแหละ มันจริงพอเราหายใจเร็วคือพอรู้สึกเหนื่อยเครื่องร้อง พอเครื่องร้อง พยาบาลเขามาแล (ดู) เขารู้ว่าเราเหนื่อยไหม มีเสมหะไหม เขาช่วยจนดีขึ้น พอหลังๆ ไม่ กลัวแล้วแหละ คือเรารู้แล้วว่ามันเป็นพันปรีอ (อย่างไร)”

(ลุงพิน)

“เขามาช่วยหายใจ ช่วยบีบลูกไอนั้น (แอมบู) เหมือนลูกบอลนั้น บางทีก็ปรับเครื่องใหม่ทำให้หายใจเหนื่อย มันเหมือนกับเราไม่มีแรงหายใจนั่นแหละพอหายใจเองได้สักนิดก็เหนื่อย แต่พอเขามาช่วยก็หายใจเหนื่อย มันมีกำลังใจขึ้นแหละ พอว่าเขามาช่วยนั้น”

(ลุงพี)

3. คอยปลอบขวัญให้กำลังใจทั้งห่วงใย ตามไถ่อาการ

ผู้ให้ข้อมูลทุกรายสะท้อนออกมาว่า การที่ตนสามารถฝึกหายใจเองได้สำเร็จ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะพยาบาลคอยปลอบขวัญให้กำลังใจ รวมทั้งห่วงใยและตามไถ่อาการทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่ามีแรง มีกำลังใจที่จะฝึกหายใจและทำให้ความเหนื่อยลดลงได้ระดับหนึ่ง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเปรียบเทียบว่าการที่พยาบาลพูดดี คอยห่วงใยและให้กำลังใจเหมือนกับอาการเจ็บป่วยทุเลาหายไปแล้วครั้งหนึ่งดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“หมอ พยาบาล เขาดูแลรักษาดี มาถามทุกวัน ลุงพันปรี้อมั่ง (เป็นอย่างไรบ้าง) แรกๆ ลุงคิดว่าไม่รู้จะหายใจไหม แต่หมอ พยาบาลเขาบอกว่าลุงไม่ต้องกลัว ค่อยๆ ฝึกหายใจ เดี่ยวก็หายใจเขาบอกลุงทุกวัน ทำให้ลุงคิดว่าต้องหายใจ ดี หมอ พยาบาลเขาเอาใจใส่ดี”

(ลุงพี)

“แต่ทุกครั้งที่เขาถามเรา คือน้ำเสียงเขาเหมือนกับเขาเป็นห่วงเราจริงนั้น เขาถามว่าพันปรี้อมั่ง (เป็นอย่างไรบ้าง) เหนื่อยไหม เจ็บไหม ถ้าเราหลงพันนี้ (พูดอย่างนี้) เหมือนปกติใช้ไหม แต่ว่าเวลาเขาหลง (พูด) เขาอยากให้เราหายใจ เขาเป็นห่วงเราจริง บอกไม่ถูก ผมว่าพยาบาลแค่เขาพูดดี มันก็เหมือนกับหายใจครั้งหนึ่งแล้ว จริงนั้นแหละ... ไออื่น (อย่างอื่น) มันก็มี แต่ผมว่าการที่พยาบาลหลงดี มันก็เท่ากับให้กำลังใจคนไข้ มันทำให้คนไข้มีกำลังใจขึ้นไม่รู้เท่าใดแล้ว ถึงคนเราถ้าหลงดีไออื่นมันก็ดีตามมา” (น้ำพาด)

ความต้องการการดูแลขณะที่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ

จากการให้ความหมายตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความต้องการการดูแล เพื่อบรรเทาหรือแก้ไขปัญหาหรือผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ อันได้แก่ การลดความกลัวและวิตกกังวล ความลำบากและทุกข์ทรมานความรู้สึกท้อแท้ และเป็นการส่งเสริมความหวังและกำลังใจ ให้สามารถปรับตัวต่อการหยาเครื่องช่วยหายใจได้เร็วยิ่งขึ้น ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ได้รับคำอธิบายและการเตรียมตัวก่อนการฝึกหายใจ

ผู้ให้ข้อมูลทุกราย ต้องการให้แพทย์ พยาบาลบอก อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการฝึกหายใจ และให้เตรียมตัวก่อนการฝึกหายใจทุกครั้ง เพราะผู้ให้ข้อมูล 9 รายไม่เคยทราบมาก่อนว่าการฝึกหายใจคืออะไร ทำแล้วมีผลอย่างไร ซึ่งไม่ใช่แค่บอกว่ให้ฝึกหายใจเพียงอย่างเดียว ถึงแม้ว่ามีผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งเคยได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจมาแล้ว แต่ครั้งนั้น ไม่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจเหมือนครั้งนี้ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลอาจจำความรู้สึกขณะหยาเครื่องช่วยหายใจไม่ได้ ดังนั้นจึงต้องการทราบรายละเอียดการฝึกหายใจ เพื่อรับรู้และเป็นข้อมูลในการเตรียมตัวเตรียมใจ นำไปสู่การปรับตัวให้ยอมรับการฝึกหายใจได้ ทั้งช่วยลดความวิตกกังวล ความกลัว นอกจากนี้ยังต้องการให้เตรียมตัวก่อนฝึกหายใจ เช่น การดูดเสมหะหรือพ่นยา ก่อนเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่งหายใจได้สะดวก นอกจากนี้ถ้ามีกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต้องทำ ผู้ให้ข้อมูลต้องการทำให้เสร็จก่อนฝึกหายใจ เพราะช่วงเวลาฝึกหายใจไม่ต้องการทำกิจกรรมอะไร อยากอยู่เฉยๆ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ถ้าเขาได้บอกก่อนจ้ันว่าฝึกหายใจ เครื่องไม่ช่วยแล้วนะ หรือว่าบอกให้เข้าใจสักนิด ว่าฝึกหายใจเป็นพันปรี้อ (เป็นอย่างไร) อย่างน้อยๆ ลูกก็ไม่ต้องตกใจแรงจ้ันลูกเวลานั้นเหนื่อยขึ้นมา เพราะว่าเวลาใส่เครื่องอยู่นั้นมันคือละ ไม่เหนื่อยไม่ไหร (อะไร) ถึงพออยู่ๆ เหนื่อยขึ้นมาเหมือนอี (จะ) ขาดใจ ถึงตกใจแหละว่าไม่รู้เป็นพันปรี้อหล่าว (เป็นอย่างไรอีก) กลัวเสียแล้วเวลานั้น...แล้วก็อยากให้คุณดูแลและพ่นยาให้เสร็จก่อน เพราะว่ามันได้หายใจคล่องๆ สักนิด”

(ลุงพันธ์)

“คือหนูคิดว่าเขาน่าจะบอกก่อนว่าตอนนี้จะฝึกหายใจนะ อย่างน้อยก็จะได้เตรียมตัวเตรียมใจไว้ เวลาเหนื่อยขึ้นมาจะได้ไม่ตกใจ คือถ้าเหนื่อยไม่มาก หนูก็พยายามทนถ้ากำลังฝึกหายใจ ยกเว้นว่าหนูไม่ไหวก็เรียกพี่พยาบาลมาช่วย...คืออยากให้เราบอกก่อนว่าจะฝึกหายใจ และก็ให้คุณดูแลก่อน และถ้ามีอะไรต้องทำก็อยากให้เราทำให้เสร็จ เพราะพอฝึกหายใจแล้วไม่ยากให้ทำอะไร อยากอยู่เฉยๆ...บางทีเช็ดตัวกะ ช่วงเช็ดตัวต้องพลิกไปมาแล้วเหนื่อย อยากให้เราทำให้เสร็จก่อนฝึก และถ้ากำลังฝึกแล้วจะเช็ดตัวก็อยากให้เราหยุดฝึกก่อนคะ”

(น้องพัช)

“ลู่จะให้ขามาตรวจมาประเมินแล้วเราพร้อมแล้วไหม อย่างเช่นว่า ฟังปอด ฟังเสียงเสลด วัดออกซิเจน คือพอเขาตรวจแล้วถ้าเขาว่าฝึกหายใจได้ ลูกก็ได้บายใจ ถึงถ้าเราเหนื่อยอยู่นั้น หรือว่ามันผิดปกติไอไหร (อะไร) เขาได้แก้ไขก่อน แต่จริงไอนี้ (อันนี้) ส่วนใหญ่ก็เขาทำ

อยู่แล้ว นี่ลู่ที่ว่าบางคนที่เขาไม่ได้ทำพินนี่ (อย่างนี้)..ถ้าเขาตรวจแล้ว ไม่มีไอโھر (อะไร) ผิดปกติ ลู่ก็ไม่ต้องกังวลว่ามันนี่เป็นพินปรือ (เป็นอย่างไร) แหละลูก คือบางทีมันมีเสมหะถ้าไม่ได้ตรวจก่อน บางทีก็ไม่รู้ พอฝึกหายใจถึงมันคั่งขึ้นทันที ถึงเวลาคุณเสมหะ ช่วงที่ฝึกหายใจ มันเหน้อยมาก เหน้อยเหมือนนี่ (จะ) ขาดใจ มันบวกกับความเจ็บกันละ งั้น แหละที่ลู่บอกว่าเวลาคุณเสมหะให้เขาเปลี่ยนเครื่องให้ก่อน มันได้ไม่เหน้อยแรง ถึงถ้าเขาคูก่อนฝึกหายใจ ยิ่งถ้าได้พินยาก่อนกันมันดี มัน โล่ง หายใจคล่องสักหิด (นิด)”

(ลู่พิน)

ขอให้เจ้าหน้าที่อยู่ใกล้ๆ และช่วยทันทีเมื่อมีอาการเหน้อย

ผู้ให้ข้อมูลทุกรายต้องการให้เจ้าหน้าที่อยู่ใกล้ๆ หรือมาดูแลซักถามอาการบ่อยๆ โดยเฉพาะการฝึกหายใจช่วงแรก หรือมาช่วยทันทีเมื่อมีอาการเหน้อย เพราะหากพยาบาลมาช่วยช้า ยิ่งทำให้เหน้อยมากขึ้น บางครั้งเหน้อยมากเหมือนจะขาดใจ บางรายทำให้หัวใจเต้นเร็วผิดปกติร่วมด้วย เมื่อมีอาการหอบเหน้อยมาก ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ลู่ว่า ถ้าช่วงที่เขาให้ฝึกหายใจ ช่วงแรกๆ พยาบาลน่านี่ (จะ) อยู่แค่ๆ (ใกล้ๆ) หรือไม่กี่มาแล (มาดู) มาถามมาตรวจแลบ่อยๆ ว่า คนใช้นั้นพินปรือมั่ง (เป็นอย่างไរប้าง) เหน้อยไหม เพราะช่วงแรกเหน้อยจริงได้แป็บเดียวเหน้อย แป็บเดียวเหน้อย คือเราไม่รู้ที่ไอโھرพินปรือ (อะไรเป็นอย่างไร) แหละ (พูด) ง่ายๆ ว่ายังปรับตัวไม่ได้ พอเหน้อยถึงมันกลัว กลัวแต่ว่านี่ (จะ) หายใจไม่ได้สิ่งเดียว ถึงถ้าพยาบาลอยู่แค่ๆ (ใกล้ๆ) เราได้อุ่นใจแหละ ไม่กลัวแรง”

(ลู่พิน)

“ถ้าช่วงแรกๆ อยากให้พยาบาลอยู่แค่ๆ สักหิด (นิด) เพราะเหน้อยเร็วได้สักเดียว (ครูเดียว) ก็เหน้อย พอเหน้อยขึ้นแล้วไม่ไหวทนไม่ได้เลยช่วงแรก แต่หลังๆ ไม่ปรือแรง (ค่อยดีขึ้น)”

(ลู่พิน)

“พอมันเหน้อยมากจริงๆ พยาบาลก็เขามาช่วย แต่นั่นแหละเรามันเต็มที่แล้ว มันไม่ไหวแล้ว ทนไม่ได้แล้ว อยากให้เขามาช่วยหายใจเร็วๆ มันเหมือนจะขาดใจจริงงั้นแหละ พอเหน้อยพินนั้นแล้ว ให้เขาช่วยปรือ (อย่างไร) ก็ได้ให้หายเหน้อย เพราะไม่ไหวแล้ว ที่จริงลู่อยากให้เขามาช่วยตั้งแต่ว่ายังไม่ทันเหน้อยมาก คือให้เขาช่วยปรือ (อย่างไร) ก็ได้ตามเรื่องเขา แต่ให้ลู่หายเหน้อยก่อน ค่อยว่ากันใหม่หล่าว (อีก)”

(ลู่พิน)

ได้รับการบรรเทาเจ็บปวด

ผู้ให้ข้อมูลทุกรายมีความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ยังต้องอยู่ในภาวะหยา เครื่องช่วยหายใจยาก ยิ่งส่งผลให้เพิ่มความเจ็บปวดมากขึ้น เพราะร่างกายอ่อนเพลีย อ่อนล้า ทำให้ ความทนต่ออาการปวดลดลง เมื่อมีอาการปวดรู้สึกหงุดหงิด ไม่อยากทำอะไร ไม่อยากฝึกหายใจ ดังนั้นจึงต้องการให้ช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวด โดยการให้ยาแก้ปวดบ้าง หรือการดูดเสมหะเบาๆ ทั้งนี้เพราะอาการปวดที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่มาจากการดูดเสมหะ ดังตัวอย่างคำพูดที่สะท้อนออกมา ดังนี้

“เรื่องเจ็บคอ หนูคิดว่าเขาน่าจะให้ยาแก้ปวดได้ อย่าให้เจ็บมาก เพราะมันทรมานมาก คือ พอเจ็บแล้วไม่อยากทำอะไร อยากอยู่เฉย ๆ พอยิ่งขยับตัวมันยิ่งเจ็บมากขึ้น พอเจ็บมากหนูก็ หงุดหงิดค่ะ” (น้องพัช)

“คือที่สำคัญเวลาดูดเสมหะอยากให้เขาดูดเบาๆ เพราะมันเจ็บมาก อยู่เฉยๆ ก็เจ็บอยู่แล้ว พอ ดูดเสมหะมันยิ่งเจ็บมาก ถ้าไม่ดูดหายใจไม่ออกอีก” (ลุงพัน)

“เรื่องเจ็บแผล ถ้าเขาได้นัดยาแก้ปวดให้บ่อยๆ อย่าให้มันปวดมากพอได้หายใจลึกๆ ได้ ออก อีกอย่างเวลาดูดเสมหะอยากให้ดูดเบาๆ ที่จริงพยาบาลส่วนใหญ่เขาทำดีแล้วแหละ ยังมั้ง บางคน แต่ว่าเวลาถูกเอาบางคนนั้นแหละ ทุ้งๆ (การใส่สายดูดเสมหะอย่างแรง) พักเดียว เจ็บน้ำตาไหล ไออื่น (อย่างอื่น) ก็ดีแล้ว ดีมากๆ” (น้ำพาด)

สามารถสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคนเพื่อนำไปสู่การได้รับการ การตอบสนองความต้องการด้านอื่นๆ สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจยังต้องการ สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพราะอยู่ในภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต การมีวิธีสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจว่าจะได้รับการช่วยเหลือทันทีเมื่อต้องการความช่วยเหลือ ดังนั้นผู้ให้ข้อมูล 9 รายจึงต้องการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อบอกปัญหา ความต้องการหรือ อาการที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอาการหอบเหนื่อยจากการฝึกหายใจ รวมทั้งบอกความรู้สึกต่างๆ ได้ ดัง ตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ควรเอากระดาษให้เขียน พยาบาลบางคนเขาก็ให้เขียน ก็ดีนะเพราะบางอย่างเราบอกกับ มือไม่ได้ บอกแล้วไม่เข้าใจ” (ลุงพน)

“บางคนเขาเอาออกมาตั้งข้างๆ ให้กิด เขาว่าเวลาต้องการไอโھر (อะไร) ให้กิด แต่ว่าพอตั้งข้างๆ บางทีผมนอนทับมันตั้งเขามาหีบไปแวนตามเดิม ผมเอาไม่ถึง บางคนเขาเอามาพันไว้ที่ไม่ข้างเตียง มันสะดวกดี แต่ว่าพอนี้มันหลุดมั้ง เขาเอาไม่ข้างเตียงขึ้นลง มันตั้งมั้งถึงเขาเอาไปไว้ที่เดิมหล่าว (อีก) ก็เอาไม่ถึง ถ้ามีออกอยู่แค่ (ใกล้) มือตลอดนั่งดิ่งนั่นแหละสะดวกเวลาเรียก” (น้ำพาด)

ได้รับกำลังใจ คำพูดและปฏิบัติ จากเจ้าหน้าที่

ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่ากำลังใจจากเจ้าหน้าที่ หรือคำพูดดี คำพูดที่ไพเราะเปรียบเสมือนยาดี ทำให้อาการเจ็บป่วยทุเลาหรือหายไป ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลทุกรายจึงต้องการกำลังใจจากเจ้าหน้าที่ ซึ่งลักษณะกำลังใจที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการ ได้แก่ คำพูดดี ไม่หยาบ การซักถามอาการ การแสดงความห่วงใย การจับมือ รวมทั้งการปฏิบัติที่นุ่มนวล เป็นต้น ทั้งนี้เพราะผู้ให้ข้อมูลต้องเผชิญกับความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ บางครั้งส่งผลให้รู้สึกท้อแท้ หมดหวัง หมดกำลังใจ จึงต้องการกำลังใจเพื่อทำให้มีแรง มีความหวังขึ้นมา ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“คือหมอกคนไหนพูดจาดี คือกำลังใจของคนไข้ ถ้าเราพูดหยาบคนไข้ก็หมดอาลัย ให้ลูกจำไว้วันะ เราต้องพูดให้เนียน เพราะคนไข้เขาต้องการกำลังใจ ต้องการกำลังใจจากหมอตรงไหน คำพูดของหมอ ลุงครับผมมาเป็นหมออยู่ที่นี่แหละ ลุงไข้พันปรีอ (เป็นอย่างไร) ละ ลุงเจ็บตรงไหนมั้ง คนเรานะคือว่ากำลังใจ สำคัญ” (ลุงพิน)

“ผมว่าจริงๆ แล้วพยาบาลถ้าอยากให้คนไข้มีกำลังใจ อยากให้หายเร็วๆ แค่ว่าเพลง (พูด) ดี ไม่หยาบ แล้วเวลาเขาทำไอโھر (ทำอะไร) ให้ ให้ทำให้ดีสักหิด (นิค) คืออย่าทำหยาบนั่นผมว่าได้แล้วแค่นั้นพอ...แค่นั้นแหละคือว่า ให้พูดดี ทำดี คือเพลงง่ายๆ ว่าไม่หยาบ ก็ได้ แล้วอย่างอื่นไม่ต้องการโھر (อะไร)” (น้ำพาด)

“มันดี ใจขึ้นขึ้นเวลาพยาบาลเขาเพลง (พูด) ดี เขาให้กำลังใจมั้ง ไม่ใช่เท่าแต่มาถึงทำๆ แล้วไป ขยายว่าคนเจ็บทุกคนอยากให้นางพยาบาลมาเพลงมาถามว่าพันปรีอ โھرตรงไหน (เป็นอย่างไรบ้าง) อย่างน้อยๆ พอได้คิดว่าเขาเป็นห่วงอยากใหหาย ไม่ใช่เท่าแต่ทำๆ ตามหน้าที้อย่างเดียว...มันยัง (มี) กำลังใจขึ้น เรากนเจ็บ เจ็บหนัก อาการหนักเป็นตาย ก็ยังไม่รู้ที ถึงพอพยาบาลเพลงดีให้กำลังใจมั้ง มันเหมือนยาดีเหมือนกันแล้ว บางทีเหนื่อยอยู่เนี่ย แต่พอนางพยาบาลมาเย็นแค่ว่า (ใกล้ๆ) จับไม่จับมือ บีบ โน้นบีบนี้ หายเหนื่อยก็ยั้ง แต่นั่นเขาไม่ค่อยมีเวลา” (ยายพ่อง)

ได้รับความเข้าใจในความรู้สึก

ผู้ให้ข้อมูล 3 ราย ต้องการให้เจ้าหน้าที่เข้าใจความรู้สึกของตน เข้าใจว่าขณะฝึกหายใจจะมีอาการเหนื่อย ทรมาน กลัว และเจ็บ เพราะถ้าเจ้าหน้าที่เข้าใจความรู้สึกแล้ว สามารถให้การช่วยเหลือได้ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“พยาบาลควรจะเข้าใจความรู้สึกของคนไข้ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ คือเข้าใจว่าเขาเจ็บมาก และเวลาฝึกหายใจเขาจะเหนื่อยและทรมานมาก ถ้าพยาบาลอยู่ใกล้ๆ จะช่วยเขาได้เวลามีอาการเหนื่อย และพยาบาลควรให้กำลังใจคนไข้บ้าง คือพูดง่ายๆ ถ้าพยาบาลเข้าใจความรู้สึกคนไข้ เขาจะรู้ว่าควรทำอะไรค่ะ ... คือหนูอยากให้เขาเข้าใจความรู้สึกหนูบ้างค่ะ ว่าหนูรู้สึกอย่างไร ถ้าเขาเข้าใจว่าหนูกลัวมาก หนูเจ็บมาก เขาจะได้ช่วยหนูได้”

(น้องพัช)

“คือผมอยากให้เขาเข้าใจว่า บางทีที่คนไข้เรียกคือเขาไม่ไหวแล้ว เพราะถ้ายังไม่ถึงไม่เรียก นี่ผมส่วนใหญ่ถ้าไม่จำเป็นผมไม่เรียกเขาที่ เกรงใจเขากัน เราว่าเขาเหนื่อย คือเราเห็นว่าเขายุงเหมือนกัน ถ้าไอไหน (อะไร) ที่ทนได้ก็ทน แต่พอทนไม่ได้แล้วจึงเรียกเขา อยากให้เขามาแล (ดู) มาช่วยตอนนั้นเลย เหมือนบางเรื่องถ้าไม่ใช่เรื่องเหนื่อยมันก็รอดได้ แต่ถ้าเหนื่อยขึ้นมา สัญชาติหนึ่งก็เหมือนจะขาดใจถ้ามาช่วยแซ (ซ้ำ)” (น้ำพาด)

มีญาติอยู่ดูแลตลอดเวลา

ผู้ให้ข้อมูลทุกราย มีความต้องการเหมือนกัน คือ ให้ลูกหลาน ภรรยาหรือญาติสนิทอยู่ดูแลตลอดเวลา เพราะญาติช่วยได้หลายอย่าง บางครั้งญาติทราบที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการอะไร โดยไม่ต้องบอก หากญาติอยู่ดูแลตลอด ทำให้อาการหอบเหนื่อยลดลง เพราะญาติช่วยหีบของที่ต้องการได้ ช่วยบิบนวด ช่วยในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลใช้พลังงานน้อยลง อาการหอบเหนื่อยจึงลดลง นอกจากนี้ญาติอยู่ยังรู้สึกอุ่นใจและสบายใจ สามารถพักหลับได้ และญาติยังคงช่วยให้กำลังใจทำให้มีแรง มีกำลังใจมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

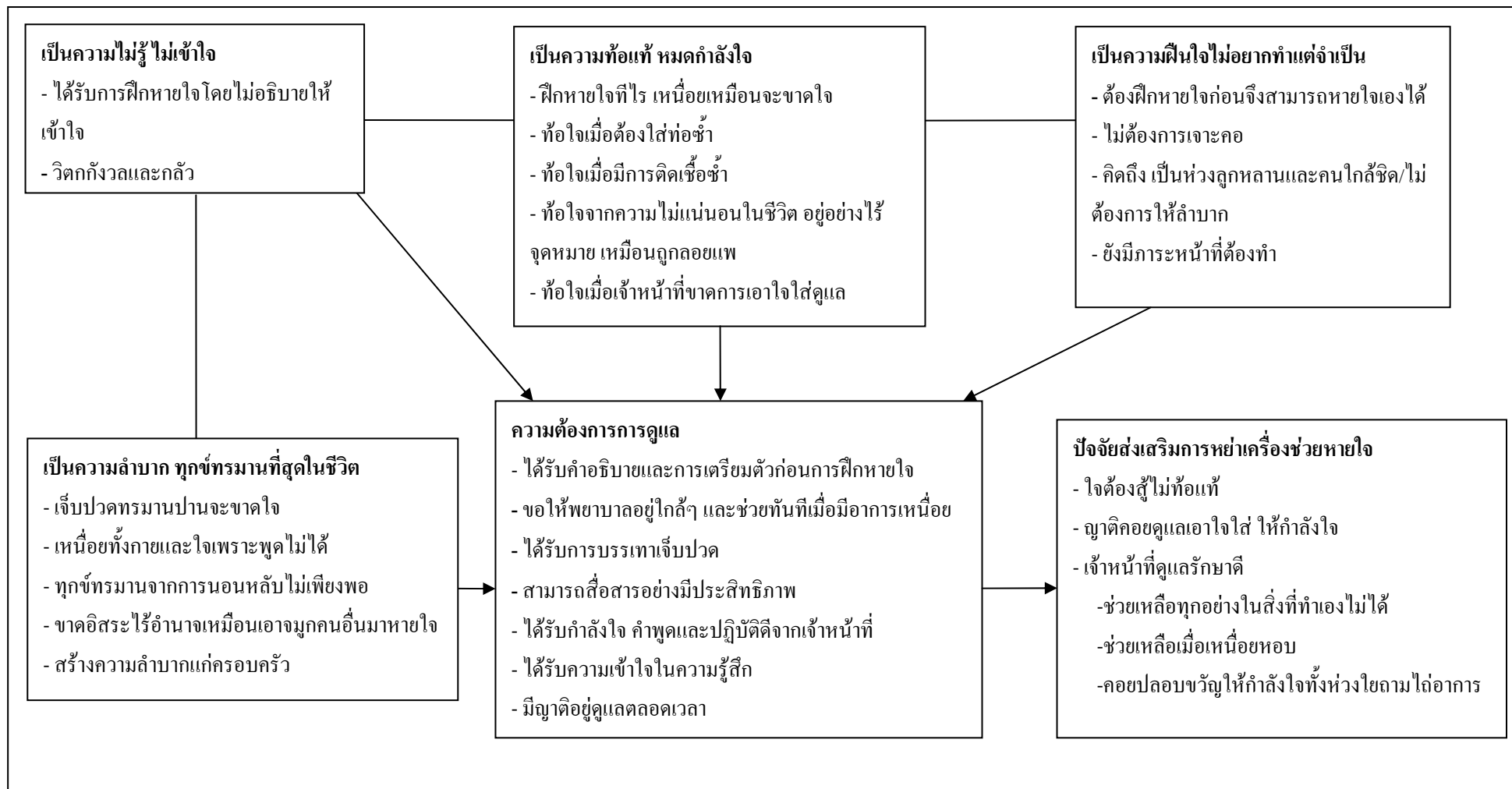
“ถ้าป้าอยู่นั้นค่อยสบายใจหน่อย เพราะเขาเห็นว่าเราต้องการอะไร บางทีไม่ต้องบอกเขาก็รู้ อย่างปวดเมื่อยตัวเขาก็ช่วยบิบช่วยนวด บางทีเช็ดหน้าเช็ดตัวเพราะมันร้อน แต่นั่นแหละป้าก็อยู่ตลอดไม่ได้ มันหมดเวลาเยี่ยม กลางคืนเขาก็ไม่ให้เยี่ยม อยากให้ญาติเฝ้าได้ตลอดเวลา สำหรับคนไข้ที่หนักๆ เหมือนอย่างคนที่ใส่ท่อเหมือนลุง เพราะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พวกที่ไม่ได้ ทำอะไรไม่ได้ทั้งนั้น”

(ลุงพน)

“เขาช่วยไม่ได้ พยาบาลช่วยได้นั้นแหละ แต่ว่าช่วยได้ไม่หมด แต่ถ้าเขาให้ญาติเฝ้าตลอดวันได้ เพราะว่าญาติช่วยได้หลายเรื่อง เวลาลูกอยู่ยาวไม่ใช่เหนื่อยแรง (ไม่เหนื่อยมาก) เพราะลูกมันช่วยหิบบได้หมดจึ้นเราจะเอาไอโھر (อะไร) จะคันจะเกา จะขยับตัว ถึงไม่ต้องเที่ยวกลัวว่าสายนั้นสายนี้เกี่ยวหลุด พออยู่ว่างๆ มันช่วยนวดตามตัวให้ ไม่เจ็บแรง (ไม่เมื่อยมาก) ได้ปรี๊มไปมั้ง (ได้หลับบ้าง) ถึงที่สำคัญคือว่ามันรู้สึกว่ามันอุ่นใจ มันบายใจ (สบายใจ) ถ้าลูกอยู่” (ยายแพ้ว)

“ถ้าเขาอยู่ช่วยได้หลายสิ่ง เพราะว่าลำพังตัวผมทำไھر (อะไร) ไม่ได้เลย ยิ่งตอนที่ใส่สายเจาะปอดอยู่หลาย (อีก) พลิกตัวก็ไม่ได้กลัวสายหลุด ถ้าเขาอยู่เขาช่วยแล (ดู) ช่วยจับไว้มั้ง ยังชู้ตักหิด (ค้อยคี้ขึ้นหน่อย) คือแฟนอยู่จึ้นผมเกือบไม่ต้องเรียกพยาบาลเลย แฟนทำให้หมด ถึงไม่เหนื่อยเท่าไھرกันแฟนอยู่... ผมสังเกตว่าวันไหนแฟนอยู่ฝึกหายใจได้นานกว่ามันบางทีคือเวลาเราจะเอาไอโھر แฟนเขาช่วยหิบบให้ เราไม่ต้องปล้ำตัว (ขยับตัว) มาก ถึงร้อนถึงไھرแฟนเขาเช็ดหน้าเช็ดตัวให้ มันช่วยได้หลายสิ่งจริงแหละ เราไม่ต้องรบกวนพยาบาลมากจึ้น” (น้ำพาด)

จากผลการศึกษา ทำให้ทราบถึงการให้ความหมายของประสบการณ์ความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ปัจจัยส่งเสริมการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ตลอดจนความต้องการการดูแลขณะที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ภายใต้อำบอกล่าตามการรับรู้ที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนออกมา ซึ่งสามารถสรุปให้เห็นภาพรวมของประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้ดังนี้



ภาพ 1 แสดงประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลในสองประเด็นหลัก ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และประสบการณ์ ความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีอายุเฉลี่ยมากกว่า 60 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษามากที่สุด เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งลักษณะการศึกษาของสังคมไทยแต่เดิมมีกฎหมายการศึกษาภาคบังคับถึงระดับประถมศึกษา สำหรับการจ่ายค่ารักษาพยาบาลใช้สิทธิเบิกจากหน่วยงานราชการและบัตรประกันสุขภาพ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ เพราะอยู่ในวัยสูงอายุ มีความเสื่อมของสุขภาพ ร่วมกับมีปัญหาโรคประจำตัว ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหัวใจ จึงมีอาการหอบเหนื่อยง่ายเมื่อออกแรงหรือทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย ส่งผลให้ไม่ได้ประกอบอาชีพ สำหรับผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคือ ภรรยาและบุตรสาว เนื่องจากสังคมและวัฒนธรรมไทย เพศหญิงผู้เป็นมารดา ภรรยา และบุตรจะทำหน้าที่ดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย (รุจา, 2541)

ข้อมูลด้านความเจ็บป่วยพบว่า โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง จำนวน 5 ราย ซึ่งมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ ตามมาด้วยโรคหัวใจ 3 ราย อีก 2 รายไม่มีประวัติโรคประจำตัวมาก่อนเนื่องจากยังมีอายุน้อย ผู้ป่วย 5 ราย ไม่เคยได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจมาก่อน อาจเป็นเพราะการรักษาที่ผ่านมามีอาการไม่รุนแรงและยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนจึงสามารถควบคุมโรคได้ ส่วนสาเหตุที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจครั้งนี้ทุกรายเกิดจากระบบทางเดินหายใจล้มเหลว โดยสาเหตุมาจากการติดเชื้อที่ปอดมากที่สุดจำนวน 6 ราย ตามมาด้วยน้ำท่วมปอดจากภาวะหัวใจล้มเหลว 2 ราย เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความยืดหยุ่นของเนื้อปอดไม่ดี การหดขยายตัวของหลอดลมลดลง เป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาหอบเหนื่อยง่าย (Alex, Fahey, & Tobin, 2002) และตามมาด้วยระบบทางเดินหายใจล้มเหลว จำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของธารทิพย์ (2541) ที่พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ มาจากระบบทางเดินหายใจ และการศึกษาความพร้อมในการหยาเครื่องช่วยหายใจของคาร์มีส แอจิจง และแมนทอส (Khamiees, Adjepong & Manthos, 2002) พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจร้อยละ 70 มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อที่ปอด สำหรับระยะเวลาใส่เครื่องช่วยหายใจทั้งหมด สัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและโรคประจำตัวที่เกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ โดยผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ใช้เวลาใส่เครื่องช่วยหายใจ

ทั้งหมดน้อยที่สุดคือ 16-25 วัน ซึ่งพบว่า ผู้ป่วย 1 รายไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ และอีก 1 รายติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อทางเดินหายใจน้อย และผู้ป่วยส่วนใหญ่จำนวน 5 ราย ใช้เวลาใส่เครื่องช่วยหายใจทั้งหมด 26-35 วัน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประวัติเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 3 ราย และอีก 2 รายมีประวัติเป็นโรคหัวใจ ประกอบกับทุกรายมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 ราย ใช้เวลาใส่เครื่องช่วยหายใจนานมากกว่า 35 วัน (56, 62, และ 97 วัน) เป็นเพราะว่าผู้ป่วย 2 รายได้รับการผ่าตัดใหญ่เกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ส่วนอีก 1 รายเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับรุนแรงดังกล่าวมาแล้ว ทำให้ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งโครงสร้างระบบหายใจ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ ปริมาตรและความจุปอด รวมทั้งพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซจะค่อยๆ ลดลง การขับเสมหะออกทำได้ไม่ดี การตอบสนองต่อภาวะพร่องออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์กึ่งลดลง (Tagliareni, Waters, & Anderson, 2003) ส่งผลให้เป็นอุปสรรคต่อการกลับมาหายใจเองได้

ส่วนระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนได้รับการหย่าเครื่อง น้อยที่สุดคือ 3 วัน จำนวน 1 ราย รองลงมาคือ 5 วัน จำนวน 1 ราย ซึ่งทั้ง 2 รายเป็นวัณโรคปอดและปอดอุดกั้นเรื้อรังตามลำดับ ทั้งนี้เหตุผลที่ได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจเร็ว เนื่องจากผู้ป่วยรายแรกหลังจากได้รับเครื่องช่วยหายใจและได้รับยารักษาวัณโรคเป็นวันที่ 3 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนอย่างอื่นแพทย์จึงพิจารณาหย่าเครื่องช่วยหายใจ และรายที่สองได้รับเครื่องช่วยหายใจเนื่องจากติดเชื้อที่ปอด หลังได้รับยาปฏิชีวนะวันที่ 5 อาการเหนื่อยลดลง และไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์จึงพิจารณาหย่าเครื่องช่วยหายใจเช่นกัน สำหรับระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนได้รับการหย่าเครื่องนานที่สุดคือ 17 วัน สาเหตุเนื่องจากผู้ป่วยมีเนื้องอกกดเบียดหลอดลม จำเป็นต้องได้รับการฉายรังสีเพื่อลดขนาดของก้อนซึ่งเป็นสาเหตุของการได้รับเครื่องช่วยหายใจก่อน ทำให้ระยะเวลาการใช้เครื่องก่อนได้รับการหย่าเครื่องนาน ส่วนผู้ป่วยรายอื่นๆ ก็เช่นกัน ซึ่งพบว่าระยะเวลาการใช้เครื่องก่อนได้รับการหย่าเครื่องขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสาเหตุที่ทำให้ภาวะหายใจล้มเหลว รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

สำหรับระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจน้อยที่สุดคือ 14 วัน เนื่องจากขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่ใช้ระยะเวลาหย่าเครื่องช่วยหายใจนานมากกว่า 30 วัน จำนวน 3 ราย เมื่อพิจารณาเป็นรายกรณี พบว่าผู้ป่วยรายแรกมีเนื้องอกกดเบียดหลอดลม ต้องใช้เวลาในการรักษานาน ทำให้ระยะเวลาการใช้เครื่องก่อนได้รับการหย่าเครื่องนานขึ้นด้วย ซึ่งอาจส่งผลให้กล้ามเนื้อช่วยหายใจอ่อนแอจากการได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นกลุ่มโรคที่มี

การอุดกั้นทางเดินหายใจและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ลักษณะของโรคจะดำเนินไปอย่างช้าๆ และเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายจะมีความรุนแรงของการอุดกั้นหลอดลมเป็นอย่างมาก (พูนเกษม, 2545) ประกอบกับผู้ป่วยรายนี้มีประวัติได้รับเครื่องช่วยหายใจและความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจมาแล้วหลายครั้ง ร่วมกับการอยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งมีการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจ ดังนั้นในกระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจจึงต้องใช้เวลาาน เพราะต้องฝึกแบบค่อยเป็นค่อยไป สำหรับรายสุดท้ายเป็นวัณโรคปอดอย่างรุนแรงได้รับการผ่าตัดเนื้อปอด และมีภาวะแทรกซ้อนตามมาหลายอย่าง จากเหตุผลดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ใช้เวลาในการหยาเครื่องช่วยหายใจนาน นอกจากนี้ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมดมากที่สุดคือ 97 วัน รองลงมาคือ 62 และ 56 วัน ตามลำดับ จากการศึกษาพบว่าระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมดสัมพันธ์กับระยะเวลาการหยาเครื่องช่วยหายใจ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ใช้เวลาหยาเครื่องช่วยหายใจนาน จะมีระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมดนานด้วย ทั้งนี้ขึ้นกับพยาธิสภาพของโรคสาเหตุของทางเดินหายใจล้มเหลว รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของโรทันดีและคณะ (Rotondi et al., 2002) ซึ่งพบว่า ระดับความรุนแรงของโรคสัมพันธ์กับระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ

สำหรับวิธีการหยาเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยจำนวน 7 ราย ได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจครั้งแรกด้วยวิธี การให้หายใจเองโดยเครื่องช่วยหายใจช่วยปล่อยแรงดันบวกตลอดช่วงหายใจเข้าและหายใจออก (CPAP) สลับกับการให้เครื่องช่วยหายใจ (full support) ในช่วงเวลากลางวัน สำหรับกลางคืนไม่ฝึกหยาเครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากให้ผู้ป่วยได้นอนหลับอย่างเพียงพอ เพราะการนอนหลับเป็นการลดความเหนื่อยล้าของกล้ามเนื้อต่างๆ รวมทั้งกล้ามเนื้อช่วยหายใจ (Higgins, 1998) เป็นการช่วยให้มีแรงฝึกหายใจในเวลากลางวันมากขึ้น ต่อมาเมื่อผู้ป่วยสามารถหายใจเองได้ตามที่กำหนด จึงให้ปรับเป็น การหายใจเองโดยเครื่องช่วยหายใจปล่อยแรงดันบวกตลอดช่วงหายใจเข้าและหายใจออกทั้งกลางวันและกลางคืน เมื่อหายใจได้ จึงเปลี่ยนเป็นการหายใจเองแบบให้ออกซิเจนทางท่อรูปตัวที ประมาณ 2 ชั่วโมง และเอาท่อช่วยหายใจออก ส่วนผู้ให้ข้อมูลอีก 3 ราย ครั้งแรกใช้วิธีการหยาเครื่องช่วยหายใจโดยเครื่องช่วยหายใจควบคุมไปกับผู้ป่วยหายใจเอง ตามด้วยการให้หายใจเองโดยเครื่องช่วยหายใจปล่อยแรงดันบวกตลอดช่วงหายใจเข้าและหายใจออก สลับกลับไปกลับมากับการให้เครื่องช่วยหายใจ และเปลี่ยนเป็นการหายใจเองโดยเครื่องช่วยหายใจปล่อยแรงดันบวกตลอดช่วงหายใจเข้าและหายใจออกทั้งกลางวันและกลางคืน เมื่อสามารถหายใจได้ หลังจากนั้นเปลี่ยนเป็นการหายใจเองแบบให้ออกซิเจนทางท่อรูปตัวที และถอดท่อช่วยหายใจออก ทั้งนี้วิธีการหยาเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วย มีการเปลี่ยนกลับไปกลับมาหลายครั้ง เนื่องจากไม่สามารถใช้วิธีใดวิธีหนึ่งได้เพียงอย่างเดียว เพราะอาการของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงกลับไปกลับมา

ตลอดจนแผนการรักษาขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์แต่ละราย ซึ่งในหออภิบาลการหายใจยังไม่มีโปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจอย่างมีแบบแผน

ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายแยกตามการให้ความหมายของประสบการณ์ความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ ปัจจัยส่งเสริมการหยาเครื่องช่วยหายใจ และความถี่ของการดูแลขณะที่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ ดังนี้

ความหมายของประสบการณ์ความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ

ผู้ป่วยให้ความหมายประสบการณ์ความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจใน 4 ลักษณะ ซึ่งแต่ละลักษณะประกอบด้วย ความรู้สึก ผลกระทบ รวมทั้งการดูแลที่ได้รับ ได้แก่ 1) เป็นความไม่รู้ ไม่เข้าใจ 2) เป็นความลำบาก ทุกข์ทรมานที่สุดในชีวิต 3) เป็นความท้อแท้ หมดกำลังใจ และ 4) เป็นความสิ้นใจ ไม่อยากทำแต่จำเป็น ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. เป็นความไม่รู้ ไม่เข้าใจ

ประสบการณ์แรกของผู้ป่วยให้ความหมายเมื่อต้องเผชิญกับกระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจ คือ เป็นความไม่รู้ ไม่เข้าใจ เกี่ยวกับกระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากที่ผ่านมาผู้ป่วยรับรู้ว่า ตนได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจเพราะมีอาการหอบเหนื่อยมากจนไม่สามารถหายใจเองได้ เมื่อได้รับการรักษาไประยะหนึ่ง อาการดีขึ้น และแพทย์ พยาบาลบอกว่า ให้ฝึกหายใจเองเพื่อเอาท่อช่วยหายใจออก เพราะอาการดีแล้ว แต่เมื่อได้รับการฝึกหายใจ กลับมีอาการหอบเหนื่อยมาก ผู้ป่วยจึงรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ ไม่เข้าใจว่าทำไมจึงเหนื่อย ทั้งที่แพทย์ พยาบาลบอกว่าอาการดีขึ้น ทั้งนี้เป็นเพราะว่า ผู้ป่วยได้รับการฝึกหายใจโดยไม่อธิบายให้เข้าใจ เพียงแต่บอกให้ฝึกหายใจ เมื่อมีอาการเหนื่อย จึงรู้สึกตกใจ เพราะไม่ทันได้ตั้งตัว กอปรกับผู้ป่วยได้รับเครื่องช่วยหายใจมากกว่า 48 ชั่วโมง มักทำให้ความสามารถในการหายใจเองลดลง จนเกิดความเคยชินกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ศิริวัฒน์, 2545) และการได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน มักทำให้กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจอ่อนแรง (Chang et al., 2005) ดังนั้นจึงมีอาการหอบเหนื่อยมากเมื่อหายใจเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลและกลัวตามมา ซึ่งความวิตกกังวลและกลัวเป็นการตอบสนองต่อการรับรู้ความผิดปกติที่เกิดขึ้น ร่วมกับการไม่ได้รับทราบข้อมูล ผู้ป่วยวิตกกังวลและกลัวจะหายใจเองไม่ได้ กลัวความลำบากในการหายใจ บางครั้งอาจกลัวตาย เพราะไม่มั่นใจว่าจะหายใจเองได้ สอดคล้องกับ

การศึกษาของจาบลอนสกี (Jablonski, 1994) ซึ่งพบว่าขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยกลัวว่าจะหายใจเองไม่ได้ และกลัวว่าพยาบาลจะให้การช่วยเหลือไม่ทันจนทำให้ตนเองเสียชีวิต นอกจากนี้ยังรู้สึกวิตกกังวล เนื่องจากมองว่าการได้รับเครื่องช่วยหายใจ และไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ จะเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต (Blackwood, 2000)

2. เป็นความลำบาก ทุกข์ทรมานที่สุดในชีวิต

ผู้ป่วยให้ความหมายประสบการณ์ความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจว่า เป็นความลำบาก ทุกข์ทรมานที่สุดในชีวิต เนื่องจากเป็นประสบการณ์ที่ผู้ป่วยรับรู้มา ไม่เคยเจอมาก่อน และยังคงทนต่อความลำบาก ทุกข์ทรมานต่างๆ โดยไม่สามารถควบคุมจัดการ หรือช่วยเหลือตัวเองได้ อาทิ ต้องทนต่อความเจ็บปวดทรมานตลอดเวลา เพราะการใส่เครื่องช่วยหายใจ มีปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดหลายอย่าง ได้แก่ การคาท่อช่วยหายใจ อาจเกิดการเลื่อนขึ้นลงของท่อ ทำให้เนื้อเยื่อทางเดินหายใจได้รับบาดเจ็บ (วารสาร และมุกดา, 2548) การดูดเสมหะ ถึงแม้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ แต่ทำให้เกิดความเจ็บปวด และจะเพิ่มความรุนแรง และทรมานอย่างมากหากมีการใส่สายยางดูดที่รุนแรง (สุพิศตรา, 2536; Jablonski, 1994) รวมทั้งเจ็บปวดจากการเจาะเลือดเพื่อวิเคราะห์ก๊าซในหลอดเลือดแดงเพื่อค้นหาสาเหตุของความล้มเหลวในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Jablonski, 1994) และความเจ็บปวดทรมานยังรวมถึง การปวดเมื่อยแขนขาและลำตัวที่ต้องนอนเป็นเวลานาน จากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว สำหรับผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ การรับรู้ความเจ็บปวดอาจจะเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่องดังที่กล่าวมา ร่วมกับสภาพอารมณ์ซึ่งมีความวิตกกังวลและกลัว ส่งผลให้การรับรู้ความปวดและปฏิกิริยาตอบสนองต่อความปวดรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยจึงสะท้อนออกมาว่าเจ็บปวดทรมานปานจะขาดใจ

ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจและใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก ไม่สามารถพูดออกเสียงได้ ทำให้ประสิทธิภาพในการสื่อสารด้วยการพูดลดลง ต้องใช้การสื่อสารด้วยมือ โดยการท่าทาง หรือการเขียน สำหรับผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ มักมีข้อจำกัดในการสื่อสารเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนและขา (Martin et al., 2005) ซึ่งสาเหตุอาจมาจากการไม่ได้ใช้งานจากการนอนตลอดเวลา และการที่ผู้ป่วยมีความล้มเหลวในการหย่าเครื่องช่วยหายใจหลายครั้ง ทำให้ไม่อยากจะเคลื่อนไหวร่างกายเนื่องจากกลัวเหนื่อย อาจส่งผลให้แขนขาลีบเล็กอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ทำให้สื่อสารลำบากทั้งการพูดและการใช้มือ ซึ่งผู้ป่วยสะท้อนว่าเหนื่อยทั้งกายและใจเพราะสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพราะช่วงเวลารับการหย่าเครื่องช่วยหายใจและมีอาการหอบเหนื่อย ผู้ป่วยต้องการได้รับการช่วยเหลือโดยเร็ว แต่ไม่สามารถพูดหรือบอกได้ทันที ต้องใช้เวลาเขียนหรือท่าทาง ยิ่งทำให้มีอาการเหนื่อยรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วย

รู้สึกว่าการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ เป็นความลำบาก ทุกข์ทรมานมาก เพราะเหนื่อยทั้งกายและใจ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจมีความทุกข์ทรมานอยู่ในระดับมาก จากการสื่อสารกับผู้อื่นได้ยาก (สุพิศตรา, 2536; Johnson & Sexton, 1990) นอกจากนี้ยังพบว่าความยากลำบากในการสื่อสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความโกรธ วิตกกังวล และกลัว (Adler, 1999) ความรู้สึกไม่แน่นอน (Wunderlich et al., 1999) และไม่ปลอดภัย รวมถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (Happ, 2001)

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสะท้อนว่า ทรมานจากการนอนหลับไม่เพียงพอ เนื่องจากมีปัจจัยรบกวนการนอนหลับหลายอย่าง อาทิ ความเจ็บปวด การปฏิบัติการพยาบาล เสียงดัง แสงไฟที่สว่างจ้าตลอดเวลา รวมทั้งปัจจัยด้านอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวลและกลัว ทำให้ไม่กล้าหลับ สอดคล้องกับการศึกษาของวรวิติ (2548) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและการนอนหลับในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า ปัจจัยรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย แบ่งเป็นด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลเสมหะ ความเจ็บปวด อาการเหนื่อย ด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ กลัวการเอาท่อช่วยหายใจออกหรือการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เสียง แสง เมื่อพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ ร่างกายอ่อนล้า ไม่มีแรง ความทนต่อความเจ็บปวดลดลง (ปะราลี, 2545) ทำให้ผู้ป่วยรับรู้อาการปวดเพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ (Rotondi et al., 2002) โดยเฉพาะช่วงเวลาหย่าเครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากร่างกายอ่อนเพลีย ไม่มีแรงฝีกหายใจ (Hudak et al., 1998)

สำหรับความลำบากและทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยสะท้อนออกมาอีกอย่าง คือ ขาดอิสระ ไร้อำนาจเหมือนเอาจุกคนอื่นมาหายใจ เพราะผู้ป่วยทุกรายมีความสามารถในการดูแลตนเองรวมถึงการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง จากมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ต้องพึ่งพาคนอื่นตลอดเวลา ทำให้ไม่เป็นอิสระ ไม่มีอำนาจตัดสินใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (Happ, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของวรวิติ (2542) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า การที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยเสียความเป็นอิสระของตนเอง มองตนเองด้อยสมรรถภาพ ไร้อำนาจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และการศึกษาของทองไคร (2543) ศึกษาภาวะสูญเสียอำนาจของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการใส่เครื่องช่วยหายใจ ผลพบว่า ร้อยละ 100 ผู้ป่วยสูญเสียอิสระและความสามารถในการควบคุมตนเอง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น เนื่องจากมีความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย นอกจากนี้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการใส่เครื่องช่วยหายใจ หมายถึง การไม่สามารถหายใจด้วยตนเองได้ ประกอบกับมีความล้มเหลวในการพยายามฝีกหายใจเองหลายครั้ง ส่งผลให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีอำนาจสั่งการ แม้แต่การหายใจยังต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วย

หายใจ พบว่า ผู้ป่วยให้ความหมายของการได้รับเครื่องช่วยหายใจว่า แม้เป็นสิ่งที่ช่วยหายใจได้ แต่ไร้อำนาจควบคุมตนเอง (ภัทรพร, 2543) ดังนั้นผู้ป่วยให้ความหมายประสบการณ์ครั้งนี้ว่า เป็นความลำบาก ทุกข์ทรมานที่สุดในชีวิต เนื่องจากเหตุผลหนึ่ง คือ ขาดอิสระ ไร้อำนาจเหมือนเอาจมูกคนอื่นมาหายใจ

นอกจากนี้ผู้ป่วยรับรู้ว่า การไม่สามารถหยาเครื่องช่วยหายใจได้ เป็นการสร้างความลำบากแก่ครอบครัวอย่างมาก เนื่องจากต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน รวมทั้งค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ถึงแม้ค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้ป่วยทุกรายใช้สิทธิเบิกจากส่วนราชการและบัตรประกันสุขภาพ แต่การเดินทางมาเยี่ยมหรือมาดูแลของสมาชิกครอบครัว ทำให้ต้องหยุดงาน ซึ่งครอบครัวผู้ป่วยบางรายมีอาชีพกรีดยาง เมื่อหยุดงานรายได้ลดลง แต่รายจ่ายเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายมีบทบาทเป็นสามี และเป็นหัวหน้าครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยภรรยาทำหน้าที่มาเฝ้าดูแล ส่งผลให้บุตร ธิดา ต้องอาศัยอยู่บ้านตามลำพัง และผู้ป่วยต้องหยุดงานอาชีพ ส่วนภรรยาต้องลงงานเพื่อมาดูแล ทำให้ครอบครัวลำบาก และถึงแม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ แต่ลูกหลานหรือสมาชิกในครอบครัวต้องหยุดงานเพื่อมาเฝ้าดูแลเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของอิม เบลล์ ซูลซ์ เมนดีสัน และเชลลูไรด์ (Im, Belle, Schulz, Mendelsohn, & Chelluri, 2004) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 41 ต้องลาออกจากงาน ร้อยละ 32 หยุดงานอาชีพไว้ชั่วคราว และร้อยละ 28 ลดชั่วโมงการทำงานลง เพื่อมาดูแลผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวลำบาก

จากผลกระทบดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่า การได้รับเครื่องช่วยหายใจและมีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ ก่อให้เกิดความลำบาก ทุกข์ทรมานมาก สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจมีความทุกข์ทรมานอยู่ในระดับมาก และปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุด ได้แก่ ความเจ็บปวดจากการคาท่อช่วยหายใจและการดูแลตนเอง รวมทั้งความยากลำบากในการสื่อสาร (สุพัตรา, 2536; ภัทรพร, 2543) และยังพบว่า ผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจมากกว่า 5 วัน มีความทุกข์ทรมานมากกว่าผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจน้อยกว่า 5 วัน (สุพัตรา, 2536) แต่การศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการคาท่อช่วยหายใจน้อยที่สุด คือ 18 วัน ดังนั้นผลกระทบต่างๆ จึงเพิ่มระดับความรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยจึงสะท้อนความหมายออกมาว่า เป็นความลำบาก ทุกข์ทรมานที่สุดในชีวิต

3. เป็นความท้อแท้ หดกำลังใจ

ผู้ป่วยให้ความหมาย ประสบการณ์ความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจว่า เป็นความท้อแท้ หดกำลังใจ เนื่องจากการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นสถานการณ์วิกฤตตามการรับรู้ของผู้ป่วย และคิดว่าการใช้เครื่องช่วยหายใจ หมายถึง ความหมดหวังในการรักษา (Bergbom – Engberg

& Haljamac, 1989) อีกทั้งอยู่ในภาวะพึ่งพาบุคคลอื่น และยังคงประสบกับความล้มเหลวจากการหยาเครื่องช่วยหายใจหลายครั้ง แม้ได้พยายามฝึกหายใจเองแล้ว แต่เมื่อฝึกหายใจที่ไร หนือยเหมือนจะขาดใจ ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าวิธีการหยาเครื่องช่วยหายใจที่ผู้ป่วยได้รับส่วนใหญ่ คือวิธีการที่เครื่องช่วยหายใจให้แรงดันบวกในทางเดินหายใจ (CPAP) แต่ไม่ช่วยหายใจ ผู้ป่วยต้องเป็นคนกำหนดการหายใจเอง ส่งผลให้มีอาการหอบเหนื่อย และความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหอบเหนื่อยที่ผ่านมา ผู้ป่วยบางรายมีอาการหอบเหนื่อยมากจนถึงขั้นหมดสติก่อนได้รับเครื่องช่วยหายใจ ดังนั้นเมื่อมีอาการหอบเหนื่อยอีกจึงวิตกกังวลและกลัว ซึ่งความกลัวและวิตกกังวล มีผลทำให้หลอดเลือดหดตัว กล้ามเนื้อหลอดลมหดเกร็ง ต้องใช้แรงในการหายใจเพิ่มขึ้น หายใจเร็วขึ้น ยิ่งเกิดอาการหอบเหนื่อยมากขึ้น (Johnson & Sexton, 1990) นอกจากนี้การได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน มักจะทำให้กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจอ่อนแรงลง (Chang et al., 2005) จนเกิดความเคยชินกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ศิริวัลย์, 2545) เมื่อต้องฝึกหายใจเอง ผู้ป่วยจึงรู้สึกว้าหอบเหนื่อยมาก สอดคล้องกับการศึกษาของโลแกนและเจนนี (Logan & Jenny, 1997) ซึ่งพบว่า ขณะได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยจะมีอาการหอบเหนื่อย อึดอัด หายใจไม่สะดวก

นอกจากนี้อาการหอบเหนื่อยส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและกลัวเพิ่มขึ้น ส่วนความวิตกกังวลและกลัว ส่งผลให้มีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้น เกิดเป็นวงจรเช่นนี้สลับกัน (Vicious cycle) ผู้ป่วยจึงรู้สึกท้อแท้ หมดกำลังใจ เพราะคิดว่าจะไม่สามารถหายใจด้วยตนเองได้ ทั้งนี้เพราะเป้าหมายสูงสุดของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ คือการหยาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ สามารถเอาท่อช่วยหายใจออกได้ แต่จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยรายหนึ่งได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังจากแพทย์ถอดท่อช่วยหายใจออก เพราะมีอาการหอบเหนื่อย ไม่สามารถหายใจเองได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อใจเมื่อต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ เนื่องจากต้องเริ่มต้นฝึกการหยาเครื่องช่วยหายใจใหม่ และเกิดความไม่มั่นใจว่าตนจะสามารถหายใจเองได้อีก ทั้งยังเป็นการเพิ่มความเจ็บปวดมากขึ้น และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดปอดอักเสบติดเชื้อ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อจำนวน 7 ราย และผู้ป่วยส่วนหนึ่งติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ เมื่อมีการติดเชื้อเกิดขึ้น ร่างกายมีการเผาผลาญพลังงานและความต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น (Hudak et al., 1998) ส่งผลให้หายใจเร็วขึ้น ทำให้มีอาการหอบเหนื่อยง่าย แพทย์ต้องหยุดการฝึกหายใจ และให้การรักษาภาวะติดเชื้อก่อน ทำให้ระยะเวลาการได้รับเครื่องช่วยหายใจยาวนานขึ้น ผู้ป่วยจึงรู้สึกท้อใจเมื่อมีการติดเชื้อซ้ำ เพราะเป็นอุปสรรคต่อการฝึกหายใจ ทั้งยังก่อให้เกิดความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยมากยิ่งขึ้น

สำหรับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง บุคคลที่เจ็บป่วยไม่สามารถทำนายผลลัพธ์หรือเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยนั้นได้ (Mishel, 1988a as cited in Mishel, 1990) เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจจะไม่สามารถบอกได้ว่าจะหายใจเองได้หรือไม่ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ส่วนใหญ่ต้องการทราบจำนวนวันของการถูกใส่ท่อช่วยหายใจ และโอกาสถอดท่อช่วยหายใจออก (Happ, Tuite, Dobbin, DiVirgilio-Thomas, & Kitutu, 2004) เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจพิจารณายอมรับ หรือปฏิเสธการรักษา แต่จากสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญ คือไม่สามารถคาดการณ์หรือทำนายเหตุการณ์ในอนาคตได้ เพราะโรคหรืออาการของผู้ป่วยไม่สามารถบอกได้แน่นอนว่าจะหายใจเองได้เมื่อไร หรือจะหายใจเองได้อีกหรือไม่ โดยเฉพาะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งพยาธิสภาพของโรคเป็นแบบถาวร มีการตีบแคบของหลอดลมและมีการทำลายเนื้อปอดรวมทั้งหลอดเลือด ทำให้การหายใจเข้าออกยากขึ้น ต้องใช้แรงในการหายใจเพิ่มขึ้น แต่ความสามารถในการหายใจเองลดลง ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนลดลง เป็นผลให้มีอาการหอบเหนื่อยง่าย (Hudak et al., 1998) และเมื่อได้รับเครื่องช่วยหายใจ มักมีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ดังการศึกษาของเซียนฮอลล์และคณะ (Scheinhorn et al., 2007) ที่พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ดังนั้นผู้ป่วยจึงรู้สึกท้อใจจากความไม่แน่นอนในชีวิต ดังการศึกษาเชิงคุณภาพของคุกและคณะ (Cook et al., 2001) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานและอยู่ระหว่างหย่าเครื่องช่วยหายใจ มีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต

นอกจากปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความหมายของประสบการณ์ครั้งนี้ว่าเป็นความท้อแท้ หมดกำลังใจแล้ว ยังมีปัจจัยด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นการดูแลที่ไม่พึงประสงค์ ไม่เป็นไปตามที่ตนคาดหวังไว้ เนื่องจากไม่ได้รับดูแลเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ตามที่ต้องการ ได้แก่ การไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันทีเมื่อมีอาการเหนื่อย ทำให้มีอาการเหนื่อยรุนแรงขึ้น ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยรู้สึกว่า เจ้าหน้าที่รับทราบแล้ว แต่ไม่ได้รับการสนใจดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อใจเมื่อเจ้าหน้าที่ขาดการเอาใจใส่ดูแล เพราะรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ เนื่องจากตนช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

4. เป็นความฝืนใจไม่ยอมทำ แต่จำเป็น

ผู้ป่วยรับรู้ว่าการฝืนใจหายใจก่อให้เกิดอาการหอบเหนื่อยทุกครั้ง และยังคงเผชิญกับความเจ็บปวดทรมานที่มีตลอดเวลา รวมทั้งความวิตกกังวลและกลัวอาการหอบเหนื่อย ทำให้ไม่ยอมฝืนใจหายใจ แต่จำต้องฝืนใจทำ และต้องใช้ทั้งความพยายามและความอดทนอย่างมาก เพราะต้องการหย่าเครื่องช่วยหายใจให้สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของโลแกนและเจนนี (Logan & Jenny, 1997) ที่พบว่า งานที่ผู้ป่วยต้องทำในระหว่างกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจเพื่อให้สามารถหายใจเองได้

สำเร็จ อย่างหนึ่งคือ ความอดทน เพราะการหายใจได้เองเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นที่สุดในชีวิต ดังนั้นผู้ป่วยจึงให้ความหมายประสบการณ์ครั้งนี้ว่า เป็นความฝืนใจไม่ยอมทำแต่จำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่าต้องฝึกหายใจก่อนจึงสามารถหายใจเองได้ จึงต้องพยายามและอดทนต่อการฝึกหายใจ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังรับรู้ว่า หากไม่สามารถหายใจเองได้ ต้องได้รับการเจาะคอ (tracheostomy) แต่ผู้ป่วยไม่ต้องการเจาะคอ เนื่องจากเคยเห็นคนที่เจาะคอ เมื่อแพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลับไปอยู่บ้าน แต่แผลเจาะคอยังมีอยู่ ทำให้เป็นภาระต่อผู้ดูแล บางครั้งเมื่อไม่มีคนคอยดูแล แผลอักเสบติดเชื้อ ซึ่งตัวผู้ป่วยเองรู้ว่า หากได้รับการเจาะคอ จะไม่มีคนดูแลเมื่อออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากอาศัยอยู่กันสองคนตายาย บุตรทุกคนแต่งงานมีครอบครัวและย้ายออกไป สอดคล้องกับการศึกษาของค็อกซ์ คาร์สัน โฮล์มส์ โฮวาร์ด และคาร์เรย์ (Cox, Carson, Holmes, Howard, & Carey, 2004) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเจาะคอในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน พบว่า การเจาะคอสามารถลดระยะเวลาการใส่เครื่องช่วยหายใจลงได้ แต่เป็นภาระของผู้ดูแลระยะยาวมากขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยจึงพยายามและอดทนในการฝึกหายใจ แม้เป็นความฝืนใจไม่ยอมทำแต่จำเป็นต้องทำ เพราะไม่ต้องการเจาะคอ

นอกจากนี้การคิดถึง เป็นห่วงลูกหลานและคนใกล้ชิด/ไม่ต้องการให้ลำบาก เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ผู้ป่วยรับรู้ว่า จำเป็นต้องฝึกหายใจและต้องหายใจเองให้ได้ เพราะการอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน ทำให้บุตรหลานลำบากต้องลงงานเพื่อมาดูแล และส่วนใหญ่ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีหน้าที่เลี้ยงดูหลาน โดยที่บุตร (บิดามารดาของหลาน) ต้องไปทำงาน ดังนั้นเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้คิดถึงและเป็นห่วงหลาน กลัวว่าไม่มีคนดูแล รวมทั้งไม่ต้องการให้สมาชิกครอบครัวลำบากในการมาดูแลที่โรงพยาบาล จึงมีความมุ่งมั่นที่จะฝึกหายใจเองให้ได้แม้ต้องใช้ความอดทนอย่างมาก เพราะการคิดถึงบุตรหลานหรือมีบุตรหลานเป็นบุคคลอันเป็นที่รัก ถือเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่มีค่ามาก บางครั้งอาจมีค่ามากกว่ายาที่ดีที่สุด (ดวงรัตน์, 2542) และการมีชีวิตอยู่เพื่อใครคนใดคนหนึ่ง ทำให้ผู้ป่วยอยู่ด้วยความหวัง และจะพยายามหาวิธีการต่างๆ เพื่อให้มีชีวิตรอด (Davidhizar & Shearer, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของโลแกน และเจนนี่ (Logan & Jenny, 1997) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยกล่าวว่า บุตรทำให้มีแรงจูงใจที่จะต่อสู้เพื่อก้าวไปข้างหน้า และผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังมีภาระหน้าที่ที่ต้องทำ ซึ่งเป็นภาระหน้าที่ที่ทำก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ ได้แก่ การมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งงานอาชีพเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว หรือแม้แต่ผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ แต่มีหน้าที่ดูแลหลาน ดังนั้นเมื่อเจ็บป่วยต้องสูญเสียหน้าที่การทำงาน การดูแลครอบครัวหรือบุตรหลาน แต่ด้วยสำนึกของความรับผิดชอบ จึงต้องการกลับไปปฏิบัติหน้าที่เช่นเดิมอีก ส่งผล

ให้รับรู้ว่า การมีภาระหน้าที่ที่ต้องทำ เป็นแรงจูงใจอีกอย่าง ที่ช่วยผลักดันให้มีความพยายามและอดทนต่อการฝึกหายใจ เพื่อจะได้กลับบ้านไปทำหน้าที่เช่นเดิม

ปัจจัยส่งเสริมการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

ผู้ป่วยสะท้อนถึงปัจจัยส่งเสริมที่ช่วยให้สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จว่า เป็นเพราะความหวังและกำลังใจจึงผ่านเหตุการณ์ไปได้ ทั้งนี้ผู้ป่วยรับรู้ว่า การฝึกหายใจเป็นความลำบาก ทุกข์ทรมานมาก ก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ หดกำลังใจ แต่ต้องความฝืนใจทำทั้งที่ไม่อยากทำ ซึ่งการที่จะผ่านพ้นเหตุการณ์ดังกล่าวนี้ไปได้ ต้องใช้ทั้งความพยายามและอดทนอย่างมาก และต้องมีความหวังว่า จะสามารถหายใจเองได้ การมีความหวังทำให้บุคคลรับรู้ว่า มีสิ่งสำคัญในชีวิต และจะมุ่งมั่นเพื่อการได้มาซึ่งความหวัง ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาล และจากประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยบางราย ซึ่งเคยประสบกับความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ แต่สามารถหย่าเครื่องได้สำเร็จ ครั้งนี้ผู้ป่วยจึงมีความหวังว่าจะสามารถหายใจเองได้เช่นกัน เพราะความหวังเป็นกำลังใจหรือพลังที่สำคัญในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย และช่วยให้บุคคลดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณค่า (Craven & Hirmler, 2003)

การที่ผู้ป่วยจะมีความหวังหรือกำลังใจได้ ต้องเริ่มจากพื้นฐานทางด้านจิตใจก่อน นั่นคือผู้ป่วยมีความคิดว่า **ใจต้องสู้ไม่ท้อแท้** ซึ่งจากภูมิหลังของผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง พบว่า เป็นคนจิตใจเข้มแข็ง อดทน ไม่ท้อแท้ และคิดว่าต้องรักษาให้ถึงที่สุด ซึ่งผู้ป่วยรายหนึ่งทราบว่าการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และตนยังต้องใช้ออกซิเจนช่วยในการหายใจขณะอยู่ที่บ้าน แต่ต้องสู้ เพราะมีความหวังว่าจะสามารถหายใจได้เองโดยไม่ต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ เป็นการปรับจิตใจและวิธีคิดของตนเอง เพื่อให้สามารถมีชีวิตอยู่อย่างมีเป้าหมาย และการมีญาติคอยดูแลเอาใจใส่ให้กำลังใจ ถือเป็นแรงเสริมที่สำคัญ เพราะญาติหรือสมาชิกในครอบครัวคือแหล่งความหวังและกำลังใจที่สำคัญที่สุด เป็นแหล่งความผูกพันใกล้ชิด เป็นแหล่งความรักและการดูแลเอาใจใส่ เมื่อมีการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว สมาชิกของครอบครัวจำเป็นต้องมาดูแล ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจำนวน 9 รายมีญาติสนิทซึ่งได้แก่ ภรรยาหรือบุตรหลานคอยดูแลอย่างใกล้ชิด เป็นการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจที่สำคัญอย่างหนึ่งของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการมีความหวังและกำลังใจมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนุบผา (2536) พบว่า ครอบครัวเป็นแหล่งของความหมายเป็นจุดมุ่งหมาย เป็นแหล่งความหวังและกำลังใจที่สำคัญ ทำให้ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จเร็วยิ่งขึ้น และการศึกษาเชิงคุณภาพของอาร์ลานเนียน- อิงกอเร็นและสก๊อต (Arslanian- Engoren & Scott, 2003) ซึ่งพบว่า การมีญาติใกล้ชิดคอยดูแลเอาใจใส่ ทำให้หย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็วขึ้น

นอกจากนี้ปัจจัยส่งเสริมอีกอย่างที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะสามารถฝึกหายใจเองได้สำเร็จ คือ **เจ้าหน้าที่ดูแลรักษาดี** ทำให้อาการของโรคดีขึ้น ซึ่งจากบริบทของการศึกษาพบว่า ระบบการพยาบาลของหอพยาบาลการหายใจ คือพยาบาลวิชาชีพ 1 คนดูแลผู้ป่วย 4 ราย และผู้ช่วยพยาบาล 1 คน พนักงานช่วยการพยาบาล 1 คน ดูแลผู้ป่วย 8 ราย นอกจากนี้ยังมีพยาบาลวิชาชีพอีก 2 คนที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยทั่วไปทั้ง 16 ราย และยังมีแพทย์อยู่ประจำที่หอผู้ป่วยด้วย ทำให้สามารถดูแลได้อย่างทั่วถึง รวมทั้งระหว่างเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและญาติมักจะความคุ้นเคยกัน เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายอยู่เป็นเวลานาน จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการได้รับการดูแลเอาใจใส่และความเห็นอกเห็นใจจากเจ้าหน้าที่ สอดคล้องกับการศึกษาของอาร์ลานีเยน- อิงกอเร็น และสก๊อต (Arslanian- Engoren & Scott, 2003) ที่พบว่า การที่แพทย์ พยาบาล ดูแลรักษาดี ดูแลด้วยความเห็นอกเห็นใจ ทำให้ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็วขึ้น สำหรับกิจกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับจากเจ้าหน้าที่ ได้แก่ การช่วยเหลือทุกอย่างในสิ่งที่ทำเองไม่ได้ เพราะความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จากการมีข้อจำกัดต่างๆ และโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล ไม่อนุญาตให้ญาติดูแลได้ตลอดเวลา ดังนั้นช่วงเวลาที่ญาติไม่อยู่ เจ้าหน้าที่จึงเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือทุกอย่าง ถึงแม้เป็นช่วงเวลาที่ญาติอยู่ แต่กิจกรรมการพยาบาลส่วนใหญ่ เจ้าหน้าที่ต้องดูแลช่วยเหลือ เนื่องจากการให้ญาติปฏิบัติเพียงลำพัง อาจเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจหรือสายหัตถการต่างๆ ได้ รวมทั้งญาติไม่มั่นใจในการปฏิบัติด้วย สอดคล้องกับบทบาทหนึ่งของพยาบาล คือ การเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ (สิวลี, 2535) ซึ่งการช่วยเหลือในลักษณะนี้ ส่วนใหญ่เป็นการช่วยเหลือเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การเช็ดตัวทำความสะอาดร่างกายเปลี่ยนเสื้อผ้า ช่วยเหลือด้านการรับประทานอาหาร การพลิกตะแคงตัว เป็นต้น

นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ยังคงช่วยเหลือเมื่อเหนื่อยหอบ ซึ่งอาการเหนื่อยหอบที่เกิดขึ้น ส่วนใหญ่เกิดจากการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากอยู่ในภาวะหย่าเครื่องช่วยหายใจยาก เมื่อมีอาการดังกล่าว ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะได้รับการช่วยเหลือทำให้อาการดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีความหวังว่าจะสามารถหายใจเองได้ นอกจากนี้พยาบาลยังแนะนำการทำจิตใจให้ว่าง โดยการบริการรพท-โตะขณะฝึกหายใจ เป็นการกำหนดลมหายใจเข้า-ออก หรือการรับรู้ลมหายใจอย่างมีสติ เพื่อดึงจิตให้อยู่กับปัจจุบัน คืออยู่กับลมหายใจ (ประเวศ, 2543ก อ้างตาม กาญจนา, 2548) เป็นการทำให้ร่างกายเกิดภาวะปลอดโปร่ง เป็นอิสระจากความวิตกกังวลและความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ช่วยผ่อนคลาย ลดภาวะเครียด ทำให้สงบทั้งร่างกายและจิตใจ (Dossey, 1995) ส่งผลให้อาการหอบเหนื่อยทุเลาลงระดับหนึ่งได้ และผู้ป่วยยังรู้สึกว่าการที่คอยปลอบขวัญให้กำลังใจทั้งห่วงใย ถามไต่อาการ อย่างสม่ำเสมอ ทำให้มีแรงที่จะฝึกหายใจและความเหนื่อยลดลง ซึ่งเจ้าหน้าที่นอกจากให้การดูแลรักษาทางด้านร่างกายแล้ว การดูแลด้านจิตใจ การเอาใจใส่ คอยให้กำลังใจ ปลอบใจ สร้าง

ความไว้วางใจและความมั่นใจ ช่วยให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดี (ลัพณา และจารุวรรณ, 2550) และมีความหวัง มีกำลังใจ ชีวิตมีคุณค่า มีความหมาย ทำให้ผู้ป่วยปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่ และผลที่ตามมาคือ เกิดพลังขึ้นภายในตัวบุคคล อวัยวะในร่างกายทำหน้าที่ได้ดีขึ้น มีจิตใจที่เข้มแข็ง ส่งเสริมการเผชิญปัญหา (Forbes, 1994) และสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ในที่สุด

ความต้องการการดูแลขณะที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

ผู้ป่วยสะท้อนความต้องการการดูแลขณะที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจใน 7 ลักษณะ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ได้รับคำอธิบายและการเตรียมตัวก่อนการฝีกหายใจ

ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่กำลังเข้าสู่กระบวนการหย่าเครื่อง เพื่อจะได้เตรียมตัว เตรียมใจและให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาหรือการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งยังเป็นการเคารพในเกียรติและศักดิ์ศรี ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการ ยังทำให้ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่เผชิญได้ล่วงหน้าตรงกับความเป็นจริงหรือไม่คลาดเคลื่อนจากความจริงมาก ลดความวิตกกังวลกับสิ่งที่เกิดขึ้น สามารถปรับตัวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็ว (Logan & Jenny, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาของฮัพเซย์และซิมเมอร์แมน (Hupcey & Zimmerman, 2000) ซึ่งพบว่า สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการรู้มากที่สุดทั้งขณะอยู่ในระยะวิกฤตและผ่านพ้นระยะวิกฤตแล้ว คือต้องการรู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเองต่อไป ดังนั้นการได้รับทราบข้อมูลรวมทั้งการเตรียมความพร้อมก่อนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเพื่อเตรียมตัวเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ความไม่แน่นอน ความวิตกกังวลลดลง (Wunderlich et al., 1999) ตลอดจนช่วยลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานลงได้เช่นกัน (เกษิณี, 2547) นอกจากนี้การได้รับทราบข้อมูลก่อน ยังช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนมีความสำคัญ ส่งผลให้รู้สึกมีพลังอำนาจในตนเอง และมีความหวังที่จะหาย

2. ขอให้เจ้าหน้าที่อยู่ใกล้ๆ และช่วยทันทีเมื่อมีอาการเหนื่อย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการให้เจ้าหน้าที่อยู่ใกล้ๆ ขณะฝีกหายใจ เพราะเมื่อมีอาการเหนื่อยหรือมีความผิดปกติ จะได้กั๊กมือเรียกได้เร็วและมาช่วยเหลือได้ทันที ทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้ง สร้างความไว้วางใจและความมั่นใจ รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย ดังกล่าวที่ว่า การจัดให้พยาบาลหรือนุคลากรในทีมสุขภาพอยู่ข้างเตียง โดยเฉพาะในช่วง 3-5 นาทีแรกของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ หรือเท่าที่จะทำได้มากที่สุด เพื่อให้ความอบอุ่นและทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความมั่นใจในขณะที่หย่าเครื่องช่วยหายใจ (อดิษร, 2547 อ้างตาม ศิริพร, 2549) เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่า

สถานการณ์ความลำบากของตนอยู่ภายใต้การควบคุมได้ดี ทำให้ลดความวิตกกังวลและความกลัวลงได้ ส่งผลให้ปรับตัวกับการหยาเครื่องช่วยหายใจได้เร็วขึ้น

3. ได้รับการบรรเทาเจ็บปวด

ความเจ็บปวดก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมาก (ภัทรพร, 2543) ผู้ป่วยจึงต้องการได้รับการบรรเทาเจ็บปวด โดยการให้ยาแก้ปวดบ้าง หรือการดูดเสมหะเบาๆ รวมทั้งต้องการให้ประเมินหรือถามความต้องการก่อนการดูดเสมหะ เพราะการดูดเสมหะแต่ละครั้งก่อให้เกิดความเจ็บปวดและไม่สุขสบาย (Jablonski, 1994) ซึ่งผู้ป่วยเปรียบเทียบความปวดจากการดูดเสมหะว่าเหมือนจะขาดใจ (ภัทรพร, 2543) นอกจากนี้ขณะดูดเสมหะจะมีการกระตุ้นหลอดลมและคาไรนา (carina) เกิดการระคายเคืองของหลอดลมทำให้เกิดอาการ ไอ (ปราณี, 2543) ซึ่งการ ไอในระหว่างดูดเสมหะทำให้เจ็บปวดมากและทุกข์ทรมานอีกด้วย (Puntillo, 1990) ดังนั้นผู้ป่วยต้องการให้ดูดเสมหะเมื่อไม่ใช่ดูตามเวลา (routine) และดูอย่างถูกวิธี ดูเบาๆ ด้วยความนุ่มนวล ส่วนการเจาะเลือดเพื่อวิเคราะห์ก๊าซในหลอดเลือดแดง ควรเจาะเมื่อจำเป็น และควรใช้เข็มขนาดเล็ก (Johnson & Sexton, 1990) การจัดทำสรีระสูงกึ่งนั่งอาจช่วยลดอาการปวดเอวในผู้ป่วยบางรายหรือผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อระบายช่องทรวงอกได้ แต่หากผู้ป่วยรับรู้อาการปวดรุนแรง อาจต้องจัดการโดยการให้ยาระงับปวดอย่างเหมาะสม ซึ่งพบว่า ช่วยลดระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจลงได้ (Kress & Hall, 2006) อย่างไรก็ตาม แพทย์ พยาบาลควรตระหนักว่าการประเมินความปวดทำได้ค่อนข้างยาก เพราะผู้ป่วยไม่สามารถพูดบอกได้โดยตรง บ่อยครั้งที่ความเจ็บปวดในผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจและมีปัญหาการสื่อสาร จะถูกวินิจฉัยผิดเป็นภาวะกระสับกระส่าย ซึ่งการให้ยาสงบประสาทเพียงอย่างเดียวเพื่อให้ผู้ป่วยสงบนิ่ง ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ (วิรัตน์, 2550)

4. สามารถสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้ป่วยต้องการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อบอกความรู้สึก ปัญหาและความต้องการ ขณะหยาเครื่องช่วยหายใจ การไม่สามารถพูดสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ บางครั้งเป็นสาเหตุของความวิตกกังวล กลัว หรือรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง เพราะคิดว่าไม่มีใครช่วยตนได้ และเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมาก (สุพัตรา, 2536) ผู้ป่วยจึงต้องการการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของธารทิพย์ (2541) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจร้อยละ 77 มีความต้องการการช่วยเหลือวิธีการสื่อสาร เพื่อสื่อความรู้สึก ปัญหาและความต้องการ นอกจากนี้พยาบาลควรตระหนักเรื่องการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย (Hafstiendottir, 1996) เพราะพยาบาลมีการสื่อสารกับผู้ป่วยมากที่สุด จำเป็นต้องมีเทคนิคที่เหมาะสม พร้อมทั้งให้เวลาแก่ผู้ป่วยในการสื่อสาร เพื่อให้มีประสิทธิภาพ แต่อย่างไรก็ตาม ก่อนที่จะเลือกเทคนิคใดที่เหมาะสมในการสื่อสาร ต้องประเมินความรู้ความเข้าใจ ระดับความรู้สึกตัว ความสามารถในการอ่านเขียน รวมทั้งความพึงพอใจ

และความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายด้วย ซึ่งจากการศึกษาของปรียา (2550) ที่ศึกษาข้อมูลที่ต้องการสื่อสาร วิธีการสื่อสาร และประสิทธิภาพการสื่อสารตามการรับรู้ผู้ป่วยในขณะคาทอช่วยหายใจ พบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการสื่อสารมากที่สุด ได้แก่ อาการเจ็บคอ ความกลัว การสื่อสารถึงบุคคลในครอบครัว และต้องการสื่อสารเกี่ยวกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ แต่อย่างไรก็ตาม สิ่งสำคัญที่สุดในการสื่อสาร ควรเป็นการสื่อสารแบบสองทาง (Wunderlich et al., 1999) เพื่อการรับรู้ที่ตรงกัน สามารถให้การตอบสนองตรงตามความต้องการได้

5. ได้รับความเข้าใจในความรู้สึก

ผู้ป่วยต้องการให้พยาบาลหรือทีมสุขภาพเข้าใจจิตใจและความรู้สึก โดยเข้าใจว่า ตนต้องเผชิญกับความลำบาก ทุกข์ทรมานอย่างไรบ้าง เพราะหากพยาบาลเข้าใจ จะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติในลักษณะของความเอื้ออาทร เพราะความเอื้ออาทรเกิดขึ้นจากความเข้าใจในชีวิตมนุษย์ ความเข้าใจในจิตใจของผู้ป่วย ความตระหนักในคุณค่าของบุคคล ก่อให้เกิดความรู้สึกปรารถนาดีต่อกัน ให้การดูแลด้วยความเอาใจใส่ และใส่ใจต่อความรู้สึกและให้ความเคารพต่อตัวผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกคุ้นเคยเป็นกันเองและมีความอบอุ่นใจ (Fry, 2002) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดต่างๆ ได้ดีขึ้น ช่วยลดความทุกข์ทรมานลงได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังรู้สึกว่าไม่ได้อยู่อย่างโดดเดี่ยว ยังมีบุคคลที่คอยช่วยเหลือด้วยความเอื้ออาทร ด้วยความเป็นมิตร ส่งผลให้เกิดความเชื่อถือ ไว้วางใจ และเกิดความร่วมมืออันดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ทำให้การหยาเครื่องช่วยหายใจเป็นไปได้ง่ายและราบรื่น (ปีตมา, 2549)

6. ได้รับความกำลังใจ คำพูดและปฏิบัติดี จากเจ้าหน้าที่

การต้องการกำลังใจและคำพูดดีจากเจ้าหน้าที่ เป็นความต้องการที่ผู้ป่วยทุกคนปรารถนาอยากให้มี โดยหวังว่าคำพูดที่ดี ไพเราะ การปฏิบัติด้วยความเอื้ออาทร เสมือนญาติหรือพ่อแม่ พี่น้อง ของตัวเจ้าหน้าที่เอง การปฏิบัติด้วยความเสมอภาค ไม่ลำเอียงต่อผู้ป่วยแต่ละคน รวมทั้งคอยพูดให้กำลังใจ จะทำให้เขารู้สึกมีกำลังใจ มีแรง และมีความเชื่อมั่นว่าจะสามารถหายใจได้ด้วยตนเองและให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ตลอดระยะเวลาที่ทำการหยาเครื่องช่วยหายใจ กำลังใจส่งผลให้เกิดความมั่นใจในตนเอง เป็นพลังอันใหญ่หลวงที่จะผลักดันให้การหยาเครื่องช่วยหายใจประสบผลสำเร็จ (ปีตมา, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของธารทิพย์ (2541) ที่พบว่า ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับเครื่องช่วยหายใจ ต้องการให้พยาบาลพูดจาด้วยน้ำเสียงไพเราะ นุ่มนวล และพูดให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้กำลังใจที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ ยังอาจช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังมากขึ้น ซึ่งความหวังเป็นสิ่งหล่อเลี้ยงจิตใจ ให้สู้ต่อไป และเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย (Hupcey, 2000) พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง เป็นบุคคลสำคัญในทีมสุขภาพในการที่จะสร้างความหวังและกำลังใจให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

7. มีญาติอยู่ดูแลตลอดเวลา

ความต้องการให้สมาชิกครอบครัวหรือญาติสนิทดูแลตลอดเวลา เป็นเพราะสังคมและวัฒนธรรมของครอบครัวไทย สมาชิกทุกคนมีความรักใคร่ผูกพันกัน เมื่อสมาชิกคนใดเจ็บป่วยต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จึงต้องการให้บุคคลในครอบครัวมาดูแล ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เมื่ออยู่ในภาวะปกติมักอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ดังนั้นเมื่ออยู่โรงพยาบาลจึงต้องการให้บุตรหลานมาเฝ้าดูแล โดยเฉพาะการดูแลทำความสะอาดร่างกาย หรือช่วยอำนวยความสะดวกต่างๆ ตลอดจนบุตรหลานรู้ใจผู้ป่วยมากกว่าเจ้าหน้าที่ สอดคล้องกับการศึกษาของธารทิพย์ (2541) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 87 ต้องการให้บุตรหลาน หรือบุคคลที่มีความสำคัญมากคอยแสดงความรัก ความห่วงใยและความเอื้ออาทรอย่างสม่ำเสมอ และร้อยละ 78 ต้องการให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล เช่น เช็ดตัว บีบนิ้ว นอกจากนี้การมีสมาชิกของครอบครัวอยู่เคียงข้างตลอดเวลา ยังช่วยในการสื่อสารข้อมูล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ ลดความรู้สึกไม่แน่นอน ความเครียดและความกลัว เกิดแรงจูงใจ ช่วยเพิ่มความสามารถในการปรับตัวต่อการใช้เครื่องช่วยหายใจ และสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้นานขึ้น (Happ et al., 2007) และเป็นสิ่งสำคัญในการเพิ่มกำลังใจและกำลังกายที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วย (มนัสวี, 2542)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์มินิวซ์ติก เพื่ออธิบายประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลาอย่างน้อย 14 วัน จำนวน 10 ราย ในหออภิบาลการหายใจของโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2550 ถึงเดือน มกราคม 2551 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์หาคำสำคัญของแวนมานเนน (van Manen, 1990) ซึ่งผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

ประสบการณ์ความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ สามารถสรุปได้ 4 ลักษณะ ซึ่งแต่ละลักษณะประกอบด้วย ความรู้สึก ผลกระทบ รวมทั้งการดูแลที่ได้รับ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยส่งเสริมการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งสามารถสรุปได้ 3 ลักษณะ และความต้องการการดูแลขณะที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ สามารถสรุปได้ 7 ประการ ดังต่อไปนี้

ความหมายของประสบการณ์ความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

1. เป็นความไม่รู้ ไม่เข้าใจ เป็นการสะท้อนความหมายในระยะแรกๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากได้รับการฝึกหายใจ โดยไม่อธิบายให้เข้าใจ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวลและกลัว

2. เป็นความลำบาก ทุกข์ทรมานที่สุดในชีวิต เป็นช่วงเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลต้องอยู่กับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าเป็นความลำบาก ทุกข์ทรมานใน 5 ลักษณะ คือ 1) เจ็บปวดทรมานปานจะขาดใจ 2) เหนื่อยทั้งกายและใจเพราะพูดไม่ได้ 3) ทุกข์ทรมานจากการนอนหลับไม่เพียงพอ 4) ขาดอิสระ ไร้อำนาจเหมือนเอาจุกคนอื่นมาหายใจ และ 5) สร้างความลำบากแก่ครอบครัว

3. เป็นความท้อแท้ หดงอใจ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลรับรู้สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความท้อแท้ หดงอใจ ใน 5 ลักษณะ คือ 1) ฝีกหายใจที่ไร เหนื่อยเหมือนจะขาดใจ 2) ท้อใจเมื่อต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ 3) ท้อใจเมื่อมีการติดเชื้อซ้ำ 4) ท้อใจจากความไม่แน่นอนในชีวิต อยู่อย่างไรจุดหมายเหมือนถูกลอยแพ และ 5) ท้อใจเมื่อเจ้าหน้าที่ขาดการเอาใจใส่ดูแล

4. เป็นความสิ้นใจไม่ยอมทำแต่จำเป็น เป็นความหมายที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนออกมา เนื่องจากรู้ว่าการฝีกหายใจเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องทำ เพราะเหตุผล 4 ประการ คือ 1) ต้องฝีกหายใจก่อนจึงสามารถหายใจเองได้ 2) ไม่ต้องการเจาะคอ 3) คิดถึง เป็นห่วงลูกหลานและคนใกล้ชิด/ไม่ต้องการให้ลำบาก และ 4) ยังมีภาระหน้าที่ที่ต้องทำ

ปัจจัยส่งเสริมการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนปัจจัยส่งเสริมการหย่าเครื่องช่วยหายใจใน 3 ลักษณะ ดังนี้ 1) ใจต้องสู้ไม่ท้อแท้ 2) ญาติคอยดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ และ 3) เจ้าหน้าที่ดูแลรักษาดี ซึ่งการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่แสดงออกใน 3 ลักษณะ คือ (1) ช่วยเหลือทุกอย่างในสิ่งที่ทำเองไม่ได้ (2) ช่วยเหลือเมื่อเหนื่อยหอบ และ (3) คอยปลอบขวัญให้กำลังใจ ทั้งห่วงใยถามไถ่อาการ

ความต้องการการดูแลขณะที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความต้องการการดูแลขณะที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจออกมาใน 7 ประการ ดังนี้ 1) ได้รับคำอธิบายและการเตรียมตัวก่อนการฝีกหายใจ 2) ขอให้เจ้าหน้าที่อยู่ใกล้ๆ และช่วยทันทีเมื่อมีอาการเหนื่อย 3) ได้รับการบรรเทาเจ็บปวด 4) สามารถสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ 5) ได้รับกำลังใจ คำพูดและการปฏิบัติดีจากเจ้าหน้าที่ 6) ได้รับความเข้าใจในความรู้สึก และ 7) มีญาติอยู่ดูแลตลอดเวลา

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางสำหรับการบริหารการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาการพยาบาล และการวิจัยทางการพยาบาล ดังนี้

ด้านการบริหารการพยาบาล

1. จากผลการศึกษาเรื่องประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ ควรพิจารณาปรับเปลี่ยนให้ญาติสามารถเข้าเยี่ยมหรือเฝ้าได้ตลอดเวลาสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยเฉพาะช่วงเวลากำลังหยาเครื่องช่วยหายใจ

2. ควรมีการจัดอบรมพยาบาลเพื่อสร้างความตระหนักในการดูแลผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ในขณะที่ได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรจัดให้มีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยขณะได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจ ดังนี้

1. พยาบาลจัดทำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วย ก่อนการหยาเครื่องช่วยหายใจ

2. เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมในการหยาเครื่องช่วยหายใจ พยาบาลให้ข้อมูล รายละเอียดเกี่ยวกับการหยาเครื่องช่วยหายใจ และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสภาพความพร้อมด้านร่างกายว่าผู้ป่วยสามารถจะฝีกหายใจเองได้ ตลอดจนการบอกให้ผู้ป่วยทราบก่อนเริ่มการหยาเครื่องช่วยหายใจทุกครั้ง

3. จัดทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหรือกึ่งนั่ง และดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ก่อนการหยาเครื่องช่วยหายใจ

4. ควรอยู่เป็นเพื่อนหรืออยู่ใกล้ๆ ผู้ป่วยในช่วงแรกที่เริ่มหยาเครื่องช่วยหายใจและควรบอกวิธีการสื่อสารเพื่อเรียกพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ได้ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติหรือเหนื่อย เช่น การกดกริ่งหรือออก

5. ส่งเสริมและสนับสนุนด้านกำลังใจ โดยการพูดคุยชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำได้

6. ควรแนะนำให้ญาติเฝ้าดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจ กรณีญาติไม่สามารถเฝ้าได้ พยาบาลควรให้ความมั่นใจว่าจะสามารถมาช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วเมื่อมีอาการผิดปกติ

7. ควรหาวิธีการให้ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอในเวลากลางคืน เพื่อจะได้มีแรงฝีกหายใจเวลากลางวัน ทั้งนี้ที่สำคัญพยาบาลต้องตระหนักถึงความสำคัญของการนอนหลับของผู้ป่วย

8. ควรหาวิธีการลดความปวดจากการคาท่อช่วยหายใจ รวมทั้งการดูแลด้วยความนุ่มนวลและดูแลเมื่อจำเป็น

ด้านการศึกษากายภาพบำบัด

1. ด้านการเรียนการสอน ควรเน้นให้นักศึกษาตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจขณะได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจ

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจ โดยใช้แนวทางปฏิบัติในการหยาเครื่องช่วยหายใจที่กำหนดร่วมกัน ในผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ

2. ควรมีการศึกษาการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่างๆ เช่น การนวด การสัมผัส เพื่อลดระดับความทุกข์ทรมานขณะได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจ

บรรณานุกรม

- กาญจนา สังข์สิงห์. (2548). *ประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการบำบัดเยียวขาดด้วยสมาชิก*.
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- กิตติวราห์ เศรษฐบุตร. (2543). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรัง. ใน จงจิต คณากุล,
 ปรีดาภรณ์ สีปากดี และประชิด ศราธพันธุ์ (บรรณาธิการ), *ภาวะวิกฤตในหออภิบาล การ
 บำบัดรักษาพยาบาล เล่ม 2* (หน้า 310-315). กรุงเทพมหานคร: สิริยอดการพิมพ์.
- กุศุมาลัย รามศิริ. (2543). *คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่รบกวนและการจัดการกับปัญหาการนอน
 หลับของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เกศินี สมศรี. (2547). *ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวดและ
 ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ*. วิทยานิพนธ์
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- จิตรา วันชนะกิจ. (2540). การสื่อสารกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อสื่อสารได้ด้วยวาจา. *วารสาร
 พยาบาล*, 46(2), 121-123.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจ ไกรเลิศ. (2542). ความหวัง: พลังอันยิ่งใหญ่ในผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารพยาบาล
 ศาสตร์*, 17(3), 16-23.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2545ข). การส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 17(3),
 51-62.
- ทองไคร นาโควงษ์. (2543). *ภาวะสูญเสียอำนาจของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต*. วิทยานิพนธ์
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ธารทิพย์ วิเศษธาร. (2541). *ความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระหว่าง
 ได้รับเครื่องช่วยหายใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
 ผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- บุญส่ง พัจจนสุนทร. (2547). Difficult weaning. ใน ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล และดุสิต สถาวร
 (บรรณาธิการ), *Critical care: Guideline and standards* (หน้า 179-189). กรุงเทพมหานคร
 : ปิยอนด์ เอ็นเทอไพรซ์.

- บุบผา ชอบไช้. (2536). *ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง*.
 วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ปีพมา โลหเจริญวิช. (2549). ประเด็นจริยธรรมในการหยาเครื่องช่วยหายใจ. ใน ประณีต สงวัฒนา
 และสุนิสา ฉัตรมงคล (บรรณาธิการ), *ก้าวทันยุคกับศาสตร์และศิลป์ในการดูแล
 ผู้ป่วยที่ได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจ* (หน้า 75-83). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ประราณี โอภาสนันท์. (2545). การพักผ่อนนอนหลับในผู้สูงอายุ. ใน บุญศรี นุกฤต และปาลีรัตน์
 พรทวีภักธา (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 99-106).
 นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- ประณีต สงวัฒนา. (2548). บทบาทของพยาบาลในการประเมินสภาพและติดตามผลการดูแลผู้ป่วย
 ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. ใน สุนิสา ฉัตรมงคล, ภัญชिता รุจิโรจน์จินดากุล และเพลินพิศ
 ฐานิวัฒนานนท์ (บรรณาธิการ), *Respiratory Care การบำบัดด้วยออกซิเจนและการดูแล
 ทางเดินหายใจ: การปฏิบัติที่เป็นเลิศ* (หน้า 127-153). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ประณีต สงวัฒนา, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และวิภาวี คงอินทร์. (2543). ความเหมือนและความ
 แตกต่างในการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล: ปราชญ์การณวิทยา, ทฤษฎีพื้นฐาน และ
 ชาติพันธุ์วรรณา. *วารสารสภาการพยาบาล*, 15(2), 13-24.
- ปราณี ฐู่ไพเราะ. (2537). บทความวิชาการ: การดูแลเสมหะในท่อหลอดลมคอและท่อเจาะคออย่างมี
 ประสิทธิภาพ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 12(1), 23-28.
- ปรีชา บุญสม. (2550). *ข้อมูลที่ต้องการสื่อสาร วิธีการสื่อสาร และประสิทธิภาพการสื่อสารตามการ
 รับรู้ของผู้ป่วยในขณะคาท่อช่วยหายใจ*. วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
 การพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- พนาภรณ์ รัตนปนัดดา. (2545). *ปัจจัยทำนายความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจ*. วิทยาลัย
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- พิกุล ตันติธรรม. (2547). การหยาเครื่องช่วยหายใจ. ใน พิกุล ตันติธรรม (บรรณาธิการ), *การ
 พยาบาลผู้ป่วยวิกฤต* (หน้า 46-63). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นิติบรรณการ.
- พูนเกษม เจริญพันธ์. (2545). การบำบัดทางระบบหายใจในโรคหลอดลม. ใน สุมาลี เกียรติศิริ
 (บรรณาธิการ), *การดูแลรักษาโรคระบบหายใจในผู้ใหญ่* (หน้า 428-481).
 กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์.

- ภัทรพร จันท์ประดิษฐ์. (2543). *ประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ*.
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- มนัสวี อุดลยรัตน์. (2542). *ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*.
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ยุพิน วัฒนสิทธิ์. (2549). การใช้เทคนิคการผ่อนคลายในผู้ป่วยที่หยาเครื่องช่วยหายใจ. ใน ประณีต
 ส่งวัฒนา และสุนิสา ฉัตรมงคลชาติ (บรรณาธิการ), *Respiratory Care ก้าวทันยุคกับศาสตร์
 และศิลป์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจ* (หน้า 117-123). สงขลา:
 ชานเมืองการพิมพ์.
- รังสรรค์ ภูยานนทชัย. (2549). การให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยวิกฤต. *Songkla Medicine Journal*,
 24(5), 425-443.
- รังสรรค์ ภูยานนทชัย. (2549). กระบวนการและวิธีการหยาเครื่องช่วยหายใจ. ใน ประณีต ส่ง
 วัฒนา และสุนิสา ฉัตรมงคลชาติ (บรรณาธิการ), *Respiratory Care ก้าวทันยุคกับศาสตร์
 และศิลป์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจ* (หน้า 19-36). สงขลา: ชาน
 เมืองการพิมพ์.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). *การพยาบาลครอบครัว: แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 3).
 กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี เจ พรินติ้ง.
- ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์, และจารุวรรณ กฤตย์ประชา. (2550). การพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยที่ใช้
 เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน: แนวคิดและการประยุกต์ใช้. ใน สุนิสา ฉัตรมงคลชาติ,
 ชันด์ชนก วงสุวรรณกุล และประณีต ส่งวัฒนา (บรรณาธิการ), *การพัฒนาคุณภาพในการ
 ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน* (หน้า 67-84). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ลินจง โปธิบาล. (2539). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนและใช้เครื่องช่วย
 หายใจ. ใน ลินจง โปธิบาล, วารุณี ฟองแก้ว และศิริรัตน์ เปลี่ยนบางยาง (บรรณาธิการ),
การพยาบาลในผู้ป่วยโรคระบบหายใจ (หน้า 172-252). เชียงใหม่: ชนบรรณการพิมพ์.
- ลินจง โปธิบาล. (2542). การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. ใน คณาจารย์ภาควิชาการ
 พยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (ผู้เรียบเรียง), *วิธีการ
 พยาบาลทางอายุรกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 167-220). เชียงใหม่: ชนบรรณการพิมพ์.

- วราณี เพ็ชรสงฆ์. (2542). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วราภรณ์ สัตยวงศ์, และมุกดา สุวรรณโฆษิต. (2548). การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. ใน *โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข, การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 4* (หน้า 303-324).
- วรรณภรณ์ โล่สกุล. (2544). *ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- วรรดิ รักอิม. (2548). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรคและการนอนหลับในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2544). *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์.
- วิรัตน์ วศินวงศ์. (2550). การระงับปวดและสงบประสาทในผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ. ใน *สุนิสา ฉัตรมงคลชาติ, ชันต์ชนก วนสุวรรณกุล และประณีต ส่งวัฒนา (บรรณาธิการ), การพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน* (หน้า 169-183). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วีณา เทียงธรรม. (2547). การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ตามแนวคิดของ Heidegger. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 18*(1), 70-78.
- ศิริจันทร์ ภัทรวิเชียร. (2547). *ผลของโปรแกรมการสอนแนะนำการปฏิบัติตนต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ศิริพร วงศ์จันทร์. (2549). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการหยาเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสุโขทัย*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่
- ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์. (2545). *การหยาเครื่องช่วยหายใจ: ตอนที่ 2 ระยะการหยาเครื่องช่วยหายใจ*. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 10*(1), 33-38.

- ศิวศักดิ์ จุทอง. (2549). การดูแลและเฝ้าระวังในระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ. ใน สุนิสา นัตรมงคลชาติ (บรรณาธิการ), *Respiratory Care การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจน* (หน้า 1-12). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ศรีวรรณ เรื่องวัฒนา, บรรจง ปัญญาวิรวงศ์, จันทรเพ็ญ พิมพ์ลา, มาลีวรรณ เกษตรทัต, ชไมพร ทิขศรี และชยันตร์ธร ปทุมานนท์. (2548). สถานการณ์การติดเชื้อปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจโรงพยาบาลลำพูน. *จุลสารชมรมควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย*, 15(2), 44-53.
- สิวลี สิริโล. (2535). *ประเด็นและแนวโน้มทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สุจินต์ สุรภาคย์พงศ์. (2537). *การเปรียบเทียบสภาวะด้านร่างกายและจิตใจระหว่างผู้ป่วยที่หยาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จและไม่สำเร็จ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุนิสา นัตรมงคลชาติ. (2549). หลักในการหยาเครื่องช่วยหายใจ. ใน ประณีต ส่งวัฒนา และสุนิสา นัตรมงคลชาติ (บรรณาธิการ), *Respiratory Care ก้าวทันยุคกับศาสตร์และศิลป์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจ* (หน้า 19-36). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- สุพัตรา อยู่สุข. (2536). *ระดับความทุกข์ทรมานและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุภางค์ จันทรวานิช. (2545ข). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุมาลี เกียรติบุญศรี. (2545). การหยาเครื่องช่วยหายใจ. ใน สุมาลี เกียรติบุญศรี (บรรณาธิการ), *การดูแลรักษาโรกระบบหายใจ* (หน้า 313-339). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดการพิมพ์.
- สมพร รัตนพันธ์. (2541). *ปัจจัยที่ทำนายภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เสาวลักษณ์ มณีรักษ์. (2545). *ประสบการณ์ของพยาบาลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวิกฤต*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- อภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย. (2546). Weaning from ventilator support. ใน ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล และดุสิต สถาวร (บรรณาธิการ), *Practical points in critical care* (หน้า 96-106). กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ เอ็นเทอไพรซ์.
- อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. (2536). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาล*, 42(1), 16-31.
- อรสา พันธุ์ภักดี. (2534). การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวอย่างเฉียบพลัน. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 2* (หน้า 178-228). กรุงเทพมหานคร: มิตรเจริญการพิมพ์.
- Adler, D. C. (1999). The experience and caring needs of critically ill mechanically ventilated patients. *Critical Care Medicine*, 27, 92.
- Alex, C. G., Fahey, P. J., & Tobin, M. J. (2002). What a clinician should do when a patient "Fights the ventilator". In J. Mancebo, A. Net & L. Brochard (Eds.), *Mechanical ventilation and weaning* (pp. 100-117). Berlin: Springer.
- Amenta, M. O. (1997). Spiritual care: The heart of palliative nursing. *International Journal of Palliative Nursing*, 3, 4-5.
- Anells, M. (1996). Hermeneutic phenomenology: Philosophical perspectives and current use in nursing research. *Journal of Advance Nursing*, 23, 705-713.
- Arslanian-Engoren, C., & Scott, L. D. (2003). The lived experience of survivors of prolonged mechanical ventilation: A phenomenological study. *The Journal of Acute and Critical Care*, 32, 328-334.
- Bassili, H. R., & Deitel, M. (1981). Effect of nutritional support on weaning patients off mechanical ventilators. *Journal of Parenteral & Enteral Nutrition*, 5, 161-163.
- Bergbom-Engberg, L., & Haljamae, H. (1989). Assessment of patients' experience of discomforts during respirator therapy. *Critical Care Medicine*, 17, 22-25.
- Blackwood, B. (2000). The art and science of predicting patient readiness for weaning from mechanical ventilation. *International Journal of Nursing studies*, 37, 145-151.
- Chang, T. A., Boots, R. J., Brown, M. G., Paratz, J., & Hodges, P. W. (2005). Reduced inspiratory muscle endurance following successful weaning from prolonged mechanical ventilation. *Chest*, 128, 553-559.

- Chelluri, L., Im, K. A., Belle, S. H., Schulz, R., Rotondi, A. J., Donahoe, M. P., et al. (2004). Long- term mortality and quality of life after prolonged mechanical ventilation. *Critical Care Medicine*, 32, 61-69.
- Closs, S. J. (1999). Sleep. In M. F. Alexander, J. N. Fawcett, & P. J. Runciman (Eds.), *Nursing practice: Hospital and home- the adult* (pp. 743-756). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Cook, D. J., Meade, M. O., & Perry, A. G. (2001). Qualitative studies on the patient's experience of weaning from mechanical ventilation. *Chest*, 120, 469S-473S.
- Covelli, H. D., Black, J. W., Olsen, M. S. (1981). Respiratory failure precipitated by high carbohydrate loads. *Annual Internal Medicine*, 95, 579-581
- Cox, C. E., Carson, S. S., Holmes, G. M., Howard, A. B. S., & Carey, T. S. (2004). Increase in tracheostomy for prolonged mechanical ventilation in North Carolina, 1993–2002. *Critical Care Medicine*, 32, 2219–2226.
- Craven, R. F., & Hirnle, C.L. (2003). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Criner, G. L., & Isaac, L. (1995). Psychological issues in the ventilator-dependent patient. *Respiratory Care*, 855-864.
- Crowe, H. M. (1996). Nosocomial pneumonia: Problems and progress. *Heart & Lung*, 25, 418-421.
- Davidhizar, R., & Shearer, R. (1997). Helping the client with chronic disability achieve high-level wellness. *Rehabilitation Nursing*, 22, 131-134.
- David, K. A. (2006). Ventilator associated pneumonia: A review. *Journal of Intensive Care Medicine*, 21, 211-226
- Davidson, A. C. (2002). The pulmonary physician in critical care 11: Critical care management of respiratory failure resulting from COPD. *Thorax*, 57, 1079-1084.
- de Lassence, A., Alberti, C., & Azoulay E. (2002). Impact of unplanned extubation and reintubation after weaning on nosocomial pneumonia risk in the intensive care unit: A prospective multi center study. *Anesthesiology*, 97, 148–156.
- Dossey, B. M. (1995). The psychophysiology of body mind healing. In B. M. Dossey (Ed.), *Holistic nursing: A handbook for practice* (pp 87-111). Maryland: aspen Publishers, Inc.

- Douglas, S. L., Daly, B. J., Gordon, N., & Brennan, P. F. (2002). Survival and quality of life: Short-term versus long-term ventilator patients. *Critical Care Medicine, 30*, 2655-2662.
- Drakulovic, M. B., Torres, D., Bauer, T. T., Nicolas, J. M., Nogué, S., & Ferrer, M. (2000). Supine body position as a risk factor for nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients: A randomised trial. *Lancet, 354*, 1851-1858.
- Epstein, S. K. (2002). Weaning from mechanical ventilation. *Respiratory Care, 47*, 454-466.
- Epstein, S. K. & Ciubotaru, R. L. (1998). Independent effects of etiology of failure and time to retubation on outcome for patients failing extubation. *American Journal Respiratory of Critical Care Medicine, 158*, 489-493.
- Epstein, S.K., Ciubotaru, R.L., & Wong, J.B. (1997). Effect of failed extubation on the outcome of mechanical ventilation. *Chest, 112*, 186-192.
- Evans, J. C., & French, D. G. (1995). Sleep and healing in intensive care settings. *Dimensions of Critical Care Nursing, 14*(4), 189-199.
- Fry, S. T. (2002). *Ethics in nursing practice: A guide to ethical decision making*. (2nd ed.). Oxford: Blackwell Science.
- Fitch, M. (1987). Patient perceptions: Being unable to speak on a ventilator. *The Canadian Journal of Respiratory Therapy, 23*, 21-23.
- Forbes, S. B. (1994). Hope: An essential human need in the elderly. *Journal of Gerontological Nursing, 20*, 5-10.
- Goldstone, J. (2002). The pulmonary physician in critical care 10: Difficult weaning. *Thorax, 57*, 986-991.
- Grap, M. J., Munro, C. L., Elswick, R. K., Sessler, C. N., & Ward, K. R. (2004). Duration of action of a single, early oral application of chlorhexidine on oral microbial flora in mechanically ventilated patients: A pilot study. *Heart & Lung, 33*, 83-91.
- Hafsteindottir, T. B. (1996). Patient's experiences of communication during the respirator treatment period. *Intensive and Critical Care Nursing, 12*, 261-271.
- Happ, M. B. (2001). Communicating with mechanically ventilated patients: State of the science. *AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute & Critical Care, 12*, 247-258.

- 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*, 47-57.
- Happ, M. B., Tuite, P., Dobbin, K., DiVirgilio-Thomas, D., & Kitutu, J. (2004). Communication ability, method, and content among nonspeaking nonsurviving patients treated with mechanical ventilation in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care, 13*, 210-218.
- Heyland, D. K., Dhaliwal, R., Day, A., Jain, M., & Drover, J. (2003). Validation of the Canadian clinical practice guidelines for nutrition support in mechanically ventilated, critically ill adult patients: Results of a prospective observational study. *Critical Care Medicine, 32*, 2260-2266.
- Higgins, P. (1998). Patient perception of fatigue while undergoing long-term mechanical ventilation: Incidence and associated factor. *Heart and Lung Journal of Acute and Critical Care, 27*, 177-183.
- Hill, N. S. (2001). Following protocol: Weaning difficult-to-wean patients with chronic obstructive disease. *American Journal Respiratory Critical Care Medicine, 164*, 186-187.
- Holliday, J. E., & Lippmann, M. (2003). Reduction in ventilatory response to CO₂ with relaxation feedback during CO₂ rebreathing for ventilator patients. *Chest, 124*, 1500-1511.
- Holloway, N. M. (2004). *Medical-surgical care planning* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hudak, C. M., Gallo, B. M., & Morton, P. G. (1998). *Critical care nursing: A holistic approach* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Hupcey, J.E. (2000). Feeling safe: The psychosocial needs of ICU patients. *Journal of Nursing Scholarship, 32*, 361-367.
- Hupcey, J.E., & Zimmerman, H. E. (2000). The need to know: Experiences of critically ill patients. *American Journal of critical Care, 9*, 192-198.
- Ibanez, J. Penafiel, A. Raurich, J. M. Marse, P. Jorda, R. & Mata, F. (1992). Gastroesophageal reflux in intubated patients receiving enteral nutrition: Effect of supine and semirecumbent positions. *Journal of Parenteral & Enteral Nutrition, 16*, 419-422.

- Im, K., Belle, S. H., Schulz, R., Mendelsohn, A. B., & Chelluri, L. (2004). Prevalence and outcomes of caregiving after prolonged (\geq 48 Hours) mechanical ventilation in the ICU. *Chest, 125*, 597-606.
- Joblonski, R. S. (1994). The experience of being mechanically ventilated. *Qualitative Health Research, 4*, 186-207.
- Johnson, M. M., & Sexton, D. L. (1990). Distress during mechanical ventilation: patients' perceptions. *Critical Care Nursing, 10*(7), 48-57.
- Khamiees, M., Adjepong, Y. A., & Manthos, C. A. (2002). Propofol infusion is associated with a higher rapid shallow breathing index in patients preparing to wean from mechanical ventilation. *Respiratory, 47*, 150-153.
- Kleinman, A. (1980). Patients and healers in the context of culture. London: University of California.
- Koch, T. (1995). Interpretive approaches in nursing research: The influence of Husserl and Heidegger. *Journal of Advance Nursing, 21*, 827-836.
- Koeman, M., van der Ven, J. A. M., Hak, E., Joore, H. C. A., Kaasjager, K., & de Smet, A. G. A. (2006). Oral decontamination with chlorhexidine reduces the incidence of ventilator-associated pneumonia. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 173*, 1348-1355.
- Koenig, S. M., & Truwig, J. D. (2006). Ventilator-associated pneumonia: diagnosis, treatment, and prevention. *Clinical Microbiology Reviews, 19*, 637-657.
- Kress, J. P., & Hall, J. B. (2006). Sedation in the mechanically ventilated patient. *Critical Care Medicine, 34*, 2541-2546.
- Lindgren, V., A. & Ames, N. J. (2005). Caring for patients on mechanical ventilation: What research indicates is best practice. *American Journal Nursing, 105*, 50-60.
- Logan, J., & Jenny, J. (1997). Qualitative analysis of patients' work during mechanical ventilation and weaning. *Heart & Lung, 26*, 140-147.
- MacIntyre, N.R., Cook, D. J. Ely Jr, E.W., Epstein, S.K., Fink, J. B., Heffner, J. E., et al. (2002). Evidence-based guidelines for weaning and discontinuing ventilatory support. *Respiratory Care, 47*, 69-90.

- Maggs-Rapport, F. (2000). Combining methodological approaches in research: Ethnography and interpretive phenomenology. *Journal of Advanced Nursing, 31*, 219-225.
- Martin, U. J., Hincapie, L., Nimchuk, M., Gaughan, J., & Criner, G. J. (2005). Impact of whole-body rehabilitation in patients receiving chronic mechanical ventilation. *Critical Care Medicine, 33*, 2259-2265.
- Meade, M., Guyatt, G., Cook, D., Griffith, L., Sinuff, T., Kergl, C., et al. (2001). Predicting success in weaning from mechanical ventilation. *Chest, 120*(6 Suppl), 400S-424S.
- Meade, M., Guyatt, G., Griffith, L., Booker, L., Randall, J., & Cook, D. J. (2001). Introduction to a series of systematic reviews of weaning from mechanical ventilation. *Chest, 120* (6 Suppl), 396S-399S.
- Mishel, M. S. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Journal of scholarship, 22*, 256-262.
- Narayanasamy, A., Clissett, P., Parumal, L., Thompson, D., Annasamy, S., & Edge, R. (2004). Responses to the spiritual needs of older people. *Journal of Advanced Nursing, 48*, 6-16.
- O'Brien, M. E. (1999). *Spiritual in nursing: Standing on holy ground*. Toronto: Connie Leavitt, Bookwrights.
- Pappalardo, F., Franco, A., Landoni, G., Cardano, P., Zangrillo, A., & Alfieri, O. (2004). Long-term outcome and quality of life of patients requiring prolonged mechanical ventilation after cardiac surgery. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery, 25*, 548-552.
- Pilcher, D. V., Bailey, M. J., Treacher, D. F., Hamid, S., Williams, A. J., & Davidson, A. C. (2005). Outcomes, cost and long term survival of patients referred to a regional weaning centre. *Thorax, 60*, 187-192.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: principles and methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Puntillo, K. A. (1990). Pain experiences of intensive care unit patients. *Heart & Lung, 19*, 526-533.
- Rose, L., & Nelson, S. (2006). Issue in weaning from mechanical ventilation: Literature review. *Journal of Advanced Nursing, 54*, 73-85.

- Rotondi, A. J., Chelluri, L., Sirio, C., Mendelsohn, A., Schulz, R., Belle, S., et al. (2002). Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 30(4), 746-752.
- Safdar, N., Dezfulian, C., Collard, H. R., & Saint, S. (2005). Clinical and economic consequences of ventilator-associated pneumonia: A systematic review. *Critical Care Medicine*, 33, 2184-2193.
- Sassoon, C. S., Zhu, E., & Caiozzo, V. J. (2004). Assist-control mechanical ventilation attenuates ventilator-induced diaphragmatic dysfunction. *American Journal Respiratory Critical Care Medicine*, 170, 626-632.
- Scheinhorn, D. J., Hassenpflug, M. S., Votto, J. J., Chao, D. C., Epstein, S. K., Doig, G. S., et al. (2007). Post-ICU mechanical ventilation at 23 long-term care hospitals. *Chest*, 131, 85-93.
- Stauffer, J. L., Fayter, N. A., Graves, B., Cromb, M., Lynch, J. C., & Goebel, P. (1993). Survival following mechanical ventilation for acute respiratory failure in adult men. *Chest*, 104, 1222-1229.
- Stoller, J. K., Xu, M., Mascha, E., & Rice, R. (2003). Long-term outcomes for patients discharged from a long-term hospital-based weaning unit. *Chest*, 124, 1892-1899.
- Tagliareni, E., Waters, V., & Anderson, M. A. (2003). Foundations of care for the older adult. In M. A. Anderson (Ed.), *Caring for older adults holistically* (pp. 2-15). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- van Manen, M. (1990). *Researching lived experience human science for an action sensitive pedagogy*. New York: State University New York Press.
- Wunderlich, R. J., Perry, A., Lavin, M. A. (1999). Patients' perceptions of uncertainty and stress during weaning from mechanical ventilation. *Dimension of Critical Care Nursing*, 18, 8-12.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ดิฉัน นางรุ่งทิพย์ ดารายนตร์ เป็นนักศึกษาปริญญาโททางการพยาบาล สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขณะนี้กำลังศึกษาวิจัย เรื่อง ประสิทธิภาพของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาบริการพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจและมีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้โดยเร็ว จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบสัมภาษณ์ เนื่องจากท่านเป็นบุคคลสำคัญที่สามารถให้ข้อมูลที่ดีที่สุดในเชิงการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจำเป็นต้องใช้เทปบันทึกเสียงประกอบทุกครั้ง โดยจะใช้เวลาประมาณ 30-60 นาทีต่อครั้ง และสัมภาษณ์ประมาณ 2-3 ครั้งต่อราย เพื่อความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล จะมีการเก็บเทปบันทึกเสียงไว้เป็นความลับ นำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยเท่านั้น ชื่อที่ใช้ในการสัมภาษณ์จะเป็นชื่อที่สมมุติขึ้น และหากมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับท่าน ไม่ว่าจะเพื่อวัตถุประสงค์ใด จะต้องได้รับความเห็นชอบจากท่านก่อนเสมอ ระยะเวลาการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบ โดยตกลงร่วมกันและเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นอยู่กับความพร้อมของท่านเป็นสำคัญ ข้อมูลที่ได้จากการตอบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะนำมาวิเคราะห์และนำเสนอในภาพรวม ข้อมูลของท่านจะได้รับการปกปิดเป็นความลับ หากว่าท่านไม่พร้อมหรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัย ก็สามารถปฏิเสธได้ทุกเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ หากจะให้ข้อมูลท่านมีปัญหาใดที่ต้องการติดต่อผู้วิจัย สามารถติดต่อได้ที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา หรือโทรศัพท์หมายเลข 089-6574824 ณ โอกาสนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณในความร่วมมือเป็นอย่างดี

นาง รุ่งทิพย์ ดารายนตร์

ผู้วิจัย

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือนี้เป็นส่วนหนึ่ง ของการศึกษาวิจัยในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เรื่อง ประสิทธิภาพของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา

1. เพศ.....
2. อายุ.....ปี ภูมิลำเนาจังหวัด.....ศาสนา.....
3. สถานภาพสมรส.....
4. ระดับการศึกษา.....
5. อาชีพ.....
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน.....
7. ความเพียงพอของรายได้.....
8. การจ่ายค่ารักษาพยาบาล.....
9. การวินิจฉัยโรคครั้งนี้.....
11. วันที่ใส่ท่อช่วยหายใจ.....
12. ประสิทธิภาพการรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจ.....
13. สาเหตุของการได้รับเครื่องช่วยหายใจ.....
14. วิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจ.....
15. รวมจำนวนวันการหย่าเครื่องช่วยหายใจ.....
 - เริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจวันที่.....
 - หย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จวันที่.....
 - เอาท่อช่วยหายใจออกวันที่.....
 - จำนวนวันใส่เครื่องช่วยหายใจก่อนหย่า.....
 - รวมจำนวนวันใส่เครื่องช่วยหายใจทั้งหมด.....
 - วันที่สัมภาษณ์หลังเอาท่อช่วยหายใจออก
16. ภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ.....
17. ผู้ดูแลขณะเจ็บป่วย.....

ส่วนที่ 2 แนวคำถามประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการหยาเครื่องช่วยหายใจ

1. อยากให้คุณช่วยเล่าเหตุการณ์ ขณะที่คุณยังใส่ท่อช่วยหายใจ และคุณรับรู้ว่าจะต้องฝีกหายใจด้วยตนเอง มีอะไรเกิดขึ้นกับคุณบ้าง คุณรู้สึกต่อเหตุการณ์นั้นอย่างไร
 - ใครเป็นคนบอกให้คุณฝีกหายใจ คุณรู้สึกอย่างไรเมื่อได้รับการบอกเช่นนั้น เพราะอะไร
 - ก่อนฝีกหายใจคุณได้รับการเตรียมตัวอย่างไรบ้าง คุณรู้สึกอย่างไร และคุณคิดว่าคุณพร้อมจะฝีกหายใจหรือไม่ เพราะเหตุใด
 - คุณรู้สึกอย่างไรขณะที่ฝีกหายใจ คุณคิดว่ามันคล้ายกับอะไรบ้าง ลองยกตัวอย่าง ทำให้ไม่จืดคิดเช่นนั้น
 - คุณคิดว่าการฝีกหายใจเองคืออะไรตามความเข้าใจของคุณ ทำไมคุณจึงคิดเช่นนั้น
2. จากเหตุการณ์ตั้งแต่คุณเริ่มฝีกหายใจ จนกระทั่งถอดท่อช่วยหายใจได้ มีอะไรเกิดขึ้นบ้าง คุณรู้สึกต่อเหตุการณ์เหล่านั้นอย่างไร และมีเหตุการณ์อะไรบ้างที่ทำให้คุณรู้สึกลำบากมากที่สุด คุณคิดว่าเหตุการณ์นั้นคล้ายอะไรบ้าง เพราะอะไร
3. คุณคิดว่าการที่คุณใช้เวลาในการฝีกหายใจหลายวัน มีผลกระทบต่อคุณอย่างไรบ้าง เพราะอะไร
4. ขณะที่คุณกำลังฝีกหายใจคุณได้รับการดูแลอย่างไรบ้าง จากใคร คุณรู้สึกอย่างไร ทำไมจึงคิดเช่นนั้น
5. ขณะที่คุณกำลังฝีกหายใจคุณต้องการได้รับการดูแลอย่างไรบ้าง จากใคร ทำไมจึงคิดอย่างนั้น และคุณอยากให้เจ้าหน้าที่ช่วยเหลืออย่างไรบ้าง เพื่อให้คุณสามารถฝีกหายใจเองได้เร็วขึ้น เพราะอะไร
7. คุณคิดว่ามีอะไรบ้าง ที่ทำให้คุณไม่สามารถฝีกหายใจเองได้หรือเป็นอุปสรรคในการฝีกหายใจของคุณ ทำไมจึงคิดอย่างนั้น
8. ถ้าให้คุณให้ความหมายกับประสบการณ์การฝีกหายใจเองของคุณที่ผ่านมา คุณจะให้ความหมายว่าอย่างไร คุณคิดว่ามันคล้ายอะไรหรือเปรียบเทียบกับอะไรได้บ้าง ทำไมจึงคิดเช่นนั้น
9. ถ้ามีคนใส่ท่อช่วยหายใจและได้รับการฝีกหายใจเหมือนคุณ คุณจะแนะนำเขาอย่างไร เพื่อให้เขาสามารถฝีกหายใจเองได้เร็ว
10. มีอะไรที่คุณอยากจะบอกเพิ่มเติมนอกจากที่บอกมาทั้งหมด

ส่วนที่ 3 แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลภาคสนาม (Field note)

ผู้ให้ข้อมูลรายที่.....สัมภาษณ์ครั้งที่.....

ชื่อ (สมมุติ).....

วันที่สัมภาษณ์.....เวลา.....สถานที่.....

สัญญาณชีพ.....

1. สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในการสัมภาษณ์

.....

.....

.....

2. พฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล (ความเต็มใจและความพร้อมทั้งสีหน้าท่าทาง)

.....

.....

.....

3. อาการและอาการแสดง

.....

.....

.....

4. ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์

.....

.....

.....

5. การวางแผนในการสัมภาษณ์และข้อมูลที่ต้องสัมภาษณ์เจาะลึกครั้งต่อไป

.....

.....

.....

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1. รศ. ดร. ประณีต ส่วงวัฒนา | ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 2. คุณยุพิน วัฒนสิทธิ์ | ฝ่ายบริการพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 3. นพ. ศิวศักดิ์ จุกทอง | ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |

ประวัติผู้เขียน

