



ความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ
Nursing Needs and Nursing Care Received by Patients being on Mechanical Ventilators

ธารทิพย์ วิเศษธาร
Tantip Visestan

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing

Prince of Songkla University

2541

Order Key.....
BIB Key.....

๑

เลขหมู่ RT 81.5 564 2541
เลขทะเบียน 26 ส.ค. 2542

จ. 2

(1)

2. ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการพยาบาลคือ จำนวนครั้งที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ 2 ครั้ง มีความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณ สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ 1 ครั้ง

3. การเปรียบเทียบความต้องการการพยาบาล และการพยาบาลที่ได้รับด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม ด้านจิตวิญญาณ รายด้านและโดยรวม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในทุกด้านและโดยรวม เมื่อทดสอบด้วย t-test โดยที่คะแนนความต้องการการพยาบาลสูงกว่าคะแนนการพยาบาลที่ได้รับ เมื่อเปรียบเทียบกับความต้องการการพยาบาล และการพยาบาลที่ได้รับเป็นรายข้อด้วย Wilcoxon Matched-Pairs-Signed-Ranks-Test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ถึง 58 กิจกรรม จากจำนวนทั้งหมด 76 กิจกรรม โดยที่ความต้องการการพยาบาลสูงกว่าการพยาบาลที่ได้รับ

Thesis Title Nursing Needs and Nursing Care Received by Patients being on
 Mechanical Ventilators
Author Miss Tantip Visestan
Major Program Adult Nursing
Academic Year 1998

Abstract

The objectives of this study were to compare nursing care needs and nursing care received by patients on mechanical ventilators, and to identify factors related to the nursing care needs. The subjects included 60 hospitalized patients on mechanical ventilators. The subjects were purposively selected according to the criteria set. An interviewing questionnaire which asked about nursing care needs and nursing care received was used as a tool to collect data. The questionnaire was composed of 76 items, 38 related to physical care, 29 psychosocial and 9 spiritual. The cronbach alpha coefficient of the nursing care needs and nursing care received items reference to each of the three dimensions were .85 to .90 and .82 to .88, respectively.

The results were as follows :

1. The distribution of the scores for physical, psychosocial, spiritual and overall nursing care needs was more on the higher level.

2. Of overall 76 items, 38 were identified as much needed by more than 70 percent of the subjects. These 38 items included 17 of 38 physical care needs, 18 of the 29 psychosocial and 3 of the 9 spiritual. The 17 physical care items much needed by 70 percent of the subjects were care of respiration, providing comfort, promoting sleep and body movement. The 18 psychosocial items were related to providing more interaction between patients and family, promoting patient's ability to communicate, nurses giving care with willingness, nurses giving information and suggestion. The spiritual care needed was family participation in giving care and patients being assured.

3. The number of times the subjects were on mechanical ventilators was the factor related to psychosocial and spiritual care needs. The subjects who were on a mechanical ventilator for the second time needed more psychosocial and spiritual care than those on a ventilator only once. No factor was related to the physical or overall care needs.

4. The t-test showed a statistically significant difference between nursing care needs and nursing care received in items of physical, psychosocial, spiritual and overall nursing care at the level of .001. The needs for nursing care were higher than the care received. Focusing on each nursing activity (item), the Wilcoxon Matched-Pairs-Signed-Ranks-Test revealed a statistically significant difference at .05 between nursing care needs and nursing care received of 58 out of 76 activities. Also the needs for nursing care were higher than the care received.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี อันเนื่องมาจากความกรุณาและความช่วยเหลือจากรองศาสตราจารย์ ดร. สุนุดตรา ตะบูนพงศ์ อาจารย์ทัศนีย์ นะแส ซึ่งเป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็น ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนสนับสนุนให้กำลังใจตลอดมา ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้กรุณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาในเครื่องมือ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย บุคลากรพยาบาล และกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความสะดวกให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมกันนี้ขอขอบพระคุณ อาจารย์อภิรัตน์ อิมพัฒน์ และอาจารย์รัชฎาพิศ พละศึก ที่กรุณาให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูล และขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่กรุณาให้ทุนอุดหนุนบางส่วน

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และพี่ๆ ที่สนับสนุนให้มีความรู้และเป็นกำลังใจที่สำคัญยิ่งตลอดมา

ธารทิพย์ วิเศษธาร

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(3)
Abstract	(5)
กิตติกรรมประกาศ	(7)
สารบัญ	(8)
รายการตาราง	(10)
บทที่	
1 บทนำ	1
ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	3
คำถามการวิจัย	3
กรอบแนวคิดของการวิจัย	3
นิยามศัพท์.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
ความต้องการการพยาบาล.....	6
การได้รับเครื่องช่วยหายใจ	11
ผลกระทบการได้รับเครื่องช่วยหายใจต่อความต้องการและการพยาบาล.....	15
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการพยาบาล.....	42
3 วิธีการดำเนินการวิจัย	48
ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง	48
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	49
การเก็บรวบรวมข้อมูล	51
การวิเคราะห์ข้อมูล	52
4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	53
ผลการวิจัย	54
การอภิปรายผล	89
	(8)

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
5 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	96
สรุปผลการวิจัย	96
ข้อเสนอแนะ	98
บรรณานุกรม	100
ภาคผนวก	114
ภาคผนวก ก.	115
ภาคผนวก ข.	123
ภาคผนวก ค.	137
ภาคผนวก ง.	150
ภาคผนวก จ.	151
ประวัติผู้เขียน	152

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	54
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการได้รับเครื่องช่วยหายใจ	57
3	ค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการการพยาบาลรายด้านและ โดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง	59
4	กิจกรรมการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 ขึ้นไป มีความต้องการการพยาบาลในระดับมากเรียงลำดับตามจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่มีความต้องการ	60
5	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความต้องการการพยาบาลด้านต่างๆของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกัน	64
6	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความต้องการการพยาบาลด้านต่างๆของกลุ่มตัวอย่างระหว่างเพศชายและหญิง	64
7	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความต้องการการพยาบาลด้านต่างๆของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน	65
8	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความต้องการการพยาบาลด้านต่างๆของกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจแตกต่างกัน	65
9	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความต้องการการพยาบาลด้านต่างๆของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ 1 ครั้ง กับ ได้รับเครื่องช่วยหายใจ 2 ครั้ง	66
10	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความต้องการการพยาบาลด้านต่างๆของกลุ่มตัวอย่างกับประสบการณ์การได้รับเครื่องช่วยหายใจ	66
11	ค่าเฉลี่ยคะแนนการพยาบาลที่ได้รับรายด้านและ โดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง	67
12	กิจกรรมการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 ขึ้นไป ได้รับการพยาบาลทุกครั้ง เรียงลำดับตามการพยาบาลที่ได้รับ	68

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
13	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการการพยาบาลกับการพยาบาลที่ได้รับรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง	69
14	เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละ ของความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับ ในแต่ละกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง	72
15	จำนวนและร้อยละของความต้องการพยาบาลในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารทางปากของกลุ่มตัวอย่าง	80
16	จำนวนและร้อยละของความต้องการการพยาบาลในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำของกลุ่มตัวอย่าง	81
17	จำนวนและร้อยละของความต้องการการพยาบาลในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการได้รับสารอาหารทางสายยางของกลุ่มตัวอย่าง	82
18	จำนวนและร้อยละของการพยาบาลที่ได้รับ ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารทางปากของกลุ่มตัวอย่าง	83
19	จำนวนและร้อยละของการพยาบาลที่ได้รับ ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำของกลุ่มตัวอย่าง	84
20	จำนวนและร้อยละของการพยาบาลที่ได้รับ ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการได้รับอาหารทางสายยางของกลุ่มตัวอย่าง	85
21	เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับ ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการได้รับอาหารทางสายยางของกลุ่มตัวอย่าง	87
22	จำนวนและร้อยละของความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับ ในระดับต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง	115

บทที่ 1

บทนำ

ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ

ผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่มักมีปัญหาภาวะหายใจล้มเหลว ซึ่งอาจจะมีหรือไม่มีพยาธิสภาพของปอดก็ได้ ทำให้เกิดการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่เพียงพอ จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยมีวัตถุประสงค์ของการใส่เครื่องช่วยหายใจ เพื่อช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดดีขึ้น (improve pulmonary gas exchange) และช่วยลดงานที่ใช้ในการหายใจและลดการทำงานของหัวใจ (decrease cardiopulmonary work) (อรสา, 2534) ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยจะได้รับการใส่และคาท่อทางเดินหายใจ หรือท่อเจาะคอ การดูดเสมหะ การเจาะเลือดเพื่อวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง ในกรณีที่ผู้ป่วยกระสับกระส่าย หรือสับสนอาจต้องผูกมัดแขนและขาไว้กับเตียง

ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยประกอบด้วย ความเจ็บปวด (Johnson & Sexton, 1990; Jablonski, 1995) ความไม่สบาย (Jablonski, 1994) การนอนหลับไม่เพียงพอ (Linn, 1982) ขาดความมั่นใจในความสามารถที่จะหายใจด้วยตนเอง (Clark, 1986; Knekel, 1989 Cited in Conolly & Shekleton, 1991) สูญเสียพลังอำนาจ (Hartshorn, et al., 1993) มีภาวะพรากความรู้สึก ได้รับสิ่งกระตุ้นมากเกินไป (Linn, 1982; Ashworth, 1994) สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สูญเสียความเป็นส่วนตัว (Ashworth, 1994) และสูญเสียภาพลักษณ์ (Clark, 1986) ซึ่งจากการศึกษาของสุพัตรา (2536) พบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานระดับมากได้แก่ การสื่อสารกับผู้อื่นได้ยาก การเจ็บปวดจากการใส่สายดูดเสมหะที่รุนแรง การเจ็บคอกจากการใส่และคาท่อทางเดินหายใจ และการเคลื่อนไหวได้จำกัดจากการคาท่อทางเดินหายใจ ส่วนปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานปานกลางได้แก่ การมีอุปกรณ์การพยาบาลติดตัวมากเกินไปเคลื่อนไหวได้จำกัด การปวดเมื่อยจากท่านอนไม่เหมาะสม การเหนื่อยจากการดูดเสมหะซ้ำๆ การอึดอัด และเหนื่อยจากการดูดเสมหะ

นานในแต่ละครั้ง การถูกผูกมัดแขนและขาไว้กับเตียงทำให้เคลื่อนไหวได้จำกัด และการเจ็บขมูกหรือมูมปากจากการดึงรั้งของท่อทางเดินหายใจขณะเคลื่อนไหว

การไม่สามารถพูดได้ระหว่างได้รับเครื่องช่วยหายใจ ทำให้การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ (Riggio, et al., 1982 cited in Pennock, et al., 1994) ผู้ป่วยไม่สามารถบอกความรู้สึก และความต้องการต่อผู้อื่นได้ (Frace, 1982) ในภาวะการณ์ดังกล่าว พยาบาลประเมินปัญหาและความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยจากการสังเกต การวัดด้วยเครื่องมือ การตรวจร่างกาย หรือการสัมผัสด้วยประสาทสัมผัสทั้งห้า ซึ่งต้องอาศัยประสบการณ์ของพยาบาล การประเมินโดยวิธีการดังกล่าว อาจจะได้ข้อมูลไม่ตรงกับความรู้สึก และความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ถึงแม้ว่าจะใช้เทคนิคการสื่อสารของผู้ป่วยที่ท่อทางเดินหายใจ โดยการเขียน การชี้และผสมตัวอักษร แต่ก็ยังมีปัญหาโดยเฉพาะจากตัวผู้ป่วยเอง เช่นการอ่อนแรงของแขนและขา ความสามารถในการอ่าน เขียน และการมองเห็น (Williams, 1992) เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารความรู้สึก และความต้องการได้ ทำให้ปัญหาความต้องการไม่ได้รับความช่วยเหลือหรือได้รับการตอบสนองไม่ครบถ้วน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความหวาดระแวง กลัว กังของใจ (Jablonski, 1994) และมีภาวะเครียด (Pennock, et al., 1994) จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้านร่างกายเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ภาวะจิตสังคมของบุคคลเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งระดับความเปลี่ยนแปลงของภาวะจิตสังคมจะสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล ถ้าผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยนั้นรุนแรงมาก ผู้ป่วยจะแสดงออกถึงปัญหาทางอารมณ์ระดับสูง ได้แก่ แสดงอาการโกรธ ก้าวร้าว ไม่ยอมรับการดูแลรักษา ปฏิเสธการเจ็บป่วย มีพฤติกรรมถดถอย เสรีซึม ลึกลับ ไม่ต้องการความช่วยเหลือ หรืออาจแสดงพฤติกรรมตรงข้ามกับความต้องการที่แท้จริงของตนเอง พฤติกรรมเหล่านี้บ่งชี้ถึงความกดดันทางจิตสังคม ซึ่งผลของการแสดงออกดังกล่าว ทำให้การดูแลรักษาไม่ได้ผลเท่าที่ควร (บุญวาทย์, 2535) นอกจากนี้ยังมีผลต่อการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย โดยทำให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงเพิ่มขึ้น หรืออาจมีโรคแทรกซ้อนได้ (Bieliauskas, 1982 อ้างตามบุญวาทย์, 2535)

ดังนั้นในการปฏิบัติการพยาบาล ^{ต่อผู้ป่วย} พยาบาลจะต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและการติดต่อสื่อสารเพื่อการบำบัดเป็นอย่างดี ซึ่งพยาบาลจะต้องใช้เวลากับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วย ^{รู้สึก} สรีทธา ไว้วางใจ นอกจากนั้นจะต้องมีทักษะในการสังเกตทั้งท่าทาง สีหน้า พยาบาลจะต้องไวต่อการรับรู้ และแปลความหมายของพฤติกรรมเหล่านั้นอย่างถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันกับปัญหาและความต้องการที่มีอยู่ในขณะนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ

ของรวม (๑) ต่อการพยาบาลผู้ป่วย

เพื่อนำผลการศึกษา ไปกำหนดแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล ได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยต่อไป ซึ่งการให้บริการการพยาบาลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยเป็นดัชนีบ่งชี้คุณภาพการพยาบาล (กุลยา, 2541)

✓ วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ
2. ศึกษาความต้องการการพยาบาลระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยที่มีปัจจัยแตกต่างกัน

คำถามการวิจัย

1. ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจมีอะไรบ้าง ?
2. ผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจได้รับการพยาบาลมากน้อยเพียงใด ?
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการพยาบาลมีอะไรบ้าง ?
4. ความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจแตกต่างกันหรือไม่ ?

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ มนุษย์จะแสดงพฤติกรรมเพื่อให้ได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ซึ่งความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์แบ่งออกเป็น ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs) ความต้องการในด้านความปลอดภัย (Safety and Security needs) ความต้องการความภาคภูมิใจ (Esteem needs) และความต้องการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง (Needs for self Actualization) (Chandel & Drake, 1991) ความต้องการของมนุษย์จะเป็นลำดับขั้นตอนความจำเป็นหรือความสำคัญ กล่าวคือความต้องการทางด้านร่างกาย จะต้องได้รับการตอบสนองก่อนที่ความต้องการขั้นต่อไปจะพัฒนาขึ้นตามสภาพแวดล้อม และสังคม

ภาวะเจ็บป่วยจะเป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งที่มนุษย์ไม่สามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของตนเองได้ เมื่อมนุษย์ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการหนึ่ง หรือหลายความต้องการจะมีผลกระทบต่อความต้องการอื่น ๆ ด้วย พยายามเป็นบุคคลหนึ่งในทีมสุขภาพที่ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการ การปฏิบัติการพยาบาลต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ซึ่งเฮนเดอร์สัน (Henderson, 1964 Cited in Luckman & Sorensen, 1987) ได้แบ่งความต้องการของผู้ป่วยได้ดังนี้

1) ความต้องการได้หายใจตามปกติ 2) ความต้องการได้รับประทานอาหารและดื่มน้ำอย่างเพียงพอ 3) ความต้องการได้ขับถ่ายเมื่อต้องการ 4) ความต้องการได้เคลื่อนไหวและดำรงภาวะทรหดทรงในลักษณะปกติ เช่น เดิน ยืน นั่ง เปลี่ยนอริยาบท เป็นต้น 5) ความต้องการได้พักผ่อนและนอนหลับ 6) ความต้องการได้เสื้อผ้าและเครื่องนุ่งห่มที่เหมาะสม 7) ความต้องการได้ดำรงอุณหภูมิของร่างกายในภาวะปกติ 8) ความต้องการมีร่างกายที่สะอาดและเรียบร้อย 9) ความต้องการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย 10) ความต้องการได้พูดคุยสังสรรค์กับบุคคลอื่นและได้แสดงออกถึงความรู้สึก อารมณ์ ความต้องการ ความกลัว หรือความคิดเห็น 11) ความต้องการได้นับถือศาสนาที่ศรัทธา 12) ความต้องการประสบความสำเร็จในการทำงาน 13) ความต้องการได้ร่วมนันทนาการ 14) ความต้องการได้เรียนรู้ หรือค้นพบสิ่งใหม่

การศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจใช้กรอบแนวคิด ความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ และหลักปฏิบัติการพยาบาลเป็นพื้นฐานในการพัฒนากรอบแนวคิดความต้องการการพยาบาล ผู้ศึกษาได้แบ่งความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ดังนี้คือ

1. ความต้องการการพยาบาลด้านร่างกาย ประกอบด้วย ความต้องการอากาศหายใจ อาหาร น้ำ การขับถ่าย การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนไหวของร่างกาย ความสุขสบาย ปราศจากความเจ็บปวด

2. ความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคม ประกอบด้วย ความปลอดภัย ความมั่นคง ความภาคภูมิใจ ความมีอิสระ ความรักจากบุคคลอื่น การยอมรับนับถือ การเห็นในคุณค่า การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น

3. ความต้องการการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วย ความหวัง ความเชื่อ ความปรารถนา

มนุษย์ทุกคนจะก้าวขึ้นไปในแต่ละขั้นตามลำดับ และเมื่อไปถึงจุดสุดยอดแล้ว อาจะกลับมาสู่บันไดขั้นล่างใหม่ได้ หากมีการเปลี่ยนแปลง หรือปัจจัยอื่นมากระทบ (สุปาณี, 2540) หรือความต้องการของมนุษย์จะแปรเปลี่ยนไปตามสภาพแวดล้อม หรือสิ่งที่เข้ามากระทบต่อ

ความเป็นอยู่ และการดำรงชีวิต ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจมีความแตกต่างกันน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ จำนวนครั้งที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ และประสบการณ์การได้รับเครื่องช่วยหายใจ

ผู้วิจัยนำความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งกล่าวมาข้างต้น เป็นแนวทางในการทบทวนวรรณคดีอย่างละเอียดลึกซึ้ง และสร้างแบบสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นเครื่องมือในการศึกษา เพื่อให้งานวิจัยเป็นไปในแนวทางที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

นิยามศัพท์

ความต้องการการพยาบาล หมายถึง ความต้องการการดูแลช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทั้งการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน และกิจกรรมด้านการรักษา การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การพยาบาลที่ได้รับ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแลช่วยเหลือในการได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน และกิจกรรมด้านการรักษา การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย
2. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหาร ในการนิเทศบุคลากรที่ให้การพยาบาลผู้ป่วย ระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ เพื่อใช้การพยาบาลได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย
3. เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนให้แก่นักศึกษาพยาบาล ในการให้การพยาบาลตรงกับความต้องการของผู้ป่วย
4. เป็นแนวทางในการศึกษาถึงประเด็นทางการพยาบาล และเทคนิคทางการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. ความต้องการการพยาบาล
2. การได้รับเครื่องช่วยหายใจ
3. ผลกระทบของการได้รับเครื่องช่วยหายใจต่อความต้องการและการพยาบาล
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการพยาบาล

ความต้องการการพยาบาล

ความต้องการเป็นความปรารถนาบางสิ่งบางอย่างที่มีความจำเป็นเพื่อการดำรงชีวิตหรือเพื่อรักษาภาวะสมดุลของการดำเนินชีวิตทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม (Kraegel, et al., 1974) มนุษย์มีความต้องการตามธรรมชาติ และมีอยู่เสมอไม่มีที่สิ้นสุด ขณะที่ความต้องการใดได้รับการตอบสนองแล้ว ความต้องการอย่างอื่นจะเข้ามาแทนที่ ความต้องการของมนุษย์จะมีเป็นลำดับขั้นตามความจำเป็นหรือความสำคัญ เมื่อความต้องการขั้นต้นได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้ว ความต้องการระดับต่อไปจะเกิดขึ้นมา และจะมีพลังผลักดันให้มนุษย์มีพฤติกรรมบางอย่างเพื่อให้ได้มาซึ่งการตอบสนองความต้องการนั้นๆ ความต้องการของมนุษย์จะซับซ้อนกันได้ความต้องการอย่างหนึ่งอาจยังไม่ทันหมดไปความต้องการอย่างอื่นก็เกิดขึ้นขึ้นมาได้ แม้ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองจนพอใจแล้วแต่ยังมีอิทธิพลอยู่ในตัวมนุษย์ไม่หมดสิ้นไป ความต้องการทางด้านร่างกายจะต้องได้รับการตอบสนองก่อน ความต้องการขั้นต่อไปจะพัฒนาขึ้นตามสภาพแวดล้อม (ธงชัย, 2530) มีนักวิชาการได้ศึกษาถึงความหมายและจำแนกความต้องการเป็นชนิดต่างๆ มากมาย เพื่อที่จะหาแนวทางในการตอบสนองความต้องการเหล่านั้น ดังนี้คือ

มาสโลว์ (Maslow) เชื่อว่า ความต้องการขั้นแรกจะต้องได้รับการตอบสนองก่อนจึงจะสามารถตอบสนองความต้องการขั้นต่อไปได้ โดยแบ่งความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ออกเป็น 5 ชั้น คือ (Chandel & Drake, 1991)

1. ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological Needs) เป็นความต้องการพื้นฐานเพื่อการมีชีวิตอยู่ และเพื่อรักษาไว้ซึ่งคุณภาพของสรีรวิทยา เช่น อากาศ น้ำ ยารักษาโรค อาหารและเครื่องนุ่งห่ม รวมทั้งที่อยู่อาศัย นอกจากนี้ยังรวมถึงการพักผ่อน การออกกำลังกาย การขับถ่ายสิ่งที่ร่างกายไม่ต้องการ หากบุคคลใดได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอแล้วจะพัฒนาไปในระดับที่สูงขึ้นไปอีก

2. ความต้องการในความปลอดภัย (Safety and Security Needs) เป็นความต้องการเกี่ยวกับความปลอดภัยและความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน

3. ความต้องการที่จะเป็นเจ้าของและต้องการความรัก (Belonging Needs and Love Needs) ความรู้สึกที่มีความรัก และเป็นที่ยรัก และมีผู้ห่วงใย ซึ่งเป็นความต้องการทางสังคมอย่างหนึ่งที่ช่วยทำให้มนุษย์สามารถอยู่ร่วมกันได้ด้วยความอบอุ่นมั่นใจ และยินดีร่วมมือในกิจกรรมของส่วนรวม

4. ความต้องการความภาคภูมิใจ (Esteem Needs) หมายถึง ความต้องการที่จะได้รับการยกย่องนับถือว่ามีค่าในครอบครัว เพื่อนฝูง และสังคม

5. ความต้องการความสำเร็จสมหวังในชีวิต (Need for Self-actualization or Self-fulfillment) เป็นการพัฒนาความต้องการของตนเองจนถึงขั้นสมบูรณ์และจุดสูงสุดของความต้องการของมนุษย์ โดยประจักษ์ในคุณค่าของตนเองและยึดหลักการดำรงชีพด้วยความดี แสวงหาสิ่งที่ดีและถูกต้องในการกระทำ โดยไม่คำนึงถึงผลตอบแทนคือ ลาภ ยศ ชื่อเสียง และสรรเสริญ หรืออิทธิพลใดๆ ในสังคม

สำหรับความต้องการของผู้ป่วยเกรเกล และคณะ (Kraegel, et al., 1974) ได้กล่าวถึงความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยไว้ โดยแบ่งความต้องการออกเป็น 3 ด้านคือ

1. ความต้องการทางด้านสรีรวิทยา หรือความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological Needs) ได้แก่ ความต้องการอากาศ การพักผ่อนนอนหลับ อาหาร น้ำ การขับถ่าย อุณหภูมิที่พอเหมาะ ความปลอดภัย ความสะอาดของร่างกาย การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบ ความสามารถเคลื่อนไหวตามความต้องการ ต้องการเป็นอิสระจากความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายต่างๆ รวมทั้งได้รับการกระตุ้นทางด้านประสาทสัมผัสทั้งห้า

2. ความต้องการด้านจิตสังคม (Socio-psychological Needs) ได้แก่ การมีเอกสิทธิ์ในการเลือก หรือควบคุมตัวเอง มีความสำเร็จ และมองเห็นความท้าทายของชีวิต มีความมั่นใจ มีความกระตือรือร้นในความรู้ตามความต้องการ คือได้รับการบอกเล่าได้รับการสอนแนะนำเกี่ยวกับความรู้ทางด้านสุขภาพ และได้รับการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลรอบข้าง มีความเป็นมนุษย์อย่างสมบูรณ์ ได้รับการยอมรับนับถือ และความเห็นชอบทั้งในด้านสภาพความสำเร็จ

ความนับถือในตนเอง สักดิ์ศรีความเป็นบุคคล การปฏิบัติจากบุคคลอื่นด้วยดี และความเคารพในสิ่งที่ไม่ควรเปิดเผยทั้งที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะของร่างกาย และความลับส่วนตัว

3. ความต้องการทางด้านสภาวะแวดล้อม (Environmental Needs) ได้แก่ ความต้องการความมั่นคง ความเรียบง่าย ความยืดหยุ่นเกี่ยวกับกฎระเบียบต่างๆ ความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรค และควมามีคุณค่าในตนเองทั้งด้านการเงินและสังคม

ส่วนบาร์เรต และคณะ (Barrett, et al., 1975) ได้จำแนกความต้องการของบุคคลที่เจ็บป่วย ไว้ 4 ประการดังนี้

1. ความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ได้แก่ ความต้องการความรัก ความภาคภูมิใจ การควบคุมเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของร่างกาย การดำเนินกิจกรรมส่วนตัวและความต้องการทางอารมณ์

2. ความต้องการด้านสังคม ได้แก่ การยอมรับความเป็นบุคคลมีคุณค่าได้รับการปฏิบัติด้วยดีจากบุคคลอื่น

3. ความต้องการทางการรักษาพยาบาล ได้แก่ การพักผ่อน ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ

4. ความต้องการทางการรักษา และฟื้นฟูอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ให้ทำหน้าที่ได้ตามปกติของระบบไหลเวียนโลหิต การทำงานของกล้ามเนื้อและข้อต่อ การได้รับสารอาหารที่ดี มีการทำงานของระบบขับถ่าย ระบบหายใจ และผิวหนัง เป็นต้น

แฮนเดอร์สัน (Henderson, 1955 อ้างตามสมจิต, 2535) เสนอแนวคิดเรื่องบุคคลว่า มีความต้องการขั้นพื้นฐาน ได้แก่ อากาศ อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ความรัก และยอมรับจากผู้อื่นว่าตนเองมีคุณค่า ต้องการการพึ่งพาซึ่งกันและกันในสังคม เป็นต้น และความต้องการเหล่านี้ถูกกระทบจากอาการและอาการแสดงที่เกิดจากโรคต่างๆ อายุ ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรม อารมณ์ ความสามารถทางด้านร่างกาย และสติปัญญา

ดังนั้น หลักการพยาบาลพื้นฐานของแฮนเดอร์สัน คือ การช่วยบุคคลในกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองความต้องการดังกล่าวคือ

1. การช่วยเหลือในเรื่องการหายใจ
2. การช่วยเหลือในเรื่องการรับประทานอาหารและน้ำดื่ม
3. การช่วยเหลือในการขับถ่าย
4. การช่วยเหลือในการรักษาทรุดตรงที่ถูกต้องในการเดิน หรือทำนอน
5. การช่วยเหลือในการพักผ่อนนอนหลับ
6. การช่วยเหลือในการเลือกเสื้อผ้า และการแต่งกายให้เหมาะสมและสะอาด
7. การช่วยเหลือในการรักษาอุณหภูมิของร่างกายให้อยู่ในระดับปกติ
8. การช่วยเหลือในการรักษาความสะอาดของร่างกาย

9. การช่วยเหลือในการหลีกเลี่ยงอันตรายต่างๆ จากสิ่งแวดล้อม
10. การช่วยเหลือในการติดต่อกับบุคคลอื่น
11. การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และความเชื่อของผู้ป่วย
12. การช่วยเหลือในเรื่องการทำงาน เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะพักฟื้น
13. การช่วยเหลือในการจัดกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ
14. การช่วยเหลือในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เพื่อการดำเนินชีวิตที่ปกติ

ในภาวะเจ็บป่วยบุคคลอาจไม่สามารถทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองได้ จึงต้องอาศัยผู้ดูแลหรือพยาบาลให้ความช่วยเหลือเพื่อสนองตอบความต้องการพื้นฐาน ทั้งนี้เพื่อคงไว้ซึ่งความเป็นปกติสุข

การประเมินความต้องการ

การที่จะทราบถึงความต้องการของบุคคล สามารถกระทำได้ด้วยวิธีใหญ่ๆ คือ การสังเกต การซักถาม การใช้เครื่องมือ กล่าวคือ

1. การสังเกต การสังเกตเป็นกุญแจสำคัญ ในการประเมินปัญหาและความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย เพื่อจะนำไปสู่แนวทางที่จะนำไปปฏิบัติ เพื่อให้การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (สุปาณี, 2540) ซึ่งพยาบาลจะต้องสังเกตในเรื่องต่างๆ ดังนี้

1.1 การแสดงสีหน้าของผู้ป่วย โดยการสังเกตสีหน้าของผู้ป่วยว่าอยู่ในภาวะเช่นไร ซึ่งความเจ็บปวด ความทุกข์ร้อน ไม่สุขสบายกายและใจ จะแสดงออกได้ทางสีหน้า

1.2 พฤติกรรมของผู้ป่วย การเอาใจใส่เฝ้ามองพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกมาในรูปของความรู้สึกนึกคิด และสภาวะทางอารมณ์ต่างๆ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความโกรธ ความท้อแท้สิ้นหวัง เป็นต้น จะทำให้พยาบาลมีความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น

1.3 สภาพผิวหนังของผู้ป่วย การสังเกตร่วมกับการสัมผัสจะทำให้พยาบาลรับรู้ได้ว่าผู้ป่วยมีสภาพของผิวหนังเป็นปกติหรือไม่ แห้ง ซื่น มีอุณหภูมิสูงหรือไม่

1.4 สิ่งขับถ่ายออกมาจากร่างกายของผู้ป่วย ได้แก่ อุจจาระ ปัสสาวะ สารคัดหลั่งที่ออกมาจากอวัยวะต่างๆ จะช่วยบอกให้พยาบาลทราบการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกายเป็นปกติหรือไม่

1.5 บรรยากาศ และสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวผู้ป่วย ได้รับความสะดวกสบาย และปลอดภัยหรือไม่ เช่น อุณหภูมิห้อง แสงสว่าง เสียงรบกวน เป็นต้น

2. การซักถามหรือการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์เพื่อการช่วยเหลือเป็นทักษะที่ต้องปฏิบัติไปพร้อมๆ กับการสร้างสัมพันธภาพ การสัมภาษณ์นอกจากได้ข้อมูลของผู้ป่วยแล้ว ช่วยให้พยาบาลและผู้ป่วยได้รู้จักและมีความเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้นในระหว่างการสัมภาษณ์ รวมทั้งการสัมภาษณ์ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองกับความต้องการทางด้านอารมณ์ จิตใจได้ทันที เพราะเป็นการผสมผสาน การแสดงถึงความห่วงใย ดูแลและการช่วยเหลือคำจุนความ รู้สึกของผู้ป่วยไปด้วยในขณะเดียวกัน (กฤตยา, 2539)

คำบอกเล่าหรือคำที่แสดงถึงความต้องการของบุคคลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ถือว่าตรงตามความต้องการจริงของบุคคลนั้นๆ วิธีการซักถามนี้ข้อมูลจะเชื่อถือได้ เมื่อบุคคลที่ถูกสัมภาษณ์ มีสติสัมปชัญญะ หรือการรับรู้ปกติ ซึ่งผู้สัมภาษณ์สามารถประเมินได้จากลักษณะการรับรู้ที่ถูกต้องของผู้ถูกสัมภาษณ์เกี่ยวกับกาลเวลา สถานที่ และบุคคล

3. การใช้เครื่องมือ (measurement) เป็นวิธีการใช้เครื่องมือต่างๆ ในการตรวจวัด ประกอบกับการสังเกต เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ชัดเจน และแน่นอน เช่น การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดอุณหภูมิร่างกาย เป็นต้น

ในการประเมินความต้องการของผู้ป่วย พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยแล้ว จะต้องฝึกทักษะในการสังเกต การติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นอย่างดีด้วย จึงจะทำให้ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องครอบคลุม และตรงตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย

การพยาบาล

การพยาบาลเป็นการกระทำเพื่อให้การดูแลแก่ผู้ป่วย หรือผู้มีปัญหาสุขภาพ มีสพลอเรนซ์ ไนติงเกล ซึ่งเป็นผู้นำในวงการพยาบาลคนแรกที่ทำให้วิชาชีพการพยาบาลเจริญก้าวหน้าจนกระทั่งปัจจุบัน ได้ให้ความหมายของ “การพยาบาล” ไว้ว่า เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ เพื่อให้อยู่ในสภาวะที่ต่อสู้การรุกรานของโรคได้อย่างดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ให้คำจำกัดความของ “การพยาบาล” ว่าเป็นการใช้ศิลปะ และวิทยาศาสตร์ในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ โดยยึดหลักการให้ความปลอดภัย การส่งเสริมสุขภาพอนามัยอันดี โดยมีได้คำนึงถึงเพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา ฐานะ ตลอดจนลัทธิการเมือง (สุปณี, 2540) สำหรับองค์กรวิชาชีพของประเทศไทย ได้ระบุความหมายของ “การพยาบาล” ไว้ในพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 กำหนดไว้ว่า การพยาบาลคือ การกระทำในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย เพื่อบรรเทาอาการโรคและการลุกลามของโรค การประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพอนามัย และการป้องกันโรค และการช่วยเหลือแพทย์และกระทำตาม

คำสั่งในการรักษาโรคของแพทย์ ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์ และศิลปะการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2528 อ้างตามกุลยา, 2540)

การพยาบาลที่ถูกต้อง ต้องมีจุดประสงค์ที่เกิดจากความเข้าใจร่วมกันทั้งผู้รับการพยาบาลและพยาบาล โดยใช้ศาสตร์และศิลปะแห่งการพยาบาล การใช้ศาสตร์ และเทคโนโลยีในการรักษาที่รวดเร็ว จำเป็นต้องมีการพยาบาลที่พร้อมช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจปฏิบัติตามแนวการรักษาได้ถูกต้อง สามารถเห็นผลและความก้าวหน้าที่จะเกิดจากการรักษาและการปฏิบัติตามการพยาบาล การบรรลุถึงเป้าหมายการพยาบาลนี้ ต้องอาศัยความเป็นศาสตร์ในการเข้าถึงปัญหาด้วยความเอาใจใส่ดูแลและเอื้ออาทรซึ่งเป็นศิลปะประกอบ ทำให้ผู้รับการพยาบาลให้ความร่วมมือ และสบายใจ การใช้ศาสตร์และศิลปะการพยาบาล จะแตกต่างกันไปตามอาการของโรค ระดับของโรค ภาวะทางกายภาพผู้ป่วย พื้นฐานร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้รับการพยาบาลแต่ละคน (กุลยา, 2540)

การพยาบาลเป็นการให้บริการสุขภาพแก่บุคคลโดยไม่คำนึงถึง อายุ เชื้อชาติ ศาสนา ศิว ลัทธิการเมือง ฐานะทางสังคม การให้การพยาบาลต้องคำนึงถึงคุณค่าของแต่ละบุคคลเป็นหลัก มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีจิตใจที่สลับซับซ้อนละเอียดอ่อน และมีความต้องการ มีลักษณะเฉพาะของตนที่ไม่เหมือนกัน ดังนั้น การพยาบาลจะต้องคำนึงถึงความต้องการของแต่ละบุคคล ต้องให้การพยาบาลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม (สุปาลี, 2540)

การได้รับเครื่องช่วยหายใจ

ปัจจุบันได้มีการนำเครื่องช่วยหายใจมาใช้อย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับผู้ป่วยวิกฤตเพื่อเป็นเครื่องมือที่สามารถช่วยการหายใจของผู้ป่วยเมื่อมีการหายใจไม่เพียงพอ หรือในภาวะหยุดหายใจ ทั้งนี้เพราะเครื่องช่วยหายใจจะขับแก๊สเข้าสู่ปอดด้วยความดันบวก หรือความดันลบ (Ferland, 1991)

วัตถุประสงค์และข้อบ่งชี้ในการใช้เครื่องช่วยหายใจ

วัตถุประสงค์ในการใช้เครื่องช่วยหายใจมีดังนี้คือ (ศิริรัตน์, 2535; Kersten, 1989)

1. ให้มีการระบายอากาศที่เพียงพอ
2. ให้ร่างกายได้รับออกซิเจนที่เหมาะสม
3. ลดการทำงานของปอด และกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ
4. เพื่อให้ยาขยายหลอดลม

ข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจ อาจแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ (Kersten, 1989)

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจไม่เพียงพอ หรือมีภาวะหายใจวายเกิดขึ้น ได้แก่ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอก ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงซึ่งจำเป็นต้องได้รับการทำผ่าตัด ผู้ป่วยที่ได้รับภัยอันตรายต่อทรวงอก เช่น ภาวะอกรวน และหลังการช่วยฟื้นคืนชีพ (cardiopulmonary resuscitation : CPR) เป็นต้น
2. ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของเนื้อปอด ทำให้เกิดปัญหาในการแลกเปลี่ยนแก๊ส เช่น ปอดอักเสบรุนแรง ปอดบวมน้ำ เป็นต้น
3. ผู้ป่วยที่มีหลอดลมตีบแคบ เช่น ภาวะหืดรุนแรง ภาวะการหายใจวายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น
4. ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจวายจากสาเหตุภายนอกปอด ได้แก่ ได้รับยากดสมอง เช่น ยานอนหลับเกินขนาด โรคของระบบประสาทส่วนกลาง เช่น สมองอักเสบจากเชื้อไวรัส หรือความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลาย และกล้ามเนื้อ เช่น พิษจากงูเห่ากัด เป็นต้น

ชนิดของเครื่องช่วยหายใจ

การแบ่งชนิดของเครื่องช่วยหายใจทำได้หลายวิธี วิธีการแบ่งที่นิยมใช้กันมากคือ การแบ่งตามการกำหนดจังหวะการหายใจ ซึ่งใช้เพียงแรงดัน ปริมาตร และเวลาเป็นตัวกำหนด จังหวะการหายใจเข้า-ออก (Flynn & Bruce, 1993; Hudak, et al., 1994; Ignatavicius, et al., 1995) เครื่องช่วยหายใจที่ใช้กันแพร่หลายทั่วไปในโรงพยาบาล ได้แก่ ชนิดที่ใช้แรงดันและปริมาตรควบคุมการทำงาน ส่วนชนิดที่ใช้เวลาควบคุมการทำงานใช้แพร่หลายในเด็กและทารกแรกเกิด (เกรียงศักดิ์, 2536; Flynn & Bruce, 1993; Ignatavicius, et al., 1995) ดังนั้นจึงจะกล่าวเฉพาะเครื่องช่วยหายใจชนิดที่ใช้แรงดันและปริมาตรควบคุมการทำงานเท่านั้น

เครื่องช่วยหายใจที่ใช้แรงดันควบคุมการทำงาน (Pressure-Cycled ventilator) เครื่องช่วยหายใจชนิดนี้อาศัยแรงดันของออกซิเจนไม่ต่ำกว่า 50 ปอนด์ต่อตารางนิ้ว ซึ่งได้จากท่อที่ส่งออกซิเจนมาจากหน่วยจ่ายกลาง (central pipeline) หรือออกซิเจนภายในถัง (oxygen tank) หรือจากอากาศอัดแรง (air compressor) ซึ่งเป็นอากาศธรรมดาที่มีแรงดันสูงดันอากาศจำนวนหนึ่งผ่านเข้าเครื่องแล้วออกไปสู่ผู้ป่วย ทำให้เกิดช่วงหายใจเข้า และอาศัยการคืนตัวของปอดทำให้เกิดช่วงหายใจออก จนทำให้ความดันภายในปอดเท่ากับความดันของบรรยากาศจึงสิ้นสุดการหายใจออก หลักการทำงานของเครื่องชนิดนี้คือ ผู้ป่วยมีการหายใจเข้าได้จนกระทั่งความดันในทางเดินหายใจสูงถึงจุดหรือระดับที่ตั้งไว้ที่เครื่อง และหลังจากนั้นจังหวะการหายใจเข้าจะถูกตัด เครื่องจะหยุด

ดันอากาศ ทำให้อากาศไม่สามารถดันเข้าไปในปอดระยะหนึ่ง จึงเกิดการหายใจออกจึงเกิดขึ้น และหลังจากนั้นเครื่องจะทำงานดันอากาศผ่านเข้าไปในทางเดินหายใจของผู้ป่วยได้อีกสลับกันไปเรื่อยๆ สำหรับปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าจะมากขึ้นกับความดันที่ตั้งไว้ (Flynn & Bruce, 1993) แต่ปริมาตรอากาศจะเปลี่ยนแปลงตามแรงต้านในทางเดินหายใจ (air way resistance) และความยืดหยุ่นของเนื้อปอด (lung compliance) (Ignatavicius, et al., 1995) เช่น มีการอุดตันในทางเดินหายใจ จะมีผลให้ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าลดลง เกิดการระบายอากาศไม่เพียงพอได้ เครื่องช่วยหายใจชนิดนี้ไม่มีตัวควบคุมออกซิเจน ใช้ได้ดีกับผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวที่ปอดปกติ แต่ไม่สามารถใช้กับผู้ป่วยที่มีแรงต้านในทางเดินหายใจ และปอดที่มีพยาธิสภาพ (Dillon, 1988) เครื่องช่วยหายใจชนิดนี้ได้แก่ Bird's Respirator

เครื่องช่วยหายใจที่ใช้ปริมาตรควบคุมการทำงาน (Volume-Cycled ventilator) เครื่องทำงานโดยอาศัยการกำหนดปริมาตรของอากาศเป็นตัวตัดจังหวะของการหายใจเข้า เมื่อเครื่องดันอากาศเข้าไปในทางเดินหายใจเท่ากับปริมาตรที่ตั้งไว้ที่เครื่อง เครื่องจะหยุดดันอากาศเข้าและจะเป็นระยะเวลาของการหายใจออก หรือกล่าวได้ว่า การหายใจเข้าจะสิ้นสุดเมื่อได้รับอากาศตามที่ต้องการที่ตั้งไว้ (อรสา, 2536; Ferland, 1991; Flynn & Bruce, 1993; Hudak, et al., 1994) ปริมาตรอากาศในการหายใจเข้าแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยได้รับจะคงที่ ความดันในทางเดินหายใจจะเปลี่ยนไปตามแรงต้านในทางเดินหายใจ และความยืดหยุ่นของเนื้อปอด (Traver, et al., 1991; Kersten, 1989; Flynn & Bruce, 1993) เครื่องช่วยหายใจชนิดนี้นิยมใช้ในกรณีที่มียาธิสภาพของปอดเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ใช้ดีที่สุดในผู้ป่วยที่ต้องจำกัดออกซิเจน เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถควบคุมความดันในทางเดินหายใจให้อยู่ในเกณฑ์ที่ต้องการ ปรับตั้งปริมาตรหายใจ และความเข้มข้นของออกซิเจนที่หายใจเข้า (FiO_2) มีเสียงสัญญาณเตือนแจ้งความคิดปกติเมื่อไม่ได้ค่าตามที่ตั้งไว้ เช่น มีความต้านทานของทางเดินหายใจและปอดเพิ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยไอ มีเสมหะคั่งค้างหรือปอดมีความยืดหยุ่นน้อยลง ทำให้สามารถแก้ไขได้ทันที่ แต่เครื่องช่วยหายใจชนิดนี้ก็มีผลทำให้เกิดแรงดันในทรวงอก และทางเดินหายใจได้มาก

เครื่องช่วยหายใจชนิดนี้ได้แก่ Bennett MA-1, Bennett MA-2 Bennett 7200 และ Servo เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเครื่องช่วยหายใจ

การได้รับเครื่องช่วยหายใจอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ มากน้อยขึ้นอยู่กับ การปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย และระยะเวลาในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนพอสรุบได้ดังนี้

1. ระบบหัวใจและหลอดเลือด ปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาที (cardiac output) ลดลง เนื่องจากในขณะที่หายใจเข้าเครื่องช่วยหายใจทำให้ความดันในทางเดินหายใจและทรวงอกเพิ่มขึ้น มีผลให้เลือดไหลกลับเข้าหัวใจลดลง ผลที่ตามมาคือ ความดันโลหิตจะต่ำลง (Kersten, 1989; Noll, 1993; Ignatavicius, et al., 1995)

2. ระบบหายใจ ความดันที่เพิ่มขึ้นจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อาจจะทำให้มีการแตกของถุงลม ในผู้ป่วยที่มีโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง หรือใช้ความดันสูงเกินไป ทำให้มีลมรั่วเข้าไปถึงชั้นพังผืด (fascia) เกิดลมใต้ผิวหนัง (subcutaneous emphysema) หรือมีลมรั่วเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอดเกิดมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (pneumothorax) หรือลมเข้าไปที่เยื่อหุ้มตรงกลางอกเกิดมีลมในเมดิแอสติเนียม (pneumomediastinum) (Kersten, 1989; Noll, 1993; Ignatavicius, et al., 1995) ซึ่งถ้าเกิดมาก และไม่ได้รับการแก้ไขผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ นอกจากนี้การปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจที่ไม่เหมาะสม การอุดต้น หักพับหรืองอของท่อหรือสาย จะทำให้มีการระบายอากาศที่น้อยเกินไป (Hudak, et al., 1994) ซึ่งการระบายอากาศที่น้อยเกินไปเป็นระยะเวลาานาน ก่อให้เกิดภาวะถุงลมโป่งพอง และที่สำคัญคือ ภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อทางเดินหายใจ จะเกิดอันตรายต่อกล่องเสียง และหลอดลม หากการคาท่อทางเดินหายใจเป็นระยะเวลาานาน และความดันในกระเปาะสูงเกินไป (Kersten, 1989; Traver, et al., 1991; Noll, 1993)

3. ระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจจะมีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร ซึ่งเกิดจากความเครียดจากการที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร พบว่ามีประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจเกิดแผลในกระเพาะอาหารจากความเครียด (Ignatavicius, et al., 1995) หรือถ้าได้รับสเตียรอยด์อยู่จะมีโอกาสเกิดได้มากกว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจมีเลือดปนในอุจจาระ และร้อยละ 15 ของผู้ป่วยนี้ที่มีเลือดออกในกระเพาะอาหารต้องให้เลือดเพิ่ม (Kersten, 1989) ภาวะแทรกซ้อนอื่นที่เป็นไปได้คือ เกิดภาวะท้องอืด (gastric distention) และถ้าใส่หยุดทำงานชั่วคราว (paralytic ileus) (Noll, 1993)

4. ไต ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจมักจะมีภาวะน้ำเกิน ซึ่งอาจเกิดจากเลือดไหลกลับหัวใจลดลง เป็นผลทำให้มีการกระตุ้นประสาทเวกัสซึ่งอยู่ที่หัวใจห้องบนขวาและไวต่อการลดลงของเลือดไหลกลับหัวใจ จึงทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนที่ยับยั้งการขับปัสสาวะ (antidiuretic hormone) เพิ่มขึ้น (Hudak, et al., 1994) ร่วมกับการที่มีเลือดไปเลี้ยงไตลดลง มีผลกระตุ้นการ

ตอบสนองของระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน (renin-angiotensin aldosterone system) ทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตหดตัวไตจึงกักเก็บน้ำมากขึ้น (Kersten, 1989; Noll, 1993; Hudak, et al., 1994; Ignatavicius, et al., 1995)

5. การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบได้บ่อย ซึ่งมีกลไกการเกิดดังนี้ โดยปกติแล้วจุลชีพประจำถิ่นที่กล่องเสียง (larynx) จะเป็นแบคทีเรียแกรมบวก เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และได้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันหรือรักษาการติดเชื้อ แบคทีเรียประจำถิ่นจะถูกทำลาย ต่อมาจะมีการแบ่งตัวและเพิ่มจำนวนของแบคทีเรีย (colonization) ชนิดแกรมบวก ซึ่งแบคทีเรียนี้จะเป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ปัจจัยที่มีส่วนช่วยในการแพร่กระจายของแบคทีเรียที่ก่อให้เกิดโรคได้แก่ การปนเปื้อนของอุปกรณ์ช่วยหายใจ เช่น เครื่องทำความชื้น เครื่องทำละอองฝอย และสายเครื่องช่วยหายใจ รวมทั้งเวลาที่เหมาะสมในการเปลี่ยนสายเครื่องช่วยหายใจ และเครื่องทำความชื้น บุคลากรละเลยการล้างมือ ประสิทธิภาพในการไอเพื่อขับเสมหะของผู้ป่วยลดลง ส่วนด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ภาวะระบายอากาศไม่ดี (Kersten, 1989)

6. ออกซิเจนเป็นพิษ พบได้ในรายที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่ให้ความเข้มข้นของออกซิเจนสูงเป็นระยะเวลานาน ซึ่งพบว่าปอดจะเริ่มมีพยาธิสภาพเมื่อได้ออกซิเจนความเข้มข้นสูงนานกว่า 4-8 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะมีอาการต่างๆ กันเช่น ระบายเคืองหลอดลม ไอ และเหนื่อยหอบ เป็นต้น

ผลกระทบของการได้รับเครื่องช่วยหายใจต่อความต้องการและการพยาบาล

มนุษย์ประกอบด้วยร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณซึ่งต่างเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน เมื่อใดที่ส่วนใดส่วนหนึ่งได้รับความกระทบกระเทือนก็จะส่งผลกระทบต่อส่วนอื่นๆ ด้วยความรุนแรงของผลกระทบมากน้อยแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งมีลักษณะเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยจะต้องเป็นการพยาบาลคนทั้งคนในฐานะที่เป็นองค์รวม โดยไม่แยกร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณออกจากกัน ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลต้องมีความผสมผสานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณไปพร้อมๆ กัน เพื่อส่งเสริมความเป็นองค์รวมของบุคคลและช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความแกร่ง สามารถยืนหยัดต่อสู้กับโรค และมีภาวะสุขภาพที่ดี (Flynn, 1980 อ้างตาม สายพิน, 2533) สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจสามารถแยกผลกระทบของเครื่องช่วย

หายใจต่อความต้องการและการพยาบาลของผู้ป่วย ออกเป็นทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย

1.1 การหายใจที่ต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยจะได้รับออกซิเจนเพียงพอหรือไม่ขึ้นอยู่กับภาวะระบบทางเดินหายใจ การมีภาวะพร่องออกซิเจน และร่างกายมีการผลิตคาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มขึ้น

การระบบทางเดินหายใจไม่เพียงพอของผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจเกิดขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องการท่อทางเดินหายใจ การคาท่อทางเดินหายใจขนาดเล็กจะเป็นการเพิ่มแรงต้านของทางเดินหายใจ และท่อทางเดินหายใจมีโอกาสเกิดการอุดตันจากเสมหะมากกว่าท่อทางเดินหายใจขนาดใหญ่ (Norton & Neureuter, 1989; Traver, et al., 1991) ท่อทางเดินหายใจหรือท่อเจาะคอ เป็นสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจจะกระตุ้นให้มีน้ำลาย และเสมหะเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเมื่อมีการติดเชื้อของทางเดินหายใจ (อรสา, 2536) ขณะเดียวกันการใส่ท่อทางเดินหายใจนั้น ทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมถูกสกัดทาง (by pass) อากาศที่หายใจเข้าไม่ได้ผ่านจมูกและทางเดินหายใจส่วนบน ทำให้อากาศนั้นแห้งขาดความชื้นเสมหะที่เกิดขึ้นจึงเหนียวและแห้ง นอกจากนี้การคาท่อทางเดินหายใจหรือท่อเจาะคอ ทำให้การทำงานของขนกวัด (cilia) ลดลง ประกอบกับผู้ป่วยไม่สามารถไอได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากอพิกลอติส (epiglottis) ปิดไม่สนิท เป็นสาเหตุให้เกิดการคั่งค้างและการอุดตันของเสมหะได้ (ศิริรัตน์, 2535; ปราณี, 2537; Traver, et al., 1991) ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการดูดเสมหะ ซึ่งในขณะที่ดูดเสมหะนั้นทำให้เกิดการไอ เนื่องจากการระคายเคืองของหลอดลม และคาโรนา อาจจะทำให้เกิดการหดเกร็งของหลอดลม (bronchospasm) ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของการมีแรงต้านในทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่คาท่อทางเดินหายใจทางปาก ผู้ป่วยอาจจะกัดท่อทางเดินหายใจ (Traver, et al., 1991; Hudak, et al., 1994) รวมทั้งการหักพับหรืองอของท่อทางเดินหายใจ หากมีการจัดวางในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม (Kersten, 1989) จะเห็นได้ว่า ท่อทางเดินหายใจขนาดเล็ก ปริมาณเสมหะจำนวนมาก และมีลักษณะเหนียว การไอไม่มีประสิทธิภาพของผู้ป่วย การหักพับหรืองอของท่อทางเดินหายใจ และการหดเกร็งของหลอดลม ล้วนเป็นปัจจัยทำให้มีแรงต้านเพิ่มขึ้นในทางเดินหายใจ มีผลให้การระบบทางเดินหายใจไม่เพียงพอ

นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจอาจได้รับปริมาตรอากาศหายใจเข้าหรือออกตามปกติใน 1 ครั้ง (tidal volume) ลดลง ในคนปกติปริมาตรอากาศหายใจเข้าหรือออกตามปกติใน 1 นาที มีค่าประมาณ 500 มิลลิลิตร (Shapiro, et al., 1983) หรือประมาณ 8-10

มีลิลิตรต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม แต่การได้รับเครื่องช่วยหายใจชนิดที่ใช้แรงดันควบคุมการทำงาน ซึ่งปริมาตรอากาศหายใจเข้าใน 1 ครั้ง จะเปลี่ยนแปลงตามแรงต้านในทางเดินหายใจ และความยืดหยุ่นของเนื้อปอด เช่น หากมีการอุดตันหรือมีแรงต้านเพิ่มขึ้นในทางเดินหายใจ ก็จะมีผลทำให้ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าลดลง เกิดการระบายอากาศไม่เพียงพอได้ (อรสา, 2536; Kersten, 1989; Flynn & Bruce, 1993; Hudak, et al., 1994; Ignatavicius, et al., 1995) รวมทั้งในขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยจะได้รับปริมาตรอากาศหายใจเข้าหรือออกตามปกติใน 1 นาทีลดลงจากการรั่วของกระเปาะลมต่อทางเดินหายใจหรือท่อเจาะคอ (Traver, et al., 1991) หรือข้อต่อของสายเครื่องช่วยหายใจหลวม (Traver, et al., 1991; Hudak, et al., 1994) และการปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจไม่ดี ผู้ป่วยหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ (Johnson & Sexton, 1990; Flynn & Bruce, 1993; Noll, 1993) ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยได้รับปริมาตรอากาศหายใจเข้าหรือออกตามปกติใน 1 นาทีลดลง มีผลให้การระบายอากาศไม่เพียงพอ

ภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxemia) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดจากการดูดเสมหะ (Flynn & Bruce, 1993; Hudak, et al., 1994; Carroll, 1995) ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจมีความจำเป็นต้องได้รับการดูดเสมหะ การเกิดภาวะพร่องออกซิเจนขึ้นอยู่กับ (ปราณี, 2537)

1. ขนาดของสายยางดูดเสมหะ หากใช้สายดูดเสมหะที่มีขนาดใหญ่เกินไป จะทำให้เกิดความดันลบมากในปอด
2. ความดันลบที่ใช้ในการดูดเสมหะ ความดันลบที่ใช้ในการดูดเสมหะ จะดูดเอาออกซิเจนที่ค้างอยู่ในปอดออกมาพร้อมกับเสมหะ ทำให้ถุงลมปอดแฟบ เกิดภาวะออกซิเจนในถุงลม และในเลือดต่ำตามมาอย่างรวดเร็ว
3. ระยะเวลาที่ใช้ในการดูดเสมหะ ยิ่งใช้เวลาในการดูดเสมหะนานออกซิเจนที่อยู่ภายในปอดจะถูกดูดออกมามากด้วย

จากปัจจัยดังกล่าวในระหว่างการดูดเสมหะมีผลต่อการแลกเปลี่ยนแก๊สเป็นเหตุให้ผู้ป่วยหายใจอึดอัด หายใจไม่ออก และหายใจลำบาก (Linn, 1982; Clark, 1986; Flynn & Bruce, 1993)

ร่างกายมีการผลิตคาร์บอนไดออกไซด์จะเพิ่มมากขึ้น หากการให้โภชนาบำบัดไม่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะหย่าหรือยกเลิกการใช้เครื่องช่วยหายใจ หากผู้ป่วยได้รับคาร์โบไฮเดรตมากกว่า 400 กรัมต่อวัน จะทำให้คาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มมากขึ้นจากการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต (Traver, et al., 1991; Carroll, 1995) และยังทำให้การใช้ออกซิเจน

ในการเผาผลาญเพิ่มขึ้นด้วย (ดวงใจ, 2539) มีผลทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลว (Flynn & Bruce, 1993; Hudak, et al., 1994; Ignatavicius, et al., 1995)

การพยาบาลเพื่อป้องกันไม่ให้แรงต้านทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น และการอุดตันของทางเดินหายใจจากเสมหะ พยาบาลควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ และออกซิเจนที่ให้ผู้ป่วยควรได้รับความชื้นความอบอุ่นด้วยการดูแลให้มีน้ำในกระบอกทำความชื้นของเครื่องช่วยหายใจอย่างเพียงพอ เพื่อให้เสมหะใสขึ้นสามารถถูกขับออกจากหลอดลมได้ง่าย (Flynn & Bruce, 1993; Hudak, et al., 1994) ระวังอย่าให้ท่อทางเดินหายใจหักพับหรืองอ ในผู้ป่วยที่กัดท่ออาจจะจำเป็นต้องใส่ oropharyngeal airway (ดวงใจ, 2539; Ignatavicius, et al., 1995) พยาบาลต้องแนะนำวิธีการไอที่ถูกต้องให้ผู้ป่วย และทำกายภาพบำบัดทรวงอก โดยการเคาะปอดอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง (ดวงใจ, 2539; Hudak, et al., 1994) เพื่อให้เสมหะเหนียวหลุด และให้ผู้ป่วยไอออกหรือช่วยดูดออก ซึ่งการดูดเสมหะเป็นวิธีช่วยขจัดเสมหะของผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ แต่ต้องทำอย่างระมัดระวังผู้ป่วยอาจจะเกิดภาวะขาดออกซิเจน หัวใจเต้นผิดปกติ ปอดแฟบ และติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ (Hudak, et al., 1994) ดังนั้นจึงควรดูดเสมหะตามความจำเป็น (ดวงใจ, 2539; Flynn & Bruce, 1993; Hudak, et al., 1994; Carroll, 1995) ซึ่งข้อบ่งชี้ในการดูดเสมหะของผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ ฟังเสียงปอดพบเสียง rhonchi หรือได้ยินเสียงเสมหะ เครื่องช่วยหายใจมีความดันสูงขึ้นในการช่วยหายใจ (Hudak, et al., 1994; Carroll, 1995; Ignatavicius, et al., 1995) ในกรณีที่ผู้ป่วยหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ หากพบว่าเครื่องช่วยหายใจทำงานตามปกติ ให้ดูดเสมหะเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง แล้วต่อเครื่องช่วยหายใจ และหากผู้ป่วยยังคงหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ให้เอาเครื่องช่วยหายใจออก แล้วบีบถุงลมช่วยหายใจแทน (จงจิตต์, 2528)

การป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนในขณะที่ดูดเสมหะ โดยทำให้ค่าความดันออกซิเจนในเลือดแดงของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นก่อนและหลังดูดเสมหะ โดยการให้ปริมาตรอากาศ 1.5 เท่าของปริมาตรอากาศหายใจเข้าหรือออกตามปกติใน 1 นาที 4-5 ครั้ง (Flynn & Bruce, 1993; Hudak, et al., 1994) ร่วมกับการให้ออกซิเจนความเข้มข้น 100% (Johnson & Sexton, 1990; Flynn & Bruce, 1993; Hudak, et al., 1994; Carroll, 1995) ซึ่งการให้ปริมาตรอากาศสามารถทำได้ด้วยการใช้ถุงลมช่วยหายใจ หรือใช้ปุ่ม sigh ของเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งจะให้ผลดีกว่าการใช้ถุงลมช่วยหายใจ (ปราณี, 2537) เลือกลงขนาดสายยางดูดเสมหะไม่ควรมีขนาดเกิน 1/2 ของเส้นผ่าศูนย์กลางท่อทางเดินหายใจ (Flynn & Bruce, 1993; Hudak, et al., 1994) ใช้ความดันลมในการดูดเสมหะ 100-120 มม.ปรอท (Hudak, et al., 1994) และใช้เวลาในการดูดเสมหะประมาณ 10-15 วินาที (Johnson & Sexton, 1990; Flynn & Bruce, 1993; Hudak, et al., 1994)

1.2 ความเจ็บปวดและความไม่สุขสบาย

ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ จะต้องได้รับการจัดการรักษาพยาบาลที่จำเป็น ซึ่งกิจกรรมการรักษายาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวด และไม่สุขสบายดังนี้คือ

1.2.1 การใส่และคาท่อทางเดินหายใจ

การใส่และคาท่อทางเดินหายใจ เพื่อเป็นช่องทางสำหรับให้เครื่องช่วยหายใจดันอากาศเข้าสู่ปอดของผู้ป่วย อาจใส่ผ่านทางปาก (orotracheal intubation) หรือผ่านทางจมูก (nasotracheal intubation) ซึ่งการใส่และคาท่อทางเดินหายใจผ่านช่องทางที่ต่างกันนั้นมีข้อดีและข้อเสียแตกต่างกันไป กล่าวคือ การใส่ผ่านทางปากมีข้อดีว่าการใส่ผ่านทางจมูก ก็อกระทำง่าย และรวดเร็วกว่า ใช้ท่อขนาดใหญ่ และสั้นกว่า ทำให้แรงต้านการผ่านของลมหายใจน้อย และมีโอกาสเกิดก้อนเสมหะอุดในท่อน้อยกว่า เนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการใส่ท่อน้อยกว่า แต่จะประสบปัญหาท่อเลื่อนเข้า-ออกได้ง่าย ซึ่งอาจทำให้ท่ออยู่ในตำแหน่งที่ตื้นหรือลึกเกินไป ผู้ป่วยไม่ค้อยอมรับเพราะต้องอ้าปากไว้เล็กน้อยตลอดเวลา ส่วนการใส่และคาท่อผ่านทางจมูกจะมีข้อดีถ้าต้องคาท่อไว้เป็นเวลานานกว่า เพราะผู้ป่วยจะรู้สึกสบายมากกว่า แต่มีข้อเสียคือ ใส่ไว้ยากกว่า ต้องใช้ท่อขนาดเล็กทำให้มีแรงต้านการผ่านของลมหายใจมากกว่า และมีโอกาสเกิดก้อนเสมหะอุดในท่อนมากกว่า (Traver, et al., 1991 : 144) ส่วนตำแหน่งของการใส่และคาท่อทางเดินหายใจที่เหมาะสมควรให้ปลายท่ออยู่เหนือ carina ประมาณ 1 นิ้ว (Ignatavicius, et al., 1995) หากผู้ป่วยจะต้องคาท่อทางเดินหายใจนานเกินกว่า 10-14 วัน แพทย์จะพิจารณาเป็นการใส่ท่อทางคอหรือเจาะคอแทน (tracheostomy) (Hudak, et al., 1994; Ignatavicius, et al., 1995) ซึ่งการดูแลและการดูดเสมหะทำได้ง่ายกว่า ท่อมีโอกาสดูดตันน้อยและยึดตรึงให้อยู่กับที่ได้ง่าย ผู้ป่วยจะรู้สึกสุขสบายมากกว่าการใส่ท่อทางเดินหายใจผ่านทางปากหรือจมูก (Frace, 1982; Traver, et al., 1991; Flynn & Bruce, 1993; Jablonski, 1994)

การใส่และคาท่อทางเดินหายใจ เป็นกิจกรรมการรักษายาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวด และไม่สุขสบาย ซึ่งความเจ็บปวดเกิดจากการบาดเจ็บ และระคายเคืองต่อเยื่อในช่องปาก ลำคอ หลอดลม และกล่องเสียง การกระทบกระแทกของปลายท่อทางเดินหายใจ กระเปาะของท่อทางเดินหายใจกดอวัยวะดังกล่าว และการบาดเจ็บของหลอดลมเกิดจากขนาดของท่อทางเดินหายใจใหญ่เกินไป รวมทั้งท่อทางเดินหายใจยังทำให้เกิดแผลกดทับที่จมูกหรือมุมปากที่คาท่อทางเดินหายใจ (Kersten, 1989; Lewis & Collier, 1992) และบริเวณผิวหนังที่ติดพลาสติกอาจหลุดลอกและได้รับอันตราย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่คาท่อทางเดินหายใจไว้นาน ความเจ็บปวดจะรุนแรงมากขึ้น หากท่อทางเดินหายใจมีการเคลื่อนไหวขึ้นลง แกว่ง ดึงรั้ง (Flynn & Bruce, 1993; Jablonski, 1995)

ผู้ป่วยที่คาท่อทางเดินหายใจไม่สุขสบายจากความรู้สึกกระหายและปากแห้ง (Frace, 1982; Flynn & Bruce, 1993; Jablonski, 1994) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่คาท่อทางเดินหายใจส่วนใหญ่มักมีความจำเป็นต้องผูกยึด เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจ ผู้ป่วยอาจจะนอนอยู่ท่าเดียววนๆ และปวดหลังเมื่อนอนหงาย ซึ่งเป็นการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว และก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย (Johnson & Sexton, 1990; Traver, et al., 1991; Flynn & Bruce, 1993; Jablonski, 1994)

1.2.2 การดูดเสมหะ

ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจจำเป็นต้องคาท่อทางเดินหายใจ หรือท่อเจาะคอ ซึ่งจะทำให้มีการสร้างหรือหลั่งเสมหะในทางเดินหายใจมากขึ้น ตามปกติร่างกายจะผลิตเสมหะประมาณ 10-100 มิลลิลิตรต่อวัน (Gong & Drage, 1982) ในขณะที่เดียวกันทางเดินหายใจส่วนบนและหลอดลมคอถูกกีดขวาง (by pass) อากาศที่หายใจเข้าไปไม่ได้ผ่านจมูก และทางเดินหายใจส่วนบน ทำให้อากาศนั้นแห้งขาดความชื้น นอกจากนี้การคาท่อทางเดินหายใจหรือท่อเจาะคอทำให้การทำงานของขนกวัด (cilia) ลดลง ประกอบกับผู้ป่วยไม่สามารถไอได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากอพิกลอตติส (epiglottis) ปิดไม่สนิท จึงเป็นสาเหตุทำให้เสมหะกั่งค้างและอุดตันได้ง่าย ดังนั้นการดูดเสมหะจึงเป็นกิจกรรมที่จำเป็นในผู้ป่วยที่คาท่อทางเดินหายใจหรือท่อเจาะคอ ถึงแม้ว่าการดูดเสมหะจะช่วยขจัดเสมหะทำให้ทางเดินหายใจโล่ง การดูดเสมหะจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวด ไม่สุขสบาย (Luckman & Sorensen, 1987; Jablonski, 1995) และในขณะที่ดูดเสมหะนั้นจะเกิดการระคายเคืองของหลอดลม เกิดการกระตุ้นหลอดลมและคาไรนาทำให้เกิดอาการไอ (ปราณี, 2537) ซึ่งการไอในระหว่างการดูดเสมหะจะทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดมากยิ่งขึ้น และเป็นความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ (Flynn & Bruce, 1993; Jablonski, 1994)

นอกจากนี้วิธีการปฏิบัติของผู้ดูดเสมหะ จะทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดมากยิ่งขึ้น หากมีการสอดใส่สายยางดูดเสมหะที่รุนแรง (Jablonski, 1995) และจากการกระทบกระเทือนของปลายท่อทางเดินหายใจในหลอดลมที่มีการเคลื่อนไหวขึ้น-ลง ในขณะที่บับดูลมช่วยหายใจ หากการยึดตรึงท่อทางเดินหายใจไม่มั่นคงดีพอ (สุหัตตรา, 2536)

1.2.3 การเจาะเลือด

การเจาะเลือดเพื่อวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง (arterial blood gases analysis : ABG) เป็นการเจาะหลอดเลือดแดงเพื่อนำเลือดมาตรวจหาค่าต่างๆ เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการระบายอากาศ และการเสียสมดุลของกรดด่าง (ศิริรัตน์, 2535) ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการเจาะเลือดเพื่อวิเคราะห์ก๊าซใน

หลอดเลือดอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันเมื่อมีอาการผิดปกติ (Ignatavicius, et al., 1995) ผลจากการเจาะเลือดเพื่อวิเคราะห์แกสในเลือดแดง จะทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อผนังหลอดเลือด ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวด (Flynn & Bruce, 1993)

การพยาบาลผู้ป่วยที่ช่วยลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ โดยการยึดท่อทางเดินหายใจ หรือท่อเจาะคอให้มั่นคง ด้วยการติดพลาสติกหรือผูกเชือก (Abels, 1986; Winter, 1988; Kersten, 1989; Flynn & Bruce, 1993; Hudak, et al., 1994) เพื่อป้องกันการระคายเคืองเนื้อเยื่อหลอดลม และท่อหลุดโดยอุบัติเหตุ (Johnson & Sexton, 1990; Traver, et al., 1991) การช่วยลดการระคายเคืองเนื้อเยื่อหลอดลมด้วยการระมัดระวังท่อทางเดินหายใจ และสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ดึงรั้ง ในขณะที่ผู้ป่วยเคลื่อนไหว หรือพลิกตะแคงตัว (Johnson & Sexton, 1990) การเปลี่ยนพลาสติกหรือเชือกที่ยึดท่อทางเดินหายใจหรือท่อเจาะคอทุกวัน และเมื่อจำเป็น เป็นการช่วยไม่ให้ผิวหนังริมฝีปากถูกกดเกิดเนื้อตายได้ (Johnson & Sexton, 1990; Hudak, et al., 1994) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการคาท่อทางเดินหายใจทางปาก ควรเปลี่ยนตำแหน่งท่อทางเดินหายใจจากมุมปากข้างหนึ่ง ไปยังมุมปากอีกข้างหนึ่ง เพื่อป้องกันการเกิดเนื้อตายของริมฝีปาก (Abels, 1986; Winter, 1988; Kersten, 1989; Traver, et al., 1991; Hudak, et al., 1994; Ignatavicius, et al., 1995) ในขณะที่ดูแลเสมหะพยาบาลไม่ควรดึงสายยางดูดเสมหะขึ้นๆ ลงๆ (ปราณี, 2537) และดูดเสมหะด้วยความนุ่มนวล ซึ่งจะช่วยลดความเจ็บปวดได้มาก (Johnson & Sexton, 1990) สำหรับการเจาะเลือดเพื่อวิเคราะห์ค่าแกสในเลือดแดง ควรใช้เข็มขนาดเล็กในการเจาะ (Johnson & Sexton, 1990; Flynn & Bruce, 1993)

ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจมีความจำเป็นต้องดูแลช่องปากอย่างพิถีพิถัน เนื่องจากผู้ป่วยที่คาท่อทางเดินหายใจ เนื้อเยื่อช่องปาก และริมฝีปากอาจเกิดการบาดเจ็บและอักเสบติดเชื้อ พยาบาลควรดูแลความสะอาด ให้ความชื้นช่องปากและริมฝีปาก บ่อยๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้น (Kersten, 1989; Johnson & Sexton, 1990; Traver, et al., 1991; Flynn & Bruce, 1993) รวมทั้งการทาริมฝีปากด้วยลิปสติกหรือน้ำมันหล่อลื่น (Flynn & Bruce, 1993 : 96) ผู้ป่วยซึ่งมีแผลเจาะคอควรได้รับการเปลี่ยนแผลทุก 4-8 ชั่วโมง และเมื่อจำเป็น (Johnson, et al., 1981) นอกจากนี้การอนุญาตให้ผู้ป่วยรับประทานไอศกรีมตามความเหมาะสมของผู้ป่วย ช่วยลดความกระหายได้ (Johnson & Sexton, 1990; Flynn & Bruce, 1993)

1.3 การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจจะถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากการคาท่อทางเดินหายใจหรือท่อเจาะคอ และสายเครื่องช่วยหายใจมีความยาวจำกัด (Jablonski, 1995 : 33) อีก

ทั้งผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นผู้ป่วยวิกฤต มักจะมีอุปกรณ์ต่างๆ ติดตัวผู้ป่วย เพื่อการรักษาพยาบาล และช่วยในการติดตามเฝ้าดูสภาพอาการของผู้ป่วย เช่น สายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ติดเครื่องเฝ้าดูการทำงานของหัวใจ ท่อระบายต่างๆ เป็นต้น (Gries & Fernsler, 1988; Recker, 1992; Halm & Alpen, 1993) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความจำเป็นต้องผูกมัดร่างกายไว้ เพื่อป้องกันอุปกรณ์ต่างๆ ดังกล่าวเลื่อนหลุดจากการดึงออกหรือการเคลื่อนไหวอย่างไม่ระมัดระวังของผู้ป่วยเอง (Frace, 1982; Linn, 1982; Johnson & Sexton, 1990) นอกจากนี้ความเจ็บปวด พยาธิสภาพของโรค และสภาพอาการของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในบางท่าที่จำกัด (Recker, 1992)

เมื่อผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหวมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา ได้แก่ การไหลเวียนเลือดช้าลง เกิดการอุดตันหรือ emboli ในหลอดเลือดแดง ผิวหนังเกิดแผลกดทับ กล้ามเนื้อและโครงกระดูกเสียหายทำให้ข้อติดแข็งและกล้ามเนื้อลีบ ทรวงอกและปอดขยายตัวลดลงทำให้เสมหะคั่ง (สมจิต, 2533; Carroll, 1986) มีผลให้การระบายอากาศไม่ดี สำหรับผลทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวล กลัว ตกใจ ลึนหวัง และสูญเสียพลังอำนาจ เนื่องจากไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ของตนเองได้ จะเห็นได้ว่า การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายทั้งร่างกาย และจิตใจ (Traver, et al., 1991)

ปาร์คเกอร์ และคณะ (Parker, et al., 1984) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ และได้รับยาแพนคิว-โรเนียม (pancuronium) ซึ่งหลังจากถอดเครื่องช่วยหายใจออกแล้วผู้ป่วยสามารถจดจำความรู้สึกขณะได้รับยาได้ และบอกความรู้สึกในขณะที่ได้รับยาตนรู้สึกตัวดีตลอด แต่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ทำให้รู้สึกอึดอัด วิตกกังวลและกลัวมาก รู้สึกไม่สุขสบายจากการที่พยาบาลจัดท่านอนให้ รู้สึกควบคุมตัวเองไม่ได้ ไม่มีอิสระต้องพึ่งพาผู้อื่นทุกอย่าง

การพยาบาลในช่วงแรกขณะผู้ป่วยนอนพักบนเตียง พยาบาลช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (Winter, 1988; Flynn & Bruce, 1993) ซึ่งการพลิกตะแคงตัวไม่เพียงแต่ป้องกันการเกิดแผลกดทับและความไม่สุขสบายเท่านั้น แต่ช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนแก๊สดีขึ้น ป้องกันภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ เช่น ปอดอักเสบ และปอดแฟบ (Ignatavicius, et al., 1995) เริ่มออกกำลังแบบการเคลื่อนไหวข้อและกล้ามเนื้อ อาจจะให้ผู้ป่วยปฏิบัติเอง หรือช่วยผู้ป่วย (Carroll, 1986; Norton & Nuereuter, 1989; Recker, 1992; Flynn & Bruce, 1993) ซึ่งการเคลื่อนไหวข้อและออกกำลังกล้ามเนื้อ เป็นกุญแจสำคัญในการดำรงไว้ซึ่งการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย (Carroll, 1986) เมื่อสภาพร่างกายคงที่ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยนั่งบ่อยๆ ซึ่งเป็นท่าที่เหมาะสมช่วยให้การหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ (Johnson & Sexton, 1990;

Recker, 1992; Flynn & Bruce, 1993) และเป็นการส่งเสริมด้านจิตใจด้วย (Winter, 1988) ส่วนผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องผูกมัด พยาบาลควรเอามือออกจากการผูกมัด เมื่อมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด (Kersten, 1989; Flynn & Bruce, 1993)

1.4 การรับประทานอาหาร

ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจผ่านทางเดินหายใจ ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เองทางปาก จึงจำเป็นต้องได้รับสารอาหาร ผู้ป่วยจะได้รับอาหารทางสายยางให้อาหารเมื่อระบบทางเดินอาหารปกติ หากมีความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยจะได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ (Dougherty, 1988; Farley, 1994) ผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายยางให้อาหาร อาจจะมีภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้ เช่น ท้องเดิน คลื่นไส้ อาเจียน ลำไส้ และปวดท้อง (Dougherty, 1988; Kagawa, et al., 1989; Flynn & Bruce, 1993) อาการท้องเดินอาจเกิดจากมี lactose เป็นส่วนผสมของอาหาร (Farley, 1988; Kagawa, et al., 1989) การปนเปื้อนเชื้อโรคจากภาชนะที่บรรจุ หรืออาหารบูด (พรรณวดี, 2536) ส่วนอาการคลื่นไส้ อาเจียนเกิดจาก อัตราการไหลของอาหารเร็วเกินไป และการมีไขมันมากเกินไปในส่วนผสมอาหาร เฟอร์เรย์ (Farley, 1988) พบว่าร้อยละ 10-20 ผู้ป่วยจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากกลิ่นของอาหาร ส่วนภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ คือ การติดเชื้อจากการคาสายยาง ได้รับสารน้ำมากเกินไป และการเสียชีวิตของเกลือแร่ (Dougherty, 1988) โดยเฉพาะระดับแมกนีเซียม และฟอสเฟตต่ำ ทำให้กล้ามเนื้อช่วยหายใจอ่อนแรงแม้ผลต่อการหย่าเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วย (Spector, 1989; Freichels, 1993; Hudak, et al., 1994) สำหรับผู้ป่วยที่เจาะคอ อาจรับประทานอาหารได้เองทางปาก แต่มักจะไม่สามารถรับประทานอาหารได้มากเท่าที่ต้องการ เพราะมีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ เช่น ท้องอืดจากการกลืนลมขณะหายใจเหนื่อย (ผ่องพรรณ, 2535)

จากภาวะแทรกซ้อนของการได้รับอาหารทางสายยางให้อาหาร และได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ เป็นผลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารไม่เพียงพอ (Kagawa, et al., 1989) และผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการพลังงานเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยมีการติดเชื้อ มีไข้ และมีภาวะเครียด (Spector, 1989) จะเห็นได้ว่า การได้รับอาหารวิธีต่างๆ เป็นปัญหาของผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ (Noll, 1993; Ignatavicius, et al., 1995) เนื่องจากการขาดสารอาหาร นอกจากจะทำให้กล้ามเนื้อลีบ กล้ามเนื้อช่วยหายใจอ่อนแรง (Hudak, et al., 1994) ผู้ป่วยจะติดเชื้อได้ง่าย มีน้ำคั่งนอกหลอดเลือดโดยเฉพาะในปอดทำให้เกิดปอดบวม และปอดแฟบได้ ซึ่งมีผลให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง (Spector, 1989) ซึ่งเป็นสาเหตุให้การหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ (Flynn & Bruce, 1993; Ignatavicius, et al., 1995)

นอกจากนี้การได้รับอาหารทางสายยางให้อาหาร และทางหลอดเลือดดำ เป็นวิธีที่ไม่ธรรมดา ผู้ป่วยไม่ได้ลิ้มรสอาหาร สูญเสียการเคี้ยวและการกลืนอาหาร (Bayer & Bauers, 1983) จากการศึกษาผลกระทบทางจิตใจของผู้ป่วย 30 คน ที่ได้รับอาหารทางสายยางให้อาหาร พบว่าผู้ป่วยรู้สึกกระหาย ไม่ได้ลิ้มรสอาหารตามที่ผู้ป่วยชอบ ซึ่งเป็นความทุกข์ทรมาน (Padilla, et al., 1979 cited in Farley, 1989) นอกจากความรู้สึกดังกล่าวแล้ว ผู้ป่วยจะเครียดจากการที่เขาไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ จากการได้รับอาหารแม้ขณะหลับ (Bayer & Bauers, 1983) และรู้สึกหม่นหมองทางช่วยเหลือ ถูกแยกออกจากสังคม และซึมเศร้า ซึ่งเป็นผลกระทบทางจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายยางให้อาหาร (Eisenberg, 1994) ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับ สารอาหารทางหลอดเลือดดำ จะมีความรู้สึกหิว และวิตกกังวลในความสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ (Heilkemper & Shaver, 1989; Worthington & Wagne, 1989) จอร์เดน และคณะ (Jordan, et al., 1974 cited in Bayer, Bauers & Kapp, 1983) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่ได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำทุกคนจะรู้สึกหิว และมีความวิตกกังวลจากการที่ต้องพึ่งพาเครื่องควบคุมการไหลของสารน้ำ หากผู้ป่วยได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล และซึมเศร้า (Flynn & Bruce, 1993)

การพยาบาลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารพอเพียง ขั้นตอนแรกจะต้องประเมินความต้องการใช้พลังงานของผู้ป่วยก่อน (ดวงใจ, 2539; Freichels, 1993) ในทางคลินิกผู้ป่วยควรได้รับอาหาร 25-35 กิโลแคลอรี (Kcal) ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ซึ่งหมายถึงในผู้ป่วยทั่วไปควรได้รับ 25 Kcal/kg. แต่ในผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจควรได้รับ 35 Kcal/kg. เนื่องจากผู้ป่วยอาจจะมีการติดเชื้อ มีไข้ และมีภาวะเครียด ทำให้ความต้องการแคลอรีเพิ่มขึ้น (Spector, 1989) และเซอร์ราโต (Cerrato, 1987) ได้สรุปวิธีการคำนวณความต้องการแคลอรีไว้ดังนี้

ผู้ชาย $[66.5 + (13.8 \times \text{นน.ตัวเป็น กก.}) + (5 \times \text{ความสูงเป็น ซม.}) - (6.8 \times \text{อายุ})] \times 1.2$

ผู้หญิง $[66.5 + (9.6 \times \text{นน.ตัวเป็น กก.}) + (1.5 \times \text{ความสูงเป็น ซม.}) - (4.7 \times \text{อายุ})] \times 1.2$

กรณีผู้ป่วยอยู่ในภาวะขาดอาหารมากอาจใช้ตัวคูณ 1.5 แทน 1.2 ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจควรได้รับโปรตีน และไขมันสูง คาร์โบไฮเดรตต่ำ (Freichels, 1993) การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับสารอาหาร ด้วยการให้ความรู้ ความสุขสบาย และการช่วยเหลือสนับสนุน ซึ่งการอธิบายวิธีการ การให้สารอาหาร และการติดตาม ช่วยลดความวิตกกังวล และความกลัวของผู้ป่วยได้ (Bayer, Bauers & Kapp, 1983) ส่วนความสุขสบาย และการช่วยเหลือขึ้นอยู่กับวิธีการได้รับสารอาหาร

ผู้ป่วยที่ได้รับประทานอาหารได้เองทางปาก การให้การพยาบาลเน้นเรื่องบริการ อำนวยความสะดวกไม่ว่าการจัดสิ่งแวดล้อม จัดท่า กำจัดกลิ่น หรือสิ่งที่ไม่ชวนมอง

ออกไป ช่วยดูแลความสะอาดของปากฟันให้ปราศจากกลิ่น เพื่อให้ผู้ป่วยสดชื่น และมีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารตามที่ผู้ป่วยต้องการ ให้อาหารเสริมระหว่างมือสำหรับผู้ป่วยที่มีความต้องการสารอาหารและกำลังงานเพิ่มขึ้น จัดกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลโดยไม่รบกวน หรือทำให้เกิดความไม่สบายใจ ในขณะที่รับประทานอาหาร กระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการพยายามรับประทานอาหารให้พอ (พรรณวดี, 2536) รวมทั้งการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยอยากรับประทาน โดยให้ญาติมีส่วนร่วมมากที่สุดในการจัดเตรียม และดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร (ดวงใจ, 2539)

ผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายยางให้อาหาร การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายโดยการทำความสะอาดช่องปาก ช่วยให้ผู้ป่วยสดชื่น และป้องกันไม่ให้ปากแห้ง (Bayer, Bauers & Kapp, 1983; Eisenberg, 1994) เลือกลงใช้สายยางเพื่อให้อาหารขนาดพอเหมาะ ไม่โตจนเกิดการระคายเคือง หรือกลืนน้ำลายไม่สะดวก หรือเล็กลงจนกินไปจนอาหารและยาผ่านลำบาก (พรรณวดี, 2536) เปลี่ยนพลาสติกที่ติดสายยางให้อาหาร (Farley, 1988) ส่วนวิธีการให้อาหารโดยวิธีแบ่งเป็นมื้อๆ กับวิธีหยดให้ช้าติดต่อกัน มีโอกาสเกิดการสำลักอาหารสูปอด และอาการท้องเดินไม่แตกต่างกัน (Taylor, 1982) แต่การแบ่งให้อาหารเป็นมื้อๆ ผู้ป่วยจะได้อาหารในแต่ละมื้อตามจำนวนที่กำหนดไว้ และในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวจะมีความรู้สึกคล้ายกับมื้ออาหารที่ได้ตามปกติ สามารถบอกความรู้สึกอิ่มหรือหิวตามปริมาณอาหารที่ให้ไป (พรรณวดี, 2536) การให้อาหารเป็นมื้อๆ อาจจะเป็นสาเหตุของการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง และท้องเสีย การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยการให้อาหารในแต่ละมื้อนานประมาณ 20 นาที (พรรณวดี, 2536; Dougherty, 1988) ร่วมกับการจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูงอย่างน้อย 30° ในระหว่างให้อาหาร และหลังให้อาหาร 1/2-1 ชั่วโมง (Dougherty, 1988; Johnson, et al., 1981) ส่วนการดูแลทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยควรได้รับให้ร่วมกำหนดตารางการให้อาหาร จะเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าและมีส่วนร่วมในการดูแล (Flynn & Bruce, 1993; Eisenberg, 1994) นอกจากนี้การช่วยตอบสนองความต้องการให้มีสิ่งกระตุ้นทางปากตามความเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การชิมรสชาติอาหาร อมลูกอม ไอศกรีม เป็นต้น (Bayer, Bauers & Kapp, 1983; Farley, 1988; Eisenberg, 1994)

สำหรับผู้ป่วยที่ได้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ การอธิบายวิธีการให้สารอาหารชนิดของสารอาหารที่ได้รับ ความจำเป็นในการติดตามอาการของผู้ป่วยเป็นระยะๆ เช่น การเจาะเลือด การตรวจปัสสาวะ และการให้ความมั่นใจว่าเมื่อสภาพอาการดีขึ้น ผู้ป่วยจะสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ เป็นการช่วยลดความวิตกกังวล

1.5 การนอนหลับ

ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจมีปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับไม่เพียงพอ มีดังนี้

1.5.1 เสียง

เสียงที่ระดับต่างๆ จะมีผลกระทบต่อบุคคล กล่าวคือ เสียงที่ระดับเกิน 60 เดซิเบลทำให้บุคคลรำคาญ และเสียงที่ดังเกิน 90 เดซิเบล จะเป็นอันตรายต่อการได้ยิน (Bently, Murphy & Dudley, 1977) ในโรงพยาบาลภายในหอผู้ป่วยหนัก หน่วยพักฟื้น และห้องเป็นสถานที่ที่เสียงดังที่สุด โดยภายในหอผู้ป่วยหนักมีระดับเสียง 63-92 เดซิเบล ซึ่งหอผู้ป่วยหนักขนาดเล็กมีระดับเสียง 32.5-57 เดซิเบล ขนาดใหญ่มีเสียง 68.5 เดซิเบล ภายในหอผู้ป่วยหนักแหล่งของเสียงมีระดับต่างกัน เช่น ระดับเสียงของเครื่องช่วยหายใจ 67-78 เดซิเบล ระดับเสียงสัญญาณเตือนของเครื่องควบคุมอัตราการไหลของสารละลาย (automatic intravenous alarms) 44-80 เดซิเบล ระดับเสียงสัญญาณเตือนของเครื่องติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (cardiac monitor alarm) 44-78 เดซิเบล ระดับเสียงเครื่องดูดเสมหะ 67 เดซิเบล (Halm & Alpen, 1993) สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจจะถูกรบกวนจาก เสียงน้ำในสายเครื่องช่วยหายใจ เสียงเครื่องช่วยหายใจ เสียงสัญญาณเตือนของเครื่องมือ เสียงอื่นๆ เช่นเสียงพูดคุยของบุคลากร เสียงโทรศัพท์ (Flynn & Bruce, 1993; Halm & Alpen, 1993)

1.5.2 อุณหภูมิของสิ่งแวดล้อม

อุณหภูมิที่ร้อนหรือเย็นเกินไปมีผลการนอนหลับระยะ non REM และ REM ถึงแม้ว่าอุณหภูมิที่เปลี่ยนแปลงไปเพียงเล็กน้อยก็ตาม โดยอุณหภูมิมีผลต่อการนอนหลับระยะ REM มากกว่าระยะ non REM (Closs, 1988) ฮาสเคลล์ และคณะ (Haskell, et al., 1978 cited in Closs, 1988) กล่าวว่า ถึงแม้ว่าการนอนหลับระยะ REM ลดลง ทั้งที่สิ่งแวดล้อมมีอุณหภูมิสูงหรือต่ำเกินไป แต่ในที่มีอุณหภูมิต่ำจะมีผลต่อการนอนหลับระยะนี้มากกว่า ในทางตรงกันข้ามอุณหภูมิสูงเกินไปมีผลต่อการนอนหลับระยะ non REM มากกว่าในที่มีอุณหภูมิต่ำ

1.5.3 แสง

เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นผู้ป่วยภาวะวิกฤต ต้องการการติดตามเฝ้าดูแลและประเมินสภาพอย่างต่อเนื่อง การเปิดไฟให้สว่างตลอดเวลาจะช่วยให้การประเมิน โดยการสังเกตทำได้สะดวก แต่ผลที่เกิดจากการเปิดไฟสว่างตลอดเวลาจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแยกเวลา กลางวัน กลางคืนได้ ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับได้น้อย เนื่องจากรูปแบบการนอนหลับของบุคคลจะควบคุมโดยใช้วงจร ความมืดและความสว่าง (Dolan, 1991) ผู้ป่วยจะนอนหลับไม่เพียงพอ ซึ่งวอลเกอร์ (Walker, 1972) ศึกษาพบว่า แสงสว่างในหอผู้ป่วยหนักเป็นสิ่งแวดล้อม

ที่ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับได้น้อย และวิลสัน (Willson, 1987) พบว่า สิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และนอนไม่หลับ เกิดจากแสงสว่างที่มากเกินไป

1.5.4 ความเจ็บปวด

ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดจากกิจกรรมการรักษาพยาบาล เช่น การคาท่อทางเดินหายใจ การดูดเสมหะ การเจาะเลือด และการแทงเข็มเพื่อให้สารน้ำ เป็นต้น ซึ่งความเจ็บปวดกระตุ้นให้การทำงานของระบบประสาทซิมพาทีติก (Sympathetic system) เพิ่มขึ้นทำให้ปริมาณของแคทีโคลามีน กลูตาโคน คอร์ติซอล ซึ่งเป็นฮอร์โมนประเภทสเตียรอยด์ (Steroid hormone) มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับกระสับกระส่าย หงุดหงิด เป็นต้น (Turner & Elson, 1993)

1.5.5 ความไม่สบาย

ความไม่สบายของผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ เกิดจากการรักษาพยาบาลต่างๆ เช่น การคาท่อทางเดินหายใจ ท่อระบายจากกระเพาะอาหาร นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดแล้ว ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกรำคาญ และมีความรู้สึกถูกรบกวนการ ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนในท่าที่ไม่สบาย กลัวการเลื่อนหลุดของท่อต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับไม่สนิท

1.5.6 ความวิตกกังวล

ผู้ป่วยที่ได้เครื่องช่วยหายใจ จะมีความวิตกกังวล กลัว และเครียด เกี่ยวกับสภาพแวดล้อม และความเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต ทำให้ผู้ป่วยไม่ผ่อนคลาย และหลับได้ยาก ความรู้สึกไม่แน่นอนในอาการเจ็บป่วย ความไม่สามารถคาดการณ์อนาคต และการต้องแยกจากครอบครัวมาอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย รวมทั้งผู้ป่วยกลัวเครื่องช่วยหายใจหลุดไปโดยไม่มีคนเห็น เหล่านี้ก่อให้เกิดความวิตกกังวล กลัวและเครียด เมื่อมีความวิตกกังวล ทำให้ร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ถูกกระตุ้นตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา เป็นผลให้นอนหลับได้น้อยลง และเมื่อผู้ป่วยนอนหลับได้น้อยทำให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้น เป็นวงจร (Vicious cycle) เช่นนี้ สลับกันไป (Borkouec, 1982 cited in Howton, et al., 1991; Gordon, 1982 อ้างตามคาร์สันี, 2538)

1.5.7 ยาที่ได้รับ

ยาที่ผู้ป่วยได้รับ ทำให้แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะยานอนหลับ ยาระงับประสาท และยากล่อมประสาท ซึ่งมีผลให้การนอนหลับระยะ non REM และระยะ REM ลดลง (Littrel & Schumann, 1989; Recker, 1992)

การนอนหลับไม่เพียงพอเป็นปัญหาของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Christensen & Kockrow, 1995; Southwell & Wistow, 1995) เมื่อการนอนหลับถูกรบกวนมีการเปลี่ยนแปลงของระยะการนอนหลับ และนอนหลับไม่ครบวงจรทำให้เกิดการรบกวนการนอนหลับ การรบกวนการนอนหลับขึ้นอยู่กับความรุนแรงของความเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา (Christensen & Kockrow, 1995) ซึ่งการรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยเกิดจากความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย และความวิตกกังวล แต่การนอนหลับถูกรบกวนจากความเจ็บปวดมากกว่าความไม่สุขสบาย และความวิตกกังวล (Southwell & Wistow, 1995) ส่วน ฮาม และเอลเพน (Halm & Alpen, 1993) กล่าวว่า แสงสว่างตลอดเวลา เสียง และการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเป็นสาเหตุของการรบกวนการนอนหลับ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก การรบกวนการนอนหลับจะเกิดขึ้นภายใน 2-7 วันหลังจากเข้ารับการรักษา (Recker, 1992; Halm & Alpen, 1993) ซึ่งจะมีการนอนหลับแปรปรวนอย่างเด่นชัด โดยมีการนอนหลับ non REM ระยะที่ 1 เพิ่มขึ้น แต่ non REM ระยะที่ 3, 4 และระยะ REM ลดลง (Halm & Alpen, 1993)

จากการศึกษาของฮิลตัน (Hilton, 1976 cited in Halm & Alpen, 1993) เกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วยหอผู้ป่วยหนักโรกระบบหายใจ พบว่าใน 24 ชั่วโมง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยหลับได้มีตั้งแต่ 6 นาที ถึง 18.30 ชั่วโมง ผู้ป่วยร้อยละ 50-60 ที่นอนในเวลากลางคืน แต่ไม่มีผู้ใดนอนหลับครบ ทุกระยะของการนอนหลับ ทีเลน เดรี และเออเดน (Thelan, Revie & Urden, 1990) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่รับไว้ในหอผู้ป่วยหนักจะต้องได้รับการรักษาพยาบาลทุก 2-4 ชั่วโมง จากการติดตามเฝ้าดูอาการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง จึงทำให้รูปแบบการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป และมีการนอนหลับไม่เพียงพอ นอกจากนี้การนอนหลับไม่เพียงพอของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักเกิดจากความเจ็บปวด เสียง แสงสว่าง และการดูแลผู้ป่วยซึ่งบุคลากรจะไปรบกวนผู้ป่วยทุก 20 นาที (Norton & Neureuter, 1989; Evans & French, 1995)

เมื่อบุคคลมีการนอนหลับไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจะแสดงอาการผิดปกติออกมาโดยจะมีอาการแสดงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อาการแสดงทางด้านร่างกาย เช่น มือสั่น รีเฟลกซ์ลดลง ความจำ การใช้เหตุผล และการตัดสินใจช้าลง หัวใจเต้นผิดปกติ ภูมิคุ้มกันต่ำ ทนต่อความเจ็บปวดลดลง (Christensen & Kockrow, 1995; Evans & French, 1995) ส่วนทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยจะมีอารมณ์แปรปรวน หงุดหงิด อ่อนล้า ไม่รู้กาลเวลา สถานที่และบุคคล สับสนและประสาทหลอน (Christensen & Kockrow, 1995)

บุคคลเมื่อเจ็บป่วยมีความต้องการการนอนหลับมากขึ้น (Carter, 1985) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต้องการการนอนหลับมากกว่า 7.25 ชั่วโมง (Southwell & Wistow, 1995) ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจมีความจำเป็นต้องให้การรักษาพยาบาล และติดตามอาการอย่างใกล้ชิด และการพยาบาลจะต้องไม่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย (Norton & Neureuter, 1989) ดังนั้นพยาบาลควรร่วมมือกับบุคลากรทางสุขภาพวางแผนการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยมีการนอนหลับอย่างเพียงพอ (Linn, 1982; Flynn & Bruce, 1993) โดยการจัดกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยในเวลากลางวันเพิ่มขึ้น (Recker, 1992; Halm & Alpen, 1993) และให้ผู้ป่วยนอนหลับในเวลากลางคืนมากขึ้น (Recker, 1992) ซึ่งพยาบาลต้องวางแผนการพยาบาลโดยรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด (ดวงใจ, 2539; Carroll, 1986; Littrell & Schumann, 1989; Recker, 1992; Christensen & Kockrow, 1995) ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้นอนหลับติดต่อกันอย่างน้อย 90-120 นาที (Linn, 1982; Halm & Alpen, 1993; Evans & French, 1995) หลีกเลี่ยงการหย่าหรือยกเลิกการใช้เครื่องช่วยหายใจในเวลากลางคืน หรือเวลาที่ผู้ป่วยนอนหลับ (ดวงใจ, 2539; Dillon, 1988; Norton & Neureuter, 1989) ให้ยับรรเทาความเจ็บปวด (Carter, 1985; Halm & Alpen, 1993) รวมทั้งการให้ยานอนหลับตามแผนการรักษาของแพทย์ และตามความจำเป็น (ดวงใจ, 2539; Norton & Neureuter, 1989; Christensen & Kockrow, 1995)

สำหรับการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วย ด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย (ดวงใจ, 2539; Christensen & Kockrow, 1995) การนวดหลัง (Halm & Alpen, 1993; Christensen & Kockrow, 1995) จัดทำนอนให้สุขสบายตามความต้องการของผู้ป่วย (ดวงใจ, 2539; Christensen & Kockrow, 1995) และการใช้ 29 เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยการทำสมาธิ (ดวงใจ, 2539; Norton & Neureuter, 1989; Flynn & Bruce, 1993; Christensen & Kockrow, 1995) นอกจากนี้พยาบาลควรจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ โดยการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแยกเวลากลางวันกลางคืน (Flynn & Bruce, 1993) เช่น การเปิดไฟหรี่ในเวลากลางคืน (Linn, 1982; Norton & Neureuter, 1989; Flynn & Bruce, 1993; Christensen & Kockrow, 1995) จัดให้มีนาฬิกาซึ่งผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ และบอกให้ผู้ผู้ป่วยทราบ (Halm & Alpen, 1993) รวมทั้งการรักษาสิ่งแวดล้อมให้เงียบ ทำให้ผู้ป่วยหลับมากขึ้น (Linn, 1982) การพยาบาลซึ่งลดการรบกวนผู้ป่วยและส่งเสริมการนอนหลับในช่วงบ่าย เป็นการเพิ่มการนอนหลับระยะ non REM (Littrell & Schumann, 1989) และการนอนหลับในช่วงเช้า ผู้ป่วยจะมีการนอนหลับระยะ REM เพิ่มขึ้น (Evans & French, 1995)

จากการศึกษาของไรต์เมอร์ (Reimer, 1987 cited in Jensen & Herr, 1993) พบว่า การพยายามเพื่อช่วยเหลือการนอนหลับในเวลากลางคืน โดยการรับรู้ของพยาบาล และผู้ป่วยคือ การเปิดไฟหรือในตอนกลางคืน การนวดหลัง การได้รับยาแก้ปวดและยานอนหลับ สำหรับการศึกษานอนหลับของพอลลิ่ง (Pulling, 1991 cited in Jensen & Herr, 1993) พบว่าพฤติกรรมที่ส่งเสริมการนอนหลับของพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ การนวดหลัง การไม่รบกวนผู้ป่วยอย่างน้อย 90 นาที หลังจากผู้ป่วยนอนหลับ การลดการสนทนาของพยาบาล การให้ยาลดความเจ็บปวด และยานอนหลับ และกลวิธีของพยาบาลในการส่งเสริมการนอนหลับคือ การทำความสะอาดร่างกายของผู้ป่วยให้มีความสุขสบาย พุดกับผู้ป่วยให้คลายความวิตกกังวล ให้ผู้ป่วยนอนหลับติดต่อกันอย่างน้อย 2 ชั่วโมง และให้ความมั่นใจว่าเขาจะได้รับการเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิด (Lahey cited in Evans & French, 1995)

2. ด้านจิตสังคม

2.1 ความคับข้องใจ และโกรธ

ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจจะมีความคับข้องใจ และโกรธ ซึ่งเป็นผลจากการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการสื่อสารเป็นปัญหาของผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ (Abels, 1986; Connolly & Shekleton, 1991; Johnson & Sexton, 1990; Recker, 1992) เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารโดยการพูดได้ตามปกติ (Johanson, et al., 1981; Flynn & Bruce, 1993; Noll, 1993) เพราะการคาท่อทางเดินหายใจและท่อเจาะคอจะผ่านสายเสียง (Vocal cord) และปิดทางเดินอากาศ (อรสา, 2536; ผ่องพรรณ, 2535; Connolly & Shekleton, 1991; Traver, et al., 1991) บุคลากรพยาบาลและผู้ป่วยจึงใช้วิธีการต่างๆ ในการสื่อสาร เช่น การเขียนข้อความ การใช้มือและสัญลักษณ์ต่างๆ การอ่านริมฝีปากผู้ป่วย การใช้คำถามปลายปิดกับผู้ป่วย และการสื่อสารด้วยวิธีอื่นๆ เช่น การใช้ภาพพลิกถึงแม้ว่ามีการพัฒนาวิธีการสื่อสารของผู้ป่วย แต่มีอุปสรรคทั้งในวิธีการสื่อสารแต่ละวิธี และอุปสรรคจากตัวผู้ป่วยเอง เช่น การอ่อนแรงของแขน การเสียดมดูลของเกลือแร่ภายในร่างกาย การได้รับยากล่อมประสาทและยานอนหลับ ความสามารถในการอ่านและการเขียน รวมทั้งการมองเห็น (Frace, 1982; Williams, 1992; Jablonski, 1994) สิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นอุปสรรคในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลและบุคคลอื่น จึงเป็นเหตุให้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนอง ผู้ป่วยจึงเกิดความคับข้องใจ และโกรธ (Norton & Neureuter, 1989; Flynn & Bruce, 1993; Freichels, 1993; Hudak, et al., 1994; Jablonski, 1994; Ignatavicius, et al., 1995) ซึ่งความคับข้องใจ และโกรธ เกิดจากผู้ป่วยไม่เข้าใจเหตุผลที่พูดไม่ได้ (Traver, et al., 1991) และไม่สามารถบอกความต้องการแก่พยาบาลได้

(Frace, 1982) รวมทั้งผู้ป่วยอาจจะมีความรู้สึกท้อแท้ หดหู่กำลังใจ (Williams, 1992) ซึ่งผู้ป่วยจะตอบสนองโดยการดึงท่อทางเดินหายใจ และหายใจด้านเครื่องช่วยหายใจ (Frace, 1982)

โซริ (Zori, 1984) กล่าวว่า ในผู้ป่วยที่คาท่อทางเดินหายใจ สิ่งที่ถูกถามผู้ป่วยมากที่สุด คือ การสื่อสารกับผู้อื่นไม่ได้ เนื่องจากการใส่ท่อทางเดินหายใจจะกีดก้องเสียง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถพูดมีเสียงได้ การอ่านริมฝีปากเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้เพื่อช่วยในการสื่อสาร แต่พบว่า การอ่านริมฝีปากที่มีท่อทางเดินหายใจคาอยู่ จะก่อให้เกิดความคับข้องใจอย่างมากแก่ผู้ป่วยและพยาบาลกล่าวคือ ผู้ป่วยต้องพยายามขยับปากให้พยาบาลเข้าใจ และพยาบาลจะต้องพยายามอ่านริมฝีปากของผู้ป่วยให้เข้าใจ

นอร์ตัน และนิวเรเตอร์ (Norton & Neureuter, 1989) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่คาท่อทางเดินหายใจจะทำให้ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาทางด้านอารมณ์ เช่น กลัว คับข้องใจ วิตกกังวล และได้ทำการศึกษาผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร จำนวน 21 ราย พบว่าผู้ป่วยมีอาการสูญเสียความทรงจำ ไม่รู้จักเวลา สถานที่ บุคคลและอารมณ์แปรปรวนง่าย

ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจมีความต้องการการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อบอกความต้องการหรือร้องขอความช่วยเหลือ และบอกความรู้สึกให้ผู้ดูแลและครอบครัว (Frace, 1982; Abels, 1986; Clark, 1986; Recker, 1992) พยายามช่วยให้มีการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (Johanson, et al., 1981) โดยจัดหาวิธีการสื่อสารทั้งใช้ภาษาและไม่ใช้ภาษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบอกความต้องการของผู้ป่วยได้ (Ferland, 1991) ซึ่งวิธีการสื่อสารที่นิยมใช้ ได้แก่ การเขียนข้อความ พยายามจัดเตรียมกระดาษ ดินสอหรือปากกา สำหรับผู้ป่วยที่เขียนบอกความรู้สึกหรือความต้องการได้ (ปราณี, 2537; Johanson, et al., 1981; Clark, 1986; Kersten, 1989; Traver, et al., 1991; Halm & Alpen, 1993) การใช้คำถามปลายปิดแก่ผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยตอบเพียงการตอบรับหรือปฏิเสธเท่านั้น (ปราณี, 2537) และการสื่อสารด้วยวิธีอื่นๆ โดยไม่ใช้ภาษาพูด เช่น การแสดงสีหน้า การสัมผัส รวมทั้งการใช้ภาพพลิก หรือแผนภาพในการสื่อสาร ซึ่งได้รวบรวมความรู้สึก และความต้องการของผู้ป่วยไว้ให้ผู้ป่วยเลือกที่จะสื่อสารให้พยาบาลรู้ (Flynn & Bruce, 1993) จากการศึกษาของฐิติณัฐ (2533 : 62) เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใส่ท่อทางเดินหายใจต่อวิธีการสื่อสารตามปกติรวมกับการใช้อุปกรณ์สื่อสาร และวิธีการสื่อสารตามปกติที่ใช้ในหอผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยซึ่งใช้วิธีการสื่อสารตามปกติรวมกับการใช้อุปกรณ์มีความพึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยซึ่งใช้วิธีการสื่อสารตามปกติที่ใช้ในหอผู้ป่วย

วิธีการสื่อสารมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่คาท่อทางเดินหายใจ (Halm & Alpen, 1993) จะต้องเป็นวิธีการสื่อสารที่ง่ายสำหรับผู้ป่วย (Clark, 1986) และให้ผู้ป่วยได้เลือกวิธี

การสื่อสาร (Johanson, et al., 1981) เพื่อความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน (Ignatavicius, et al., 1995) พยายามควรใช้เวลาแก่ผู้ป่วยสำหรับการสื่อสาร (Carroll, 1986) หลีกเลี่ยงการใช้คำพูดที่เข้าใจยาก (Veselis & Carlon, 1991; Recker, 1992) จัดให้มีกริ่งไว้ใกล้ตัวผู้ป่วยเพื่อเป็นสัญญาณร้องขอความช่วยเหลือ (ปราณี, 2537; Johanson, et al., 1981) รวมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการพูดจะเป็นปกติภายหลังเอาท่อทางเดินหายใจหรือท่อเจาะคอออก (Johanson, et al., 1981; Traver, et al., 1991; Ignatavicius, et al., 1995) และช่วยเหลือให้ครอบครัวสื่อสารกับผู้ป่วยได้เช่นกัน (Johanson, et al., 1981)

2.2 ความวิตกกังวลและกลัว

ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจจะมีความวิตกกังวล ความกลัว และไม่เข้าใจการรักษาพยาบาลที่ตนได้รับ เครื่องมือเครื่องใช้ และสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย (สมจิต, 2536) จากการศึกษาของจาร์รอนสกี (Jablonski, 1995) ซึ่งได้สอบถามความรู้สึกของผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ 12 ราย พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กลัว และรู้สึกว่าเครื่องช่วยหายใจช่วยให้มีชีวิตอยู่ ผู้ป่วยภาวะวิกฤตจะมีความวิตกกังวล 3 รูปแบบ คือ ความวิตกกังวลปฐมภูมิ (primary anxiety) ความวิตกกังวลที่เกิดจากความกลัว (fright) และความวิตกกังวลจากการคาดคะเนเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตน (expectant anxiety) (ชอลดา, 2536; Roberts, 1986) ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจมีความวิตกกังวลได้ทั้ง 3 รูปแบบ ซึ่งคล้ายคลึงกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยภาวะวิกฤต ดังนี้คือ

ความวิตกกังวลปฐมภูมิ เป็นความวิตกกังวลที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนต้องเผชิญกับประสบการณ์ใหม่ๆ ที่ไม่คุ้นเคย ทำให้รู้สึกหวาดหวั่น ไม่แน่ใจในความปลอดภัยในชีวิตของตน กลัวอันตรายกับร่างกาย มีความรู้สึกว่าไม่มีสิ่งคุกคามต่อความมั่นคงของตน คือมีความรู้สึกว่าช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาพยาบาล และเครื่องช่วยหายใจ (Clark, 1986) ความรู้สึกว่าถูกแยกจากสังคม จากการสื่อสารลำบากเนื่องจากการคาท่อทางเดินหายใจ หรือท่อเจาะคอ และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (Halm & Alpen, 1993)

ความวิตกกังวลที่เกิดจากความกลัว เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องประสบกับสถานการณ์เฉพาะ หรือสิ่งที่ทำให้หวาดกลัว (ชอลดา, 2536) เช่น ผู้ป่วยบางรายที่ได้รับการผูกยึดเพื่อป้องกันการดึงท่อทางเดินหายใจ หรือท่อเจาะคอ ทำให้มีการจำกัดการเคลื่อนไหว (Linn, 1982) กลัวการดูดเสมหะ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหายใจไม่ออก (Chocking) อึดอัด (Suffocation) (Clark, 1986) และผู้ป่วยไม่เข้าใจการที่พยาบาลใส่น้ำเข้าในในท่อทางเดินหายใจ หรือท่อเจาะคอ (Jablonski, 1995) ความกลัวจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ (Clark, 1986) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจจะพบกับสิ่งแวดล้อมซึ่งก่อให้เกิด

เกิดความวิตกกังวล คือ เสียงดังตลอดเวลา (Linn, 1982) และแหล่งของเสียงที่เกิดจากเครื่องช่วยหายใจ เสียงสัญญาณเตือนของเครื่องมือ การดูดเสมหะ รดน้ำ การพูดคุยของพยาบาล และการไม่เข้าใจคำพูดของบุคลากร (Ashworth, 1994)

สำหรับความวิตกกังวลจากการคาดคะเนเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตน ซึ่งความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ เกิดจากกลัวเครื่องช่วยหายใจทำงานผิดปกติ (Linn, 1982; Flynn & Bruce, 1993) และกลัวความผิดพลาดที่อาจจะเกิดจากบุคลากร (Flynn & Bruce, 1993) สำหรับการหย่าหรือยกเลิกเครื่องช่วยหายใจ โดยวิธีการถอดเครื่องช่วยหายใจออก แล้วให้ออกซิเจนทางท่อทางเดินหายใจ หรือท่อเจาะคอ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล และกลัวมากกว่าระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ (Carroll, 1986) เพราะผู้ป่วยมองเห็นว่าตนได้ถูกถอดเครื่องช่วยหายใจออก (Linn, 1982; Jaklonski, 1994) และไม่ได้คาดหมายว่าอาการของตนเองปลอดภัยพอที่จะหายใจเองได้โดยไม่มีเครื่องช่วยหายใจ (ชอลดา, 2536) ซึ่งเฟรส (Frace, 1982) ได้ศึกษาประสบการณ์ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ 3 ราย พบว่าผู้ป่วยทั้ง 3 ราย มีความวิตกกังวลสูงในขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจและความวิตกกังวลจะเพิ่มมากขึ้น ในระหว่างการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เพราะกลัวว่าตนเองไม่สามารถหายใจได้โดยไม่มีเครื่องช่วยหายใจ เช่นเดียวกับแคลรอล (Carroll, 1986) และ ไฟร์น และบรูส (Flynn & Bruce, 1993) กล่าวว่า ผู้ป่วยกลัวว่าตนเองไม่สามารถหายใจได้ในระหว่างการหย่าหรือเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ จะมีความรู้สึกหมดหวังร่วมด้วย (Flynn & Bruce, 1993)

เมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวล และความกลัวจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งจะมีผลให้มีการหดตัวของหลอดเลือด เพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อ กระตุ้นกล้ามเนื้อหัวใจ มีการหดเกร็งของหลอดลม ทำให้เพิ่มแรงต้านในทางเดินหายใจ ผู้ป่วยต้องใช้แรง และต้องการออกซิเจนในการหายใจมากขึ้น มีผลให้หายใจถี่หรือตื้นมากขึ้น (Johnson & Sexton, 1990) ส่วนอาการแสดงทางอารมณ์ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกังวลใจ กระวนกระวายใจ หวาดหวั่นไม่สบายใจ หงุดหงิด ความคิดฟุ้งซ่าน รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ และรู้สึกว่าไม่มีใครสามารถช่วยตนเองได้ เป็นต้น (ชอลดา, 2536)

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจเพื่อลดความวิตกกังวล และความกลัวด้วยการให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ มีความมั่นใจในความปลอดภัย และสามารถแสดงออกในสิ่งที่เขากังวล

ผู้ป่วยได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ โดยการปฐมนิเทศผู้ป่วยเกี่ยวกับเครื่องมือเครื่องใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย (Halm & Alpen, 1993) อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นที่ผู้ป่วยได้รับเครื่องช่วยหายใจ (Johanson, et al., 1981) ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับการอธิบายว่าผู้ป่วย

ได้รับการช่วยเหลือการหายใจให้ดีขึ้น (Linn, 1982) อธิบายวัตถุประสงค์ของการได้รับเครื่องช่วยหายใจ (Flynn & Bruce, 1993; Halm & Alpen, 1993; Ignatavicius, et al., 1995) อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความหมายของสัญญาณเตือนจากเครื่องช่วยหายใจ (Linn, 1982; Clark, 1986; Flynn & Bruce, 1993) และความปลอดภัยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ (Linn, 1982; Clark, 1986) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก ควรอธิบายถึงสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนัก เช่น เครื่องมือต่างๆ บุคลากรที่ให้การดูแล และกฎระเบียบการเยี่ยม (บารมี, 2533) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคย ผู้ป่วยที่ได้รับการเครื่องช่วยหายใจจะได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากมาย พยาบาลควรอธิบายกิจกรรมที่จะกระทำกับผู้ป่วยให้เข้าใจ (Johanson, et al., 1981; Linn, 1982; Carroll, 1986) ซึ่งผู้ป่วยต้องการคำอธิบายในการรักษาพยาบาลที่พยาบาลปฏิบัติต่อเขา (Frace, 1982) สำหรับการอธิบายความก้าวหน้าของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษามีความสำคัญเพื่อเป็นการเตรียมตั้งความหวัง และเป็นการเสริมแรง (Johanson, et al., 1981) ซึ่งการอธิบายผู้ป่วยพยาบาลควรใช้คำพูดที่สั้นกระชับ และเข้าใจง่าย (Frace, 1982; Linn, 1982; Halm & Alpen, 1993) และในระหว่างอธิบายพยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ซักถามรายละเอียด (บารมี, 2533)

ในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยจะมีความมั่นใจในความปลอดภัย โดยการบอกให้ผู้ผู้ป่วยทราบว่า เขาได้รับการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา (Linn, 1982; Flynn & Alpen, 1993) สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการหย่าหรือยกเลิกเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยควรได้รับการประคับประคองด้านจิตใจ ซึ่งมีความจำเป็นเพื่อการหย่าหรือยกเลิกเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ (Linn, 1982; Dillon, 1988) และพยาบาลต้องให้ผู้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความปลอดภัย (Freichels, 1993) โดยก่อนที่จะหย่าเครื่องช่วยหายใจพยาบาลต้องให้ความมั่นใจในความปลอดภัยในระหว่างการหย่าหรือยกเลิกเครื่องช่วยหายใจ (Freichels, 1993) โดยการอธิบายขั้นตอนการหย่าหรือยกเลิกเครื่องช่วยหายใจ (Hudak, et al., 1994) ผู้ป่วยควรได้รับการบอกล่วงหน้าถึงความเป็นไปได้ของการหายใจลำบากอาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการหย่าหรือยกเลิกเครื่องช่วยหายใจ (Clark, 1986; Flynn & Bruce, 1993) และผู้ป่วยได้รับการติดตามการดูแลอย่างใกล้ชิด (Flynn & Bruce, 1993) โดยเฉพาะในช่วงเริ่มหย่า หรือระหว่างการหย่าหรือยกเลิกเครื่องช่วยหายใจ พยาบาลควรอยู่กับผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือสนับสนุนให้กำลังใจ และประเมินการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการหย่าหรือยกเลิกเครื่องช่วยหายใจ (Abels, 1986; Dillon, 1988; Hudak, et al., 1994; Flynn & Bruce, 1993) นอกจากนี้การให้ข้อมูลด้านบวกอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลบอกความก้าวหน้าในการหายใจในระหว่างการหย่าหรือยกเลิกเครื่องช่วยหายใจ มีความ

จำเป็นจะช่วยให้การหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ (Abels, 1986; Clark, 1986; Flynn & Bruce, 1993)

นอกจากการให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ และให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความปลอดภัย จะช่วยลดความวิตกกังวล และความกลัวของผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจแล้ว การให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงสิ่งที่ผู้ป่วยกังวล โดยพยาบาลสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความวิตกกังวล และความกลัว (Johanson, et al., 1981) และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงสิ่งที่เขากังวล (Ignatavicius, et al., 1995) จะช่วยลดความวิตกกังวล และความกลัวด้วยเช่นกัน

2.3 ภาวะสูญเสียพลังอำนาจ (Powerlessness)

ภาวะสูญเสียพลังอำนาจ เป็นภาวะที่บุคคลรับรู้ว่าเขาไม่สามารถจะควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับชีวิตเขาได้ กิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลปฏิบัติไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ บุคคลที่อยู่ในสภาพที่ต้องคล้อยตาม หรือปฏิบัติตามแนวทางที่ผู้อื่นหยิบยื่นให้ บุคคลจะรู้สึกสูญเสียคุณค่า และความเป็นตัวของตัวเองอย่างมาก (Seeman, 1959 cited in Roberts, 1986) ภาวะสูญเสียพลังอำนาจเกิดจากการสูญเสียอำนาจในการควบคุม (Loss of Control) และขาดความรู้ (Lack of Knowledge) ซึ่งการสูญเสียอำนาจในการควบคุมประกอบด้วย การสูญเสียอำนาจในการควบคุมด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม

ผู้ป่วยภาวะวิกฤตและได้รับเครื่องช่วยหายใจ จะประสบกับการสูญเสียอำนาจในการควบคุมด้านร่างกาย จากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอง และจากกิจกรรมการรักษาพยาบาลมีผลให้ผู้ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารโดยการพูดได้ตามปกติ ทำให้การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ มีความเจ็บปวดจากการคาท่อทางเดินหายใจหรือท่อเจาะคอ และการดูแลหยาบ ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากการคาท่อทางเดินหายใจ สายเครื่องช่วยหายใจมีความยาวจำกัด (Jablonski, 1995) และอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแทนโดยพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าต้องพึ่งพาผู้อื่น แม้แต่การพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจในการหายใจแต่ละครั้ง (Linn, 1982) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (Hamner, 1990) เหล่านี้ล้วนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ

ผู้ป่วยซึ่งได้รับเครื่องช่วยหายใจจะสูญเสียอำนาจในการควบคุมด้านจิตใจ โดยผู้ป่วยจะสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง (Self-affirmation) (Hudak, et al., 1994) ซึ่งเกิดจากการไร้รอนความเป็นส่วนตัว การเปิดเผยอวัยวะที่ควรสงวน ได้รับการปรณินิบัติเยี่ยงวัตถุ การได้รับการพยาบาลด้วยท่าที่รับแรง หรือไม่เต็มใจ และได้รับการติเตียนจากพยาบาล (สายพิณ, 2532; กมลพรรณ และคณะ, 2538) รวมทั้งผู้ป่วยจะสูญเสียความอิสระที่จะตัดสินใจ และเลือกสิ่งที่เขาจะได้รับด้วยตนเอง (Self-assertion) (Carroll, 1986; Heilkemper of Shaver, 1989; Noll, 1993)

กิจกรรมทุกอย่างที่ผู้ป่วยปฏิบัติจะเป็นไปตามกิจวัตรของโรงพยาบาล ซึ่งแพทย์และพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจและเลือกให้ทั้งสิ้น สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ

นอกจากความรู้สึกเสียอำนาจในการควบคุมด้านร่างกาย และจิตใจ ผู้ป่วยยังมีโอกาสสูญเสียอำนาจในการควบคุมด้านสิ่งแวดล้อม จากการที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ซึ่งสร้างความตระหนักให้กับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยหนัก เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องนอนใกล้กับผู้ป่วยใกล้ตาย ผู้ป่วยที่ส่งกลิ่นเหม็นจากสารขับหลังในร่างกาย หรือตัวผู้ป่วยเองถูกพันนาการจากเครื่องมือต่างๆ ทำให้ต้องอยู่ในสภาพจำทน การไม่มีเครื่องไว้ใกล้ตัวเพื่อร้องขอในสิ่งที่ต้องการให้ผู้ป่วย รวมทั้งการรอคอยเป็นเวลานานกว่าจะได้สิ่งที่ต้องการ เช่น หมอนนอน และยาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดที่รุนแรง สิ่งแวดล้อมเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ (สายพิณ, 2532)

ส่วนการปฏิบัติกิจกรรมการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยจะไม่ได้รับข้อมูล คำแนะนำ หรือคำอธิบายต่างๆ บาลลาด (Ballard, 1981 cited in Halm & Alpen, 1993) กล่าวว่าผู้ป่วยรู้สึกว่าบุคลากรตรวจสอบและดูแลเครื่องมือมากกว่าผู้ป่วย และในหอผู้ป่วยหนักมีการสื่อสารน้อย จากการศึกษาของบริกส์ (Briggs, 1991) พบว่า พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่จะให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยน้อยมาก ซึ่งให้คำแนะนำเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องมือเท่านั้น นอกจากนี้ยังพบว่า ปริมาณการติดต่อสื่อสารมีความสัมพันธ์กับปฏิกริยาตอบสนองของผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการติดต่อสื่อสารน้อย จะทำให้มีอาการกระสับกระส่ายมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการติดต่อสื่อสารอย่างเพียงพอ การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยเฉพาะเกี่ยวกับความเจ็บป่วย แนวทางการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ สิ่งที่กำลังจะเกิดต่อไป และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมองทุกอย่างที่เกิดขึ้นกับตัวเขาอย่างไม่เข้าใจ และเกิดความสงสัยจะทำให้ผู้ป่วยคิดว่าวุ่น และคาดหมายในสิ่งที่ไม่ดีล่วงหน้า ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ (ชอลดา, 2536)

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจมีแนวทางการพยาบาล 2 ประการ ซึ่งจะต้องควบคู่กันไปคือ การเสริมสร้างควมมีอำนาจด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมให้กับผู้ป่วยและการเพิ่มพูน ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับ (กมลพรรณ และคณะ, 2538) โดยพยาบาลให้การพยาบาลเพื่อลดสาเหตุ ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะสูญเสียพลังอำนาจพร้อมกันการส่งเสริมควมมีอำนาจในตนเองของผู้ป่วย ดังนี้คือ

การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านร่างกาย (Physical control) มุ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้

มากขึ้น โดยบรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ความเจ็บปวด อาการเหนื่อย หอบ แนะนำให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคบางอย่างในการควบคุมความไม่สุขสบายต่างๆ ด้วยตัวเอง เช่น การควบคุมความเจ็บปวด โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การทำสมาธิ (สายพิณ, 2532) ซึ่งการตอบสนองการผ่อนคลายตรงข้ามกับการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ (อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และการใช้ออกซิเจนลดลง) มีการศึกษาในกลุ่มทดลองใช้เทคนิคการผ่อนคลายหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองมีความเจ็บปวดน้อย และใช้ยาแก้ปวดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดน้อยลง ซึ่งเทคนิคการผ่อนคลายจะสร้างให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าคุณสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ (Clark, 1986) นอกจากนี้ส่งเสริมผู้ป่วยดูแลตนเองให้มากที่สุดเท่าที่ร่างกายจะอำนวย (สายพิณ, 2532; กมลพรรณ และคณะ, 2538) โดยเริ่มให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมตามระดับความสามารถที่ละน้อย และเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ ไฟช์เชิลด์ (Freichels, 1993) กล่าวว่า เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เป็นการสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (self-esteem improve) วางเป้าหมายที่เป็นไปได้ในการฟื้นฟูสภาพร่วมกับผู้ป่วย และผู้ป่วยสามารถบรรลุเป้าหมายในระยะสั้น เช่น การพลิกตะแคงตัว การลุกขึ้นนั่ง เป็นต้น ชมเชยหรือเสริมแรงทางบวกทุกครั้ง เมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมได้ตามเป้าหมาย เช่น ไปได้โดยมีประสิทธิภาพ ลุกขึ้นนั่งโดยพยาบาลช่วยพยุงตัวได้ (สายพิณ, 2532; ชอลดา, 2536)

การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ โดยพยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และความคับข้องใจต่างๆ ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าเขาเป็นบุคคลที่มีความสำคัญซึ่งเป็นที่มาของการมีอำนาจ (Roberts, 1978 อ้างตามสายพิณ, 2532) ซึ่งพยาบาลจะต้องสนใจและตั้งใจฟัง แสดงออกถึงความเข้าใจและเห็นใจผู้ป่วย เช่น การพยักหน้ารับรู้ จับมือ และสัมผัสผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล นอกจากนี้การให้โอกาสผู้ป่วยตัดสินใจเลือกหรือปฏิเสธสิ่งที่เขาจะได้รับด้วยตัวเอง เป็นการลดความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ (Linn, 1982) และเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมได้ เช่น การอนุญาตให้ผู้ป่วยจัดตารางในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยในแต่ละวัน (Carroll, 1986; Recker, 1992) รวมทั้งการให้การพยาบาล ซึ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีความคุณค่าในตัวเอง โดยการให้การต้อนรับผู้ป่วยอย่างอบอุ่น ใช้สรรพนามเรียกชื่อผู้ป่วยด้วยถ้อยคำที่สุภาพหรือตามระดับอาวุโส อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและยินยอมก่อนให้การรักษาพยาบาล เปิดเผยอวัยวะที่ควรสงวนโดยคำนึงถึงความมิดชิดและความเป็นส่วนตัว ให้ความเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น การพลิกตะแคงตัว การเช็ดตัวตามความเหมาะสม ส่งเสริมให้ญาติพูดคุย ให้กำลังใจ และแสดงออกถึงความรักและความห่วงใยในระหว่างเข้าเยี่ยม และให้โอกาสผู้ป่วยอยู่กับญาติตามลำพัง (สายพิณ, 2532)

การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสิ่งแวดล้อม สามารถให้การพยาบาลโดยจัดหา กริ่งไว้ใกล้มือ เพื่อร้องขอความช่วยเหลือ (สายพิณ, 2532) และพยาบาลเข้าไปหาผู้ป่วยทันที หาก ไม่สามารถกระทำได้ควรบอกให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นของตน (ช่อลดา, 2536) สำหรับการให้ความรู้เรื่องโรคและวิธีการรักษา พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะของโรค และการ รักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับอย่างต่อเนื่อง (สายพิณ, 2532)

2.4 ภาวะพรากความรู้สึก (Sensory Deprivation) และได้รับสิ่งกระตุ้นมากเกินไป (Sensory Overage)

ภาวะพรากความรู้สึก เป็นภาวะที่บุคคลมีการตอบสนองต่อการที่ได้รับสิ่ง กระตุ้นประสาทรับความรู้สึกลดลง หรือเป็นการกระตุ้นที่ไม่มีความหมายมากขึ้นและนานขึ้น (ช่อลดา, 2536) ภาวะพรากความรู้สึกของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เกิดขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม และความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าได้น้อยกว่า ปกติ ซึ่งสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลอาจมีสิ่งเร้ามากเกินไปหรือน้อยเกินไป ตลอดจนมีสิ่งเร้าที่ ไม่มีความหมาย ไม่มีระบบที่เอื้ออำนวยให้เกิดภาวะเปลี่ยนแปลงได้ (นิตยา, 2538) สำหรับภาวะ พรากความรู้สึกในผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ เกิดขึ้นเนื่องจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว มี การกระตุ้นความรู้สึกที่มากเกินไป และการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก

ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากการคาท่อทางเดิน หายใจ เครื่องช่วยหายใจ มีสายสวนปัสสาวะ และคาสายยางให้อาหารทำให้ผู้ป่วยต้องนอนบน เตียง และเคลื่อนไหวได้น้อยมาก เพราะอาจทำให้สายหรือท่อต่างๆ หลุดได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยจะได้รับ สิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมที่มากกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกหลายๆ อย่างพร้อมกันทุกประสาทรับ ความรู้สึก ซึ่งมีทั้งการรับรส การได้กลิ่น การได้ยินเสียง การสัมผัส และการมองเห็น (ช่อลดา, 2536; Ashworth, 1994) การรับรสของผู้ป่วยที่คาท่อทางเดินหายใจจำเป็นต้องถูกงดน้ำและอาหาร ทางปาก ผู้ป่วยจะรู้สึกปากแห้ง ไม่รู้รสชาติอาหาร ผู้ป่วยได้รับกลิ่นที่ไม่คุ้นเคย ได้แก่ กลิ่นเสมหะ จากการดูดเสมหะ กลิ่นอาเจียน เป็นต้น ได้รับสัมผัสที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด และไม่สุขสบาย จากการยึดตรึง ท่อทางเดินหายใจด้วยพลาสติก การถูกแทงด้วยเข็มให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ การคาสายสวนปัสสาวะ การคาท่อทางเดินหายใจ หรือท่อเจาะคอ และการดูดเสมหะ ผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมักจะเห็นภาพที่น่ากลัวเช่น การช่วยฟื้นคืนชีพให้กับผู้ป่วยข้าง เตียง การเดินอย่างเร่งรีบของแพทย์และพยาบาล รวมทั้งการได้ยินเสียงโดยเฉพาะเสียงในหอผู้ป่วย หนัก เป็นสิ่งกระตุ้นรับความรู้สึกของผู้ป่วยมากเกินไปอยู่ตลอดเวลา ได้แก่ เสียงการทำงานของ เครื่องช่วยหายใจ เสียงสัญญาณเตือนของเครื่องมือ เสียงการดูดเสมหะ เสียงการทำงานของเครื่อง

ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Halm & Alpen, 1993) สิ่งกระตุ้นประสาทรับรู้สึกเหล่านี้ ล้วนทำให้ผู้ป่วยมีการกระตุ้นความรู้สึกมากเกินไป (sensory overload)

สำหรับการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งลักษณะของหอผู้ป่วยหนัก เป็นสถานที่ไม่คุ้นเคย สภาพห้องมิดชิดไม่มีหน้าต่าง พยาบาลทำงานอย่างรีบเร่ง ไม่มีเวลาในการสัมผัสและพูดคุยอย่างเพียงพอ การได้ยินเสียงพูดคุยอยู่รอบๆ ตัว โดยที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจความหมาย ไม่สามารถแยกแหล่งของเสียงได้ (Jablonski, 1994) แสงไฟที่เปิดสว่างตลอดเวลาทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแยกเวลากลางวัน กลางคืนได้ และผู้ป่วยถูกแยกจากครอบครัวและสังคม เนื่องจากกฎระเบียบในการเยี่ยมที่จำกัดจำนวนผู้เยี่ยม และเวลาเยี่ยมสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยเหล่านี้ล้วนทำให้ประสาทรับรู้สึกรับการกระตุ้นได้น้อยลง ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมตอบสนองต่อการกระตุ้นประสาทรับรู้สึกลดลง หรือเป็นการกระตุ้นที่ไม่มี ความหมาย (ชอลดา, 2536)

หากผู้ป่วยเกิดภาวะพรากความรู้สึก จะมีผลกระทบด้านร่างกายเช่น เส้นเลือดประสาทส่วนปลายหดตัว ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหดตัว ความสามารถในการนอนหลับลดลง ส่วนทางด้านจิตใจผู้ป่วยจะรู้สึก หมดหนทางช่วยเหลือ หมดหวังท้อแท้ (Halm & Alpen, 1993) ซึ่งผู้ป่วยจะไม่รับรู้วัน เวลา สถานที่และบุคคล มีอาการประสาทหลอนทางตาและหู กระวนกระวาย และมีพฤติกรรมทางจิต (Linn, 1982)

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งช่วยลดปัจจัยที่จะทำให้เกิดภาวะพรากความรู้สึก โดยการจัดให้ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นประสาทรับรู้สึกอย่างมีความหมาย และลดสิ่งกระตุ้นที่มากเกินไป และไม่มี ความหมาย

การจัดให้ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นประสาทรับรู้สึกอย่างมีความหมาย โดยการกระตุ้นประสาทรับรู้สึกทางการมองเห็น ได้แก่ การมองเห็นสิ่งของที่สื่อความหมายถึงครอบครัว เช่น รูปถ่ายครอบครัว บุคคลที่ตนรัก หรือภาพวาดจากบุตร และมองเห็นสมาชิกครอบครัวในขณะที่เยี่ยม (Halm & Alpen, 1993) ซึ่งพยาบาลควรให้สมาชิกครอบครัวเข้าเยี่ยมตามเวลาที่กำหนดไว้ (Linn, 1982) อนุญาตให้ญาติเข้าเยี่ยมได้เป็นครั้งคราวตามความต้องการของผู้ป่วย (ชอลดา, 2536; นิตยา, 2538; Buchda, 1987) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ควรพิจารณาเวลาในการเยี่ยมให้นานขึ้น ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจมีความต้องการที่ปฏิสัมพันธ์กับสังคม (Flynn & Bruce, 1993) นอกจากนี้ควรให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสม เช่น การเช็ดตัว การให้อาหาร ซึ่งเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น การกระตุ้นประสาทรับรู้สึกทางหู พยาบาลควรเรียกชื่อผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล (Buchda, 1987) เข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ (ชอลดา, 2536; Buchda, 1987) รวมทั้งแนะนำญาติให้พูดคุยกับผู้ป่วยในขณะที่เยี่ยม (ชอลดา, 2536) การ

กระตุ้นประสาทรับสัมผัสทางผิวหนัง พยาบาลควรสัมผัสผู้ป่วยในขณะที่สื่อความหมายด้วยการพูด (ชอลดา, 2536) หรือเมื่อมีโอกาสเหมาะสม เช่น การปลอบผู้ป่วย เมื่อเขาเจ็บปวด ซึ่งการสัมผัสเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสบาย และเพิ่มการมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย (Buchda, 1987) และอำนวยความสะดวกให้ญาติได้สัมผัสกับผู้ป่วย (Halm & Alpen, 1993) ส่วนการกระตุ้นประสาทรับรส และกลิ่นโดยอนุญาตให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารตามรสชาติที่ผู้ป่วยชอบ (ชอลดา, 2536) ตามสภาพของผู้ป่วย

สำหรับการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม มีสิ่งเร้าที่มีความหมายไม่มากหรือน้อยเกินไป โดยการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยทราบวัน เวลา สถานที่ และบุคคล ด้วยการแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยรู้จักสภาพต่างๆ ไป หรือผู้ป่วยข้างเตียง (อรสา, 2528) ให้แสงสว่างพอเหมาะ เปิดหน้าต่างในเวลากลางวัน (นิตยา, 2538; Linn, 1982) และเปิดไฟหรือไฟหรี่ในช่วงเวลากลางคืน (Johnson & Sexton, 1990) เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้เวลา กลางคืน กลางวัน จัดให้มีปฏิทินขนาดใหญ่ซึ่งผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ (Johnson & Sexton, 1990; Recker, 1992) จัดให้มีนาฬิกาบอกเวลาหรืออนุญาตให้ผู้ผู้ป่วยสวมนาฬิกาข้อมือ (Linn, 1982; Johnson & Sexton, 1990) บอกให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้วัน เวลา สถานที่ (บารมี, 2533; Johnson & Sexton, 1990) นอกจากนี้ควรจัดให้มีวิทยุ และโทรทัศน์ให้แก่ผู้ป่วย ตามสภาพความเหมาะสมของผู้ป่วย แต่ละราย (Linn, 1982; Flynn & Bruce, 1993; Halm & Alpen, 1993)

การลดสิ่งกระตุ้นที่มากเกินไป และไม่มี ความหมายต่อผู้ป่วย โดยการให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจความหมายของสิ่งเร้า เช่น กิจกรรมพยาบาล การตรวจรักษาของแพทย์ ความจำเป็นในการใช้เครื่องมือเครื่องใช้ หรือเครื่องตรวจวัดต่างๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย รวมทั้งหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจความหมายให้ผู้ผู้ป่วยได้ยิน (นิตยา, 2538) จัดสภาพแวดล้อมโดยลดสิ่งแวดล้อมที่มีสิ่งเร้ามากเกินไปให้เหลือน้อยที่สุด เช่น การเปิดไฟหรือไฟหรี่ในช่วงเวลากลางคืน หรือในขณะที่ไม่มีกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วย (บารมี, 2533; Linn, 1982) หรือเปิดไฟไว้เฉพาะที่จำเป็น (ชอลดา, 2536) ลดเสียงของเครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ เช่น การกำจัดน้ำที่เกิดจากไอน้ำในสายเครื่องช่วยหายใจ (Johnson & Sexton, 1990; Flynn & Bruce, 1993; Halm & Alpen, 1993) และกำหนดระดับเสียงสัญญาณเตือนให้พอเหมาะ (Flynn & Bruce, 1993) นอกจากนี้พยาบาลควรจะลดเสียงในการพูดคุยกันในเวลากลางคืน และใกล้ตัวผู้ป่วย (ชอลดา, 2536; Linn, 1982)

3. ด้านจิตวิญญาณ

ความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ (Spiritual Distress)

ภาวะจิตวิญญาณเป็นภาวะที่เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้นกับความ รู้สึกเกี่ยวกับตัวตน (self) อันมีผลกระทบต่อการใช้ปฏิสัมพันธ์กับพระเจ้า หรือสิ่งยึดเหนี่ยว บุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม หรือเป็นผลจากการที่บุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งยึดเหนี่ยว บุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม (อวยพร, 2534) ภาวะจิตวิญญาณเป็นมิติหนึ่งของบุคคลที่มีการประสาทสัมผัสกับมิติอื่นของบุคคล คือ ด้านกาย จิต สังคม บุคคลที่มีภาวะเบี่ยงเบนในมิติใดมิติหนึ่งมักมีความเบี่ยงเบนทางด้านจิตวิญญาณร่วมด้วย (อวยพร, 2534) ยูร์เดน และคณะ (Urden, et al., 1992 cited in Clark & Heidenrich, 1995) กล่าวว่า ความเจ็บป่วยนำไปสู่ความหมดหวัง ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความหมดหวังคือ การจำกัดการเคลื่อนไหว การถูกแยกออกจากสังคม สภาพร่างกายที่เสื่อมลง ภาวะเครียด การขาดความเอาใจใส่ และการขาดความศรัทธา ส่วนปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อความหมดหวังคือ ขาดความสนับสนุน เสียง การจำกัดการเยี่ยม แสงที่เปิดตลอดเวลา และการสอดใส่สายเพื่อเฝ้าติดตามอาการจะเห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ต้องพบกับปัจจัยหลายประการที่กล่าวมา ความรู้สึกถึงความคุกคาม ไม่นั่นคง ขาดสิ่งยึดเหนี่ยวบางคนอาจมีความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ หรือความทุกข์ทางจิตวิญญาณ (Spiritual distress) (O'Keefe and Gilliss, 1989 cited in Clark & Heidenreich, 1995) บุคคลเหล่านี้มักอยู่ในสภาพสิ้นหวัง ท้อแท้ น้อยเนื้อต่ำใจ ขาดขวัญ กำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ นอกจากนี้มักปรากฏอาการทางกายร่วมด้วย เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ผื่นร้าย เป็นต้น

มนุษย์ทุกคนมีความต้องการการตอบสนองด้านจิตวิญญาณ นั่นคือ การตอบสนอง ความต้องการที่จะมีชีวิตที่มีคุณค่า มีความหมาย สามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อมตามค่านิยมของตนเองมีพลังในการดำรงชีวิต สามารถรักและให้อภัยผู้อื่น ในขณะที่เดียวกันต้องการรับความรัก และการให้อภัยจากผู้อื่น เป้าหมายของการพยาบาลด้านจิตวิญญาณจะมุ่งไปสู่ทิศทางการมีภาวะจิตวิญญาณที่สมบูรณ์ ผาสุก สมหวัง การมีพลังในการดำรงชีวิตที่มีความหมาย และมีจุดหมายของผู้รับบริการ ดังนั้นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้บริการลดอุปสรรค จึงครอบคลุมกิจกรรมสร้างความมั่นใจในความปลอดภัย กิจกรรมเสริมสร้างขวัญและกำลังใจ และความหวังในการดำรงชีวิตที่มีความหมาย และมีคุณค่า โดยกิจกรรมดังกล่าวอาศัยตัวพยาบาลเป็นทั้งเครื่องมือให้เกิดขวัญและกำลังใจ และเป็นตัวกลางประสานติดต่อกับสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจของผู้รับบริการ (อวยพร, 2534)

จากการศึกษานำร่อง ปัจจัยซึ่งทำให้เกิดความผาสุกด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ความศรัทธาในบุคลากร ระบบสนับสนุนที่มีความหมายและการที่บุคลากรยอมรับในความศรัทธาของ

ผู้ป่วย สำหรับการพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกด้านจิตวิญญาณ คือ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาขณะที่อยู่โรงพยาบาล พยาบาลผู้เข้าใจในความเชื่อหรือ ความศรัทธาของผู้ป่วยซึ่งจะช่วยให้อุปการะปัญหาได้ดี ทำให้เกิดความหวังและมีความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (Clark & Colleagues, 1991 cited in Clark & Heidenreich, 1995) และจากการศึกษาการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยภาวะวิกฤต พบว่า การดูแลของผู้ดูแลครอบครัวหรือเพื่อน และศาสนาหรือความศรัทธา ทำให้เกิดความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (Clark & Heidenreich, 1995)

อวยพร (2534) กล่าวว่า กิจกรรมการพยาบาลเพื่อใช้ในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ เช่น การเปิดโอกาสให้พระ หรือบุคคลสำคัญทางศาสนาประกอบพิธีกรรมทางศาสนาในหอผู้ป่วย เช่น การประพรมน้ำมนต์ การสวดมนต์ หรืออ่านคัมภีร์ เป็นต้น การเปิดโอกาสให้ใช้วัตถุมงคลต่างๆ การเอื้ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในพิธีกรรมทางศาสนา หรือได้มีโอกาสประกอบศาสนกิจ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะกับการสวดมนต์ภาวนา การเชิญพระหรือบุคคลสำคัญทางศาสนามาพูดคุย การใช้หนังสือธรรมะ คัมภีร์ สิ่งที่เกี่ยวข้องกับศาสนาที่ผู้รับบริการนับถือ เป็นต้น และพยาบาลควรเลือกใช้กิจกรรมการพยาบาลตามความเหมาะสม และตามสภาพของผู้ป่วย

สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งอาจจะมีความรู้สึกหมดความหวังจากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งภาวะหมดความหวังและความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ เป็นการตอบสนองการรักษาโดยความเจ็บป่วย พยาบาลสามารถจัดหาคความหวังโดยการตั้งความหวังซึ่งเป็นความจริง และสามารถเป็นไปได้ การตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย และมีขั้นตอนไปให้ถึงความหวัง (Clark, 1993) และเรคเกอร์ (Recker, 1992) กล่าวว่า พยาบาลช่วยผู้ป่วยในการตั้งเป้าหมายโดยการ พยาบาลสามารถช่วยเป็นความหวังของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย เมื่อบรรลุเป้าหมายควรชมเชยผู้ป่วย และการอนุญาตให้ผู้ป่วยที่ฟื้นแล้วเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้เป็นความหวังอย่างหนึ่ง เพราะเป็นผู้ซึ่งเข้าใจความคับข้องใจ อาการซึมเศร้า และการหมดความหวัง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการพยาบาล

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยบางประการที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับความต้องการการพยาบาล โดยพิจารณาจากผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเหล่านั้นที่ผ่านมา ซึ่ง

ส่วนใหญ่เป็นผลการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมาน

ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการปรับตัว ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน เนื่องจากบุคคลเป็นผู้มีศักยภาพที่มีความสามารถในการเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง การค้นหา การพัฒนา และการถ่ายทอดวิธีการสนองต่อความต้องการของตนเองและบุคคลอื่น เนื่องจากคนเป็นระบบเปิด เป็นพลวัตที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมซึ่งไม่สามารถแยกออกจากกันได้ (Orem, 1991 อ้างตามสมจิต, 2536) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นกับตนเอง หรือสิ่งแวดล้อมของตน บุคคลก็จะมีการปรับตัวโดยใช้วิธีการหรือกระบวนการต่างๆ ในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Kyes & Hofling, 1974) เพื่อตอบสนองความต้องการของตน (Arkoff, 1968 อ้างตามอำไพ, 2528) แต่บางครั้งความสามารถในการสนองต่อความต้องการของบุคคลอาจถูกกระทบได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ หรือองค์ประกอบทั้งภายในและภายนอกที่ทำให้บุคคลนั้นใช้ความสามารถในการดูแลตนเองได้เพียงบางส่วน หรือไม่สามารถใช้ได้เลย เช่น ทารก ผู้ที่เจ็บป่วย และผู้สูงอายุ บุคคลนั้นจึงต้องการการพยาบาล (สมจิต, 2536) หรือการช่วยเหลือจากพยาบาลผู้ดูแล และแหล่งสนับสนุนอื่นๆ มาช่วยเหลือในการปรับตัวเพื่อรักษาคุณภาพของชีวิต (Andrews & Roy, 1991)

จากเหตุผลที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยที่พบว่าเกี่ยวข้องกับปรับตัว ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งมีหลายปัจจัยดังต่อไปนี้

อายุ

อายุเป็นเครื่องบ่งบอกถึงวุฒิภาวะ ภาวะจิตใจ การรับรู้ ความสามารถในการเข้าใจ ตัดสินใจในสิ่งต่างๆ โดยจะเริ่มมีวุฒิภาวะมากขึ้นเมื่อบุคคลอยู่ในระยะวัยรุ่นตอนปลาย ซึ่งมีอายุประมาณ 17-20 ปี นอกจากนี้วัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี จะมีพัฒนาการร่างกายสูงสุด คือมีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง มีกำลังวังชา มีความคล่องแคล่วว่องไว ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ทำให้บุคคลวัยนี้เรียนรู้ทักษะและการปรับตัวได้ดี ก่อนที่จะลดลงทีละน้อยเมื่ออายุมากขึ้น (สุชา, 2536) จากการศึกษาของพาดิลลา และแกรนท์ (Padilla & Gront, 1985 อ้างตามมนัสนิตย์, 2536) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลถึงการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น และพบว่าบุคคลที่มีอายุต่างกัน จะเลือกใช้วิธีเผชิญปัญหาต่างกัน

ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจจะต้องได้รับกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่จำเป็น ที่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวด ได้แก่ การใส่และคาท่อทางเดินหายใจ การดูดเสมหะ และการเจาะเลือดเพื่อวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง และผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ มีความทุกข์ทรมานในระดับมาก

(สุพัตรา, 2536) ผู้ป่วยจะมีความเจ็บปวดและมีความทุกข์ทรมานมากขึ้น น่าจะมีความสัมพันธ์กับอายุ ซึ่งจากการศึกษาของบอส (Boss, 1992) พบว่าวัยสูงอายุ มีความอดทนต่อความเจ็บปวดมากกว่าวัยเด็กและผู้ใหญ่ ในวัยผู้ใหญ่มีการเรียนรู้ ประสบการณ์ และมีการปรับตัวอยู่เสมอ ความอดทนต่อความเจ็บปวดจึงเพิ่มขึ้นด้วย เมื่อสูงอายุขึ้นมีความเสื่อมของระบบประสาท การรับรู้ความเจ็บปวดลดลง ดังนั้นในวัยสูงอายุ จึงมีความอดทนต่อความเจ็บปวดได้ดีกว่าวัยอื่นๆ นอกจากนี้อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมาน กล่าวคือ บุคคลที่มีอายุมากจะมีความทุกข์ทรมานในความเจ็บป่วยน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย เนื่องจากประสบการณ์ในชีวิตที่แตกต่างกัน โดยในช่วงแรกของชีวิต หรือผู้ที่มีอายุน้อย จะมีข้อจำกัดในการใช้พฤติกรรม การเผชิญความเครียด เนื่องจากต้องอาศัยพัฒนาการทางด้านร่างกาย และประสบการณ์การเรียนรู้ ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานในความเจ็บป่วยมากกว่า (Clarke, 1984)

จากผลการศึกษาข้างต้นจะเห็นว่า อายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน โดยผู้ที่มีอายุมากกว่ามีแนวโน้มที่จะปรับตัว มีความอดทนต่อความเจ็บปวดดีกว่า และมีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ดังนั้นน่าจะต้องการการช่วยเหลือจากพยาบาลหรือบุคคลอื่นน้อยกว่าเช่นกัน

เพศ เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาการของบุคลิกภาพด้านร่างกาย ซึ่งจะมีผลต่อความทุกข์ทรมานที่แตกต่างกันระหว่างเพศชายและหญิง ทั้งนี้เนื่องจากเพศชายถูกสังคมนิยมว่าเป็นเพศที่มีความแข็งแรง ส่วนเพศหญิงเป็นเพศที่มีความอ่อนแอ ทำให้เพศหญิงมีความรู้สึกถูกกระทบกระเทือนจากความเจ็บป่วยสูงกว่าเพศชาย (Penckofer & Holm, 1990) ประกอบกับเพศชายมีการนำความเข้มแข็งของตนเองมาใช้ เพื่อปรับพฤติกรรมการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินได้ดีกว่าเพศหญิง (Gass & Chang, 1989) จึงทำให้ความทุกข์ทรมานในเพศชายน้อยกว่าเพศหญิง ยังไม่มีการศึกษาถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระหว่างการใช้เครื่องช่วยหายใจที่เป็นเพศชายและหญิง แต่มีการศึกษาของพอนเต้ (Ponte, 1992) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นเพศหญิงจะมีความทุกข์ทรมานในความเจ็บป่วยมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้จากเหตุดังกล่าวมาแล้ว อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของสเนด เอ็ดลันด์ และไดแอส (Sneed, Edlund & Dias, 1992) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงและเพศชาย มีระดับความทุกข์ทรมานที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อาร์ลิง (Arling, 1987) ที่พบว่าเพศหญิงเป็นบุคคลที่มีเครือข่ายทางสังคม การติดต่อกับสังคมมาก ดังนั้นแม้ว่าจะมีปัญหาที่มีความทุกข์ทรมานไม่ต่างกับเพศชายมากนัก

จากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น พบว่าเพศต่างกันจะมีระดับความทุกข์ทรมานต่างกัน และไม่ต่างกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยด้านเพศ ว่ามีความสัมพันธ์กับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจอย่างไร

ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของบุคคลมีผลต่อการรับรู้ข้อมูล การแปลข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหา และการหาทางเลือกในการแก้ปัญหา โดยใช้การเรียนรู้จากประสบการณ์และพฤติกรรมที่เคยประสบผลสำเร็จมาแล้วเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันได้ (Jalowice & Powers, 1981) โดยบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีการรับรู้ต่อปัญหาที่เกิดขึ้น คิดหาแนวทางแก้ไขปัญหา และสามารถเผชิญภาวะเครียดได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย ดังเช่น การศึกษาของอูมาพร (2537) พบว่า พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการศึกษา และโชเวอร์และคณะ (Schover, et al., 1995) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมที่มีการศึกษาสูง จะสามารถปรับตัวได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อย ทำให้ผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อยมีความทุกข์ทรมานจากการผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงกว่า และเมื่อผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานผู้ป่วยจะต้องการความช่วยเหลือมากขึ้นเพื่อลดความทุกข์ทรมาน นั่นคือผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งมีการศึกษาน้อยน่าจะมีความต้องการการพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงกว่า

ระยะเวลาการได้รับเครื่องช่วยหายใจ

ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่เป็นกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด คือ การคาท่อทางเดินหายใจทั้งทางปากหรือจมูก การดูดเสมหะ การเจาะเลือดเพื่อวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง ซึ่งการคาท่อทางเดินหายใจทั้งทางปากและจมูก จะทำให้เกิดการกดทับเนื้อเยื่อมุมปาก หรือจมูกเนื่องจากต้องมีการยึดตรึงท่อทางเดินหายใจไว้กับมุมปาก หรือจมูกจะทำให้เนื้อเยื่อปากหรือจมูกระคายเคือง (Lewist Collier, 1992) บริเวณที่ติดพลาสติกอาจหลุดลอก และทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นได้รับบาดเจ็บ กอปรกับผู้ป่วยไม่สามารถดื่มน้ำทางปากได้ ทำให้ช่องปากแห้ง เกิดการบาดเจ็บได้ง่ายมากขึ้น (วรรณ, 2535) และเมื่อผู้ป่วยต้องคาท่อทางเดินหายใจเป็นระยะเวลานาน โอกาสเกิดการอักเสบ และแผลกดทับบริเวณมุมปาก หรือจมูกจากการคาท่อทางเดินหายใจยิ่งมากขึ้น และก่อให้เกิดความเจ็บปวดมากขึ้นด้วย (สุพัตรา, 2536)

ในระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ เช่น ปัญหาการแลกเปลี่ยนก๊าซ มีความผิดปกติเกี่ยวกับการระบายอากาศในถุงลมปอด มีค่าความดันออกซิเจนในเลือดแดงต่ำลง หรืออาจมีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อทางเดินหายใจ ซึ่งอาจมีผลทำให้มีเสมหะมากขึ้น จำเป็นต้องการรับการดูดเสมหะบ่อยครั้งมากขึ้น เพื่อช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง ผู้ป่วยจะประสบกับความเจ็บปวด

รวมทั้งได้รับการเจาะเลือดเพื่อวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง เพื่อประเมินปัญหาเกี่ยวกับการระบายอากาศ และการเสียสมดุลกรดด่าง (วรรณภา, 2535) การเจาะเลือดเพื่อวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวด อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการเจาะเลือดได้ เช่น เกิดการคั่งของก้อนเลือดใต้ผิวหนัง และเกิดการติดเชื้อบริเวณที่แทงเข็ม ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเจ็บปวดมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษาของสุพัตรา (2536) พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลามากกว่า 5 วัน มีความทุกข์ทรมานมากกว่าผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลา 1-5 วัน ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน น่าจะมีความต้องการการพยาบาลมากกว่า เพื่อช่วยลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน

จำนวนครั้งการได้รับเครื่องช่วยหายใจ

โดยทั่วไปบุคคลจะรับรู้ว่า การหายใจล้มเหลวซึ่งต้องได้รับการบำบัดด้วยเครื่องช่วยหายใจ เป็นการเจ็บป่วยที่วิกฤต และคุกคามชีวิต จนกระทั่งภาวะการหายใจล้มเหลวดีขึ้น และเริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจ สภาวะด้านจิตใจของผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งในระหว่างการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เป็นภาวะที่ผู้ป่วยรู้สึกเหมือนถูกคุกคาม รู้สึกว่าตนเองไม่ปลอดภัย กลัวตาย กลัวเจ็บ กลัวการหย่าเครื่องช่วยหายใจ กลัวการหายใจลำบาก และไม่มั่นใจว่าตนเองจะหายใจได้ ทั้งนี้เนื่องจากมีประสบการณ์เกี่ยวกับการหายใจลำบาก หรือเกิดจากการหย่าเครื่องช่วยหายใจล้มเหลวมาก่อน (ลูจินต์, 2537) ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับเครื่องช่วยหายใจอีก ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลมากขึ้น และจะมีความรู้สึกหมดหวังร่วมด้วย (Elynn & Bruce, 1993) ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจมากกว่า 1 ครั้ง น่าจะมีความต้องการการพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ 1 ครั้ง

ประสบการณ์การได้รับเครื่องช่วยหายใจ

การรับรู้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐานต่อการปรับตัว โดยการรับรู้จะให้บุคคลเกิดการจดจำสิ่งที่สนใจ นำไปสู่การมีทักษะในการคิดไตร่ตรอง การตัดสินใจ การใช้กระบวนการทางสติปัญญา เพื่อปรับวิธีในการแก้ปัญหาและแสวงหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการปรับตัว เพื่อให้บุคคลมีการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพ (Andrew & Roy, 1991) การรับรู้และเข้าใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและตรงตามความจริง ทำให้แก้ไขปัญหาล้มเหลวได้ ถูกต้อง หรือปรับตัวได้อย่างเหมาะสม (อัมพล, 2531; Aguilera & Messick, 1982) ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใส่เครื่องช่วยหายใจมีประสบการณ์เกี่ยวกับการหายใจลำบาก หรือหายใจล้มเหลวมาก่อน รวมทั้งประสบการณ์การหย่าเครื่องช่วยหายใจ ประสบการณ์เหล่านี้ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ และเกิดความจดจำ (บุญวดี, 2532; Yura & Walsh, 1983) ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ การคาดคะเน

เหตุการณ์ ความรู้ความเข้าใจ และความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งเร้า โดยที่บุคคลที่เคยผ่านประสบการณ์ ย่อมจะรู้จักการแก้ปัญหาอย่างถูกวิธี หรือปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์การได้รับเครื่องช่วยหายใจ น่าจะมีความต้องการการพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การได้รับเครื่องช่วยหายใจ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงศึกษาความต้องการการพยาบาล การพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการพยาบาล และคาดว่าผลการศึกษาที่ได้จะนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลและจัดการเรียนการสอน การปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย เพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการการพยาบาลให้ดีขึ้น

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ มีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และได้รับเครื่องช่วยหายใจ
กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยซึ่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมพร โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลพัทลุง และโรงพยาบาลกระบี่ รวม 8 โรงพยาบาล และได้รับเครื่องช่วยหายใจ ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 60 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามตาราง 6-3 (Polit, 1996) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 effect size ที่ .50 สำหรับการวิเคราะห์สถิติโดย t-test แบบ two-tailed ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 63 คน ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติในการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. อายุ 15 ปีขึ้นไป
2. มีระยะเวลาการได้รับเครื่องช่วยหายใจ 24 ชั่วโมงขึ้นไป
3. ถอดเครื่องช่วยหายใจและท่อทางเดินหายใจ หรือท่อเจาะคอไม่เกิน 72 ชั่วโมง
4. จำเหตุการณ์ในขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจได้ และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ในระหว่างให้ข้อมูล
5. พูดและสื่อสารภาษาไทยรู้เรื่อง
6. ไม่มีปัญหาการมองเห็น การได้ยิน และประสาทสัมผัสอื่น ๆ
7. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ แหล่งรายได้หลัก สาเหตุที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ช่องทางที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ จำนวนครั้งที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจในการเข้ารับการรักษาครั้งนี้ ระยะเวลาที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจครั้งสุดท้าย ลักษณะของผู้ป่วยที่ผู้ป่วยได้รับเครื่องช่วยหายใจและประสบการณ์การได้รับเครื่องช่วยหายใจจากการเจ็บป่วยครั้งก่อน

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วย ระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยศึกษาค้นคว้าจาก ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมทั้งความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับ ด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ

แบบสัมภาษณ์เป็นคำถามปลายเปิด มีจำนวนทั้งหมด 76 ข้อ แบ่งเป็นด้านร่างกาย จำนวน 38 ข้อ ด้านจิตสังคมจำนวน 29 ข้อ และด้านจิตวิญญาณ จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มีให้เลือก 3 ระดับ ในกรณีที่เป็นการต้องการการพยาบาล มีคำตอบให้เลือก 3 ข้อ คือ ความต้องการมาก ความต้องการปานกลาง และความต้องการน้อย ส่วนการพยาบาลที่ได้รับมีคำตอบให้เลือก 3 ข้อ คือ ได้รับทุกครั้ง ได้รับเป็นบางครั้ง และไม่ได้รับ โดยกำหนดการให้คะแนนดังนี้

คะแนน 1 คะแนน เมื่อตอบว่า ต้องการน้อย / ไม่ได้รับการพยาบาล

คะแนน 2 คะแนน เมื่อตอบว่า ต้องการปานกลาง / ไม่ได้รับบางครั้ง

คะแนน 3 คะแนน เมื่อตอบว่า ต้องการมาก / ได้รับทุกครั้ง

ดังนั้นช่วงคะแนนของแบบสัมภาษณ์ความต้องการการพยาบาล และการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ด้านร่างกาย อยู่ระหว่าง 38-114 คะแนน ด้านจิตสังคม 27-87 คะแนน ด้านจิตวิญญาณ 9-27 คะแนน และการพยาบาลโดยรวม 76-228 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความต้องการการพยาบาล และการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วย ระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งเกี่ยวกับการได้รับอาหาร แบบสัมภาษณ์เป็นคำถามปลายเปิดมีจำนวนทั้งหมด 16 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับการรับประทานอาหารได้ช่องทางปาก

จำนวน 6 ข้อ การได้รับสารอาหารทางสายยางให้อาหารจำนวน 7 ข้อ และการได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำตอบและกำหนดการให้คะแนน เช่นเดียวกับส่วนที่ 2 ดังกล่าวข้างต้น

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เป็นข้อเสนอนะเพิ่มเติม ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด ประกอบด้วย การพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการเพิ่ม การพยาบาลที่ผู้ป่วยไม่ต้องการให้ปฏิบัติ และข้อเสนอนะอื่นๆ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ โดยการหาความตรงตามเนื้อหา และความเที่ยง มีขั้นตอนดังนี้

1. การหาความตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ (content validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 9 ท่าน ช่วยตรวจสอบแก้ไข ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอนะ โดยกำหนดเกณฑ์ความเห็นพ้องต้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 6 ท่านใน 9 ท่านของแต่ละข้อคำถาม จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็น และข้อเสนอนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปหาความเที่ยง และนำไปใช้จริง

2. การหาความเที่ยง (reliability) ของแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่มีความตรงตามเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยซึ่งมีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน จากนั้นนำเครื่องมือมาหาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (ยูวดี ฤชา และคณะ, 2531) โดยแยกเป็นรายด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ

ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ความต้องการการพยาบาลด้านร่างกายเท่ากับ .90 ด้านจิตสังคมเท่ากับ .89 และด้านจิตวิญญาณเท่ากับ .85 ส่วนการพยาบาลที่ได้รับด้านร่างกายเท่ากับ .88 ด้านจิตสังคมเท่ากับ .85 และด้านจิตวิญญาณเท่ากับ .82 สำหรับความต้องการการพยาบาลในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการได้รับอาหารเท่ากับ .89 ส่วนการพยาบาลที่ได้รับในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการได้รับอาหารเท่ากับ .86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลชุมพร โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลพัทลุง และโรงพยาบาลกระบี่

1.2 ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยแก่หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก และหัวหน้าหอผู้ป่วยทั่วไปที่มีกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาอยู่ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 เตรียมผู้ช่วยวิจัย มีขั้นตอนดังนี้

1) คัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีความสามารถในการปฏิบัติงานอย่างน้อย 3 ปี โรงพยาบาลละ 2 คน รวมเป็น 16 คน

2) ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3) อธิบายวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แนวทางการสัมภาษณ์และการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล และแบบสัมภาษณ์ความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ พร้อมทั้งมอบแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ช่วยวิจัยทำความเข้าใจในรายละเอียดก่อนนำไปใช้

4) ผู้วิจัยพบผู้ช่วยวิจัย เพื่อสอบถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการใช้แบบสัมภาษณ์

5) ฝึกผู้ช่วยวิจัยโดยการอธิบาย และเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทั้ง 8 แห่ง

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

2.2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างภายหลังถอดเครื่องช่วยหายใจและท่อทางเดินหายใจออกแล้วไม่เกิน 72 ชั่วโมง เพื่อแนะนำตัวเอง และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการวิจัย

2.3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยการอ่านจากรายงานประจำตัว และจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

2.4 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ตามแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น พร้อมทั้งบันทึกลงในแบบสัมภาษณ์

2.5 ดำเนินการเช่นข้อ 2.1-2.4 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 60 คน และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาทำการวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS PC (Statistical Package for Social Science)

1. แจกแจงความถี่ และคำนวณร้อยละของข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล
2. แจกแจงความถี่ และคำนวณร้อยละของข้อมูลความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้ จำแนกเป็นรายชื่อ
3. คำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับ จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม
4. คำนวณหาความแตกต่างของความต้องการการพยาบาล และการพยาบาลที่ได้รับ รายชื่อ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Matched-Pairs-Signed-Ranks-Test และรายด้าน โดยใช้การทดสอบ paired-t-test
5. ทดสอบความแตกต่างของความต้องการการพยาบาลระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการได้รับเครื่องช่วยหายใจ การมีจำนวนครั้งของการได้รับเครื่องช่วยหายใจที่ต่างกัน และการมีและไม่มีประสบการณ์การได้รับเครื่องช่วยหายใจ โดยใช้ Independent-t-test

บทที่ 4

ผลการวิจัย และการอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบความต้องการการพยาบาล กับ การพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระหว่าง การได้รับเครื่องช่วยหายใจ และศึกษาความต้องการการพยาบาลระหว่าง การได้รับเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยที่มีปัจจัยแตกต่างกัน ซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ และหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 8 แห่ง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย จากโรงพยาบาลชุมพร 5 ราย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี 2 ราย โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 25 ราย โรงพยาบาลพัทลุง 2 ราย โรงพยาบาลกระบี่ 7 ราย โรงพยาบาลหาดใหญ่ 5 ราย โรงพยาบาลยะลา 7 ราย และโรงพยาบาลปัตตานี 7 ราย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2541 โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัย / ผู้ช่วยวิจัย ใช้เวลาสัมภาษณ์เฉลี่ย 2 ชั่วโมง และผู้วิจัยได้นำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งออกเป็น 9 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการการพยาบาล จำแนกเป็นรายด้าน และรายข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการพยาบาล

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลที่ได้รับจำแนกเป็นรายด้านและรายข้อ

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบความต้องการการพยาบาล กับ การพยาบาลที่ได้รับรายด้านและรายข้อ

ส่วนที่ 6 ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการการพยาบาลในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการได้รับอาหารของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 7 ข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลที่ได้รับในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการได้รับอาหาร

ส่วนที่ 8 เปรียบเทียบความต้องการการพยาบาล และการพยาบาลที่ได้รับในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการได้รับอาหารทางสายยางรายข้อของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 9 ข้อมูลเพิ่มเติม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

ตาราง 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.3 มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 68.3 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 63.3 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 83.3 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 28.3 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนไม่เกิน 3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40 แหล่งรายได้หลักได้จากการประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 70

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

ข้อมูล	จำนวน (คน) (N=60)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	32	53.3
หญิง	28	46.7
อายุ		
ต่ำกว่า 21 ปี	5	8.3
21 - 30 ปี	9	15
31 - 40 ปี	10	16.7
41 - 50 ปี	9	15
51 - 60 ปี	6	10
มากกว่า 60 ปี	21	35
สถานภาพสมรส		
โสด	11	18.3
คู่	41	68.3
หม้าย	5	8.3
หย่าหรือแยกกันอยู่	3	5

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน) (N=60)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	5	8.3
ประถมศึกษา	38	63.3
มัธยมศึกษา	8	13.3
อาชีวศึกษา	4	6.7
ปริญญาตรี	5	8.3
ศาสนา		
พุทธ	50	83.3
อิสลาม	10	16.7
อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	5
รับจ้าง	9	15
ค้าขาย	8	13.3
เกษตรกรกรรม	17	28.3
ไม่ประกอบอาชีพ	12	20
นักศึกษา	11	18.3
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
ไม่เกิน 3,000 บาท	24	40
3,001 - 5,000 บาท	11	18.3
5,001 - 7,000 บาท	9	15
7,001 - 9,000 บาท	4	16.7
9,001 - 11,000 บาท	6	10
มากกว่า 11,000 บาท	6	10

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน) (N=60)	ร้อยละ
แหล่งรายได้หลัก		
การประกอบอาชีพ	42	70
คู่สมรส	1	1.7
บุตร/หลาน	13	21.7
มรดก	1	1.7
บิดา/มารดา	3	5

ตาราง 2 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับเครื่องช่วยหายใจของกลุ่มตัวอย่าง สาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างได้รับเครื่องช่วยหายใจ มีสาเหตุมาจากโรกระบบทางเดินหายใจ คิดเป็นร้อยละ 43.3 รองลงมาคือ ได้รับบาดเจ็บรุนแรง/ผ่าตัดใหญ่ ร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่ใส่ท่อทางเดินหายใจทางปาก คิดเป็นร้อยละ 88.3 ได้รับเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยแรงดันแบบตั้งเดิม และควบคุมด้วยปริมาตร คิดเป็นร้อยละ 48.3 เท่าๆ กัน ในระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจมีระดับความรู้สึกตัวดีตลอด คิดเป็นร้อยละ 70 มีอาการสับสน/ง่วงซึมบางช่วง คิดเป็นร้อยละ 30 ซึ่งในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างสามารถจำเหตุการณ์ในระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจได้

ในการเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่างได้รับเครื่องช่วยหายใจ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 86.7 มีระยะเวลาในการได้รับเครื่องช่วยหายใจในช่วง 1-5 วัน คิดเป็นร้อยละ 35.0 ในช่วง 6-10 วัน คิดเป็นร้อยละ 23.3 เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก คิดเป็นร้อยละ 60 เข้ารับการรักษาทั้งในหอผู้ป่วยสามัญ และหอผู้ป่วยหนัก คิดเป็นร้อยละ 11.7 และส่วนใหญ่มิมีประสบการณ์การได้รับเครื่องช่วยหายใจมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 85

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการได้รับเครื่องช่วย
หายใจ

ข้อมูล	จำนวน (คน) (N=60)	ร้อยละ
สาเหตุที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ		
โรกระบบทางเดินหายใจ	26	43.3
โรคหัวใจและหลอดเลือด	6	10
ช็อคจากสาเหตุต่างๆ	8	13.3
บาดเจ็บรุนแรง/ผ่าตัดใหญ่	20	33.3
ช่องทางที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ		
ปาก	53	88.3
จมูก	2	3.3
เจาะคอ	5	8.3
ชนิดของเครื่องช่วยหายใจ		
ควบคุมด้วยแรงดันแบบดั้งเดิม	29	48.3
ควบคุมด้วยปริมาตร	29	48.3
ควบคุมด้วยแรงดัน และปริมาตร	2	3.4
ระดับความรู้สึกรู้ตัว		
รู้สึกตัวดีตลอด	42	70
มีอาการสับสน/ง่วงซึมบางช่วง	18	30
จำนวนครั้งที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ		
1 ครั้ง	52	86.7
2 ครั้ง	8	13.3

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน) (N=60)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ		
1 - 5 วัน	21	35
6 - 10 วัน	14	23.3
11 - 15 วัน	10	16.7
16 - 20 วัน	9	15
มากกว่า 20 วัน	6	10
หอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยได้รับเครื่องช่วยหายใจ		
หอผู้ป่วยหนัก	36	60
หอผู้ป่วยสามัญ	17	28.3
หอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยสามัญ	7	11.7
ประสบการณ์การได้รับเครื่องช่วยหายใจ		
ไม่มี	51	85
มี	9	15

ส่วนที่ 2 ความต้องการการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นรายด้านและรายข้อ

การศึกษาความต้องการการพยาบาลจำแนกเป็นรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง แสดงในตาราง 3 เมื่อพิจารณาจากช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ จะเห็นว่า การกระจายของคะแนนความต้องการการพยาบาลด้านร่างกาย จิตสังคม และการพยาบาลโดยรวม ค่อนข้างไปทางคะแนนสูง

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการการพยาบาลรายด้านและโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง

ความต้องการการพยาบาล	ช่วงคะแนน		\bar{X}	SD.	skewness
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง			
ด้านร่างกาย	38-114	74-114	98.5	8.6	-.406
ด้านจิตสังคม	29-87	60-84	76.5	1.7	-.714
ด้านจิตวิญญาณ	9-27	13-27	21.1	3.1	.026
การพยาบาลโดยรวม	76-228	147-221	196.1	15.6	-.808

จากการศึกษาความต้องการการพยาบาลจำแนกเป็นรายชื่อ แสดงรายละเอียดไว้ในภาคผนวก ก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการพยาบาลด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณในระดับมากหลายกิจกรรม กิจกรรมการพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 ขึ้นไป มีความต้องการการพยาบาลในระดับมาก แสดงไว้ในตาราง 4 ซึ่งมีทั้งหมด 38 กิจกรรม จะเห็นว่ามีกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย 17 กิจกรรม จากจำนวน 38 กิจกรรม ด้านจิตสังคม 18 กิจกรรม จากจำนวน 29 กิจกรรม และด้านจิตวิญญาณ 3 กิจกรรม จากจำนวน 9 กิจกรรม ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกายที่กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการระดับมาก เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลการหายใจ การสนับสนุนการนอนหลับ การช่วยเหลือความสบายของร่างกาย และการช่วยเหลือการเคลื่อนไหวร่างกาย กิจกรรมการพยาบาลด้านจิตสังคมเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว การสื่อความหมาย การได้รับการดูแลด้วยความเต็มใจ การได้รับข้อมูลและคำแนะนำ ส่วนกิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล และการได้รับคำชมเชย

กิจกรรมการพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50-70 มีความต้องการในระดับมาก แสดงรายละเอียดไว้ในภาคผนวก ก. ซึ่งมีทั้งหมด 30 กิจกรรม จะเห็นว่ามีกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย 19 กิจกรรม ด้านจิตสังคม 9 กิจกรรม และด้านจิตวิญญาณ 2 กิจกรรม ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกายที่กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการในระดับมาก เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลการหายใจ การรับประทานอาหาร ความสบายของร่างกาย การส่งเสริมการนอนหลับ และการช่วยเหลือการเคลื่อนไหวของร่างกาย กิจกรรมการพยาบาลด้านจิตสังคมเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ความปลอดภัย การดำรงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่า และการส่งเสริมให้

กลุ่มตัวอย่างและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล ส่วนกิจกรรมด้านจิตวิญญาณเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับความหวังและความเชื่อ

กิจกรรมการพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าร้อยละ 50 มีความต้องการในระดับมาก แสดงรายละเอียดไว้ในภาคผนวก ก. ซึ่งมีทั้งหมด 8 กิจกรรม จะเห็นว่า มีกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย 2 กิจกรรม ด้านจิตสังคม 2 กิจกรรม และด้านจิตวิญญาณ 4 กิจกรรม ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย ได้แก่ การเปลี่ยนตำแหน่งท่อทางเดินหายใจจากมุมปากข้างหนึ่งไปยังมุมปากอีกด้านหนึ่งทุกวัน และการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการกำหนดเวลาในการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ กิจกรรมการพยาบาลด้านจิตสังคม ได้แก่ การอนุญาตให้นำรูปถ่ายบุคคลหรือครอบครัว และสิ่งของที่รักอยู่ใกล้ชิดและการได้รับคำแนะนำให้รู้จักกับผู้ป่วยข้างเตียง สำหรับกิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา

ตาราง 4 กิจกรรมการพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 70 ขึ้นไป มีความต้องการการพยาบาลในระดับมากเรียงลำดับตามจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่มีความต้องการ

ด้าน ลำดับข้อ	กิจกรรมการพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างต้องการในระดับมาก	ร้อยละ
ร่างกาย		
1.	การดูแลเสมหะด้วยความนุ่มนวล และเบามือ	90.0
2.	การบีบถุงลมช่วยหายใจตามจังหวะการหายใจ	88.3
3.	การเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน และเสื้อผ้าทุกวันหรือเมื่อจำเป็น	88.3
4.	การทำความสะอาดร่างกายต่างๆ ไป โดยการเช็ดตัวอย่างน้อย วันละ 2 ครั้งเช้า-เย็น	86.7
5.	การให้ความช่วยเหลือ เมื่อรู้สึกเหนื่อย อึดอัดหรือหายใจลำบากเกิดขึ้น	85.0
6.	การระมัดระวังท่อทางเดินหายใจ และสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ดึงรั้ง ในขณะที่พลิกตะแคงตัว หรือเคลื่อนย้าย	83.3
7.	การยึดท่อทางเดินหายใจ หรือท่อเจาะคอให้อยู่กับที่ในขณะที่บีบช่วยหายใจด้วยถุงลมช่วยหายใจ	81.7

ตาราง 4 (ต่อ)

ด้าน ลำดับข้อ	กิจกรรมการพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างต้องการในระดับมาก	ร้อยละ
8.	การหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรมการรักษาพยาบาลอื่นๆ ในระหว่าง การได้รับอาหาร เช่น การเจาะเลือด การฉีดยา การทำแผล เป็นต้น	81.7
9.	การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ เช้า-เย็น และทุกครั้งที่มี ปัสสาวะหรืออุจจาระ	78.3
10.	การบีบช่วยหายใจด้วยถุงลมช่วยหายใจหลังการดูดเสมหะทุกครั้ง	76.7
11.	การหยุดพักการดูดเสมหะชั่วคราว เมื่อรู้สึกเหนื่อย อึดอัด หรือหายใจ ลำบาก	76.7
12.	การเปิดโอกาสให้นอนหลับต่อเนื่องอย่างเต็มที่	76.7
13.	การช่วยเหลือให้เป็นอิสระจากการผูกมัดร่างกายในขณะที่มีผู้ดูแล อย่างใกล้ชิด	76.7
14.	การดูดเสมหะในแต่ละครั้งใช้เวลาไม่นานเกินไป	73.3
15.	การช่วยเหลือในการพลิกตะแคงตัวเมื่อต้องการ/เริ่มรู้สึกปวดเมื่อย/ไม่ สุขสบาย	73.3
16.	การช่วยเหลือให้นอนในท่าที่สุขสบายตามความต้องการ	73.3
17.	การช่วยเหลือให้ได้รับความสุขสบาย หรือผ่อนคลายก่อนถึงเวลา นอนหลับ เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การเช็ดตัวด้วยน้ำอุ่น การ ลดความเจ็บปวด การนอนหลับ การจัดท่านอนที่เหมาะสม การสอน ให้ท่านหายใจเป็นจังหวะสม่ำเสมอ เป็นต้น	71.7
จิตสังคม		
1.	การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้วยความเต็มใจ	95.0
2.	การแจ้งให้ทราบก่อนทุกครั้งที่จะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล	90.0
3.	การแจ้งให้ทราบถึงความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	88.3
4.	การอนุญาตให้ลูก-หลาน-คู่สมรส หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่าน เข้าเยี่ยมเมื่อท่านต้องการ	86.7

ตาราง 4 (ต่อ)

ด้าน ลำดับข้อ	กิจกรรมการพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างต้องการในระดับมาก	ร้อยละ
5.	การเปิดโอกาสให้ลูก-หลาน-คู่สมรส หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่าน แสดงความรัก ความห่วงใย และความเอื้ออาทรต่อท่านอย่างสม่ำเสมอ	86.7
6.	การพูดคุยกับท่านในขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมการรักษายาบาล	81.7
7.	การแจ้งให้ทราบว่า ลูก-หลาน-คู่สมรส หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่าน เฝ้ารอ และคอยให้กำลังใจอยู่ภายนอกห้องผู้ป่วย	81.7
8.	การใช้คำพูดที่สามารถเข้าใจได้ง่าย	81.7
9.	การได้รับการเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิด ในระยะเริ่มฝึกหายใจด้วยตนเอง	80.0
10.	การให้เวลาท่านในการบอกความรู้สึก ปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือ	76.7
11.	การให้โอกาสในการช่วยเหลือตนเอง เท่าที่สามารถจะทำได้ตามสถานะของท่าน	76.7
12.	การหลีกเลี่ยงการเปิดเผยร่างกายในขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมการรักษายาบาล	76.7
13.	การแสดงความเห็นอกเห็นใจ พูกลบใจ และสัมผัสท่านในขณะที่รู้สึกไม่สุขสบาย	76.7
14.	การช่วยเหลือในการหาวิธีการให้สื่อความหมายเกี่ยวกับความรู้สึก ปัญหาและความต้องการเช่น การจัดให้มีดินสอดหรือปากกา แผ่นภาพที่มีข้อความประกอบ เป็นต้น	76.7
15.	การแจ้งให้ทราบถึงระเบียบการเยี่ยมของญาติ เช่น เวลาเยี่ยม และจำนวนผู้เข้าเยี่ยม	73.3
16.	การเปิดโอกาสให้อยู่ใกล้ชิด ลูก-หลาน-คู่สมรส หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่าน	73.3
17.	การอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ และความจำเป็นที่ต้องใช้เครื่องมือในการรักษา เช่น เครื่องช่วยหายใจ และเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น	71.7

ตาราง 4 (ต่อ)

ด้าน ลำดับข้อ	กิจกรรมการพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างต้องการ ในระดับมาก	ร้อยละ
18. จิตวิญญาณ	การอธิบายให้ทราบถึงขั้นตอนการฝึกหายใจด้วยตนเอง	71.7
1.	การอนุญาตให้ท่านพบลูก-หลาน-คู่สมรส หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่าน ทั้งก่อนและหลัง ได้รับการรักษาพยาบาลที่เป็นอันตรายต่อชีวิต	83.3
2.	การเปิดโอกาสหรือสนับสนุนให้ลูก-หลาน-คู่สมรส หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่าน มีส่วนร่วมในการดูแล เช่น เช็ดตัว บีบนวด ให้อาหาร เป็นต้น	78.3
3.	การกล่าวชมเชย และให้กำลังใจ เมื่อท่านสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้	71.7

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการพยาบาล

ตาราง 5-10 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความต้องการการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ t-test วิเคราะห์ กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05 ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการพยาบาล คือ จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับเครื่องช่วยหายใจ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ 2 ครั้ง มีความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ 1 ครั้ง (ตาราง 9)

สำหรับปัจจัยด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ และประสบการณ์การได้รับเครื่องช่วยหายใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการพยาบาลทุกด้าน แสดงในตาราง 5-8 และ 10

ตาราง 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความต้องการการพยาบาลด้านต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกัน

ความต้องการการพยาบาล	คะแนนแบบวัด	อายุ		t-value
		15-40 ปี(N=24)	>40 ปี (N=36)	
		\bar{X} (S.D)	\bar{X} (S.D)	
ด้านร่างกาย	38-114	99.6 (6.3)	97.8 (9.9)	.770 ^{NS}
ด้านจิตสังคม	27-87	77.2 (5.5)	76.0 (7.5)	.655 ^{NS}
ด้านจิตวิญญาณ	9-27	21.0 (2.2)	21.2 (3.6)	-.151 ^{NS}

NS = non-significant

ตาราง 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความต้องการการพยาบาลด้านต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างเพศชายและหญิง

ความต้องการการพยาบาล	คะแนนแบบวัด	เพศ		t-value
		ชาย(N=32)	หญิง(N=28)	
		\bar{X} (S.D)	\bar{X} (S.D)	
ด้านร่างกาย	38 - 114	99 (8.9)	97.9 (8.4)	.51 ^{NS}
ด้านจิตสังคม	27 - 87	77.2 (7.4)	75.6 (6.0)	.92 ^{NS}
ด้านจิตวิญญาณ	9 - 27	20.8 (3.4)	21.5 (2.8)	-.80 ^{NS}

NS = non-significant

ตาราง 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความต้องการการพยาบาลด้านต่างๆ ของกลุ่ม
ตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

ความต้องการการพยาบาล	คะแนนแบบวัด	ระดับการศึกษา		t- value
		ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า (N=34)	มัธยมศึกษา หรือสูงกว่า (N=17)	
		\bar{X} (S.D)	\bar{X} (S.D)	
ด้านร่างกาย	38-114	98.4 (8.4)	98.9 (9.3)	-.229 ^{NS}
ด้านจิตสังคม	27-87	76.6 (7.0)	76.2 (6.3)	.208 ^{NS}
ด้านจิตวิญญาณ	9-27	21.3 (3.2)	20.6 (3.0)	.729 ^{NS}

NS = non-significant

ตาราง 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความต้องการการพยาบาลด้านต่างๆ ของกลุ่ม
ตัวอย่างที่มีระยะเวลาที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจแตกต่างกัน

ความต้องการการพยาบาล	คะแนนแบบวัด	ระยะเวลาที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ		t- value
		1-10 วัน(N=35)	มากกว่า 10 วัน(N=25)	
		\bar{X} (S.D)	\bar{X} (S.D)	
ด้านร่างกาย	38-114	98.2 (8.4)	98.9 (9.0)	-.292 ^{NS}
ด้านจิตสังคม	27-87	76.0 (6.8)	77.1 (6.8)	-.631 ^{NS}
ด้านจิตวิญญาณ	9-27	21.0 (3.4)	21.3 (2.8)	-.423 ^{NS}

NS = non-significant

ตาราง 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความต้องการการพยาบาลด้านต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ 1 ครั้ง กับได้รับเครื่องช่วยหายใจ 2 ครั้ง

ความต้องการการพยาบาล	คะแนนแบบวัด	จำนวนครั้งที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ		t-value
		1 ครั้ง(N=52) \bar{X} (S.D)	2 ครั้ง(N=8) \bar{X} (S.D)	
ด้านร่างกาย	38-114	98.3 (8.6)	99.5 (8.9)	- .34 ^{NS}
ด้านจิตสังคม	27-87	75.7 (6.8)	81.5 (3.1)	-4.03 ^{***}
ด้านจิตวิญญาณ	9-27	20.8 (3)	23.1 (3)	-2.00 [*]

* P < .05 *** P < .001

NS = non-significant

ตาราง 10 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความต้องการการพยาบาลด้านต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างกับประสบการณ์การได้รับเครื่องช่วยหายใจ

ความต้องการการพยาบาล	คะแนนแบบวัด	ประสบการณ์การได้รับเครื่องช่วยหายใจ		t-value
		ไม่มี(N = 51) \bar{X} (S.D)	มี(N = 9) \bar{X} (S.D)	
ด้านร่างกาย	38-114	98.3 (8.7)	99.8 (8.1)	-.47 ^{NS}
ด้านจิตสังคม	27-87	76.2 (7)	77.9 (5.3)	-.68 ^{NS}
ด้านจิตวิญญาณ	9-27	21 (3.2)	20.7 (3)	-.47 ^{NS}

NS = non-significant

ส่วนที่ 4 การพยาบาลที่ได้รับจำแนกเป็นรายด้านและรายข้อ

ตาราง 11 แสดงคะแนนการพยาบาลที่ได้รับรายด้านและโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างเมื่อพิจารณาจากช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ จะเห็นว่า การกระจายของคะแนนการพยาบาลที่ได้รับด้านร่างกาย จิตสังคม และการพยาบาลที่ได้รับโดยรวมค่อนข้างไปทางคะแนนสูง

ตาราง 11 ค่าเฉลี่ยคะแนนการพยาบาลที่ได้รับรายด้านและโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง

การพยาบาลที่ได้รับ	ช่วงคะแนน		\bar{X}	S.D	skewness
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง			
ด้านร่างกาย	38-114	53-113	88.9	13.8	-.481
ด้านจิตสังคม	29-87	37-87	64.8	11.8	-.508
ด้านจิตวิญญาณ	9-27	10-27	17.8	4	.261
การพยาบาลที่ได้รับโดยรวม	76-228	108-221	171.6	27.1	-.394

ตาราง 12 แสดงกิจกรรมการพยาบาลแต่ละข้อที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 ขึ้นไป ได้รับการพยาบาลทุกครั้ง พบว่ามีกิจกรรมการพยาบาลเพียง 3 ข้อ ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกายทั้งหมด และไม่มีกิจกรรมการพยาบาลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 ขึ้นไป ได้รับการพยาบาลทุกครั้ง

ตาราง 12 กิจกรรมการพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 ขึ้นไป ได้รับการพยาบาลทุกครั้ง
เรียงลำดับตามการพยาบาลที่ได้รับ

ลำดับข้อ	กิจกรรมการพยาบาล	ร้อยละ
1	การเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน และเสื้อผ้าทุกวัน หรือเมื่อจำเป็น	85.0
2	การบีบช่วยหายใจด้วยถุงลมช่วยหายใจ หลังการดูดเสมหะทุกครั้ง	83.3
3	การดูดเสมหะในขณะที่มีเสมหะอยู่ในท่อทางเดินหายใจ	81.7

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบความต้องการการพยาบาล และการพยาบาลที่ได้รับรายด้านและรายข้อของ
กลุ่มตัวอย่าง

ในการเปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับของกลุ่มตัวอย่าง
ผู้วิจัยได้วิเคราะห์เปรียบเทียบเป็นรายด้านและรายข้อ โดยใช้สถิติ paired t-test ตาราง 13 แสดงค่า
เฉลี่ยความต้องการการพยาบาลกับการพยาบาลที่ได้รับรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า คะแนน
เฉลี่ยความต้องการการพยาบาล และการพยาบาลที่ได้รับของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันอย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในทุกด้านและโดยรวม โดยที่คะแนนความต้องการการพยาบาลทุก
ด้านและโดยรวมสูงกว่าคะแนนการพยาบาลที่ได้รับ เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย
คะแนนความต้องการการพยาบาล และค่าเฉลี่ยคะแนนการพยาบาลที่ได้รับ จะเห็นว่าความแตก
ต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนด้านจิตสังคมมีมากถึง 11.6 คะแนน ด้านร่างกาย 9.6 คะแนน และด้านจิต
วิญญาณ 3.3 คะแนน และการพยาบาลโดยรวม 24.5 คะแนน

ตาราง 13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการการพยาบาล กับ การพยาบาลที่ได้รับ
รายด้านของกลุ่มตัวอย่าง

กิจกรรมการพยาบาล	คะแนนแบบวัด	ความต้องการการพยาบาล		พยาบาลที่ได้รับ		t-value
		\bar{X} (S.D)	\bar{X} (S.D)	\bar{X} (S.D)	\bar{X} (S.D)	
ด้านร่างกาย	38-114	98.5 (8.6)	88.9 (13.6)	5.29	***	
ด้านจิตสังคม	29-87	76.5 (6.7)	64.8 (11.8)	7.03	***	
ด้านจิตวิญญาณ	9-27	21.1 (3.1)	17.8 (4.0)	5.75	***	
การพยาบาลโดยรวม	76-228	196.1 (15.6)	171.6 (27.1)	6.69	***	

*** P <.001

การเปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับรายข้อ โดยใช้ Wilcoxon-Matched-Pairs-Ranks-Test กำหนดระดับมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างรายข้อแสดงไว้ในตาราง 14 พบว่า

จากกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย 38 กิจกรรม พบความแตกต่างระหว่างความต้องการการพยาบาล และการพยาบาลที่ได้รับ 25 กิจกรรม ในกิจกรรมที่มีความแตกต่างเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 70 ขึ้นไป มีความต้องการในระดับมาก 14 กิจกรรม ซึ่งเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลการหายใจ ความสุขสบายของร่างกาย การช่วยเหลือการเคลื่อนไหวร่างกาย และการสนับสนุนการนอนหลับ กิจกรรมการพยาบาลอีก 11 กิจกรรมที่มีความแตกต่างระหว่างความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับ เป็นกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า ร้อยละ 70 มีความต้องการในระดับมาก

เมื่อพิจารณาจากกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกายที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่า ร้อยละ 70 มีความต้องการในระดับมาก 17 กิจกรรม (ตาราง 4) มีเพียง 3 กิจกรรมเท่านั้น เมื่อทดสอบทางสถิติแล้วไม่มีความแตกต่างระหว่างความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับ กิจกรรมการพยาบาล 3 กิจกรรมนี้ ได้แก่ การเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน และเสื้อผ้าทุกวันหรือเมื่อ

จำเป็น การบีบช่วยหายใจด้วยถุงลมช่วยหายใจหลังการดูดเสมหะทุกครั้ง และการดูดเสมหะในแต่ละครั้งใช้เวลาไม่นานเกินไป

สำหรับกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกายที่ไม่มีความแตกต่างระหว่างความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับอีก 10 กิจกรรม ได้แก่ (1) การยึดท่อทางเดินหายใจให้มั่นคงโดยใช้พลาสติกหรือเชือก (2) การเปลี่ยนพลาสติกหรือเชือกที่ยึดท่อทางเดินหายใจทุกวัน และทุกครั้งที่ยืดขึ้น (3) การเปลี่ยนตำแหน่งท่อทางเดินหายใจจากมุมปากข้างหนึ่งไปยังมุมปากอีกข้างหนึ่งทุกวัน (4) การดูดเสมหะในขณะที่มีเสมหะอยู่ในท่อทางเดินหายใจ (5) การนำความสะอาดปากทั้งก่อนและหลังได้รับอาหารทุกครั้ง (6) การดูดเสมหะทางท่อทางเดินหายใจหรือท่อเจาะคอ และทางปากทุกครั้งก่อนได้รับอาหาร (7) การช่วยเหลือให้นอนศีรษะสูงหรือนั่งในระหว่างได้รับอาหาร และหลังได้รับอาหารอย่างน้อย 30 นาที (8) การเปิดโอกาสหรือสนับสนุนให้มีเวลาในการนอนหลับในช่วงบ่ายของแต่ละวัน (9) การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการนอนหลับ เช่น การจัดให้มีผ้าห่ม การเปิดเพลงเบาๆ และการเปิดไฟหรี่ในเวลากลางคืน (10) และการได้รับการสวมเสื้อที่สะอาด และมีขนาดเหมาะสมกับท่าน

สำหรับด้านจิตสังคม 29 กิจกรรม พบความแตกต่างระหว่างความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับ 26 กิจกรรม ในกิจกรรมที่มีความแตกต่างเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 70 ขึ้นไป มีความต้องการในระดับมาก 17 กิจกรรม เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว การสื่อความหมาย การได้รับการดูแลด้วยความเต็มใจ การได้รับข้อมูลและคำแนะนำ กิจกรรมการพยาบาลอีก 9 กิจกรรมที่มีความแตกต่างระหว่างความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับ เป็นกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่าง น้อยกว่าร้อยละ 70 มีความต้องการในระดับมาก

เมื่อพิจารณาจากกิจกรรมการพยาบาลด้านจิตสังคมที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 70 มีความต้องการในระดับมาก 18 กิจกรรม (ตาราง 4) มีเพียง 1 กิจกรรมเท่านั้น เมื่อทดสอบทางสถิติแล้วไม่มีความแตกต่างระหว่างความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับ นั่นคือ การเปิดโอกาสให้อยู่ใกล้ชิด ลูก-หลาน-คู่สมรส หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่าน

สำหรับกิจกรรมการพยาบาลด้านจิตสังคมที่ไม่มีความแตกต่างระหว่างความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับ 2 กิจกรรม ได้แก่ การใช้สรรพนามนำหน้าชื่อตามความเหมาะสมกับสถานะและอาวุโส และการอำนวยความสะดวกให้ท่าน-ลูก-หลาน-คู่สมรสหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่านมีความเป็นส่วนตัวในระหว่างการเยี่ยม กิจกรรม 2 กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55 และ 65 มีความต้องการในระดับมาก

ในกิจกรรมด้านจิตวิญญาณ 9 กิจกรรม พบความแตกต่างระหว่างความต้องการการพยาบาล และการพยาบาลที่ได้รับ 7 กิจกรรม ในกิจกรรมที่มีความแตกต่างเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 70 ขึ้นไป มีความต้องการในระดับมาก 2 กิจกรรม ได้แก่ การเปิดโอกาส หรือสนับสนุนให้ลูก-หลาน-คู่สมรส หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่าน ทราบทั้งก่อนและหลัง ได้รับการรักษาพยาบาลที่เป็นอันตรายต่อชีวิต กิจกรรมการพยาบาลอีก 5 กิจกรรม ที่มีความแตกต่างระหว่างความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับ เป็นกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่าง น้อยกว่าร้อยละ 70 มีความต้องการในระดับมาก

เมื่อพิจารณาจากกิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 70 มีความต้องการในระดับมาก 3 กิจกรรม (แสดงไว้ในตาราง 4) มีเพียง 1 กิจกรรมเมื่อทดสอบทางสถิติแล้ว ไม่มีความแตกต่างระหว่างความต้องการการพยาบาล และการพยาบาลที่ได้รับ นั่นคือ การกล่าวชมเชย และให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

สำหรับกิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณที่ไม่พบความแตกต่างระหว่างความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับอีก 1 กิจกรรม คือ การจัดให้มีสิ่งสักการะบูชาไว้ในหอผู้ป่วยซึ่งสามารถเห็นได้ กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.7 มีความต้องการในระดับมาก

โดยสรุปในภาพรวม กิจกรรมการพยาบาลที่ทำการวิเคราะห์ ไม่พบความแตกต่างระหว่างความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับ มีเพียง 18 กิจกรรม จากกิจกรรมทั้งหมด 76 กิจกรรม เป็นกิจกรรมด้านร่างกาย 13 กิจกรรม ด้านจิตสังคม 3 กิจกรรม และด้านจิตวิญญาณ 2 กิจกรรม ซึ่งแสดงถึงการได้รับและการตอบสนองความต้องการของกลุ่มตัวอย่างยังมี น้อยมาก เพราะยังมีอีกถึง 58 กิจกรรมที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองอย่างทั่วถึง และใน 58 กิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 ขึ้นไป มีความต้องการในระดับมากถึง 33 กิจกรรม เป็นกิจกรรมด้านร่างกาย 14 กิจกรรม ด้านจิตสังคม 17 กิจกรรม และด้านจิตวิญญาณ 2 กิจกรรม

ตาราง 14 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของความต้องการการพยาบาล และการพยาบาลที่ได้รับใน
แต่ละกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง

ลำดับ ข้อ	กิจกรรมการพยาบาล	ความต้องการการพยาบาล			การพยาบาลที่ได้รับ			Z
		มาก	ปานกลาง	น้อย	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้รับ	
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
1	ด้านร่างกาย การยึดท่อทางเดินหายใจให้มั่นคง โดยใช้พลาสติกหรือเชือก	37 (61.7)	19 (31.7)	4 (6.7)	42 (70.0)	17 (28.3)	1 (1.7)	-1.18
2	การเปลี่ยนพลาสติกหรือเชือกที่ยึดท่อทางเดินหายใจทุกวัน และทุกครั้งที่เปลี่ยน	37 (61.7)	18 (30.0)	5 (8.3)	41 (68.3)	16 (26.7)	3 (5.0)	-1.00
3	การเปลี่ยนตำแหน่งท่อทางเดินหายใจจากมุมปากข้างหนึ่ง ไปยังมุมปากอีกข้างหนึ่งทุกวัน	21 (35.0)	27 (45.0)	12 (20.0)	24 (40.0)	26 (43.3)	10 (16.7)	-.59
4	การดูดเสมหะในขณะที่มีเสมหะอยู่ในท่อทางเดินหายใจ	42 (70.0)	15 (25.0)	3 (5.0)	49 (81.7)	11 (18.3)	-	-1.54
5	การบีบช่วยหายใจด้วยถุงลมช่วยหายใจหลังการดูดเสมหะทุกครั้ง	46 (76.7)	10 (16.7)	4 (6.7)	50 (83.3)	8 (13.3)	2 (3.3)	-1.13
6	การดูดเสมหะในแต่ละครั้งใช้เวลาไม่นานเกินไป	44 (73.3)	15 (25.0)	1 (1.7)	34 (56.7)	26 (43.3)	-	-1.61
7	การหยุดพักการดูดเสมหะชั่วคราว เมื่อท่านรู้สึกเหนื่อย อึดอัด หรือหายใจลำบาก	46 (76.7)	12 (20.0)	2 (3.3)	32 (53.3)	23 (38.3)	5 (8.3)	-2.65**
8	การดูดเสมหะด้วยความนุ่มนวลและเบามือ	54 (90.0)	6 (10.0)	-	28 (46.7)	31 (51.7)	1 (1.7)	-3.92***
9	การบีบถุงลมช่วยหายใจตามจังหวะการหายใจของท่าน	53 (88.3)	7 (11.7)	-	33 (55.0)	26 (43.3)	1 (1.7)	-3.53***
10	การยึดท่อทางเดินหายใจหรือท่อเจาะคอให้อยู่กับที่ในขณะที่บีบช่วยหายใจด้วยถุงลมช่วยหายใจ	49 (81.7)	7 (11.7)	4 (6.7)	34 (56.7)	22 (36.7)	4 (6.7)	-2.12*
11	การให้ความช่วยเหลือ เมื่อท่านรู้สึกเหนื่อย อึดอัด หรือหายใจลำบากเกิดขึ้น	51 (85.0)	9 (15.0)	-	40 (66.7)	18 (30.0)	2 (3.3)	-2.28*
12	การสอนเพื่อฝึกไอขับเสมหะออกอย่างถูกต้อง	39 (65.0)	19 (31.7)	2 (3.3)	23 (38.3)	23 (38.3)	14 (23.3)	-3.59***

* P <.05 ** P <.01 *** P <.001

ตาราง 14 (ต่อ)

ลำดับ ข้อ	กิจกรรมการพยาบาล	ความต้องการการพยาบาล			การพยาบาลที่ได้รับ			Z
		มาก	ปานกลาง	น้อย	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้รับ	
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
13	การทำความสะอาดปากทั้งก่อนและ หลังได้รับอาหารทุกครั้ง	39 (65.0)	18 (30.0)	3 (5.0)	33 (55.0)	22 (36.7)	5 (8.3)	-1.18
14	การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการ กำหนดเวลาในการได้รับอาหารในแต่ ละมือ	23 (38.3)	25 (41.7)	12 (20.0)	13 (21.7)	16 (26.7)	31 (51.7)	-3.66***
15	การดูดเสมหะทางท่อทางเดินหายใจ หรือท่อเจาะคอและทางปากทุกครั้ง ก่อนได้รับอาหาร	40 (66.7)	12 (20.0)	8 (13.3)	38 (63.3)	17 (28.3)	5 (8.3)	-1.17
16	การช่วยเหลือให้ออนศีรษะสูง หรือ นั่งในระหว่างได้รับอาหาร และหลัง ได้รับอาหารอย่างน้อย 30 นาที	42 (70.0)	14 (23.3)	4 (6.7)	34 (56.7)	19 (31.7)	7 (11.7)	-1.56
17	การหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรมการ รักษาพยาบาลอื่น ๆ ในระหว่างการได้ รับอาหาร เช่น การเจาะเลือด การฉีดยา การทำแผล เป็นต้น	49 (81.7)	8 (13.3)	3 (5.0)	35 (58.3)	17 (28.3)	8 (13.3)	-2.46*
18	การซักถามเกี่ยวกับความรู้สึกหิว อาหาร	34 (56.7)	18 (30.0)	8 (13.3)	11 (18.3)	29 (48.3)	20 (33.3)	-4.06***
19	การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมกับ พยาบาลผู้ดูแลในการกำหนดเวลานอน หลับของแต่ละวัน	32 (53.3)	21 (35.0)	7 (11.7)	16 (26.7)	23 (38.3)	21 (35.0)	-3.72***
20	การเปิดโอกาสให้ออนหลับต่อเนื่อง อย่างเต็มที่	46 (76.7)	13 (21.7)	1 (1.7)	26 (43.3)	29 (48.3)	5 (8.3)	-3.68***
21	การเปิดโอกาสหรือสนับสนุนให้ได้ นอนหลับในเวลาใกล้รุ่ง-เช้ามืด	34 (56.7)	17 (28.3)	9 (15.0)	21 (35.0)	29 (48.3)	10 (16.7)	-2.04*
22	การเปิดโอกาสหรือสนับสนุนให้มี เวลาในการนอนหลับในช่วงบ่ายของ แต่ละวัน	30 (50.0)	23 (38.3)	7 (11.7)	23 (38.3)	33 (55.0)	4 (6.7)	-0.67

* P <.05 *** P <.001

ตาราง 14 (ต่อ)

ลำดับ ข้อ	กิจกรรมการพยาบาล	ความต้องการการพยาบาล			การพยาบาลที่ได้รับ			Z
		มาก	ปานกลาง	น้อย	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้รับ	
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
23	การช่วยเหลือให้ได้รับความสุขสบายหรือผ่อนคลายก่อนถึงเวลานอนหลับ เช่นการทำความสะอาดร่างกาย การเช็ดตัวด้วยน้ำอุ่น การลดความเจ็บปวด การนวดหลัง การจัดท่านอนที่เหมาะสม การสอนให้ท่านหายใจเป็นจังหวะสม่ำเสมอ เป็นต้น	43 (71.7)	15 (25.0)	2 (3.3)	29 (48.3)	20 (33.3)	11 (18.3)	-3.17**
24	การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการนอนหลับเช่น การจัดให้มีผ้าห่ม การเปิดเพลงเบา ๆ และการเปิดไฟหรือในเวลากลางคืน	31 (51.7)	26 (26.7)	7 (11.7)	24 (40.0)	24 (40.0)	12 (20.0)	-1.90
25	การซักถามเกี่ยวกับความเพียงพอหรือความพึงพอใจในการนอนหลับของแต่ละคืน	31 (51.7)	22 (36.7)	7 (11.7)	16 (26.7)	32 (53.3)	12 (20.0)	-2.74**
26	การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์เข้า-เย็นและทุกครั้งที่มีปัสสาวะหรืออุจจาระ	47 (78.3)	10 (16.7)	3 (5.0)	39 (65.0)	12 (20.0)	9 (15.0)	-2.13*
27	การช่วยเหลือเมื่อมีอาการท้องผูก	35 (58.3)	18 (30.0)	7 (11.7)	15 (25.0)	31 (51.7)	14 (23.3)	-3.92***
28	การช่วยเหลือในการพลิกตะแคงตัวเมื่อต้องการ/เริ่มรู้สึกปวดเมื่อย/ไม่สุขสบาย	44 (73.3)	8 (13.3)	8 (13.3)	27 (45.0)	25 (41.7)	8 (13.3)	-2.40*
29	การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวก้าวและออกกำลังของกล้ามเนื้อในขณะที่นอนพักบนเตียง	30 (50.0)	21 (35.0)	9 (15.0)	19 (31.7)	23 (38.3)	18 (30.0)	-2.62**
30	การช่วยเหลือให้ลุกนั่งข้างเตียง เมื่อสภาพอาการดีขึ้น อย่างน้อยวันละครั้ง	34 (56.7)	17 (28.3)	9 (15.0)	18 (30.0)	24 (40.0)	18 (30.0)	-3.14**
31	การช่วยเหลือให้ท่านเป็นอิสระจากการผูกมัดร่างกายในขณะที่มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด	46 (76.7)	5 (8.3)	9 (15.0)	24 (40.0)	22 (36.7)	14 (23.3)	-3.22**

* P <.05 ** P <.01 *** P <.001

ตาราง 14 (ต่อ)

ลำดับ ข้อ	กิจกรรมการพยาบาล	ความต้องการการพยาบาล			การพยาบาลที่ได้รับ			Z
		มาก	ปานกลาง	น้อย	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้รับ	
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
32	การทำความสะอาดร่างกายทั่ว ๆ ไป โดยการเช็ดตัวอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น	52 (86.7)	8 (13.3)	-	39 (65.0)	15 (25.0)	6 (10.0)	-2.90**
33	การช่วยเหลือเมื่อรู้สึกปากแห้ง เช่น การทำความสะอาดปาก และพินภายใน หลังการดูดเสมหะทุกครั้ง การทรมิน ฟี่ปากด้วยกริมหล่อลิ้นริมฝีปากหรือ ลิปสติก	33 (55.0)	23 (38.3)	4 (6.7)	24 (40.0)	29 (48.3)	7 (11.7)	-1.98*
34	การได้รับการสระผมอย่างน้อย สัปดาห์ละครั้ง	30 (50.0)	19 (31.7)	11 (18.3)	12 (20.0)	15 (25.0)	33 (55.0)	-4.50***
35	การระมัดระวังท่อทางเดินหายใจ และสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ดึงรั้ง ในขณะที่พลิกตะแคงตัวหรือเคลื่อน ย้าย	50 (83.3)	9 (15.0)	1 (1.7)	30 (50.0)	22 (36.7)	8 (13.3)	-3.38***
36	การช่วยเหลือให้อ่อนในท่าที่สุข สบายตามความต้องการของท่าน	44 (73.3)	14 (23.3)	2 (3.3)	30 (50.0)	24 (40.0)	6 (10.0)	-2.56*
37	การเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน และเสื้อผ้าทุกวัน หรือเมื่อจำเป็น	53 (88.3)	7 (11.7)	-	51 (85.0)	8 (13.3)	1 (1.7)	-0.71
38	การได้รับการสวมเสื้อที่สะอาด และ มีขนาดเหมาะสมกับท่าน	41 (68.3)	17 (28.3)	2 (3.3)	38 (63.3)	20 (33.3)	2 (3.3)	-0.54
	ด้านจิตสังคม							
39	การแนะนำตัวให้ทราบว่าเป็น พยาบาลผู้ดูแลท่าน	32 (53.3)	20 (33.3)	8 (13.3)	11 (18.3)	29 (48.3)	20 (33.3)	-3.85***
40	การแจ้งให้ทราบถึงระเบียบการเยี่ยม ของญาติเช่น เวลาเยี่ยม และจำนวน ผู้เข้าเยี่ยม	44 (73.3)	12 (20.0)	4 (6.7)	32 (53.3)	14 (23.3)	14 (23.3)	-2.95**

* P < .05 ** P < .01 *** P < .001

ตาราง 14 (ต่อ)

ลำดับ ข้อ	กิจกรรมการพยาบาล	ความต้องการการพยาบาล			การพยาบาลที่ได้รับ			Z
		มาก	ปานกลาง	น้อย	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้รับ	
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
41	การอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และความจำเป็นที่ต้องใช้เครื่องมือในการรักษา เช่น เครื่องช่วยหายใจ และเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น	43 (71.7)	13 (21.7)	4 (6.7)	29(48.3)	19(31.7)	12 (20.0)	-2.62**
42	การอธิบายให้ความมั่นใจถึงประสิทธิภาพการทำงานของเครื่องมือต่าง ๆ	42 (70.0)	17 (28.3)	1 (1.7)	20 (33.3)	22 (36.7)	18 (30.0)	-4.51***
43	การอธิบายให้ทราบถึงขั้นตอนการฝึกหายใจด้วยตัวเอง	43 (71.7)	16 (26.7)	1 (1.7)	31 (51.7)	22 (36.7)	7 (11.7)	-2.83**
44	การได้รับการเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิดในระยะเริ่มฝึกหายใจด้วยตนเอง	48 (80.0)	10 (16.7)	2 (3.3)	39 (65.0)	11 (18.3)	10 (16.7)	-2.45*
45	การแจ้งให้ทราบถึงความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	53 (88.3)	6 (10.0)	1 (1.7)	36 (60.0)	15 (25.0)	9 (15.0)	-3.74***
46	การแจ้งให้ทราบถึงความรู้ ความสามารถ และความชำนาญของแพทย์และพยาบาลที่ให้การรักษาพยาบาลท่าน	41 (68.3)	13 (21.7)	6 (10.0)	16 (26.7)	23 (38.3)	21 (35.0)	-4.37***
47	การใช้สรรพนามนำหน้าชื่อท่านตามความเหมาะสมกับสถานะและอาวุโส	33 (55.0)	21 (35.0)	6 (10.0)	39 (65.0)	18 (30.0)	3 (5.0)	-1.19
48	การแจ้งให้ทราบก่อนทุกครั้งที่จะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล	54 (90.0)	4 (6.7)	2 (3.3)	42 (70.0)	15 (25.0)	3 (5.0)	-2.16*
49	การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้วยความเต็มใจ	57 (95.0)	3 (5.0)	-	37 (61.7)	20 (33.3)	3 (5.0)	-3.78***
50	การให้เวลาท่านในการบอกความรู้สึก ปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือ	46 (76.7)	14 (23.3)	-	23 (38.3)	28 (46.7)	9(15.0)	-4.33***

* P <.05 ** P <.01 *** P <.001

ตาราง 14 (ต่อ)

ลำดับ ข้อ	กิจกรรมการพยาบาล	ความต้องการการพยาบาล			การพยาบาลที่ได้รับ			Z
		มาก	ปานกลาง	น้อย	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้รับ	
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
51	การให้โอกาสในการช่วยเหลือตนเองเท่าที่สามารถจะทำได้ตามสภาพอาการของท่าน	46 (76.7)	13 (21.7)	1 (1.7)	34 (56.7)	23 (38.3)	3 (5.0)	-2.28*
52	การพูดคุยกับท่านในขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมการรักษาพยาบาล	49 (81.7)	10 (16.7)	1 (1.7)	33 (55.0)	22 (36.7)	5 (8.3)	-3.13**
53	การเปิดโอกาสให้ท่าน-ลูก-หลาน-คู่สมรส หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่านมีส่วนร่วมกับการแพทย์และการพยาบาลในการพิจารณาตัดสินใจวางแผนการรักษาพยาบาลที่ได้รับ	39 (65.0)	13 (21.7)	8 (13.3)	22 (36.7)	25 (41.7)	13 (21.7)	-2.57*
54	การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมกับการพยาบาลในการกำหนดกิจวัตรประจำวัน เช่นการทำความสะอาดร่างกาย เวลาเข้าน การนอนหลับ เป็นต้น	33 (55.0)	18 (30.0)	9 (15.0)	15 (25.0)	30 (50.0)	15 (25.0)	-3.48***
55	การหลีกเลี่ยงการเปิดเผยร่างกายในขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมการรักษาพยาบาล	46 (76.7)	14 (23.3)	-	29 (48.3)	27 (45.0)	4 (6.7)	-3.10**
56	การจัดให้มีนาฬิกา และปฏิทินภายในหอผู้ป่วยซึ่งท่านสามารถมองเห็นได้	38 (63.3)	15 (25.0)	7 (11.7)	26 (43.3)	17 (28.3)	17 (28.3)	-2.60**
57	การอนุญาตให้นำรูปถ่ายบุคคลหรือครอบครัวและสิ่งของที่รักอยู่ใกล้ตัว	22 (36.7)	14 (23.3)	24 (40.0)	14 (23.3)	15 (25.0)	31 (51.7)	-2.03*
58	การอนุญาตให้ลูก-หลาน-คู่สมรสหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่านเข้าเยี่ยมเมื่อท่านต้องการ	52 (86.7)	6 (10.0)	2 (3.3)	18 (30.0)	34 (56.7)	8 (13.3)	-4.67***
59	การอำนวยความสะดวกให้ท่าน-ลูก-หลาน-คู่สมรสหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่านมีความเป็นส่วนตัวในระหว่างการเยี่ยม	39 (65.0)	19 (31.7)	2 (3.3)	33 (55.0)	21 (35.0)	6 (10.0)	-1.49

* P <.05 ** P <.01 *** P < .001

ตาราง 14 (ต่อ)

ลำดับ ข้อ	กิจกรรมการพยาบาล	ความต้องการการพยาบาล			การพยาบาลที่ได้รับ			Z
		มาก	ปานกลาง	น้อย	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้รับ	
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
60	การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยใกล้ชิดลูก-หลาน-คู่สมรสหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่าน	44 (73.3)	9 (15.0)	7 (11.7)	30(50.0)	27(45.0)	3 (5.0)	-1.38
61	การได้รับคำแนะนำให้รู้จักกับผู้ป่วยข้างเคียง	17 (28.3)	25 (41.7)	18 (30.0)	6 (10.0)	20 (33.3)	34 (56.7)	-3.62***
62	การแสดงความเห็นอกเห็นใจ พุดปลอบใจและสัมผัสตัวท่านในขณะที่รู้สึกไม่สุขสบาย	46 (76.7)	13 (21.7)	1 (1.7)	20 (33.3)	32 (53.3)	8 (13.3)	-4.41***
63	การเปิดโอกาสให้ลูก-หลาน-คู่สมรสหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่าน แสดงความรัก ความห่วงใย และ ความเอื้ออาทรต่อท่านอย่างสม่ำเสมอ	52 (86.7)	8 (13.3)	-	30 (50.0)	27 (45.0)	3 (5.0)	-3.85***
64	การแจ้งให้ทราบว่า ลูก-หลาน-คู่สมรส หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่าน เฝ้ารอ และคอยให้กำลังใจอยู่ภายนอกหอผู้ป่วย	49 (81.7)	9 (15.0)	2 (3.3)	25 (41.7)	24 (40.0)	11 (18.3)	-4.10***
65	การช่วยเหลือในการหาวิธีการให้สื่อความหมายเกี่ยวกับความรู้สึก ปัญหาและความต้องการเช่น การจัดให้มีดินสอหรือปากกา แผ่นภาพมีข้อความประกอบเป็นต้น	46 (76.7)	10 (16.7)	4 (6.7)	28 (46.7)	22 (36.7)	10 (16.7)	-3.31***
66	การจัดให้มีกริ่งสำหรับกดเมื่อต้องการความช่วยเหลือ	38 (63.3)	12 (20.0)	10 (16.7)	4 (6.7)	9 (15.0)	47 (78.3)	-5.66***
67	การใช้คำพูดที่สามารถเข้าใจได้ง่ายด้านจิตวิญญาณ	49 (81.7)	9 (15.0)	2 (3.3)	37 (61.7)	20 (33.3)	3 (5.0)	-2.26*
68	การให้ท่านมีส่วนร่วมรับรู้เป้าหมายที่เป็นไปได้ในการรักษาพยาบาล	40 (66.7)	16 (26.7)	4 (6.7)	20 (33.3)	27 (45.0)	13 (21.7)	-3.33***

* P <.05 *** P < .001

ตาราง 14 (ต่อ)

ลำดับ ข้อ	กิจกรรมการพยาบาล	ความต้องการการพยาบาล			การพยาบาลที่ได้รับ			Z
		มาก	ปานกลาง	น้อย	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้รับ	
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
69	การยินยอมให้ท่าน ลูก- หลาน - คู่สมรสหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่าน ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อซึ่งไม่ขัดต่อการรักษา เช่น พรมน้ำมนต์ ปิดทอง เป็นต้น	27 (45.0)	18 (30.0)	15 (25.0)	18 (30.0)	13 (21.7)	29 (48.3)	-2.59**
70	การจัดให้มีสิ่งสักการะบูชาไว้ในหอผู้ป่วย ซึ่งสามารถมองเห็นได้	31 (51.7)	14 (23.3)	15 (25.0)	30 (50.0)	8 (13.3)	29 (36.7)	-0.98
71	การเปิดโอกาสให้พระภิกษุ ผู้นำศาสนา ประกอบพิธีทางศาสนาในหอผู้ป่วยเมื่อต้องการ	10 (16.7)	20 (33.3)	30 (50.0)	5 (8.3)	10 (16.7)	45 (75.0)	-2.96**
72	การติดต่อหรือช่วยประสานให้บุคคลที่ท่านศรัทธาเข้าเยี่ยม เช่น พระภิกษุ ผู้นำศาสนา บาทหลวง เป็นต้น	16 (26.7)	22 (36.7)	22 (36.7)	8 (13.3)	9 (15.0)	43 (17.7)	-3.38***
73	การเปิดโอกาสหรือสนับสนุนให้ลูก-หลาน-คู่สมรสหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่านมีส่วนร่วมในการดูแล เช่น การเช็ดตัว บีบมวลให้อาหาร เป็นต้น	47 (78.3)	13 (21.7)	-	30 (50.0)	22 (36.7)	8 (13.3)	-3.56***
74	การยินยอมให้ท่านนำศาสนวัตถุหรือสิ่งที่ท่านเคารพบูชา หรือเชื่อว่าเป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ติดตัวท่านอยู่เสมอ	29 (48.3)	18 (30.0)	13 (21.7)	21 (35.0)	15 (25.0)	24 (40.0)	-2.81**
75	การอนุญาตให้ท่านพบลูก-หลาน-คู่สมรส หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่าน ทั้งก่อนและหลังได้รับการรักษาพยาบาลที่เป็นอันตรายต่อชีวิต	50 (83.3)	6 (10.0)	4 (6.7)	28 (46.7)	17 (28.3)	15 (25.0)	-3.77***
76	การกล่าวชมเชย และให้กำลังใจเมื่อท่านสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้	43 (71.7)	14 (23.3)	3 (5.0)	35 (58.3)	20 (33.3)	5 (8.3)	-1.67

** P <.01 *** P <.001

ส่วนที่ 6 ความต้องการการพยาบาลในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการได้รับอาหารของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 15 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความต้องการการพยาบาลในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการได้รับอาหารทางปาก จะเห็นว่ากิจกรรมการพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 ต้องการการพยาบาลในระดับมากมี 4 ข้อ จากกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมด 6 ข้อ

ตาราง 16 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความต้องการการพยาบาลในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ จะเห็นว่ากิจกรรมการพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 ต้องการการพยาบาลในระดับมากมี 2 ข้อ และกิจกรรมการพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 ต้องการการพยาบาลในระดับมาก มี 1 ข้อ จากกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมด 3 ข้อ

ตาราง 15 จำนวนและร้อยละของความต้องการการพยาบาลในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารทางปาก (N = 3)

ลำดับ ข้อ	กิจกรรมการพยาบาล	ความต้องการการพยาบาล		
		มาก จำนวน(ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน(ร้อยละ)	น้อย จำนวน(ร้อยละ)
1	การช่วยเหลือให้อยู่ในท่าที่สบาย และ สะดวกในการรับประทานอาหาร	3 (100)	-	-
2	การจัดอาหาร น้ำ และเครื่องใช้ให้ท่าน สะดวกในการรับประทานอาหาร	3 (100)	-	-
3	การให้เวลาในการรับประทานอาหาร โดยไม่เร่งรีบ	2 (66.7)	1 (33.3)	-
4	การมีโอกาสนั่งรับประทานอาหาร ตามที่ต้องการซึ่งเหมาะสมกับสภาพ อาการของท่าน	3 (100)	-	-
5	การสนับสนุนให้ลูก-หลาน-คู่สมรส หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่าน คอย ช่วยเหลือในขณะที่รับประทานอาหาร	2 (66.7)	1 (33.3)	-
6	การจัดอาหารเสริมระหว่างมื้อตามความ เหมาะสมกับสภาพอาการของท่าน	3 (100)	-	-

ตาราง 16 จำนวนและร้อยละของความต้องการการพยาบาลในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการได้รับ
สารอาหารทางหลอดเลือดดำ (N = 4)

ลำดับ ข้อ	กิจกรรมการพยาบาล	ความต้องการการพยาบาล		
		มาก จำนวน(ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน(ร้อยละ)	น้อย จำนวน(ร้อยละ)
1	การอธิบายให้เข้าใจถึงความจำเป็นที่ ได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ	2 (50.0)	2 (50.0)	-
2	การอธิบายให้ทราบถึงวิธีการ และ ชนิดของสารอาหารที่ได้รับ	2 (50.0)	1 (25.0)	1 (25.0)
3	การชี้แจงให้ท่านทราบว่า เมื่อสภาพ อาการของท่านดีขึ้น ท่านสามารถรับ ประทานอาหารทางปากได้ตามปกติ	4 (100.0)	-	-

ตาราง 17 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความต้องการการพยาบาลในกิจกรรมที่
เกี่ยวข้องกับการได้รับอาหารทางสายยาง จะเห็นว่ากิจกรรมการพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70
ขึ้นไป ต้องการการพยาบาลในระดับมากมี 3 ข้อ จากกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมด 7 ข้อ

ตาราง 17 จำนวนและร้อยละของความต้องการการพยาบาลในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการ
ได้รับอาหารทางสายยางของกลุ่มตัวอย่าง (N = 46)

ลำดับ ข้อ	กิจกรรมการพยาบาล	ความต้องการการพยาบาล		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
		จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
1	การเปลี่ยนบริเวณหรือพลาสติกที่ยึดติดของสายให้อาหารทางจมูกเมื่อติดไม่แน่น	35 (76.1)	9 (19.6)	2 (4.3)
2	การได้รับอาหารที่อุณหภูมิเหมาะสม	31 (67.4)	11 (23.9)	4 (8.7)
3	การให้อาหารหยดอย่างช้าๆ ในแต่ละมือ	28 (60.9)	11 (23.9)	7 (15.2)
4	การได้รับอาหาร และน้ำในแต่ละมือไม่มากจนเกินไป	33 (71.7)	12 (26.1)	1 (2.2)
5	การช่วยเหลือให้ท่านอมน้ำแข็งก้อนเล็กๆ หรือจิบน้ำตามความเหมาะสมกับสภาพอาการของท่าน	34 (73.9)	10 (12.7)	2 (4.3)
6	การช่วยเหลือให้ท่านลิ้มรสอาหาร อมลูกอม เคี้ยวหมากฝรั่ง หรือหมากพลูตามความเหมาะสมกับสภาพอาการของท่าน	16 (34.8)	15 (32.6)	15 (32.6)
7	เมื่อท่านหิวก่อนถึงเวลาอาหารมือต่อไป ท่านต้องการอาหารเสริม เช่น โอวัลติน น้ำผลไม้ หรือน้ำหวาน เป็นต้น	23 (50.0)	14 (30.4)	9 (19.6)

ส่วนที่ 7 การพยาบาลที่ได้รับในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการได้รับอาหารทางสายยาง

ตาราง 18 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้รับการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารทางปาก จะเห็นว่า กิจกรรมการพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 ได้รับการพยาบาลทุกครั้งมี 1 ข้อ จากกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมด 6 ข้อ

ตาราง 18 จำนวนและร้อยละของการพยาบาลที่ได้รับ ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารทางปาก (N = 3)

ลำดับ ข้อ	กิจกรรมการพยาบาล	การพยาบาลที่ได้รับ		
		ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้รับ
		จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
1	การช่วยเหลือให้อยู่ในท่าที่สบาย และ สะดวกในการรับประทานอาหาร	3 (100)	-	-
2	การจัดอาหาร น้ำ และเครื่องใช้ให้ท่าน สะดวกในการรับประทานอาหาร	2 (66.7)	1 (33.3)	-
3	การให้เวลาในการรับประทานอาหาร โดยไม่เร่งรีบ	2 (66.7)	1 (33.3)	-
4	การมีโอกาเลือกรับประทานอาหารตาม ที่ต้องการซึ่งเหมาะสมกับสภาพ อาการของท่าน	1 (33.3)	2 (66.7)	-
5	การสนับสนุนให้ลูก-หลาน-คู่สมรส หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่าน คอย ช่วยเหลือในขณะที่รับประทานอาหาร	1 (33.3)	2 (66.7)	-
6	การจัดอาหารเสริมระหว่างมื้อตาม ความเหมาะสมกับสภาพอาการของ ท่าน	2 (66.7)	1 (33.3)	-

ตาราง 19 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ จะเห็นว่า กิจกรรมการพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 ได้รับการพยาบาลทุกครั้ง มี 1 ข้อ และกิจกรรมการพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25 ได้รับการพยาบาลทุกครั้งมี 2 ข้อ จากกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมด 3 ข้อ

ตาราง 19 จำนวนและร้อยละของการพยาบาลที่ได้รับ ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ

ลำดับ ข้อ	กิจกรรมการพยาบาล	การพยาบาลที่ได้รับ		
		ทุกครั้ง จำนวน(ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน(ร้อยละ)	ไม่ได้รับ จำนวน(ร้อยละ)
1	การอธิบายให้เข้าใจถึงความจำเป็นที่ ได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ	1 (25.0)	3 (75.0)	-
2	การอธิบายให้ทราบถึงวิธีการ และ ชนิดของสารอาหารที่ได้รับ	1 (25.0)	2 (50.0)	1 (25.0)
3	การชี้แจงให้ท่านทราบว่า เมื่อสภาพ อาการของท่านดีขึ้น ท่านสามารถรับ ประทานอาหารทางปากได้ตามปกติ	2 (50.0)	1 (25.0)	1 (25.0)

ตาราง 20 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการได้รับอาหารทางสายยาง ในระดับต่างๆ จะเห็นว่า ในระดับการได้รับการพยาบาลทุกครั้ง ไม่มีกิจกรรมใดที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 ขึ้นไปได้รับ

ตาราง 20 จำนวนและร้อยละของการพยาบาลที่ได้รับในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการได้รับอาหารทางสายยางของกลุ่มตัวอย่าง (N = 46)

ลำดับ ข้อ	กิจกรรมการพยาบาล	การพยาบาลที่ได้รับ		
		ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้รับ
		จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
1	การเปลี่ยนบริเวณหรือพลาสติกที่ยึดติดของสายให้อาหารทางจมูกเมื่อติดไม่แน่น	31 (67.4)	14 (30.4)	1 (2.2)
2	การได้รับอาหารที่อุณหภูมิพอเหมาะ	26 (56.5)	13 (28.3)	7 (15.2)
3	การให้อาหารหยดอย่างช้าๆ ในแต่ละมื้อ	23 (50.0)	21 (45.7)	2 (4.3)
4	การได้รับอาหาร และน้ำในแต่ละมื้อไม่มากจนเกินไป	30 (65.2)	14 (30.4)	2 (4.3)
5	การช่วยเหลือให้ท่านอมน้ำแข็งก้อนเล็กๆ หรือจิบน้ำตามความเหมาะสมกับสภาพอาการของท่าน	15 (32.6)	15 (32.6)	16 (34.8)
6	การช่วยเหลือให้ท่านลิ้มรสอาหาร อมลูกอม เคี้ยวหมากฝรั่ง หรือหมากพลูตามความเหมาะสมกับสภาพอาการของท่าน	6 (13.0)	9 (19.6)	31 (67.4)
7	เมื่อท่านหิวก่อนถึงเวลาอาหารมื้อต่อไป ท่านต้องการอาหารเสริม เช่น โอวัลติน น้ำผลไม้ หรือน้ำหวาน เป็นต้น	6 (13.0)	17 (37.0)	23 (50.0)

ส่วนที่ 8 เปรียบเทียบความต้องการการพยาบาล และการพยาบาลที่ได้รับในกิจกรรมที่ เกี่ยวข้องกับการได้รับอาหารทางสายยางรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง

ในการเปรียบเทียบความต้องการการพยาบาล และการพยาบาลที่ได้รับในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการได้รับอาหารทางสายยางรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้วิเคราะห์เปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Wilcoxon-Matched-Pairs-Signed-Ranks-Test ตาราง 21 แสดงการเปรียบเทียบความต้องการการพยาบาล และการพยาบาลที่ได้รับในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการได้รับอาหารทางสายยาง พบว่าความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 มี 3 ข้อ จากจำนวนกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมด 7 ข้อ

ตาราง 21 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับ
ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการได้รับอาหารทางสายยางของกลุ่มตัวอย่าง (N = 46)

ลำดับ ข้อ	กิจกรรมการพยาบาล	ความต้องการการพยาบาล			การพยาบาลที่ได้รับ			Z
		มาก	ปานกลาง	น้อย	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้รับ	
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
1	การเปลี่ยนบริเวณหรือ พลาสติกที่ยึดติดของสายให้ อาหารทางงูคเมื่อติดไม่แน่น	35(76.1)	9(19.6)	2(4.3)	31(67.4)	14(30.4)	1(2.2)	-0.53
2	การได้รับอาหารที่อุณหภูมิ อุณหภูมิพอเหมาะ	31(67.4)	11(23.9)	4(8.7)	26(56.5)	13(28.3)	7(15.2)	-1.50
3	การให้อาหารหยดอย่าง ช้าๆ ในแต่ละมือ	28(60.9)	11(23.9)	7(15.2)	23(50.0)	21(45.7)	2(4.3)	-0.09
4	การได้รับอาหาร และน้ำใน แต่ละมือไม่มากจนเกินไป	33(71.7)	12(26.1)	1(2.2)	30(65.0)	14(30.4)	2(4.3)	-0.84
5	การช่วยเหลือให้ท่านอม น้ำแข็งก้อนเล็กๆ หรือจิบน้ำ ตามความเหมาะสมกับ สภาพอาการของท่าน	34(73.9)	10(12.7)	2(4.3)	15(32.6)	15(32.6)	16(34.8)	-3.85***
6	การช่วยเหลือให้ท่าน ลิ้มรสอาหาร อมลูกอม เคี้ยวหมากฝรั่ง หรือหมากพลู ตามความเหมาะสมกับ สภาพอาการของท่าน	16(34.8)	15(32.6)	15(32.6)	6(13.0)	9(19.6)	31(67.4)	-3.56***
7	เมื่อท่านหิวจนถึงเวลา อาหารมื้อต่อไป ท่านต้องการ อาหารเสริม เช่น โอวัลติน น้ำผลไม้ หรือน้ำหวาน เป็นต้น	23(50.0)	14(30.4)	9(19.6)	6(13.0)	17(37.0)	23(50.0)	-3.80***

P < .001

ส่วนที่ 9 ข้อมูลเพิ่มเติม

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 43.5 ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับ การพยาบาลที่ผู้ป่วย ต้องการเพิ่ม การพยาบาลที่ผู้ป่วยไม่ต้องการให้ปฏิบัติ และข้อเสนอแนะอื่นๆ ดังนี้

การพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการเพิ่ม

ด้านร่างกาย

กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการให้ปรับขนาดแขนและขา เมื่อรู้สึกปวดเมื่อย (ร้อยละ 5) ต้องการให้พยาบาลถอดเครื่องช่วยหายใจออก และบีบค้ำยาลดลม ช่วยหายใจเมื่อรู้สึกหายใจเหนื่อย อึดอัด และหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ (ร้อยละ 3.3) ต้องการให้พยาบาลดูดเสมหะ ทันทีเมื่อมีเสมหะคั่งค้าง (ร้อยละ 3.3) ส่วนการช่วยลดความเจ็บปวด กลุ่มตัวอย่างต้องการให้ ฉีดยาแก้ปวดทุกครั้งที่ปวดแผล แต่ได้รับคำอธิบายว่า “ยังไม่ถึงเวลา” (ร้อยละ 3.3) รวมทั้งต้องการให้เช็ดตัวเพื่อความสบาย (ร้อยละ 1.6)

ด้านจิตสังคม

ในขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกหายใจเหนื่อย จะมีความรู้สึกกลัว อยากให้พยาบาลยื่นมือใกล้ๆ (ร้อยละ 5) โดยเฉพาะเมื่อมีผู้ป่วยอื่นเสียชีวิตภายในหอผู้ป่วย จะรู้สึกกลัวมาก ต้องการให้พยาบาล ยื่นมือใกล้ๆ และพูดปลอบใจว่า “ตนเองปลอดภัยแล้ว” (ร้อยละ 3.3) ส่วนวิธีการสื่อสารกลุ่ม ตัวอย่างต้องการให้พยาบาลมีความสามารถเข้าใจการสื่อสารของผู้ป่วยมากกว่านี้ (ร้อยละ 1.6) และก่อนที่พยาบาลจะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล พยาบาลควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้ง (ร้อยละ 1.6) นอกจากนี้พยาบาลควรอธิบายเกี่ยวกับโรค อาการของผู้ป่วย การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 1.6) กลุ่มตัวอย่างต้องการให้พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม พูดคุย กับผู้ป่วยในขณะญาติไม่อยู่ ต้องการให้พยาบาลรับฟังคำบอกเล่าของผู้ป่วยให้มากกว่าเดิม (ร้อยละ 1.6) ควรพูดจากับผู้ป่วยด้วยวาจาไพเราะ รวมทั้งควรพูดให้กำลังใจกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 1.6) สำหรับการเยี่ยมของญาติ กลุ่มตัวอย่างต้องการให้ญาติเข้าเยี่ยมมากกว่าเวลาที่กำหนด เพื่อให้มีเวลาอยู่กับญาติมากขึ้น และต้องการให้ญาติเข้ามาอยู่ใกล้เวลาเหงา (ร้อยละ 1.6)

ด้านจิตวิญญาณ

กลุ่มตัวอย่างต้องการให้นำของที่รัก หรือมีคุณค่าทางจิตใจ ไว้ใกล้ๆ ตัว เพราะบางครั้ง เวลาใกล้ถึงวันรู้สึกกลัว หากมีคนอยู่ใกล้ๆ มีของที่รัก หรือมีคุณค่าทางจิตใจอยู่ใกล้ๆ จะทำให้ รู้สึกอุ่นใจ เพราะสบายใจมากขึ้น (ร้อยละ 1.6)

การพยาบาลที่ผู้ป่วยไม่ต้องการให้ปฏิบัติ

ด้านร่างกาย

กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่นุ่มนวล โดยเฉพาะการพลิกตะแคงตัว (ร้อยละ 1.6) และไม่ต้องการการกดนวดหัวใจเพื่อช่วยฟื้นคืนชีพ เมื่อถึงวาระสุดท้าย (ร้อยละ 1.6)

ด้านจิตสังคม

กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการให้พยาบาลพูดจาตะคอก และไม่สนใจผู้ป่วย (ร้อยละ 1.6)

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

พยาบาลควรมีมากกว่านี้ จะได้ดูแลทั่วถึง (ร้อยละ 1.6) และควรดูผู้ป่วยทุกครั้งที่ผู้ป่วยร้องขอ (ร้อยละ 1.6) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างต้องการให้แพทย์ให้ความเอาใจใส่ในการให้กำลังใจผู้ป่วย โดยบอกผู้ป่วยว่า “อาการดีขึ้นแล้ว” (ร้อยละ 1.6)

อภิปรายผล

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้มีทั้งเพศชายและเพศหญิง ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา และอยู่ในทุกกลุ่มอายุ แต่กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาระดับความทุกข์ทรมาน และปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ (สุภัทร, 2536) ซึ่งสนับสนุนแนวคิดที่ว่าภาวะสูงอายุเมื่อเจ็บป่วยมีโอกาสที่จะมีอาการรุนแรง มีผลต่อร่างกายในการทำงานของอวัยวะต่างๆ อาจจะเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม เนื่องจากความยืดหยุ่นของเนื้อปอด และหลอดลมลดลง เยื่อหุ้มปอดแห้งทึบเป็นสาเหตุนำไปสู่การลดการขยายตัวของปอด นอกจากนี้มีการจับตัวของแคลเซียมในกระดูกซี่โครง และไขสันหลัง ทำให้กระดูกซี่โครงเคลื่อนไหวน้อยลง ผู้ป่วยจึงมักจะเหนื่อยหอบได้ง่าย กล้ามเนื้อช่วยหายใจอ่อนกำลังลง ทำให้ปอดขยายตัวไม่เต็มที่ อากาศเข้าปอดส่วนล่างได้ไม่เต็มที่ ทำให้การไหลเวียนโลหิตประสิทธิภาพลดลง ความสามารถที่จะขับสิ่งแปลกปลอมลดลง ซึ่งทำให้ติดเชื้อได้ง่าย (วิภาวี, 2537)

กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา สถานภาพสมรสคู่ จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวร่วมกับคู่สมรส หรือบุตรหลานซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย มีโอกาสที่จะได้รับความช่วยเหลือและแรงสนับสนุนทางสังคม

ก่อนข้างสูง สาเหตุที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจเนื่องจากโรกระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 43.3 (ตาราง 2)

ช่องทางที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างใส่ท่อทางเดินหายใจผ่านทางปาก ร้อยละ 88.3 (ตาราง 2) เนื่องจากการใส่ท่อทางเดินหายใจผ่านทางปากเป็นกระทำได้ง่ายรวดเร็ว และสะดวก ส่วนการใส่ผ่านจมูก และท่อเจาะคอจะเหมาะสมสำหรับการใส่และคาท่อทางเดินหายใจไว้ระยะยาว ซึ่งการใส่ผ่านจมูกผู้ใส่จะต้องมีความชำนาญ ส่วนท่อเจาะคอจะใส่เมื่อจำเป็น ต้องคาท่อทางเดินหายใจไว้นานกว่า 14 วัน (Hudak, et al., 1994; Ignatavicius, et al., 1995) ซึ่งผู้ป่วยจะมีความสุขสบายกว่าการใส่ท่อทางเดินหายใจผ่านทางจมูกและปาก (สุมาลี และคณะ, 2535; Erace, 1982; Trover, et al., 1991; Elynu & Bruce, 1993; Jablouski, 1994)

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ผ่านพ้นภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ซึ่งมีอาการดีขึ้นจนสามารถเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจ และเอาท่อทางเดินหายใจออกได้ ในสภาวะการที่เป็นจริงยังคงมีผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤตจำเป็นต้องได้รับเครื่องช่วยหายใจอยู่ระยะยาวนาน และหรือเสียชีวิต ซึ่งไม่สามารถนำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างได้

ความต้องการการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ความต้องการการพยาบาลรายด้านและโดยรวม ที่พบว่าการกระจายของคะแนนส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง เป็นไปตามคาดหมายเนื่องจากกิจกรรมที่ระบุในแบบสัมภาษณ์ เป็นกิจกรรมที่ได้มาจากการซักถามผู้ป่วยในเบื้องต้น และพัฒนาจากกรอบแนวคิดหลักการพยาบาลพื้นฐานของแฮนเดอร์สัน ตลอดจนผ่านการถกเถียงจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วว่าเป็นกิจกรรมสำคัญที่ผู้ป่วยควรได้รับ

ผลการวิเคราะห์ความต้องการการพยาบาลรายข้อ ผู้วิจัยได้เลือกกิจกรรมการพยาบาลที่มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 ขึ้นไป มีความต้องการในระดับมาก แสดงในตาราง 4 เนื่องจากกิจกรรมการพยาบาลที่มีกลุ่มตัวอย่าง 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่าง หรือประมาณร้อยละ 75 มีความต้องการในระดับมาก ถือว่ากิจกรรมนั้นมีความสำคัญต่อผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลจะต้องให้ความสำคัญและตอบสนองความต้องการนั้น

ผลการวิเคราะห์ความต้องการการพยาบาลด้านร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกายที่มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 ขึ้นไป มีความต้องการการพยาบาลในระดับมาก เป็นกิจกรรมการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลการหายใจ ความสุขสบายของร่างกาย การช่วยเหลือการเคลื่อนไหวร่างกาย และการสนับสนุนนอนหลับ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยระหว่างการรักษาได้รับเครื่องช่วยหายใจ จำเป็นต้องได้รับการคาท่อทางเดินหายใจ และดูแลเสมหะ ซึ่งเป็นกิจกรรมการ

รักษาพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจที่อยู่ในภาวะวิกฤต จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง ส่งผลให้ผู้ป่วยถูกรบกวนการนอนหลับ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวข้างต้นเป็นสิ่งเร้าที่ทำให้การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างต่อสิ่งเร้าความเครียด และความทุกข์ทรมาน กลุ่มตัวอย่างจึงมีความต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้ความเครียดและความทุกข์ทรมานลดลง ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนการศึกษาคงใจ (2536) และบอลลาร์ด (Ballard, 1981) ซึ่งศึกษาสิ่งเร้าที่ผู้ป่วยในหออภิบาลรับรู้ว่าจะทำให้เกิดความเครียด โดยที่คงใจพบว่า สิ่งเร้าที่ผู้ป่วยในหออภิบาลส่วนใหญ่รับรู้ว่าจะทำให้เกิดความเครียดระดับมาก คือ การคาท่อหลอดลม การดูดเสมหะ และการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว บอลลาร์ด (Ballard, 1981) พบว่า การรับรู้ของผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าความเครียดในหออภิบาลคล้ายกรรมคือ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว และการขาดการนอนหลับเทอร์เนอร์และคณะ (Turner, et al., 1990) พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลมีความวิตกกังวล และเครียด คือการดูดเสมหะทางท่อหลอดลม ความไม่สุขสบายต่างๆ กริสและเฟิร์นสเตอร์ (Gries & Fernster, 1998) พบว่าสิ่งเร้าที่ทำให้ผู้ป่วยระหว่างการใช้เครื่องช่วยหายใจเกิดความไม่สุขสบายเกิดจาก การใส่และคาท่อทางเดินหายใจ การดูดเสมหะ และการจำกัดการเคลื่อนไหว นอกจากนี้ผลการศึกษา ยังสนับสนุนการศึกษาคงใจ (2536) และจอห์นสัน และเซกซ์ตัน (Johnson & Sexton, 1990) ที่ศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดผู้ป่วยระหว่างการใช้เครื่องช่วยหายใจมีความทุกข์ทรมาน โดยที่คงใจ (2536) พบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดผู้ป่วยระหว่างการใช้เครื่องช่วยหายใจมีความทุกข์ทรมานในระดับมากคือ ความเจ็บปวดจากการใส่สายดูดเสมหะที่รุนแรง การเจ็บคอจากการใส่และคาท่อทางเดินหายใจ และการเคลื่อนไหวได้จำกัดจากการคาท่อทางเดินหายใจ และจอห์นสัน และเซกซ์ตัน (Johnson & Sexton, 1990) พบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจมีความทุกข์ทรมาน คือ ความเจ็บปวดและไม่สุขสบายจากการใส่ท่อทางเดินหายใจ ความไม่สุขสบายจากการดูดเสมหะทางท่อทางเดินหายใจ

ผลการวิเคราะห์ความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากิจกรรมการพยาบาลด้านจิตสังคมที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 ขึ้นไป มีความต้องการในระดับมากมี 18 กิจกรรม จากจำนวนทั้งหมด 29 กิจกรรม เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างได้มีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว กล่าวคือ การเข้าเยี่ยม การได้รับความรัก ความห่วงใย ความเอื้ออาทร และการได้รับความใส่ใจจากครอบครัว นอกจากนี้เป็นกิจกรรมการพยาบาลเกี่ยวกับการสื่อสารความรู้สึก ปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือ การได้รับการดูแลอย่างเต็มที่ รวมทั้งการได้รับข้อมูลและคำแนะนำ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ และไม่คุ้นเคย เป็นความรู้สึกเหมือนถูกคุกคามทำให้รู้สึกหวาดหวั่น ไม่แน่ใจในความปลอดภัย รวมทั้งการถูกเข้มนวด

การเยี่ยมของครอบครัว และเพื่อนฝูง เช่น การถูกจำกัดเวลา และจำนวนคนเยี่ยม ทำให้กลุ่มตัวอย่าง ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวญาติ และเพื่อนฝูง กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว จึงต้องการบุคคลที่เขาเชื่อถืออยู่ใกล้ แสดงความเห็นอกเห็นใจ ช่วยเหลือให้กำลังใจต่างๆ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกปลอดภัย ซึ่งนับว่าเป็นวิธีหนึ่งในการช่วยเหลือให้บุคคลเผชิญภาวะเครียดได้ดี (ช่อลดา, 2536) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวล กลัว และไม่เข้าใจการรักษาพยาบาล เครื่องมือเครื่องใช้ที่ตนได้รับ และสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยความวิตกกังวล ความกลัวจะเพิ่มมากขึ้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่างการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยวิธีการถอดเครื่องช่วยหายใจออก (Linn, 1982; Jablonski, 1994) นอกจากนี้ การคาท่อทางเดินหายใจเป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างสื่อความหมายกับบุคคลอื่นไม่มีประสิทธิภาพ เสมือนตนเองถูกแยกออกจากครอบครัว สิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นสิ่งเร้าความเครียดของกลุ่มตัวอย่างจึงต้องการความช่วยเหลือ เพื่อลดสาเหตุที่เป็นสิ่งเร้าความเครียดให้ลดน้อยลง ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนการศึกษา ของสุพัตรา (2536) จอห์นสัน และเซ็กซ์ตัน (Johnson & Sexton, 1990) กริส และเฟิร์นสเลอร์ (Gries & Fansler, 1988) และเฟรช (Frace, 1982) พบว่าสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายและทุกข์ทรมาน ระหว่างการใช้เครื่องช่วยหายใจ เกิดจากการที่ไม่สามารถสื่อสารบอกความต้องการ และความรู้สึกของตนให้ผู้อื่นรู้ได้ นอกจากนี้ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของดวงใจ (2536) และบอลลาร์ด (Ballard, 1981) พบว่าสิ่งเร้าด้านจิตสังคมที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าจะทำให้เกิดความเครียดระดับมากคือ การถูกแยกออกจากครอบครัว โดยที่ดวงใจยังพบอีกว่าการไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ การจำกัดเวลาและจำนวนผู้เข้าเยี่ยม ก่อให้เกิดความเครียดระดับมากเช่นกัน (ดวงใจ, 2536)

ผลการวิเคราะห์ความต้องการการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 ขึ้นไป มีความต้องการในระดับมากมี 3 กิจกรรม จากจำนวน 9 กิจกรรม เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่สร้างความมั่นใจในความปลอดภัย และเสริมสร้างและกำลังใจ ทั้งนี้เนื่องจากความเจ็บป่วยนำไปสู่ความหมดหวัง (Urden, et al., 1992 cited in Clark & Heidenrich, 1995) ซึ่งปัจจัยที่มีผลให้กลุ่มตัวอย่างหมดหวัง ได้แก่ สภาพร่างกายที่เสื่อมลง การถูกแยกออกจากสังคม ภาวะเครียด การขาดความเอาใจใส่ เป็นความรู้สึกถึงความคุกคามและไม่มั่นคง กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เนื่องจากการดูแลจากบุคคลที่ตนรักจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ หรือควบคุมตนเองได้ดีขึ้น นอกจากนี้ การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยการให้กำลังใจจะช่วยลดความกลัว ความรู้สึกมี

คุณค่าในตนเอง ซึ่งการพยาบาลที่มุ่งเน้น ความมีคุณค่าในตนเองทำให้เกิดความมีพลังอำนาจและความหวัง

เมื่อพิจารณาถึงความแตกต่างระหว่างกิจกรรมที่มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 ขึ้นไป มีความต้องการในระดับมาก กับกิจกรรมที่มีกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าร้อยละ 70 มีความต้องการในระดับมาก พบว่ากิจกรรมที่มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 ขึ้นไป มีความต้องการในระดับมาก เป็นกิจกรรมที่ช่วยป้องกันหรือลดผลกระทบจากความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน และช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความสุขสบายได้ชัดเจน เช่น การดูแลเสมหะด้วยความนุ่มนวล และเบามือ การให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านรู้สึกเหนื่อย อึดอัดหรือหายใจลำบากเกิดขึ้น การช่วยเหลือในการพลิกตะแคงตัวเมื่อต้องการ/เริ่มรู้สึกปวดเมื่อย/ไม่สุขสบาย

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต้องการการพยาบาล

จากการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการพยาบาลมีเพียงปัจจัยเดียวคือ จำนวนครั้งที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ 2 ครั้ง มีความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ 1 ครั้ง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยรู้สึกเหมือนถูกคุกคาม ไม่มั่นใจว่าตนเองจะหายใจได้ ทั้งนี้เนื่องจากมีประสบการณ์เกี่ยวกับการหายใจลำบากหรือเกิดจากการหย่าเครื่องช่วยหายใจล้มเหลวมาก่อน (สุจินต์, 2537) จึงทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากขึ้น และมีความรู้สึกหมดหวังร่วมด้วย (Flynn & Bruce, 1993) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ 2 ครั้ง มีความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณสูงกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ 1 ครั้ง ผลการศึกษาสนับสนุนการศึกษานองของซัสซอน และคณะ (Sasson, et al., 1987) ที่พบว่าผู้ป่วยที่หย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ มีความเครียดสูงกว่าผู้ป่วยที่หย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ

นอกจากนี้พบว่าปัจจัยด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ และประสบการณ์การได้รับเครื่องช่วยหายใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการพยาบาลในทุกด้าน อาจจะเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้มีขนาดเล็ก อย่างไรก็ตามผู้วิจัยคิดว่า ความรุนแรงของความเจ็บป่วยน่าจะมีความสัมพันธ์กับความต้องการการพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยที่เจ็บป่วยรุนแรง ย่อมมีปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อน น่าจะมีความต้องการการพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย

ความต้องการการพยาบาลในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการได้รับอาหารทางสายยาง

การได้รับอาหารของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ร้อยละ 76.6 ได้รับอาหารทางสายยาง เนื่องจากการให้อาหารทางสายยางจัดเป็นโภชนบำบัด ที่สำคัญวิธีหนึ่งต่อการช่วยป้องกันและรักษา

ภาวะโภชนาการต่ำ (undernutrition) โดยมีความคาดหวังว่าผู้ป่วยจะได้รับอาหารตามจำนวนที่ร่างกายต้องการ และไม่เกิดผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนใดๆ ทั้งสิ้น (วิชัย, 2521 อ้างตามจิตตินันท์ และชอลดา, 2539) นอกจากนี้การให้อาหารทางสายยางเป็นวิธีธรรมชาติ ซึ่งคงสภาพที่เป็นปกติของผนังทางเดินอาหาร ยังมีผลทำให้เยื่อผนังลำไส้เจริญเติบโต เพิ่มปริมาณเซลล์ และความสูงของ Villi (พรรณวดี, 2536)

ผลการวิเคราะห์ความต้องการการพยาบาลในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการได้รับอาหารทางสายยาง พบว่า กิจกรรมการพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 ขึ้นไป มีความต้องการในระดับมาก ได้แก่ การเปลี่ยนบริเวณหรือพลาสติกที่ยึดติดของสายให้อาหารทางจมูกเมื่อติดไม่แน่น การได้รับอาหารและน้ำในแต่ละมื้อไม่มากจนเกินไป และการช่วยเหลือให้ได้ม้วนน้ำแข็งก้อนเล็กๆ หรือจิบน้ำตามความเหมาะสมกับสภาพอาการ เพราะกิจกรรมเหล่านี้จะช่วยลดความไม่สุขสบายจากการคาสายยางให้อาหาร และการได้รับอาหารทางสายยาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิตตินันท์ และชอลดา (2539) ที่ศึกษาปรากฏการณ์ทางการพยาบาล เกี่ยวกับการรับรู้ต่อการได้รับการใส่สายและได้รับอาหารทางสายให้อาหาร พบว่าผู้ป่วยทุกรายจะรู้สึกกระคายเคืองและเจ็บบริเวณจมูก 3 ใน 4 ราย รู้สึกมีอาการคอแห้ง ขมปากและรำคาญ 2 รายรู้สึกเจ็บคอ

การพยาบาลที่ได้รับของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์การพยาบาลที่ได้รับในภาพรวมและรายด้าน พบว่าคะแนนการพยาบาลที่ได้รับอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อวิเคราะห์การพยาบาลที่ได้รับของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายข้อ พบว่า กิจกรรมการพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 ขึ้นไป ได้รับการพยาบาลทุกครั้ง มีเพียง 3 กิจกรรม ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกายทั้งหมด ได้แก่ การเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ปลอกหมอนและเสื้อผ้าทุกวันหรือเมื่อจำเป็น การบีบช่วยหายใจด้วยถุงลมช่วยหายใจหลังการดูดเสมหะทุกครั้ง และการดูดเสมหะในขณะที่มีเสมหะอยู่ในท่อทางเดินหายใจ สำหรับกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกายอีกจำนวน 35 กิจกรรม ด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณทั้งหมด มีกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าร้อยละ 70 ได้รับการตอบสนองทุกครั้งตามความต้องการ

จะเห็นว่ากิจกรรมการพยาบาลที่มีกลุ่มตัวอย่างได้รับการตอบสนองทุกครั้งมีจำนวนน้อย ทั้งที่เป็นกิจกรรมพยาบาลที่ระบุไว้ในมาตรฐานการพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาศึกษาปฏิบัติอยู่ (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ข.) หากแต่ในการดูแลผู้ป่วยจริงพยาบาลปฏิบัติไม่ได้ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในมาตรฐานการพยาบาล ทั้งนี้อาจเนื่องจากอัตราส่วนของจำนวนผู้ป่วย และพยาบาลที่ไม่ได้เป็นตามมาตรฐาน ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษา

เปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการเปรียบเทียบในภาพรวมและรายด้าน ซึ่งได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม และด้านวิญญาณ โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่าคะแนนความต้องการการพยาบาลสูงกว่าคะแนนการพยาบาลที่ได้รับทุกด้าน และโดยรวม เมื่อเปรียบเทียบเป็นรายข้อโดยใช้สถิติ Wilcoxon Matched-Pairs-Signed-Ranks-Test พบว่า กิจกรรม 58 กิจกรรมมีความแตกต่างระหว่างความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับ ผลการเปรียบเทียบแสดงถึง ความต้องการการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างยังไม่ได้รับการตอบสนองในกิจกรรมส่วนใหญ่ เมื่อพิจารณากิจกรรมที่ไม่มีความแตกต่าง และมีความแตกต่างระหว่างความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับ พบว่า กิจกรรมการพยาบาลที่มีความแตกต่างมี 58 กิจกรรม ขณะที่กิจกรรมที่ไม่มีความแตกต่างมี 18 กิจกรรม กิจกรรมที่มีความแตกต่างแสดงถึงกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการดูแลในกิจกรรมดังกล่าวครบถ้วน ลักษณะที่แตกต่างระหว่างกิจกรรม 2 กลุ่ม (กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับตามต้องการ และกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับตามความต้องการไม่ครบถ้วน) คือ กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับตามต้องการมีลักษณะกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติอยู่เป็นประจำ เป็นวัฒนธรรมการปฏิบัติงานไม่ต้องการใช้การประเมินผู้ป่วย และเทคนิคการปฏิบัติงานที่ซับซ้อน กิจกรรมในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าร้อยละ 70 มีความต้องการในระดับมาก ขณะที่กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างยังไม่ได้รับการตอบสนองอย่างครบถ้วนมากกว่าครึ่ง เป็นกิจกรรมที่มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 ขึ้นไป มีความต้องการในระดับมากเป็นกิจกรรมที่ต้องการการประเมินผู้ป่วย ใช้ความรู้ และทักษะทางการพยาบาลมากกว่ากิจกรรมที่ไม่มีความแตกต่าง

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ความต้องการการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างยังไม่ได้รับการตอบสนองทุกครั้งตามความต้องการ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการสื่อสาร ไม่สามารถเรียกร้อง และบอกถึงความต้องการของตนได้ ซึ่งยังไม่มีรายงานการศึกษาความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อเปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ และค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมพร โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลพัทลุง โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลยะลา และโรงพยาบาลปัตตานี รวม 8 แห่ง ระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2541 และผ่านการได้รับเครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณลักษณะดังนี้ คือมีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีระยะเวลาที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ 24 ชั่วโมงขึ้นไป ออคเครื่องช่วยหายใจและท่อทางเดินหายใจหรือท่อเจาะคอไม่เกิน 72 ชั่วโมง จำเหตุการณ์ในขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจได้ และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ในระหว่างให้ข้อมูล พูดและสื่อสารภาษาไทยรู้เรื่อง ไม่มีปัญหาการมองเห็น การได้ยิน และประสาทสัมผัสอื่นๆ และยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับ ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และได้รับการตรวจสอบความเที่ยง โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสัมภาษณ์ดังนี้ ความต้องการการพยาบาลด้านร่างกาย เท่ากับ .90 ด้านจิตสังคม เท่ากับ .89 และด้านจิตวิญญาณเท่ากับ .85 ส่วนการพยาบาลที่ได้รับด้านร่างกาย เท่ากับ .88 ด้านจิตสังคมเท่ากับ .85 และด้านจิตวิญญาณเท่ากับ .82

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS PC โดยวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. แจกแจงความถี่ และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกแต่ละข้อตามแบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

2. แจกแจงความถี่ และร้อยละของความต้องการการพยาบาล และการพยาบาลที่ได้รับ จำแนกเป็นรายด้านและรายข้อ

3. หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความต้องการการพยาบาล และการพยาบาลที่ได้รับ จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของความต้องการการพยาบาลระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการได้รับเครื่องช่วยหายใจ จำนวนครั้งของการได้รับเครื่องช่วยหายใจ และประสบการณ์การได้รับเครื่องช่วยหายใจ โดยใช้สถิติ t-test

5. เปรียบเทียบความต้องการการพยาบาล และการพยาบาลที่ได้รับ รายข้อ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Matched-Paired-Signed-Ranks-Test และรายด้าน โดยใช้การทดสอบ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนความต้องการการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม ด้านจิตวิญญาณ และการพยาบาลโดยรวม ค่อนข้างไปทางคะแนนสูง และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กิจกรรมการพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 ขึ้นไป มีความต้องการการพยาบาลในระดับมาก มีทั้งหมด 38 กิจกรรม จาก 76 กิจกรรม เป็นกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกาย 17 กิจกรรม จากจำนวน 38 กิจกรรม ด้านจิตสังคม 18 กิจกรรม จากจำนวน 29 กิจกรรม และด้านจิตวิญญาณ 3 กิจกรรม จากจำนวน 9 กิจกรรม กิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกายที่กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการระดับมาก เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแผล การดูแลท่อทางเดินหายใจ การสนับสนุน การนอนหลับ ความสุขสบายของร่างกาย กิจกรรมการพยาบาลด้านจิตสังคม เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว การสื่อความหมาย การได้รับการดูแลด้วยความเต็มใจ การได้รับข้อมูลและคำแนะนำ ส่วนกิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและการได้รับคำชมเชย

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการพยาบาล คือ จำนวนครั้งที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ 2 ครั้ง มีความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณสูงกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ 1 ครั้ง สำหรับปัจจัยอื่นๆ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความต้องการการพยาบาล

3. คะแนนความต้องการการพยาบาลทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม ด้านจิตวิญญาณ และโดยรวมสูงกว่าคะแนนการพยาบาลที่ได้รับ เมื่อทดสอบด้วย paired t-test ($P < .001$) ซึ่งแสดงถึงกลุ่มตัวอย่าง ยังไม่ได้รับการพยาบาลที่ครบถ้วน

4. การเปรียบเทียบรายชื่อ พบว่ามีกิจกรรมที่ความต้องการการพยาบาล และการพยาบาล ที่ได้รับแตกต่างกัน 58 กิจกรรม มีเพียง 18 กิจกรรมเท่านั้น ที่ไม่พบความแตกต่างดังกล่าว กิจกรรมที่มีความแตกต่างระหว่างความต้องการการพยาบาล และการพยาบาลที่ได้รับมากกว่าครึ่ง เป็นกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 ขึ้นไป มีความต้องการในระดับมาก ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องการการประเมินผู้ป่วย ความรู้และทักษะของพยาบาลเอง

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการศึกษาที่พบว่า คะแนนความต้องการการพยาบาลสูงกว่าคะแนนการพยาบาลที่ได้รับ แสดงถึง การบริการการพยาบาลที่พยาบาลปฏิบัติอยู่ไม่ได้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยครบถ้วน และกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับครบถ้วนมีหลายกิจกรรม ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่มีผลต่อการช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยได้ และเป็นกิจกรรมที่พยาบาลต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญ ความเอื้ออาทร และทักษะการประเมินความต้องการของผู้ป่วย กิจกรรมที่พยาบาลควรมีการพัฒนาได้แก่ เทคนิคการดูแลหยาบที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมาน เทคนิคการสื่อสาร การให้ความเอาใจใส่ผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ การให้ความสนใจต่อความรู้สึกสบายของผู้ป่วย และการให้โอกาสครอบครัวและผู้ป่วยได้มีเวลาอยู่ด้วยกัน

นอกจากนี้ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ 2 ครั้งมีความต้องการการพยาบาลด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ 1 ครั้ง ดังนั้นพยาบาลควรตระหนักและให้กำลังใจผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพราะผู้ป่วยอาจมีความกลัววิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นครั้งแรก รวมทั้งควรมีการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ พร้อมทั้งมีการบริหารจัดการ และตรวจสอบให้มีการปฏิบัติตาม ตามที่ได้กำหนดอย่างเคร่งครัด

ด้านการศึกษาพยาบาล

ควรจัดให้มีเนื้อหาเกี่ยวกับผลกระทบของผู้ป่วยจากการได้รับเครื่องช่วยหายใจและความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งจะทำให้นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วย และสามารถวางแผนการพยาบาลและให้การดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการการพยาบาลผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจได้ครบถ้วน

ด้านการวิจัย

ควรเน้นการวิจัยเพื่อพัฒนาเทคนิคการพยาบาลเฉพาะเรื่อง เพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เช่น เทคนิคการดูดเสมหะ เทคนิคการสื่อสาร และการส่งเสริมความสุขสบาย เป็นต้น

บรรณานุกรม

- กฤตยา แสงเจริญ. (2539). การสัมภาษณ์เพื่อการช่วยเหลือทางการพยาบาล. ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กมลพรรณ หอมนาน และคณะ. (2538). ภาวะสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านการรับรู้และการเคลื่อนไหว. วารสารพยาบาล, 44 (3), 169-175.
- กฤษยา ตันติผลาชีวะ. (2540). ผลวัตรการพยาบาล. สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 8 (2), 8-20.
- _____. (2541). การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลทางคลินิก. สารสภากาพยาบาล, 13 (3), 47-52.
- เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์. (2536). การดูแลระบบการหายใจในทารกแรกเกิด. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- จงจิตต์ คณากุล. (2528). การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมทางปากสำหรับผู้ป่วยในหออภิบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาล) สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิตตินันท์ พงสุวรรณ และช่อลดา พันธุเสนา. (2539). การศึกษาปรากฏการณ์ทางการพยาบาล : การรับรู้ต่อการได้รับการใส่สายและการได้รับอาหารทางสายยางให้อาหาร. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 16 (2), 61-70.
- ช่อลดา พันธุเสนา. (2536). การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป จำกัด.

- จิตินันท์ ศศิฉาย. (2533). เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการสื่อสาร 2 วิธี.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ
ศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงใจ นิยม. (2536). การรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในหอ
อภิบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- _____. (2539). การส่งเสริมสมรรถภาพการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยโรคปอด
อุดกั้นเรื้อรัง : รายงานการศึกษาผู้ป่วย. วารสารวิชาการเขต 12, 7 (1), 41-50.
- คาร์สตี โปธารส. (2538). คุณภาพการนอนหลับ และสิ่งรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยหลัง
ผ่าตัดในโรงพยาบาลรามธิบดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธงชัย สันติวงษ์. (2530). องค์การและการบริหาร. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.
- นิตยา สมบัติแก้ว. (2538). ภาวะพรากความรู้สึกลับ : บทบาทพยาบาล. วิทยาสารพยาบาล
วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย, 20 (2), 287-292.
- บารมี สวัสดิ์มงคล. (2533). ภาวะแปรปรวนทางจิตของผู้ป่วย ไอ.ซี.ยู. วิทยาสารพยาบาล
วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย, 15 (2), 33-38.
- บุญวดี เพชรรัตน์. (2532). ความเครียด ภาวะวิกฤต และการช่วยเหลือ. ภาควิชาการพยาบาล
จิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- _____. (2535). การพยาบาลผู้เจ็บป่วยด้วยโรคทางกายที่มีปัญหาทางอารมณ์.
วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 12 (3), 28-34.

ปราณี ทัพไพบระ. (2537). การดูแลสมหะในท่อหลอดลมคอและท่อเจาะคออย่างมีประสิทธิภาพ.
วารสารพยาบาลศาสตร์, 12 (1), 23-28.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2535). กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ. ใน
วรรณภา ศรีธีรรัตน์ (บรรณาธิการ). การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ.
(หน้า 88-115). อุบลราชธานี : โรงพิมพ์ศตวรรษ.

พรรณวดี พุทธิตนะ. (2536). โภชนาการสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต, ในสมจิต
หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ). การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 2. (พิมพ์ครั้งที่ 10).
(หน้า 274-316). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล.

มนัสสินิตย์ บุญยพรรณ. (2536). ความต้องการของผู้รับบริการเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ยุวดี ภาษา และคณะ. (2532). วิจัยทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร :
บริษัทวิคตอรีเพาเวอร์พอยท์ จำกัด.

วิภาวี คงอินทร์. (2537). การพยาบาลผู้สูงอายุ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
สงขลานครินทร์.

ศิริรัตน์ เขาวรัตน์. (2535). เทคนิคการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. ใน วรรณภา
ศรีธีรรัตน์ (บรรณาธิการ). การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. (หน้า 114-144).
อุบลราชธานี : โรงพิมพ์ศตวรรษ.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2527). ปัญหาที่เกิดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจและการดูแล.
วารสารพยาบาล, 33 (2), 191-203.

..... (2535). แนวคิดและทฤษฎีทางการพยาบาล. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ).
การพยาบาลอายุรศาสตร์. (เล่ม 1, หน้า 1-20). กรุงเทพมหานคร : แสงแดดการพิมพ์.

- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์พยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : วิ.เจ. พรินติ้ง.
- สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. (2532). ภาวะสูญเสียอำนาจ : มโนคติ การประเมินและการพยาบาล. วารสารพยาบาล, 38 (2), 221-239.
- (2533). กลวิธีในการพยาบาลทางคลินิก. สารสภากาพยาบาล, (), 15-16, 20.
- สุจินต์ สุรภาคย์พงศ์. (2537). การเปรียบเทียบสภาวะด้านร่างกายและจิตใจระหว่างผู้ป่วยที่หยา เครื่องช่วยหายใจสำเร็จ และไม่สำเร็จ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุชา จันทร์เอม. (2536). จิตวิทยาพัฒนาการ. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ ไทยวัฒนาพานิช จำกัด.
- สุปาลี เสนาติสัย. (2540). การพยาบาลพื้นฐาน : แนวคิดและการปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพมหานคร : จุดทองจำกัด.
- สุพัตรา อยู่สุข. (2536). ระดับความทุกข์ทรมานและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานใน ผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ พยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรสา พันธุ์ภักดี. (2536). การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวอย่างเฉียบพลัน. ในสมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ). การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 2. (พิมพ์ครั้งที่ 10). (หน้า 185-227). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล.
- อวยพร ตัณมุขกุล. (2534). การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยใช้กระบวนการ พยาบาล. ใน การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ. (หน้า 36-47). กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์.

- อัมพล สุอำพัน. (2531). จิตวิทยากับการดำรงชีวิตประจำวัน ในเอกสารประกอบการสอนชุด วิชาจิตวิทยาทั่วไป หน่วยที่ 8-15 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (พิมพ์ครั้งที่ 3). (หน้า 775). กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัดการพิมพ์.
- อำไพ จารุวัชรพานิชกุล. (2528). เปรียบเทียบสัมพันธภาพระหว่างมารดา และทารกการปรับตัว ต่อการเป็นมารดาภายหลังคลอด และภาวะซึมเศร้าของมารดาภายหลังคลอดระหว่าง มารดาที่มีบุตรคนแรกทีคลอดปกติกับมารดาที่ผ่าตัดทารกออกทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- Abels, L. (1986). Critical care nursing : A physiologic approach. (pp. 168-258). St. Louis : The C.V. Mosby Company.
- Aerderson, H.A. & Roy, S.C. (1991). The Roy adaptation model : the definitive statement. Norwalk : Applyton & Lange.
- Arling, G. (1987). Strain, social support, and distress in old age. Journal of Gerontology, 42 (1) : 107-113.
- Ashworth, Pat M. (1994). The critically ill patient. In Alexander, M.F., Fawcett, I.N., Runciman, P.J. (Eds). Nursing practice : Hospital and home the adult. (pp. 827-838). Edinburgh : Churchill Livingstone.
- Aguilera, D.C. & Messick, J.M. (1982). Crisis intervention theory and methodology. (4th ed.). St. Louise : The C.V. Mosby Company.
- Ballard, K.S. (1981). Identification of environmental stressors for patients in a surgical intensive care unit. Issues in Mental Health Nursing, 3 : 98-108.
- Barrett, J. et al. (1975). The head nurse. New York : Appleton Century Crofts.

- Bayer, L.M., Bauers, C.M., & Kapp, S.R. (1983). Psychosocial aspects of nutritional support. Nursing Clinics of North America, 1 (1) : 119-128.
- Boss, B.J. (1992). Nursing assessment and role in management pain. In S.M. Lewis, & I.C. Collier (Eds.). Medical-surgical nursing : Assessment of clinical problems. (3rd. ed.).
- Briggs, D. (1991). Preventing ICU psychosis. Nursing Times, 87 (6) : 39-40.
- Buchda, V.L. (1987). Loneliness in critically ill adults. Dimension of Critical Care Nursing, 6 (6) : 335-340.
- Carroll, P.F. (1986). When your patient must depend on a machine. RN, 49 (12) : 14-15.
- _____. (1995). Caring for ventilator patients. Nursing, 16 (2) : 34-39.
- _____. (1995). A med/surg nurse's guide to mechanical ventilator. RN, 58 (2) : 26-31.
- Carter, D. (1985). In need of a good night's sleep. Nursing Times, 81 (46) : 24-26.
- Cerrato, P.L. (1987). The special nutrition needs for COPD patient. RN, 50 (11) : 75-6.
- Chandel, J., & Drake, M. (1991). Tabbraer's nursing care.: Theory and practice. (pp. 235-238). Melboure : Churchill Livingstone.
- Christensen, B.L., & Kockrow, E.O. (1995). Foundation of nursing. St. Louis : Mosby.
- Clark, C., & Heidenreich, T. (1995). Spiritual care for the critically ill. American Journal of Critical Care, 4 (1) : 77-81.

- Clark, K. (1986). Psychosocial aspects of prolonged ventilator dependency. Respiratory Care, 31 (4) : 329-333.
- Clarke, M. (1984). Stress and coping : Constructs for nursing. Journal of Advanced Nursing, 9, 3-13.
- Clark, S. (1993). Psychosocial needs of critically ill patients. In Clochesy, J.M. et al. (Eds.). Critical care nursing. (pp. 75-89). Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Closs, I. (1988). Patients' sleep-wake rhythms in hospital : part 1. Nursing Times, 84 (1) : 48-50.
- Closs, I. (1988). Patients' sleep-wake rhythms in hospital : part 2. Nursing Times, 84 (2) : 54-55.
- Cochran, J., & Ganong, L.H. (1989). A comparison of nurses' and patients' perceptions of intensive care unit stressors. Journal of Advanced Nursing, 14 (12) : 1038-1043.
- Connolly, M.A., & Shekleton, M.B. (1991). Communication with ventilator dependent patients. Dimension of critical nursing, 10 (2) : 115-122.
- Dillon, D.V. (1988). Understanding mechanical ventilation. Critical Care Nursing, 8 (7) : 42-56.
- Dolan, J.T. (1991). Critical care nursing clinical management through the nursing processes. Philadelphia : F.A. Davis.
- Dougherty, B. (1988). The malnourished respiratory patient. Critical Care Nurse, 8 (4) : 13-22.

- Eisenberg, P.C. (1994). Nasoenteral tubes. *RN*, 57 (10) : 62-70.
- _____. (1994). Gastrostomy and jejunostomy tubes. *RN*, 57 (11) : 54-60.
- Evans, J.C., & French, D.G. (1995). Sleep and healing in intensive care settings. *Dimension of Critical Care Nursing*, 14 (4) : 189-199.
- Farley, J.M. (1988). Current trends in enteral feeding. *Critical Care Nurse*, 8 (4) : 23-28.
- Ferland, P.A. (1991). Are you ready for ventilator patients? *Nursing*, 12 (1) : 42-47.
- Flynn, J-B.M. & Bruce, N.P. (1993). *Introduction to critical care skills*. (pp. 72-99, 340-387). St. Louis : Mosby.
- Frace, R.M. (1982). Mechanical ventilatory : The patient's viewpoint. *Today's OR Nurse*, 4 (6) : 16-21.
- Freichels, T. (1993). Orchestrating the care of mechanically ventilated patient. *American Journal Nursing*, 93 (10) : 26, 28-32, 34-35.
- Gong, H., & Drage, C.W. (1982). *The respiratory system : A care curriculum*. Connecticut : Appleton-Century-Crofts.
- Gass, K.A. & Chang, A.S. (1989). Appraisal of bereavement, coping, resources, and psychosocial health dysfunction in widows and widower. *Nursing Research*, 38 (1), 31-36.
- Gries, M.L., & Fernsler, J. (1988). Patient's perception of the mechanical ventilation experience. *Focus on Critical Care*, 15 (2) : 52-59.

- Halm, M.A., & Alpen, M.A. (1993). The impact of technology on patients and families. Nursing Clinics of North America, 28 (2) : 443-457.
- Hamner, J.B. (1990). Visitation policies in the ICU : A time of change. Critical Care Nurse, 10 (1) : 48-53.
- Heilkempers, M.M., & Shaver, J.F. (1989). Nursing research opportunities in enteral nutrition. Nursing Clinics of North America, 24 (2) : 415-426.
- Howton, K., Salkovskis, R.M., Kirk, J., & Clark, D.M. (1989). Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems : A practical guide. New York : Oxford University.
- Hudak, C.M., Gallo, B.M., & Brnz, J.J. (1994). Critical care nursing : A holistic approach. (pp. 427-482). Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Ignatavicius, D.D.; Workman, M.L. & Mishler, M.A. (1995). Medical surgical nursing : A nursing process approach. (pp. 633-771). Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Jablonski, R.S. (1994). The experience of being mechanically ventilated. Qualitative Health Research, 4 (2) : 186-207.
- Jablonski, R.A.S. (1995). If ventilator patients could talk. RN, 58 (2) : 32-34.
- Jalowiec, A., & Powers, M.J. (1981). Stress and coping in hypertensive and emergency room patients. Nursing Research, 30 (1) : 10-15.
- Jensen, D.P., & Herr, K.A. (1993). Sleeplessness. Nursing Clinics of North America, 28 (2) : 385-403.

- Johnson, M.M., & Sexton, D.L. (1990). Distress during mechanical ventilation : Patients' perceptions. Critical Care Nurse, 10 (7) : 48, 50, 52, 54-57.
- Johanson, B.C., et al. (1981). Standards for critical care. (pp. 36-48). St. Louis : The C.V. Mosby Company.
- Kagawa-Busby, K.S. et al. (1980). Effects of diet temperature on tolerance of enteral feeding. Nursing Research, 29 (5) : 276-280.
- Kersten, L.D. (1989). Comprehensive respiratory nursing : A decision making approach. (pp. 666-790). Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Kraegel, Janet. M., et al. (1974). Patient care system. Philadelphia : Lippincott.
- Kyes, J.J. & Hofling, C.K. (1974). Basis psychiatric concepts in nursing. (3 rd ed.). Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Lazarus, R.S., & Folkmans, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York : Springer.
- Lewis, S.M., & Collier, I.C. (1992). Medical surgical nursing assessment of clinical problem (3 rd ed.). St. Louis : Mosby Year Book.
- Linn, L.J. (1982). Psychosocial needs of pateints with acute respiratory failure. In Sutterly, D.C. & Donnelly, G.F. (eds.). Coping with stress : A nursing perspective. (pp. 132-139). Rockville MD : Aspen Systems Corporati.
- Littrel, K., & Schumann, L.L. (1989). Promoting sleep for the patient with a myocardial infraction. Critical Care Nurse, 9 (3) : 45-49.

- Luckmann, J., & Sorensen, K.C. (1987). Medical-Surgical nursing : A psychophysiological approach. (3 rd. ed). (pp. 633-643). Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Maumsell, E., Brisson, J., & Deschense, L. (1992). Psychological distress after initial treatment of breast cancer : Assessment of potential risk factors. Cancer, 70 (1) : 120-125.
- Noll, M.L. (1993). Ventilatory assistance. In Hartshorn, J.; Lamborn, M & Noll, M.L. (Eds). In introduction to critical care nursing. (pp. 105-144). Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Norton, L.C., & Neureuter, A. (1989). Weaning the long-term ventilator-dependent patient : Common problems and management. Critical Care Nurse, 9 (1) : 42-44, 46, 48-52.
- Parker, M.M., et al. (1984). Perceptions of a critically ill patient experiencing therapeutic paralysis in a ICU. Critical Care Medicine, 12 (1) : 69-71.
- Penckofer, S.M., & Holm, K. (1990). Women undergoing coronary artery bypass surgery : Physiological and psychosocial perspectives. Cardiovascular Nursing, 26 (3), 13-18.
- Pennock, B.E., et al. (1994). Distressful events in the ICU as perceived by patients recovering from coronary artery bypass surgery. Heart Lung, 23 (4) : 323-327.
- Polit, D.F. (1996). Data analysis & Statisitcs for nursing research. New York : Humanalysis, Inc.
- Ponte, P.R. (1992). Distress in cancer patients and primary nurses' empathy skills. Cancer Nursing, 15 (4) : 283-292.

Recker, D. (1992). Overcoming for obstacles to caring for the long-term critical care patient. Critical Care Nurse, 12 (5) : 40-48.

Riggio, R.E., Singer, R.D., Hartman, S.K., & Sneiden, R. (1982). Psychological issues in the care of critically ill respirator patients : Different perceptions of patients, relations and staff. Psychological Reports, 51 : 363-369.

Roberts, L.S. (1986). Behavioral concepts and the crically ill patient. Norwalk : Appleton-Century-Crofts.

Sassoon, Catherine, S.H., et al., (1987). Airway occlusion pressure : An important indication for successful weaning in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am. Rev. Respir. Dis. 135 (1), 107-113.

Schover, L.R., et al., (1995). Partial mastectomy and breast reconstruction. Cancer, 75 (1) : 54-64.

Shapiro, B.A., Harrison, R.A. & Trout. C.A. (1983). Clinical application of respiratory care, (2d. ed). Chicago : Year book Medical Publishers, Inc.

Sneed, N.V., Edlund, B., & Dias, J.K. (1992). Adjusment of gynecological and breast cancer patients to the cancer diagnosis : Comparisons with males and females having other cancer sites. Health Care Women Institute, 13 (1), 11-22.

Southwell, M., & Wistow G. (1995). In-patient sleep disturbance : The views of staff and patients. Nursing Times, 91 (37) : 29-31.

Spector, N. (1989). Nutritional support of the ventilator dependent patient. Nursing Clinics of North America, 24 (2) : 407-413.

- Taylor, T.T. (1982). A comparison of two method of nasogastric tube feeding. Journal Neurosurgical Nursing, 14 : 49-54.
- Thelan, H.F., Davie, J.E., & Usban, L.D. (1990). Critical care nursing. (pp. 875). St. Louis : The C.V. Mosby Company.
- Traver, G.A., Mitchell, J.T., & Priestley, G.F. (1991). Respiratory care : A clinical Approach. (pp. 109-153, 165-185). Gaithersburg : Aspen Publishers, Inc.
- Turner, J.S., Briggs, S.J., Springhorn, H.E., & Potgieter, P.D. (1990). Patient's recollection of intensive care unit experience. Critical Care Medicine, 18 (9) : 966-969.
- Turner, R., & Elson, E. (1993). Steroids cause sleep disturbance. British of Medical Journal, 306 (29) : 1477-1478.
- Veselis, R.A., & Carlon, G.C. (1991). Psychologic stress in the intensive care unit. In Hoyt, J.W., et al. (Eds.). Critical care practice. (pp. 413-421). Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Walker, B.B. (1972). The postsurgery heart patient : Amount of uninterrupted time for sleep and rest during the first, second and third post-operative days in a teaching hospital. Nursing Research, 21 (2) : 164-169.
- Williams, M.L. (1992). An algorithm for selecting a communication technique with intubated patients. Dimension of Critical Care Nursing, 11 (4) : 222-229.
- Wilson, V.S. (1987). Identification of stressors related to patients' psychologic responses to the surgical intensive care. Heart Lung, 16 (3) : 267-273.

Winters, C. (1988). Monitoring ventilator patient for complications. Nursing, 18 (6) : 38-41.

Worthington, P.H., & Wagne, B. (1989). Total parenteral nutrition. Nursing Clinics of North America, 24 (2) : 355-371.

Yura, H., & Walsh, M.D. (1983). The nursing process. (p. 96). Nor walk : Appleton-Century-Grafts.

Zori, S.J. (1984). Mechanical ventilation bringing the patient into focus. American Journal of Nursing, 84 (11) : 1384-1388.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

ตาราง 22 จำนวนและร้อยละของความต้องการการพยาบาล และการพยาบาลที่ได้รับในระดับต่างๆ
ของกลุ่มตัวอย่าง

ลำดับ ข้อ	กิจกรรมการพยาบาล	ความต้องการการพยาบาล			การพยาบาลที่ได้รับ		
		มาก	ปานกลาง	น้อย	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้รับ
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1	ด้านร่างกาย การยึดท่อทางเดินหายใจให้มั่นคงโดยใช้พลาสติกหรือเชือก	37 (61.7)	19 (31.7)	4 (6.7)	42 (70.0)	17 (28.3)	1 (1.7)
2	การเปลี่ยนพลาสติกหรือเชือกที่ยึดท่อทางเดินหายใจทุกวัน และทุกครั้งที่ย้ายกชั้น	37 (61.7)	18 (30.0)	5 (8.3)	41 (68.3)	16 (26.7)	3 (5.0)
3	การเปลี่ยนตำแหน่งท่อทางเดินหายใจจากมุมปากข้างหนึ่งไปยังมุมปากอีกข้างหนึ่งทุกวัน	21 (35.0)	27 (45.0)	12 (20.0)	24 (40.0)	26 (43.3)	10 (16.7)
4	การดูดเสมหะในขณะที่มีเสมหะอยู่ในท่อทางเดินหายใจ	42 (70.0)	15 (25.0)	3 (5.0)	49 (81.7)	11 (18.3)	-
5	การบีบช่วยหายใจด้วยถุงลมช่วยหายใจหลังการดูดเสมหะทุกครั้ง	46 (76.7)	10 (16.7)	4 (6.7)	50 (83.3)	8 (13.3)	2 (3.3)
6	การดูดเสมหะในแต่ละครั้งใช้เวลาไม่นานเกินไป	44 (73.3)	15 (25.0)	1 (1.7)	34 (56.7)	26 (43.3)	-
7	การหยุดพักการดูดเสมหะชั่วคราวเมื่อท่านรู้สึกเหนื่อย อึดอัด หรือหายใจลำบาก	46 (76.7)	12 (20.0)	2 (3.3)	32 (53.3)	23 (38.3)	5 (8.3)
8	การดูดเสมหะด้วยความนุ่มนวลและเบามือ	54 (90.0)	6 (10.0)	-	28 (46.7)	31 (51.7)	1 (1.7)
9	การบีบถุงลมช่วยหายใจตามจังหวะการหายใจของท่าน	53 (88.3)	7 (11.7)	-	33 (55.0)	26 (43.3)	1 (1.7)
10	การยึดท่อทางเดินหายใจหรือท่อเจาะคอให้อยู่กับที่ในขณะที่บีบช่วยหายใจด้วยถุงลมช่วยหายใจ	49 (81.7)	7 (11.7)	4 (6.7)	34 (56.7)	22 (36.7)	4 (6.7)
11	การให้ความช่วยเหลือ เมื่อท่านรู้สึกเหนื่อย อึดอัด หรือหายใจลำบากเกิดขึ้น	51 (85.0)	9 (15.0)	-	40 (66.7)	18 (30.0)	2 (3.3)
12	การสอนเพื่อฝึกไอขับเสมหะออกอย่างถูกต้อง	39 (65.0)	19 (31.7)	2 (3.3)	23 (38.3)	23 (38.3)	14 (23.3)

ตาราง 22 (ต่อ)

ลำดับ ข้อ	กิจกรรมการพยาบาล	ความต้องการการพยาบาล			การพยาบาลที่ได้รับ		
		มาก	ปานกลาง	น้อย	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้รับ
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
13	การทำความสะอาดปากทั้งก่อนและ หลังได้รับอาหารทุกครั้ง	39 (65.0)	18 (30.0)	3 (5.0)	33 (55.0)	22 (36.7)	5 (8.3)
14	การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการ กำหนดเวลาในการได้รับอาหารในแต่ละ มื้อ	23 (38.3)	25 (41.7)	12 (20.0)	13 (21.7)	16 (26.7)	31 (51.7)
15	การดูดเสมหะทางท่อทางเดินหายใจ หรือท่อเจาะคอและทางปากทุกครั้ง ก่อนได้รับอาหาร	40 (66.7)	12 (20.0)	8 (13.3)	38 (63.3)	17 (28.3)	5 (8.3)
16	การช่วยเหลือให้นอนศีรษะสูง หรือ นั่งในระหว่างได้รับอาหาร และหลัง ได้รับอาหารอย่างน้อย 30 นาที	42 (70.0)	14 (23.3)	4 (6.7)	34 (56.7)	19 (31.7)	7 (11.7)
17	การหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรมการ รักษาพยาบาลอื่น ๆ ในระหว่างการได้ รับอาหาร เช่น การเจาะเลือด การฉีดยา การถ่ายแผล เป็นต้น	49 (81.7)	8 (13.3)	3 (5.0)	35 (58.3)	17 (28.3)	8 (13.3)
18	การซักถามเกี่ยวกับความรู้สึกหิว อาหาร	34 (56.7)	18 (30.0)	8 (13.3)	11 (18.3)	29 (48.3)	20 (33.3)
19	การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมกับ พยาบาลผู้ดูแลในการกำหนดเวลานอน หลับของแต่ละวัน	32 (53.3)	21 (35.0)	7 (11.7)	16 (26.7)	23 (38.3)	21 (35.0)
20	การเปิดโอกาสให้นอนหลับต่อเนื่อง อย่างเต็มที่	46 (76.7)	13 (21.7)	1 (1.7)	26 (43.3)	29 (48.3)	5 (8.3)
21	การเปิดโอกาสหรือสนับสนุนให้ได้ นอนหลับในเวลาใกล้รุ่ง-เช้ามืด	34 (56.7)	17 (28.3)	9 (15.0)	21 (35.0)	29 (48.3)	10 (16.7)
22	การเปิดโอกาสหรือสนับสนุนให้มี เวลาในการนอนหลับในช่วงบ่ายของ แต่ละวัน	30 (50.0)	23 (38.3)	7 (11.7)	23 (38.3)	33 (55.0)	4 (6.7)

ตาราง 22 (ต่อ)

ลำดับ ข้อ	กิจกรรมการพยาบาล	ความต้องการการพยาบาล			การพยาบาลที่ได้รับ		
		มาก	ปานกลาง	น้อย	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้รับ
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
23	การช่วยเหลือให้ได้รับความสุข สบายหรือผ่อนคลายก่อนถึงเวลา นอนหลับ เช่นการทำความสะอาด ร่างกาย การเช็ดตัวด้วยน้ำอุ่น การ ลดความเจ็บปวด การนวดหลัง การ จัดท่านอนที่เหมาะสม การสอนให้ ท่านหายใจเป็นจังหวะสม่ำเสมอ เป็นต้น	43 (71.7)	15 (25.0)	2 (3.3)	29 (48.3)	20 (33.3)	11 (18.3)
24	การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมใน การนอนหลับเช่น การจัดให้มีผ้าห่ม การเปิดเพลงเบา ๆ และการเปิดไฟ หรี่ในเวลากลางคืน	31 (51.7)	26 (26.7)	7 (11.7)	24 (40.0)	24 (40.0)	12 (20.0)
25	การซักถามเกี่ยวกับความเพียงพอ หรือความพึงพอใจในการนอนหลับ ของแต่ละคืน	31 (51.7)	22 (36.7)	7 (11.7)	16 (26.7)	32 (53.3)	12 (20.0)
26	การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะ สืบพันธุ์เข้า-เย็นและทุกครั้ง ที่ปัสสาวะหรืออุจจาระ	47 (78.3)	10 (16.7)	3 (5.0)	39 (65.0)	12 (20.0)	9 (15.0)
27	การช่วยเหลือเมื่อมีอาการไอผุก	35 (58.3)	18 (30.0)	7 (11.7)	15 (25.0)	31 (51.7)	14 (23.3)
28	การช่วยเหลือในการพลิกตะแคงตัว เมื่อต้องการ/เริ่มรู้สึกปวดเมื่อย/ไม่ สุขสบาย	44 (73.3)	8 (13.3)	8 (13.3)	27 (45.0)	25 (41.7)	8 (13.3)
29	การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวยกข้อ และออกกำลังของกล้ามเนื้อในขณะ นอนพักบนเตียง	30 (50.0)	21 (35.0)	9 (15.0)	19 (31.7)	23 (38.3)	18 (30.0)
30	การช่วยเหลือให้ลูกนั่งข้างเตียง เมื่อ สภาพอากาศดีขึ้น อย่างน้อยวันละ ครั้ง	34 (56.7)	17 (28.3)	9 (15.0)	18 (30.0)	24 (40.0)	18 (30.0)
31	การช่วยเหลือให้ท่านเป็นอิสระจาก การผูกมัดร่างกายในขณะที่มีผู้ดูแล อย่างใกล้ชิด	46 (76.7)	5 (8.3)	9 (15.0)	24 (40.0)	22 (36.7)	14 (23.3)

ตาราง 22 (ต่อ)

ลำดับ ข้อ	กิจกรรมการพยาบาล	ความต้องการการพยาบาล			การพยาบาลที่ได้รับ		
		มาก	ปานกลาง	น้อย	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้รับ
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
32	การทำความสะอาดร่างกายทั่ว ๆ ไป โดยการเช็ดตัวอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น	52 (86.7)	8 (13.3)	-	39 (65.0)	15 (25.0)	6 (10.0)
33	การช่วยเหลือเมื่อรู้สึกปากแห้ง เช่น การทำความสะอาดปาก และทันในภาย หลังการดูดนมทุกครั้ง การทาริม ฝีปากด้วยครีมหล่อลื่นริมฝีปากหรือ ลิปสติก	33 (55.0)	23 (38.3)	4 (6.7)	24 (40.0)	29 (48.3)	7 (11.7)
34	การได้รับการสระผมอย่างน้อย สัปดาห์ละครั้ง	30 (50.0)	19 (31.7)	11 (18.3)	12 (20.0)	15 (25.0)	33 (55.0)
35	การระมัดระวังท่อทางเดินหายใจ และสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ดึงรั้ง ในขณะที่พลิกตะแคงตัวหรือเคลื่อน ย้าย	50 (83.3)	9 (15.0)	1 (1.7)	30 (50.0)	22 (36.7)	8 (13.3)
36	การช่วยเหลือให้อ่อนในท่าที่สุข สบายตามความต้องการของท่าน	44 (73.3)	14 (23.3)	2 (3.3)	30 (50.0)	24 (40.0)	6 (10.0)
37	การเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน และเสื้อผ้าทุกวัน หรือเมื่อจำเป็น	53 (88.3)	7 (11.7)	-	51 (85.0)	8 (13.3)	1 (1.7)
38	การได้รับการสวมเสื้อที่สะอาด และ มีขนาดเหมาะสมกับท่าน	41 (68.3)	17 (28.3)	2 (3.3)	38 (63.3)	20 (33.3)	2 (3.3)
	ด้านจิตสังคม						
39	การแนะนำตัวให้ทราบว่าเป็น พยาบาลผู้ดูแลท่าน	32 (53.3)	20 (33.3)	8 (13.3)	11 (18.3)	29 (48.3)	20 (33.3)
40	การแจ้งให้ทราบถึงระเบียบการเยี่ยม ของญาติเช่น เวลาเยี่ยม และจำนวน ผู้เข้าเยี่ยม	44 (73.3)	12 (20.0)	4 (6.7)	32 (53.3)	14 (23.3)	14 (23.3)

ตาราง 22 (ต่อ)

ลำดับ ข้อ	กิจกรรมการพยาบาล	ความต้องการการพยาบาล			การพยาบาลที่ได้รับ		
		มาก	ปานกลาง	น้อย	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้รับ
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
41	การอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และความจำเป็นที่ต้องใช้เครื่องมือในการรักษา เช่น เครื่องช่วยหายใจและเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น	43 (71.7)	13 (21.7)	4 (6.7)	29(48.3)	19(31.7)	12 (20.0)
42	การอธิบายให้ความมั่นใจถึงประสิทธิภาพการทำงานของเครื่องมือต่าง ๆ	42 (70.0)	17 (28.3)	1 (1.7)	20 (33.3)	22 (36.7)	18 (30.0)
43	การอธิบายให้ทราบถึงขั้นตอนการฝึกหายใจด้วยตัวเอง	43 (71.7)	16 (26.7)	1 (1.7)	31 (51.7)	22 (36.7)	7 (11.7)
44	การได้รับการเฝ้าดูอย่างใกล้ชิดในระยะเริ่มฝึกหายใจด้วยตนเอง	48 (80.0)	10 (16.7)	2 (3.3)	39 (65.0)	11 (18.3)	10 (16.7)
45	การแจ้งให้ทราบถึงความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	53 (88.3)	6 (10.0)	1 (1.7)	36 (60.0)	15 (25.0)	9 (15.0)
46	การแจ้งให้ทราบถึงความรู้ ความสามารถ และความชำนาญของแพทย์และพยาบาลที่ให้การรักษาพยาบาลท่าน	41 (68.3)	13 (21.7)	6 (10.0)	16 (26.7)	23 (38.3)	21 (35.0)
47	การใช้สรรพนามนำหน้าชื่อท่านตามความเหมาะสมกับสถานะและอาวุโส	33 (55.0)	21 (35.0)	6 (10.0)	39 (65.0)	18 (30.0)	3 (5.0)
48	การแจ้งให้ทราบก่อนทุกครั้งที่จะปฏิบัติกิจกรรมการรักษาพยาบาล	54 (90.0)	4 (6.7)	2 (3.3)	42 (70.0)	15 (25.0)	3 (5.0)
49	การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้วยความเต็มใจ	57 (95.0)	3 (5.0)	-	37 (61.7)	20 (33.3)	3 (5.0)
50	การให้เวลาท่านในการบอกความรู้สึก ปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือ	46 (76.7)	14 (23.3)	-	23 (38.3)	28 (46.7)	9(15.0)

ตาราง 22 (ต่อ)

ลำดับ ข้อ	กิจกรรมการพยาบาล	ความต้องการการพยาบาล			การพยาบาลที่ได้รับ		
		มาก	ปานกลาง	น้อย	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้รับ
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
51	การให้โอกาสในการช่วยเหลือตนเองเท่าที่สามรถจะทำได้ตามสภาพอาการของท่าน	46 (76.7)	13 (21.7)	1 (1.7)	34 (56.7)	23 (38.3)	3 (5.0)
52	การพูดคุยกับท่านในขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมการรักษายาบาล	49 (81.7)	10 (16.7)	1 (1.7)	33 (55.0)	22 (36.7)	5 (8.3)
53	การเปิดโอกาสให้ท่าน-ลูก-หลาน-คู่สมรส หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่านมีส่วนร่วมกับการแพทย์และการพยาบาลในการพิจารณาตัดสินใจวางแผนการรักษายาบาลที่ได้รับ	39 (65.0)	13 (21.7)	8 (13.3)	22 (36.7)	25 (41.7)	13 (21.7)
54	การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมกับการพยาบาลในการกำหนดกิจวัตรประจำวัน เช่นการทำความสะอาดร่างกาย เวลาเยี่ยม การนอนหลับ เป็นต้น	33 (55.0)	18 (30.0)	9 (15.0)	15 (25.0)	30 (50.0)	15 (25.0)
55	การหลีกเลี่ยงการเปิดเผยร่างกายในขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมการรักษายาบาล	46 (76.7)	14 (23.3)	-	29 (48.3)	27 (45.0)	4 (6.7)
56	การจัดให้มีนาฬิกา และปฏิทินภายในหอผู้ป่วยซึ่งท่านสามารถมองเห็นได้	38 (63.3)	15 (25.0)	7 (11.7)	26 (43.3)	17 (28.3)	17 (28.3)
57	การอนุญาตให้นำรูปถ่ายบุคคลหรือครอบครัวและสิ่งของที่รักอยู่ใกล้ตัว	22 (36.7)	14 (23.3)	24 (40.0)	14 (23.3)	15 (25.0)	31 (51.7)
58	การอนุญาตให้ลูก-หลาน-คู่สมรสหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่านเข้าเยี่ยมเมื่อท่านต้องการ	52 (86.7)	6 (10.0)	2 (3.3)	18 (30.0)	34 (56.7)	8 (13.3)
59	การอำนวยความสะดวกให้ท่าน-ลูก-หลาน-คู่สมรสหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่านมีความเป็นส่วนตัวในระหว่างการเยี่ยม	39 (65.0)	19 (31.7)	2 (3.3)	33 (55.0)	21 (35.0)	6 (10.0)

ตาราง 22 (ต่อ)

ลำดับ ข้อ	กิจกรรมการพยาบาล	ความต้องการการพยาบาล			การพยาบาลที่ได้รับ		
		มาก	ปานกลาง	น้อย	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้รับ
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
60	การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยใกล้ชิดลูก-หลาน-คู่สมรสหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่าน	44 (73.3)	9 (15.0)	7 (11.7)	30(50.0)	27(45.0)	3 (5.0)
61	การได้รับคำแนะนำให้รู้จักกับผู้ป่วยข้างเคียง	17 (28.3)	25 (41.7)	18 (30.0)	6 (10.0)	20 (33.3)	34 (56.7)
62	การแสดงความเห็นอกเห็นใจ พุดปลอบใจและสัมผัสตัวท่านในขณะที่รู้สึกไม่สุขสบาย	46 (76.7)	13 (21.7)	1 (1.7)	20 (33.3)	32 (53.3)	8 (13.3)
63	การเปิดโอกาสให้ลูก-หลาน-คู่สมรสหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่านแสดงความรัก ความห่วงใย และความเอื้ออาทรต่อท่านอย่างสม่ำเสมอ	52 (86.7)	8 (13.3)	-	30 (50.0)	27 (45.0)	3 (5.0)
64	การแจ้งให้ทราบว่า ลูก-หลาน-คู่สมรส หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่าน เฝ้ารอ และคอยให้กำลังใจอยู่ภายนอกหอผู้ป่วย	49 (81.7)	9 (15.0)	2 (3.3)	25 (41.7)	24 (40.0)	11 (18.3)
65	การช่วยเหลือในการหาวิธีการให้สื่อความหมายเกี่ยวกับความรู้สึก ปัญหาและความต้องการเช่น การจัดให้มีดินสอหรือปากกา แผ่นภาพมีข้อความประกอบเป็นต้น	46 (76.7)	10 (16.7)	4 (6.7)	28 (46.7)	22 (36.7)	10 (16.7)
66	การจัดให้มีเครื่องสำหรับกดเมื่อต้องการความช่วยเหลือ	38 (63.3)	12 (20.0)	10 (16.7)	4 (6.7)	9 (15.0)	47 (78.3)
67	การใช้คำพูดที่สามารถเข้าใจได้ง่ายด้านจิตวิญญาณ	49 (81.7)	9 (15.0)	2 (3.3)	37 (61.7)	20 (33.3)	3 (5.0)
68	การให้ท่านมีส่วนร่วมรับรู้เป้าหมายที่เป็นไปได้ในการรักษาพยาบาล	40 (66.7)	16 (26.7)	4 (6.7)	20 (33.3)	27 (45.0)	13 (21.7)

ตาราง 22 (ต่อ)

ลำดับ ข้อ	กิจกรรมการพยาบาล	ความต้องการการพยาบาล			การพยาบาลที่ได้รับ		
		มาก	ปานกลาง	น้อย	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้รับ
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
69	การยินยอมให้ท่าน ลูก- หลาน - คู่ สมรสหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อ ท่าน ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ ซึ่งไม่ขัดต่อการรักษา เช่น พรหม น้ำมันต์ ปิดทอง เป็นต้น	27 (45.0)	18 (30.0)	15 (25.0)	18 (30.0)	13 (21.7)	29 (48.3)
70	การจัดให้มีสิ่งสักการบูชาไว้ในหอ ผู้ป่วย ซึ่งสามารถมองเห็นได้	31 (51.7)	14 (23.3)	15 (25.0)	30 (50.0)	8 (13.3)	29 (36.7)
71	การเปิดโอกาสให้พระภิกษุ ผู้นำ ศาสนา ประกอบพิธีทางศาสนาใน หอผู้ป่วยเมื่อต้องการ	10 (16.7)	20 (33.3)	30 (50.0)	5 (8.3)	10 (16.7)	45 (75.0)
72	การติดต่อหรือช่วยประสานให้ บุคคลที่ท่านสรวธาเข้าเยี่ยม เช่น พระภิกษุ ผู้นำศาสนา บาทหลวง เป็นต้น	16 (26.7)	22 (36.7)	22 (36.7)	8 (13.3)	9 (15.0)	43 (17.7)
73	การเปิดโอกาสหรือสนับสนุนให้ ลูก-หลาน-คู่สมรสหรือบุคคลที่มี ความสำคัญต่อท่านมีส่วนร่วมใน การดูแล เช่น การเช็ดตัว บีบนิ้ว ให้อาหาร เป็นต้น	47 (78.3)	13 (21.7)	-	30 (50.0)	22 (36.7)	8 (13.3)
74	การยินยอมให้ท่านนำศาสนาวัตถุ หรือสิ่งที่ท่านเคารพบูชา หรือเชื่อว่า เป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ติดตัวท่านอยู่เสมอ	29 (48.3)	18 (30.0)	13 (21.7)	21 (35.0)	15 (25.0)	24 (40.0)
75	การอนุญาตให้ท่านพบลูก-หลาน-คู่ สมรส หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อ ท่าน ทั้งก่อนและหลังได้รับการ รักษาพยาบาลที่เป็นอันตรายต่อชีวิต	50 (83.3)	6 (10.0)	4 (6.7)	28 (46.7)	17 (28.3)	15 (25.0)
76	การกล่าวชมเชย และให้กำลังใจ เมื่อท่านสามารถปฏิบัติได้ตามเป้า หมายที่ตั้งไว้	43 (71.7)	14 (23.3)	3 (5.0)	35 (58.3)	20 (33.3)	5 (8.3)

ภาคผนวก ข.

มาตรฐานการพยาบาลของผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ

มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยที่มีท่อทางเดินหายใจอยู่ในตำแหน่งเหมาะสม ไม่มีรอยร้าวของกระเปาะลม และไม่มีรอยร้าว รอยหักงอของท่อทางเดินหายใจ

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. ยึดท่อทางเดินของหายใจให้อยู่กับที่</p> <p>1.1 ทาบบริเวณที่จะติดพลาสติกกับท่อทางเดินหายใจด้วย Tr. Benzoid</p> <p>1.2 ใส่ Oropharyngeal airway ในกรณีผู้ป่วยไม่ค่อนรู้สึกรัด เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกัดท่อทางเดินหายใจ</p> <p>1.3 ใช้เชือกผูกรอบท่อทางเดินหายใจ ผ่านเหนือใบหู 2 ข้าง อ้อมไปผูกไว้หลังศีรษะ</p> <p>1.4 ในกรณีเจาะคอ ระวังไม่ผูกจนแน่นหรือหลวมเกินไป โดยใช้นิ้วสอดระหว่างคอผู้ป่วยและสายผูกประมาณ 1 นิ้ว และผูกเงื่อนตาย</p> <p>2. จัดท่อสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ดึงรั้ง</p> <p>3. ตรวจสอบรอยต่อต่างๆ ให้แน่น</p> <p>4. จับท่อและสายเครื่องช่วยหายใจให้ติดตามไปกับผู้ป่วยด้วย ในกรณีเปลี่ยนท่านอนให้ผู้ป่วย เพื่อป้องกันการดึงรั้ง หลุด หรือเลื่อน</p> <p>5. ฟังเสียงการขยายของปอดทุกกลีบ ลักษณะการหายใจทุกครั้ง ภายหลังการให้การพยาบาลต่างๆ</p>	<p>- ท่อทางเดินหายใจ และสายต่อเครื่องช่วยหายใจ อยู่ในตำแหน่งเหมาะสมไม่ดึงรั้ง หลุด เลื่อน</p> <p>- ผู้ป่วยหายใจสะดวก</p> <p>- ปอดขยายตัวดี ทุกกลีบ ไม่มีเสียง เสมหะ</p> <p>- ผลถ่ายรังสีปอดพบว่า ตำแหน่งของท่อทางเดินหายใจอยู่ในตำแหน่งเหมาะสม</p>

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
6. ในกรณีผู้ป่วยสับสน ต้องผูกมัดข้อมือไว้ เพื่อป้องกันการดึงท่อทางเดินหายใจ 7. ติดตามผลถ่ายรังสีปอด ตามแผนการรักษา 8. วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที วัดปริมาตรอากาศหายใจเข้าหรือออกตามปกติ ใน 1 ครั้ง (tidal volume)	- สัญญาณชีพปกติ ปริมาตรอากาศหายใจเข้าหรือออกตามปกติใน 1 ครั้ง ปกติ

มาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยทางเดินหายใจโล่งปราศจากเสมหะอุดตันในทางเดินหายใจ

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความต้องการการดูแลเสมหะของผู้ป่วยจาก 1.1 ฟังเสียงลมผ่านปอด 1.2 ฟังเสียงการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ เช่น ช่วงเวลาการหายใจ เข้า-ออก ล้นหรือยาว 1.3 ผู้ป่วยบอกว่ามีเสมหะ 1.4 ได้ยินเสียงเสมหะเคียดคราด 1.5 ก่อนให้อาหารทางสายยาง 1.6 ก่อนเอาลมออกจากกระเปาะลมท่อทางเดินหายใจ 2. ในกรณีผู้ป่วยรู้สึกตัว ครั้งแรกของการดูแลเสมหะให้อธิบายถึงเหตุผลและความจำเป็น 3. เตรียมอุปกรณ์ในการดูแลเสมหะให้พร้อมตลอดเวลาที่ข้างเตียงผู้ป่วย	- ปอดขยายตัวดี ไม่มีเสียงเสมหะเคียดคราด - ฟังปอดไม่พบเสียงผิดปกติ - การทำงานของเครื่องช่วยหายใจอยู่จังหวะเหมาะสม ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย - คลายความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาล

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
<p>4. ขนาดของสายดูดเสมหะ มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกินครึ่งหนึ่งของท่อทางเดินหายใจ</p> <p>5. ใช้วิธีปราศจากเชื้อตลอดเวลาในการดูดเสมหะ</p> <p>6. ปรับความดันของเครื่องดูด อยู่ระหว่าง 120-150 มม.ปรอท</p> <p>7. ใช้ Fingertip ต่อกับสายดูดเสมหะ และทำการดูดเฉพาะช่วงคั้งสายดูดออกเท่านั้น</p> <p>8. ดูดเสมหะในแต่ละครั้งไม่เกิน 15 วินาที</p> <p>9. กรณีเสมหะเหนียวข้น ให้ใช้ 0.9% NSS หยอดใส่ท่อทางเดินหายใจ 1-2 มล. แล้วใช้ถุงลมช่วยหายใจบีบลมเข้าแรงๆ 2-3 ครั้งก่อนดูดเสมหะ</p> <p>10. ทำการเคาะปอด</p> <p>11. ฟังเสียงปอดทุกครั้ง เพื่อประเมินผลการดูดเสมหะ</p> <p>12. พลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง</p> <p>13. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำเพียงพอ ประมาณ 2,500-3,000 ซีซี ในกรณีที่ไม่มีจำกัดสารน้ำ</p>	

มาตรฐานที่ 8 ผู้ป่วยมีจังหวะการหายใจสัมพันธ์กับการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. ในระยะแรกของการใช้เครื่องช่วยหายใจ ถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ต้องอธิบายให้ทราบถึงเหตุผล และความจำเป็นในการใช้เครื่องช่วยหายใจ ตลอดจนการปฏิบัติงานขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ อธิบายวิธีการสื่อสารกับญาติ</p> <p>2. สังเกต-บันทึก-แก้ไขทันที เมื่อพบว่า</p> <p>2.1 เสียงเครื่องหยุดทำงาน</p> <p>2.2 เสียงหายใจเข้า-ออก ไม่สัมพันธ์กัน กรณีไม่สามารถแก้ไขได้ หรือระหว่างการแก้ไขให้ถอดเครื่องช่วยหายใจออกจากท่อทางเดินหายใจ และใช้ถุงลมช่วยหายใจบีบช่วยหายใจในอัตรา 12-16 ครั้ง/นาที ถ้าผู้ป่วยหายใจเองได้ให้บีบตามจำนวนการหายใจของผู้ป่วย</p> <p>3. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที-1 ชั่วโมง</p> <p>4. ติดตามผลวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง (arterial blood gas)</p>	<p>- ให้ความร่วมมือ ไม่ต้านการทำงานของเครื่อง</p> <p>- คลายความวิตกกังวล เมื่อยังมีโอกาสใช้วิธีอื่นในการสื่อสารกับญาติ และทีมการรักษาได้</p> <p>- ปลอดภัยจากภาวะ ความผิดปกติของเครื่อง</p> <p>- สัญญาณชีพปกติ</p> <p>- ผลวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดงปกติ</p>

มาตรฐานที่ 4 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. ปลอดภัยจากการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ</p> <p>1.1 ยึดท่อทางเดินหายใจและสายเครื่องช่วยหายใจให้อยู่กับที่ เพื่อป้องกันการเสียดสีทำให้เกิดแผลและติดเชื้อได้</p> <p>1.2 สายดูดเสมหะ และอุปกรณ์การดูดเสมหะต้องปราศจากเชื้อ</p> <p>1.3 ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง</p> <p>1.4 ไม่ถอดสายเครื่องช่วยหายใจไว้บนเตียงหรือตัวผู้ป่วยในขณะที่ปลดสายออก</p> <p>1.5 ไม่ใช้สายดูดเสมหะซ้ำ</p> <p>1.6 ดูดเสมหะทุกครั้งที่เหมาะสมพบว่าผู้ป่วยต้องการการดูดเสมหะ</p> <p>1.7 จัดท่านอนเพื่อทำการระบายเสมหะ ร่วมกับการทำ cupping และ vibration</p> <p>1.8 พลิกตัวผู้ป่วยทุก 1-2 ชั่วโมง</p> <p>1.9 บันทึก กลิ่น สี จำนวนของเสมหะที่ดูด ถ้าพบผิดปกติ เช่น มีหนองปน หรือ กลิ่นเหม็นรีบรายงานแพทย์</p> <p>1.10 ทำความสะอาดช่องปากและฟันทุก 8 ชั่วโมง ทำความสะอาดบริเวณแผลเจาะคอทุก 8 ชั่วโมง และทุกครั้งที่เป็น</p>	<p>- ไม่มีการติดเชื้อ หรือภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ</p> <p>- อัตราการหายใจ 12-24 ครั้ง/นาที</p> <p>- อุณหภูมิร่างกายไม่เกิน 37.5°C</p> <p>- เสมหะใส ไม่มีกลิ่นเหม็น</p> <p>- ผล sputum C/S ไม่พบเชื้อ</p> <p>- ผลภาพถ่ายรังสีปอดปกติ</p>

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
<p>1.11 เปลี่ยนสายชุดเครื่องช่วยหายใจ และ กระบอกทำความชื้นและอุปกรณ์การ ดูดเสมหะทุกชนิด ทุก 24 ชั่วโมง</p> <p>1.12 ถ้าพบมีน้ำขังอยู่ในสายเครื่องช่วย หายใจให้เทน้ำออก โดยมีให้น้ำไหล ย้อนกลับลงสู่กระบอกทำความชื้น</p> <p>1.13 ทำความสะอาดอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ในการบำบัดทางระบบ หายใจ ให้ปราศจากเชื้อ เมื่อสิ้นสุดการ ใช้ทุกครั้ง</p> <p>1.14 ป้องกันการสำลักเข้าหลอดลม โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไล่ลมในกระเปาะต่อทางเดินหายใจ ก่อนให้อาหารทุกครั้ง - ดูดเสมหะก่อนให้อาหาร - ตรวจสอบตำแหน่งของสายยางให้ อาหารว่าอยู่ในกระเพาะอาหาร โดย ใช้ stethoscope ฟังบริเวณลิ้นปี่ก่อน ไปทางซ้าย ด้วยวิธีดังลมนเข้าไป ประมาณ 5 ซีซี. จะได้ยินเสียงลม - จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 45 องศา ขณะให้อาหารและหลังให้อาหาร 1 ชั่วโมง <p>2. ปลอดภัยจากการเกิดรอยทะเลระหว่างหลอด คอและหลอดอาหารหรือหลอดคอและ หลอดเลือดแดง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีเลือดปนกับเสมหะ - ความดันในกระเพาะลมต่อทางเดินหายใจ ไม่เกิน 18-20 มม.ปรอท

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
2.1 ดูแลหยาอย่างนุ่มนวล และเบามือ 2.2 จัดทำตำแหน่งสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ดึงรั้ง 3. ป้องกันการเกิดลมในเยื่อหุ้มปอด 3.1 ฟังเสียงลมที่ผ่านเข้าปอดทุกกลีบ สังเกตการขยายตัวของทรวงอก คลำ แนวของหลอดลมว่าอยู่กึ่งกลางลำคอ ไม่เอียงไปข้างใดข้างหนึ่ง 3.2 วางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อ ระบาย 3.3 วางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อ ระบายทรวงอก ตามสภาพผู้ป่วยและ ตามแผนการรักษา	- ไม่บ่นตึงแน่นบริเวณหลอดลมคอ - การขยายตัวของปอดเท่ากันทั้ง 2 ข้าง - หลอดลมอยู่ในแนวกึ่งกลางลำคอ

มาตรฐานที่ 5 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนในระบบหัวใจและหลอดเลือด

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
กิจกรรมการพยาบาล 1. วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที - 1 ชั่วโมง 2. สังเกตอาการของปริมาณเลือดออกจาก หัวใจใน 1-นาทึ น้อยลง ได้แก่ - ชีพจรเร็ว หายใจเร็ว และตื้น ไม่สม่ำเสมอ - ความดันโลหิตต่ำ - บ่นหน้ามืด, เจ็บหน้าอก - ระดับความรู้สึกตัว เหวลง - ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง	- อัตราการหายใจ 12-22 ครั้ง/นาที - systolic BP อยู่ระหว่าง 140-90 mmHg. - Diastolic BP อยู่ระหว่าง 60-100 mmHg. และแตกต่างจากการวัดครั้งก่อนไม่เกิน ร้อยละ 20

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำให้เพียงพอ 4. บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออก ทุก 1 ชั่วโมง 5. วัด C.V.P. ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าต่ำกว่า 5 CmH ₂ O หรือสูงกว่า 15 CmH ₂ O รายงานแพทย์	

มาตรฐานที่ 6 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินอาหาร

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
กิจกรรมการพยาบาล 1. ปลอดภัยจากการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร 1.1 ประเมินสภาพความวิตกกังวล เช่น กระสับกระส่าย เหงื่อออก ชีพจรเร็ว นอนไม่หลับและหาทางแก้ไข 1.2 สังเกต-บันทึก-รายงาน ลักษณะสีของอุจจาระ 1.3 สังเกต-บันทึก-รายงาน สีของน้ำที่ดูดจากกระเพาะอาหาร 1.4 ติดตามผล Hb, Het ตามแผนการรักษา 1.5 ให้อาหารตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง	- นอนหลับได้ ไม่มีความวิตกกังวล - ไม่มีเลือดปน หรือเป็นสีดำ - ผล Hb, Het ปกติ

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
2. ไม่มีอาการท้องอืด 2.1 พลิกตัวทุก 1-2 ชั่วโมง 2.2 ให้อาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง 2.3 ถ้ารู้สึกตัว กระตุ้นให้มีกิจกรรมเล็กๆ น้อยๆ	- ไม่แน่นอึดท้อง

มาตรฐานที่ 7 ผู้ป่วยมีความสมดุลของสารน้ำและ electrolyte

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำเพียงพอ 2. บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย ทุก 1 ชั่วโมง 3. ชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน-เวลาเดียวกัน (ถ้าทำได้) 4. วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง 5. กรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาขับปัสสาวะ ต้องสังเกตอาการไปตัสเซียมต่ำ เช่น ความดันโลหิตต่ำ กล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อกระตุก ท้องอืด หัวใจเต้นผิดจังหวะ BKG พบว่า T.wave แบนราบ และอาจพบ U. wave	- ผิวหนังตึงตัวดี ไม่แห้งหรือบวม - ชีพจรไม่เกิน 60-100 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ - ผล electrolyte Na 136-145 mEq/L K 3.5 - 5 mEq/L Cl 100-106 mEq/L

มาตรฐานที่ 8 ผู้ป่วยมีความสมดุลของกรด-ด่างในร่างกาย

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>1. ปลอดภัยจากภาวะ Respiratory Acidosis</p> <p>1.1 ดูแลไม่ให้มีการอุดตันของทางเดินหายใจ</p> <p>1.2 ปรับเครื่องช่วยหายใจให้ได้ปริมาณอากาศหายใจเข้า-ออกใน 1 ครั้ง เพียงพอ</p> <p>1.3 จังหวะของการหายใจ เข้า-ออก สัมพันธ์กันดี</p> <p>1.4 พลิกตัวทุก 1-2 ชั่วโมง</p> <p>1.5 สังเกต-บันทึก-รายงาน ถ้าผู้ป่วยมีอาการแสดงของ Respiratory Acidosis เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย - ซีฟจรเร็วขึ้น ไม่สม่ำเสมอ - ความดันโลหิตสูงขึ้น - ผลการวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง แสดงความเป็นกรด (pH <7.35, PaCO₂ >45 mmHg) <p>2. ปลอดภัยจากภาวะ Respiratory Alkalosis</p> <p>2.1 ดูแลให้เครื่องช่วยหายใจ ทำงานและวัดปริมาณอากาศหายใจเข้า-ออก ใน 1 ครั้ง (tidal volume) เพียงพอ</p> <p>2.2 จังหวะการหายใจเข้า-ออก สัมพันธ์กันดี</p> <p>2.3 สังเกต-บันทึก-รายงาน ถ้าผู้ป่วยมีอาการแสดงออก Respiratory alkalosis เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - กล้ามเนื้อกระตุก - สับสน หมดสติ 	<p>ผลวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง พบว่า</p> <p>pH 7.35 - 7.45</p> <p>PCO₂ 35 - 45 mmHg.</p> <p>PO₂ 80 - 100 mmHg.</p> <p>O₂ Sat 95 - 100%</p> <p>HCO₃ 22-26 mg/L</p> <p>B.E -2</p>

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
<p>- ผลวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง พบว่า pH <7.45, PaCO₂ <35 mmHg.</p> <p>3. ปลอดภัยจากภาวะ Metabolic Acidosis</p> <p>3.1 ให้ได้รับสารน้ำ และอาหารเพียงพอ</p> <p>3.2 ป้องกันการเกิดอาการท้องเสีย ในขณะที่ให้อาหารทางสายยาง</p> <p>3.3 ป้องกันการเกิดภาวะ Respiratory Acidosis</p> <p>3.4 ให้ NaHCO₃ ตามแผนการรักษาว่าถูกต้อง</p> <p>3.5 บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกจากร่างกายทุก 1 ชั่วโมง</p> <p>4. ปลอดภัยจากภาวะ Metabolic Alkalosis</p> <p>4.1 สังเกต-บันทึก-รายงาน จำนวนอาเจียน และน้ำที่ออกจากกระเพาะอาหาร</p> <p>4.2 บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกจากร่างกายทุก 1 ชั่วโมง</p> <p>4.3 สังเกต-บันทึก-รายงานอาการแสดงของภาวะโปแตสเซียมต่ำ</p> <p>4.4 ให้ KCl ตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง</p>	

มาตรฐานที่ 9 ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างเหมาะสม

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินสภาพอารมณ์ จิตใจ จากการพูดคุย ซักถามกับผู้ป่วยและญาติ 2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยโดย <ol style="list-style-type: none"> 2.1 แนะนำพยาบาลและทีมสุขภาพให้ผู้ป่วยทราบ 2.2 อธิบายผู้ป่วยให้เข้าใจก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง 2.3 พูดจาไพเราะ ยิ้มแย้มแจ่มใส ให้ความสนใจ 2.4 มีความอดทนในการติดต่อสื่อสาร 2.5 แสดงความเห็นอกเห็นใจ 3. ยอมรับ และให้ความเคารพผู้ป่วยในฐานะบุคคล <ol style="list-style-type: none"> 3.1 ให้โอกาสผู้ป่วยได้ซักถามในสิ่งที่สงสัย หรือวิตกกังวล 3.2 ใช้สรรพนามเรียกผู้ป่วยตามความเหมาะสม 3.3 อธิบายผู้ป่วยและเข้าใจก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง 3.4 จัดให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาพยาบาล ที่มีขีดจำกัด และอยู่กับผู้ป่วยเมื่อแพทย์ตรวจทุกครั้ง 3.5 ให้การดูแลช่วยเหลือ ทุกสภาพด้วยความเท่าเทียมกัน 	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีความวิตกกังวล สามารถพูดคุยสื่อสารได้เช่น การเขียน - ให้ความร่วมมือดี - รู้สึกสดชื่น และซักถาม ข้อข้องใจ กล้าแสดงความคิดเห็น

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
4. รับฟัง เข้าใจ และยอมรับพฤติกรรมผู้ป่วยที่แสดงออก 5. ให้กำลังใจ 6. สร้างบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ - ให้ความเป็นกันเอง และยอมรับความคิดเห็น - อธิบายให้ทราบถึงความก้าวหน้า ของการรักษาพยาบาล เป็นระยะๆ - ให้ความสม่ำเสมอในการติดต่อและการให้การพยาบาล	

มาตรฐานที่ 10 ผู้ป่วยสามารถเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจได้อย่างรวดเร็ว

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
กิจกรรมการพยาบาล 1. ร่วมมือกับแพทย์ ในการเอาเครื่องช่วยหายใจออกให้เร็วที่สุด โดยการประเมินความพร้อมที่จะงดใช้เครื่องช่วยหายใจชั่วคราว (weaning) คือ - สาเหตุของการใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้รับการแก้ไขแล้ว - ระดับความรู้สึกตัว - ได้รับสารน้ำ-อาหารและการพักผ่อนอย่างเพียงพอ - หืดไม่กำเริบ	- สัญญาชีพปกติ - ระดับความรู้สึกตัว ปกติ - ปริมาตรอากาศหายใจเข้า-ออกใน 1 ครั้ง ไม่น้อยกว่า 6-8 CC/kg. - ผลการวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดงปกติ

มาตรฐานเชิงกระบวนการ	มาตรฐานเชิงผลลัพธ์
<ul style="list-style-type: none"> - มีความสมดุขยของเกลือแร่ กรด ค่าง ในร่างกาย - ไม่มีภาวะการติดเชื้อ, เสมหะไม่มาก - ไม่มีภาวะโลหิตจาง - หัวใจเต้นปกติ - สามารถหายใจได้เองในปริมาตรคงที่และสม่ำเสมอ - ปริมาตรอากาศหายใจเข้า-ออกใน 1 ครั้งมากกว่า 5 CC./kg. ในขณะที่ใช้เครื่อง - ผลการวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง ปกติ ($PO_2 > 80$ mmHg., PCO_2 ไม่เกิน 45 mmHg.) <p>2. เตรียมอุปกรณ์การให้ออกซิเจนให้พร้อม</p> <p>3. อธิบายวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการเอาเครื่องช่วยหายใจออก</p> <p>4. ดูแล-สังเกต-บันทึก ในขณะที่หยาเครื่องช่วยหายใจดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - สัญญาณชีพ - ปริมาตรอากาศหายใจเข้า-ออก ใน 1 ครั้ง (tidal volume) - น้ำลาย เสมหะ - กระตุ้นให้หายใจลึกๆ และค่อยๆ ผ่อนหายใจออก - กระตุ้นให้ออเอาเสมหะออก <p>5. เมื่อผู้ป่วยพร้อมแพทย์จะพิจารณาเอาท่อหายใจออกและอาจให้ออกซิเจนเสริม จนกว่าจะไม่พบความผิดปกติใดๆ จึงงคให้ออกซิเจนเสริม</p>	

4. ระดับการศึกษา

- 1. ไม่ได้รับการศึกษา
- 2. ประถมศึกษา
- 3. มัธยมศึกษา
- 4. อาชีวศึกษา
- 5.ปริญญาตรี
- 6. สูงกว่าปริญญาตรี

5. ศาสนา

- 1. พุทธ
- 2. อิสลาม
- 3. คริสต์
- 4. อื่น ๆ (ระบุ).....

6. อาชีพ

- 1. รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ
- 2. รับจ้าง
- 3. ค้าขาย
- 4. เกษตรกรรม
- 5. ไม่ประกอบอาชีพ
- 6. อื่น ๆ (ระบุ).....

7. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน.....บาท 8. แหล่งรายได้หลัก

- 1. การประกอบอาชีพ
- 2. คู่สมรส
- 3. บุตร/หลาน
- 4. มรดก

9. สาเหตุที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ
- 1. โรคระบบทางเดินหายใจ
 - 2. โรคหัวใจและหลอดเลือด
 - 3. ไตวาย
 - 4. ช็อคจากสาเหตุต่าง ๆ
 - 5. บาดเจ็บรุนแรง/ผ่าตัดใหญ่
 - 6. อื่น ๆ (ระบุ).....
10. ช่องทางที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ
- 1. ปาก
 - 2. จมูก
 - 3. เจาะคอ
11. ชนิดของเครื่องช่วยหายใจ
- 1. ควบคุมด้วยแรงดัน
 - 2. ควบคุมด้วยปริมาตร
 - 3. ควบคุมด้วยแรงดัน/ปริมาตร
12. ระดับความรู้สึกตัวในระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ
- รู้สึกตัวดีตลอด
 - มีอาการสับสน/ง่วงซึมบางช่วง
13. ในการเจ็บป่วยครั้งนี้จำนวนครั้งที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ.....ครั้ง
14. ในการเจ็บป่วยครั้งนี้มีระยะเวลาที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ.....วัน
15. หอผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ
- 1. หอผู้ป่วยหนัก
 - 2. หอผู้ป่วยสามัญ
 - 3. หอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยสามัญ
 - 4. อื่น ๆ (ระบุ).....
16. ประสบการณ์การได้รับเครื่องช่วยหายใจจากการเจ็บป่วยครั้งก่อน
- 1. ไม่มี
 - 2. มี (ระบุ).....ครั้ง

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วย
ระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วย
หายใจ ให้ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วย และทำเครื่องหมายวงกลม ลงบนตัวเลข
หลังข้อความที่ตรงกับระดับความต้องการการพยาบาลและระดับการพยาบาลที่ได้รับของ
ผู้ป่วยที่เคยผ่านการได้รับเครื่องช่วยหายใจมาแล้ว

กิจกรรมการพยาบาล	ระดับความต้องการ			ระดับการพยาบาลที่ได้รับ		
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้รับ
ด้านร่างกาย						
1. การยึดท่อทางเดินหายใจให้มั่นคง โดยใช้ พลาสติกหรือเชือก.....	3	2	1	3	2	1
2. การเปลี่ยนพลาสติกหรือเชือกที่ยึดท่อทาง เดินหายใจทุกวัน และทุกครั้งที่เปียกชื้น	3	2	1	3	2	1
3. การเปลี่ยนตำแหน่งท่อทางเดินหายใจจากมุม ปากข้างหนึ่งไปยังมุมปากอีกข้างหนึ่งทุกวัน ..	3	2	1	3	2	1
4. การดูดเสมหะในขณะที่มีเสมหะอยู่ในท่อ ทางเดินหายใจ	3	2	1	3	2	1
5. การบีบช่วยหายใจด้วยถุงลมช่วยหายใจ หลังการดูดเสมหะทุกครั้ง.....	3	2	1	3	2	1
6. การดูดเสมหะในแต่ละครั้งใช้เวลาไม่นานเกิน ไป.....	3	2	1	3	2	1
7. การหยุดพักการดูดเสมหะชั่วคราว เมื่อท่านรู้สึก เหนื่อย อึดอัด หรือหายใจลำบาก.....	3	2	1	3	2	1
8. การดูดเสมหะด้วยความนุ่มนวล และเบามือ....	3	2	1	3	2	1
9. การบีบถุงลมช่วยหายใจตามจังหวะการหายใจ ของท่าน	3	2	1	3	2	1
10. การยึดท่อทางเดินหายใจ หรือท่อเจาะคอให้อยู่ กับที่ในขณะที่บีบช่วยหายใจด้วยถุงลมช่วย หายใจ.....	3	2	1	3	2	1

กิจกรรมการพยาบาล	ระดับความต้องการ			ระดับการพยาบาลที่ได้รับ		
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้รับ
11. การให้ความช่วยเหลือ เมื่อท่านรู้สึกว่ามีเชื้ออืดอัด หรือหายใจลำบากเกิดขึ้น.....	3	2	1	3	2	1
12. การสอนเพื่อฝึกให้อัปเสมหะออกอย่างถูกต้อง.....	3	2	1	3	2	1
13. การทำความสะอาดปากทั้งก่อนและหลังได้รับอาหารทุกครั้ง.....	3	2	1	3	2	1
14. การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการกำหนดเวลาในการได้รับอาหารในแต่ละมื้อ.....	3	2	1	3	2	1
15. การดูดเสมหะทางท่อทางเดินหายใจ หรือท่อเจาะคอและทางปากทุกครั้งก่อนได้รับอาหาร....	3	2	1	3	2	1
16. การช่วยเหลือให้ออนศีรษะสูง หรือนั่งในระหว่างได้รับอาหาร และหลังได้รับอาหารอย่างน้อย 30 นาที.....	3	2	1	3	2	1
17. การหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรมการรักษาพยาบาลอื่นๆ ในระหว่างการได้รับอาหาร เช่น การเจาะเลือด การฉีดยา การทำแผล เป็นต้น.....	3	2	1	3	2	1
18. การซักถามเกี่ยวกับความรู้สึกหิวอาหาร.....	3	2	1	3	2	1
19. การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมกับการพยาบาลผู้ดูแลในการกำหนดเวลานอนหลับของแต่ละวัน.....	3	2	1	3	2	1
20. การเปิดโอกาสให้ออนหลับต่อเนื่องอย่างเต็มที่.....	3	2	1	3	2	1
21. การเปิดโอกาสหรือสนับสนุนให้ได้นอนหลับในเวลาใกล้รุ่ง-เช้าตรู่.....	3	2	1	3	2	1
22. การเปิดโอกาสหรือสนับสนุนให้มีเวลาในการนอนหลับในช่วงบ่ายของแต่ละวัน.....	3	2	1	3	2	1

กิจกรรมการพยาบาล	ระดับความต้องการ			ระดับการพยาบาลที่ได้รับ		
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้รับ
23. การช่วยเหลือให้ได้รับความสุขสบายหรือผ่อนคลายก่อนถึงเวลานอนหลับ เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การเช็ดตัวด้วยน้ำอุ่น การลดความเจ็บปวด การนวดหลัง การจัดท่านอนที่เหมาะสม การสอนให้ท่านหายใจเป็นจังหวะสม่ำเสมอ เป็นต้น.....	3	2	1	3	2	1
24. การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการนอนหลับ เช่น การจัดให้มีผ้าห่ม, การเปิดเพลงเบาๆ และการเปิดไฟหรี่ในเวลากลางคืน.....	3	2	1	3	2	1
25. การซักถามเกี่ยวกับความเพียงพอ หรือความพึงพอใจในการนอนหลับของแต่ละคืน.....	3	2	1	3	2	1
26. การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ เช้า-เย็น และทุกครั้งที่มีสภาวะหรืออุจจาระ.....	3	2	1	3	2	1
27. การช่วยเหลือเมื่อมีอาการท้องผูก.....	3	2	1	3	2	1
28. การช่วยเหลือในการพลิกตะแคงตัวเมื่อต้องการ/เริ่มรู้สึกปวดเมื่อย/ไม่สุขสบาย.....	3	2	1	3	2	1
29. การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวยกขา และออกกำลังของกล้ามเนื้อในขณะที่นอนพักบนเตียง.....	3	2	1	3	2	1
30. การช่วยเหลือให้ลุกนั่งข้างเตียง เมื่อสภาพอากาศดีขึ้นอย่างน้อยวันละครั้ง.....	3	2	1	3	2	1
31. การช่วยเหลือให้ท่านเป็นอิสระจากการผูกมัดร่างกายในขณะที่มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด.....	3	2	1	3	2	1
32. การทำความสะอาดร่างกายต่างๆ ไป โดยการเช็ดตัวอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น.....	3	2	1	3	2	1
33. การช่วยเหลือเมื่อรู้สึกปากแห้ง เช่น การทำความสะอาดปากและฟันภายหลังการดูดนมทุกครั้ง การทาริมฝีปากด้วยครีมหล่อลื่นริมฝีปากหรือลิปสติก	3	2	1	3	2	1

กิจกรรมการพยาบาล	ระดับความต้องการ			ระดับการพยาบาลที่ได้รับ		
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้รับ
34. การได้รับการระดมอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง.....	3	2	1	3	2	1
35. การระดมระวังท่อทางเดินหายใจ และสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ดังรั้งในขณะที่พลิกตะแคงตัว หรือเคลื่อนย้าย.....	3	2	1	3	2	1
36. การช่วยเหลือให้อ่อนในท่าที่สุขสบายตามความต้องการของท่าน.....	3	2	1	3	2	1
37. การเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน และเสื้อผ้าทุกวันหรือเมื่อจำเป็น.....	3	2	1	3	2	1
38. การได้รับการสวมเสื้อผ้าที่สะอาด และมีขนาดเหมาะสมกับท่าน.....	3	2	1	3	2	1
ด้านจิตสังคม						
39. การแนะนำตัวให้ทราบว่าเป็นพยาบาลที่ดูแลท่าน....	3	2	1	3	2	1
40. การแจ้งให้ทราบถึงระเบียบการเยี่ยมของญาติ เช่น เวลาเยี่ยม และจำนวนผู้เข้าเยี่ยม.....	3	2	1	3	2	1
41. การอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ และความจำเป็นที่ต้องใช้เครื่องมือในการรักษา เช่น เครื่องช่วยหายใจ และเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น.....	3	2	1	3	2	1
42. การอธิบายให้ความมั่นใจถึงประสิทธิภาพการทำงาน ของเครื่องมือต่างๆ.....	3	2	1	3	2	1
43. การอธิบายให้ทราบถึงขั้นตอนการฝึกหายใจด้วยตัวเอง.....	3	2	1	3	2	1
44. การได้รับการเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิดในระยะเริ่มฝึกหายใจด้วยตนเอง.....	3	2	1	3	2	1
45. การแจ้งให้ทราบถึงความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง.....	3	2	1	3	2	1

กิจกรรมการพยาบาล	ระดับความต้องการ			ระดับการพยาบาลที่ได้รับ		
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้รับ
46. การแจ้งให้ทราบถึงความรู้ ความสามารถ และ ความชำนาญของแพทย์และพยาบาลที่ให้การรักษาพยาบาลท่าน.....	3	2	1	3	2	1
47. การใช้สรรพนามนำหน้าชื่อท่านตามความเหมาะสมกับสถานะและอาวุโส.....	3	2	1	3	2	1
48. การแจ้งให้ทราบก่อนทุกครั้งที่จะปฏิบัติกิจกรรมการรักษายาพยาบาล.....	3	2	1	3	2	1
49. การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้วยความเต็มใจ.....	3	2	1	3	2	1
50. การให้เวลาท่านในการบอกความรู้สึก ปัญหาและความต้องการช่วยเหลือ.....	3	2	1	3	2	1
51. การให้โอกาสในการช่วยเหลือตนเองเท่าที่สามารถจะทำได้ตามสภาพอาการของท่าน.....	3	2	1	3	2	1
52. การพูดคุยกับท่านในขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมการรักษายาพยาบาล.....	3	2	1	3	2	1
53. การเปิดโอกาสให้ท่าน ลูกหลาน-คู่สมรส หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่านมีส่วนร่วมกับแพทย์และพยาบาลในการพิจารณา ตัดสินใจ และวางแผนการรักษาพยาบาลที่ได้รับ.....	3	2	1	3	2	1
54. การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมกับพยาบาลในการกำหนดกิจวัตรประจำวัน เช่น การทำความสะอาดร่างกาย เวลาเยี่ยม การนอนหลับ เป็นต้น....	3	2	1	3	2	1
55. การหลีกเลี่ยงการเปิดเผยร่างกายในขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมการรักษายาพยาบาล.....	3	2	1	3	2	1
56. การจัดให้มีนาฬิกา และปฏิทินภายในหอผู้ป่วยซึ่งท่านสามารถมองเห็นได้.....	3	2	1	3	2	1
57. การอนุญาตให้นำรูปถ่ายบุคคล หรือครอบครัว และสิ่งของที่รักอยู่ใกล้ตัว.....	3	2	1	3	2	1

กิจกรรมการพยาบาล	ระดับความต้องการ			ระดับการพยาบาลที่ได้รับ		
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้รับ
58. การอนุญาตให้ลูก-หลาน-คู่สมรส หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่านเข้าเยี่ยมเมื่อท่านต้องการ.....	3	2	1	3	2	1
59. การอำนวยความสะดวกให้ท่าน ลูก-หลาน-คู่สมรส หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่านมีความเป็นส่วนตัวในระหว่างการเยี่ยม.....	3	2	1	3	2	1
60. การเปิดโอกาสให้อยู่ใกล้ชิด ลูก-หลาน-คู่สมรส หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่าน.....	3	2	1	3	2	1
61. การได้รับการแนะนำให้รู้จักกับผู้ป่วยข้างเตียง.....	3	2	1	3	2	1
62. การแสดงความเห็นอกเห็นใจ พูปลบใจและสัมผัสตัวท่านในขณะที่รู้สึกไม่สบาย.....	3	2	1	3	2	1
63. การเปิดโอกาสให้ลูก-หลาน-คู่สมรส หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่าน แสดงความรัก ความห่วงใย และความเอื้ออาทรต่อท่านอย่างสม่ำเสมอ.....	3	2	1	3	2	1
64. การแจ้งให้ทราบว่า ลูก-หลาน-คู่สมรส หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่านเฝ้ารอ และคอยให้กำลังใจอยู่ภายนอกหอผู้ป่วย.....	3	2	1	3	2	1
65. การช่วยเหลือในการหาวิธีการ ให้สื่อความหมายเกี่ยวกับความรู้สึก ปัญหาและความต้องการ เช่น การจัดให้มีคินสอหรือปากกา แผ่นภาพมีข้อความประกอบ เป็นต้น.....	3	2	1	3	2	1
66. การจัดให้มีเครื่องสำหรับกดเมื่อต้องการความช่วยเหลือ.....	3	2	1	3	2	1
67. การใช้คำพูดที่สามารถเข้าใจได้ง่าย.....	3	2	1	3	2	1

กิจกรรมการพยาบาล	ระดับความต้องการ			ระดับการพยาบาลที่ได้รับ		
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้รับ
ด้านจิตวิญญาณ						
68. การให้ท่านมีส่วนร่วมรับรู้เป้าหมายที่เป็นไปได้ในการรักษาพยาบาล.....	3	2	1	3	2	1
69. การยินยอมให้ท่าน ลูก-หลาน-คู่สมรสหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่าน ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ ซึ่งไม่ขัดต่อการรักษา เช่น พรมน้ำมันต์ ปิดทอง.....	3	2	1	3	2	1
70. การจัดให้มีสิ่งสักการะบูชาไว้ในหอผู้ป่วย ซึ่งสามารถมองเห็นได้.....	3	2	1	3	2	1
71. การเปิดโอกาสให้พระภิกษุ หรือผู้นำทางศาสนา ประกอบพิธีทางศาสนาในหอผู้ป่วยเมื่อต้องการ....	3	2	1	3	2	1
72. การติดต่อหรือช่วยประสานให้บุคคลที่ท่านศรัทธา เข้าเยี่ยม เช่น พระภิกษุ ผู้นำทางศาสนา บาทหลวง เป็นต้น.....	3	2	1	3	2	1
73. การเปิดโอกาส หรือสนับสนุนให้ลูก-หลาน-คู่สมรส หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่านมีส่วนร่วมในการดูแล เช่น การเช็ดตัว บีบนวดให้อาหาร เป็นต้น.....	3	2	1	3	2	1
74. การยินยอมให้ท่านนำศาสนวัตถุ หรือสิ่งที่ท่านเคารพบูชา หรือเชื่อว่าเป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ติดตัวท่านอยู่เสมอ.....	3	2	1	3	2	1
75. การอนุญาตให้ท่านพบ ลูก-หลาน-คู่สมรส หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อท่านทั้งก่อนและหลังได้รับการรักษาพยาบาลที่เป็นอันตรายต่อชีวิต.....	3	2	1	3	2	1
76. การกล่าวชมเชย และให้กำลังใจ เมื่อท่านสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้.....	3	2	1	3	2	1

ส่วนที่ 8 แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วย ระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งสามารถรับประทานอาหารได้เองทางปาก ได้รับ สารอาหารทางสายให้อาหาร และได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วย หายใจ ให้ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วย และทำเครื่องหมายวงกลม ลงบนตัวเลข หลังข้อความที่ตรงกับระดับความต้องการการพยาบาลและระดับการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยที่เคยผ่านการได้รับเครื่องช่วยหายใจมาแล้ว

กิจกรรมการพยาบาล	ระดับความต้องการ			ระดับการพยาบาลที่ได้รับ		
	มาก	ปาน กลาง	น้อย	ทุก ครั้ง	บาง ครั้ง	ไม่ได้ รับ
ข้อ 1-6 สำหรับผู้ป่วยที่สามารถรับประทานอาหาร ได้เองทางปาก ในระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ						
1. การช่วยเหลือให้อยู่ในท่าที่สบาย และสะดวก ในการรับประทานอาหาร.....	3	2	1	3	2	1
2. การจัดอาหาร น้ำ และเครื่องใช้ให้ท่านสะดวกใน การรับประทานอาหาร.....	3	2	1	3	2	1
3. การใช้เวลาในการรับประทานอาหาร โดยไม่เร่งรีบ...	3	2	1	3	2	1
4. การมีโอกาสเลือกรับประทานอาหารตามที่ต้องการ ซึ่งเหมาะสมกับสภาพอาการของท่าน.....	3	2	1	3	2	1
5. การสนับสนุนให้ลูก-หลาน-คู่สมรส หรือบุคคลที่มีความ สำคัญต่อท่าน คอยช่วยเหลือในขณะที่รับ ประทานอาหาร.....	3	2	1	3	2	1
6. การจัดอาหารเสริมระหว่างมื้อตามความเหมาะสม กับสภาพอาการของท่าน.....	3	2	1	3	2	1
ข้อ 7-13 สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหาร ในระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ						
7. การเปลี่ยนบริเวณหรือพลาสติกที่ยึดติดของสาย ให้อาหารทางจมูกเมื่อติด ไม่แน่น.....	3	2	1	3	2	1

กิจกรรมการพยาบาล	ระดับความต้องการ			ระดับการพยาบาลที่ได้รับ		
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่ได้รับ
8. การได้รับอาหารที่อุณหภูมิพอเหมาะ.....	3	2	1	3	2	1
9. การให้อาหารหยดอย่างช้า ๆ ในแต่ละมือ.....	3	2	1	3	2	1
10. การได้รับอาหารและน้ำในแต่ละมือไม่มากเกินไป.....	3	2	1	3	2	1
11. การช่วยเหลือให้ท่านอมน้ำแข็งก้อนเล็กๆ หรือ จิบน้ำตามความเหมาะสมกับสภาพอาการของท่าน..	3	2	1	3	2	1
12. การช่วยเหลือให้ท่านลิ้มรสอาหาร อมลูกอม เคี้ยว หมากฝรั่งหรือหมากพลู ตามความเหมาะสมกับ สภาพอาการของท่าน.....	3	2	1	3	2	1
13. เมื่อท่านหิวก่อนถึงเวลาอาหารมื้อต่อไป ท่าน ต้องการอาหารเสริมเช่น โยวล์ติน น้ำผลไม้ หรือ น้ำหวาน เป็นต้น.....	3	2	1	3	2	1
ข้อ 14-16 สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับสารอาหารทาง หลอดเลือดดำในระหว่างที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ						
14. การอธิบายให้เข้าใจถึงความจำเป็นที่ได้รับสาร อาหารทางหลอดเลือดดำ.....	3	2	1	3	2	1
15. การอธิบายให้ทราบถึงวิธีการ และชนิดของอาหาร ที่ได้รับ.....	3	2	1	3	2	1
16. การชี้แจงให้ท่านทราบว่าเมื่อสภาพอาการของท่านดีขึ้น ท่านสามารถรับประทานอาหารทางปากได้ ตามปกติ.....	3	2	1	3	2	1

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

1. การพยาบาลที่ทันต่อการได้รับเพิ่ม

ไม่มี

มี ได้แก่.....

2. การพยาบาลที่ท่านไม่ต้องการให้ปฏิบัติ

ไม่มี

มี ได้แก่.....

3. ข้อเสนอแนะอื่นๆ

ไม่มี

มี ได้แก่.....

ภาคผนวก ง.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตามเนื้อหาแบบสัมภาษณ์ความต้องการการพยาบาล และการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ

1. ศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล แผนกการพยาบาลอายุรศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ แผนกการพยาบาลอายุรศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์อรสา พันธภักดิ์ แผนกการพยาบาลอายุรศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. รองศาสตราจารย์ช่ออลดา พันธุเสนา ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
5. อาจารย์จารุวรรณ มานะสุรการ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
6. คุณวิลาศ ปอประไพ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลมหาราช จังหวัดนครศรีธรรมราช
7. คุณจริยา ดันติธรรม ผู้อำนวยการพยาบาลทางคลินิกประจำซีซียู และไอซียู คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
8. คุณดวงใจ นิยม หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา
9. คุณประสพสุข อินทร์กษา หัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วย โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาคผนวก จ.
แบบพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ยินยอมเป็นตัวอย่างในการทำวิจัย เรื่อง “ความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ” โดยมีนางธารทิพย์ วิเศษธาร เป็นหัวหน้าโครงการ

ในการเป็นตัวอย่างของการทำวิจัยในเรื่องดังกล่าว ข้าพเจ้าจะต้องปฏิบัติ ดังนี้คือ
ตอบแบบสัมภาษณ์ 1-2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 30 นาที

ข้าพเจ้าเข้าใจอย่างถ่องแท้ว่า

1. ข้าพเจ้าอาจไม่ได้รับผลประโยชน์โดยตรง ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้
2. ข้าพเจ้าสามารถจะถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการได้ และการถอนตัวนี้จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าพึงจะได้รับจากโรงพยาบาล
3. ข้อมูลต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าได้ให้ในการทำวิจัยเรื่องนี้ จะถูกนำเสนอในทางวิชาการได้ โดยปกปิดแหล่งที่มาของข้อมูลอย่างเคร่งครัด
4. การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีอันตรายใด ๆ เกิดขึ้นกับข้าพเจ้า แต่ถ้าข้าพเจ้าสามารถระบุได้อย่างแน่ชัดว่า ได้รับอันตรายโดยจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถเรียกร้องสิทธิในการรักษาพยาบาลได้

ผู้เข้าร่วมวิจัย ลงนาม.....วันที่.....
ผู้วิจัย ลงนาม.....วันที่.....
พยาน ลงนาม.....วันที่.....

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางสาวธารทิพย์ วิเศษธาร

วัน เดือน ปีเกิด 30 ตุลาคม พ.ศ. 2503

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และศฤงกรรมชั้นสูง	วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์	2524
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยมหิดล	2530

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ 7
หอผู้ป่วยหนักหนึ่ง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
จังหวัดนครศรีธรรมราช