



ประสบการณ์ของผู้ป่วยในการ ได้รับเครื่องช่วยหายใจ
Experiences of Patients in Receiving Mechanical Ventilators

ภัทรพร จันทร์ประดิษฐ์
Phattaraporn Chanpradit

เลขหมู่	P RC 87.3 ๗๖3 25๓๓ (8.2)
Order Key	28857
Bib Key	177702
	/ 1.1.๗.๘. 2543 /

วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing

Prince of Songkla University

2543

ชื่อวิทยานิพนธ์ ประสพการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ
ผู้เขียน นางสาวภัทรพร จันทร์ประดิษฐ์
สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่

คณะกรรมการที่ปรึกษา

คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา เชาวลิต) (รองศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา เชาวลิต)

.....กรรมการ
(ดร. เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)

.....กรรมการ
(ดร. เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประณีต สงวัฒนา)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ. วิไลวรรณ วิริยะไชโย)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. นพรัตน์ บำรุงรักษ์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์ ประสพการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ
ผู้เขียน นางสาวภัทรพร จันทร์ประดิษฐ์
สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่
ปีการศึกษา 2543

บทคัดย่อ

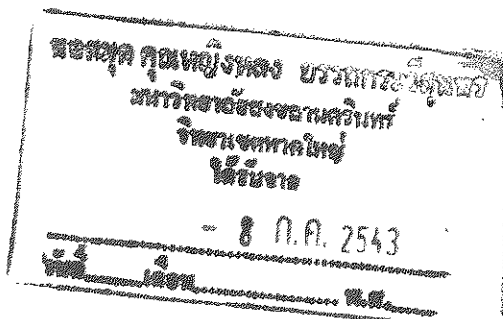
การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับประสพการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอริมันิวติคซ์ เลือกผู้ให้ข้อมูล จำนวน 11 ราย ซึ่งเคยได้รับเครื่องช่วยหายใจอย่างน้อย 1 วัน ที่สามารถจำและเล่าเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ โดยทำการสัมภาษณ์ร่วมกับบันทึกเสียง ต่อจากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ผลตามขั้นตอนของโคไลซี่ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า

ความหมายของการได้รับเครื่องช่วยหายใจตามการรับรู้ของผู้ป่วยและความรู้สึกต่อการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนความหมายของการได้รับเครื่องช่วยหายใจใน 3 ลักษณะ คือ (1) เหมือนสิ่งที่ช่วยให้รอดพ้นความตาย (2) ประหนึ่งสิ่งที่ช่วยหายใจ ยามไม่มีแรง และ (3) แม้เป็นสิ่งที่ช่วยให้หายใจได้ แต่ไร้อำนาจควบคุมตัวเอง จากความหมาย “เหมือนสิ่งที่ช่วยให้รอดพ้นความตาย” ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนความรู้สึกออกมาใน 2 ลักษณะ คือ (1) รู้สึกปลอดภัย เมื่ออยู่ใกล้เครื่อง และ (2) รู้สึกสบายหายใจอึดอัด สำหรับความหมาย “ประหนึ่งสิ่งที่ช่วยหายใจ ยามไม่มีแรง” ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนความรู้สึกว่า รู้สึกสบายเหมือนหายใจเอง และความหมายประการสุดท้ายคือ “แม้เป็นสิ่งที่ช่วยหายใจได้ แต่ไร้อำนาจควบคุมตัวเอง” ผู้ให้ข้อมูลรู้สึก ดีใจที่รอดตาย แต่ทำให้ทุกข์ทรมาน ส่วนปัญหา/เหตุการณ์ต่างๆที่ประสพ ผู้ให้ข้อมูลได้ประสพกับปัญหา/เหตุการณ์ต่างๆ 7 ประการคือ (1) ภาวะเบียบที่เคร่งครัด (2) เครื่องช่วยหายใจ ไร้ประสิทธิภาพ (3) คาท่อก่อกับปัญหาสารพัด โดยสรุปปัญหาที่เกิดขึ้นได้ 3 ลักษณะคือ (3.1) สื่อสารกับใครก็ไม่ได้อ (3.2) ถึงจะหิวหรือกระหายก็ไม่ได้กิน และ (3.3) เสมหะมากมายแต่ไร้ปัญหาขับออก (4) ถูกพันธนาการทั้งแขน-ขาอย่างหนาแน่น (5) แวคล้อมไปด้วยผู้ป่วยใกล้ตาย (6) ดูแลตนเองได้น้อย ต้องคอยพึ่งผู้อื่น และ (7) เหตุการณ์ลึกลับที่เกิดขึ้นในขณะที่ไม่รู้สึกตัว ซึ่งจะเห็นได้ว่าเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลได้ประสพส่วนใหญ่มักเป็นเรื่องที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการจะให้เกิดขึ้น ดังนั้นความรู้สึกต่อปัญหา/เหตุการณ์ต่างๆ ที่ประสพจึงมักเป็นด้านลบ สำหรับวิธีการเผชิญ/จัดการกับปัญหาขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ ผู้ให้ข้อมูลใช้ 5 วิธี คือ (1) จะพึ่งพาตนเองหรือผู้ใดก็ไม่เกี่ยว (2) อ้อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เพื่อให้มีชีวิตรอด (3) ใช้อวัยวะทุกอย่างบรรดามี เพื่อที่จะสื่อสาร

(3)

(4) ต้องฝืนใจทำตามเพราะอยู่ในภาวะจำยอม และ (5) เมื่อไม่สามารถขจัดความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานได้ จึงเลือกที่จะตายดีกว่า ในส่วนของประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลที่ได้รับ จากผลการศึกษา ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนการดูแลที่ได้รับออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ด้านบวกและด้านลบ ซึ่งการดูแลด้านบวกมี 3 ลักษณะ คือ (1) ผู้คนรอบข้างให้ความช่วยเหลือ (2) ทุกคนคอยปลอบขวัญและให้กำลังใจ และ (3) พยาบาล-แพทย์ให้ความเอื้ออาทร สำหรับการดูแลที่เป็นด้านลบมี 5 ลักษณะ คือ (1) ขอร้องพยาบาลที่ไรบอก“หมอไม่ได้สั่ง” และบางครั้งบอกให้รอ (2) ให้การดูแลโดยเลือกที่รัก มักที่ชัง (3) ทำอะไร ไม่บอกกล่าว (4) ไม่สนใจและเมินเฉย และ (5) แพทย์-พยาบาลไม่มีปรีชวาทา จากการดูแลที่ได้รับทำให้ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความรู้สึกออกมาทั้ง 2 ด้าน เช่นกัน คือ ด้านบวกและด้านลบโดยสอดคล้องกับการดูแลที่ได้รับในแต่ละลักษณะ สำหรับ ความต้องการการดูแลขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ผู้ให้ข้อมูลได้สรุปความต้องการการดูแลได้ 9 ลักษณะ ดังนี้ (1) ช่วงแรกที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ขอให้ได้พักผ่อน (2) น้ำและอาหาร เป็นสิ่งที่ต้องการจะได้รับ (3) ให้อาติและพยาบาล ช่วยขจัดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น (4) ต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้มีชีวิตรอดและปลอดภัย (5) ต้องการเป็นอิสระจากการถูกพันนาการและการใส่ท่อ (6) ต้องการการเอาใจใส่และกำลังใจจากคนใกล้ชิด (7) พยาบาลควรมาถามไถ่ และใส่ใจแก้ปัญหาการสื่อสาร (8) ควรบอกกล่าวให้เข้าใจ ก่อนให้การดูแล และ (9) อยากเห็นแพทย์-พยาบาล ทำดี พูดดี คิดดี มีเมตตาจิต

ผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาวิชาชีพทั้งทางด้านการบริหารการพยาบาล การศึกษาการพยาบาล การวิจัยทางการพยาบาลตลอดจนพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจได้อย่างเป็นรูปธรรม



Thesis Title Experiences of Patients in Receiving Mechanical Ventilators
Author Phattaraporn Chanpradit
Major Program Adult Nursing
Academic year 2000

Abstract

This qualitative research aimed to study the experiences of patients on ventilators, using hermeneutic phenomenology. Eleven informants who were on ventilators at least one day and could recall the event participated and were interviewed with tape-recorded. Data were then analyzed using Colizzi 's method.

The results revealed that the informants reflected three meanings of being on a ventilator : 1) they felt as if they were rescued from death, 2) they felt as if they were helped in breathing but they did not have their own energy, and 3) though they could breath, they had no power to control their breathing. In addition, for the first meaning, the informants indicated they had two feelings: being saved when having ventilators and being comforted with no difficulty. For the second meaning, the informants indicated their feeling as if it was their own breathing. For the last meaning, the informants indicated they were delighted as they were rescued from death, even though they suffered.

Seven problems of being on a ventilator were pointed out to the informants : 1) the ward had strict regulations, 2) the ventilators had poor efficiency, 3) the intubators caused three problems (a : inability to communicate with others, b) though hungry or thirsty, the patient is not allowed to eat or drink, and c) There is much secretion but it cannot be removed),4) the patient is strongly restrained, 5)surrounded with nearly dying patients, 6) has reduced ability in self-care and increased dependence on others, and 7) unknown events an occur when the patient is unconscious.

The informants also reported five defences methods to deal with the problems: 1) dependence on themselves and others, 2) praying for merit to rescue their life, 3) use of all organs to communicate, 4) acceptance of having to follow as they were in a defeated situation, and 5) if unable to relieve pain and suffering, accepting death as the better choice.

The informants reflected the care received in two perspectives: positive and negative. The positive perspective to had 3 characteristics: being helped by surrounding persons, being cheerful and giving encouragement, and being cared for by nurses and physicians. The negative perspective had 5 characteristics : any time things were requested from nurses, they were told "no order from physicians" and they had to wait, being cared for unfairly, not being informed before being given care, lack of interest and inattentiveness of health carers, physicians and nurses talking inappropriately.

The informants reflected their needs for care in nine aspects : 1) at the first period of being put on a ventilator, they wanted to rest, 2) they needed food and water, 3) they hoped nurses and their relatives would help them to relieve suffering, 4) they needed help to stay alive, 5) they needed to be free from restraints and being intubated, 6) they needed to have attentiveness and cheerfulness from close persons, 7) nurses should be concerned about their problems of communication, 8) they wanted to be informed before being given care, and 9) they hoped physicians and nurses to perform well, talk politely and have merit.

The results of this study could be used as guidelines in the professional development of nursing administration, education, and research including the improvement of quality of care for patients on ventilators.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ด้วยดีก็เพราะ ได้รับความอนุเคราะห์จากรองศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา เชาวลิต และ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาและควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาถ่ายทอดความรู้ ความคิด และจิตวิญญาณของการทำวิทยานิพนธ์ที่ลึกซึ้งอย่างดียิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบโครงร่างและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความตรง และความครอบคลุมของเนื้อหา ตลอดจน ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย เพื่อให้ได้มาซึ่งแนวคำถามที่ชัดเจนและครอบคลุมในประเด็นที่ทำการศึกษารวมทั้งขอกราบขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่สละเวลาอันมีค่ามาให้ข้อเสนอแนะในแง่มุมต่างๆ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้สนับสนุนทุนวิจัยบางส่วนและให้บริการอำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์พยาบาล ตลอดจนไปถึงผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมาย ที่ได้ให้ความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างดียิ่ง และเหนือสิ่งอื่นใด ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับแรงใจจากคุณดวงใจ นิยม หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลา คุณธีราพร วิชชุรัมย์ หัวหน้าห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสงขลา ที่ได้สนับสนุน ช่วยเหลือ ให้ข้อคิด ให้ขวัญและกำลังใจ จนทำให้ผู้ศึกษาได้ประสบความสำเร็จตามสิ่งที่มุ่งหมาย จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และครูบาอาจารย์ทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชา ตลอดจนปลูกฝังความมานะ พากเพียรและความรักในวิชาชีพ รวมทั้งขอขอบคุณ พี่ๆ น้องๆ และ เพื่อนๆ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตทุกท่าน ที่มีแต่ความรัก ความห่วงใยและเป็นกำลังใจให้แก่งานเสมอมา

ภัทรพร จันท์ประดิษฐ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
Abstract.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(11)
รายการภาพประกอบ.....	(12)
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี.....	5
นิยามศัพท์.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
แนวคิดของภาวะการหายใจล้มเหลว.....	7
ความหมายของภาวะการหายใจล้มเหลว.....	7
ชนิดของภาวะการหายใจล้มเหลว.....	7
สาเหตุของภาวะการหายใจล้มเหลว.....	9
อาการและอาการแสดงของภาวะการหายใจล้มเหลว.....	10
ผลกระทบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ.....	10
ปัจจัยที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย	
ขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ.....	11
ผลกระทบที่เกิดจากการได้รับเครื่องช่วยหายใจ.....	15
ความต้องการการดูแลและการให้การดูแลผู้ป่วย	
ขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ.....	20
แนวคิดวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	31

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	36
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	36
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล.....	37
วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล.....	37
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	41
4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	43
ผลการวิจัย.....	43
ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล.....	43
ประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ.....	51
ความหมายของการได้รับเครื่องช่วยหายใจตามการรับรู้	
ของผู้ป่วยและความรู้สึกต่อการได้รับเครื่องช่วยหายใจ.....	52
ความหมายของการได้รับเครื่องช่วยหายใจ	
ตามการรับรู้ของผู้ป่วย.....	52
ความรู้สึกต่อการได้รับเครื่องช่วยหายใจ.....	55
ปัญหา/เหตุการณ์ต่างๆ ที่ประสบ ความรู้สึกต่อปัญหา	
และเหตุการณ์เหล่านั้น และวิธีการเผชิญ/จัดการกับ	
ปัญหาขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ.....	58
ปัญหา/เหตุการณ์ต่างๆ ที่ประสบและ	
ความรู้สึกต่อปัญหา/เหตุการณ์เหล่านั้น.....	58
การเผชิญ/จัดการกับปัญหา	
ขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ.....	70
ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลที่ได้รับ ตลอดจน	
ความรู้สึกต่อการดูแล และความต้องการการดูแล	
ขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ.....	76
ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลที่ได้รับ.....	77
ความต้องการการดูแลขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ....	93
การอภิปรายผล.....	104

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	132
สรุปผลการวิจัย.....	132
ข้อเสนอแนะ.....	136
บรรณานุกรม.....	140
ภาคผนวก.....	148
ภาคผนวก ก. แบบบันทึกและแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วย.....	149
ภาคผนวก ข. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย.....	154
ภาคผนวก ค. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	
ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย.....	155
ภาคผนวก ง. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล.....	156
ภาคผนวก จ. แบบบันทึกการให้การดูแลผู้ป่วย	
ในขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ.....	157
ประวัติผู้เขียน.....	158
บทส่งท้าย.....	159

รายการตาราง

หน้า

ตาราง

1 แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	44
2 แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับเครื่องช่วยหายใจ และการให้ข้อมูลครั้งแรกภายหลังถอดท่อช่วยหายใจ.....	46

รายการภาพประกอบ

หน้า

ภาพประกอบ

- | | |
|--|-----|
| 1 แสดงปรากฏการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ..... | 103 |
| 2 แสดงความสัมพันธ์ปรากฏการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ..... | 130 |

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบหายใจเป็นระบบหนึ่งที่มีความสำคัญยิ่ง ถ้าระบบนี้มีความผิดปกติถึงขั้นวิกฤติ อาจเนื่องจากสาเหตุหนึ่งสาเหตุใดก็ตาม เช่น จากโรคของผนังทรวงอก โรคของเนื้อปอดเอง โรคของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ทางเดินหายใจถูกอุดกั้น ภาวะหัวใจและหลอดเลือดล้มเหลว ตลอดจนการได้รับยานอนหลับที่เกินขนาด ก็จะส่งผลให้การแลกเปลี่ยนแก๊สและ/หรือการระบายอากาศผิดปกติ ในที่สุดอาจเกิดภาวะการหายใจล้มเหลวตามมา (ไพจิตร, 2536 : 205 - 206 ; อรรถและคณะ, 2537 : 25 ; Aldrich & Prezant, 1994 : 156 - 161; Weilitz, 1993 : 34) ถ้าไม่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างทันที่และมีประสิทธิภาพ ก็จะทำให้เป็นอันตรายถึงชีวิตได้

เครื่องช่วยหายใจ เป็นเครื่องมือแพทย์ชนิดหนึ่งที่มีประโยชน์และจำเป็นสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว (Aldrich & Prezant, 1994 : 156) รวมทั้งเป็นเครื่องมือที่ใช้ประทั้งเวลาให้แพทย์ผู้ดูแล ได้มีโอกาสรักษาสาเหตุการเจ็บป่วยดั้งเดิม (ซึ่งอาจเป็นโรคของระบบหายใจเองหรือโรคอื่นที่มีผลต่อการทำงานของระบบหายใจ) ให้ฟื้นกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ (ศิริรัตน์, 2535 : 1) อย่างไรก็ตามแม้ว่าเครื่องช่วยหายใจจะมีประโยชน์มากมาย แต่ก็อาจทำให้เกิดผลกระทบหลายด้าน อาทิ ด้านร่างกายอาจเกิดอันตรายต่อระบบหายใจ เช่น มีการอักเสบของกล่องเสียงและหลอดลม (เข็มชาติ, 2529 : 121 ; นงนุชและสมจิตร, 2540 : 64 - 65) รวมทั้งอาจเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ (Aldrich & Prezant, 1994 : 174) เกิดอันตรายต่อระบบประสาท โดยอาจทำให้สมองบวมหรือเกิดอาการชักได้ อันตรายต่อระบบไหลเวียนโลหิตส่งผลให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง อันตรายต่อระบบปัสสาวะจะมีผลต่อการทำหน้าที่ของไต อาจส่งผลให้ไตขับปัสสาวะได้น้อยลง หรือเกิดน้ำคั่งในร่างกาย นอกจากนี้อาจพบว่าเลือดไปเลี้ยงคับน้อยลง เป็นต้น (ชูศักดิ์, 2540 : 272 - 273, 313 ; พุทธิพรณี, 2540 : 1 - 3, 31 - 32 ; Aldrich & Prezant, 1994 : 174 - 175)

สำหรับภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย ได้มีผู้สนใจศึกษามากมาย อาทิ ไพจิตร (2537 : 60-64) ศึกษาเกี่ยวกับภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันในโรงพยาบาลสงฆ์ ระหว่างปี พ.ศ. 2535 - 2537 ในผู้ป่วยทั้งสิ้น 79 ราย พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย ได้แก่ การติดเชื้อในปอดและมีภาวะช็อค ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ทำการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยเสียชีวิต 51 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.56 สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตรและคณะ (2539 : 107 - 114) โดยศึกษาคุณภาพของการพยาบาลในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ในผู้ป่วยจำนวน 30 ราย พบว่า ปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ เสี่ยงต่อการมีแผลหรือมีการทำลายของหลอดเลือดจากการใส่ท่อช่วยหายใจ รองลงมา คือ มีการติดเชื้อหรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ จากการมีเสมหะคั่งค้างในหลอดลมเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถไอออกได้เอง นอกจากนี้ยังพบว่า มีโอกาสเสี่ยงต่อความไม่สมดุลของน้ำ อิเล็กโทรลต์ และกรด-ด่างของร่างกาย การมีเลือดออกในกระเพาะอาหารและเสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า เทคนิคในการให้การพยาบาล ยังอาจก่อให้เกิดภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ สอดคล้องกับการศึกษาของแฮกเลอร์และทราเวอร์ (Hagler & Traver, 1994 : 444 - 447) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการหยอดน้ำเกลือ (normal saline) ในท่อช่วยหายใจขณะดูแลเสมหะกับสาเหตุการติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนล่าง ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ผลการศึกษาพบว่า การดูแลเสมหะโดยหยอดน้ำเกลือประมาณ 5 มิลลิลิตร ในท่อช่วยหายใจ จะพบปริมาณเชื้อแบคทีเรียในทางเดินหายใจสูงกว่าวิธีการดูแลแบบธรรมดา

ในส่วนของผลกระทบทางด้านจิตสังคมที่เกิดจากการได้รับเครื่องช่วยหายใจนั้น ตามที่มีรายงาน ได้แก่ ความรู้สึกเจ็บปวด ไม่สบาย และกลัวเมื่อได้รับการดูแล (Luckman & Sorensen, 1987 : 705) การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและเสียขวัญได้ (จิตรรา, 2540 : 121) ความรู้สึกทรมานจากการพูดไม่ได้ แบบแผนนอนหลับถูกรบกวน ซึ่งอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ เช่น แสงสว่างภายในหอผู้ป่วย เสียงเครื่องช่วยหายใจ เสียงโทรศัพท์ เสียงพูดคุยของเจ้าหน้าที่ การผูกมัดหรือความไม่สบายจากการจัดท่า การไม่รู้วันเวลา ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่แน่นอนกับชีวิต รู้สึกไม่ปลอดภัย รู้สึกใกล้ตายและท้อแท้หมดหวังได้ (ถิวรรณ, 2529 : 109 ; Bergbom - Engberg & Haljamae, 1988 : 95 - 101 ; Hafsteindottir, 1996 : 261 - 271 ; Johnson & Sexton, 1990 : 48 - 56) สอดคล้องกับการศึกษาของจอห์นสันและเซกตัน (Johnson & Sexton, 1990 : 48 - 56) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัย/สาเหตุที่ทำให้เกิดความทรมานขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจโดยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 คน

พบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุด ใน 5 อันดับแรกคือ (1) การพูดไม่ได้ (2) ความเจ็บปวดและความรู้สึกไม่สุขสบายจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ (3) การได้รับการดูแลที่เหมาะสม (4) การไม่ทราบวันเวลา และ (5) การมีเสียงรบกวน อาทิ เสียงจากผู้ป่วยอื่น การพูดคุยของแพทย์และพยาบาล เสียงโทรศัพท์เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของฮาฟสไตน์โดทเทอร์ (Hafsteindottir, 1996 : 261 - 271) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ในการติดต่อสื่อสารของผู้ป่วยระหว่างได้รับเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 8 ราย ใช้คำถามปลายเปิด นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ตามวิธีการของโคโลซซี่ ซึ่งสามารถนำมาจัดหมวดหมู่ได้ 4 ประเภทใหญ่ๆ คือ (1) ประสบการณ์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ (2) ปัญหาที่เกิดจากประสบการณ์ในการติดต่อสื่อสาร (3) ปัญหาต่างๆ ที่สืบเนื่องมาจากประสบการณ์ในการติดต่อสื่อสาร และ (4) ประสบการณ์เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งมักเป็นในแง่ลบ เป็นผลให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้หมดหวังในที่สุด และจากการศึกษาของเบิร์กบอม - เอนเบิร์กและฮาลจาแม (Bergbom - Engberg & Haljamae, 1988 : 95 - 101) ที่ศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 158 ราย โดยให้ข้อคิดเกี่ยวกับความทรงจำขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ ในเรื่องของปัจจัยทางการพยาบาลที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกปลอดภัยหรือไม่ปลอดภัยต่างๆ พบว่า ร้อยละ 71.5 ของผู้ป่วยทั้งหมด รู้สึกว่ามีความปลอดภัย ส่วนหนึ่งเกิดจากความรู้สึกไว้วางใจในพยาบาล รวมทั้งเกิดจากการที่พยาบาลได้บอกผู้ป่วยล่วงหน้าในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลต่างๆ ส่วนความรู้สึกที่ไม่ปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 25.5 ของผู้ป่วยทั้งหมด สาเหตุเนื่องจากกลัวความล้มเหลวของการใช้เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ต่างๆ ที่ได้รับขาดความไว้วางใจในพยาบาล ความยากลำบากในการติดต่อสื่อสาร ตลอดจนความรู้สึกใกล้ตาย เป็นต้น สำหรับสุพัตรา (2536 : 86) ได้ทำการศึกษาระดับความทุกข์ทรมาน และปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ โดยศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 110 คน พบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุดได้แก่ การสื่อสารกับผู้อื่นได้ยาก การเจ็บปวดจากการใส่สายดูแลที่เหมาะสมที่รุนแรง การเจ็บคอจากการใส่และคาท่อช่วยหายใจ ตลอดจนการเคลื่อนไหวได้จำกัดเนื่องจากการคาท่อช่วยหายใจ ตามลำดับ นอกจากนี้ ฐารทิพย์ (2540 : 60) ได้ศึกษาเรื่องความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ โดยศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 60 คน พบว่า การพยาบาลด้านร่างกายที่กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการระดับมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) การดูแลที่เหมาะสมด้วยความนุ่มนวลและเบามือ (2) การบีบดูดลมช่วยหายใจตามจังหวะการหายใจ และ (3) การเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน และเสื้อผ้าทุกวัน หรือเมื่อจำเป็น

จากการทบทวนงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจมีความรู้สึกต่อการได้รับเครื่องช่วยหายใจทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยด้านบวกผู้ป่วยจะรู้สึกปลอดภัย เนื่องจากไว้วางใจในพยาบาลผู้ดูแล รวมทั้งการอธิบายให้ผู้ป่วยได้ทราบเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลล่วงหน้า ทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล/กลัว สำหรับความรู้สึกในด้านลบเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกถึงความไม่ปลอดภัยในชีวิต ความรู้สึกไม่มั่นใจในการรักษาที่ได้รับ กลัวความล้มเหลวของการรักษา ขาดความไว้วางใจในพยาบาล รู้สึกทุกข์ทรมานจากการได้รับเครื่องช่วยหายใจ อาทิ การพูดไม่ได้ การมีแสงสว่างและเสียงต่าง ๆ รบกวนตลอดเวลา การมีเสมหะอุดกั้นในทางเดินหายใจ รวมทั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งอาจส่งผลให้แบบแผนการนอนหลับถูกรบกวน และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ หมคหวังได้

สำหรับในประเทศไทย รายงานการวิจัยส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาเชิงปริมาณในประเด็นของความเครียด ความทุกข์ทรมาน ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ตลอดจนความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับ ของผู้ป่วยระหว่างที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเหล่านี้ทำให้ทราบถึงระดับความทุกข์ทรมานและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน/ความเครียด ทราบถึงความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับ แต่ยังไม่พบรายงานการวิจัย ที่เน้นถึงประสบการณ์อันลึกซึ้งของผู้ป่วยขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ ทั้งในด้านของการให้ความหมายและความรู้สึกต่อการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ปัญหา/เหตุการณ์ต่างๆ ที่ผู้ป่วยประสบ ความรู้สึกต่อปัญหา/เหตุการณ์เหล่านั้น รวมทั้งวิธีที่ผู้ป่วยใช้ในการเผชิญปัญหา/จัดการกับปัญหา ตลอดจนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลที่ได้รับ ความรู้สึกต่อการดูแล และความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ซึ่งไม่ได้เน้นเฉพาะการดูแลหรือความต้องการการดูแล ที่ได้รับจากพยาบาลเพียงด้านเดียว แต่จะรวมถึงแพทย์ พยาบาล ญาติพี่น้อง ตลอดจนบุคคลรอบข้าง ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาเรื่อง “ประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ” เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปอธิบาย/บรรยายประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งจะช่วยให้ทราบและเข้าใจผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น ตลอดจนสามารถนำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้ ไปใช้ในการวางแผนและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อบรรยายและอธิบาย ประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยให้ความหมายของการได้รับเครื่องช่วยหายใจตามการรับรู้ และมีความรู้สึกต่อการได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นอย่างไร
2. ปัญหา/เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยประสบขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจมีอะไรบ้าง และมีความรู้สึกต่อปัญหา/เหตุการณ์เหล่านั้นอย่างไร รวมทั้งมีวิธีการจัดการกับปัญหาขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจอย่างไร
3. ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ ความรู้สึกต่อการดูแล และความต้องการการดูแลขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจมีอะไรบ้าง

กรอบแนวคิด/ทฤษฎี

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบ เฮอร์มี-นิวติคซ์ (Hermeneutic phenomenology) โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวคิดของภาวะการหายใจล้มเหลว การใช้เครื่องช่วยหายใจ ผลกระทบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ความต้องการการดูแลและการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ ในขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ตลอดจนศึกษาแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยา เพื่อทำความเข้าใจสิ่งที่จะศึกษาและใช้เป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ลึกซึ้งและครอบคลุมในประเด็นที่ศึกษา ทั้งนี้เพื่อนำมาบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของผู้ป่วยในขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้วิจัยจะให้ความสำคัญกับข้อมูลที่เป็นความรู้สึกนึกคิด การให้คุณค่า ภาษา และสภาพแวดล้อมทางสังคม (Thompson, 1990 : 228) โดยจะหลีกเลี่ยงการลำเอียงหรืออคติในการสรุปความหมายต่าง ๆ ของประสบการณ์ที่เกิดขึ้นตามความรู้สึกของตนเอง (Munhall & Oiler, 1986 : 80)

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ หมายถึง ผู้ป่วยหรือบุคคลที่เคยประสบภาวะการหายใจล้มเหลว ซึ่งได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ และถอดท่อช่วยหายใจ รวมทั้งหายใจได้เอง โดยสามารถถ่ายทอดประสบการณ์ของคนในขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจให้ผู้อื่นทราบได้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ
2. เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ
3. เพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้บริหารในทุกกระดับ ได้นำผลการวิจัยไปใช้พัฒนาบุคลากร และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
4. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา/วิจัย เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจในบริบทอื่น ๆ ต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เรื่อง “ประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ” ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาทบทวนครอบคลุมใน 4 ประเด็นดังนี้

1. แนวคิดของภาวะการหายใจล้มเหลว
 - 1.1 ความหมายของภาวะการหายใจล้มเหลว
 - 1.2 ชนิดของภาวะการหายใจล้มเหลว
 - 1.3 สาเหตุของภาวะการหายใจล้มเหลว
 - 1.4 อาการและอาการแสดงของภาวะการหายใจล้มเหลว
2. ผลกระทบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
3. ความต้องการการดูแลและการให้การดูแลผู้ป่วยขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ
4. แนวคิดวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

แนวคิดของภาวะการหายใจล้มเหลว

ความหมายของภาวะการหายใจล้มเหลว

ภาวะการหายใจล้มเหลว (respiratory failure) หมายถึงการที่ปอดไม่สามารถแลกเปลี่ยนแก๊สได้ตามปกติ (สุมาลี, 2531 : 535 ; Aldrich & Prezant, 1994 : 156 ; Gulanick, et al., 1998 : 519) ซึ่งจะต้องได้รับการแก้ไขโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ ระดับของแก๊สในเลือดแดงที่บ่งชี้ว่ามีภาวะการหายใจล้มเหลว คือ ค่าความดันย่อยของออกซิเจน (P_{aO_2}) ต่ำกว่า 50 มิลลิเมตรปรอท หรือมีค่าความดันย่อยของคาร์บอนไดออกไซด์ (P_{aCO_2}) สูงกว่า 50 มิลลิเมตรปรอทร่วมด้วย (ไพจิตร, 2536 : 202 ; Aldrich & Prezant, 1994 : 156)

ชนิดของภาวะการหายใจล้มเหลว

ชนิดของภาวะการหายใจล้มเหลว สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

1. แบ่งตามการเปลี่ยนแปลงของระดับแก๊สในเลือดแดง ได้แก่

- 1.1 การแลกเปลี่ยนแก๊สล้มเหลว (failure of gas exchange) หรือที่เรียกว่า ปริมาณ

ออกซิเจนในขณะหายใจเข้าต่ำ พบได้ในรายที่มีพยาธิสภาพที่ปอด เช่น โรคปอดบวม น้ำท่วมปอด เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงปอดอุดตัน เป็นต้น (Aldrich & Prezant, 1994 : 156) ผู้ป่วยจะมีการล้มเหลวในการรักษาระดับของแกสออกซิเจนอย่างเฉียบพลัน คือมีปริมาณออกซิเจนขณะหายใจเข้าต่ำ (hypoxemia) ไม่มีภาวะคาร์บอนไดออกไซด์สูง (hypercapnia) จึงพบว่า ค่าความดันย่อยของแกสคาร์บอนไดออกไซด์ (PaCO_2) จะยังปกติหรือต่ำลง (ไพจิตร, 2536 : 202 - 203 ; วารุณี, 2539 : 151)

1.2 การระบายอากาศล้มเหลว (failure of the ventilatory pump) หรือที่เรียกว่าภาวะคาร์บอนไดออกไซด์สูง ได้แก่ การหายใจล้มเหลว ซึ่งมีปริมาณออกซิเจนขณะหายใจเข้าต่ำร่วมกับระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในกระแสเลือดมีมากเกินไป (Aldrich & Prezant, 1994 : 156 -158) ภาวะการหายใจล้มเหลวชนิดนี้พบได้ในปอดที่ไม่มีพยาธิสภาพ แต่มีความผิดปกติของระบบการควบคุมการหายใจ โดยระบบประสาทและกล้ามเนื้อ หรือระบบโครงกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งมีผลต่อการทำงานของปอด (ไพจิตร, 2536 : 203) และยังพบได้ในรายที่มีพยาธิสภาพของปอด หรือทางเดินอากาศ เช่น ในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบรุนแรงขึ้นหรือโรคสมองที่กดการหายใจทำให้การระบายอากาศน้อยลง เช่นผู้ป่วยที่รับประทานยากกดศูนย์การหายใจ (วารุณี, 2539 : 151)

2. แบ่งตามระยะเวลาที่เกิด ว่าเกิดเร็วหรือช้าได้แก่

2.1 ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute respiratory failure) เป็นภาวะคุกคามของชีวิต (life-threatening) ที่พบได้บ่อยที่สุดอย่างหนึ่ง ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงของระดับแกสในเลือดแดงและความเป็นกรด-ด่าง โดยค่าพีเอช (pH) น้อยกว่า 7.3 และค่าความดันย่อยคาร์บอนไดออกไซด์มากกว่า 50 มิลลิเมตรปรอท (Shapiro & Peruzzi, 1991 : 5) เกิดได้รวดเร็วมาก โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือโรคหืด เมื่อมีโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจอย่างเฉียบพลัน จะทำให้เกิดภาวะการหายใจล้มเหลวอย่างเฉียบพลัน (acute respiratory failure) ได้ (ไพจิตร, 2536 : 203) สอดคล้องกับไพจิตร (2537: 61 - 64) ซึ่งได้ศึกษาภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันในโรงพยาบาลสงฆ์ ในผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน 79 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก จะมีอัตราการตายสูงกว่าผู้ป่วยอายุน้อย ส่วนใหญ่พบได้บ่อยในช่วงอายุ 61 - 80 ปี ซึ่งสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุด คือ เกิดจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 26.58 และยังพบว่าอัตราการตายในผู้ป่วยทั้งหมดที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันสูงถึงร้อยละ 64.56 ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันนี้อาจเกิดจากการได้รับยานอนหลับ ยาระงับความรู้สึก ยาระงับปวด การได้รับบาร์บิทูเรต (barbiturate) มอร์ฟีน (morphine) มากเกินไป จะกดระบบประสาทกลาง ทำให้มีการระบายอากาศน้อย (hypoventilation) (ไพจิตร, 2536 : 203) ผู้ป่วยอัมพาตที่ไม่สามารถ

หายใจเองได้ กลุ่มอาการกิลแลง - บาร์เร (Guillain - Barre syndrome) หรือ การเกิดพังผืดในเนื้อปอด (pulmonary fibrosis) (Aldrich & Prezant, 1994 : 178) ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจล้มเหลว (myocardial failure) ภาวะขาดน้ำ (dehydration) ภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโตรไลต์ (electrolyte - imbalance) การได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนที่ไม่เหมาะสม (inappropriate oxygen therapy) และการได้รับมลพิษทางอากาศ (air pollution) เป็นต้น (Grossbach, 1994 : 32)

2.2 ภาวะหายใจล้มเหลวเรื้อรัง (chronic respiratory failure) ภาวะนี้จะพบว่ามี การเปลี่ยนแปลงของระดับแก๊สในเลือดและพีเอช (pH) เกิดขึ้นซ้ำๆ โดยค่าความดันย่อยของคาร์บอนไดออกไซด์จะสูงกว่า 45 มิลลิเมตรปรอท และค่าพีเอชจะน้อยกว่า 7.35 พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคระบบประสาท และกล้ามเนื้อความคิดปกติของปอดและผนังทรวงอก เป็นต้น (Aldrich & Prezant, 1994 : 180)

สาเหตุของภาวะการหายใจล้มเหลว

สาเหตุของภาวะการหายใจล้มเหลว มีสาเหตุหลัก ๆ 3 ประการ คือ (Weilitz, 1993 : 34)

1. ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ซึ่งมีได้เกิดจากโรคระบบทางเดินหายใจ ได้แก่

1.1 โรคของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ประกอบด้วย กลุ่มอาการกิลแลง - บาร์เร (Guillain - Barre syndrome) โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดอัมพาตของกะบังลม

1.2 ทางเดินหายใจถูกอุดกั้น เช่น มีสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน หรือส่วนล่าง การอักเสบของกล่องเสียงและต่อมทอนซิลโต เป็นต้น (วารุณี, 2539 : 152)

1.3 มีปัญหาเกี่ยวกับศูนย์ควบคุมการหายใจ ทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึ่งเกิดจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ การติดเชื้อ การได้รับยาเกินขนาด

1.4 ภาวะหัวใจและหลอดเลือดล้มเหลว ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและภาวะช็อคจากหัวใจ เป็นต้น

2. โรคของปอด ประกอบด้วย กลุ่มอาการหายใจลำบากในวัยผู้ใหญ่ โรคปอดอักเสบ และโรคหืด เป็นต้น

3. ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันหรือเรื้อรัง อาทิ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการรุนแรง หรือ โรคเรื้อรังของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ

อาการและอาการแสดงของภาวะการหายใจล้มเหลว

สำหรับอาการและอาการแสดงของภาวะการหายใจล้มเหลวนั้น สามารถจำแนกได้ ดังต่อไปนี้ (ไพจิตร, 2536 : 205 - 206 ; สุมาลี, 2531 : 535 - 536 ; Aldrich & Prezant, 1994 : 166 - 168 ; Grossbach - Landis, 1980 : 50 ; Gulanick, et al. , 1998 : 519)

1. อาการทางระบบทางเดินหายใจ ส่วนมากจะเริ่มด้วยหายใจเร็ว หอบ หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ ไอ บางครั้งฟังเสียงปอดพบเสียงวี๊ด (wheeze) ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องระยะท้ายๆ จะหายใจช้าลง คั่งลง และหยุดหายใจในที่สุด อาการเขียว (cyanosis) มักจะปรากฏให้เห็นเมื่อภาวะขาดออกซิเจนมีมากพอสมควร คือ คีออกซีฮีโมโกลบิน (deoxyhemoglobin) มากกว่า 5 กรัมใน 100 มิลลิลิตร

2. อาการทางระบบไหลเวียน มักจะนำด้วยใจเต้นเร็ว ความดันเลือดสูง ซึ่งอาจเกิดในระยะแรก ในระยะหลังชีพจรจะเต้นช้า ความดันในเลือดต่ำ หลอดเลือดในปอดคั่งลง ทำให้มีความดันเลือดในปอดสูงขึ้น (pulmonary hypertension) ซึ่งจะมีผลทำให้หัวใจซีกขวาล้มเหลว และอาจมีอาการบวมร่วมด้วย

3. อาการทางระบบประสาทส่วนกลาง อาจกระสับกระส่าย นอนไม่หลับ นอนฝันร้าย เพื่อ ง่วงนอนในเวลากลางวัน ปวดศีรษะซึ่งอาจเกิดจากการมีคาร์บอนไดออกไซด์สูง ทำให้หลอดเลือดในสมองขยายตัวปริมาณเลือดไปสู่สมองมากขึ้น ความดันในน้ำไขสันหลังเพิ่มขึ้น จึงทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ และถ้ามีค่าความดันย่อยของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงสูง ก็จะกดสมอง ทำให้ซึม และถ้าสูงมากจะทำให้หมดสติได้

ดังนั้นผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว ไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใด หรือมีอาการและอาการแสดงอย่างไร จำเป็นจะต้องได้รับเครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้แพทย์ผู้ดูแลได้มีโอกาสรักษาสาเหตุการเจ็บป่วยเบื้องต้น แต่อย่างไรก็ตามการใช้เครื่องมือนี้อาจเกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ได้ดังนี้

ผลกระทบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

ในประเด็นของผลกระทบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ศึกษาจะกล่าวใน 2 ส่วน คือ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดผลกระทบ และผลกระทบที่เกิดจากการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ

สำหรับปัจจัยที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจมีหลายประการ ซึ่งผู้ศึกษาได้สรุปไว้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านกิจกรรมการรักษาพยาบาล

1.1 การใส่และคาท่อช่วยหายใจ

เป็นการใส่ท่อช่วยหายใจเข้าไปในหลอดลมคอ และต้องใช้เครื่องมือพิเศษที่เรียกว่า กล้องส่องกล้องเสียง เพื่อเปิดปากกล้องเสียงและใส่ท่อช่วยหายใจผ่านจากช่องปากหรือจมูกไปยัง ปากกล้องเสียงผ่านลงไปหลอดลมคอ โดยให้ปลายท่ออยู่ในตำแหน่งกึ่งกลางของหลอดลม ทำให้ผู้ป่วยสามารถหายใจได้สะดวกทั้งนี้อาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้ เช่น อาจมีเลือดออก หรือ อาจทำให้เกิดแผลถลอก แผลฉีกขาด รอยฟกช้ำของริมฝีปาก หลอดคอ กล้องเสียง และหลอดอาหารได้ (ภทรี, 2540 : 6-27) กรณีที่ใส่ท่อช่วยหายใจนานเกินไป อาจทำให้เกิด ภาวะเนื้อตายจาก แรงกด (pressure necrosis) จากการใส่ลมในกระเปาะลม (cuff) มากจนเกินไป (ศิริรัตน์, 2535 :5) จากการศึกษาของสุพัตรา (2536 : 52 - 54) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างได้รับเครื่องช่วยหายใจ โดยศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 110 ราย พบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานระหว่างได้รับเครื่องช่วยหายใจมากที่สุด เกิดจากการใส่และคาท่อช่วยหายใจ ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ได้ยากรวมทั้งมีอาการเจ็บคอจากการใส่และคาท่อช่วยหายใจร่วมด้วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจเป็นระยะเวลา มากกว่า 5 วัน จะมีระดับความทุกข์ทรมานมากกว่า ผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจ 1 - 5 วัน

1.2 การดูดเสมหะ

การดูดเสมหะเป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้ทางเดินหายใจโล่ง ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถไอ ขับเสมหะออกมาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจหรือท่อเจาะคอกลไกการป้องกันตัวของทางเดินหายใจลดลง กลไกการพัดโบกของเซลล์ขนกวัด (cilia) เสียไป เกิดการคั่งของเสมหะ ซึ่งหากไม่มีความชื้นเพียงพอ จะทำให้เสมหะเหนียว ขับออกยากเกิดการอุดตันได้ การดูดเสมหะ อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น เกิดการติดเชื้อในทางเดินหายใจและปอด เกิดภาวะการขาดออกซิเจนและกระตุ้นให้หัวใจมีการเต้นผิดปกติ ซึ่งอาจทำให้เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (ศิริรัตน์, 2535 : 131) และจากการศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ และให้ผู้ป่วยระลึกถึงเหตุการณ์ต่างๆ ที่เคยประสบขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 14 ราย พบว่า การดูดเสมหะเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากอยู่ในอันดับที่ 3 รองจากการพูดไม่ได้ และความปวด/ความรู้สึกไม่สบายจากการใส่ท่อช่วยหายใจ

โดยคิดเป็นร้อยละ 79 (Johnson & Sexton, 1990 : 52) สอดคล้องกับการศึกษาของสุพิศตรา (2536 : 52 - 55) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างได้รับเครื่องช่วยหายใจเช่นกัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่รับไว้รักษาในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม จำนวน 110 คน พบว่าการดูแลเสมหะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ตั้งผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน โดยมีผลกระทบต่อผู้ป่วยคือ มีอาการเจ็บปวดจากการใส่สายดูดเสมหะที่รุนแรง รวมทั้งมีอาการเหนื่อยจากการได้รับการดูดเสมหะซ้ำ ๆ

1.3 การเจาะเลือดเพื่อวิเคราะห์แก๊ส

การเจาะเลือดเพื่อวิเคราะห์แก๊สในเลือดแดง (arterial blood gases analysis : ABG) เป็นการเจาะหลอดเลือดแดงเพื่อนำเลือดมาตรวจหาค่าต่างๆ เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการระบายอากาศ และการเสียสมดุลของกรดต่างๆ (วรรณภา, 2535 : 115) ซึ่งผู้ป่วยได้รับเครื่องช่วยหายใจมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการเจาะเลือด เพื่อวิเคราะห์แก๊สในเลือดแดงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันเมื่อมีอาการผิดปกติ ผลจากการเจาะเลือดเพื่อวิเคราะห์แก๊สในเลือดแดงจะทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อผนังหลอดเลือด ผู้ป่วยจะเกิดความเจ็บปวด ซึ่งอาจเกิดจากหลอดเลือดแดงที่เจาะหดร่ง หรือเกิดจากเชื้อหุ้มกระดูก หรือ ประสาทเรเดียลได้รับอันตรายขณะเจาะ เช่น เกิดการติดเชื้อจากการเตรียมหรือการเจาะที่ไม่สะอาดพอ (ผ่องพรรณ, 2531 : 39 ; Johnson & Sexton, 1990 : 55) และยังเป็นกรรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานอีกด้วย (สุพิศตรา, 2536 : 17) จากการศึกษาของจอห์นสันและเซ็คตัน (Johnson & Sexton, 1990 : 52) ซึ่งศึกษา ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานระหว่างได้รับเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วย 14 ราย พบว่า การเจาะเลือดเพื่อวิเคราะห์แก๊สเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน คิดเป็นร้อยละ 28 สอดคล้องกับการศึกษาของสุพิศตรา (2536 : 52 - 55) โดยศึกษาในผู้ป่วย 110 ราย เกี่ยวกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยระหว่างได้รับเครื่องช่วยหายใจ พบว่าการเจาะเลือดเพื่อวิเคราะห์แก๊ส เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ซึ่งความทุกข์ทรมานเกิดจากการเจ็บปวดบริเวณที่แทงเข็มนั่นเอง

1.4 การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจส่วนใหญ่จะถูกผูกมัดมือ เนื่องจากป้องกันผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกด้วยตนเอง (Johnson & Sexton, 1990 : 50) รวมทั้งการมีอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการรักษามากมาย จะส่งผลให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้จำกัด ซึ่งจะมีผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วย กล่าวคือทำให้รู้สึกวิตกกังวล ตกใจ กลัว สิ้นหวัง และสูญเสียพลังอำนาจเนื่องจากไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ของตนเองได้ และผู้ป่วยเหล่านี้ อาจมีความเครียดเพิ่มขึ้นจากการไม่สามารถช่วยตัวเองได้ในกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้การจำกัด

ความเคลื่อนไหวยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา ได้แก่ การไหลเวียนเลือดช้าลง เกิดก้อนอุดตัน (thrombus) หรือเอมโบลาย (emboli) ในหลอดเลือดแดง หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น ทำให้ลดทุนสำรองของหัวใจลง ผิวหนังเกิดแผลกดทับ กล้ามเนื้อและโครงกระดูกเสียหายที่ ทำให้ปวดเมื่อย ข้อติดแข็งและกล้ามเนื้อตึง ทรวงอกและปอดขยายตัวลดลง ทำให้เสมหะคั่ง เป็นต้น (สมจิต, 2533 : 10 - 31) จากการศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ ในจำนวนผู้ป่วย 14 ราย พบว่า การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวก่อให้เกิดความทุพโภชนาการแก่ผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 21 (Johnson & Sexton, 1990 : 52) สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา (2536 : 52 - 55) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 110 ราย พบว่าการที่ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุพโภชนาการมาก เป็นลำดับที่ 2 รองจากการใส่และคาท่อช่วยหายใจ ซึ่งเกิดจากการมีอุปสรรคการรักษาพยาบาลติดตัวมาก รวมทั้งเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับการผูกมัดแขนขาไว้บนเตียง

1.5 กระบวนการหยาบเครื่องช่วยหายใจ

ในระหว่างการหยาบเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจเกิดความวิตกกังวล เนื่องจากกลัวความลำบากในการหายใจ ทำให้ทุพโภชนาการทางด้านจิตใจได้ (Johnson & Sexton, 1990 : 48 ; Schare, 1994 : 10) สอดคล้องกับการศึกษาของจอห์นสันและเซ็คตัน (Johnson & Sexton, 1990 : 52) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุพโภชนาการแก่ผู้ป่วยขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย 14 ราย ที่เคยได้รับเครื่องช่วยหายใจและใช้วิธีการสัมภาษณ์ พบว่าการหยาบเครื่องช่วยหายใจเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุพโภชนาการ คิดเป็นร้อยละ 28 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา (2536 : 52 -55) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุพโภชนาการระหว่างได้รับเครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วยทั้งสิ้น 110 ราย พบว่าการหยาบหรือเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกิดความทุพโภชนาการ ส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วย กล่าวคือ เกิดความรู้สึกกลัวตายขณะหยาบเครื่องช่วยหายใจ และตกใจกลัวหรือไม่มั่นใจว่าจะหายใจเองได้

2. สิ่งแวดล้อม

2.1 แสง แสงที่สว่างอยู่ตลอดเวลา แสงสะท้อนจากเครื่องมือเป็นสิ่งรบกวนในปริมาณที่มาก ถ้าผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นในระยะเวลาที่นานติดต่อกัน จะรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยหรือทำให้วงจรการหลับ/การตื่นไม่เป็นไปตามปกติได้ (Kinney, Packa & Danbar, 1988 : 99) เนื่องจากผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตต้องการการติดตามเฝ้าดูแลและประเมินสภาพอย่างต่อเนื่องการเปิดไฟฟ้าตลอดเวลาจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถแยกแยะระหว่างช่วงเวลากลางคืนและกลางวันได้ (Dolan, 1991 : 17 ; Johnson & Sexton, 1990 : 52) จากการศึกษาของจอห์นสัน

และเซ็คตัน (Johnson & Sexton, 1990 : 50 - 52) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 14 ราย พบปัจจัยหลัก ๆ 3 ประการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ได้แก่ (1) ปัจจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ (2) ปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม และ (3) ปัจจัยเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารและการปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและเพื่อนของผู้ป่วย ซึ่งปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 4 รายไม่สามารถแยกกลางวันกลางคืนได้ เนื่องจากมีแสงสว่างไฟฟ้าเปิดตลอดเวลาในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา (2536 : 52 - 57) ศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานระหว่างได้รับเครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วยจำนวน 110 ราย พบว่าแสงสว่างจากไฟฟ้าก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ซึ่งแสงสว่างจากไฟฟ้าส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยคือทำให้นอนไม่หลับ และไม่สามารถแยกกลางวันกลางคืนได้ เนื่องจากมีแสงสว่างตลอดเวลาเช่นเดียวกัน

2.2 เสียง เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจได้เช่นกัน จากการศึกษาของจอห์นสันและเซ็คตัน (Johnson & Sexton, 1990 : 52) พบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยทั้งหมดที่ทำการศึกษา ได้แก่ (1) เสียงจากผู้ป่วยอื่น คิดเป็นร้อยละ 28 (2) เสียงจากสัญญาณเตือนต่าง ๆ ของเครื่องช่วยหายใจ คิดเป็นร้อยละ 28 (3) เสียงจากการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ คิดเป็นร้อยละ 21 (4) เสียงจากน้ำในท่อ หรือสายยางของเครื่องช่วยหายใจ คิดเป็นร้อยละ 14 (5) เสียงจากการพูดคุยของแพทย์และพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 7 และ (6) เสียงจากโทรศัพท์ คิดเป็นร้อยละ 7 เช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของควงใจ (2536 : 49 - 53) ซึ่งศึกษาการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งรบกวนความเครียดของผู้ป่วยในหออภิบาล โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วย จำนวน 70 ราย และเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหออภิบาล จำนวน 51 ราย พบว่า พยาบาลร้อยละ 54.9 ของพยาบาลทั้งหมด รับรู้ว่าเสียงเครื่องช่วยหายใจเป็นสิ่งรบกวนที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยในระดับมาก ในขณะที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเสียงเครื่องช่วยหายใจเป็นสิ่งรบกวนที่ก่อให้เกิดความเครียดในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 29.4 เท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา (2536 : 52 - 57) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานระหว่างได้รับเครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วยอายุกรรมและศัลยกรรม 110 ราย พบว่า เสียงเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน โดยเสียงที่รบกวนมากที่สุดคือเสียงจากการพูดคุย รองลงมาคือเสียงจากการทำงาน และสัญญาณเตือนจากเครื่องมือต่าง ๆ นอกจากนี้การได้ยินเสียงผู้ป่วยอื่น ๆ โอดโอยคร่ำครวญ ส่งผลให้เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานได้เช่นกัน

2.3 สิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ในหอผู้ป่วย สำหรับสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ได้แก่ การที่พยาบาลเข้มงวดเกี่ยวกับกฎระเบียบของการเยี่ยม การไม่สามารถมองเห็นประตูหรือ

หน้าต่างได้ การอยู่ร่วมกับผู้ป่วยอื่น ๆ ในห้องเดียวกันรวมทั้งการอยู่ใกล้กับผู้ป่วยใกล้ตายเป็นต้น (Johnson & Sexton, 1990 : 52) จากการศึกษาของควงใจ (2536 : 56) พบว่า ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยทั้งหมด ระบุว่าสิ่งที่ถูกแยกจากครอบครัวและญาติ รวมทั้งได้รับการจำกัดเวลาและจำนวนผู้เข้าเยี่ยม เป็นสิ่งเร้าหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัศตรา (2536 : 56 - 57) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานระหว่างได้รับเครื่องช่วยหายใจในจำนวนผู้ป่วย 110 ราย พบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานได้แก่ ลักษณะภายในหอผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทราบวันเวลา ไม่สามารถเห็นสภาพภายนอกหอผู้ป่วยได้ รวมทั้งการมองเห็นเครื่องมือต่าง ๆ ที่น่ากลัวและไม่คุ้นเคย ส่วนปัจจัยทางด้านบุคลากรและผู้ป่วยอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานคือการที่บุคลากรทำงานด้วยความรีบเร่งเคร่งเครียดไม่ค่อยพูดจา การมองเห็นผู้ป่วยอื่น ๆ ทำกิจกรรมการรักษาพยาบาล และการไม่ได้รับคำอธิบายก่อนทำกิจกรรมการรักษาพยาบาลเป็นต้น

3. ความไว้วางใจ/ไม่ไว้วางใจเจ้าหน้าที่

ขาดความเชื่อมั่นในตนเองและเจ้าหน้าที่ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรจำนวนมากและหมุนเวียนกัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่คุ้นเคยหรือแปลกหน้า และมีปัญหาในการสื่อสาร จึงเกิดความไม่ไว้วางใจ ทำให้ขาดความมั่นใจว่าตนเองอาจจะไม่ได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ทันเวลาที่ โดยเฉพาะหากเกิดในผู้ป่วยที่ขาดความเชื่อมั่นในตนเองร่วมด้วย ทำให้เกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย เกิดภาวะเครียดได้

ผลกระทบที่เกิดจากการได้รับเครื่องช่วยหายใจ

1. ความไม่สบายจากการคาและใส่ท่อช่วยหายใจ

ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก มักจะต้องได้รับการใส่ท่อโรฟาริงค์เจียล แอร์เวย์ (oropharyngeal airway) ทำให้เกิดความระคายเคืองในช่องปาก ผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถในการกลืนและน้ำลายจะไหลออกมาตลอดเวลา (ศิริรัตน์, 2535 : 6) สอดคล้องกับการศึกษาของโทเลบ เจทซ์และไคร์เนอร์ (Tolep, Getch & Criner, 1996 : 167 - 172) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการกลืนน้ำลายของผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลาสั้น โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 ราย อายุระหว่าง 46 - 76 ปี และเข้ารับการรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพทางด้านการใช้เครื่องช่วยหายใจโดยเฉพาะ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลาสั้น (ตั้งแต่ 3 สัปดาห์ขึ้นไป) จะมีโอกาสเกิดความผิดปกติของการกลืนน้ำลายสูง และจากการศึกษาของเบิร์กบอม - เอนเบิร์กและฮาลจาแม (Bergbom - Engberg & Haljamae, 1989 : 1068 - 1072) ซึ่งศึกษา

ประสบการณ์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความไม่สุขสบายขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วย 158 ราย พบว่า ความรู้สึกไม่สุขสบายของผู้ป่วยส่วนหนึ่งเกิดจากการได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน รวมทั้งการใส่และคาท่อช่วยหายใจเป็นผลกระทบหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย โดยร้อยละ 20 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ทำการศึกษา สามารถเอาท่อช่วยหายใจออกได้สำเร็จซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย สำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจเป็นระยะเวลานานอาจเกิดแผลกดทับในจมูก หรือมุมปากที่ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยเฉพาะบริเวณผิวหนัง ที่คิดพลาสติกอาจลอกหลุดได้ (วรรณภา, 2535 : 99 ; Lewis & Collier, 1992 : 621) สอดคล้องกับการศึกษาของประไพ และกัญญารัตน์ (2542 : 128-134) ซึ่งศึกษาผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่อการลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ทั้งเพศหญิงและเพศชาย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 15 ราย กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตามเทคนิคการผ่อนคลายวันละ 2 ครั้ง นานครั้งละ 20 นาที สลับกัน 3 วัน จากการศึกษา พบว่า ระดับความทุกข์ทรมาน ในผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจก่อนใช้เทคนิคการผ่อนคลายอยู่ในระดับสูงทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และมีระดับความทุกข์ทรมานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ จะได้รับความทุกข์ทรมานจากการใส่และคาท่อช่วยหายใจ คือทำให้เจ็บปวด ไม่สุขสบาย และเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ เช่นการบาดเจ็บและระคายเคืองต่อเยื่อในช่องปาก ลำคอ หลอดลม คอหอยและกล่องเสียงจากการกระทบกระแทกของปลายท่อช่วยหายใจการกดอวัยวะข้างลำคอจากคัฟ (cuff) ของท่อทางเดินหายใจ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวซึ่งอาจทำให้รู้สึกไม่สุขสบายและปวดเมื่อย รวมทั้งการถูกกดทับบริเวณมุมปากจากท่อช่วยหายใจหรือมีการอุดตันของท่อทางเดินหายใจ ตลอดจนการดูดเสมหะที่ไม่ถูกวิธี สิ่งเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งสิ้น สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรี (2540 : ข - ค) ซึ่งสำรวจอาการไม่พึงประสงค์ทางด้านร่างกายของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ในจำนวนผู้ป่วย 101 ราย พบว่ามีอาการเจ็บในคอมากที่สุด รองลงมาคือมีเสมหะเพิ่มมากขึ้น และที่พบน้อยคือมีอาการหายใจอึดอัดหรือรู้สึกหายใจไม่เต็มที่ สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา (2536 : 52) ซึ่งศึกษาระดับความทุกข์ทรมานและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างได้รับเครื่องช่วยหายใจ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุด ของกลุ่มตัวอย่าง คือการใส่และคาท่อช่วยหายใจ

2. ความรู้สึกปลอดภัย/ไม่ปลอดภัย

ความรู้สึกปลอดภัย/ไม่ปลอดภัย มักพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่หย่าเครื่องช่วยหายใจจะมีความรู้สึกกว่าตนเองไม่ปลอดภัย กลัวตาย กลัวเจ็บ กลัวการ

หยาเครื่องช่วยหายใจ กลัวหายใจลำบากและไม่มั่นใจว่าตนเองจะหายใจได้ ทั้งนี้เนื่องจากมีประสบการณ์เกี่ยวกับการหายใจลำบาก หรือเกิดจากการหยาเครื่องช่วยหายใจล้มเหลวมาก่อน เป็นต้น (สุจินต์, 2537 : 18) และจากการศึกษาของเบิร์กบอม-เอนเบิร์กและฮาลจามี (Bergbom - Engberg & Haljamae, 1988 : 95 -101) ได้ทำการศึกษาย้อนหลัง โดยให้ผู้ป่วยได้ย้อนคิดเกี่ยวกับความทรงจำ ขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ทางกายภาพที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกปลอดภัยหรือไม่ปลอดภัยต่าง ๆ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วย 158 ราย ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกปลอดภัย มีจำนวน 113 ราย (คิดเป็นร้อยละ 71.5) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ รู้สึกปลอดภัยเนื่องจากสามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ด้วยตนเองคิดเป็นร้อยละ 40 รู้สึกไว้วางใจในตัวของพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 34 รวมทั้งรู้สึกปลอดภัยเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการบอกล่วงหน้าก่อนปฏิบัติกิจกรรมทางกายภาพต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 10 สำหรับผู้ป่วยที่รู้สึกไม่ปลอดภัยนั้น มีจำนวนทั้งสิ้น 45 ราย (คิดเป็นร้อยละ 25.5) เกิดจากกลัวความล้มเหลวของการใช้เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ต่าง ๆ ขาดความเชื่อถือหรือไว้วางใจในตัวพยาบาล มีความยากลำบากในการติดต่อสื่อสาร และรู้สึกโกลดตาย เป็นต้น ซึ่งสาเหตุสำคัญของความรู้สึกไม่ปลอดภัยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ เกิดจากปัญหาการติดต่อสื่อสาร หรือการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่เพียงพอ รวมทั้งขาดความไว้วางใจในตัวพยาบาลมากกว่าการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ในอีก 1 ปีถัดมา เบิร์กบอม - เอนเบิร์กและฮาลจามี (Bergbom - Engbery & Haljamae, 1989 : 1068 - 1072) ได้ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความไม่สุขสบายขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการรักษาพยาบาลต่าง ๆ ที่ได้รับกับปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วยขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 158 ราย ซึ่งได้รับบาดเจ็บทั้งแผนกศัลยกรรมและอายุรกรรม รวมทั้งสามารถจำเหตุการณ์ต่างๆ ขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจได้ วิธีการศึกษาใช้การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ไปยังผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตั้งแต่ 2 เดือน - 4 ปี โดยจะสัมภาษณ์ถึงประสบการณ์ต่างๆ ที่ได้รับ ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 29 ผู้ป่วยรู้สึกไม่ปลอดภัย ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากความวิตกกังวล กลัว ร่วมกับไม่สามารถพูดหรือติดต่อกับบุคคลอื่นได้ ทำให้ไม่สามารถคาดการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต จึงเป็นผลให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความไม่ปลอดภัย

3. การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ

เนื่องจากการใส่ท่อช่วยหายใจ จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อความหมายโดยการพูดกับผู้อื่นเหมือนก่อนการเจ็บป่วยได้ เพราะการใส่ท่อช่วยหายใจไม่ว่าจะผ่านทางปากหรือจมูกท่อที่ใส่จะผ่านสายเสียง (vocal cord) และปลายท่อจะอยู่ในหลอดลม ดังนั้นจึงขัดขวางการกระทบสาย

เสียงของลมหายใจออก (วรรณภา, 2535 : 92) ทำให้ผู้ป่วยพูดไม่มีเสียง (อรสา, 2534 : 214) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนแต่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน รู้สึกไม่ปลอดภัย วิตกกังวล ตกใจ และเสียขวัญได้ (จิตรา, 2540 : 121, Bergbom - Engberg and Haljamae, 1989 : 1068 - 1072) สอดคล้องกับการศึกษาของจอห์นสันและเซ็คตัน (Johnson & Sexton, 1990 : 48 - 57) ซึ่งการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อภาวะทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วย 14 ราย พบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดบอกว่าการพูดไม่ได้เป็นผลกระทบที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุดซึ่งจะส่งผลให้การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วย 12 ราย จะมีความรู้สึกโกรธร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา (2536 : 53 - 54) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ในผู้ป่วยระหว่างที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยจำนวน 110 ราย เป็นผู้ป่วยอายุกรรมและศัลยกรรม ภายหลังจากถอดท่อช่วยหายใจออกแล้วเป็นเวลา 2 วัน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ พบว่าผู้ป่วยสื่อสารกับผู้อื่นได้ยาก ผลกระทบด้านนี้เกิดจากการใส่และคาท่อช่วยหายใจนั่นเอง รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของฮาฟสไตน์ดอทเทอร์ (Hafsteindottir, 1996: 261-71) ได้ทำการศึกษาประสบการณ์ในการติดต่อสื่อสาร ของผู้ป่วยระหว่างได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ โดยทำการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วย 8 ราย ในประเทศไอซ์แลนด์ (Iceland) ใช้เทปบันทึกและคำถามปลายเปิด เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามวิธีการของโคลไลซซี่ (Colaizzi's method) และอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นโดยพบว่าประสบการณ์ต่าง ๆ ของผู้ป่วยมี 57 ข้อ เมื่อนำมาจัดเป็นหมวดหมู่ได้ 4 ประเภทใหญ่ ๆ คือ (1) ประสบการณ์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ (2) ปัญหาที่เกิดจากประสบการณ์ในการติดต่อสื่อสาร (3) ปัญหาต่าง ๆ ที่สืบเนื่องจากประสบการณ์ในการติดต่อสื่อสาร และ (4) ประสบการณ์เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งประสบการณ์เกี่ยวกับการสื่อสารมักจะเป็นในแง่ลบ เพราะจะก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ในแง่ลบตามมา (negative emotions) บางครั้งผู้ป่วยจะรู้สึกท้อแท้หมดหวัง และการศึกษาของเบิร์กบอม - เฮนเบิร์ก และฮาจาไม (Bergbom - Engberg & Haljame, 1989 : 1069) ซึ่งศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความไม่สุขสบายขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ โดยศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 158 ราย พบว่าการที่ผู้ป่วยไม่สามารถพูดคุยได้ตามปกติ เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกิดความไม่สุขสบาย คิดเป็นร้อยละ 46 ของผู้ป่วยทั้งหมด ส่งผลให้ผู้ป่วยแยกตัว ซึ่งผลกระทบนี้พบได้เป็นอันดับ 2 รองจากความวิตกกังวล/กลัว

4. ความเจ็บปวด/ความทุกข์ทรมาน

ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยส่วนหนึ่ง เป็นผลจากกิจกรรมการรักษาพยาบาล เช่น การเจาะเลือด การคาท่อช่วยหายใจ การถูกคลุมหมอน-เท้า การสื่อสารที่ยากลำบากและการแทงเข็มให้สารน้ำ เป็นต้น บุคคลเมื่อรับรู้ต่อความเจ็บปวด จะมีการตอบสนองทางอารมณ์ จิตใจ คือ ความทุกข์ทรมาน ไม่สุขสบาย หวาดกลัว วิตกกังวล และนอนไม่หลับ สำหรับการตอบสนองทางสรีระวิทยา คือ กล้ามเนื้อเกร็งไม่สามารถเคลื่อนไหวอวัยวะได้ หลอดเลือดหดตัวทำให้น้ำเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน การทำงานของประสาทซิมพาทีติกเพิ่มขึ้น ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้บีบตัวมากขึ้น การเต้นของหัวใจเร็วขึ้นและความดันโลหิตสูงขึ้น (สังวาลย์, 2532 : 1 - 12) การรับรู้ความเจ็บปวดของผู้ป่วยวิกฤติในหออภิบาล เป็นสิ่งเร้าความเครียดที่สำคัญ ซึ่งพบได้บ่อยเพราะผู้ป่วยไวต่อการรับรู้ความเจ็บปวด เนื่องจากอยู่ในภาวะที่วิตกกังวลจากความเจ็บป่วยและการเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย (Kinney, Packa & Danbar, 1988 : 102)

สำหรับความรู้สึกเจ็บปวดจากกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ขณะที่ผู้ป่วยได้รับเครื่องช่วยหายใจนั้น ได้มีผู้สนใจและทำการศึกษาไว้มากมาย อาทิ เบิร์กบอม - เอนเบิร์กและฮาลจาแม (Bergbom - Engberg & Haljamae, 1989 : 1069 - 1070) ได้ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความไม่สุขสบายขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ พบว่าผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวด คิดเป็นร้อยละ 36 โดยจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยคือ เกิดความกลัวและวิตกกังวล นอนไม่หลับ บางครั้งมีอาการฝันร้ายร่วมด้วย รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ปลอดภัย นอกจากนี้ สุพัศตรา (2536 : 86) ได้ทำการศึกษาระดับความทุกข์ทรมาน และปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างได้รับเครื่องช่วยหายใจกลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานระหว่างได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นอย่างมากคือ ปัจจัยด้านกิจกรรมการรักษาพยาบาลได้แก่ การใส่และคาท่อช่วยหายใจ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว และการคลุมหมอน เมื่อวิเคราะห์แต่ละปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานเป็นรายชื่อ พบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมาก ระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจได้แก่ การสื่อสารกับผู้อื่นได้ยากจากการใส่และคาท่อช่วยหายใจ การเจ็บปวดจากการใส่สายคลุมหมอนที่รุนแรง การเจ็บคองจากการใส่และคาท่อช่วยหายใจ และการเคลื่อนไหวได้จำกัดจากการใส่และคาท่อช่วยหายใจตามลำดับ สำหรับภัทรี (2540 : 53) ได้ทำการศึกษาเรื่องสำรวจอาการไม่พึงประสงค์ทางด้านร่างกายและสาเหตุความเครียดของผู้ป่วย ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 101 ราย พบว่าอาการไม่พึงประสงค์ทางด้านร่างกายของผู้ป่วยภายหลังเอาท่อช่วยหายใจออก ที่พบมากที่สุด คือ อาการไม่พึงประสงค์ทางด้านร่างกายในเรื่องอาการเจ็บในคอมากกว่าปกติ ส่วนอาการแน่นอึดอัดหายใจได้ไม่เต็มที พบเป็นอันดับสุดท้าย

5. ความวิตกกังวล/นอนไม่หลับ

ความวิตกกังวล/นอนไม่หลับ สาเหตุหนึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถพูดคุยได้ตามปกติ จึงอาจมีภาวะพรากความรู้สึก (deprivation) รู้สึกถึงความไม่แน่นอนของชีวิตเป็นผลให้แบบแผนการนอนหลับถูกรบกวน นอกจากนี้ความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบายจากการคาท่อช่วยหายใจโดยเฉพาะเมื่อมีเสมหะจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ จำเป็นจะต้องได้รับการดูแลห่มหะบ่อยครั้ง อาจส่งผลให้ผู้ป่วยนอนหลับไม่เพียงพอได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัศตรา (2536 : 53) ซึ่งการศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างได้รับเครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วย 110 ราย พบว่า ผลกระทบจากการดูแลห่มหะ และจากการเจาะเลือดเพื่อวิเคราะห์แก๊สในเลือดแดงบ่อยครั้ง ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับไม่เพียงพอ และเนื่องจากคนส่วนใหญ่คิดว่ากาหายใจเป็นสิ่งที่สำคัญของการมีชีวิตอยู่ ดังนั้นการผูกมัดมือเพื่อป้องกันผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะนอนอยู่ในท่านอนหงายเป็นระยะเวลานาน ก่อให้เกิดอาการปวดหลังได้ ประกอบกับแสงสว่างจากไฟฟ้า เสียงสัญญาณต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานและส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาของจอห์นสันและเซ็คตัน (Johnson & Sexton, 1990 : 48 -57) พบว่าความวิตกกังวล/การนอนไม่หลับ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจโดยคิดเป็นร้อยละ 28 ทำนองเดียวกับที่เบิร์กบอม - เอนเบิร์ก และฮาลจาเม (Bergbom - Engberg & Haljame, 1989 : 1068 - 1072) ได้ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความไม่สุขสบายขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 158 ราย ซึ่งในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ร้อยละ 20 เป็นผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะแรก (unconscious on admission) และจากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีความพึงพอใจเกี่ยวกับประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ได้รับมากกว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาขณะรู้สึกตัว สำหรับผลกระทบที่พบมากที่สุดคือ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล/กลัว คิดเป็นร้อยละ 47 ซึ่งสาเหตุเกิดจากการพูดไม่ได้ การหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ การมีเสมหะและการได้รับการดูแลห่มหะเป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับและบางครั้งอาจฝันร้าย

ความต้องการการดูแลและการให้การดูแลผู้ป่วยขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ

ความต้องการการดูแลและการให้การดูแลผู้ป่วยขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ เป็นสิ่งซึ่งมีความจำเป็นและสำคัญมาก เพราะสิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยทั้งในด้านบวกและด้านลบ อีกทั้งยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความปลอดภัย หรือไม่ปลอดภัย ในช่วงที่ได้รับเครื่อง

ช่วยหายใจ จากการศึกษาของเบิร์กบอม-เอนเบิร์กและฮาลจาแม (Bergbom-Engberg & Haljamae, 1988 : 95 -101) ได้ศึกษาปัจจัยทางการพยาบาลที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกปลอดภัยและไม่ปลอดภัย ในขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งเป็นการศึกษาย้อนหลัง โดยให้ผู้ป่วยจำนวน 158 ราย ระลึกถึงการพยาบาลต่างๆ ที่ได้รับ พบว่า ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยทั้งหมด สามารถจดจำและเล่าถึงเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี อาทิ ความรู้สึกไม่พอใจหรือความเครียดต่างๆ ที่เกิดขึ้นในขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น และในปีนั้นเอง เบิร์กบอม-เอนเบิร์กและคณะ (Bergbom-Engberg, et al., 1988 : 56-61) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจโดยใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 304 ราย ที่เคยเข้ารับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ผู้ศึกษาได้ทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างภายหลังที่ได้รับการถอดเครื่องช่วยหายใจ 2 เดือน - 4 ปี โดยใช้วิธีสัมภาษณ์ย้อนหลังเกี่ยวกับประสบการณ์ต่างๆ ในระหว่างที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจพบว่า ร้อยละ 52 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด สามารถจดจำและระลึกถึงเหตุการณ์เหล่านั้นได้ ซึ่งความสามารถในการระลึกเกี่ยวกับการรักษาที่ได้รับไม่ได้ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ผ่านมา นอกจากนี้ผู้ศึกษา ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจมากกว่า 5 วัน สามารถระลึกถึงประสบการณ์ต่างๆ เกี่ยวกับการรักษาได้มากกว่าผู้ที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจน้อยกว่า 5 วัน

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ พยาบาลควรปฏิบัติตามหน้าที่ตามหลักวิชาการ ควรมีความเมตตาและเอื้ออาทรต่อกัน (กุลยา, 2541 : 67) ควรตระหนักในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย เป็นต้น เพราะสิ่งต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับเสมือนสิ่งของที่ตราตรึงอยู่ในความทรงจำของผู้ป่วยตลอดเวลา ดังนั้นผู้ดูแลควรมีแนวทางในการปฏิบัติดังนี้

1. สังเกตและติดตามการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ อาทิ หากเครื่องช่วยหายใจเงียบเสียงหรือไม่ทำงาน อาจเนื่องมาจากแกสหมดหรือเหลือน้อยกว่า 50 ปอนด์/ตารางนิ้ว หรือตั้งปุ่มอัตราการไหลของอากาศ (flow rate) แต่ปุ่มอยู่ในตำแหน่งปิด (off) หรือตั้งเครื่องช่วยหายใจโดยให้ผู้ป่วยหายใจเอง แต่ผู้ป่วยหยุดหายใจ เป็นต้น (ลินจง, 2539 : 239) ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลจะต้องตรวจสอบการตั้งเครื่องทุก 1 ชั่วโมง รวมทั้งควรตรวจสอบสัญญาณเตือนต่าง ๆ ของเครื่องช่วยหายใจด้วยว่าทำงานได้ตามปกติหรือไม่ (Gulanick, et al., 1998 : 479)

2. สังเกตภาวะวิตกกังวลและการหายใจของผู้ป่วย ว่าสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจหรือไม่ ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดหรือรู้สึกหายใจลำบากหรือไม่ สาเหตุประการหนึ่งเนื่องจากการที่ผู้ป่วยเริ่มจะหายใจได้เองแต่ไม่สัมพันธ์กับการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือหายใจไม่สม่ำเสมอ หรือตั้งอัตราการไหลของอากาศไว้ต่ำไปทำให้ได้ปริมาตรในการหายใจ

เข้าตำมากเกินไปหรือตั้งอัตราการใช้ของอากาศสูงเกินไป และอาจพบภาวะนี้ได้จากการมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอดรวมทั้งอาจมีเสมหะอุดกั้นในทางเดินหายใจเป็นต้น (ลินจง, 2539 : 238) สอดคล้องกับการศึกษาของ เบิร์กบอม - เอนเบิร์กและฮาลจาแม (Bergbom - Engberg & Haljamae, 1989 : 1069 - 1070) ซึ่งศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความไม่สุขสบายขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 158 ราย พบว่า ร้อยละ 18 ของผู้ป่วยทั้งหมดมีอาการหายใจลำบาก ซึ่งปัจจัยที่สำคัญคือ การมีเสมหะอุดกั้นในทางเดินหายใจและการได้รับการดูแลเสมหะ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวล/กลัว อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจเร็วขึ้น และจากการศึกษาของซารทิพย์ (2541 : 59 -61) ซึ่งศึกษาความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ 1 วัน ขึ้นไป และถอดเครื่องช่วยหายใจและท่อทางเดินหายใจ หรือท่อเจาะคอไม่เกิน 72 ชั่วโมง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เป็นคำถามปลายเปิด พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือเมื่อรู้สึกว่ามีเหนื่อย อึดอัด หรือหายใจลำบาก รวมทั้งมีความต้องการได้รับการบีบถุงลมช่วยหายใจหลังจากการดูแลเสมหะทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 85 และ 76.7 ของผู้ป่วยทั้งหมด ตามลำดับ ซึ่งผู้ดูแลจะต้องประเมินอาการเหล่านี้ให้ได้ เพราะหากผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลและกลัวได้ ดังนั้นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวล/กลัว คือ (Gulanick, et al.,1998 : 484)

2.1 พยาบาลผู้ดูแลจะต้องวางตัวเปิดเผย สงบ ใจเย็น มีพฤติกรรมน่าไว้วางใจ โดยจะต้องให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าจะได้รับเครื่องช่วยหายใจตนเองมีความปลอดภัย อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับแผนการรักษาที่จะได้รับ สนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนการรักษา (Freichels, 1993 : 28) รวมทั้งพยาบาลผู้ดูแลจะต้องเข้าใจพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่แสดงออกมาด้วย และจากการศึกษาของซารทิพย์ (2541 : 119) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจร้อยละ 54 ของผู้ป่วยทั้งหมดมีความต้องการให้พยาบาลแจ้งให้ทราบทุกครั้งก่อนที่จะได้รับเครื่องช่วยหายใจ แตกต่างจากการศึกษาของควงใจ (2536 : 55) ซึ่งศึกษาการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยในหออภิบาล โดยศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 70 ราย ใช้แบบสัมภาษณ์เป็นคำถามปลายเปิดพบว่าการที่ผู้ป่วยไม่ทราบเหตุผลของการรักษาพยาบาลต่างๆ ที่ได้รับ และการที่พยาบาลเปิดโอกาสให้ซักถามหรือระบายความรู้สึกไม่เพียงพอ นั้น ไม่ได้เป็นสิ่งเร้าที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดแต่ประการใด โดยคิดเป็นร้อยละ 45.7 และ ร้อยละ 65.7 ของผู้ป่วยทั้งหมด ตามลำดับ

2.2 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับ สัญญาณเตือนต่าง ๆ การทำงานของเครื่องช่วยหายใจ พร้อมทั้งคอยช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีสัญญาณเตือนดังขึ้น เพราะการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยอบอุ่น

2.3 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบกระบวนการหรือขั้นตอนต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากพยาบาล ผู้ดูแล จากการศึกษาของมาตี (2542 : 87) ที่ศึกษาประสิทธิภาพการให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของผู้ติดตามเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้ติดตามเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 6 ราย และพยาบาล 5 ราย ทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า ผู้ป่วย 1 ใน 6 ราย และ พยาบาล 1 ใน 5 ราย อธิบายตรงกันว่า การที่พยาบาลบอกให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนทำกิจกรรมใดๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกพึงพอใจ สำหรับในส่วนของพยาบาลการที่พยาบาลกระทำเช่นนั้น เนื่องจากคำนึงอยู่เสมอว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีชีวิตจิตใจและมีความรู้สึก

2.4 ลดหรือขจัดสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล/กลัวได้ จากการศึกษาของมาตี (2542 : 63-70) ที่พบว่า การที่พยาบาลให้ความเอื้ออาทร โดยถามไถ่ความเป็นอยู่ เป็นเพื่อนพูดคุยและปรับทุกข์ พร้อมทั้งให้ความช่วยเหลือ สนใจและเอาใจใส่ผู้ป่วย โดยซักถามความต้องการและให้การตอบสนอง ตลอดจนมีการแวะเวียนมาหาและเฝ้าดูทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจและสบายใจ รวมทั้งช่วยลดความวิตกกังวลที่อาจเกิดขึ้นได้

2.5 ช่วยเหลือ/สนับสนุนให้ครอบครัว ญาติ และเพื่อน ๆ มาเยี่ยมผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของธารทิพย์ (2541 : 62-63) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจร้อยละ 86.7 ของผู้ป่วยทั้งหมดมีความต้องการให้พยาบาลเปิดโอกาสให้ลูก-หลาน-คู่สมรส หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยมาแสดงความรัก ความหวังใจและความเอื้ออาทรอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งร้อยละ 78.3 ของผู้ป่วยทั้งหมด ต้องการให้พยาบาลเปิดโอกาสหรือสนับสนุนให้ลูก - หลาน - คู่สมรส หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการดูแล เช่น เช็ดตัว บีบนวด ให้อาหาร เป็นต้น

2.6 ช่วยเหลือ/สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่รู้สึกเพลิดเพลิน

2.7 จัดเตรียมปฏิทินและนาฬิกาไว้ข้างเตียง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบวัน เวลา ขณะนอนพักรักษาที่โรงพยาบาล

2.8 เตรียมเทคนิคการผ่อนคลายต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติเมื่อเกิดความวิตกกังวล/กลัว

2.9 หากผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวล/กลัวเพิ่มมากขึ้นพยาบาลผู้ดูแลจะต้องติดต่อหรือปรึกษากับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญหรือส่งต่อไปยังจิตแพทย์ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

3. ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ จะต้องได้รับการดูแลให้ปลอดภัยจากท่อช่วยหายใจ เลื่อน/หลุด (Perry, 1994 : 382) โดยดูแลให้ท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่เลื่อนขึ้นลง หรือแกว่งไปมา นอกจากนี้ถ้าท่อช่วยหายใจเลื่อนลึกลงไปในหลอดลมใหญ่ (bronchus) ข้างหนึ่ง ข้างใด จะทำให้ปอดอีกข้างแฟบได้ เช่น ถ้าท่อช่วยหายใจเลื่อนลึกลงไปในหลอดลมใหญ่ข้างซ้าย จะทำให้ปอดขวาแฟบได้เป็นต้น ผู้ป่วยจะมีอาการขาดออกซิเจน เช่น หายใจเร็ว หายใจหอบ ความดันเลือดอาจสูงหรือต่ำ ชีพจรเต้นช้า และมีสติวิปลาศได้ (เจียมจิตและวราภรณ์, 2536 : 49) สำหรับการนับการหายใจ หากผู้ป่วยมีอาการหายใจปกติ ควรนับอย่างน้อย 30 วินาที แต่ถ้าผู้ป่วยมีความผิดปกติเกี่ยวกับการหายใจคือนับ 1 นาทีเต็ม (Jamieson, McCall & Blythe, 1992 : 74) ถ้าใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก ควรให้อยู่ตรงกลางปาก ไม่ก้มมุมปากมุมใดมุมหนึ่ง เพราะจะทำให้เกิดแผลขึ้นได้และควรดูแลไม่ให้ท่อช่วยหายใจโผล่พ้นปากออกมาขยับไปเพราะจะทำให้ท่อโยกไปมาหรือถูกดึงรั้งได้ง่าย ควรให้ท่อโผล่พ้นปากออกมาราว 1.5 - 2 นิ้ว หลังจากนั้นยึดให้แน่นอยู่กับที่ด้วยพลาสติก และเปลี่ยนพลาสติกที่พันทุกวัน นอกจากนี้ควรระมัดระวังไม่ให้ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกเอง เพราะอาจทำให้เกิดแผลในหลอดลมคอได้ (ลินจง, 2539 : 240 - 241) รวมทั้งควรฟังเสียงลมเข้าปอดด้วยหูฟัง และถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกเพื่อประเมินตำแหน่งของท่อช่วยหายใจด้วย (Balk, 1997 : 316 - 323)

4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการดูดเสมหะ (Perry, 1994 : 382) เนื่องจากการดูดเสมหะเป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้ทางเดินหายใจโล่งในผู้ป่วยที่ไม่สามารถไอขับเสมหะออกมาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สิริรัตน์, 2535 : 131) การดูดเสมหะจะต้องปฏิบัติอย่างถูกวิธี ระมัดระวังการเกิดอันตรายต่อเยื่อหลอดลม โดยดูดเสมหะเท่าที่จำเป็น ใช้ความดันในการดูดไม่เกิน 120 มิลลิเมตรปรอท (ลินจง, 2539 : 242) ไม่ควรดูดเสมหะติดต่อกันหลายครั้งหรือดูดครั้งละไม่เกิน 15 วินาที เพราะการดูดเสมหะนอกจากจะดูดเสมหะออกมาแล้ว ยังดูดออกซิเจนของผู้ป่วยออกมาด้วย พยายามควรดูดเสมหะ 1 ครั้ง สลับกับการให้ออกซิเจน 1 - 2 นาที หลังจากนั้นจึงดูดเสมหะครั้งต่อไป จนหมด (เจียมจิตและวราภรณ์, 2536 : 49) การดูดเสมหะควรดูดด้วยความนุ่มนวล ไม่ดันสายยางเข้าไปในหลอดลมคอ การดูดเสมหะที่ไม่ถูกวิธีอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อได้ (Gulanick, et al., 1998 : 522) สอดคล้องกับการศึกษาของธารทิพย์ (2541 : 61) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจร้อยละ 90 ของผู้ป่วยทั้งหมด ต้องการให้พยาบาลดูดเสมหะด้วยความนุ่มนวล และเบามือ สอดคล้องกับการศึกษาของเฮลเลอร์และทราเวอร์ (Hagler & Traver, 1994 : 444 - 447) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการใส่ น้ำเกลือ (normal saline) ในท่อช่วยหายใจขณะดูดเสมหะกับสาเหตุของการติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนล่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภายหลังถอดท่อช่วยหายใจ ซึ่งเคยได้รับ

การใส่และคาท่อช่วยหายใจอย่างน้อย 48 ชั่วโมง จำนวน 10 ราย ในการเก็บข้อมูลใช้วิธีสุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยใส่น้ำเกลือ 5 ซี.ซี. ระหว่างดูแลตามหะกับวิธีดูแลตามหะแบบธรรมดา ภายหลังถอดท่อช่วยหายใจนำเสมหะจากท่อช่วยหายใจไปเพาะเชื้อและวิเคราะห์ผลโดยใช้วิธีการนับปริมาณของแบคทีเรียที่ได้จากการเพาะเชื้อ พบว่าการดูแลตามหะธรรมดา โดยไม่ใส่น้ำเกลือพบปริมาณเชื้อแบคทีเรีย 60,000 โคโลนีย์ แต่การดูแลตามหะโดยใส่น้ำเกลือ 5 ซี.ซี. กลับพบปริมาณเชื้อแบคทีเรียสูงถึง 310,000 โคโลนีย์ จึงสรุปได้ว่า การใส่น้ำเกลือในขณะที่ดูแลตามหะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่างได้

ดังนั้นการดูแลตามหะโดยใส่น้ำเกลือระหว่างการดูแลตามหะ พยาบาล/ผู้ดูแลควรตระหนักและระมัดระวังปัญหาการปนเปื้อนที่อาจเกิดขึ้นด้วย สำหรับการบีบถุงลมช่วยหายใจนั้น ในผู้ป่วยที่สามารถหายใจเองได้จะต้องบีบตามจังหวะการหายใจของผู้ป่วย เพราะถ้าหากการบีบถุงลมช่วยหายใจไม่สัมพันธ์กับการหายใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะมีอาการแน่น อึดอัด หรือเหนื่อย และในขณะที่บีบถุงลมช่วยหายใจ ถ้าไม่มีการยืดเครื่องให้ท่อช่วยหายใจอยู่กับที่ ให้คิพผู้ป่วยจะเจ็บปวดจากการกระทบกระแทกของปลายท่อช่วยหายใจในหลอดลมคอที่มีการเคลื่อนไหวขึ้น - ลง ในขณะที่บีบถุงลมช่วยหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของซารทิพย์ (2541 : 60) พบว่า การบีบถุงลมช่วยหายใจตามจังหวะการหายใจ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความต้องการในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 88.3 สำหรับความต้องการได้รับการยืดท่อทางเดินหายใจ หรือท่อเจาะคอให้อยู่กับที่ในขณะที่บีบถุงลมช่วยหายใจคิดเป็นร้อยละ 81.7 ของผู้ป่วยทั้งหมด สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจแบบเบนเนคต์ อาจแก้ไขหรือป้องกันการมีเสมหะเหนียวได้โดยใช้ปุ้มปรับความร้อน ปรับอุณหภูมิของน้ำในระบบความชื้นให้สูงขึ้น เพื่อให้ความชื้นกับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เสมหะจะอ่อนตัว ขับออกมาได้ดีขึ้น (ศิริรัตน์, 2535 : 6) การดูแลตามหะแต่ละครั้งควรใช้สายยางประมาณ 2 สาย กรณีที่ทำการดูแลตามหะบริเวณท่อช่วยหายใจเสร็จแล้วจึงนำไปผูกในช่องปาก ซึ่งอาจใช้สายเค็มได้ แต่หากดูแลตามหะทางปากแล้วจะไม่นำไปผูกทางท่อช่วยหายใจอีก (ศิริรัตน์, 2535 : 131) เพราะอาจเกิดการปนเปื้อนขึ้นได้ ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลจะต้องประเมินความต้องการในการดูแลตามหะให้ได้ อาทิ คลำหน้าอก หากพบความตื้นสะเทือน (fremitus) แสดงว่ามีเสมหะอยู่ในทางเดินหายใจ (ชูศักดิ์, 2540 : 282) การฟังปอด และ/หรือการที่เครื่องช่วยหายใจมีความดันเพิ่มสูงขึ้น เป็นต้น ดังนั้นก่อนที่จะดูแลตามหะควรพิจารณาว่าผู้ป่วยมีความเจ็บปวดหรือไม่ หากมีควรให้การช่วยเหลือก่อนทำการดูแลตามหะ นอกจากนี้ควรพลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนท่าผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง รวมทั้งควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ เพราะจะทำให้เสมหะอ่อนตัว ขับออกได้ง่ายและหยอดน้ำเกลือปราศจากเชื้อระหว่างการดูแลตามหะตามความจำเป็น (Gulanick, et al., 1998 : 481) ซึ่งจะใช้ในกรณี

ที่มีเสมหะเหนียว (สิริรัตน์, 2535 : 6) โดยปฏิบัติอย่างถูกวิธีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดตามมา

5. ติดตามผลการเจาะเลือดเพื่อวิเคราะห์แกสทุก 10 - 15 นาที เมื่อมีการปรับตัวเครื่องช่วยหายใจใหม่ (Perry, 1994 : 382) โดยจะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบจุดประสงค์ของการเจาะ การเจาะบางครั้งใช้เวลานาน ผู้ป่วยอาจกลัว พยาบาลจะต้องให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและจัดส่งเลือดที่เจาะได้ไปยังห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจ ภายใน 20 นาทีหลังเจาะ โดยเลือดที่เจาะต้องเก็บในภาชนะที่มีน้ำแข็ง เพื่อลดการเผาผลาญของเซลล์เลือด เป็นการป้องกันความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นได้ (ผ่องพรรณ, 2531 : 39) ภายหลังจากเจาะเลือดควรกดหลอดเลือดหลังเจาะอย่างน้อย 5 นาที เพื่อป้องกันการเกิดก้อนเลือด (hematoma) รวมทั้งควรตั้งเกตอาการซีด เย็น ซา ของอวัยวะส่วนปลายต่อตำแหน่งที่เจาะเนื่องจากอาจเกิดการอุดตันหรือมีลิ่มเลือดในหลอดเลือด ควรระวังการติดเชื้อจากการเตรียมการเจาะ/เจาะไม่สะอาด รวมทั้งความเจ็บปวดที่อาจเกิดขึ้นจากหลอดเลือดแดงที่เจาะหดเกร็ง (spasm) เป็นต้น (สิริรัตน์, 2535 : 120)

6. การติดต่อสื่อสาร เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารเป็นคำพูดได้ ดังนั้นจะต้องช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสื่อสารโดยวิธีอื่นที่ไม่ต้องใช้คำพูด อาทิ เตรียมกระดาษและคินสอ/เครื่องเขียน กระดาน หรือกระดาษแข็งสำหรับการสื่อสาร (communication board) การใช้คำถาม - คำตอบแบบทั่ว ๆ ไป (Jamieson, McCall & Blythe, 1992 : 75 ; Gulnick, et al., 1998 : 482 - 483) การใช้นิ้วมือชี้คำ การใช้ภาษามือ การใช้บัตรคำ การใช้ภาพ การอ่านริมฝีปาก การใช้ท่าทาง และการสัมผัส เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของรารทิพย์ (2541 : 121) พบว่าร้อยละ 76.7 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ มีความต้องการการช่วยเหลือในการหาวิธีการให้สื่อความหมายเกี่ยวกับความรู้สึก ปัญหาและความต้องการ เช่น การจัดให้มีคินสอหรือปากกา แผ่นภาพมีข้อความประกอบ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮาฟสไตน์คอตเตอร์ (Hafsteindottir, 1996 : 261-271) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ในการติดต่อสื่อสารของผู้ป่วยระหว่างได้รับเครื่องช่วยหายใจ พบว่า พยาบาลควรตระหนักในเรื่องการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยโดยอาจใช้รูปภาพเป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสาร เป็นต้น แต่ก่อนที่จะเลือกเทคนิคใดที่เหมาะสมในการสื่อสาร พยาบาลควรประเมินความรู้ ความเข้าใจ ระดับความรู้สึกตัว ความสามารถในการอ่านและเขียน รวมทั้งควรประเมินความพึงพอใจและความต้องการของผู้ป่วยด้วย เนื่องจากการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยก่อให้เกิดประสิทธิผลในการสื่อสารสูงสุด (จิตรรา, 2540 : 121 - 123)

7. ภาวะโภชนาการ ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจส่วนใหญ่ต้องการอาหารที่มีโปรตีนสูงและไขมันสูงกว่าปกติ ส่วนคาร์โบไฮเดรตต่ำ เนื่องจากโปรตีนจะช่วยเพิ่มระบบภูมิคุ้มกันให้มีความแข็งแรงขึ้น แต่คาร์โบไฮเดรตจะทำให้เกิดคาร์บอนไดออกไซด์ขณะที่มีการเผาผลาญสารอาหารซึ่งอาจก่อให้เกิดภาวะการหายใจล้มเหลวได้ ตรงกันข้ามกับไขมัน ขณะเผาผลาญสารอาหารจะทำให้เกิดคาร์บอนไดออกไซด์เพียงเล็กน้อยเท่านั้น ไขมันจะให้พลังงานสูงสุด คือ 9 กิโลแคลอรี/กรัม ส่วนโปรตีนและคาร์โบไฮเดรตจะให้พลังงานเพียง 4 กิโลแคลอรี/กรัม

โดยทั่วไปผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ควรได้รับแคลอรีจากไขมัน 45 เปอร์เซ็นต์ โปรตีน 25 เปอร์เซ็นต์และจากคาร์โบไฮเดรต 30 เปอร์เซ็นต์ นอกจากนี้ควรพิจารณาให้ฟอสฟอรัสและแมกนีเซียมร่วมด้วย เพราะจะมีส่วนในการช่วยเพิ่มการทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อหายใจเช่นกัน (Freichels, 1993 : 28 - 29)

8. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นความต้องการที่ผู้ป่วยทุกคนต้องการจะได้รับ สาเหตุหนึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวหรืออาจเกิดจากอาการอ่อนเพลียจากภาวะของโรคที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ เป็นต้น และจากการศึกษาของมาลี (2542 : 54) ที่พบว่าผู้ป่วย 2 ใน 6 ราย ระบุว่าพยาบาลให้การช่วยเหลือเพื่อผู้ป่วยโดยช่วยให้เกิดความสุขสบายในช่วงที่ทำเองไม่ได้

ความต้องการและการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จะกล่าวถึงรายละเอียดต่าง ๆ ดังนี้ (Jamieson, McCall & Blythe, 1992 : 76)

8.1 การขับถ่าย เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ส่วนใหญ่จะถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ดังนั้นหากผู้ป่วยต้องการขับถ่าย ควรให้การช่วยเหลือโดยใช้ที่รองรับปัสสาวะ (urinal) และขับถ่ายบนหม้อนอน (bedpan) รวมทั้งควรป้องกันอาการท้องผูก เพราะอาการท้องผูกจะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากจะต้องออกแรงในการขับถ่ายเพิ่มขึ้น ทำให้รู้สึกหายใจเหนื่อยขึ้นได้

8.2 การทำความสะอาดร่างกายและการแต่งกาย ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจควรได้รับความช่วยเหลือในการทำทำความสะอาดร่างกาย รวมทั้งควรสวมเสื้อผ้าที่หลวม เบา สบาย เพื่อให้หน้าอกและท้องเคลื่อนไหวได้อย่างสะดวก

8.3 การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย การมีไข้ทำให้ร่างกายหายใจเร็วขึ้น สำหรับผู้ป่วยที่มีอุณหภูมิร่างกายต่ำ จะพบว่ามีอัตราการหายใจช้า จึงควรสังเกตและควบคุมให้ร่างกายมีอุณหภูมิอยู่ในระดับปกติ

8.4 ความสามารถในการเคลื่อนไหว การออกแรงหรือใช้ความพยายามในการเคลื่อนไหว จะทำให้อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายหรือทุกข์ทรมาน ได้ดังนั้นพยาบาลจึงต้องดูแลและให้การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยด้วย เพราะการที่ผู้ป่วยไม่เคลื่อนไหว อาจนำไปสู่อาการท้องผูกได้ จากการศึกษาของ ชารทิพย์ (2541 :117) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจร้อยละ 76.7 ของผู้ป่วยทั้งหมด มีความต้องการให้พยาบาลช่วยเหลือเพื่อให้เป็นอิสระจากการผูกมัดร่างกายในขณะที่มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด สอดคล้องกับการศึกษาของดวงใจ (2536 : 55) ซึ่งพบว่า ร้อยละ 65.7 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ทำการศึกษารับรู้ว่าการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดในระดับมาก

8.5 การทำงานและการปฏิบัติในสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจ พยาบาล/ผู้ดูแลจะต้องช่วยเหลือในการทำงานหรือให้ผู้ป่วยทำในสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจและต้องการ ได้ตามความเหมาะสม

8.6 การนอนหลับ แบบแผนการนอนหลับของผู้ป่วยอาจเปลี่ยนแปลง เนื่องจากถูกรบกวนจากหลายสาเหตุ อาทิ การมีเสมหะอุดกั้นในท่อช่วยหายใจ การดูดเสมหะ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การหายใจลำบาก/การหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ความรู้สึกไม่ปลอดภัย การที่ไม่สามารถพูดคุยสื่อสารกับบุคคลอื่นเข้าใจได้ ไม่ทราบวัน เวลา หรืออาจเกิดจากการมีแสงสว่างหรือเสียงต่าง ๆ รบกวน เป็นต้น (Bergborm - Engberg & Haljamae, 1989 : 1068 - 1072 ; Johnson & Sexton , 1990 : 48 -57) สิ่งเหล่านี้จะเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ พยาบาลผู้ดูแลจะต้องประเมินหาสาเหตุและกำจัดสิ่งเร้าหรือสาเหตุเหล่านั้นให้ได้ เพื่อจะส่งผลให้ผู้ป่วยนอนหลับได้อย่างเพียงพอ และจากการศึกษาของสตรอฮล์ (Strohl, 1998 : 281) ซึ่งศึกษาย้อนหลังเกี่ยวกับการหยุดหายใจขณะนอนหลับเนื่องจากการอุดกั้นของทางเดินหายใจในผู้สูงอายุ พบว่า จำนวนตายจะเพิ่มขึ้นประมาณ 6 เปอร์เซ็นต์ เมื่อมีอายุสูงขึ้น 5 - 8 ปี ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นโรคหลอดเลือดคร่ำด้วย ดังนั้นในการให้การดูแลพยาบาลผู้ดูแลควรตระหนักถึงปัญหาเหล่านี้ที่อาจเกิดขึ้นเช่นกัน

9. การป้องกันการติดเชื้อ พยาบาลผู้ดูแลจะต้องติดตามและประเมินภาวะการติดเชื้อของผู้ป่วย อาทิ ติดตามระดับอุณหภูมิของร่างกาย หากอุณหภูมิสูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส หรือ 101.3 องศาฟาเรนไฮต์ ควรรายงานแพทย์ ติดตามจำนวนเม็ดเลือดขาว (WBC) ติดตามผลการส่งเสมหะเพาะเชื้อ สังเกตลักษณะของเสมหะได้แก่ สี ความเหนียวข้นของเสมหะ จำนวนและกลิ่น รวมทั้งติดตามผลการถ่ายเอกซเรย์ของปอดคั้งนั้นพยาบาลผู้ดูแลต้องดูแลเสมหะโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา อาจจำกัดบุคคลที่มาเยี่ยม โดยเฉพาะผู้ที่ป็นไข้หวัด หรือไข้หวัดใหญ่ ดูแลเกี่ยวกับความสะอาดในช่องปาก โดยทำความสะอาด

ทุก 2 ชั่วโมง อาจใช้ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ผสมกับน้ำในอัตราส่วน 1 : 1 และในกรณีที่ผู้ป่วยคา
ท้อช่วยหายใจทางปาก ควรเปลี่ยนตำแหน่งในการผูกมัดจากมุมปากด้านหนึ่งไปยังอีกด้านหนึ่งทุก
24 - 48 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ รวมทั้งควรดูแลเกี่ยวกับความสะอาดทั่วๆ ไปรวม
ถึงภาวะโภชนาการและการพักผ่อนของผู้ป่วยด้วย (Gulanick, et al., 1998 : 485 - 486)

10. การให้ความรู้ เนื่องจากผู้ป่วยบางรายได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นครั้งแรก บางรายมี
ประสบการณ์ในการใส่เครื่องช่วยหายใจมาบ้างแล้ว แต่ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ดังนั้น
พยาบาลผู้ดูแลจะต้องประเมินความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับเครื่องช่วยหายใจ โดยช่วยเหลือสนับสนุน
ให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกลงและสอบถามข้อสงสัยต่าง ๆ อธิบายและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มี
ส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาล เช่น
การเจาะเลือดเพื่อวิเคราะห์แก๊ส สัญญาณเตือนต่าง ๆ การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ความจำเป็นใน
การผูกมัดผู้ป่วย ความจำเป็นในการดูดเสมหะ เหตุผลที่ผู้ป่วยไม่สามารถพูดได้ การดูแลเกี่ยวกับ
ความสะอาดของช่องปากและร่างกายเป็นต้น (Gulanick, et al., 1998 : 486 - 487) การให้ความรู้จะ
ทำให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ลดการกลับมาใส่ท่อช่วยหายใจ
และเครื่องช่วยหายใจซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของโครมลิสค์และคณะ (Crimlisk, et al., 1997 :
145 - 152) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้กับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการ
การถอดท่อช่วยหายใจและเป็นผู้ใหญ่ จำนวน 862 ราย แบ่งเป็น 2 ระยะ คือระยะแรก เป็นผู้ป่วย
ที่ได้รับการถอดท่อช่วยหายใจใน 3 เดือนแรก และระยะที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการถอดท่อช่วย
หายใจเกิน 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยสามารถลดการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ
ได้ โดยลดจากร้อยละ 45 เป็นร้อยละ 18.8 ดังนั้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญที่
พยาบาลผู้ดูแลทุกคนควรตระหนัก

11. การดูแลเกี่ยวกับภาวะเศรษฐกิจและค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการรักษาพยาบาล ภาวะ
เศรษฐกิจในยุคปัจจุบันเป็นเรื่องที่ต้องคำนึงถึงเช่นกัน เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ
นอกจากจะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดแล้ว การเฝ้าระวังหรือติดตามอาการของผู้ป่วยจะต้อง
อาศัยอุปกรณ์/เทคโนโลยีที่ทันสมัย ประกอบกับระยะเวลาของการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล
ที่ยาวนาน อาจส่งผลให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นได้และจากการศึกษาของ เมคคาร์ธี ยาคุเลค และริงเลอร์
(McCarthy, Yaculak & Ringler, 1998 : 114- 118) ซึ่งตรวจสอบย้อนหลังเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยที่
ตาย จำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายจากหอผู้ป่วยหนัก ราคาค่าใช้จ่ายและระยะเวลาของการนอน
โรงพยาบาลในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจจำนวน 2,487 ราย ใช้เวลาในการศึกษา 18
เดือน พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยส่วนใหญ่ 68 ชั่วโมง โดยค่าใช้จ่าย

ของผู้ป่วยทั้งหมด จำนวน 2,487 ราย คิดเป็น 14.9 ล้านบาท เฉลี่ยเป็นรายบุคคลเท่ากับ 2,114.76 ดอลลาร์/วัน ซึ่งในระยะเวลา 12 ชั่วโมงแรก ค่าใช้จ่ายจะสูงมาก สำหรับหอผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงสุด ได้แก่ หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท/หออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท (3.75 ล้านบาท) รองลงมาคือหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม (3.74 ล้านบาท) และหอผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายต่ำสุดคือหออภิบาลผู้ป่วยหนักมะเร็ง (0.64 ล้านบาท) ในส่วนของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรม มีค่าใช้จ่ายสูงสุด (11.322 พันดอลลาร์) รองลงมาคือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท/หออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท (10.280 พันดอลลาร์) และต่ำสุดคือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเกี่ยวกับหัวใจและทรวงอก (2.365 พันดอลลาร์) จากผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรมสูงสุด (123 ชั่วโมง) รองลงมาคือหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท/หออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท (114 ชั่วโมง) และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ของผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเกี่ยวกับหัวใจและทรวงอกต่ำสุด (25 ชั่วโมง) สำหรับจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจมีจำนวนสูงสุด ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเกี่ยวกับหัวใจและทรวงอก (ร้อยละ 47.4) รองลงมาคือหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม (ร้อยละ 19.9) และหออภิบาลผู้ป่วยหนักมะเร็ง มีจำนวนผู้ป่วยต่ำสุด (ร้อยละ 2.8) จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจมีจำนวนตายสูงสุด ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (ร้อยละ 20) รองลงมาคือหออภิบาลผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 15.7) และหออภิบาลผู้ป่วยหนักเกี่ยวกับหัวใจและทรวงอก มีจำนวนผู้ป่วยตายต่ำสุด (ร้อยละ 1) ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลควรประยุกต์ใช้ทฤษฎีและทักษะต่าง ๆ ทางการศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ เพื่อลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงสุด จากการศึกษาของมาลี (2542 : 59) ซึ่งศึกษาประสิทธิภาพการให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของผู้คิดชื่อ เอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ผู้ป่วย 1 ใน 6 ราย ระบุว่าพยาบาลช่วยบรรเทาความเครียดรอน โดยช่วยแก้ปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาล ซึ่งพฤติกรรมดูแลเช่นนี้ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น เนื่องจากค่ารักษาพยาบาลได้

แนวคิดวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การวิจัยเชิงคุณภาพ มุ่งเน้นที่การหาความหมายของพฤติกรรมของการกระทำของบุคคล หรือกลุ่มบุคคลสืบเนื่องจากแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลหรือการกระทำของบุคคลทุกอย่างไม่ได้จับในตนเองหรือจบอยู่แค่นั้น แต่พฤติกรรมหรือการกระทำทุกอย่างที่บุคคลแสดงออกมีจุดมุ่งหมาย มีความหมายเฉพาะ (อติศรา, 2538 : 9) ดังนั้นการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การแสวงหาความรู้ โดยการพิจารณาปรากฏการณ์สังคมจากสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริงในทุกมิติ เพื่อหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กับสภาพแวดล้อมนั้น วิธีการนี้จะสนใจข้อมูลด้านความรู้สึกนึกคิด ความหมาย คำนิยมหรืออุดมการณ์ของบุคคลนอกเหนือไปจากข้อมูลเชิงปริมาณ โดยเน้นการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (สุภาวงศ์, 2537 : 13) และวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบหนึ่ง คือ การวิจัยที่ให้ความสำคัญแก่ประสบการณ์ชีวิตของบุคคล (phenomenological research) ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีพื้นฐานความเชื่อตามกระแสแนวคิดของ สำนักปรากฏการณ์นิยม (phenomenology or interpretativism or naturalism) เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานทางสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ (อาภรณ์, 2536 : 18) ซึ่งเป็นการสืบสวนและพรรณนาโดยตรงจากปรากฏการณ์ที่ผู้ศึกษาได้ประสบอย่างตั้งใจโดยไม่คำนึงถึงคำอธิบายทางทฤษฎี และเป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้จากข้อสันนิษฐานหรือข้อสมมติเบื้องต้นที่ยังไม่มีการสืบสวน (Spiegelberg, 1965 อ้างตามศรีเพ็ญ, 2532 : 10)

วิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) มาจากภาษากรีก ประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ ฟิโนมีนอน (phainomenon) หมายความว่า ปรากฏขึ้น และ โลโกส (logos) ซึ่งหมายความว่า คิด สติ เหตุผล หรือการคิด ความรู้สึกหรือการชี้แจงที่มีเหตุผล (Stewart & Mickunas, 1990 cited by Walters, 1995 : 791)

จากความหมายดังกล่าว อาจสรุปได้ว่า วิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการอธิบายความรู้สึก/ความคิดที่มีเหตุผลอย่างมีสติเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ที่ปรากฏขึ้น

ฮัสเซอร์ล (Husserl) เป็นผู้ริเริ่มนำวิธีการทางปรากฏการณ์วิทยา มาใช้ในทางการพยาบาล (Paley, 1997 : 187) ซึ่งถือได้ว่าเป็นบิดาของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Thompson, 1990 : 234) ฮัสเซอร์ลได้เสนอวิธีการศึกษาหลักทางปรากฏการณ์วิทยาไว้ 2 ประการ คือ (1) เน้นการบรรยายปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างละเอียด เป็นอิสระจากทฤษฎีด้วยความรู้สึกนึกคิด และความมีสติของผู้ศึกษา ซึ่งจะนำไปสู่การค้นพบโครงสร้างที่สำคัญที่ประกอบเป็นปรากฏการณ์นั้น ๆ (2) เป็นการวิเคราะห์ปรากฏการณ์อย่างตั้งใจ ใช้ความรู้สึกนึกคิดและความมีสติของผู้ศึกษา

พิจารณาปรากฏการณ์นั้นไม่ใช่เฉพาะแต่ที่ปรากฏด้วยสายตาเท่านั้น แต่จะต้องสามารถโยงความคิดที่มีต่อสิ่งนั้นให้ครอบคลุมทุกแง่ทุกมุมเท่าที่จะเป็นไปได้ (ศรีเพ็ญ, 2532 : 15) การศึกษาเชิงปรากฏการณ์นี้ เป็นการศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นโดยการระลึกลึถึงประสบการณ์ต่าง ๆ รวมทั้งการให้ความหมาย (Kokak, 1978 cited by Koch, 1995 : 828) ซึ่งจุดเด่นของฮัสเซอร์ล คือสิ่งที่รู้มีความหมายตามที่เห็น (to know means to see) โดยมีจะถามเกี่ยวกับความเป็นอยู่อันแท้จริงของการมีชีวิต (reality is the life - world) (Koch, 1995 : 828) รวมทั้งจุดสำคัญ หรือหัวใจของการศึกษาแบบนี้อยู่ที่การค้นพบข้อเท็จจริงโดยนักวิจัยจะต้องหลีกเลี่ยงการลำเอียง วิธีสรุปปรากฏการณ์ต่าง ๆ ตามความคิดหรือความรู้สึกของตนเอง (Munhall & Oiler, 1986 : 80) ซึ่ง ออยเลอร์ (Oiler, 1981 cited by Koch, 1995 : 829) ได้ยืนยันว่าปรัชญา/วิธีการของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาจะทำให้เข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี โดยถามผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์ต่าง ๆ อาทิ ความคิด ความโกรธ ความเชื่อถือ หรือความไว้วางใจ ความกล้าหาญ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะแสดงความหมายของความรู้สึกเหล่านั้น (Koch, 1995 : 829) แนวความคิดต่าง ๆ ของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาได้พัฒนาเรื่อย ๆ

ในศตวรรษที่ 20 ไฮเดกเกอร์ (Heidegger) ได้พัฒนาแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาของฮัสเซอร์ล มาเป็นแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์มีเนวติกส์ (Hermeneutics) (Annells, 1996 : 706) ซึ่งปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์มีเนวติกส์ ทำให้เข้าใจมนุษย์ได้เป็นอย่างดี โดยจะขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมทางสังคม การให้คุณค่า ภาษา ความคิด ในช่วงเวลาที่ผ่านมาเป็นต้น (Thompson, 1990 : 228) เนื่องจากเป็นปรัชญาของการค้นหาเพื่อแปลความ หรือเพื่อตีความเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่ของมนุษย์ เพื่อค้นหาประสบการณ์ที่ศึกษาและเพื่อวิเคราะห์โครงสร้างของประสบการณ์โดยเน้นที่สังคมและภูมิหลังของสิ่งที่แสวงหา โดยบุคคลจะให้ความหมายต่อสิ่งต่าง ๆ ตามสภาพแวดล้อมและอิทธิพล ของภูมิหลังเหล่านั้น (Dreyfus, 1991 & Plager, 1994 cited by Thaniwattananon, 1995 : 59) สอดคล้องกับที่เรย์ (Ray, 1985 : 81 - 92 อ้างตาม ทิพมาศ, 2541 : 8) ซึ่งกล่าวว่าจุดเน้นของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์มีเนวติกส์ เป็นการเน้นการแปลความและค้นหาความหมายของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นจุดเน้นของการศึกษาทางปรากฏการณ์ในปัจจุบัน และเทย์เลอร์ (Taylor, 1994 cited by Annell, 1996 : 708 -709) ได้กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์มีเนวติกส์มีความเหมาะสม ในการทำวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับปรากฏการณ์ทางการแพทย์ ซึ่งมีจุดเน้นที่ประสบการณ์ของพยาบาล และการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย ในด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อม การให้คุณค่าของบุคคลในบริบทนั้น ๆ การแสวงหาความเข้าใจในการใช้ชีวิตประจำวัน รวมทั้งการปฏิบัติในเรื่องต่าง ๆ ซึ่งพยาบาลและผู้ป่วยจะร่วม

กันพิจารณาสิ่งที่มีอยู่จริงหรือความเป็นอยู่อันแท้จริง (Thompson, 1990 : 235) การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์มันิวติคส์ ได้อธิบายธรรมชาติของบุคคลไว้ดังนี้

1. บุคคลเป็นผู้ที่อยู่ในโลกหรือในสิ่งแวดล้อม (the person as having a world) ซึ่งโลกเชิงปรากฏการณ์วิทยา จะหมายถึงสิ่งแวดล้อมหรือธรรมชาติ/ทุกสิ่งทุกอย่าง กลุ่มของสัมพันธภาพการปฏิบัติและภาษาที่สามารถได้รับมาจากวัฒนธรรมนั้น ๆ (Leonard, 1989 : 43 , 1994 : 46)

2. บุคคลเป็นผู้ที่มีชีวิตอยู่เพื่อการให้ความหมายและให้คุณค่า (the person as a being for whom things have significance and value) สารสำคัญของบุคคลในความหมายนี้ คือ บุคคลในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาไม่เพียงแต่จะอยู่ในสิ่งแวดล้อม มีความหมายและคุณค่าเท่านั้น แต่ยังมี ความแตกต่างกันบนพื้นฐานของวัฒนธรรม ภาษา และสถานการณ์ของแต่ละบุคคล(Leonard, 1994 : 50) และการที่จะทำความเข้าใจหรือการแสดงออกของบุคคล จะต้องศึกษาบุคคลในบริบทนั้น ๆ ของเขาตามสิ่งที่บุคคลได้ให้คุณค่าและความสำคัญด้วย (Leonard, 1989 : 46 , 1994 : 49 - 51)

3. บุคคลเป็นผู้ให้ความหมายด้วยตนเอง (the person as self - interpreting) การให้ความหมายของบุคคล ไม่ได้เกิดมาจากระดับความมีสติของบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่ยังได้รับมาจากภาษา ประเพณี วัฒนธรรมและภูมิหลังที่สำคัญด้วย (Leonard, 1994 : 51 - 52)

4. บุคคลเป็นหน่วยรวม (the person as embodied) บุคคลไม่ใช่จะมีแต่เพียงร่างกายเท่านั้น แต่ยังมีการรวมสิ่งอื่น ๆ เข้าไว้ด้วยกัน นั่นคือประสบการณ์ ซึ่งจะขึ้นอยู่กับศักยภาพในการแลกเปลี่ยนกับสิ่งอื่น ๆ (shared) การรวบรวมสิ่งต่าง ๆ (embodies) และการรับรู้ ซึ่งการปฏิบัติทั่วไป ของบุคคลจะขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม การกระทำ ภาษา วัฒนธรรมและภูมิหลังตามการรับรู้ (Benner, 1985 cited by Leonard, 1994 : 52 ; Koch, 1995 : 832)

5. บุคคลจะอยู่ในช่วงเวลา (the person in time) บุคคลเป็นผู้มีชีวิตอยู่ในช่วงเวลา ซึ่งมีมิติของเวลา เป็นองค์ประกอบของการมีชีวิต โดยการมีชีวิตในปัจจุบันเป็นผลสืบเนื่องมาจากสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต และมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในอนาคต (Leonard, 1994 : 53 - 54)

ต่อมา กาดาเมอร์ (Gadamer, 1975 cited by Annells, 1996 : 707) ซึ่งเป็นนักปรัชญาและเป็นศิษย์ของไฮเดกเกอร์ ได้เพิ่มเติมแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์มันิวติคส์ อีก 2 ประการเพื่อที่จะทำให้เกิดความเข้าใจและสามารถแปลความหมายต่าง ๆ ที่บุคคลแต่ละบุคคลแสดงออกมาได้ คือ

1. ภาษา ซึ่งภาษานี้จะเป็นพื้นฐานของการทำให้เข้าใจเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่ของบุคคล ในสิ่งแวดล้อมนั้น ๆ การที่จะเข้าใจบุคคลได้จะต้องค้นหาความหมายด้วยการพูดคุยกับบุคคลนั้น เพราะการพูดคุยเท่านั้นที่สามารถยืนยันข้อเท็จจริงในบริบทนั้นได้

2. การหล่อหลอมความเข้าใจ ผู้ศึกษาจะต้องมองอย่างกว้าง ๆ ในสิ่งที่กำลังค้นหาและทำความเข้าใจโดยพยายามมองให้ละเอียดและครอบคลุมปรากฏการณ์ทั้งหมด รวมทั้งมองภาพรวมของปรากฏการณ์โดยรวมจนผู้ศึกษา และผู้ให้ข้อมูลเกิดความเข้าใจกัน ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลในบริบทนั้น ๆ

การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์มีเนอติคซ์ จะให้ความสนใจกับการแปลความหมายหรือการให้ความหมายของปรากฏการณ์ที่ซ่อนเร้น โดยฝังอยู่หรือรวมเข้าไปในวัฒนธรรม ภาษา การปฏิบัติ และความรู้ในการปฏิบัติที่สำคัญ ๆ เกี่ยวกับประสบการณ์ทั่ว ๆ ไป วันต่อวัน ซึ่งจะมุ่งหมายการสัมภาษณ์ไม่ใช่การอธิบาย ทำนายหรือก่อให้เกิดทฤษฎี แต่เป็นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการให้ความหมาย จากสิ่งที่เห็นในประสบการณ์ของชีวิตอย่างแจ่มแจ้ง ความสมบูรณ์และมีค่าของปรากฏการณ์ประกอบด้วย รายละเอียดหรือข้อปลีกย่อยและบริบท หรือสิ่งแวดล้อมของประสบการณ์นั้น ๆ โดยการสัมภาษณ์จะต้องทำอย่างผสมผสาน กลมกลืนกับการฟัง และการบรรยาย การสัมภาษณ์จะต้องพยายามดึงข้อมูลที่อยู่ข้างในออกมาให้ได้ (inside - out) (Sorrell & Redmond, 1995 : 1120) ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ที่ไม่มีโครงสร้างแต่อย่างใด การสัมภาษณ์ต้องการพรรณนาประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมากกว่าการแปลความหมาย ผู้วิจัยจะต้องสามารถทำความเข้าใจใจของคร่อมของประสบการณ์ต่าง ๆ ที่สำคัญ ซึ่งเป็นอยู่ในเวลานี้เป็นวันต่อวัน โดยทั่วไปคำถามมักถามว่า “อย่างไร” (how) มากกว่าถามว่า “ทำไม” (why) การสัมภาษณ์จะใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้สามารถบรรยายได้โดยตรง เกี่ยวกับประสบการณ์สำคัญ ๆ ที่ได้ประสบ (Sorrell & Redmond, 1995 : 1120 -1121)

การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกร่วมกับแบบตะล่อมกลมกล่อม อาจใช้วิธีการกล่าวซ้ำหรือกล่าวซ้ำ (recapitulation probe) และการเงียบ (silent probe) (Gordon, 1980 cited by Sorrell & Redmond, 1995 : 1121) จะใช้วิธีบันทึกเทป ร่วมกับการจดบันทึก/และสังเกตของพยาบาลเอง ซึ่งระยะเวลาในการสัมภาษณ์จะใช้เวลาครั้งละประมาณ 20 -50 นาที (Munhall & Oiler, 1986 : 94) การเก็บรวบรวมข้อมูลจะทำงานกว่าข้อมูลมีความอิ่มตัว (saturation of date) คือ ไม่มีประเด็นหรือสาระสำคัญเพิ่มขึ้นและข้อมูลที่ได้รับใหม่ มีความซ้ำซ้อนกับข้อมูลในช่วงที่ผ่านมา (Streubert & Carpenter, 1995 : 43 -44 อ้างตามทิพมาศ, 2541:14)

จะเห็นได้ว่าปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์มีเนอติคซ์หรือไฮเดกเกอร์เรียน (Hermeneutic or Heideggerian phenomenology) เป็นการศึกษาการแปลความหมายตามสิ่งที่แฝงอยู่ในปรากฏการณ์ที่ไม่ได้ปรากฏออกมาอย่างเห็นได้ชัด แต่รวมอยู่ในวัฒนธรรม ภาษา การปฏิบัติและความรู้ในการปฏิบัติที่สำคัญของประสบการณ์ที่เกิดขึ้นทุก ๆ วัน ซึ่งเป็นการศึกษาค้นคว้าเพื่อสืบสวน วิเคราะห์

และอธิบายสิ่งเหล่านี้โดยตรงไปตรงมา ซึ่งสามารถอธิบายให้เห็นความหมายของประสบการณ์เหล่านั้นอย่างชัดเจน (Sorrell & Redmond, 1995 : 1120)

จากแนวคิดของวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ผู้วิจัยคิดว่ามีความเหมาะสมกับเรื่องที่ต้องการศึกษาเป็นอย่างยิ่ง เพราะวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ สามารถแสวงหาความรู้เพื่อที่จะนำมาอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้อย่างครอบคลุมและลึกซึ้ง ตามมุมมองที่เกิดขึ้นจริง โดยเฉพาะเรื่อง”ประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ” จะทำให้ทราบถึงการให้ความหมายของการได้รับเครื่องช่วยหายใจตามการรับรู้ของผู้ป่วย ความรู้สึกต่อการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ปัญหา/เหตุการณ์ต่างๆ ที่ประสบ ความรู้สึกต่อปัญหา/เหตุการณ์เหล่านั้น การเผชิญ/การจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น รวมถึงการดูแลที่ได้รับ ความรู้สึกต่อการดูแลเหล่านั้น และความต้องการการดูแลที่เกิดขึ้นในระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ไม่มีใครทราบได้ดีไปกว่าตัวของผู้ป่วยเอง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่อง ประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจครั้งนี้ จะศึกษาในประเด็นการให้ความหมายตามการรับรู้และความรู้สึกต่อการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ปัญหา/เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยประสบและวิธีการเผชิญ/จัดการกับปัญหา ประสบการณ์การดูแลที่ได้รับและความรู้สึกต่อการดูแล ตลอดจนความต้องการการดูแลขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอรัมนิวติกซ์ (Hermeneutic phenomenology) ซึ่งมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

เป็นผู้ป่วยที่เคยได้รับเครื่องช่วยหายใจ

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ป่วยที่เคยได้รับเครื่องช่วยหายใจของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2541 ถึงเดือนกรกฎาคม 2542 จำนวน 11 คน เป็นผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 7 คน และศัลยกรรม จำนวน 4 คน โดยวิธีการเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการได้รับเครื่องช่วยหายใจอย่างน้อย 1 วัน รวมทั้งเป็นผู้ป่วยภายหลังถอดท่อช่วยหายใจอย่างน้อย 1 วัน โดยผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบหรือหายใจลำบาก รวมทั้งมีความพร้อมในการให้ข้อมูล

2. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถพูดภาษาไทยได้เป็นอย่างดี

3. สามารถจำและเล่าเหตุการณ์ต่าง ๆ ขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจได้

4. เป็นผู้ป่วยที่ยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยจึงเป็นเครื่องมือและกุญแจสำคัญที่จะให้ได้ซึ่งข้อมูลที่ต้องการ นอกจากผู้วิจัยแล้วยังมีเครื่องมือประกอบอื่นที่จะต้องใช้อย่างนี้

1. เทปบันทึกเสียง
2. ม้วนเทปบันทึกเสียง
3. แบบบันทึกและแบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 ชุด ซึ่งมี 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพการสมรส บทบาทในครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ และ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

ตอนที่ 2 แบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้ จำนวนครั้งที่รับไว้ในโรงพยาบาลนี้ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน อาการและอาการแสดงก่อนได้รับเครื่องช่วยหายใจและในปัจจุบันที่ทำการสัมภาษณ์ จำนวนครั้งในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ชนิดและวิธีหย่าเครื่องช่วยหายใจ

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วย ในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับได้นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองสัมภาษณ์ผู้ป่วยในสถานการณ์จริง และนำมาปรับแก้แนวคำถามเพื่อให้สอดคล้องและเหมาะสมกับการศึกษา โดยแบบสัมภาษณ์จะประกอบด้วย 3 ประเด็น ดังนี้ (1) การให้ความหมายของการได้รับเครื่องช่วยหายใจตามการรับรู้ของผู้ป่วย และความรู้สึกต่อการได้รับเครื่องช่วยหายใจ (2) ปัญหา/เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ประสบ ความรู้สึกต่อปัญหา/เหตุการณ์เหล่านั้น และวิธีการเผชิญปัญหา/จัดการกับปัญหาขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ และ (3) ประสบการณ์เกี่ยวกับการได้รับการดูแลที่ได้รับ ความรู้สึกต่อการดูแล และความต้องการการดูแลขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 การเตรียมตัวผู้วิจัยในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงเป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญและจำเป็นยิ่ง โดยผู้วิจัยได้เตรียมตัวในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.1.1 ศึกษาความรู้เชิงวิชาการไว้ให้พร้อม โดยทำการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับแนวคิดของภาวะการหายใจล้มเหลว ผลกระทบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ความต้องการการดูแลและการให้การดูแลผู้ป่วยขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ รวมทั้งแนวคิดวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เพื่อจะได้นำความรู้เหล่านี้ ไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือและข้อคำถามต่าง ๆ เพื่อให้มีความครอบคลุมในประเด็นที่จะศึกษามากที่สุด

1.1.2 เตรียมความรู้เกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา โดยศึกษาตามปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์มันนิคซ์ ตลอดจนกระบวนการวิจัยเพื่อให้เกิดการศึกษา/วิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุมปรากฏการณ์ที่ศึกษา

1.1.3 เตรียมความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล อาทิการเตรียมตัวทำงานภาคสนาม การสังเกต การสัมภาษณ์ ตลอดจนเทคนิคการตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูลรวมทั้งวิธีการเขียนรายงาน เพื่อจะได้มาซึ่งข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้ง รวมทั้งเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

1.1.4 การเตรียมความรู้เกี่ยวกับสถานที่ศึกษา โดยศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะการให้บริการ ระยะเวลาการให้เยี่ยม กฎระเบียบต่าง ๆ ของหอผู้ป่วยเป็นต้น เพื่อให้ได้ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนเก็บข้อมูลต่อไป

1.2 การสร้างแนวคำถาม ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์โดยอาศัยแนวคิดจากทฤษฎีและการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง ในประเด็นต่างๆ ที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น (ตามข้อ 1.1.1) โดยแนวคำถามที่สร้างขึ้น จะทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลใน 3 ประเด็น คือ (1) การให้ความหมายของการได้รับเครื่องช่วยหายใจตามการรับรู้ของผู้ป่วย และความรู้สึกรู้สึกต่อการได้รับเครื่องช่วยหายใจ (2) ปัญหา/เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ประสบ ความรู้สึกต่อปัญหา/เหตุการณ์เหล่านั้น และวิธีการเผชิญปัญหา/จัดการกับปัญหาขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ และ (3) ประสบการณ์เกี่ยวกับการได้รับการดูแลที่ได้รับ ความรู้สึกต่อการดูแลและความต้องการการดูแลขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งการสร้างแนวคำถามครั้งนี้จะผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และภาควิชาศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัย

สงขลานครินทร์ และผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการทำวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้แนวคำถามมีความเหมาะสมและครอบคลุมในประเด็นที่ทำการศึกษา

1.3 ทำหนังสือจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ต้องการเก็บข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาขั้นตอนการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล

1.4 ติดต่อประสานงานกับหัวหน้าหอหรือหัวหน้างาน ที่มีผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและการทำวิจัย

1.5 การเตรียมเครื่องมือ อาทิเช่น เทปบันทึกเสียง แบบบันทึกและแบบสัมภาษณ์ต่าง ๆ ไว้ให้พร้อม เพื่อความสะดวกในการเก็บข้อมูล

1.6 การศึกษานำร่อง โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 2 ราย เพื่อทดลองใช้และปรับปรุงแนวคำถามก่อนที่จะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง รวมทั้งเป็นการฝึกทักษะ เทคนิคต่าง ๆ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูล

2. ขั้นตอนการ

2.1 การสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่ของหอผู้ป่วยที่จะทำการเก็บข้อมูล ตลอดจนสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย โดยแนะนำตัวพร้อมกับอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ตลอดจนขั้นตอนการเก็บข้อมูล

2.1.2 ผู้วิจัยเริ่มสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล โดยการแนะนำตัวให้ผู้ป่วยทราบว่า ผู้วิจัยกำลังศึกษาอยู่ที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในระดับปริญญาโท มีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจในประเด็นของการให้ความหมายของการได้รับเครื่องช่วยหายใจตามการรับรู้ของผู้ป่วยและความรู้สึกต่อการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ปัญหา/เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยประสบ ความรู้สึกต่อปัญหา/เหตุการณ์เหล่านั้นและวิธีการเผชิญ/จัดการกับปัญหา รวมทั้งประสบการณ์ต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลที่ได้รับ ความรู้สึกต่อการดูแล และความต้องการการดูแลต่าง ๆ ขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งผู้ป่วยสามารถพูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกหรือแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากการให้ข้อมูลในครั้งนี้จะไม่ผลกระทบต่อการรักษาแต่ประการใด

2.2 เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะต้องคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัย และการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยดังนี้ บอกให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการทำการ

ศึกษาวิจัย วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีการเก็บข้อมูลซึ่งจะใช้การสัมภาษณ์ บันทึกเทปร่วมกับการจดบันทึกในขณะที่สัมภาษณ์ด้วย ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยแต่ละครั้ง ผู้วิจัยและผู้ป่วยจะทำการนัดหมาย วัน เวลา ตามที่ผู้ป่วยสะดวกและมีความพร้อมที่จะให้ข้อมูล ซึ่งการเก็บข้อมูลครั้งนี้ หากยังได้ข้อมูลที่ไม่มีเพียงพอ ผู้วิจัยอาจทำการสัมภาษณ์ต่อเนื่อง ไปถึงที่บ้าน ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการสัมภาษณ์ จะถือเป็นความลับและไม่เปิดเผยชื่อผู้ป่วยที่ถูกสัมภาษณ์ให้ผู้อื่นทราบ และผู้ป่วยสามารถปฏิเสธหรือออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ป่วย

2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะใช้เทคนิคต่าง ๆ 3 วิธีด้วยกัน

2.3.1 การจดบันทึกภาคสนาม (field notes) ผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยในส่วนของข้อมูลทั่วไป ซึ่งได้จากแฟ้มประวัติและบันทึกต่าง ๆ ได้แก่ เพศ อายุ ที่อยู่ ศาสนา สถานภาพสมรส บทบาทในครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ของครอบครัวต่อเดือน สำหรับประวัติการเจ็บป่วย จะประกอบด้วยจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลนี้ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน อาการและอาการแสดงก่อนใช้เครื่องช่วยหายใจ รวมทั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง จำนวนครั้งที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาและชนิดของการได้รับเครื่องช่วยหายใจรวมทั้งวิธีหย่าเครื่องช่วยหายใจ

2.3.2 การสัมภาษณ์ (interviews) ผู้วิจัยจะให้ความสนใจเกี่ยวกับ การให้ความหมายของปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่ซ่อนเร้น รายละเอียดหรือข้อปลีกย่อยต่าง ๆ ในประเด็นที่จะทำการศึกษา โดยระยะเวลาในการสัมภาษณ์จะขึ้นอยู่กับความเหมาะสม และความพร้อมในการให้ข้อมูลของผู้ป่วย การสัมภาษณ์จะใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in - depth interview) ร่วมกับการตะล่อมกล่อมเกลตา (probes) โดยจะใช้คำถามปลายเปิดให้ผู้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์ต่าง ๆ และความรู้สึกต่าง ๆ ผู้วิจัยจะถามต่อเนื่องจากคำตอบเดิมที่ผู้ป่วยเล่าเพื่อเจาะลึกและสืบค้นในประเด็นที่ต้องการ โดยผู้วิจัยจะต้องมีสติและคิดอยู่ตลอดเวลาว่า ต้องการจะถามอะไร ทั้งนี้ทั้งนั้นการที่จะให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกนึกคิดต่าง ๆ ผู้วิจัยจะใช้วิธีการสัมภาษณ์ตามแนวคำถามซึ่งในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้น โดยผ่านการผสมผสานกับเทคนิคการฟัง การสะท้อน การกล่าวซ้ำ และการเงิบ เพื่อที่จะได้มาซึ่งข้อมูลที่ครอบคลุม ระหว่างการเก็บข้อมูล หลังจากการสัมภาษณ์ครั้งแรกเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจะทำการนัดผู้ป่วยเพื่อสัมภาษณ์ครั้งต่อไป ซึ่งขึ้นอยู่กับความสมัครใจและความยินยอมของผู้ป่วยด้วยทุกครั้ง ทำเช่นนี้ไปจนกว่าข้อมูลจะมีความอิ่มตัว (saturation of data) ซึ่งพิจารณาจากข้อมูลที่ได้มีความซ้ำ ๆ กันหรือ ไม่มีข้อมูลใหม่ ๆ เพิ่มขึ้นจากเดิม

2.3.3 การบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์ สำหรับการบันทึกเทปจะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถบันทึกคำตอบของผู้ป่วยได้ทั้งหมด ซึ่งจะทำได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ทั้งนี้ก่อนจะบันทึกเทปผู้วิจัยจะขออนุญาตผู้ป่วยและผู้ช่วยให้ความยินยอม จึงจะทำการบันทึกข้อมูล

2.4 การแปลผลข้อมูลรายวัน หลังจากที่ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในแต่ละวันแล้ว นำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการถอดเทป มาบันทึกเป็นข้อความเรียงบรรยาย และอ่านคำบรรยายทั้งหมดของผู้ป่วย เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลทั้งหมด ข้อมูลที่คลุมเครือ/ไม่ชัดเจน และข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน ซึ่งจะนำไปสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

2.5 การตรวจสอบข้อมูลรายวัน ภายหลังจากผู้วิจัยได้ข้อมูลจากการสังเกตและสัมภาษณ์รวมทั้งจดบันทึกภาคสนามในแต่ละวันตามประเด็นที่ต้องการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยจะนำผลการแปลข้อมูลรายวันไปตรวจสอบความถูกต้อง (validation) โดยย้อนกลับไปถามผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ยืนยันว่าข้อสรุปนั้นมีความถูกต้องและเป็นจริง นอกจากนี้ยังใช้วิธีการตรวจสอบความถูกต้องกับผู้เชี่ยวชาญ (expert validation) โดยผู้วิจัยจะนำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้ ไปตรวจสอบกับผู้เชี่ยวชาญ เพื่อดูความครอบคลุม ความลึกซึ้งและความอึดตัวของข้อมูลในประเด็นที่ทำการศึกษา ซึ่งผู้วิจัยจะทำเช่นนี้จนกว่าจะสิ้นสุดการเก็บข้อมูล

2.6 เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้ป่วยแต่ละราย ผู้วิจัยจะนำข้อมูลต่าง ๆ มาสรุปเป็นข้อสรุปเบื้องต้น หรือแปลความเบื้องต้นและอ่านบททวนให้ผู้ป่วยแต่ละรายฟัง เพื่อยืนยันและตรวจสอบความถูกต้องของข้อสรุปเป็นครั้งสุดท้าย ทำเช่นนี้กับผู้ป่วยทุกรายที่ทำการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล คือการนำข้อมูลที่รวบรวมศึกษามาได้ มาจัดกระทำให้เป็นระบบหาความหมาย แยกแยะองค์ประกอบรวมทั้งเชื่อมโยงและหาความสัมพันธ์ของข้อมูล (อติศรา, 2538 :40) โดยผู้วิจัยจะดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ตามขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยาของโคไลซี (Colaizzi, 1978 cited by Munhall & Oiler, 1986 : 94 - 95) มาเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล ตามลำดับขั้นดังนี้

1.อ่านคำบรรยาย ประสบการณ์ในการได้รับเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยที่ได้มาทั้งหมด เพื่อทำความเข้าใจในข้อมูลเหล่านั้น

2. อ่านคำบรรยายนั้นอีกครั้งซ้ำๆ และพยายามสังเกตแยกแยะและตัดทอนข้อความ หรือ ประโยคที่มีความหมาย หรือความสำคัญของคำบรรยายทุกชั้นตอนอย่างตั้งใจ เพื่อมิให้สิ่งที่สำคัญ หลุดลอดไป อาทิ การให้ความหมายของการได้รับเครื่องช่วยหายใจตามการรับรู้ของผู้ป่วย และ ความรู้สึกต่อการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ปัญหา/เหตุการณ์ต่างๆ ที่ผู้ป่วยประสบ ความรู้สึกต่อ ปัญหา/เหตุการณ์เหล่านั้น และวิธีการเผชิญ/จัดการกับปัญหารวมถึงประสบการณ์การดูแลที่ได้รับ ความรู้สึกต่อการดูแล และความต้องการการดูแลขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นต้น รวมทั้งแยก แยะข้อความ/ประโยคที่มีความเหมือนหรือคล้ายคลึงกันออกมา

3. กำหนดความหมายในแต่ละประโยคที่มีความสำคัญ

4. นำความหมายที่กำหนดไว้ มาจัดรวมกลุ่มเป็นหัวข้อ (theme) และนำหัวข้อทั้งหมด ย้อนกลับไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลเบื้องต้น เพื่อทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาอีกครั้ง

5. อธิบาย/หรือบรรยาย ผลของปรากฏการณ์ทั้งหมดเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วย ในการได้รับเครื่องช่วยหายใจจากข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้มาโดยพิจารณาความต่อเนื่องและกลมกลืนกัน ของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น หากประเด็นใดที่ไม่สอดคล้องกับข้อมูลหรือขาดความสำคัญ ควรจะตัด ออกไป

6. อธิบาย/บรรยายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างละเอียดและชัดเจน ด้วยประโยคที่เป็นโครง สร้าง ซึ่งมีความสำคัญหรือเป็นแก่นของปรากฏการณ์ที่ศึกษา

7. สังเคราะห์และผสมผสานความเข้าใจเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น และนำผลที่ได้ เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ไปตรวจสอบความตรงครั้งสุดท้าย โดยนำผลสรุปไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบว่าสิ่งที่ผู้วิจัยกำหนดหรือบรรยายมาตรงกับประสบการณ์ จริงของผู้ให้ข้อมูล

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลจำนวน 11 คน นำผลข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัยเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 2. ประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย 3 ประเด็น คือ

2.1 ความหมายของการได้รับเครื่องช่วยหายใจตามการรับรู้ของผู้ป่วย และความรู้สึกลึกต่อการได้รับเครื่องช่วยหายใจ

2.2 ปัญหา/เหตุการณ์ต่างๆ ที่ประสบ ความรู้สึกต่อปัญหา/เหตุการณ์เหล่านั้นและวิธีการเผชิญ/จัดการกับปัญหาขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ

2.3 ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลที่ได้รับ ความรู้สึกต่อการดูแล และความต้องการการดูแลขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ

ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลมีจำนวนทั้งสิ้น 11 คนแบ่งเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทางอายุรกรรม 7 คน ซึ่งมีนามสมมติดังนี้ พระภิกษุเต้ง ยายถนอม ดุงแจ้ง ดุงหมาด น้ำซัน ฟีน้อยและน้องจู้ ส่วนผู้ให้ข้อมูลที่มีปัญหาทางศัลยกรรม มีจำนวน 4 คน มีนามสมมติดังนี้ ดุงเล็ก พี่เมฆ น้องเทาและน้องดำ ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศชาย 7 คน เพศหญิง 4 คน เป็นผู้สูงอายุ มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 4 คน อีก 7 คน มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี ผู้ให้ข้อมูลนับถือศาสนาพุทธ 10 คน มีเพียงคนเดียวที่นับถือศาสนาอิสลาม สำหรับสถานภาพสมรสนั้น ผู้ให้ข้อมูลมีสถานภาพคู่และอยู่ร่วมกัน 5 คน โดยมีบทบาทเป็น

หัวหน้าครอบครัว 5 คน และเป็นสมาชิกในครอบครัว 5 คนเช่นกัน มีเพียงคนเดียวที่ไม่บวชบพทาในครอบครัวเนื่องจากเป็นพระภิกษุ ระดับการศึกษาของผู้ให้ข้อมูล สำเร็จการศึกษาในชั้นประถมศึกษาจำนวน 4 คน และมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 4 คนเช่นกัน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่คือ 7 คน ไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ เพียงแต่ช่วยงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ เท่านั้น สำหรับรายได้ของครอบครัวต่อเดือน มีรายได้อยู่ในช่วง 2,001-5,000 บาท จำนวน 7 คน มีเพียง 1 คนเท่านั้นที่มีรายได้เกิน 10,000 บาท/เดือน และ 1 คน มีรายได้ 2,000 บาท/เดือน (ตาราง 1)

ตาราง 1 แสดงลักษณะของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)
เพศ	
ชาย	7
หญิง	4
อายุ	
20-29 ปี	3
30-39 ปี	1
40-49 ปี	1
50-59 ปี	2
60 ปีขึ้นไป	4
ศาสนา	
พุทธ	10
อิสลาม	1
สถานภาพสมรส	
โสด	2
คู่และอยู่ร่วมกัน	5
คู่แยกกันอยู่	1
หม้าย	3

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)
บทบาทในครอบครัว	
เป็นหัวหน้าครอบครัว	5
เป็นสมาชิกในครอบครัว	5
อื่นๆ (ไม่มีบทบาทในครอบครัว เนื่องจากเป็นพระภิกษุ)	1
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้รับการศึกษา	2
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	4
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	4
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	1
อาชีพ	
รับจ้าง	3
ข้าราชการบำนาญ	1
งานบ้าน/ไม่ได้ทำงาน	7
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน	
ต่ำกว่า 2,000 บาท	1
2,001 - 5,000 บาท	7
5,001 - 10,000 บาท	2
มากกว่า 10,000 บาท	1

จากตาราง 2 ผู้ให้ข้อมูล 7 คน เข้ารับการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลแห่งนี้เป็นครั้งแรก 9 คน ไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นใด สำหรับการวินิจฉัยโรคพบว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและมีภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วย จำนวน 4 คน (โดยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งมีอาการกำเริบอย่างเฉียบพลัน 2 คน และเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งมีภาวะการหายใจล้มเหลวร่วมด้วย จำนวน 2 คน) อีก 7 คน พบว่า มีความผิดปกติของหลอดเลือด ปอด หัวใจ และมีการบาดเจ็บของ

ช่องท้อง ทรวงอกและสมอง ในผู้ให้ข้อมูล 9 ใน 11 คน ได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจเป็นครั้งแรก ส่วนใหญ่มีอาการแน่นหน้าอก หายใจเหนื่อยหอบ กระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น และหมดสติก่อนที่จะได้รับเครื่องช่วยหายใจ ผู้ให้ข้อมูล 5 คน ใช้เวลาในการใส่เครื่องช่วยหายใจนาน 1-5 วัน อีก 6 คน ใช้เวลานานกว่า 5 วัน โดยได้รับเครื่องช่วยหายใจชนิดเบนเนคต์ 7200 และชนิดเบิรด์ จำนวน 6 และ 5 คน ตามลำดับ ใช้วิธีหย่าเครื่องช่วยหายใจทางท่อรูปตัวทีจำนวน 5 คน นอกเหนือจากนั้นใช้หลายๆวิธีร่วมกัน และผู้ให้ข้อมูลจำนวน 8 คน ใช้ระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จอยู่ในช่วง 1-5 วัน อีก 3 คน ใช้เวลาเกิน 5 วัน และหอผู้ป่วยที่ผู้ให้ข้อมูลเข้ารับการรักษาคือเครื่องช่วยหายใจสูงสุด คือ หอผู้ป่วยหนัก มีจำนวน 6 คน อีก 5 คน เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5 คน มีความพร้อมในการให้ข้อมูล 1-10 วันแรกภายหลังถอดท่อช่วยหายใจ อีก 6 คน ใช้เวลานานกว่า 10 วัน

ตาราง 2 แสดงลักษณะของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับเครื่องช่วยหายใจ และการให้ข้อมูลครั้งแรกภายหลังถอดท่อช่วยหายใจ

ข้อมูลของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล	จำนวน (คน)
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนี้	
1 ครั้ง	7
2 ครั้ง	1
3 ครั้งขึ้นไป	3
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	
ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบน	1
กระเพาะอาหารอักเสบ	1
กระเพาะปัสสาวะอักเสบ	2
โรคเบาหวาน	1
ไม่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นใด	9

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล	จำนวน (คน)
การวินิจฉัยโรคจากการเจ็บป่วยครั้งนี้	
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งมีอาการกำเริบอย่างเฉียบพลัน	2
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งมีภาวะการหายใจล้มเหลวร่วมด้วย	2
มีภาวะน้ำท่วมปอดร่วมกับมีความดันโลหิตสูงขั้นรุนแรง	1
มีภาวะน้ำท่วมปอดร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว	1
หอบหืดเฉียบพลันและรุนแรง	1
โคเอนิงบริเวณทรวงอกส่วนล่างและมีการฉีกขาดของค้ำด้านซ้าย	
กระเพาะอาหารและกระบังลมซ้าย	1
โคเอนิงบริเวณทรวงอกซ้าย	1
มีก้อนเนื้อคอกอยู่ภายนอกเยื่อหุ้มสมอง	1
ถ้าใส่ฉุกเฉิน	1
อาการและอาการแสดงก่อนใช้เครื่องช่วยหายใจ	
แน่นหน้าอก หายใจเหนื่อยหอบ กระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น	
และหมดสติ	10
ไม่รู้สึกรู้สียงเนื่องจาก ได้รับยาระงับความรู้สึกขณะทำการผ่าตัด	4
จำนวนครั้งที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ (รวมครั้งนี้ด้วย)	
1 ครั้ง	9
2 ครั้ง	1
3 ครั้ง	1
ระยะเวลาในการใส่เครื่องช่วยหายใจ (ครั้งนี้)	
1 - 5 วัน	5
6 - 10 วัน	3
11 - 15 วัน	2
16 วันขึ้นไป (22 วัน)	1

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล	จำนวน (คน)
ชนิดของเครื่องช่วยหายใจที่ได้รับ (ครั้งนี้)	
เบิร์ด (Bird)	5
ฮามิลตัน อะมาเดอุส (Hamilton amadeus)	2
เบนเนตต์ 7200 (Bennett 7200)	6
วิธีหย่าเครื่องช่วยหายใจ	
หายใจทางท่อรูปตัวที (T- piece)	5
SIMV และ T-piece	1
SIMV PSV และ T-piece	3
T- piece สลับกับเครื่องช่วยหายใจ	2
ระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ	
1 - 5 วัน	8
6 - 10 วัน	2
11 - 15 วัน	1
หอผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ	
ห้องผู้ป่วยหนัก	6
ศัลยกรรมอุบัติเหตุ	2
อายุรกรรมชาย	3
อายุรกรรมหญิง	1
ศัลยกรรมกระดูกหญิง	1
ระยะเวลาในการให้ข้อมูลครั้งแรก ภายหลังถอดท่อช่วยหายใจ	
1 - 10 วัน	5
11 - 20 วัน	2
21 - 30 วัน	2
31 - 40 วัน	1
41 วันขึ้นไป (85 วัน)	1

จากข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลต่างๆ ขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ให้ข้อมูล สามารถสรุปให้เห็นภาพรวมของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ได้ดังนี้

ชายถนอม เป็นหญิงหม้ายสูงอายุ วัย 73 ปี มีบุตรธิดา 5 คน ชายถนอมได้อาศัยอยู่กับบุตรสาวซึ่งมีอาชีพรับราชการ ขณะอยู่ที่บ้านชายถนอมนอนบนเตียงเกือบตลอดเวลาเนื่องจากมีอาการหายใจเหนื่อยเมื่อลุกนั่งหรือเมื่อออกกำลังเพียงเล็กน้อยก็ตาม จึงจำเป็นต้องได้รับออกซิเจนทางจมูกเป็นระยะๆ ชายถนอมเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาประมาณ 10 กว่าปี ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยไปเก็บข้อมูลมาตลอด โดยได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจมาแล้ว 3 ครั้ง และ 1 ใน 3 ครั้ง ได้รับการเจาะคอ 1 ครั้ง ครั้งสุดท้ายได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจในห้องผู้ป่วยหนัก ชนิด เบนเนคต์ 7200 ใช้ระยะเวลาในการใส่เครื่องช่วยหายใจอยู่ 9 วัน

น้องฐิ เป็นหญิงอิสลาม วัย 23 ปี มีอาชีพค้าขาย พุศจาสุภาพอ่อนน้อม หลังจากคลอดบุตรคนแรกได้ 5 วัน เกิดภาวะแทรกซ้อนคือ มีภาวะน้ำท่วมปอดร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูงขั้นรุนแรง จึงได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ ชนิด เบนเนคต์ 7200 ในห้องผู้ป่วยหนัก 6 วัน น้องฐิเล่าว่าตนเองได้หนีตามสามีซึ่งเป็นไทยพุทธมาต่างๆ ที่พ่อแม่ไม่เห็นชอบ จึงคิดว่าพ่อแม่คงโกรธและไม่ให้อภัยในความคิดครั้งนั้น เมื่อน้องฐิสลบไปและเริ่มรู้สึกตัวกลับได้รับการดูแลจากพ่อแม่ สามีญาติ พี่น้อง ตลอดจนพยาบาลและแพทย์อย่างใกล้ชิด บุคคลเหล่านี้คอยเอาใจใส่และให้กำลังใจอยู่ตลอดเวลา จึงทำให้ความรู้สึกที่น้องฐิสะท้อนออกมาเป็นคำบวกทั้งสิ้น

น้องเทา เป็นชายหนุ่มอายุ 24 ปี มีภรรยาแล้วแต่ยังไม่มีบุตร มีนิสัยเจ้าชู้และอารมณ์ร้อน เนื่องจากน้องเทาได้ไปชอบพอกับผู้หญิงอื่น ภรรยาไม่พอใจจึงเกิดการทะเลาะเบาะแว้งกันขึ้น และในที่สุดภรรยาได้ใช้มีดแทงถูกบริเวณทรวงอกและช่องท้อง จึงเป็นเหตุให้ต้องได้รับเครื่องช่วยหายใจในห้องผู้ป่วยหนัก โดยใช้ระยะเวลาในการใส่เครื่องช่วยหายใจชนิด สามิตัน อะมาดีอุส 4 วัน ขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจมีเพียงพ่อ แม่ และญาติที่น้องมาเยี่ยมแต่ภรรยาไม่ได้มาเยี่ยมหรือมาดูแล ซึ่งในเวลาต่อมาน้องเทาและภรรยาได้แยกทางกัน

ลุงเล็ก เป็นผู้สูงอายุ เพศชาย วัย 64 ปี ภรรยาได้เสียชีวิตไปประมาณ 20 กว่าปี มีบุตรธิดา 5 คน ซึ่งทั้งหมดได้ไปทำงานและมีครอบครัวอยู่ต่างจังหวัด ลุงเล็กได้รับเครื่องช่วยหายใจชนิด สามิตัน อะมาดีอุส ใช้ระยะเวลาในการใส่เครื่องช่วยหายใจอยู่ในห้องผู้ป่วยหนัก 22 วัน ในขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจและไม่รู้สึกตัวนั้น พยาบาลและแพทย์ได้ให้การดูแล/ช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ จึงทำให้ลุงเล็กทราบว่าบุคคลเหล่านี้มีพระคุณต่อตนเอง แต่ในขณะที่เดียวกันรู้สึกไม่พอใจที่ทั้งแพทย์และพยาบาลไม่สามารถติดต่อกับญาติได้ ประกอบกับระยะเวลาที่ใส่เครื่องช่วยหายใจและคาท้อช่วยหายใจเป็นระยะเวลานานทำให้เจ็บคอและมีเสียงแหบ ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการให้ข้อมูล

พี่เมฆ เป็นชายวัยกลางคน อายุ 45 ปี มีครอบครัวแล้ว มีบุตรสาว 2 คน ประกอบอาชีพรับจ้าง โดยรับเหมาก่อสร้าง รับขุดนาุ้ง เป็นต้น นอกจากนี้ยังเป็นผู้ใหญ่บ้านจึงทำให้เป็นที่รู้จักของคนในหมู่บ้าน รวมทั้งมีนิสัยชอบเที่ยวเตร่และฟังเพลงตามห้องอาหาร คั้นหนึ่งขณะที่กลับจากฟังเพลง ได้มีคนร้ายมาข่มขู่ ถูกบริเวณทรวงอกและช่องท้อง มีอาการชาตั้งแต่สะเอวลงมา ขาทั้งสองข้างเคลื่อนไหวไม่ได้ ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ชนิดเบนเนคต์ 7200 ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โดยใส่เครื่องช่วยหายใจอยู่ 8 วัน ขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ทั้งภรรยาและบุตรสาวมาให้การดูแล/ช่วยเหลือและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เนื่องจากกลัวว่าจะมีคนมาลอบยิงซ้ำ

น้องดำ เป็นนักศึกษาชาย อายุ 23 ปี กำลังศึกษาในระดับ ปวช. ของวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้ วันหนึ่งในช่วงที่ทำการสอบของภาคเรียนสุดท้าย น้องดำได้นั่งซ้อนท้ายมอเตอร์ไซค์ของเพื่อนเพื่อกลับบ้าน ไปบ้านที่อำเภอหัวไทร ขณะเดินทางได้ประสบอุบัติเหตุชนกับรถยนต์ เพื่อนถึงแก่ความตาย ส่วนน้องดำศีรษะกระแทกกับพื้นและมีเลือดคั่งในสมอง แพทย์จึงทำการผ่าตัดและได้รับเครื่องช่วยหายใจชนิดเบนเนคต์ 7200 โดยใส่เครื่องช่วยหายใจอยู่ 3 วัน ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจน้องดำได้รับการดูแลจากพ่อ แม่ และญาติพี่น้องอย่างใกล้ชิด

ลุงแจ่ม เป็นผู้สูงอายุ เพศชาย วัย 71 ปี มีบุตรธิดา 4 คน ทุกคนรับราชการอยู่ต่างจังหวัด ลุงแจ่มจึงอยู่กับภรรยาเพียง 2 คน สุขภาพโดยทั่วไปไม่แข็งแรง สภาพจิตใจไม่แจ่มแจ้ง รู้สึกท้อแท้ต่อโรคที่ประสบ เนื่องจากลุงแจ่มเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาประมาณ 10 กว่าปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้อยู่เป็นประจำ (ปีละประมาณ 2-3 ครั้ง) จนรู้จักและสนิทกับพยาบาลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายเป็นอย่างดี ที่ผ่านมาลุงแจ่มไม่เคยได้รับเครื่องช่วยหายใจ จนกระทั่งครั้งสุดท้ายมีอาการหายใจเหนื่อยหอบมาก จึงได้รับเครื่องช่วยหายใจชนิดเบียร์คที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โดยใช้ระยะเวลาในการใส่เครื่องช่วยหายใจอยู่ 5 วัน ซึ่งแม้ว่าลุงแจ่มจะออกไปพักรักษาตัวอยู่ที่บ้านแล้วก็ตาม ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเครื่องช่วยหายใจยังส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของลุงแจ่ม อาทิ อาการเสียงแหบ เจ็บในลำคอทำให้รับประทานอาหารได้น้อย ส่งผลให้ร่างกายรู้สึกอ่อนเพลีย รู้สึกปวดเมื่อยบริเวณหลังเนื่องจากได้รับการสูดดม จนลุงแจ่มต้องตัดสินใจไปพบแพทย์อีกครั้งเพื่อเข้ารับการตรวจ/รักษาเกี่ยวกับอาการปวดหลัง

ลุงหมาด อายุ 56 ปี เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาประมาณ 15 ปี แม้จะเป็นโรคเรื้อรังแต่ลุงหมาดก็เป็นคนที่มีจิตใจแจ่มแจ้ง อดทน เป็นคนสู้ชีวิต มีฮิรยาสัยดี มีน้ำใจโอบอ้อมอารี พุดจาสุภาพอ่อนน้อม เกรงใจและให้เกียรติคน อื่อเพื่อผู้อื่น รวมทั้งยึดมั่นในหลักธรรมคำสอนของพระพุทธเจ้า จากการที่ลุงหมาดเป็นโรคนี้ทำให้เข้ารับการรักษานอนที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายหลายครั้ง ครั้งสุดท้ายมีอาการเหนื่อยหอบมากจึงได้รับเครื่องช่วยหายใจ ชนิดเบียร์ค ในหอผู้ป่วย

อายุรกรรมชาย เป็นเวลา 12 วัน หลังจากที้ออกไปพักรักษาตัวที่บ้าน ขณะที่เดินไป - มา ภายในบ้านก็ยังมีอาการหายใจเหนื่อยหอบให้เห็น

พระภิกษุเส็ง อายุ 85 ปี เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาเป็นระยะเวลาประมาณ 20 กว่าปี เนื่องจากมีความเสื่อมใสศรัทธาในบวรพระพุทธศาสนา จึงได้บวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ตั้งแต่มีอายุได้ประมาณ 30 ปี เป็นพระภิกษุที่มีเหตุผล เชื่อในกฎแห่งกรรม และมองโลกในแง่ดี สำหรับการเจ็บป่วยในครั้งนี้ ได้รับเครื่องช่วยหายใจชนิดบีร์ด ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย แต่เมื่ออาการไม่ดีขึ้น แพทย์ได้พิจารณาให้มาอยู่ในห้องผู้ป่วยหนักเพื่อที่จะได้เฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด จึงมาใส่เครื่องช่วยหายใจ ชนิดเบนเนคต์ 7200 โดยใช้ระยะเวลาในการใส่เครื่องช่วยหายใจทั้ง 2 ชนิด อยู่ 12 วัน ขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจจะมีหลานสาวซึ่งเป็นลูกของน้องสาวมาช่วยดูแล

พี่น้อง เป็นหญิงสาว วัย 32 ปี มีครอบครัวแล้ว สามีเป็นลูกจ้างอยู่ในเรือหาปลา ซึ่งจะออกหาปลาในทะเล 15 วัน และจะขึ้นฝั่ง 15 วัน สลับกันไป มีบุตรชาย 1 คน (กำลังเรียนอยู่ชั้น ป. 2) ก่อนที่พี่น้องจะแต่งงาน พี่น้องเป็นนักร้องอยู่ที่ห้องอาหารแห่งหนึ่ง และได้พบกับสามีซึ่งในขณะนั้นสามีได้มาฟังเพลงอยู่ที่ห้องอาหารแห่งนี้ ต่อมาพี่น้องแพ้ควันบุหรี่และฝุ่นละออง ทำให้มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ จึงทำให้ต้องเลิกร้องเพลง รายได้ของครอบครัวจึงมาจากรายได้ที่ได้จากสามีเพียงคนเดียว พี่น้องเป็นคนที่ถูกจาโงงผาง เสียดัง มีใจนักเลง บริเวณที่อยู่อาศัยคล้ายแหล่งสลัม ในการได้รับเครื่องช่วยหายใจครั้งนี้เป็นครั้งที่ 2 โดยครั้งนี้ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ชนิดบีร์ด อยู่ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ต่อมาเมื่ออาการทรุดลงจึงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาต่อในห้องผู้ป่วยหนัก โดยได้รับเครื่องช่วยหายใจชนิดเบนเนคต์ และได้รับเครื่องช่วยหายใจทั้ง 2 ชนิดนี้ 3 วัน ภายหลังที่เอาท่อช่วยหายใจออก มีภาวะแทรกซ้อนมาก อาทิ เสี่ยงแหบ มีแผลในช่องปาก มีแผลที่เพดานและลำคอ เป็นต้น

น้ำจิ้น เป็นหญิงหม้าย วัย 54 ปี น้ำจิ้นเป็นโรคหัวใจและมีภาวะน้ำตาล่วมปอดร่วมด้วย เมื่อรู้สึกหายใจเหนื่อยหอบมากจึงมาโรงพยาบาล ได้รับเครื่องช่วยหายใจชนิดบีร์ด ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง เป็นเวลา 2 วัน น้ำจิ้นเป็นคนมีนิสัย โอบอ้อมอารี พุคจาสุภาพ และมองโลกในแง่ดี ในช่วงที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจได้รับการดูแลจากลูก และจากพยาบาล - แพทย์อย่างใกล้ชิด ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ความรู้สึกต่อการได้รับเครื่องช่วยหายใจในครั้งนี้ออกมาในด้านบวกเป็นส่วนใหญ่

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ

ช่วงเวลาของการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ผู้ให้ข้อมูลได้ประสบกับเหตุการณ์ต่างๆ ซึ่งมีทั้งเหตุการณ์ที่ดี และไม่พึงปรารถนาจะให้เกิดขึ้น แต่อย่างไรก็ตามสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลทุกคน

อยากถ่ายทอดให้ผู้ศึกษาได้รับรู้ ทั้งในส่วนของความรู้สึกด้านบวกและด้านลบตลอดระยะเวลาที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ผู้ศึกษาจึงขอนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ใน 3 ประเด็นหลัก คือ

1. ความหมายของการได้รับเครื่องช่วยหายใจตามการรับรู้ของผู้ป่วย และความรู้สึกต่อการได้รับเครื่องช่วยหายใจ
2. ปัญหา/เหตุการณ์ต่างๆ ที่ประสบ ความรู้สึกต่อปัญหา/เหตุการณ์เหล่านั้น และวิธีการเผชิญ/จัดการกับปัญหาขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ
3. ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลที่ได้รับ ความรู้สึกต่อการดูแล และความต้องการการดูแลขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ

ความหมายของการได้รับเครื่องช่วยหายใจตามการรับรู้ของผู้ป่วยและความรู้สึกต่อการได้รับเครื่องช่วยหายใจ

จากปัญหาหรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลได้ประสบในขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลได้ถ่ายทอดความหมายของการได้รับเครื่องช่วยหายใจ และความรู้สึกต่อเครื่องช่วยหายใจออกมา ใน 2 ลักษณะ คือ ทั้งด้านบวกและด้านลบ สำหรับความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลต่อการได้รับเครื่องช่วยหายใจและการให้ความหมายของการได้รับเครื่องช่วยหายใจ มีความสอดคล้องและสัมพันธ์กันมาก ดังนี้

ความหมายของการได้รับเครื่องช่วยหายใจตามการรับรู้ของผู้ป่วย

ในช่วงระยะเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับเครื่องช่วยหายใจนั้นผู้ให้ข้อมูลได้ประสบกับเหตุการณ์ต่างๆมากมาย ซึ่งความรู้สึกต่อสิ่งต่างๆที่ได้เผชิญ เมื่อนำมาผสมผสานเชื่อมโยงกับความคิดและความเชื่อตามสิ่งที่ได้รับรู้มา ทำให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบาย ความหมายของการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ใน 3 ลักษณะ คือ (1) เสมือนสิ่งที่จะช่วยให้ออกพ้นความตาย (2) ประหนึ่งสิ่งที่จะช่วยหายใจ ยามไม่มีแรง และ (3) แม้เป็นสิ่งที่ช่วยให้หายใจได้ แต่ไร้อำนาจควบคุมตัวเอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เสมือนสิ่งที่จะช่วยให้ออกพ้นความตาย

ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึง ประสบการณ์ในขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจว่าเป็น เสมือนสิ่งที่จะช่วยให้ออกพ้นความตาย ใน 2 ลักษณะ คือ (1) เปรียบเสมือนเครื่องช่วยให้ออกพ้นชีวิต และ (2) ประดุจสิ่งต่อชีวิตให้ยืนยาว ดังนี้

1.1 เปรียบเสมือนเครื่องช่วยให้ฟื้นคืนชีพ

เป็นความหมายที่ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 11 คน ให้ตรงกัน ทั้งนี้เกิดจากผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าคุณเองต้องถึงแก่ความตายอย่างแน่นอน ทุกรายมีอาการกระสับกระส่าย ทุรนทุราย ระดับความรู้สึกตัวเริ่มลดลง จนในที่สุดความรู้สึกต่างๆ ก็ดับวูบลง ผู้ให้ข้อมูลจึงรับรู้คล้ายกับการมีชีวิตได้สิ้นสุดลง แต่เมื่อได้รับเครื่องช่วยหายใจผู้ให้ข้อมูลกลับฟื้นคืนชีพ ระลึกถึงสิ่งต่างๆ ได้ ดังเช่น น้ำจิ้น และลุงเล็ก ได้เล่าว่า

“พอได้รับเครื่องช่วยหายใจน้ำนี้ก็วอดตายแล้ว เพราะว่ามาถึงโรงพยาบาลน้ำไม่รู้จักใครสักคนเดียว กับลูกก็ไม่รู้จักแล้ว ไม่รู้เรื่องอะไรแล้ว นอกจากคิดว่าตายลูกเดียวเท่านั้น ... คิดว่าตายกับตายแล้ว ... พอฟื้นขึ้นมา ใส่เครื่องช่วยหายใจอยู่ รู้ว่าท่อช่วยหายใจอยู่ในปาก คิดว่าคงไม่ตายแล้ว เพราะว่ามาจากบ้านไม่ทราบจะอยู่อย่างไร นิ่งก็ไม่ได้ อืดอืด เทียวทุรนทุรายอยู่อย่างนั้น แต่พอใส่เครื่องช่วยหายใจอาการอย่างนี้ไม่มี น้าว่าเครื่องช่วยหายใจช่วยคนได้มาก ... ถ้าไม่มีเครื่องนี้ แม่พาเข้าห้อง ไอ.ซี.ยู. น้าว่าน้ำคงต้องตาย ถ้าไม่มีเครื่องช่วยหายใจน้าว่า น้ำตายแน่”

(น้ำจิ้น)

“ผมว่าเครื่องช่วยหายใจมันดีนะ ถ้าไม่มีเครื่องช่วยผมคงตายไปแล้ว เพราะผมสลบไม่รู้สึกรู้ตัวแล้ว จำอะไรไม่ได้เลย ผมว่าเป็นบุญและโชคคิมหาศาล ที่มีเครื่องช่วยหายใจ เหมือนกับผมมีชีวิตใหม่ขึ้นแบบนั้น ผมว่าผมตายไปแล้วเกิดใหม่”

(ลุงเล็ก)

1.2 ประคองสิ่งต่อชีวิตให้ยืนยาว

เป็นการให้ความหมายที่คล้ายคลึงกับความหมายแรก แต่ในมุมมองนี้ผู้ให้ข้อมูล 8 ใน 11 คน รับรู้ว่าโอกาสของการมีชีวิตรอดและโอกาสเสียชีวิต มีอัตราส่วนที่เท่ากันหรือพุงกางๆ คือ “เป็น-ตาย เท่ากัน” สาเหตุหนึ่งเกิดจากอาการอ่อนเพลีย กระสับกระส่าย หายใจลำบาก รวมถึงรู้สึกเหมือนคนใกล้ตาย แต่เมื่อได้รับเครื่องช่วยหายใจอาการเหล่านี้กลับทุเลาลง จึงมีความรู้สึกรอดพ้นจากความตาย และอุปมาเหมือนสิ่งนี้เป็นสิ่งต่อชีวิตหรือมาช่วยยืดระยะเวลาการมีชีวิตอยู่ให้กับตนเอง อาทิคำบอกเล่าของน้องจูนีและลุงหมาด ที่ว่า

“คนไข้ที่อยู่ในอาการที่ว่าหายใจติดๆ ชัดๆ หรืออาการ 50-50 แล้วเค้ามาได้เครื่องนี้ช่วย (เครื่องช่วยหายใจ) เค้ามีโอกาสรอด ... คนที่อาการร่อแร่ ไม่รู้สึกตัวแล้ว ... แต่เมื่อมีเครื่องช่วยหายใจมาช่วย รู้สึกว่าไม่เป็นไร เราใกล้จะหายแล้วนะ มันต้องหายใจต้องหายใจแน่นอน ... ต้องรอดตายแน่ๆ และคิดว่าเราจะได้กลับบ้านมาหาลูก มาหาแฟน มาเห็นหน้าพ่อแม่

หรือว่าใครๆ ที่ว่าเขาคอยห่วงใยเรา รักเรา ... จูคิดว่ถ้าไม่มีเครื่องช่วยหายใจเราอาจจะตายไปแล้วก็ได้ ... จึงเหมือนกับสิ่งต่อชีวิตให้เรา ”

(น้องจู)

“จิตใจของลุงร้อยเปอร์เซ็นต์ คือเต็มร้อยว่าจะตายดี ไม่ตายดี ... เพราะตอนนั้นจำสติไม่ได้ว่าจะอะไรเป็นอะไร คึ้นรน รู้สึกแต่กระวนกระวาย เมื่อได้รับเครื่องช่วยหายใจ รู้สึกหายใจสะดวกขึ้น เหมือนเครื่องต่อชีวิตให้เรา แทนที่ลุงจะตายวันนี้กลับไม่ตาย”

(ลุงหมาด)

2. ประหนึ่งสิ่งช่วยหายใจ ยามไม่มีแรง

เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มาด้วยอาการหายใจเหนื่อยหอบ ประคองว่าตนเองหายใจไม่ได้ ไม่มีกำลังแม้แต่จะหายใจ ดังนั้นผู้ให้ข้อมูล 8 ใน 11 คน เมื่อได้รับเครื่องช่วยหายใจกลับรู้สึกว่า มีแรงในการหายใจ อาการหายใจลำบากหรือเหนื่อยหอบก็ทุเลาลง เพราะเครื่องจะทำหน้าที่หายใจเข้า-หายใจออก แทนผู้ให้ข้อมูลทุกครั้ง อาทิ พี่เมษและน้องจู ได้เล่าให้ฟังว่า

“ถ้าไม่มีเครื่องช่วยหายใจเราคงหายใจไม่ได้ เพราะเราไม่มีกำลังพอ เราอ่อนเพลีย หายใจไม่ได้อยู่แล้ว แต่เครื่องนี้จะแทนเราทุกอย่าง โดยที่เราไม่ต้องหายใจก็ได้ แต่เครื่องมันหายใจเอง สูดเข้า สูดออก ตามระบบของมัน ถ้าเราขี้เกียจหายใจ ก็นอนเฉยๆ ถ้าเราไม่ขี้เกียจก็ช่วยบ้าง โดยหายใจตามเครื่อง”

(พี่เมษ)

“ตอนที่มาโรงพยาบาล ตัวอ่อนปวกเปียกหมดแล้ว ... เหมือนกับว่าเราไม่มีแรงจะหายใจอยู่แล้ว ตอนนั้นบอกตรงๆว่า รู้สึกไม่มีแรงแม้แต่จะหายใจ หายใจก็เบา ... แต่เมื่อมารู้สึกตัว ตอนนั้นมีสายอะไรก็ไม่รู้เต็มไปหมด (ส่วนหนึ่งคือเครื่องช่วยหายใจ) รู้สึกว่าหายใจแรงขึ้น เหมือนว่าเราไม่ต้องเหนื่อย”

(น้องจู)

3. แม้เป็นสิ่งที่ช่วยให้หายใจได้ แต่ไร้อำนาจควบคุมตัวเอง

แม้ผู้ให้ข้อมูล 10 ใน 11 คน รับรู้ว่าการได้รับเครื่องช่วยหายใจทำให้หายใจได้สะดวกก็ตามแต่ในขณะที่เดียวกันก็ประสบกับปัญหาหรือความไม่สุขสบายต่างๆมากมาย อาทิ ความเจ็บปวดจากการคาท่อช่วยหายใจ ความไม่สะดวกในการทำกิจกรรมต่างๆ นอกจากนี้ช่วงเวลาของการได้รับเครื่องช่วยหายใจ เป็นช่วงเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าจะไม่สามารถจัดการหรือกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้

ช่วยตนเองแม้กระทั่งเรื่องส่วนตัวต่างๆที่ยังมีชีวิตและความรู้สึกเหมือนบุคคลทั่วไป การที่ต้องอยู่ในภาวะเช่นนี้ บางคนจึงเปรียบเปรยว่า “เหมือนตายทั้งเป็น” ดังคำบอกเล่าของพี่น้อย และพี่เมฆ ที่ว่า

“ตอนใส่เครื่องช่วยหายใจ ทำอะไรไม่ได้เลย คือ ได้ยินในหู ตาก็มอง แต่พูดอะไรไม่ได้ เพราะเขาจับมัดไว้กับเตียง จะลุกนั่งก็ไม่ได้ เดินก็ไม่ได้ พาร่างกายตัวเองก็ไม่รอดต้องนอนอยู่กับที่ ร่างกายทำอะไรไม่ได้เลย ตอนที่เขาใส่ครบทุกสิ่ง ครบทุกอย่าง ทำอะไรไม่ได้เลย จะเยี่ยว (ปัสสาวะ) ก็ไม่ได้เพราะใส่ท่อสายยางพุงง่ายๆเหมือนตายทั้งเป็น มีแต่ร่างกายนอนดูหมอบทำทุกอย่าง ถ้าหมอบนึกยาให้ตาย ก็ตาย”

(พี่น้อย)

“คนที่ไม่มีกำลังจะหายใจ เมื่อมีเครื่อง(เครื่องช่วยหายใจ) มันจะช่วยให้เราหายใจสะดวกขึ้น แต่ราคาญเรื่องท่อ คั่นคอ เข็มคอ ตอนใส่เครื่องช่วยหายใจปากก็ปิดหมด ใช้เชือกผูกข้างใต้ข้างบน อ้าปากก็ไม่ได้ พูดก็ไม่ได้ จะบ้วนน้ำลายก็ไม่ได้ จะทำอะไรก็ไม่ได้ ลักอย่าง กินอะไรก็กินไม่ได้เขาไม่ให้กิน เพียงแต่นอนเฉยๆ กระจกกระดิกก็ไม่ได้ ปัสสาวะอะไรก็มีท่อหมด ... ไครมาก็คุยไม่ได้ ได้แต่มองหน้ากัน”

(พี่เมฆ)

ความรู้สึกต่อการได้รับเครื่องช่วยหายใจ

สำหรับความรู้สึกต่อการได้รับเครื่องช่วยหายใจนั้น มีความสอดคล้องและเชื่อมโยงกับการให้ความหมายมาก โดยจำแนกความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ 4 ลักษณะ คือ (1) รู้สึกปลอดภัยเมื่ออยู่ใกล้เครื่อง (2) รู้สึกสบาย หายอึดอัด (3) รู้สึกสบายเหมือนหายใจเอง และ (4) คีใจที่รอดตาย แต่ทำให้ทุกข์ทรมาน ซึ่งรายละเอียดของความรู้สึกในแต่ละลักษณะดังนี้

1. รู้สึกปลอดภัยเมื่ออยู่ใกล้เครื่อง

สืบเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลทั้ง 11 คน ได้รับรู้ถึงภาวะวิกฤติของชีวิตในช่วงก่อนที่จะได้รับเครื่องช่วยหายใจ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการรักษาที่ได้รับ อาการแน่นอึดอัดหายใจไม่ได้ หรือความรู้สึกเหมือนว่าจะสิ้นใจ แต่เมื่อได้รับเครื่องช่วยหายใจ ก็สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤติเหล่านั้นไปได้ จึงทำให้รู้สึกถึงความปลอดภัยในชีวิต ดังคำบอกเล่าของ น้องคำและพี่เมฆ ต่อไปนี้

“ผมคิดเหมือนกันว่า ที่เขาให้ตรงนี้ (ให้เครื่องช่วยหายใจ) มันเป็นความปลอดภัยของเรา ... คือถ้าไม่ใส่เครื่องนี่ก็อันตราย ... เพราะตอนนี้เราผ่าตัดสมอง เขาวางยาสลบและเลือดในสมองก็ออกมากด้วย หมอบอกว่าออกมากกว่าปกติ แบบเลือดไหลไม่หยุด ... คี

“ที่มีเครื่องช่วยหายใจเพราะจะได้นำออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง ถ้าไม่มีเครื่องช่วยหายใจก็ลำบาก”

(น้องคำ)

“ช่วงกลางคืนเราจะนอนหลับพักผ่อน ไม่ต้องพะว้าพะวังว่ากลางคืนคิดแล้วจะหายใจไม่ออก หลับยาวไปเลยไม่ต้องกลัวเพราะอากาศมีเยอะเยอะ ไม่ต้องกลัวว่ากลางคืนตื่นขึ้นมาไม่มีอากาศ หรือหายใจไม่ออก ถ้ามีเครื่องแล้วนอนสว่างไปเลย ”

(พี่เมษ)

2. รู้สึกสบาย หายอึดอัด

การที่ผู้ให้ข้อมูล 10 ใน 11 คน มีความรู้สึกว่าคุณเองอาการหนัก สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากภาวะหายใจลำบาก เหนื่อยหอบ แน่นอึดอัดบริเวณทรวงอก กระสับกระส่าย เป็นต้น แต่เมื่อได้รับเครื่องช่วยหายใจ อาการเหล่านี้ค่อยๆทุเลาลงจนหายเป็นปกติ ในที่สุดเหลือแต่ความรู้สึกสุขสบายเข้ามาแทนที่ อาทิ พี่น้อย ลูกหมาด และน้ำจิ้น ได้เล่าว่า

“เครื่องช่วยหายใจทำให้ร่างกายที่ปลอดโปร่ง ... หากเราเจ็บนิดๆหน่อยๆ ไม่จำเป็นเลย แต่ถ้าเจ็บเต็มที่ คือ อาการหนัก หายใจมันตีขึ้นตีสลง มันทำให้ห้องอึดท้องเพื่อแน่นหมดเลย เหงื่อออก ตัวสั่น มือเย็นแต่หัวร้อน เหนื่อยอยู่อย่างนี้ (แสดงอาการหายใจเหนื่อยหอบและอ้าปาก ขณะหายใจ) แต่พอได้รับเครื่องช่วยหายใจ ทำให้ หัว หู มือ สบายหมด”

(พี่น้อย)

“ถ้าอาการหนักขึ้นมา คือ หายใจไม่ออก หน้ามืดตาลาย หัวใจริบๆๆ เขาก็ใช้เครื่องช่วยหายใจ ถ้าที่เบาบาง เขาก็ให้ออกซิเจนใส่ในจมูก เขาช่วยให้นอนให้สบายๆ นอนเรื่อยๆสบายอารมณ์”

(ลูกหมาด)

“ก่อนไปโรงพยาบาล รู้สึกเหมือนลมมันอัดขึ้นไป หายใจไม่ได้ มันอัดมาอยู่แค่นี้ (จับบริเวณลิ้นปี่) และหายใจไม่ได้ เจ็บในอกหมดเลย เหมือนเอาเข็มมาๆเล่ม ไปเสียบเอาไว้ เจ็บหมดทั้งชายและขวา ... น้ำสลบไป พอรู้สึกตัวมีสายเต็มไปหมดแล้ว เพราะว่าเขาใส่ไปในคอ มีสองหรือสามสายก็ไม่รู้ ... คล้ายๆกับหายใจไม่ออก คิดว่าเราคงหายใจไม่ได้ ไม่นึกว่าหายใจทางสายนั้น นึกว่าหายใจทางจมูก ทางปาก ไม่นึกว่าเขาใส่เครื่องนี้เป็นเครื่องช่วยหายใจ แต่พอได้รับอยู่วันหนึ่งรู้สึกยังขี้ (ดิจิ้น) ที่แน่นหน้าอกค่อยๆ ลดลงไป ลดลงไปแล้ว”

(น้ำจิ้น)

3. รู้สึกสบายเหมือนหายใจเอง

ในช่วงเวลาของการได้รับเครื่องช่วยหายใจ โดยเฉพาะในระยะแรกๆที่ผู้ให้ข้อมูลเริ่มรู้สึกตัว ผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 11 คน ไม่ทราบเลยว่าขณะนั้นตนเองหายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ เพราะในความรู้สึกแล้ว ระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจกับการหายใจตามปกติธรรมดา ไม่มีความแตกต่างกันเลย อาทิ น้องจู พี่เมษและน้ำจิ้น ได้กล่าวไว้ดังนี้ว่า

“เขาใส่เครื่องช่วยหายใจให้เรา ในความรู้สึกของจูเหมือนจูหายใจเองด้วยซ้ำไป จูยังไม่รู้เลยว่า เขาใช้เครื่องช่วยหายใจ แต่คิดว่าเป็นเราหายใจเอง จนกระทั่งหมอบอกว่า เคี้ยวจะถอดเครื่องช่วยหายใจนะ จูจึงได้รู้ว่าใช้เครื่องอยู่ (หัวเราะ) จูยังงงเหมือนกัน ถ้าหมอไม่บอก จูก็ไม่รู้เพราะว่าความรู้สึกไม่ต่างกัน”

(น้องจู)

“เครื่องช่วยหายใจ มันมาตามจังหวะของมัน ตามจังหวะเหมือนที่เราหายใจเข้า-ออกสักๆ มันจะหายใจเข้า-ออก เท่ากันเหมือนธรรมชาติเลย”

(พี่เมษ)

“ไม่นึกว่าเขาจะใส่เครื่องนี้เป็นเครื่องช่วยหายใจ... เพราะในความรู้สึกเหมือนกัน ไม่มีคิดว่าจะแน่นอึดอะอะไร เหมือนหายใจปกติอย่างนี้ ได้เครื่องก็เหมือนหายใจปกติไปเลย”

(น้ำจิ้น)

4. ดีใจที่รอดตาย แต่ทำให้ทุกข์ทรมาน

การที่ผู้ให้ข้อมูลทุกคนรับรู้ว่าการได้รับเครื่องช่วยหายใจ สามารถทำให้รอดพ้นความตายและช่วยให้หายใจสะดวกได้ในขณะเดียวกัน ผู้ให้ข้อมูล 10 ใน 11 คน ก็รับรู้ถึงความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นไปพร้อมๆกัน สาเหตุหนึ่งเกิดจากความเจ็บปวดจากการคาท่อช่วยหายใจ การสื่อสารที่ยากลำบาก หรือไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ ดังที่ น้องเทา พี่เมษ และพี่น้อย เล่าว่า

“ดีใจที่รอดตาย แต่ที่เขาใส่สายนั้นแหละ พุดอะไรก็ไม่ได้ ทรมานกับสายนั้น (ท่อช่วยหายใจ) ... จะบอกให้เขาเข้าใจ ก็บอกไม่ได้ ... หมอเดินหันกลับไป กลับมา เรานอนดูตากริบๆทรมาน”

(น้องเทา)

“เครื่องช่วย (เครื่องช่วยหายใจ) ดีทุกอย่าง ถ้าไม่มีเครื่องก็ไม่ไหว ไม่มีกำลังหายใจ คงไม่รอด ... เสียอย่างเดียว ทรมานที่คอ ทรมานกับที่ใส่ท่อ (ท่อช่วยหายใจ)

ทรمانกับเจ็บคอ เวลาคลื่นน้ำลายจะเจ็บ ต้องทรمانจนกว่าหัวใจจะแข็งแรง ปอดแข็งแรง แล้วเอาเครื่องช่วยหายใจออก”

(พี่เมษ)

“พี่ประทับใจคุณหมอมมาก พี่เจ็บครั้งนี้ไม่ใช่บ่อยๆแต่เมื่อคุณหมอพาพี่เข้าไอ.ซี.ยู. ซึ่งมีเครื่องมือเครื่องมือครบบริบูรณ์ ทำให้พี่รอดตายได้ ... แต่ตอนนั้นทรมานมาก ... ในจุกพี่มีสายยางเต็มไปหมด ปากก็อ้าอยู่อย่างนี้ (พร้อมทั้งอ้าปากให้ดู) นอนทรมาน ... เวลาคุณเสมหะที่เจ็บมาก เพราะเขาคุณเสมหะที่เป็นสีขาวจนกลายเป็นเลือด ... ทรมานได้ แต่ตอนน้ำตาไหล ว่าใครจะมาเยี่ยมบ้าง พูดยังไม่ได้ ... ในใจของพี่อยากให้อาต๋อช่วยหายใจออกจากปาก เพราะน้ำเกลือแทงก็ลึบรู ก็ไม่เจ็บเท่าที่เขาใส่ท่อไว้ในคอหอยของพี่หรอก”

(พี่น้อย)

ปัญหา/เหตุการณ์ต่างๆที่ประสบ ความรู้สึกต่อปัญหา/เหตุการณ์เหล่านั้น และวิธีการเผชิญ/จัดการกับปัญหา ขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ

ปัญหา/เหตุการณ์ต่างๆที่ประสบและความรู้สึกต่อปัญหา/เหตุการณ์เหล่านั้น ช่วงเวลาของการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ผู้ให้ข้อมูลได้ประสบกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งเหตุการณ์ที่ดีและไม่ดี ดังนั้นความประทับใจที่เกิดขึ้นจึงมี 2 ลักษณะ คือด้านบวกและด้านลบ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันไปตามปัญหา/เหตุการณ์ที่ได้ประสบ ดังนั้นการนำเสนอประเด็นต่อไปนี้ ผู้ศึกษาจะนำเสนอทั้งในส่วนของปัญหา/เหตุการณ์ที่ประสบ และความรู้สึกต่อปัญหา/เหตุการณ์เหล่านั้นควบคู่กันไป เนื่องจากทั้ง 2 ส่วนนี้มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องและส่งผลต่อกัน

สำหรับปัญหา/เหตุการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลประสบในขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจมี 7 ประการ คือ (1) กฏระเบียบที่เคร่งครัด (2) เครื่องช่วยหายใจไร้ประสิทธิภาพ (3) คาท้อก่อปัญหาสารพัด (4) ถูกพันรนาการทั้งแขน-ขา อย่างหนาแน่น (5) แวดล้อมไปด้วยผู้ป่วยใกล้ตาย (6) ดูแลตนเองได้น้อย ต้องคอยพึ่งผู้อื่นและ (7) เหตุการณ์ดีลับที่เกิดขึ้นในขณะที่ไม่รู้สีกตัว

1. กฏระเบียบที่เคร่งครัด

เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์-พยาบาล ประกอบกับกฏระเบียบของโรงพยาบาลที่ไม่อนุญาตให้ญาติเฝ้า เพียงแต่มาเยี่ยมได้เป็นครั้งคราวตามช่วงเวลาที่เปิดให้เข้าเยี่ยมเท่านั้น ผู้ให้ข้อมูล 7 ใน

11 คน รับรู้ว่าจะระยะเวลาของการเปิดโอกาสให้เข้าเยี่ยมเป็นช่วงเวลาที่น้อยมาก อาทิ น้องเทา ขายถนอม และลุงเล็ก กล่าวว่า

“ช่วงเวลาให้เยี่ยมแป๊บเดียว วันหนึ่งเข้าได้ชั่วโมงเดียว น้อยมาก แป๊บเดียว (เดียวเดียว) ก็หมดเวลาแล้ว”

(น้องเทา)

“ตอนอยู่ ไอ.ซี.ยู. ลูกเขาก็ไม่ค่อยให้เข้าไป พอเข้าก็อยู่ได้เดียวเดียว พยาบาลก็ให้ออกอีก ”

(ยายถนอม)

“ห้อง ไอ.ซี.ยู. นี้เขาให้เยี่ยมเป็นเวลา ... เข้าเที่ยง เย็น พอหมดเวลาเยี่ยมแล้วเขาก็ให้ออกไป”

(ลุงเล็ก)

การเข้มงวดและปฏิบัติตามกฎระเบียบอย่างเคร่งครัด ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างอ้างว้าง ว้าเหว่ เดียวดาย

เหมือนถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างอ้างว้าง ว้าเหว่ เดียวดาย

ผู้ให้ข้อมูล 7 ใน 11 คน ซึ่งปกติผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้เคยมีญาติพี่น้องห้อมล้อมยามเจ็บป่วย แต่เมื่อมาพักรักษาตัวในห้องผู้ป่วยหนัก หรือหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยปิดต้องมานอนอยู่ในห้องตามลำพังเพียงคนเดียวหรือบางครั้งนอนเตียงใกล้กับผู้ป่วยอื่นก็จริง แต่ด้วยความที่ไม่คุ้นเคยกับสถานที่และบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้รู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง ว้าเหว่และเดียวดายได้ ดังที่น้องเทา ขายถนอม และลุงเล็ก ได้เล่าให้ผู้ศึกษาฟังว่า

“ซัดใจอยู่ห้องนั้น คนก็ไม่เห็น เงียบเสียหมด มืดเสียหมด ... นอนอยู่คนเดียวหันไปไม่เห็นใครแม้กระทั่งญาติพี่น้อง”

(น้องเทา)

“ตอนอยู่ ไอ.ซี.ยู. แรกๆ รู้สึกเหงาใจ เราไปนอนไม่รู้จักใครสักคน แต่คิดเสียว่าคนอื่นเขาก็นอนอย่างนั้น มันว้าเหว่เหงาๆ แต่ไม่รู้จะทำอย่างไร”

(ยายถนอม)

“ตื่นมาไม่มีญาติเลย อยู่ห้อง ไอ.ซี.ยู.เขาไม่ให้ใส่โซ่โซ่ไหม ผมก็ไม่รู้ ผมก็ยิ่งสลดใจใหญ่ ว่าตายแล้วพวกนี้มาทิ้งให้อยู่คนเดียวได้อย่างไรนะ ... เราเป็นคนถูกทอดทิ้งหรืออย่างไรจึงไม่มีใครเลยลูกเต๋อะไรก็ไม่มีสักคน”

(ลุงเล็ก)

2. เครื่องช่วยหายใจ ไร้ประสิทธิภาพ

เมื่อมีความผิดปกติใดๆ เกิดขึ้นเกี่ยวกับเครื่องช่วยหายใจ อาทิ ออกซิเจนไม่เพียงพอ การหายใจของผู้ให้ข้อมูลและการทำงานของเครื่องไม่สัมพันธ์กัน หรือข้อต่อต่างๆ หลุด/หลวม เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเคลื่อนไหว ระบบเตือนภัยก็จะดังขึ้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 11 คน ระบุว่า เครื่องช่วยหายใจไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ อาทิ ลุงเล็ก กล่าวว่า

“เครื่องช่วยหายใจหลุดบ่อย เคี้ยวหลุดๆ พยาบาลบอกว่า อย่าไปจับนะ ผมบอกว่า ไม่ได้ไปจับมันเลย ผมนอนเลขๆมันก็หลุด ... ผมนอนอยู่ ได้ยินเสียงอะไรเข้าหู แกรกๆ เสียงร้อง อ้อๆๆๆ”

(ลุงเล็ก)

จากการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องช่วยหายใจไม่มีประสิทธิภาพนี้ ก่อให้เกิดความรู้สึก 2 ลักษณะ คือ (1) เครื่องร้อง ต้องตาย และ (2) เครื่องช่วยหายใจทำให้รำคาญ

เครื่องร้อง ต้องตาย

เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจส่วนใหญ่ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก ทำให้ไม่คุ้นเคยกับเครื่องมือแพทย์ โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่หายใจลำบาก ผู้ให้ข้อมูลได้คิดฝากรีวิดไว้กับเครื่องช่วยหายใจ แต่เมื่อเครื่องเกิดขั้วช่องจึงมีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตและคิดว่า หากเครื่องเสีย ชีวิตของตนคงสิ้นลงไปด้วย ความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นในผู้ให้ข้อมูลเพียงคนเดียว คือ ลุงเล็ก ซึ่งกล่าวว่า

“ตอนได้ยินเสียงเครื่องช่วยหายใจร้อง ผมนึกในใจว่า ถ้าเครื่องมันร้องต้องตาย แน่ๆผมเข้าใจอย่างนั้น ... เพราะผมได้ยินคำพูดว่า “พี่ๆ เครื่องมันร้อง” แต่ทางโน้นบอกว่าเป็นไร ผมก็ไม่ทราบว่ามันบกร่องตรงไหน”

(ลุงเล็ก)

เครื่องช่วยหายใจทำให้รำคาญ

จากเหตุการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 11 คน ได้ประสบ คือในขณะที่เครื่องช่วยหายใจทำงานเป็นจังหวะหายใจเข้า-ออกนั้นจะมีเสียงดัง นอกจากนี้การที่ข้อต่อระหว่างท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจหลุดบ่อย ก็เป็นประเด็นหนึ่งซึ่งนำมาสู่ความรู้สึกรำคาญได้เช่นกัน อาทิคำบอกเล่าของ น้องคำและลุงเล็ก ที่ว่า

“ช่วงที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ราคาสูงที่ค้างอยู่ข้างๆ เสียเวลาเราหายใจ มัน
คั่ง”

(น้องคำ)

“ตอนใส่เครื่องช่วยหายใจ ราคาอยู่กับข้อต่อหลอดบ่อย เมื่อมีอาการไอขึ้นมา
ไอๆๆ สายเครื่องมือหลุด วันหนึ่งตั้ง 5-6 ครั้ง เคี้ยวหลอดๆ มันหลุดของมันเอง ผม
ว่าแปลกเครื่องนี้ เคี้ยวหลอดๆ นำราคาสูง”

(ลุงเด็ก)

3. คาทอ์ก่อปัญหา สารพัด

ผู้ให้ข้อมูลทุกคน รับรู้ว่าในช่วงที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ เป็นช่วงที่มีข้อจำกัดหลาย
อย่าง อาทิ ไม่สามารถสื่อสารด้วยถ้อยคำได้ ไม่สามารถรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำได้ตามปกติ
ไม่มีอิสระในการเคลื่อนไหว นอนไม่หลับ เจ็บปวดจากการคาทอ์ รวมทั้งจากการได้รับการดูแล
เสมหะเป็นต้น และจากการบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล จำนวนปัญหาที่เกิดขึ้นจากการคาทอ์ช่วย
หายใจได้ 3 ลักษณะ คือ (1) สื่อสารกับใครก็ไม่ได้ (2) ถึงจะหิวหรือกระหายก็ไม่ได้กิน และ
(3) เสมหะมากมาย แต่ไร้ปัญญาขับออก รายละเอียดดังนี้

3.1 สื่อสารกับใครก็ไม่ได้

เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลทุกคนไม่สามารถพูดคุยได้ตามปกติ ประกอบกับการดูแลที่ได้รับ
อาทิ การผูกมัดมือ-เท้า การคาทอ์อุปกรณ์ต่างๆ จึงทำให้เกิดความยากลำบากในการติดต่อสื่อสาร
จะบอกบุคคลอื่นว่ารู้สึกอย่างไร ต้องการอะไร หรืออยากได้ถามเรื่องใดๆ ก็ไม่สามารถแปลง
เสียงออกมาเป็นคำพูดได้ อาทิ น้องคำ ได้เล่าว่า

“ตอนได้รับเครื่องช่วยหายใจ เวลาหายใจรู้สึกสบายๆ หายใจอะไรก็สะดวก แต่
ทำอะไรไม่สะดวก จะพูดก็ไม่ได้ จะบอกก็ไม่รู้บอกอย่างไร ใช้วิธีเขียนก็ไม่สะดวก
เพราะมือมีสายน้ำเกลือบ้าง สายเลือดบ้าง... ผมจะบอกเขาว่าราคาสูงมากแล้ว เอาท่อช่วย
หายใจออกได้แล้ว ... ผมต้องการจะชี้ไปที่คอให้เขารู้ว่าเจ็บคอ แต่เขามัดมือ เลยทำ
สัญลักษณ์ว่าเขียน เขาก็เอากะดาษกับปากกามาให้ ผมก็เลยเขียนว่าเอาท่อออกได้แล้ว เจ็บ
คอ ตอนแรกเขียนไม่รู้เรื่อง เพราะมือยังสั่นเขียนไม่ค่อยได้ ... เขียนหนังสือก็ไม่สะดวก
เพราะมีสายเลือดบ้าง สายน้ำเกลือบ้าง”

(น้องคำ)

จากปัญหาในการติดต่อสื่อสาร ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึก อึดอัด ขัดใจ ดังนี้

รู้สึกอึดอัด ขัดใจ เพราะสื่อแล้วไม่เข้าใจ

ผู้ให้ข้อมูลทุกคน ที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจมีความพร้อมในการติดต่อสื่อสาร เพราะไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้ ดังนั้นการสื่อสารด้วยท่าทาง/ภาษาใบ้ตลอดจนการเขียนจึงเป็นวิธีการหนึ่งให้ผู้ให้ข้อมูลนำมาใช้เพื่อสื่อแทนคำพูด แต่ด้วยข้อจำกัดที่ผู้ให้ข้อมูลมี อันได้แก่ อาการอ่อนเพลียของร่างกายหรือการถูกผูกมัดมือ ทำให้ไม่สามารถเขียนหนังสือหรือแสดงท่าทางได้ตามปกติ ดังนั้นสารที่ต้องการส่งออกไปอาจเกิดความผิดพลาดและคลาดเคลื่อนได้ ก็จะนำมาซึ่งความรู้สึกอึดอัด ขัดใจ เป็นอย่างยิ่ง ความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นในผู้ให้ข้อมูล 10 ใน 11 คน อาทิ น้องคำ พระภิกษุเส็งและน้องเทา ที่ว่า

“ใส่เครื่องช่วยหายใจนานๆ ผมว่าไม่ดีเหมือนกัน ... เพราะทำให้อึดอัด รำคาญ คันที่ขาจะบอกพยาบาลก็บอกไม่ได้ ... ผมอยากให้เขาเอาท่อช่วยหายใจออกตั้งนานแล้ว แต่บอกไม่ได้ ไม่รู้จะบอกอย่างไร ถ้าว่าพูดได้ก็บอกแล้ว ... วันนั้นเพื่อนมาจากหาดใหญ่ เข้าไปนั่งคุยกับผม เขามั่งพูดอยู่คนเดียว แต่ผมพูดไม่ได้ ... ผมต้องการจะบอก จะถามเพื่อน หลายเรื่องก็ถามไม่ได้ ... พอใครมาจะพูดกับคนโน้นบ้าง คนนี้บ้าง ก็พูดไม่ได้ ... ทำให้รู้สึกรำคาญ อึดอัดอย่างมาก”

(น้องคำ)

“ตอนที่ใส่ท่ออยู่พูดไม่ได้ พูดไม่ออกเสียงสักนิด บอกไม่ได้ เขาถ่ายหน้าทั้งนั้น เขาไม่เข้าใจ ขัดใจ (อึดอัดใจ) ... สื่อสารกันไม่เข้าใจ ... หูได้ยินชัด แต่พูดไม่ได้ ขัดใจ แต่ไม่รู้จะทำอย่างไร ได้แต่ทำมือ บางคนเข้าใจ บางคนไม่เข้าใจ”

(พระภิกษุเส็ง)

“พูดก็ไม่ได้ ทำมือเอาบางที่ บางที่เขารู้ บางทีก็ไม่รู้ ... ถ้าเขารู้เรื่องก็โล่งอก (สบายใจ) บางที่ขัดใจ (อึดอัดใจ) เราจะบอกแต่เขาไม่เข้าใจ ... ถ้าเขาไม่เข้าใจ ก็พยายามจะบอก กว่าที่จะเข้าใจ เหนื่อย”

(น้องเทา)

3.2 ถึงจะหิวหรือกระหายก็ไม่ได้กิน

ผู้ให้ข้อมูลทุกคน ที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ไม่สามารถดื่มน้ำหรือรับประทานอาหารทางปากได้ตามปกติ และแม้จะหิวเพียงใดก็ไม่ได้รับการตอบสนอง อาทิ น้องคำแล้วว่า

“ช่วงนั้น (on T - piece) อยากน้ำ เพราะว่าคอแห้ง อดน้ำมา 2 วันแล้ว ... ผมอยากน้ำมาตั้งแต่ก่อนมาโรงพยาบาลนี้แล้ว ขอน้ำกินสักนิดก็ไม่ได้ ... ถ้าอาหารไม่เป็นไรเพราะเขาให้น้ำเกลือ อดได้ แต่ให้อดน้ำผมทนไม่ได้ เขางดน้ำ งดอาหารไม่ให้กินอะไร ... เขาว่าถ้าอยากน้ำก็ให้กลืนน้ำลายเอา”

(น้องคำ)

จากที่ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถรับประทานอาหาร-น้ำ ทางปากได้นั้น ทำให้เกิดความรู้สึกหิวอาหาร และกระหายน้ำมาก จากแผนการรักษาพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลบางคนได้รับเพียงสารน้ำทางหลอดเลือดดำ บางคนได้รับอาหารและน้ำทางสายยางทดแทน ซึ่งตามการรับรู้ของผู้ป่วยอาจไม่เพียงพอกับความต้องการ ส่งผลให้เกิดความรู้สึก ใน 2 ลักษณะ คือ (1) หดหู่ใจหากตายไปคงไม่ได้กินน้ำ และ (2) ความหิวที่แสนทรมาณ ดังนี้

หดหู่ใจ หากตายไปคงไม่ได้กินน้ำ

ผู้ให้ข้อมูล 5 ใน 11 คน มุ่งเน้นความรู้สึกที่เกิดขึ้นไปในเรื่องของความหิวและกระหายน้ำ โดยเฉพาะในช่วงระยะแรกของการใส่เครื่องช่วยหายใจ ทั้งนี้เนื่องจากก่อนมาโรงพยาบาลผู้ให้ข้อมูลไม่ได้รับประทานอาหารมาก่อน ประกอบกับแผนการรักษา ที่งดทั้งอาหารและน้ำ ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลกระหายน้ำมากยิ่งขึ้น ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงพยายามสื่อสารให้ผู้ดูแลเข้าใจว่าตนเองต้องการคึมน้ำ แต่ผู้ดูแลอ้างว่า “กินไม่ได้” ทำให้บางคนเกิดความรู้สึกหดหู่ใจและคิดว่าหากตนเองถึงแก่ความตายก็คงไม่ได้กินน้ำเป็นแน่ อาทิคำพูดของ ยายถนอม และน้ำจิ้น ที่ว่า

“หิวน้ำ ขายขอแต่น้ำ แต่เขามอกกินไม่ได้ ... ขายรู้สึกหดหู่ใจเหมือนกัน”

(ยายถนอม)

“อยากกินน้ำมาก เพราะตอนที่ไปโรงพยาบาล ข้างก็ยังไม่ได้กิน น้ำก็ยังไม่ได้กิน เพราะเจ็บหน้าอกอยู่ ... อยากน้ำอย่างเดียว นานี้กว่าจะได้กินสักแก้วใหญ่ๆ คงได้หายอยาก แต่แล้วเขาไม่ให้กิน ... พุคก็ไม่ได้ จึงอ้าปากบอกลูกว่าหิวน้ำ ลูกเข้าใจ จึงไปบอกพยาบาล แต่เขามอกว่ากินไม่ได้ นานี้กว่าถ้าตายไปจริงๆ คงไม่ได้กินน้ำ”

(น้ำจิ้น)

ความหิวที่แสนทรมาณ

ผู้ให้ข้อมูล 2 ใน 11 คน แม้ได้รับอาหารทางสายยางแล้วก็ตาม ยังคงมีความต้องการที่จะได้รับอาหารในปริมาณเพิ่มขึ้นจากเดิม เนื่องจากอาหารที่ได้รับไม่เพียงพอกับความต้องการจึงทำ

ให้รู้สึกหิว และอ่อนเพลีย นอกจากนี้ยังคิดว่าเหตุผลหนึ่งที่รอดชีวิตมาได้ ก็เพราะได้รับน้ำเกลือนั่นเอง อาทิ ดุงแจ้ง กล่าวว่า

“เขาไม่ให้กินข้าว แต่ให้กินอาหารทางจมูก ... ที่ใส่กล่อง (กระบอก) เพลงไป จะอิมได้อย่างไร ได้สัก 2 คำได้ ก็ดุงรู้สึกตัวและสบายขึ้นแล้วนี่ ให้อาหารอย่างนั้นอยู่ 5 วัน ดุงเพลียมาก เพราะกินไม่สมบูรณ์ จึงหิว ... หิวข้าวมาก ร่างกายอ่อนเพลียไปหมด หิวข้าวแต่เขาไม่ให้กิน ... ตอนใส่ท่อช่วยหายใจ ดุงจะกินข้าว แต่เขาให้กินน้ำข้าว ดุงหิวมาก จะดุกขึ้นก็ไม่รอด ... ดุงหิวจนหมดแรง (ไม่มีกำลัง) ที่อยู่ได้ก็เพราะน้ำเกลือ ... ตอนนั้นดุงคิดว่าชีวิตอยู่ได้กับน้ำเกลือ”

(ดุงแจ้จ)

3.3 เสมหะมากมาย แต่ไร้ปัญญาขับออก

ผู้ให้ข้อมูลทุกคนที่เล่าต่อช่วยหายใจ ไม่สามารถไอและขับเสมหะออกเองได้ตามปกติ ดังนั้นเมื่อรู้สึกว่ามีเสมหะไปอุดตันในทางเดินหายใจ ก็จะขอความช่วยเหลือจากพยาบาลให้มาดูดให้ เพราะหากไม่ทำเช่นนั้นแล้ว จะรู้สึกหายใจไม่สะดวก อาทิ ดุงแจ้จ พี่เมษ และดุงหมาด ได้เล่าว่า

“ถ้าเสมหะเต็มคอ จะบ้วนก็ไม่ได้ จะกลืนก็ไม่ได้ จะจากเสมหะก็ไม่ได้... ดุงก็รู้ว่าเสมหะเต็มคอหมดแล้ว ต้องเขียนบอกให้พยาบาลมาดูดให้”

(ดุงแจ้จ)

“ช่วงนั้นรำคาญเรื่องเสมหะ เพราะเราจะบ้วนน้ำลายก็ไม่ได้”

(พี่เมษ)

“เสมหะติดคอหายใจไม่ออก ก็เลยกวักมือเรียกพยาบาล ให้นำช่วยดูแลเพื่อให้หายใจสะดวกขึ้น ... บางครั้งช่วงที่มีเสมหะมากๆ ดุงลืมตาไม่ขึ้น หมดแรง ไอก็ไม่ออก พยาบาลก็มาช่วยอีก”

(ดุงหมาด)

จากเหตุการณ์ดังกล่าวที่ประสบ ส่งผลให้เกิดความรู้สึก 2 ลักษณะ คือ (1) เสมหะเต็มคอ ก่อให้เกิดความกลัวตาย และ (2) ดุงเสมหะที่ไร เจ็บเหมือนใจจะขาด รายละเอียดดังนี้

เสมหะเต็มคอ ก่อให้เกิดความกลัวตาย

ผู้ให้ข้อมูล 9 ใน 11 คน สะท้อนว่า ขณะที่ม่เสมหะเต็มในคอและในท่อทางเดินหายใจ นั้น แม้จะมีเครื่องช่วยหายใจก็ไม่สามารถจะหายใจได้ เนื่องจากเครื่องช่วยหายใจทำงานผิดปกติ อาทิ จังหวะการทำงานของเครื่องช้าลงหรือไม่สม่ำเสมอ รวมถึงบางครั้งเครื่องไม่ทำงานประกอบกับผู้ให้ข้อมูลได้เห็นผู้ป่วยอื่นตายเนื่องจากสาเหตุหนึ่งคือ หายใจไม่ได้ เพราะมีเสมหะอุดตันในท่อทางเดินหายใจ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกกลัวตายและระมัดระวังไม่ให้มีเสมหะอุดตัน ดังที่ ลุงแจ้ กล่าว

“ตอนได้รับเครื่องช่วยหายใจทนอยู่ได้กับที่หายใจสะดวก แต่ต้องคุณเสมหะออกก่อน เพราะตอนนั้นจะหายใจไม่ออก แม้แต่กับเครื่องช่วยหายใจก็หายใจไม่ออก ถ้าเสมหะเต็มเครื่องก็ช่วยไม่ได้... บางครั้งเครื่องช่วยหายใจ แกร็กกาน (เสียงของ Bird's respirator ทำงานช้าลง) แกร็กๆ เครื่องไม่ทำงานแล้ว ... ถ้าไม่คุณก็ตายเร็ว เพราะว่าเสมหะเต็ม หายใจไม่ออกแล้ว เครื่อง (เครื่องช่วยหายใจ) ก็ทำงานไม่ได้ คลັกๆ ในคอ ลุงเทียน ที่นอนอยู่ข้างๆลุง ตายเร็ว แก่ไม่มีญาติ คลັกๆๆ เต็มแล้ว แก่อยู่ 2 คืนก็ตายเพราะไม่มีญาติ ส่วนลุงที่อยู่ได้เพราะพอรู้สึกว่ามีเสมหะ ก็เขียนหนังสือ ให้ลูกไปบอกพยาบาล ให้มาซักเสมหะให้ เจ็บก็ซ้ง ทนเอา เพราะว่าถึงแม้มีเครื่องช่วยหายใจแต่ถ้าเสมหะเต็มก็ช่วยไม่ได้”

(ลุงแจ้)

ดูดเสมหะที่ไร เจ็บเหมือนใจจะขาด

การดูดเสมหะที่หยาบและรุนแรง จนบางครั้งอาจมีเลือดปะปนออกมา ทำให้ผู้ให้ข้อมูล 10 ใน 11 คน ได้เปรียบเทียบความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นว่า “เหมือนจะขาดใจ” อาทิ พี่เมฆ ลุงหมาด น้ำซัน และลุงแจ้ กล่าว

“ดูดเสมหะนี้เจ็บ 2 ชั่วโมงดูดครั้งหนึ่ง ดูดจนคอหอยออกเลือด ปากออกเลือด เจ็บเกือบทนไม่ได้”

(พี่เมฆ)

“เจ็บคอ เกิดจากที่เขาใส่สายเพื่อดูดเสมหะลงไปในคอ บางคนทำหยาบ ... คือว่า เขาหึ่งๆๆๆ เข้าไป (ใส่สายและกระแทกขึ้น-ลง อย่างแรง) เจ็บมาก เทียวคืนนอนอยู่อย่างนี้ (ทำค้วงอ) ... ใจเหมือนจะขาดดี ไม่ขาดดี”

(ลุงหมาด)

“ตอนที่เขาคุดเสมหะ รู้สึกเหมือนตัวเองจะตายอย่างนั้นเลยละ ... พอเขาใส่สายยางที่ใช้คุดเสมหะ มันเข้าไปเต็มคอ หายใจไม่ออก เวลาคุดเสมหะทุกครั้งเหมือนจะสิ้นใจทุกครั้งไป”

(น้ำซึ้น)

“ตอนที่ม่เสมหะเต็ม แล้วเขาคุดออกเหมือนจะขาดใจ ลุงรู้แล้วว่าเจ็บสะคั่งถึงหลังคางจริง เจ็บเหมือนกับจะขึ้นสวรรค์ (เปรียบเทียบว่าความเจ็บปวดที่ได้รับว่ารุนแรง ประหนึ่งว่าทำให้ทนไม่ไหวอาจขาดใจตายได้) แต่ถ้าไม่คุดก็ตาย เพราะหายใจไม่ออก”

(ลุงแจ้)

4. ถูกพันธุนาการทั้งแขน-ขา อย่างหนาแน่น

การที่ผู้ให้ข้อมูล 10 ใน 11 คน ซึ่งถูกพยาบาลผูกมัดแขน - ขานี้ บางคนเข้าใจว่าแท้จริงแล้วพยาบาลก็ไม่ได้ตั้งใจจะผูกมัดตนเองแต่อย่างใด แต่เนื่องจากตนเองอาจไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล จึงทำให้พยาบาลต้องพันธุนาการไว้อย่างหนาแน่น ซึ่งการกระทำเช่นนี้ส่งผลให้เกิดปัญหาอื่นตามมา อาทิ อากาศแข็งหลัง การมีคุ่มน้ำใตบริเวณสะโพกหรือบริเวณที่มีน้ำหนักกดทับอยู่เป็นระยะเวลานาน เป็นต้น อาทิ ลุงเล็ก ลุงแจ้ พี่น้อย และ น้องเทาเล่าว่า

“เขามัดทั้งแขน-ขา ไว้กับเตียง ลุงคิดว่าเราคงคืนมากนะ ไม่นั่นเขาคงไม่มีมัดเราหรอก ... เขามัดเพราะเรากินทุเรียนทุราย กลัวเข็มให้น้ำเกลือ หรือสายอะไรจะหลุด เขาก็เลยต้องทำ”

(ลุงเล็ก)

“เขามัดมือ มัดเท้า พลิกตะแคงตัวก็ไม่ได้ เช็ดสะโพกเหมือนจะหลุด ... ตะโพกพองหมด (มีคุ่มน้ำใต) ทั้งสองข้าง ... ก้นก็พอง”

(ลุงแจ้)

“พอใส่ท่อ (ช่วยหายใจ) เขาก็จับเรามัด ไว้กับเตียง ... มัดทั้งมือ ทั้งเท้า ทำอะไรไม่ได้เลย พลิกตะแคงตัวก็ไม่ได้”

(พี่น้อย)

“มือเขาก็มัด ตะแคงก็ไม่ได้ จะเคลื่อนไหวก็ไม่ได้ ... ต้องการอะไรสักทีก็เหม็น”

(น้องเทา)

จากเหตุการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่า ทั้งผูก ทั้งคั่ง เหมือนกับขึงหนังวัว รายละเอียดดังนี้

ทั้งคู่กทั้งตั้ง เหมือนกับชิงหนั่งว้ว

จากการที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับการพันธุนาการที่แน่นอน ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูล 2 ใน 11 คน รู้สึกว่า การที่พยาบาลทำกับตนเองเช่นนั้น เหมือนกับว่าตนเองไม่ใช่มนุษย์ ส่งผลกระทบทั้งทาง ด้านร่างกายและจิตใจ ดังที่ ลุงแจ๊จ ได้เล่าว่า

“ตอนที่เขามัดมือ มัดเท้าทั้งสองข้าง รู้สึกอึดอัดใจ เข็ดหมด เมื่อยหมดทั้งตัว เข็ดมาก เข็ดมาจนถึงทุกวันนี้ กลางหลังเหมือนโดนเขาทุบ ... พลิกตะแคงตัวก็ไม่ได้ เข็ด ตะโพกเหมือนจะหลุด ... คนคอมอยู่แล้วเนื้อไม่มากเลยเข็ด ... นอนหงายและถูกมัดอยู่ 4 คืน 5 วัน ... นอนเหมือนเขาชิงหนั่งว้ว เขามัดทั้งแขน ทั้งขา”

(ลุงแจ๊จ)

5. แวดล้อมไปด้วยผู้ป่วยใกล้ตาย

เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่ผู้ให้ข้อมูลเข้ารับการรักษา เป็นหอผู้ป่วยทั่วไปซึ่งมีระยะห่างของเตียงไม่มากนัก และการที่ผู้ให้ข้อมูลได้นอนพักรักษาตัวซึ่งแวดล้อมไปด้วยผู้ป่วยอื่นที่มีอาการหนัก และได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยเหล่านั้น อาการทรุดลง แต่แพทย์-พยาบาลไม่สามารถช่วยชีวิตไว้ได้ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลนำมาเปรียบเทียบกับตัวเองและเกิดความรู้สึกตกใจกลัวขึ้นได้ ดังนี้

เห็นผู้ป่วยอื่นตาย ทำให้นึกถึงตัวเอง

ผู้ให้ข้อมูล 3 ใน 11 คน ได้มองเห็นการช่วยเหลือผู้ป่วยอื่นเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤติของชีวิตจากที่มลสุขภาพ แต่เมื่อแพทย์-พยาบาลไม่สามารถช่วยยืดอายุชีวิตของผู้ป่วยเหล่านั้นไว้ได้ ความโศกเศร้าเสียใจและเสียงร้องของ ลูก หลาน ญาติ พี่น้องที่เกิดขึ้น จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูล รู้สึกไม่สบายใจเพราะย้อนคิดกลับมายังตนเองว่า หากตนเองเสียชีวิต ลูกหลานก็คงเสียใจ และร้องไห้เช่นกัน ดังที่ น้ำจิ้น ได้เล่าว่า

“คนไข้ 3 คน ที่ไปโรงพยาบาล มีอาการเหมือนน้ำทั้งนั้น คือ หายใจไม่ออก แต่เวลาใส่ท่อช่วยหายใจเขารู้สึกตัว แต่เขาดึงออกหมด หมอเขาว่าอย่าดึงออกๆ เขาให้น้ำเกลือให้ออกซิเจน ทั้งในปาก ในคอ แต่แกดึงหมดเลย สุดท้ายแกตาย ... ตายทั้ง 3 คน เลย ที่ห้องที่น้ำอยู่ ตายทุกคนเลย ... ที่น้ำเข้าไปอยู่ (โรงพยาบาล) 14 วันนี่ มีคนตาย 10 กว่าคน ... อาการตายนี้ น้ำนึกไปว่าถ้าถึงเวลามันก็ตายนั่นแหละ ... แต่กลัวเสียงที่ลูกเขาร้อง ... ลูกหลานเขาร้องมาก ใจไม่คิดเพราะว่าเตียงมันอยู่ติดๆกัน คนอยู่กันเต็ม คนๆหวีด ร้ายๆๆ ใจเสีย ... ทำให้นึกสภาพว่า ถ้าเหมือนเราตาย ลูกหลานเรา ก็ร้องกันแบบนี้”

(น้ำจิ้น)

6. คุณดูแลตนเองได้น้อย ต้องคอยพึ่งผู้อื่น

การรักษาพยาบาลที่ผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้รับ ร่วมกับภาวะของโรคที่ผู้ป่วยประสบ ในขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจนั้น เป็นช่วงเวลาที่ผู้ให้ข้อมูล รับรู้ถึงความไม่สะดวกต่อการทำกิจกรรมต่างๆ หรือกล่าวได้ว่าเป็นช่วงเวลาของการไร้อำนาจควบคุมตัวเอง จึงต้องพึ่งพาผู้อื่นให้มาช่วยเหลือ อาทิ พี่น้อย และลุงหมาด เล่าว่า

“ท่อช่วยหายใจอยู่ในปาก ... ทำอะไรไม่สะดวก พุดไม่ได้ ลูกนึ่งก็ไม่ได้ นอนอยู่กับที่ตรงนั้น 5 วัน 5 คืน ... ในใจของพี่อยากจะทำไอและขากเสมหะออกด้วยตัวเอง แต่เราทำไม่ได้ ... ต้องขอช่วยให้พยาบาลมาดูดให้”

(พี่น้อย)

“เมื่อมีอาการหอบ ลูกขอรับความช่วยเหลือจากพยาบาล ... เพราะเวลาหอบขึ้นมาต้องนอนตัวเกร็งอยู่แบบนี้ (ทำท่านอนตัวแข็ง เทียบโดยตรง) เพราะตอนนั้นลูกช่วยตัวเองไม่ได้แล้ว”

(ลุงหมาด)

การมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ก่อให้เกิดความรู้สึก เป็นภาระแก่ผู้อื่น เสมือนหนึ่งคนไร้ค่า

เป็นภาระแก่ผู้อื่น เสมือนหนึ่งคนไร้ค่า

แม้ผู้ให้ข้อมูลทุกคน จะรับรู้ว่าคุณสมบัติในการดูแลตนเองลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นให้มาดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือมาช่วยเหลือเมื่อมีความไม่สุขสบายเกิดขึ้น แต่ก็มีผู้ให้ข้อมูลเพียงคนเดียว ที่เกิดความรู้สึกเหมือนกับว่า ในช่วงเวลาหนึ่งเดือนที่นอนไม่รู้สึกตัวอยู่นั้น เป็นช่วงเวลาที่ไม่สามารถจัดการ/กระทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการกลืนน้ำลาย การไอ หรือการขับเสมหะ จึงต้องพึ่งพาพยาบาลให้มาดูแล ซึ่งจากเหตุการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลประสบ ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าคุณเองเป็นบุคคลที่ไร้ค่า และทำให้เป็นภาระแก่ผู้ดูแลเป็นอย่างยิ่ง ดังที่ ลุงเล็ก เล่าว่า

“ตอนที่ผมรู้สึกตัว เห็นทิวเขา วางอยู่ข้างปาก ผมจึงเอามือค้ำค้ำ ทิวเขาเบียดหมดแล้ว ผมคิดว่าน้ำลายคงออกอยู่อย่างนี้ตลอดไป ... ผมเคยเห็น คนที่เป็นอัมพาต ขาชาแล้วน้ำลายก็ไหล ผมคิดว่าจะเป็นอย่างนั้น ... รู้สึกสลดใจ ว่าเป็นอัมพาต ตอนนั้นผมนอนน้ำตาไหลแล้ว คิดว่าตายแล้วนี่เราเป็นอัมพาตแน่ๆ แล้วต้องเป็นภาระให้คนอื่นอย่าง

มาก ...ตอนผมรู้สึกตัวใหม่ๆ ความรู้สึกตัวยังไม่ดี เวลาถ่ายอะไรเขาก็มาทำความสะอาดให้เสร็จเรียบร้อย ทั้งจี๋ (อุจจาระ) ทั้งเยี่ยว (ปัสสาวะ) ... ผมว่าเป็นภาระเขานะ เพราะตอนนั้นเราทำอะไรไม่ได้เลย”

(ลุงเล็ก)

7. เหตุการณ์ลับที่เกิดขึ้นในขณะที่ไม่รู้สีกตัว

ในช่วงที่ผู้ให้ข้อมูล 2 ใน 11 คน สลบไป เมื่อรู้สึกตัวขึ้นมาได้เล่าประสบการณ์ ที่เขาได้ประสบว่า คนเองรู้สึกไม่สบายต้องการไปรับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง แต่ก็มีคนซึ่งไม่เคยรู้จักกันมาก่อน ได้พาไปยังสถานที่ต่างๆ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลรู้จักบ้าง ไม่รู้จักบ้าง แต่สถานที่เหล่านั้นก็ไม่ได้รับไว้ สำหรับผู้ให้ข้อมูลอีกคน รู้สึกเหมือนถูกใครสักคน เจาะจงให้นำตัวไป แต่แล้วเป็นการเอาผิดตัวทำให้ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 คน กลับฟื้นคืนสติมาอีกครั้ง คั้งที่ ลุงเล็ก และ ลุงแจ้ เล่าว่า

“ ก่อนที่จะรู้สึกตัวฝันไปว่า มีพยาบาลหญิง 2 คน พาผมไปที่วัดโคกนาว มันเย็นแล้ว เจ้าหน้าที่เค้าบอกว่า มันมืดแล้ว คุณกลับไปเถอะ เค้าไม่รับแล้ว... เค้าปิด เค้ากำลังทำความสะอาดคุณลงกลับไปเถอะไปไหนก็ได้ ที่นี้เค้าไม่รับแล้ว พยาบาลหญิง ก็พาไปรัดภูมิ เข้าไปในป่ารก เป็นเรือนรับรองของตำรวจ ยังไงก็ไม่รู้พยาบาลทั้งสองคน กลายเป็นตำรวจหญิง ถูวิทย์ ตอนนั้นเค้าแล้ว ผมว่าพามาอยู่อย่างนี้แล้วผมจะหาได้อย่างไร ตำรวจหญิงบอกว่า นี่รอคำสั่งเจ้านายจากเบื้องบนอยู่... สักครู่เขาบอกว่าคำสั่งมาแล้วให้ไปได้ ในฝัน ผมว่าผมไปราชนิติศึกษาผมจะรักษาที่ราชนิติ เค้าก็พาไป พอถึงราชนิติ ก็คำอีก เจ้าหน้าที่เค้าก๊อปปี้กันหมดแล้ว ประตูก็ปิด เค้ากวาดขยะทำความสะอาดอยู่ ... ผมถามว่าหมอเวร พยาบาลเวรไม่มีหรือ เค้าบอกว่าไม่มี ไม่ทำแล้วป่านนี้มีมืดแล้วลุง ลุงไปเถอะไปที่ไหนก็พาไปเถอะ ตำรวจหญิงก็เข็นผมไปวางไว้ที่อนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิ ... 2 คน นั้นก็หายตัวไป ตามความรู้สึกผม นอนอยู่ที่อนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิ นอนๆ ในความฝันว่าจะเข้าหรือเปล่านั้นจะเข้าตื่นคิดว่าจะนะ ก็เลยตื่น 2 โมงเช้า รู้สึกตัวที่ ไอ.ซี.ยู.เมื่อฟื้นขึ้นมาไม่เห็นใครเลย ... สงสัยเราคงตายแล้ว แล้วนี่เราฟื้นมาเขาคงไม่รู้ว่เราฟื้น”

(ลุงเล็ก)

“ลุงสลบไปแล้วฝันว่า เขารุนไปเตียง 19 มีรั้วกันแน่นหนา สักพักมีคนลุกขึ้นยืนคนหนึ่ง ตัวดำมาก เขาว่า “เฮ้! อย่ารุนเข้ามา ภูไม่ข้องเกี่ยว มึงเลข 9 ... ภูไม่เอา ไปๆ หากลับไป ภูไม่ต้องการคนเลข 9 รุนกลับไป” (ขณะอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยนอนเตียง 9)”

(ลุงแจ้)

จากเหตุการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลได้ฝันในลักษณะที่คล้ายคลึงกันนี้จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่า “เหมือนตายแล้วเกิดใหม่ เพราะไปที่ไหนไม่มีใครรับ” ดังนี้

เหมือนตายแล้วเกิดใหม่ เพราะไปที่ไหนไม่มีใครรับ

เนื่องจากผู้ให้ข้อมูล 2 ใน 11 คน ได้ประสบกับเหตุการณ์ในขณะที่สลบไป ได้ฝันว่ามีคนพาไปในสถานที่ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นวัด สถานที่ที่ใช้รักษาคนไข้ เป็นต้น แต่สถานที่เหล่านั้นไม่รับไว้ต่อมาเมื่อผู้ให้ข้อมูลเริ่มรู้สึกตัวและมีสติพอที่จะระลึกถึงเรื่องราวที่ผ่านมา ผู้ให้ข้อมูลจึงลงความเห็นโดยให้เหตุผลว่า หากเจ้าของสถานที่เหล่านั้นรับไว้ ตนเองคงไม่มีชีวิตรอดมาได้จนทุกวันนี้ ดังคำบอกเล่าของ ลุงเล็กและลุงแจ้ ที่ว่า

“เหมือนฝันไป คือฝันเห็นแต่ที่ไว้ศพทั้งนั้น จึงคิดว่า นี่เราตายแล้วเขาจึงพามาที่นี่ พอไปทุกแห่งเขาไม่รับสักแห่ง คืนนั้นเขามาทิ้งให้อนอนที่ราชวิถีในฝันผมก็หลับ ไปคืนหนึ่ง พอฝันเสร็จตอนเช้าผมก็ตื่นนอน ลืมตาดูนาฬิกา 2 โมงเช้า... ผมนอนไม่รู้สึกรู้ตัวอยู่ตั้ง 1 เดือน เป็นไปได้อย่างไร เป็นเรื่องที่แปลกมาก เหมือนตายแล้วเกิดใหม่จริงๆ ... สมมติว่าเค้ารับ ผมคงไม่ฟื้นแล้วนะ”

(ลุงเล็ก)

“เมื่อเขารุนเตียง (เงินเตียง) ลุงไป แล้วเขาไม่รับ... ลุงก็รู้สึกตัว ลุงคิดในใจลุงคงฟื้นตอนที่เขารุนกลับมา ... ลุงว่าไม่สบายครั้งนี้ นื่องจากตาย คือตายไปครึ่งทางแล้ว”

(ลุงแจ้)

การเผชิญ/จัดการกับปัญหาขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ

ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูลในขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ เป็นสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลเองพยายามที่จะขจัดให้หมดไป แต่เหตุที่ผู้ให้ข้อมูลทุกคนไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้ ร่วมกับความความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ให้ข้อมูลลดลง ซึ่งอาจเกิดจากสภาพร่างกายที่อ่อนแอ หรืออาจเกิดจากการรักษาพยาบาลที่ได้รับ อาทิ การมีอุปกรณ์และสายต่างๆระโยงระยาง การถูกพันธนาการ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาทั้งสิ้น แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลเองก็พยายามหาวิธีการที่จะจัดการกับปัญหาเหล่านั้นให้หมดไป ซึ่งวิธีการที่ผู้ให้ข้อมูลนำมาใช้ ในขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ มี 5 วิธี ดังนี้ (1) จะพึ่งพาตนเองหรือผู้ใด ก็ไม่เกี่ยง (2) อ้อนวอนถึงศักดิ์สิทธิ์ เพื่อให้มีชีวิตรอด (3) ใช้วิริยะทุกอย่างบรรดามีเพื่อที่จะสื่อสาร

(4) ต้องตื่นใจทำตามเพราะอยู่ในภาวะจำยอม และ (5) เมื่อไม่สามารถขจัดความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานได้ จึงเลือกที่จะตายดีกว่า ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. จะพึ่งพาตนเองหรือผู้ใด ก็ไม่เกี่ยง

เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ผู้ป่วยพยายามหาวิธีการต่างๆทุกวิธีที่คิดว่าดีที่สุด และสามารถนำมาขจัด /จัดการกับปัญหาเหล่านั้น ซึ่งวิธีที่ผู้ป่วยคิดว่าเป็นวิธีที่ดี จำแนกได้ 3 วิธี ดังนี้ (1) ลองขอลองทำ เพื่อนำมาซึ่งสิ่งที่พึงประสงค์ (2) แม้ยามเจ็บหนัก คนก็ยังเป็นที่พึ่งแห่งตน และ (3) ต้องใช้ปัญญา พึ่งพาผู้อื่น โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 ลองขอ ลองทำ เพื่อนำมาซึ่งสิ่งที่พึงประสงค์

ในการลองขอ ลองทำ เพื่อนำมาซึ่งสิ่งที่พึงประสงค์นี้ เป็นวิธีที่ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 11 คนนำมาใช้ในการเผชิญหรือจัดการกับปัญหา การลองขอ ส่วนใหญ่จะเป็นการพึ่งพา หรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น อาทิ การลองขอยา ลองขอน้ำ ฯลฯ แม้ไม่มั่นใจว่าสิ่งเหล่านี้จะได้รับการตอบสนองหรือไม่ก็ตาม แต่ยังหวังว่าบางครั้งพยาบาลหรือทีมสุขภาพบางคนอาจจะเห็นใจและให้การช่วยเหลือหรือตอบสนองต่อความต้องการของคนได้ ส่วนการ ลองทำ เป็นการลองคิด-ลองถูกด้วยตนเอง เนื่องจากความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจลองทำแม้ถึงนั้นแพทย์-พยาบาลจะห้ามแล้วก็ตาม สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติเช่นนั้นก็เพราะคิดว่าหากทำอย่างที่ตนคิดแล้ว จะสามารถบำบัดความไม่สุขสบาย หรือแก้ปัญหที่เกิดขึ้นได้ ดังคำบอกเล่าของ น้ำจิ้น ย่ายถนอม และลุงหมาด ดังนี้

“เจ็บคอเพราะเขาคาท่อช่วยหายใจไว้ ... หมอ พยาบาลบอกว่าอย่ากัดเพราะถ้ากัดจะหายใจไม่ได้ แต่น้ำจิ้นนั้นแหละ น้ำจิ้นก็กัด กัดแข็ง (กัดแน่น) พยาบาลว่า “ป้าอย่ากัดๆ” ... พอกัดแล้วมันขึ้นมานิดหนึ่ง พอไม่กัดมันก็ไปตามเดิมอีก (เมื่อทดลองกัดเพื่อช่วยหายใจ ท่อช่วยหายใจจะเลื่อนขึ้นมาข้างบนเล็กน้อย แต่เมื่อไม่กัด ท่อช่วยหายใจก็จะเลื่อนลงไปอยู่ในตำแหน่งเดิม) เพราะหายใจไม่ออกอีกถ้ากัดไว้นานๆ... อีกร้อยอย่าง เขาไม่ให้กินน้ำ น้ำก็ลองขอกอีกเพื่อว่าจะได้กิน พอขอเขาไม่ให้กินก็หัน ไปเลีย ค่อยขอใหม่อีก ... ลองขอดู ไปอย่างนั้นแหละ”

(น้ำจิ้น)

“กวักมือขอน้ำ กวักมือคนโน้นเขาไม่ให้ หันไปเลีย กวักมือคนนี่อีก เขาไม่ให้ หันไปเลีย ถ้าคนไหนให้ก็ชื่นใจ”

(ยายถนอม)

“ถ้าจะให้ดูคนเสมหะก็ทำอย่างนี้ (ทำมือชี้ในปากพร้อมกับอ้าปาก) ทำมือชี้ เพราะตอนนั้นดูพูดไม่ได้ บางคนก็รู้ฟัง(เข้าใจ) บางคนก็ไม่รู้ฟัง(ไม่เข้าใจ) ... หากเขาไม่รู้ฟังภาษาใบ้ ดูกี่เลขๆ คิดเสียว่าเขาไม่รู้ฟังก็แล้วไป ค่อยหาคนที่รู้ฟังอีก”

(ลุงหมาด)

1.2 แม้ยามเจ็บหนัก ตนก็ยังเป็นที่พึ่งแห่งตน

ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น ผู้ให้ข้อมูลทราบดีที่สุดว่าในขณะนั้นมีความไม่สุขสบายหรือมีปัญหาใดเกิดขึ้นกับตนเองบ้าง บางคนไม่เพียงแต่ทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นเท่านั้นแต่ยังถึงเห็นถึงวิธีแก้ปัญหาก็ค้วย แต่เนื่องจากการมีข้อจำกัดในการสื่อสาร เมื่อจะบอกหรือจะขอความช่วยเหลือใคร ก็ไม่มีผู้ใดเข้าใจ บางครั้งเข้าใจคลาดเคลื่อน ทำให้ไม่ได้สิ่งที่พึงประสงค์ ดังนั้นวิธีการหนึ่งในการเผชิญปัญหาเมื่ออยู่ในภาวะเหล่านั้น ผู้ให้ข้อมูลทุกคนจะช่วยตัวเองทุกวิถีทางตามที่ตนคิดว่าดี อาทิ คำบอกเล่าของ พี่เมฆและยายถนอม ที่ว่า

“ตอนดูคนเสมหะ เจ็บคอ แต่บอกไม่ได้ ได้แต่ทำมือปิดปาก ... บางทีผมก็แย่งมาดูเอง เฉพาะในช่องปากนะ ... เพราะเรารู้ตรงไหนเจ็บเราก็ไม่แหย่ (ไม่ได้สาขดูคนเสมหะลงไป) ถ้าเป็นเขา เจ็บไม่เจ็บเขาก็แหย่หมดในปากของเรา ถ้าเป็นในปากเราตรงไหนเจ็บเราก็แหย่เบาๆ”

(พี่เมฆ)

“พยาบาลผูกเชือก (ท่อช่วยหายใจ) ดึง ถ้าผูกดึงไม่ได้ ถ้าหย่อนๆ ค่อยยังชั่ว (ดีกว่า) ถ้าผูกดึงมันอีกอึดข้างปากนี่แหละ ไม่สะดวก ยายปล้ำจิ้ง (พยาบาล) จะให้มันหย่อน ยายดึงเอง เขาก็ไม่รู้เหมือนกันว่ายายจะเอาอะไร พยาบาลเขาว่า “อย่าไปดึง” ไม่ดึงอย่างไรล่ะ เราอึดอึด ไปเสียหมด”

(ยายถนอม)

1.3 ต้องใช้ปัญญา พึ่งพาผู้อื่น

ในขณะที่ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ให้ข้อมูลลดลง เมื่อประสบกับปัญหา ทำให้ผู้ให้ข้อมูลทุกคนต้องใช้ความคิดและทักษะต่างๆ เพื่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ให้มาช่วยจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ดังที่ ลุงแจ่ม และ ยายถนอม ได้เล่าว่า

“ท่อช่วยหายใจเลื่อนไปอยู่ระหว่างฟัน เพราะฟันหัก ลุงเคาะๆ แล้วชี้ไปที่พยาบาล อ้าปากแล้วสั่นหัว พยาบาลเห็นว่าตกไปในคอ จึงมาดึงให้ มาภายหลังลุงคิดว่าถูกเขียนหนังสือให้ดูดึงให้ดีกว่า เพราะบางครั้งช่วงคำพยาบาลมาดึงให้ แต่พอดีๆ

พยาบาลก็ช่วยไม่ได้ จึงเขียนให้ลูกคังให้เอง ลูกก็ยื่นดูว่าพยาบาลดิ่งแค่ไหน ... บางครั้ง
เสมหะเต็มคอหายใจไม่ออกแล้ว ... ลูกเกาะให้ลูกเอาปากกาคับสมุคมาให้ เขียนบอกว่า
ตามพยาบาลมาซักเสมหะให้พ่อที”

(ลุงแจ้)

“ตอนนั้นยายหิวน้ำมาก ยายรู้ว่าถ้าขอพยาบาลเขาไม่ให้ ... ยายแอบสะกดน้ก
ศึกษาพยาบาลที่มาฝึกงาน ให้เอาน้ำให้ ... บางคนเขาก็เอามาให้”

(ยายถนอม)

2. อ่อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เพื่อให้มีชีวิตรอด

ผู้ให้ข้อมูล 2 ใน 11 คน ประสบกับปัญหา ความเจ็บปวดทุกข์ทรมานในระหว่างได้
รับเครื่องช่วยหายใจ ไม่ว่าจะเกิดจากการรู้สึกว่าคุณเองหายใจไม่ได้ การคาท่อช่วยหายใจ การถูก
ผูกมัดมือ-เท้า ตลอดจนการมองเห็นอุปกรณ์ในการรักษาพยาบาลมากมาย ทำให้เกิดความวิตก
กังวลและไม่แน่ใจว่า จะมีชีวิตรอดกลับไปพบเจอบุคคลอันเป็นที่รักหรือไม่ ดังนั้นเมื่อเกิดภาวะ
วิกฤติของชีวิต การอ่อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเคารพนับถือจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่ผู้ให้ข้อมูลเลือกนำมา
ใช้ในการเผชิญปัญหา ดังคำบอกเล่าของพี่น้องและน้องจู้ ที่ว่า

“พี่กานานึกในใจถึงพ่อที่ล่วงลับไปแล้วว่า เจ้าประคุณ ถ้าศักดิ์สิทธิ์จริงให้ช่วย
ลูกด้วย ตอนนี้อยู่ทรมาน เจ็บทรมานมากแล้ว ทรมานตั้งแต่เมื่อคืน ทั้งปาก ทั้งมือ เขี้ยว
(ปีศาจ) ก็เขี้ยวทางสายยาง ให้พ่อช่วยส่งคนสักคนมาถอดท่อช่วยหายใจออก แล้วต่อ
มาหมอกี่มาถอดให้”

(พี่น้อง)

“ในใจนึกว่าไม่รู้เราจะรอดหรือเปล่า เพราะว่าสายอะไรระโยงระยางเต็มไปหมด
กลัวมาก กลัวที่จะต้องจากทุกคนไป จึงขอสิ่งศักดิ์สิทธิ์ว่า ให้กลับมีชีวิตรอดอีกครั้ง เพื่อ
กลับไปพบลูก เพราะลูกยังเล็ก ยังต้องการคนดูแล หากไม่มีชีวิตรอดกลับไปใช้ชีวิตอย่าง
เมื่อก่อน หรือไม่ได้อยู่ในโลกนี้ก็ตาม แต่ขอมีเวลาสักครั้งเพื่อให้ได้พูดคุย ขอโทษและ
ได้บอกกับคนที่เรารัก เราหวัง ว่าเรารู้สึกอย่างไร การทำเช่นนี้จะทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น ดี
กว่าไม่ได้ทำอะไรเลย”

(น้องจู้)

3. ใช้อวัยวะทุกอย่างบรรดามี เพื่อที่จะสื่อสาร

ผู้ให้ข้อมูลทุกคนที่ไม่สามารถติดต่อสื่อสารด้วยคำพูดได้ ก็พยายามทุกวิถีที่จะสื่อสารให้ผู้อื่นทราบถึงความต้องการหรือความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง ดังนั้นในการสื่อสารของผู้ให้ข้อมูลที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ การใช้ท่าทางหรือภาษาใบ้จึงเป็นสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลนำมาใช้กันมาก อาทิ คำบอกเล่าของน้องจู ยายถนอม น้องเทา และน้องคำที่ว่า

“ตอนนั้นเขียนไม่ได้เพราะไม่มีแรงพอที่จะเขียน มือก็มีน้ำเกลือ แต่ใช้ภาษามือได้ ... สื่อสารครั้งแรก ตอนเห็นหน้าแฟนเพราะแกเฝ้าอยู่ตลอด จูทำท่า (ทำมือทั้งสองข้าง แกว่งไปมาระดับสะเอว คล้ายกล่อมลูก) ทำท่าไกวเปล แฟนก็บอกทันทีว่าไม่ต้องห่วงลูกนะ ลูกสบายดี... ส่วนหมอก็ถามว่าเจ็บนมไหม เราก็พยักหน้าว่าเจ็บ เขาก็หาน้ำอุ่นมาให้ ... แม้เราพูดไม่ได้ แต่เมื่อสื่อสารแล้วเขาเข้าใจ เราก็ปลื้มใจ เพราะช่วงแรกเรานึกว่า เขาไม่เข้าใจเราซะอีก แต่เขาเข้าใจเรา ตื้นตันใจไปหมด”

(น้องจู)

“ยายอยากน้ำ ยายทำอย่างนี้ (เอานิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้จิ้มเข้าด้วยกันแล้วใส่ในปากและแลบลิ้นเลีย) เขารู้ว่ายายอยากน้ำ แต่เขาบอกว่ากินไม่ได้ ... ยายรู้สึกสบายใจที่เขารู้ฟัง (เข้าใจ) ... นอนไม่ค่อยหลับเพราะเจ็บในปากในคอ ขอยาเขาก็ไม่ค่อยให้ เวลาขอยา ยายพูดไม่ได้ ก็ทำมือนั้นแหละ กวักมือ ทำท่าหยิบยาใส่ปากแล้วกลืนน้ำลาย เอามือปิดตา ... ส่วนใหญ่เวลาจะเอาอะไรก็ทำมือทำไม้ กวักมือ เคาะเตียงอะไรทำนองนั้น”

(ยายถนอม)

“ประมาณเวลานอน นอนไม่หลับ ... เจ็บหลัง ... เรากวักมือขอยาจากพยาบาล พยาบาลเดินเลย เขารู้เขาเดินเลย เราเรียกเขาไม่ได้หยุด จะบอกว่าเรานอนไม่หลับ ... เรากวักมือๆ เขาไม่มา เรากะทืบเตียงเขาว่าอย่ากระทืบเตียงอย่างนั้น ก็กวักมือเขาไม่ได้ยิน เขาไม่มา กวักมือแล้วพูดกันไม่ได้ใช้ไหม้เราก็เลยต้องทำอย่างนั้น”

(น้องเทา)

“คันที่ขา จะบอกพยาบาลก็บอกไม่ได้ มือก็ถูกมัดอยู่ไม่รู้จะทำอย่างไร... ตอนแรกมีที่เค้าวัดอะไรนะที่เป็นเหล็กสวมที่นิ้ว (เครื่องวัดปริมาณฮีโมโกลบินส่วนที่จับกับออกซิเจน) พอคีมีราวหมกก็เลยเคาะ แปะกๆ เคาะ 2-3 ทีพยาบาลว่า “เคาะทำไม อันหนึ่งตั้งหลายหมื่นนะ” ... ผมจะบอกก็ไม่ได้จึงแสดงท่าทางให้เขาดู โดยทำท่าเกา ... แล้วเขาถามว่า “เป็นอย่างไร คันหรือ” ผมก็พยักหน้า เขาก็เลยแก้มัดให้ แล้วเขาบอกว่า “อย่าไปคังสาย (ท่อช่วยหายใจ) ออกนะ อันตราย” ผมก็รับปาก โอ.เค. พักหน้า... ต่อมาจะบอกว่า

ให้เอาท่อช่วยหายใจออกได้แล้ว ...ผมซีไปทีคอ เพราะเจ็บคอ ก็เลยทำสัญลักษณ์ว่าเขียน เขาเอากระดาษกับปากกามาให้”

(น้องคำ)

4. ต้องฝืนใจทำตามเพราะอยู่ในภาวะจำยอม

การรักษาพยาบาลที่ได้รับ ร่วมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ให้ข้อมูลขณะ ได้รับเครื่องช่วยหายใจลดลงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ ผู้ให้ข้อมูล 10 ใน 11 คน รู้สึกถึงความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น ด้วยเหตุนี้ผู้ให้ข้อมูลบางคนพยายามสื่อสารให้แพทย์-พยาบาลทราบถึงวิธีที่ตัวเอง คิดว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่สามารถจะแก้ปัญหาเหล่านั้นได้ แต่เมื่อแพทย์-พยาบาลไม่ปฏิบัติตามความต้องการของผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลเองกลับต้องเป็นฝ่ายขอมจำยอมและฝืนใจปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์-พยาบาล ทั้งๆที่สิ่งเหล่านั้นจะเป็นสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลเองไม่ต้องการก็ตาม อาทิ น้องเทา และพี่เมฆ กล่าวว่

“กิด (กะกะ) กับผูกเชือกที่ปากนี่ (พร้อมทั้งชี้ให้ดูแผล บริเวณมุมปาก) นี่ยังเป็นแผลอยู่เลย ... ผมบอกหมอว่าไม่ต้องผูก บอกว่าย้ายมาค้ำนี้บ้าง (ชี้ไปมุมปากด้านตรงข้าม) ค้ำนี้เจ็บจิงแล้ว เขา(พยาบาล) ไม่ย้ายให้ ... ก็ต้องตามเขา ตามใจเขาว่าอย่างไร เราต้องตามเขาอยู่แล้ว ... ก็เรานอนอยู่กับที่จะให้ไปขัดเขาได้อย่างไร ... ช่วงนั้นเขาผูกมือไว้กับเตียงทั้ง 2 ข้าง ผูกไว้กับหัวเตียง เราว่าแก้เถอะๆ เรารู้สึกตัวคืออยู่ ยกมือไปไหนก็ไม่ได้ มันจืดใจ ... ก็เรารู้สึกตัวแล้ว เราจะไปสิ่งทำไม เราก็พยายามให้เขาเข้าใจ... ในใจเราอยากให้เขาแก้มัด แต่เราพูดไม่ได้ เราอยากบอกให้ชัดๆ ว่าเราไม่ดิงอยู่แล้ว แต่เปล่าพูดไม่ได้ ... เลยต้องทำตามเขา ... เมื่อขอยาแก้ปวดหรือยานอนหลับ เขาว่าเขาไม่ให้ เขาไม่มา เพราะยังไม่ถึงเวลา เรานอนคานาฬิกาอยู่ เราชี้ว่าถึงเวลาแล้ว โมโหแต่ทำอะไรไม่ได้ จิงยอมๆ ไปอย่างนั้น ไม่มีคิดก็ไม่คิด ”

(น้องเทา)

“ตอนใส่เครื่องช่วยหายใจ ปากก็ปิดหมด ใช้เชือกผูกข้างใต้และข้างบน อ้าปากก็ไม่ได้ พูดก็ไม่ได้ ... คิดทำใจว่านอนอยู่อย่างนี้ 1 อาทิตย์ ทำอย่างไรได้ ต้องทน ต้องทำใจอยู่แล้ว... เคยขอมขอให้เอาท่อออก แต่หมอไม่เอาออกให้ ก็ต้องทนต่อ ทรมานต่อ อยู่ในสภาวะต้องจำยอมทุกอย่าง”

(พี่เมฆ)

5. เมื่อไม่สามารถขจัดความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานได้ จึงเลือกที่จะตายดีกว่า

ความเจ็บปวดทุกข์ทรมานที่รุนแรง ไม่ว่าจะ เป็นระยะของการได้รับเครื่องช่วยหายใจ หรือระยะของการหย่าเครื่องช่วยหายใจก็ตาม ทำให้ผู้ให้ข้อมูล 2 ใน 11 คน รู้สึกกลัวความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ประกอบกับช่วงเวลาของการได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นช่วงเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าไร้อำนาจแห่งการควบคุมตัวเอง หรือไม่สามารถที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตัวเองได้ แต่เมื่อผู้ให้ข้อมูลหันไปขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ บุคคลเหล่านั้นก็ไม่สามารถขจัดปัญหาที่เกิดขึ้นให้หมดไปได้ ในบางครั้งเหตุการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลประสบคือ การไม่สามารถที่จะขอความช่วยเหลือจากบุคคลใดได้เลย จึงเกิดความคิดว่าหนทางเดียวที่สามารถจัดการกับความเจ็บปวดทุกข์ทรมานได้คือ ความตายเท่านั้น อาทิคำบอกเล่าของ อุงหมาด ที่ว่า

“ตอนที่เขาคุดเสมหะสูงเจ็บมาก ขอยาแก้ปวดเขาไม่ให้ ... ดุงคิดว่าดุงยอมตายแล้ว เพราะมันเจ็บในคอ ... ในจมูกก็จี้กะจี้ ดุงเลยตัดสินใจ ถ้าดุงตายก็ตาย ถ้าไม่ตายก็หาย เพราะมันเจ็บ หายใจก็ไม่ได้ ในอกในใจมันแน่น มันจุกขึ้นหมด ดุงขโมยดอกท่อช่วยหายใจออกเสีย พยายามไม่รู้ เพราะเขาหลับอยู่ มารู้ตอนเช้าแล้ว ... และมีอยู่ครั้งหนึ่ง ตอนนั้น พยายามเขาหลับหมดแล้ว ประมาณตี 2 หรือ ตี 3 ดุงตัดสินใจแล้วว่าผูกคอตายดีกว่า เพราะหายใจก็ไม่ออกแล้ว ตอนแรกหมอเขาช่วยหายใจโดยใช้เครื่อง แต่พอช่วงที่เขาถอดเครื่องเขียว (เครื่องช่วยหายใจชนิดเบียร์ค) แล้ว ไม่ทราบจะบอกใคร ดุงตัดสินใจไปผูกคอตายดีกว่า เพราะหายใจไม่ได้แล้ว ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้แล้ว ... ตอนนั้นได้ท้อลีขาว (หายใจทางท่อรูปตัวที) ดุงปลดออกแล้ว แต่เขาเห็นเสียก่อน”

(อุงหมาด)

ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลที่ได้รับ ตลอดจนความรู้สึกต่อการดูแลและความต้องการการดูแล ขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ

ขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นช่วงเวลาที่ผู้ให้ข้อมูล ได้รับการดูแลทั้งจากแพทย์-พยาบาล เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ญาติพี่น้อง และเพื่อนๆ ซึ่งการดูแลที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับนั้นมีหลากหลายจำแนกได้ดังนี้

ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลที่ได้รับ

ในส่วนของประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลที่ได้รับ ผู้ให้ข้อมูลได้ถ่ายทอดลักษณะของการดูแลที่ได้รับออกมาทั้งด้านบวกและด้านลบ ประสบการณ์การได้รับการดูแลด้านบวก มี 3 ลักษณะ คือ (1) ผู้คนรอบข้าง ให้ความช่วยเหลือ (2) ทุกคนคอยปลอบขวัญและให้กำลังใจ และ (3) พยาบาล-แพทย์ ให้ความเอื้ออาทร ในประสบการณ์การได้รับการดูแลด้านลบที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมา นั้น มี 5 ลักษณะ คือ (1) ขอร้องพยาบาลที่ไร บอก “หมอไม่ได้สั่ง” และบางครั้งบอกให้รอ (2) ให้การดูแลโดยเลือกที่รัก มักที่ชัง (3) ทำอะไรไม่บอกกล่าว (4) ไม่สนใจและเมินเฉย และ (5) แพทย์-พยาบาล ไม่มีปียวจา รายละเอียดดังนี้

1. ผู้คนรอบข้าง ให้ความช่วยเหลือ

ในส่วนของผู้คนรอบข้าง ให้ความช่วยเหลือนี้เกิดจากการดูแลที่ได้รับ ใน 4 ลักษณะ คือ (1) ช่วยเหลือเมื่อเหนื่อยหอบและไม่สุขสบาย (2) ช่วยเหลือทุกอย่าง ในช่วงที่ทำเองไม่ได้ (3) ช่วยเหลือเมื่อขัดสนค่ารักษาพยาบาล และ (4) พยายามทุกวิธี เพื่อช่วยชีวิตของผู้ป่วย ดังนี้

1.1 ช่วยเหลือเมื่อเหนื่อยหอบและไม่สุขสบาย

เมื่อผู้ให้ข้อมูลทุกคน มีอาการเหนื่อยหอบหรือไม่สุขสบาย มักขอความช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาล ให้มาช่วยขจัดอาการเหนื่อยหอบหรือความไม่สุขสบายเหล่านั้นให้ทุเลาหรือให้หมดไป ซึ่งทั้งแพทย์และพยาบาลก็ได้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างทันที อาทิ ลุงหมาด และ ลุงแจ้ กล่าว

“เมื่อมีเสมหะ ครืดๆๆ (ทำเสียงคล้ายกับเสมหะดังขณะที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ) พยาบาลก็มาดูดให้อีก ... สักพัก 2-3 ชั่วโมง ครืดๆๆ ก็มาดูดให้อีก ... ลุงภูมิใจเพราะมันได้โล่งไป หายใจสะดวก หายเหนื่อยอีก ... ได้นอนหลับสบายไป หมอเขาขึ้นมาช่วงตี 9 กับช่วงเย็นๆ มาตรวจคนไข้ว่าคนนี้อาการอย่างไร จะหอบ จะไอ จะปวดหัว ปวดท้อง เจ็บในอก หรือแน่นหน้าอก เขาจะมาถามแหละ หากมันเกินขนาด หมอก็จะเขียนๆ เขาจ่ายยาให้อีก จ่ายมาให้ทาน ได้ทุเลาไปอีก ... ถ้าบอกว่าคุณหมอครับ ผมอาการอีกอึดจังแล้ว ขอยาทีครับ เขาก็มาพ่นให้ รู้สึกว่าในร่างกายมันหายใจสะดวก สบาย ไม่มีอึดในอกในใจแล้วล่ะ”

(ลุงหมาด)

“เสมหะมากหายใจไม่สะดวก ถ้าไม่ซัก (ไม่ดู) เสมหะมากแน่นอน ดุลงเลยเขียนหนังสือให้พยาบาลมาซักให้ ... คืนหนึ่ง 2 ครั้ง 3 ครั้ง ขอร้องเขาให้มาซักให้ เขาก็มา”

(ลุงแจ้ง)

1.2 ช่วยเหลือทุกอย่าง ในช่วงที่ทำเองไม่ได้

จากการที่ผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง จึงจำเป็นต้องพึ่งพามุคคนอื่นให้มาช่วยดูแล บุคคลที่ผู้ให้ข้อมูลพึ่งพามักเป็นญาติสนิทมิตรสหาย รวมถึงพยาบาล เพราะบางหอผู้ป่วยจำกัดคนเฝ้า ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ให้ข้อมูลมากที่สุด ดังที่ ยายถนอม น้องฐิ และพระภิกษุเส็ง เล่าว่า

“หัวหน้าตึกคนนั้นเขานิสัยดี แกเอาใจใส่ดี คือรู้สึกว่ามีจิตใจเมตตา ตอนนั้นยายสมัคร แกเห็นยายสมัคร แกเอากรรโกรมมาตัดผมให้ยาย ... นักศึกษาพยาบาลมาช่วยเช็ดตัวมาให้ยา เช็ดจี (อุจจาระ) เช็ดเยี่ยว (ปัสสาวะ) ถังจี ... มาดูคเสมอให้ ... ตอนที่เขาให้อาหารทางสายยาง ไม่รู้สึกอะไร ไม่มีหิว ... ไม่อร่อย ไม่มีรสชาติ มีแต่อึอย่างเดียว แต่ถ้ากินแบบนี้ (รับประทานอาหารตามปกติ) อร่อยเพราะรู้สึกเค็มๆ มันๆ แบบนั้นไม่รู้สึกอะไรเลย”

(ยายถนอม)

“ในยามที่เราทำอะไรด้วยตัวเองไม่ได้ เขาก็คอยเช็ดเนื้อเช็ดตัวให้ ใส่เสื้อผ้าให้ แม้แต่จะจี (อุจจาระ) จะเยี่ยว (ปัสสาวะ) เขาก็เก็บไปทิ้งให้ โทษนะ (จีไปยังอวัยวะสืบพันธุ์) เขายังเช็ดให้เลย ... เรื่องการเช็ดตัว ไม่ว่าจะเปลี่ยนเสื้อผ้า รู้สึกว่าบางคนเขาอาจจะรังเกียจ เพราะว่าบางครั้งเราไม่ได้อาบน้ำมา เหมือนสาบ เรายังรู้ตัวเราเลยว่าเราเหมือนสาบ แต่เขาไม่ถือ”

(น้องฐิ)

“พยาบาลมาฉีดยา ... เจาะเลือดเพื่อเอาไปดูว่าเป็นแบบไหน ... ถึงเวลาเขาก็มาวัดความดัน มาตรวจ นั่งนับ แล้วก็จจๆ ว่าเท่าไร ... บางครั้งก็มาดึงผ้าปูเตียงให้ดึง มาเช็ดตัวให้ ... และเขาให้กินอาหารทางสายยาง ที่ใส่ทางจมูก รู้สึกอึด”

(พระภิกษุเส็ง)

1.3 ช่วยเหลือเมื่อขาดสถานคำรักษาพยาบาล

ช่วงระยะเวลาที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจนั้น เป็นช่วงที่ผู้ให้ข้อมูลยังอยู่ในภาวะวิกฤติ จำเป็นจะต้องเฝ้าติดตามดูอาการอย่างใกล้ชิด การใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือแพทย์จึงเป็นสิ่งจำเป็น

ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูล มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าผู้ป่วยสามัญโดยทั่วไป สิ่งเหล่านี้จึงเป็นภาระอันหนักอึ้งประการหนึ่งสำหรับผู้ให้ข้อมูลที่มีฐานะยากจน เพราะจะต้องพยายามหาเงินมา เพื่อใช้จ่ายให้กับทางโรงพยาบาล แต่แพทย์-พยาบาลก็ได้ให้การช่วยเหลือในเรื่องเหล่านี้ ซึ่งผู้ให้ข้อมูล 2 ใน 11 คน คาดไม่ถึงว่าจะได้รับ อาทิ น้องฐิ เต๋าว่า

“เรื่องที่คาดไม่ถึงว่าเราจะช่วยเหลือเรา ก็คือ ตอนนั้นฐิไม่มีเงินจะจ่าย (ค่ารักษาพยาบาล) หมอบอกว่า ไม่มีเงินจ่ายก็ไม่ใช่ไร เดี่ยวหมอมจะช่วย ... ต่อมาพยาบาลให้สามปีไปคิดต่อสังคมสงเคราะห์”

(น้องฐิ)

1.4 พยายามทุกวิถี เพื่อช่วยชีวิตของผู้ป่วย

การที่แพทย์และพยาบาลให้การช่วยเหลือผู้ให้ข้อมูลทุกคนที่อยู่ในความรับผิดชอบ เพื่อให้หายจากโรคที่เป็น หรือเพื่อให้มีชีวิตอยู่ต่อไปนั้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูล 5 ใน 11 คน รับรู้ว่าแพทย์-พยาบาล มีจรรยาบรรณ และให้การช่วยเหลือโดยไม่หวังผลตอบแทนแต่ประการใด ดังที่น้องฐิ และ ลุงหมาด เต๋าว่า

“หมอบอกคนมีจรรยาบรรณ คืออยากให้คุณไข้หาย เพราะว่าตอนเรามาเราเหม็นๆ (อาการหนักมาก) มาแล้วไง แต่เขาพยายามทุกวิถีทางเพื่อช่วยชีวิตคน คนหนึ่งให้รอด ... เขาไม่หวังผลว่าคนไข้จะให้อะไรตอบแทนเวลาหาย ... เขาพยายามจะช่วยชีวิตเราไว้”

(น้องฐิ)

“เรื่องช่วยคนเขาช่วยกันจริง ช่วยกันนำเอ็นดูแหละเวลาคนไข้สลบซบเขา ช่วงที่ลู่ไปอยู่ใหม่ๆ ... ลุงนอนดู คนข้างๆเตียงลู่ที่เขาช่วยกัน เมื่อคนไข้มีอาการลุกเดินขึ้นมา คนอื่นนะ ไม่ใช่ลู่ คั้นกระวนกระวายอยู่อย่างนี้ พยาบาลไปช่วยอยู่แล้ว หมอกี่วิ่งมาช่วยอีก เขามาช่วยปั๊มหัวใจกัน...นี่เขาช่วยคนอื่น เวลาช่วยลู่ก็ต่างหากอีก ลู่รู้สึกภูมิใจหมายความว่า หมอเขาช่วยคนให้รอดตายไว้ก่อน ... เขามีจรรยาแพทย์ดี (มีจรรยาบรรณ)”

(ลุงหมาด)

2. ทุกคนคอยปลอบขวัญและให้กำลังใจ

ขณะที่ได้รับเรื่องช่วยหายใจ ผู้ให้ข้อมูล 3 ใน 11 คน ได้รับการปลอบใจจากคนรอบข้าง ไม่ว่าจะเป็นญาติ พี่น้อง พ่อ-แม่ แพทย์ รวมทั้งพยาบาล ซึ่งการดูแลที่ได้รับ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกได้ว่า ทุกคนยังห่วงใยและคอยส่งกำลังใจให้ เพื่อที่จะนำไปต่อสู้กับโรคภัยไข้เจ็บที่กำลังเผชิญ อาทิ น้ำจิ้น และ น้องฐิ เต๋าว่า

“หมอตรวจดี ตรวจละเอียดทุกอย่าง รักษาดี แก่เอาใจใส่... พุคก็ดี แก่พุดให้กำลังใจคนไข้ ... แก้ว่า ทำใจดี ๆ นอนให้สบาย หมอจะรักษาให้ดี”

(น้ำจิ้น)

“ไม่ว่าหมอหรือพยาบาล เขาคีทุกคน เอาใจใส่ทุกอย่าง ไม่ว่าจะเช็ดตัวเอย หรือใส่เสื้อผ้าให้เรา แล้วเวลาที่เราถามอะไร เขาคอยให้กำลังใจว่า “จะหายแล้วนะ...จะได้กลับบ้านแล้ว รู้ใหม่ อากาศคีขึ้นมากเลย”... พยาบาล ก็มาพุดปลอบใจว่า “น้องทำใจดี ๆ นะ ไม่เป็นอะไรแล้วหมอกันแก่ง” ญาติก็มาจับเนื้อต้องตัว คอยพุดว่า “จู้ เดี่ยวหายแล้วนะ ไม่ต้องกลัวอะไร ลูกก็แม่เลี้ยงให้แล้ว” สามีกีคอบบอกว่า “จู้ หายเร็ว ๆ นะ จะได้กลับไปอยู่พร้อมหน้าพร้อมตา พ่อ แม่ ลูก และบอกคิ้วว่า หมอช่วยน้องเต็มทีแล้ว” ทุกคนจะคอบบอกว่า ไม่ต้องห่วง จู้กำลังจะหายแล้ว”

(น้องจู้)

3. พยาบาล-แพทย์ ให้ความเอื้ออาทร

การเอาใจใส่ที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าได้รับจากพยาบาลและแพทย์นั้น มี 3 ลักษณะ คือ (1) เอาใจใส่และถามไถ่อาการ (2) คอยดูแล ตรวจตราทั้งยามหลับและยามตื่น และ (3) พยาบาลแสนดี มีความรับผิดชอบ

3.1 เอาใจใส่และถามไถ่อาการ

ผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 11 คน ได้รับการดูแลเอาใจใส่และไต่ถามอาการจากแพทย์-พยาบาล ซึ่งการดูแลเช่นนี้ เป็นสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการ เพราะจะได้บอกและเล่าถึงความรู้สึกหรืออาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้แพทย์-พยาบาลได้รับรู้ อาทิ น้ำจิ้น และน้องจู้ เล่าว่า

“หมอกถามว่า “เป็นอย่างไรบ้างคีขึ้นใหม่ เจ็บตรงไหนบ้าง” พยาบาลก็แก่ง ... เขาคูแลคี เอาใจใส่มากกับคนไข้ ... เขาพุดเหมือนกับหมอ เขามาคูดอยู่เรื่อยๆ”

(น้ำจิ้น)

“หมอมาเอาใจใส่ คอยถามว่า “วันนี้เป็นอย่างไรบ้างคนไข้ อากาศคีขึ้นใหม่ เจ็บตรงไหนบ้างหรือเปล่า” พยาบาลบางคนก็มาถามว่า “เป็นไงบ้างที เจ็บหน้าอกใหม่ เจ็บนมหรือเปล่า” หากเราพยักหน้า เขาก็จะเอาน้ำร้อนมาประคบให้ หรือมากล้าตัว”

(ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ภายหลังกลดอนุครเป็นวันที่ 5)

(น้องจู้)

3.2 คอยดูแล ตรวจสอบทั้งยามหลับและยามตื่น

นอกจากพยาบาลผู้ให้การดูแลจะคอยตรวจตราและเฝ้าระวังอาการ หรือภาวะวิกฤติ อันจะเกิดขึ้นแก่ผู้ให้ข้อมูลแล้ว พยาบาลเองยังจะต้องคอยตรวจตรา และเฝ้าระวังความผิดปกติที่ อาจเกิดขึ้นกับเครื่องช่วยหายใจอีกด้วย เสมือนเฝ้าให้การดูแล ทั้งคน-ทั้งเครื่อง ซึ่งผู้ให้ข้อมูล 8 ใน 11 คน รู้สึกว่าพยาบาลได้ให้การเอาใจใส่เป็นอันมาก คั้งที่ น้องฐิและน้ำจิ้น ได้เล่าว่า

“พอเค้า (พยาบาล) เข้าเวร คนโน้นจับโน้น คนนี้จับนี้ แล้วเค้าแยกกันไปคนละ ห้องทำกัน ... ทุกคนทำงานตลอดเวลา เขาไม่หยุดนิ่ง เขาคอยมาดูแล น้ำเกลือจะหมดแล้ว ยัง... คอยเช็คว่าเราเป็นอะไรบ้าง อาการดีขึ้นไหม หรือเครื่องช่วยหายใจว่ามีอะไรผิดปกติบ้างไหม ก็กลัวว่าเครื่องจะเสียกระแทกหันหรือเปล่า จะหลุดไหม นี่คือการเอาใจใส่ อย่างหนึ่ง เขาคอยดูแลตลอดเวลา ... ขนาดว่าเราหลับแล้ว เค้ายังเข้ามาดูเลย เข้ามาดูแลเราเป็น อย่างไรบ้าง คุณห้าม บางทีห้ามไม่ได้ห้าม เขาก็มาห้ามให้... ไม่ใช่เฉพาะฐินะ เขาจะคอยดูแล เติง ทุกห้องด้วย รู้สึกว่าดีนะ”

(น้องฐิ)

“พยาบาลมาดูแลไม่ได้ขาด เตี้ยๆมาดูแล (จ๋า) เขามาดูแลเรื่องนี้ (ชี้ไปที่เครื่องช่วยหายใจ) ที่เป็นกราฟ เป็นเส้น หมุนไม่ได้หยุด ... พยาบาลเขากัง เขาไม่ให้มีคเลย ลูกชาย วานอนหลับให้ปิดผ้าชะ เขาก็ไม่ให้ปิดผ้าเลย เขาว่าเพื่อเกิดอะไรขึ้น คนไข้ยังอาการหนัก ถ้าปิดผ้าพยาบาลจะไม่เห็น ก็ลำบาก ลูกชายเลยถ้าเขาไม่ให้ปิดผ้าก็ปิดมานอนเสียแหละนะ เขาก็ไม่ให้ปิด เขาว่าคนไข้ยังอาการหนัก เวลาเกิดอะไรขึ้นจะเอาไม่ทัน”

(น้ำจิ้น)

3.3 พยาบาลแสนดี มีความรับผิดชอบ

จากพฤติกรรมกรรมการดูแล ที่ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 4 ใน 11 คน ได้สังเกตเห็น การปฏิบัติงานของพยาบาลที่ทำงานด้วยความแคล่วคล่อง ว่องไว ไม่ต้องให้ใครมาคอยจ้ำจี้จ้ำไช แม้พยาบาล เหล่านั้น จะมีประสบการณ์ในการทำงานน้อยก็ตาม ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่ายพยาบาลทุกคนรู้หน้าที่ และมีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ ที่ได้รับสูง คั้งที่น้องฐิ ได้บอกกับผู้ศึกษาว่า

“พยาบาลทุกคนมีความรับผิดชอบ ทำงานดี รู้หน้าที่ ... ทำงานอย่างคล่องแคล่ว ไม่ต้องให้ใครมาบอกว่า เธอทำอย่างนั้น เธอทำอย่างนี้ ...เขามีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ ของเขา ... พยาบาลบางคน ถ้าดูๆแล้วอายุยังไม่มากเท่าไร ราว 18-20 (ปี) ได้ แต่เขามี ความรับผิดชอบสูง เขารู้จักหน้าที่ไม่ต้องให้ใครมาจ้ำจี้จ้ำไช ฐิเลยว่าเป็นจริงๆ”

(น้องฐิ)

ในส่วนของการประกอบการได้รับการได้รับการดูแลด้านลบที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมานั้น มี 5 ลักษณะ คือ (1) ขอร้องพยาบาลที่ไร บอก “หมอไม่ได้สั่ง” และบางครั้งบอกให้รอ (2) ให้การดูแลโดยเด็กที่รัก มักที่ซ่ง (3) ทำอะไรไม่บอกกล่าว (4) ไม่สนใจและเมินเฉย และ (5) แพทย์-พยาบาล ไม่มีปียาจา ดังนี้

1. ขอร้องพยาบาลที่ไร บอก “หมอไม่ได้สั่ง” และบางครั้งบอกให้รอ

การที่ผู้ให้ข้อมูลได้ประสบกับเหตุการณ์เมื่อตนเองรู้สึกถึงความเจ็บปวด จึงได้ขอยาแก้ปวดจากพยาบาล แต่สิ่งที่ได้รับคือการให้รอคอยจนกว่าจะถึงเวลาที่แพทย์สั่ง โดยพยาบาลมักจะอ้างว่า “ยังไม่ถึงเวลา” และในบางครั้งแม้ผู้ให้ข้อมูลจะร้องขอเพียงใดก็ตามพยาบาลมักจะบอกว่า “หมอไม่ได้สั่ง” ประกอบกับในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย แพทย์มักจะพูดกับพยาบาลว่าให้พยาบาลเฝ้าระวังหรือให้การดูแลเรื่องใดเป็นพิเศษ ด้วยเหตุนี้ทำให้ผู้ให้ข้อมูล เข้าใจว่า พยาบาลจะทำอะไรได้ต้องรอให้หมอสั่งเสียก่อน พยาบาลจึงจะทำได้ ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูล 7 ใน 11 คน รู้สึกไม่พอใจ อาทิ คำบอกเล่าของ น้องเทา ลุงหมาด น้องคำ และลุงแจ่ง ที่ว่า

“เรานอนไม่หลับเพราะเจ็บหลัง ก่อนนอนเราขอยาทุกคืน ยาแก้ปวด หรือยานอนหลับก็ได้... เขามาฉีดให้ครั้งหนึ่ง แล้วเขาก็ไม่ให้ เขาบอกว่า “ให้ถึงเวลาก่อน” เรานอนดูนาฬิกาทุกคืนเลย เราแสดงท่าทางเพื่อจะบอกว่าถึงเวลาแล้ว เรานอนดูนาฬิกาอยู่ เขาว่าเขาไม่มา ยังไม่ถึงเวลา รู้สึกไม่พอใจเหมือนกัน”

(น้องเทา)

“ตอนที่เขาคุดเสมหะ ลุงเจ็บมาก ลุงขอยาแก้ปวด แต่เขาไม่ให้ ... เขาบอกว่าหมอไม่สั่งจ่าย ... ตอนที่เขาคุดเสมหะ ลุงเจ็บทีวคี้รัน เมื่อเจ็บมากๆ ลุงขอยาแก้ปวด เขาไม่ให้ ลุงน้อยใจเหมือนกัน ... เขาบอกว่าหมอไม่สั่งจ่าย ให้กินตามเวลา รู้สึกน้อยใจเหมือนกัน”

(ลุงหมาด)

“เมื่อต้องการอะไรจะบอกกับแม่ แต่กับพยาบาลไม่ได้บอก ... เพราะผมคิดว่าพยาบาลจะทำอะไรต้องให้หมอเข้ามาก่อนพยาบาลจึงจะทำได้ ... ผมก็เลยบอกญาติ คือบอกไปแล้วจะได้สบายใจ เราได้บอกความรู้สึกเราไปบ้าง บอกให้รับรู้บ้างว่าเราต้องการอะไร ถึงแม้ว่าบอกไปแล้วเขาก็ไม่ทำให้ แต่บอกญาติคือว่า ผมกลัวว่าบอกพยาบาลไปเดี๋ยวเขาไม่ทำให้ เลยบอกญาติคือว่าถึงเขาไม่ทำให้ก็ไม่เป็นไร”

(น้องคำ)

“เขา(พยาบาล)ทำอะไรไม่ได้ คือว่าหมอสั่งไว้แล้วทำให้กินยานั้น ให้กินยานี้เวลานี้ คิดยากก็เหมือนกันหมอสั่งผิด ถ้าหมอไม่สั่งก็ไม่กล้าผิด ตามใจทำอะไร ... ต้องทำตาม หมอสั่งทั้งนั้น... ส่วนเรื่องการดูแลเสมหะ ลุงได้ยื่นหมอสั่งให้ดูแล เสมหะนี้สำคัญ”

(ลุงแจ้)

2. ให้การดูแล โดยเลือกที่รักมักที่ชัง

แม้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะรับรู้ว่าพยาบาลให้การดูแลและเอาใจใส่เป็นอย่างดี แต่ก็มีผู้ให้ข้อมูล 2 ใน 11 คน รู้สึกในทางกลับกันว่า บางครั้งพยาบาลผู้ให้การดูแล ขาดการเอาใจใส่ และให้การดูแลโดยเลือกปฏิบัติตามที่ผู้ดูแลแต่ละคนชอบ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่า พยาบาลละเลยที่จะปฏิบัติ หรือให้การช่วยเหลือกับตน ดังที่ ลุงแจ้ ได้เล่าให้ผู้ศึกษาฟังว่า

“พยาบาลไม่เข้าใกล้ ลูกปฏิบัติ (ดูแล) เองทั้งนั้น บางคนไม่มาเข้าใกล้ ชอบเอาพวกที่ง่าย ๆ พวกที่อาการหนักไม่มาเข้าใกล้ พยาบาลเขาเลือกเอง เขาประชุมกันตอนเช้าของคนไหน อาบน้ำคนไหน ถึงคนแก่ๆ ที่ซี (อุจจาระ) รุงรัง เขาไม่ชอบ ... ตอนที่ลุงใส่เครื่องช่วยหายใจ เขาไม่มาเข้าใกล้เขาเทิกเฉย เขามาดูแค่น้ำเกลือ ... ให้น้ำเกลือเสร็จ ยืนดูสักเดี๋ยวลูก (สักครู) ก็ไป”

(ลุงแจ้)

3. ทำอะไรไม่บอกกล่าว

ผู้ให้ข้อมูล 9 ใน 11 คน เจอกับเหตุการณ์ที่พยาบาลจำนวนหนึ่ง ก่อนให้การพยาบาลใดๆ ไม่ได้อธิบายหรือบอกกล่าวให้เข้าใจว่า ต่อไปจะปฏิบัติกิจกรรมอะไรให้ แม้ในขณะนั้นผู้ให้ข้อมูลจะรู้สึกตัวดีแล้วก็ตาม อาทิ น้องคำและพี่น้อง เล่าว่า

“พยาบาลไม่ได้บอกอะไร พอเข้าไปถึงเขาจับแปะๆ ... ที่จริงผมก็รู้สึกตัวตลอด เขาไม่บอก ไม่ถามอะไรเลย ว่าต้องการอะไรบ้าง อาการเป็นอย่างไร รู้สึกอย่างไร หายใจสะดวกไหม ไม่มีการถามเลย ... ตอนวัดความดันอะไรเขาก็วัดแต่เราไม่รู้ เพราะเขาไม่ได้บอกว่าปกติหรือไม่ ไม่บอกอะไรเลย ... ที่จริงน่าจะบอก น่าจะถามบ้างนะ คือถ้าคนไม่รู้เรื่องก็อีกอย่าง แต่กับผมทั้งๆที่ถ้าถอดท่อช่วยหายใจออกก็พูด ได้ตามปกติ เขาก็ไม่ถาม ไม่ถามอะไรเลย”

(น้องคำ)

“เขาไม่ได้อธิบาย ไม่ได้บอกอะไรเลย มาถึงจับเลียปลั๊ก คือกๆๆๆ (ทำเสียงคล้ายกับเสียงขณะดูดนม) ทำกัน 2 คน ที่ได้แต่นอนมอง คนหนึ่งดูดคนหนึ่งบีบดูลม พอเสร็จแล้วไป พอสักพักเลียปลั๊ก คือก ๆๆๆ ไป วันหนึ่ง 4-5 ครั้ง ได้ที่เขาดูดนมให้พี่”
(พี่น้อง)

4. ไม่สนใจและเมินเฉย

สิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลทุกคน คาดหวังทุกครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือได้รับการดูแลที่ดี สิ่งหนึ่งก็คือได้รับการเอาใจใส่ การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง หรือการให้ความช่วยเหลือในสิ่งที่ต้องการ แต่ในความเป็นจริงสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูล 8 ใน 11 คน ประสบคือ การที่ผู้ดูแลไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง อาทิ การไม่ตอบสนองในสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการ การไม่ให้ความสนใจเพิกเฉย หรือ ละเลย ที่จะให้การช่วยเหลือ เป็นต้น ดังที่ น้องเทา พี่น้อย ลูกเล็ก และน้องคำ เล่าว่า
“เราควักมือหมอ (พยาบาล) บางทีหมอเดินหันทำเฉย หมอเขารู้ว่าเราเรียก เขาก็เฉย”

(น้องเทา)

“เหตุการณ์ที่พยาบาลไม่เอาใจใส่ คือพี่รอโอกาสที่นางพยาบาลเข้ามาที่พี่ ไม่ต้องให้พี่เรียกอยู่อย่างนี้ รอเวลานานแล้วทำให้เขาเข้ามาห้องเบอร์ 4 ที่พี่นอนอยู่ ... พี่จะถามเขาว่า หมอจะขึ้นมาอีกครั้งหรือไม่ จะขึ้นเวลาไหน เพราะพี่เป็นคนไข้ที่ไม่รู้ แต่ว่าเมื่อพยาบาลเข้ามาในห้องพี่ พี่จะได้ถามว่า จะถอดท่อเมื่อไหร่ จะแก้มัดที่รัดไว้กับเตียงไหม จะได้กลับบ้านเมื่อไหร่ จึงขอให้พยาบาลเอาใจใส่สักนิด”

(พี่น้อง)

“เมื่อฟื้นขึ้นมาไม่เห็นใครเลย ลูกเต๋าอะไรไม่มีสักคน ... สงสัยเราตายแล้ว แล้วนี่เราฟื้นแล้ว เขาคงไม่รู้ที่เราฟื้น ... จึงเขียนบอกพยาบาลว่าให้ช่วยไปตามญาติให้หน่อย บอกอย่างไรก็ไม่สนใจ เขาบอกว่า ไม่มีเวลา อยู่นั่น”

(ลูกเล็ก)

“ยาที่ใส่ในขวดหมด ก็ปล่อยให้หมดอยู่อย่างนั้น เขาไม่ได้ทำอะไรเลย ... ที่จริงเขาน่าจะมาเปลี่ยนขวด หรือ ให้เพิ่มก็ได้ แต่ถ้าไม่ให้เพิ่มก็แล้วแต่เขาว่าเขาจะทำอย่างไร แต่ไม่น่าจะปล่อยให้หมดขวด ผมก็กลัวว่าหากยาหมดแล้วจะเป็นอันตราย ... สักพักพยาบาลมาตอนนั้นมีญาติอยู่ด้วย เขาบอกว่า ก็ไม่เห็นบอกบ้างว่ายากหมด แต่ผมเห็นแล้วว่าหมดมานาน ... ผมคิดว่าทำไมพยาบาลไม่มาดูบ้าง ปล่อยให้คนป่วยนอนอยู่ ... ปกติผมคิดว่าน่าจะเป็นหน้าที่ของพยาบาล ที่คอยดูให้”

(น้องคำ)

5. แพทย์-พยาบาล ไม่มีปียวาจา

พฤติกรรมอย่างหนึ่งของผู้ดูแลที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไม่ประทับใจ ต่อการดูแลที่ได้รับ นั่นคือ การพูดจาที่แพทย์-พยาบาลมีต่อผู้ให้ข้อมูลหรือนุคนครรอบข้าง และจากเหตุการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูล 6 ใน 11 คน ได้ประสบก็คือ ได้รับการพูดจาด้วยถ้อยคำที่ไม่สุภาพ และน้ำเสียงที่ดั่งกินไปดั่งที่ พี่เมฆ และ ยายถนอม เล่าว่า

“ถูกเขียบปาก ชักท่อ เขียบ พลิกตะแคงตัวก็ไม่ได้ มาโดนตะคอกอีกเสียความรู้สึก พอเราจะธุระอะไรก็เรียกเขา (พยาบาล) ส่วนใหญ่จะขอให้เขามาดูแลหะ ... เราพูดไม่ได้ เราชื่ออย่างเดียว เขาก็ไม่รู้ฟัง เขาว่า “เขียนมา ๆ จะเอาอะไรเขียนมา เขียนหนังสือได้ เขียนมา” (ตะคอกเสียง) พูดอย่างนี้เลยนะ เราเสียอารมณ์เลย”

(พี่เมฆ)

“ตอนนั้นยายซี (อุจจาระ) ขากวักมืออีก เพราะพูดไม่ได้ ชี้ครั้งหนึ่งแล้ว ... ต่อมา มันปวดก็ทำอะไรได้ละก็มันปวด ยายได้ยื่นเขาพูดว่าไม่ต้องทำอะไรเช็ดแต่ขี้ยายหนอมอยู่อย่างนี้ แล้วจะทำอย่างไรละ เขามีหน้าที่ต้องทำไซ้ไหม้ลูก... นั้นผู้ช่วยพยาบาลพูด ... บางครั้งเมื่อเคาะเรียก บางคนโกรธ เขารำคาญ เดินบ่นมา ยายไม่สบายใจ เพราะที่เราเคาะเรียกนั้นมันจําเป็นที่สุดแล้ว คือปวดท้องเขี้ยว (ปัสสาวะ) ก็ต้องเรียก ... เขาเอากระโถนมาให้แต่เข่าข่มเหง (ทำกิริยากระแทกกระทั้น) ... มีอยู่ครั้งหนึ่งหมอบเขาเจาะคอยาย แล้วใส่เครื่องช่วยหายใจ ต่อมาแกจะถอดเครื่องช่วยหายใจให้หายใจเอง พอถอดเครื่องช่วยหายใจไม่ได้ ก็ใส่เข้าไปอีก วันหนึ่งแล้ว 2 วัน 3-4-5 วันก็แล้ว ใส่เข้าถอดออกอยู่อย่างนั้น แกก็ไม่พอใจ พูดจาไม่น่าฟัง แล้วมาโกรธยายถูกหรือถูก (มาโกรธยายได้อย่างไร)”

(ยายถนอม)

ความรู้สึกต่อการดูแลที่ได้รับ

จากการดูแลที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับ ซึ่งมีทั้งด้านบวกและด้านลบนี้ ส่งผลให้เกิดความรู้สึก 9 ลักษณะ โดยจำแนกเป็นความรู้สึกด้านบวก 5 ลักษณะ คือ (1) รู้ซึ่งถึงบุญคุณ (2) รู้สึกมีศักดิ์ศรี เพราะได้รับการดูแลที่ดีและมีความเสมอภาค (3) ภูมิใจเพราะได้รับการดูแลเสมือนญาติ (4) มีแรงใจไว้ต่อสู้กับโรคร้ายที่เกิดขึ้น และ (5) รู้สึกปลอดภัยเมื่ออยู่ในมือพยาบาล-แพทย์ สำหรับความรู้สึกด้านลบ มี 4 ลักษณะ คือ (1) เจ็บปวดทรมานจากการดูแล (2) ไม่มั่นใจว่าจะได้รับการดูแลในทันทีที่ต้องการ (3) ไม่ประทับใจเพราะแพทย์-พยาบาล ขาดจรรยาบรรณ และ (4) น้อยเนื้อต่ำใจที่แพทย์-พยาบาล พูดจาไม่ไพเราะ รายละเอียดดังนี้

1. รู้ซึ่งถึงบุญคุณ

จากเหตุการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูล 5 ใน 11 คน ได้ประสบและได้เห็นแพทย์-พยาบาลพยายามช่วยชีวิตตนเองและผู้ป่วยอื่นให้รอดพ้นจากความตายนั้น ทำให้เกิดความรู้สึกประทับใจและรู้สึกซาบซึ้งใจ ที่ทั้งแพทย์และพยาบาลได้ให้การช่วยเหลืออย่างเต็มความสามารถ โดยไม่หวังผลตอบแทนแต่ประการใด บางคนจึงเปรียบเทียบการดูแลที่ได้รับนี้ว่า แพทย์และพยาบาลมีบุญคุณกับตนเอง ดังที่ น้องฐิ และลุงเล็ก ได้เล่าว่า

“ถ้าพูดถึงหมอ-พยาบาลเขามีบุญคุณกับเราเหมือนกัน อย่าลืมนะว่าหมอพยาบาลเขาไม่ได้เป็นญาติโกโหติกาของเรา เพราะว่าเวลามา เราหมึบๆ(อาการหนัก) มาไง แต่เขาก็พยายามทุกวิถีทางเพื่อช่วยชีวิตคน คนหนึ่งให้รอด ... ฐิว่าหมอ-พยาบาลเขามีบุญคุณนะ ... อยากขอบคุณเขาเหมือนกัน ... ฐิซึ่งในน้ำใจ พอหมอดอดเครื่องช่วยหายใจ ฐิบอกแฟนว่า ฐิซึ่งในน้ำใจของพยาบาลทุกคน ตลอดเวลาที่อยู่อ่าง ไอ.ซี.ยู.”

(น้องฐิ)

“ที่ประทับใจคือหมอพยาบาลช่วยจนสุดความสามารถ คือใจแล้วว่าเขาใช้ความสามารถช่วยเราได้รอดตาย เป็นพระคุณอย่างสูง นึกในใจอย่างนั้นนะ ถ้าว่าเขาไม่พยายาม เราคงตายไปแล้ว”

(ลุงเล็ก)

2. รู้สึกมีศักดิ์ศรี เพราะได้รับการดูแลที่ดีและมีความเสมอภาค

พฤติกรรมที่แพทย์-พยาบาลปฏิบัติกับผู้ป่วยทุกคนเท่าเทียมกันหมด ไม่ว่าจะเป็นการถามไถ่อาการ การสัมผัสสร้างกายของผู้ป่วย การเฝ้าสังเกตอาการ การให้ความช่วยเหลือเรื่องค่ารักษาพยาบาล ฯลฯ แม้ผู้ให้ข้อมูลจะมีความแตกต่างกันในเรื่องของ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ก็ตาม ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 11 คน รู้สึกภาคภูมิใจ ดังที่น้องฐิ และลุงหมาด ได้เล่าว่า

“คิดไม่ถึงว่าเขาจะเอาใจใส่เรา ดีกับเราขนาดนี้ เขาไม่ทอดทิ้ง ... ทำให้เราดีเกินคาด รู้สึกปลื้มใจ ... พยาบาลทุกคน เขาจะเอาใจใส่คนไข้ทุกคน เขาไม่เกียจว่าเป็นคนยาก คีมีจนมาจากไหน เขาจะคอยเอาใจใส่ทุกอย่าง ... การเอาใจใส่ก็ไม่รังเกียจ รังอนอะไร”

(น้องฐิ)

“เมื่อหมอขึ้นมาตรวจเช้าๆ คุณหมอลงมาถามว่า ลุงเจ็บตรงไหน แล้วเขาเอาเครื่องมาตรวจ มาฟังว่า ลุงจะอาการดีขึ้นไหม ถึงเขาก็สั่งยาให้อีก สั่งยานั้น สั่งยานี้ ... ลุงภูมิใจ เพราะว่าเขาปฏิบัติลุงดีมาก ... ลุงภูมิใจที่สุดเลย ที่เห็นเขาปฏิบัติดี เขาไม่เลือกชั้นวรรณะ

เขาไม่เลือกว่าคนจน คนรวย คนแก่ คนหนุ่ม คนมีเงิน ไม่มีเงิน ... เขาช่วยเหลือกันหมด (พูดเสียงสั้น น้ำตาคลอเบ้า) เพราะหมอจรรยาแพทย์เขาคี”

(อุงหมาด)

3. ภูมิใจเพราะได้รับการดูแลเสมือนญาติ

การดูแลที่ผู้ให้ข้อมูล 2 ใน 11 คน ได้รับ แม้ว่าจะเป็นการดูแลเกี่ยวกับความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของร่างกาย อาทิจ การสวมเสื้อผ้า การหวีผม หรือแม้กระทั่งการตัดผมให้ เมื่อผมยาวหรือรุงรัง ก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าเป็นการปฏิบัติที่เปี่ยมไปด้วยความเมตตาและเอื้ออาทร รวมทั้งพยาบาลได้ให้การดูแลโดยไม่รังเกียจเคียดจันท์ ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจว่าพยาบาลให้การดูแลเสมือนญาติ พ่อ-แม่ พี่ หรือ เป็นน้องของพยาบาลเอง ดังที่ นายถนอมและน้องจิว ได้เล่าว่า

“ชายสบายใจมาก คือรู้สึกภูมิใจว่าเขาเป็นพยาบาลเขายังอุตส่าห์มาช่วยแต่งตัวให้เราตัดผมให้อะไรให้ เอาใจใส่เหมือนพ่อแม่ เห็นว่ามันรุงรังแก็ทำให้”

(นายถนอม)

“เขาเช็ดตัวให้เราโดยที่เหมือนเราเป็นลูก ... ระหว่างเช็ดตัวเขาพูดว่า “เช็ดตัวหน่อยนะ พี่ทนน้อยนะ ขยับนิดหนึ่ง ขยับแขน ขยับขา” ... คิดไม่ถึงและรู้สึกปลื้มใจ เราไม่เคยรู้จักมักจี่ ไม่ใช่ญาติกันเลย เมื่อเราเจ็บไข้ไม่สบายเขาก็ยังดูแล เอาใจใส่เราดี จิวซึ่งในน้ำใจแก็ จิวบอกตรงๆ จิวไม่ลืมพระคุณแก็เลย ทุกคนนะพี่ ไม่ใช่แต่หมอ ตลอดเวลาที่อยู่อห้อง ไอ.ซี.ยู. จิวไม่ลืมทุกคนเลย พยาบาลไม่ได้คิดว่าเราเป็นเพียงคนไข้ แต่คิดว่าเราเป็นพี่น้องเค้า หรือว่าเป็นเสมือนญาติเขามากกว่า... เวลาเขาเช็ดตัว เขาเช็ดให้โดยที่เหมือนเราเป็นลูกหลานเขา เป็นญาติเขา ... ช่วงนั้นเราไม่ได้รู้สึกว่าเราเป็นคนไข้เลย รู้สึกว่าเราเหมือนญาติเขาเลยนะ”

(น้องจิว)

4. มีแรงใจไว้ต่อสู้กับโรคร้ายที่เกิดขึ้น

นอกจากการปฏิบัติที่ทั้งแพทย์และพยาบาลให้การดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีแล้ว การพูดจาที่ดี การพูดปลอบใจและให้ความหวัง จากบุคคลรอบข้าง ไม่ว่าจะเป็น พ่อแม่ พี่น้อง ญาติๆ หรือผู้ใกล้ชิด ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูล 3 ใน 11 คน รู้สึกอบอุ่นใจและมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคร้ายที่เกิดขึ้น อาทิจ น้องจิว ได้เล่าให้ฟังว่า

“ที่ โอ.ซี.ยู ทุกคนจะให้กำลังใจเราตลอดเวลา คือ ที่รัฐรู้สึกตัวล้มตาศึ้นมา หลังจาก
ที่หมอให้เยี่ยมแล้ว แฟน ญาติมาดูพยาบาลทุกคนจะว่า “จะหายแล้วนะ เกือบแล้ว ทนเอา
หน่อยนะ เดียวก็ได้ออกจากโรงพยาบาลแล้ว ได้กลับไปหาลูก กลับไปหาคนที่เรารักนะ”
แทนที่เราท้อแท้ว่าจะรอดหรือไม่รอด เรากลับมีกำลังใจขึ้นมา ... เราซึ่งน้ำใจเขตรงนั้น”
(น้องจู)

5. รู้สึกปลอดภัยเมื่ออยู่ในมือพยาบาล-แพทย์

ในบางครั้งที่ผู้ให้ข้อมูล 8 ใน 11 คน รู้สึกไม่สุขสบาย แน่นอึดอัด หายใจไม่สะดวก
ซึ่งสาเหตุหนึ่งอาจเกิดจากพยาธิสภาพของปอด ดังนั้นวิธีการหนึ่งในการให้การช่วยเหลือ คือ
พยาบาลจะบีบถุงลมช่วยหายใจให้ ซึ่งในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับการบีบถุงลม จะมีความรู้สึกว่าได้
รับอากาศอย่างเต็มที่ หายใจสะดวกขึ้น ส่งผลให้รู้สึกถึงความปลอดภัยในชีวิตมากขึ้น อาทิ คำ
บอกเล่าของ น้ำขึ้นและอุษมาศ ที่ว่า

“พอไปถึงหมอ คิดว่าอย่างไรก็ไม่ตาย เพราะตอนแรกหายใจไม่ได้ ลมมันอึดอยู่แค่นี้
นี่ (ซึ่งบริเวณลิ้นปี่) พอไปถึงโรงพยาบาล หมอเขาเอาเครื่อง (เครื่องช่วยหายใจ) มาใส่ให้ ...
พอได้รับเครื่อง น้ำคิดว่าน่าจะไม่ตายแล้ว”
(น้ำขึ้น)

“ตอนที่เสมหะมาก หายใจไม่ออก ถุงลมคแรง รู้สึกตัวแต่พูดไม่ออก พอหมอเขา
บีบหัวใจ บีคๆๆ (ทำเสียงคล้ายกับบีบถุงลมช่วยหายใจ) รู้สึกดีขึ้น สบายขึ้น ... บางครั้ง
เมื่อหายใจเหนื่อย ลุงขอให้พยาบาลพ่นยาให้ เขาก็มาพ่นให้ รู้สึกปลื้มใจ คิดว่ารอดตายไป
อีก”
(อุษมาศ)

ในส่วนของความรู้สึกด้านลบนั้น มี 4 ลักษณะ คือ (1) เจ็บปวดทรมานจากดูแล (2) ไม่มั่นใจว่าจะได้รับการดูแลในทันทีที่ต้องการ (3) ไม่ประทับใจเพราะแพทย์-พยาบาล ขาดจรรยาบรรณ และ (4) น้อยเนื้อต่ำใจ ที่แพทย์-พยาบาล พูดยาไม่ไพบไระ รายละเอียดดังนี้

1. เจ็บปวดทรมาน จากการดูแล

ในช่วงของการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ผู้ให้ข้อมูล 10 ใน 11 คน ที่ได้รับกิจกรรมการ
รักษาพยาบาลไม่ว่าจะเป็นการคาท่อช่วยหายใจ การคาสายอุปกรณ์หรือเครื่องมือแพทย์เพื่อเฝ้าระวัง

และติดตามอาการอย่างใกล้ชิด การผูกมัดมือ-เท้า การดูแลเสมหะร่วมกับการบีบถุงลมช่วยหายใจ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางคน ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการพยาบาลบางอย่าง เช่น การนอนบนที่นอนลม หรือการที่ผู้ดูแลจัดท่านอนที่ไม่เหมาะสม ทำให้ไม่สะดวกต่อการพลิกตะแคงตัว จึงจำเป็นต้องนอนหงายเป็นระยะเวลาหนึ่ง สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเจ็บปวดและทุกข์ทรมานแทบทั้งสิ้น อาทิ นื่องเทา นื่องดำและ ฟีน้อย ได้เล่าว่า

“ตอนที่เขามาดูแลเสมหะ เจ็บตอนที่เขาแยงไปลึกๆ เขาบีบอะไรนะลูกกลมๆ (ambu bag) รู้สึกอกเหมือนจะแตก ออกเหมือนจะอ้า ... เจ็บทุกครั้งที่เขาดูคนานๆ ต้องนอนก้มอกอยู่อย่างนี้ (เอามือสองข้างพุงออกไว้) พอดูแลเสมหะเสร็จเขา จับไอนั้นมา (ambu bag) บอกไม่ถูกแล้ว..เพราะเวลาเขาบีบลมเข้าไม่เป็นไร แต่เวลาปล่อยมือแล้วมัน ไปงออก... ช่วงนั้นเหมือนบีบลมออก เจ็บ เหมือนอกจะอ้า เหมือนมันดูดลมขึ้นหมดเลย ... ช่วงนั้นเจ็บหลังด้วย นอนไม่ได้ ทรมานเวลานอน นอนไม่หลับกับที่นอนนั้นแหละ ทรมานเราว่าที่นอนอะไรแข็งเหมือนสังกะสี ... เป็นลุ่มๆ คอนๆ มันเป็นชั้นๆ เราไม่ชอบเราอนไม่ได้ เจ็บ ... เจ็บจริง นอนไม่หลับ ทรมานอย่างแรง ... ข้างหลังพอง (เป็นตุ่มน้ำ) เพราะนอนหงายอย่างเดียว”

(นื่องเทา)

“อีกอย่างที่ไม่ชอบคือ ตอนที่เขาดูแลเสมหะ เขาบีบที่สี่เหลี่ยมๆ อันกลมๆ (ambu bag) พอบีบแล้วทำให้หายใจไม่ออก คือทำให้สะท้อนไปหมด บางครั้งสะดุ้ง พอบีบแล้วมีลมเข้าไป พอปล่อยออก บิ่ง (ทำเสียงดัง คล้ายกับเสียงตอนปล่อย ambu bag) ผมสะดุ้งทุกครั้ง คือว่าพอเห็นเรื่องนี้มา เหมือนไม่อยากจะให้เขาใส่เหมือนกัน ... เหมือนกับทำให้เรากลัวเข้าไปอีก พอเขามา ผมคิดว่ามาอีกแล้ว พอใส่ไอนั้น (ambu bag) บิ่งๆๆๆ ทำให้สะท้อนหมด ในอก สะดุ้งหมดเลย ... นั่นแหละสิ่งหนึ่งที่ไม่อยากทำ รวมกับที่ดูแลเสมหะทั้ง 2 อย่างนี้ไม่อยากให้มี”

(นื่องดำ)

“ที่ว่าที่ระบมไปทั้งร่าง เมื่อย เจ็บ ปากก็เจ็บ เจ็บเวลาท่อมันเสียดสีกับเหงือก เพดานบน มือก็เจ็บ หลังก็เจ็บ เพราะตอนที่เราชอบมาก เขาไขว่เพียงให้หัวสูง ก้นเลยต่ำ มันเลยเจ็บ ... ช่วงเขาดูแลเสมหะ รู้สึกเหมือนเป็นตายเท่ากันเลย เพราะจริงๆ แล้วมันจะมีสายยางต่อกับท่อ แต่เขาดึงออกหมด ... ตอนนั้นทุกสิ่งทุกอย่างคือลมหายใจของพี่ แต่พอดึงออกพี่หายใจไม่ได้เลย รู้สึกเหมือนหัวใจหยุดเต้น แล้วเขาบีบไอนั้นแหละ (ambu bag) แพบแล้วไปง เหมือนหนังท้องอืดอ้าง เวลาหายใจ วูบ (ขณะบีบ) แล้ว ไปง (ขณะปล่อย) ที่นึกในใจว่าถ้าไอนั้นหลุดแล้วพี่ไม่ตายหรอเนี่ย ทุกครั้งที่เขาปลดออกพี่ก็กลัวจัง เพราะหายใจ

ไม่ได้แล้ว ...พอเขาบีบๆ เราก็หายใจตามเขาบีบ ถ้าเขาไม่บีบ เราก็ไม่หายใจแล้ว พอเขาหยุดพื้ก็หยุดหายใจเลย ... บางครั้งเขาเหนื่อย เขาจับมือ พื้เห็นเขาถือแล้วเขาวางไว้ พื้ว่า เอ้า! ถ้าเขาหยุดบีบ พื้ก็หยุดหายใจตรงนั้นด้วย ... เจ็บทุกสิ่งทุกอย่างแต่ช่วยตัวเองไม่ได้ เพราะเขามัดมือเราไว้ มือเขามัดไว้กับเตียง พื้เจ็บทรมานมาก”

(พื้น้อย)

2. ไม่มั่นใจว่าจะได้รับการดูแล ในทันทีที่ต้องการ

การที่พยาบาลมาถามไถ่อาการนั้น ไม่ใช่สิ่งที่จะยืนยันได้ว่า ความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูลตลอดจนความต้องการต่างๆของผู้ให้ข้อมูล จะได้รับการตอบสนองโดยทันที เพราะบางครั้งในบางคน มาเพียงแค่ถามไถ่แล้วก็ผ่านไป อาทิการขอยาแก้ปวด ยานอนหลับ หรือยาแก้หอบ แม้ผู้ให้ข้อมูลจะขอยาเหล่านี้ พยาบาลก็ไม่ได้ตอบสนองความต้องการหรือให้การช่วยเหลือทันทีทันใด ด้วยเหตุนี้ทำให้ผู้ให้ข้อมูล 7 ใน 11 คน เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจต่อการดูแลที่ได้รับว่าผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างทันทีที่ต้องการหรือไม่ อาทิ จุงหมาด และ ยายถนอม ได้เล่าว่า

“ตอนที่จุงหมาดบอกว่า หายใจไม่ออกช่วยทีเถอะ บางคนไม่ช่วย บางคนเฉยๆ ... เมื่อต้องการอะไรก็ก้มมือ บางคนเขามา บางคนก็ไม่มา บางคนมาดูแล้วก็เฉยไปเสียเค้าไม่สนใจ บางคนก็มาช่วยเหลือ... บางคนตาม 2 ครั้งถึงจะมา บางคนตามแล้วก็มาเฉย ... พยาบาลทุกคนมาถาม “นี่จุงเป็นอย่างไรบ้าง” จุงว่า “หายใจไม่ออกครับ ช่วยทีเถอะ” เขาก็มาช่วยอีก บางครั้งเขามา บางครั้งเขาก็ไม่มา เขาเฉยเสีย เขาไปทำงานของเขา ...แบบว่าเขาดั่ง 3 ชั่วโมงมาดูครั้ง ถ้าไม่ถึง 3 ชั่วโมงเขาก็ไม่มา ขอยาก็ไม่ให้ เป็นข้อกติกาของเขา ... เขาดั่งนาฬิกาไว้ว่า 3 ชั่วโมงมาดูคนไข้สักครั้ง มาดูทั่วไปนั่นแหละ พอมาช่วยเสร็จเขาก็ไปนั่งดูโทรทัศน์เสีย พอถึงตี 12 (24.00 น.) เขาก็มาช่วยอีก แล้วเขาก็ปิดไฟนอน ให้คนไข้ได้พักผ่อน เขาดั่งข้อกติกาวี้อย่างนั้น”

(จุงหมาด)

“พยาบาลที่แต่งงาน มีลูกมีเต้านแล้วเรื่อยๆ เนื้อๆ เขานั่งเฉยๆ ไม่ค่อยทำงาน ยายไม่สบายใจเหมือนกัน คล้ายๆกับเขาไม่ทำหน้าที่ ... พวกพยาบาลมาถึงทำให้เสร็จๆ แล้วไปหาย คอยๆก็ไม่เห็น (จ้ำ) ... เขาไม่ทำแล้ว ไปหายไปแล้ว”

(ยายถนอม)

3. ไม่ประทับใจเพราะแพทย์-พยาบาล ขาดจรรยาบรรณ

ความรู้สึกที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนออกมาในลักษณะนี้ เกิดจากหลายสาเหตุ อาทิ แพทย์-พยาบาล ขาดการให้ข้อมูล ไม่ว่าจะเป็นการบอกข้อมูลล่วงหน้า ก่อนให้การดูแล หรือการบอกความจริงเกี่ยวกับการรักษาแก่ผู้ให้ข้อมูล การไม่เอาใจใส่และเฉยเมยต่อผู้ให้ข้อมูล รวมถึงการให้การดูแลโดยไม่คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ทำให้ผู้ให้ข้อมูล 9 ใน 11 คน รู้สึกว่าแพทย์-พยาบาลบกพร่องในหน้าที่และไม่มีการจรรยาบรรณ เพราะในขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจนั้น ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าเป็นเรื่องสำคัญ เพราะนั่นคือ ความเป็น-ความตาย ของชีวิต แต่จากการดูแลที่ได้รับ อาจทำให้เกิดความรู้สึกไม่พอใจ ไม่ไว้ใจต่อพยาบาล รวมทั้งเกิดความรู้สึกตกใจกลัวเมื่อได้รับการดูแลที่ไม่คาดคิดหรือไม่ทราบมาก่อนล่วงหน้า เป็นต้น อาทิ ลุงเล็ก น้องเทา พี่น้อย น้องคำ และลุงแจ้ กล่าว

“ผมเขียนเบอร์โทรอะไรให้เรียบร้อย และเขียนบอกว่าให้ช่วยตามญาติให้หน่อย เขาบอกว่าให้เขาวางจากหน้าที่ ที่ทำก่อน ไม่อย่างนั้นจะไปไม่ได้ ... มีอยู่ครั้งหนึ่งผมเขียนบอกหมอเพื่อขอายถ่าย เขาดูที่ผมเขียนแล้วก็เฉย หมอไม่พูดอะไรและไม่ช่วยให้ แก่ลุกขึ้น ไปตรวจคนอื่นต่อ ผมว่าทำไมเขาเป็นอย่างนี้ ไม่สนใจกันเลย มาถามเราหน่อยว่า ถ้ากินยาไม่ได้ จะสวนให้ลุง นี้ไม่ถามอะไรเลย ตีถูกเฉยหมด รู้สึกไม่พอใจเหมือนกัน ”

(ลุงเล็ก)

“เราเรียกเขาจะบอกเขาว่า เรานอนไม่หลับ ... โมโหมเหมือนกัน ... เราก็ก้มมือเขาไม่มา เคี้ยวๆ เดินพื้นเฉย ทำไม่สนใจบางที”

(น้องเทา)

“พี่จะเล่าให้ฟังนะ นี่คือโรงพยาบาล นี่ค้ำเตียงโรงพยาบาล นี่หมอนโรงพยาบาล พี่นอนอยู่ เขา (พยาบาล) มาถึง “เฮ้อ! ... น้อยมีอีกแล้ว (มีเสมหะ)” (ผู้ให้ข้อมูลพูดเสียงเสียงพยาบาล โดยพูดภาษากลางทำเสียงเข้ม คล้ายเสียงพูดขณะที่ไม่พอใจ) เขาเรียกพยาบาลอีกคนว่า “มาเร็ว” มาถึงก็จัดการเลย หน้าพี่เอาดีไม่ได้ เบื่อหมดแล้ว ... เขาหึ่งๆๆ (พูดเสมหะและกระแทกอย่างแรง พร้อมกับเอามือมาจับใบหน้าและหันไปอีกข้างทันที) ช่วงที่เสมหะมันหึ่ง (เสมหะกระเด็น) เขาโมโหที่ เขาพูดจริงนะว่า “บอกว่าอย่าไออย่าเกร็งตัว เมื่อเธอ ไอเห็นไหม้สกรปรกหมดเลย” เขาจะมาโทษพี่ก็ได้ เพราะพี่เป็นคนไข้ พี่ทำอะไรไม่ได้เลย ... ช่วงที่เสมหะมาก มันคัน เขาหึ่ง ทำให้พี่คิดว่า สองคนนี้นั้นเป็นอะไรกันแน่นะแต่พูดไม่ได้ พอพูดเสมหะเสร็จ แทนที่จะเอาผ้ามาซับให้กับเรา ไม่ต้องเบื่อนเสื้อทั้งตัวอีก และเขาก็ว่าพี่อีกว่า “ดูตะ สกรปรกหมดเลย ตายแล้ว” พี่ทคท้อ พี่จะว่าแล้ว ว่าความผิดอยู่ที่ใครล่ะ พี่รู้สึกไม่ภูมิใจเลยที่เขาทำให้ คือเกลียดด้วยซ้ำไป เพราะทำให้

เราเป็นคนมีกลิ่นตัว เป็นคนสกปรกไปเลยแทนที่จะสะอาด ... พี่เจ็บทรมาณอย่างสุดจะเหลือทน เขาทำพี่เหมือนหมู เหมือนหมา”

(พี่น้อย)

“การดูแลที่ไม่ดี ไม่ประทับใจ คือเรื่องเช็ดตัว ... พยายามมาเช็ดตัวให้ เช็ดหยาบมาก เอาสบู่มาถึงยกหลัง ให้นอนตะแคง เอาสบู่มาถูๆ 2-3 ที ฟอกๆๆ แล้วเอาน้ำมาถูๆ เอาผ้ามาเช็ด แล้วก็เสร็จ... ถ้าผมดู ผมว่าหยาบเกินไป เขาไม่รู้ว่าคนไข้เจ็บ ... ผมว่าถ้าทำอย่างนั้นคราวหลังไม่ต้องทำดีกว่า ”

(น้องคำ)

“เขาว่าอย่าดึงท่อช่วยหายใจ ถ้าดึงหลุดเสียงจะเสียว พยายามว่าถ้าดึงถลอกออกเอง มันอาจจะบาดคอ ... เข็มจะแทงคอ ... จริงๆ แล้ว ไม่มีอะไรนึคเคียว ตอนที่พยาบาลถอดให้ เขาเอามาให้ดู ลุงดูแล้ว มันเป็นกลิ้ง (ท่อ) ... เขาหลอน (หลอก) ไว้ ลุงรู้สึกน้อยใจเหมือนกัน”

(ลุงแจ้ง)

4. น้อยเนื้อต่ำใจ ที่แพทย์-พยาบาล พุดจาไม่โพเราะ

ความคาดหวังประการหนึ่ง สำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับการรักษาพยาบาล คือ การที่แพทย์-พยาบาลให้การต้อนรับด้วยสีหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส มีความเอื้ออาทร มีกิริยาจากที่สุภาพ นุ่มนวล แต่จากการที่ผู้ให้ข้อมูล 6 ใน 11 คน ได้ประสบกับเหตุการณ์ที่ไม่ตรงกับสิ่งที่คาดหวัง เช่น การพุดจาที่แจ้งกระด้าง กระแทกกระทั้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจเป็นอย่างมาก อาทิ พี่เมษและยายถนอม กล่าวว่

“แทนที่เราเป็นคนไข้จะสบายใจ กลับน้อยใจว่า เราเจ็บขนาดนี้ พุดตะคอกเราอย่างนั้น เราคิดว่าพยาบาลน่าจะดูแลคนไข้เป็นอย่างดี ... และพุดจານุ่มนวลกับคนไข้ มีความสุภาพ อ่อนโยน คนไข้จะได้มีกำลังใจ ... คนไข้กับหมอไม่ใช่ศัตรู คู่อริกัน คนไข้ต้องพึ่งหมอ หมอก็คอยรักษาคนไข้ ”

(พี่เมษ)

“บางครั้งหมอก็ข่มเหง (พุดจากระแทกกระทั้น เหมือนไม่พอใจ) เหมือนกัน แกรักษาดีนั่นแหละ แต่พุดจาไม่น่าฟัง ... คือแกล่อดแล้วเราหายใจไม่ได้ ต้องใส่กลับอีก ถอดๆแล้วเราหายใจไม่ได้ต้องใส่กลับอีก แกรพุดว่า “ไปแหละไปบ้าน ซื้อเครื่องช่วยหายใจช่วย 5 แสนบาท” ส่วนพยาบาลบางคนกิริยาหยาบบ้าง ข่มเหงบ้าง เขามาดมเราเองว่า “เหนื่อยไหม” ยายก็บอกว่า “เหนื่อย” เขาว่า “เครื่องนี้ดีที่สุดแล้วในโรงพยาบาล ถ้ายัง

เหนื่อยอีกก็เอาออกซะ” เครื่องสิ่งข้างนั้น แล้วเรื่องอะไรมาดึงของยาย ที่จริงเขาคงว่า “ยายคะ ยายหายใจดีขึ้น ในโรงพยาบาล เครื่องนี้ดีที่สุดแล้ว”

(ยายถนอม)

จากข้อจำกัดต่างๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องกฎระเบียบของทางโรงพยาบาล การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การคาสาขอุปกรณเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล รวมทั้งภาวะของโรคที่ผู้ให้ข้อมูลกำลังประสบในขณะนั้น ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความต้องการที่หลากหลายตามมา

ความต้องการการดูแลขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ

เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง ผู้ให้ข้อมูลจึงเกิดความต้องการให้บุคคลอื่น ได้แก่ แพทย์-พยาบาล ญาติพี่น้อง หรือบุคคลใกล้ชิด มาช่วยกระทำในเรื่องต่างๆ ให้ซึ่งจำแนกได้ ดังนี้ (1) ช่วงแรกที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ขอให้ได้พักผ่อน (2) น้ำและอาหารเป็นสิ่งที่ต้องการจะได้รับ (3) ให้ญาติและพยาบาล ช่วยขจัดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น (4) ต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้มีชีวิตรอดและปลอดภัย (5) ต้องการเป็นอิสระจากการถูกพันหนาและการใส่ท่อ (6) ต้องการการเอาใจใส่และกำลังใจจากคนใกล้ชิด (7) พยาบาลควรถามไถ่และเอาใจใส่แก้ปัญหาการสื่อสาร (8) ควรบอกกล่าวให้เข้าใจ ก่อนให้การดูแล และ (9) อยากเห็นแพทย์-พยาบาล ทำดี พุคดี คิดดี มีเมตตาจิต ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ช่วงแรกที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ขอให้ได้พักผ่อน

สำหรับความต้องการประการแรกของผู้ให้ข้อมูลขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ผู้ให้ข้อมูล 3 ใน 11 คน มีความต้องการที่ตรงกันคือในระยะวันแรกๆ ของการได้รับเครื่องช่วยหายใจ สิ่งหนึ่งที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการเป็นอย่างยิ่งคือการได้นอนพักผ่อนอย่างเพียงพอ ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากความอ่อนเพลียที่เกิดขึ้นจากภาวะของโรคหรือจากการรักษาที่ได้รับ ดังที่น้องคำและน้ำจิ้นเล่าว่า

“ช่วงที่ใส่เครื่องช่วยหายใจต้องการพักผ่อนไว้มาก่อน ... เพราะกว่าจะผ่าตัดเสร็จก็เที่ยงคืนกว่าเข้าไปแล้ว ช่วงนั้นก็หลับมารู้สึกเอาตอนเช้า ตอนเช้ามันยังเบลอลๆอยู่จึงขอนอนไว้มาก่อน”

(น้องคำ)

“ตอนที่ใส่เครื่องช่วยหายใจช่วงแรกๆ มันเหนื่อยมาก จึงนอนหลับตา นอนเฉยๆ เพราะเหนื่อยมากแล้ว ให้ได้พักผ่อน นอนนิ่งๆ ไปเสียเลย ... อยากนอนนิ่งๆ นอนหลับตา ไปเลย ไม่อยากให้ใครมารบกวนเลย”

(น้ำซึ้น)

2. น้ำและอาหารเป็นสิ่งที่ต้องการจะได้รับ

ความต้องการถัดมาคืออาหารและน้ำ ซึ่งจำแนกได้ 2 ส่วนคือ (1) แม้ไม่ได้รับประทานอาหาร ขอดื่มน้ำก็ยังดี และ (2) ต้องการให้อิ่มท้อง แต่ต้องไม่มากเกินไป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 แม้ไม่ได้รับประทานอาหาร ขอดื่มน้ำก็ยังดี

ขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจในวันแรก แพทย์มักจะให้ผู้ให้ข้อมูลลงอาหารและน้ำ แต่ให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำแทน ผู้ให้ข้อมูล 5 ใน 11 คน เกิดความรู้สึกว่า อาหารที่ไม่ได้รับประทานนั้น สามารถทดแทนด้วยสารน้ำได้ แต่ความหิวกระหายน้ำเป็นความรู้สึกที่ยังคงอยู่ และต้องการได้รับการสนองตอบ แต่แนวทางแก้ไขที่พยาบาลบางคนได้แนะนำคือ “ให้กลืนน้ำลายแทน” ซึ่งวิธีการนี้ไม่สามารถทำให้ความต้องการที่เกิดขึ้นทุเลาหรือหมดไปได้ ผู้ให้ข้อมูลบางคนถึงกับพูดอย่างน้อยใจว่า “ควรให้เพราะคนจะตายอยู่แล้ว” ดังที่ น้ำซึ้นและ ชายถนอม ซึ่งเล่าว่า

“อยาก (หิว) แต่ไม่อ้อย่างเดียว ข้าวอะไรไม่อยาก 3 วัน 4 วัน ที่ไม่ได้กินข้าวแต่ไม่อยาก... โดยเฉพาะ 2 วันแรกอยากกินน้ำมากๆ เขาไม่ให้กิน นอนทนอยู่อย่างนั้น ... อยากเต็มที่ ที่จริงเขาม่าจะให้กินบ้างนะ เท่าหลอดน้ำแข็งสักนิดก็ได้... เพราะพอฟื้นขึ้นมาในคอมันแน่น มันอยากจะทำอาหาร ...เลยอยากน้ำเพราะข้าวก็ไม่ได้กินแล้ว เขายังไม่ให้กินน้ำอีก... เขาว่าให้กลืนน้ำลายเอา แล้วจะเอาน้ำลายที่ไหนดมากลืน เพราะน้ำลายจะออกก็ไม่มี จะกลืนสักนิดก็ไม่มี รู้สึกคอแห้งอย่างเดียว”

(น้ำซึ้น)

“หิวน้ำ ขายขอแต่น้ำ แต่เขาบอกกินไม่ได้ ... ขายรู้สึกหงุดหงิดเหมือนกัน แต่พอเขาขโมยเอาน้ำแข็งมาให้สักเกร็ดก็สบายใจ ... ขายรีบอมแป็บเดียวก็หมด เขาให้แบบขัดไม่ได้ เพราะถูกพยาบาล (นักศึกษาศาพยาบาล) คนนั้นเขากลัวจะถูกว่า เคี้ยวพยาบาลคนอื่นมาเห็นเคี้ยวเขาจะว่าอีก เพราะหมอสั่งไม่ให้กินน้ำ แต่ขายก็ขอแต่น้ำ อครนทนไม่ได้เขาเอ็นดูขาย เขาให้ขายด้วยความเมตตาจิต ขายก็ชื่นใจ ... ขายว่าที่จริงควรจะให้เพราะคนจะตายอยู่แล้วอยากน้ำ ... ควรให้บ้าง ขอเป็นวันๆ ไม่ได้สักอีก ถูกคิดดูสิ กวักมือคนโน้น เขาไม่ให้หันไปเสีย กวักมือคนนี้อีก เขาไม่ให้หันไปเสีย คนไหนให้ก็ชื่นใจอีก

... ถ้าชายพูดได้ ชายจะบอกว่าเอ็นดูชายตะตุก ให้ชายกินสักอีกนิ ชายอยาก ถ้าตุกอยากตุกจะมีความรู้สึกอย่างไร”

(ชายฉอม)

2.2 ต้องการให้อิ่มท้อง แต่ต้องไม่มากเกินไป

เนื่องจากผู้ให้ข้อมูล 2 ใน 11 คน มีความรู้สึกว่ขณะนั้นร่างกายรู้สึกอ่อนเพลีย สาเหตุหนึ่งอาจเกิดจากการไม่ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ เพราะในภาวะปกติผู้ให้ข้อมูลจะรับประทานข้าวเป็นอาหารหลัก แต่เมื่อมาอยู่โรงพยาบาลกลับได้รับอาหารทางสายยาง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าเป็นเพียงน้ำข้าว และเมื่อรู้สึกหิวก็ไม่ได้รับการสนองตอบเพราะพยาบาลให้ความเห็นว่า สารน้ำที่ให้ทางสายยางก็สามารถให้พลังงานที่เพียงพอสำหรับร่างกาย แต่ตามความคิดของผู้ให้ข้อมูลนั้น กลับคิดว่าเมื่อมีอาการหิว พยาบาลควรเอาอาหารมาให้ซ้ำอีกสักครั้ง คังคำพูดของลุงแจ็ง และลุงหมาด ที่เล่าให้ผู้ศึกษาฟังว่า

“อีกอย่างที่ต้องการคือ ลุงว่าถ้ามียาเพิ่มกำลัง นิดให้ลุงสักเข็ม เพราะร่างกายลุงเพลียมากแล้ว ทั้งเข็ด ทั้งเพลีย รู้สึกว่าร่างกายอ่อนแอ ... ตอนที่ใส่สายยางอยู่ลุงจะกินข้าวสวย แต่เขาให้กินน้ำข้าว (อาหารผสม) หิว เพราะกินข้าวไม่สมบูรณ์ กินข้าวสวยอยู่เป็นประจำแต่กลับมากินน้ำ ... เขาไม่พูดอะไร มาดูแล้วเขาก็บอกว่า กินน้ำเกลือพอลุงนะ ... รู้สึกน้อยใจเหมือนกัน แต่ถ้าเอาอาหารมาให้ซ้ำอีกทีก็จะดี เพราะที่ให้ไม่ใช่มากที่เท่า 2 แก้วนั้นได้ (ชี้ไปที่แก้วน้ำคิม ปริมาตรประมาณ 250 ซี.ซี.)”

(ลุงแจ็ง)

“ให้อาหารถ้าให้มากเกินไป จะแน่นหน้าอก บางครั้งก็สำคัญ ... แต่เรื่องนี้เป็นเรื่องเฉพาะตัวบุคคล ถ้ากินมากก็แน่นหน้าอกนั่นแหละ ถ้ารู้จักกินแทนที่จะตายวันนี้ก็ตายพรุ่งนี้ แต่ถ้าหอบขึ้นมาอย่าให้กินมากๆ น้ำที่ละลาย ให้มันย่อยลงไปในคอ มันจะโล่งมันได้ระบาย แต่ถ้าให้กินมากๆ จะสะสมอีก บางครั้งสำคัญ ช่วงนั้นจะต้องให้ทีละนิดๆ มันจะได้ชุ่มคอ”

(ลุงหมาด)

3. ให้ญาติและพยาบาล ช่วยจัดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น

ความทุกข์ทรมานที่ผู้ให้ข้อมูลประสบ ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับความเจ็บปวด ซึ่งอาจเกิดจากการดูแลที่รุนแรง การผูกมัดท่อช่วยหายใจ อาการปวดเมื่อยจากการถูกจำกัดการ

เคลื่อนไหว และเรื่องการหายใจลำบาก เป็นต้น ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกคน ต้องการให้ญาติและพยาบาล มาช่วยเหลือ หรือแก้ไขความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นให้หมดไป อาทิ ยายถนอม และลุงหมาด ได้เล่าว่า

“ยายพยายามบอกทุกครั้งที่เขาผูกเชือกว่า อย่าผูกตึงๆ เพราะมันตึงแล้วทำให้คัด (แน่น) ปาก ทำให้จึ้นเจ็บมากขึ้น เวลาอ้าปาก ถ้าตึงไม่สะดวก ยายว่าหลวมๆดีกว่า... และยายต้องการให้คุณเสมหะเบาๆ พวกนักศึกษาจะดูเสมหะดี คือดูเบาๆ ไม่ทึบ (ไม่ กระแทก) ลงไปแรงๆ แต่ตึงเค้นๆ บนผิวลิ้น หรือเค้นๆ ในลำคอ คืออย่าให้ถูกเนื้อเกินไป เพราะมันเจ็บมาก (สีหน้าแสดงความเจ็บปวด) ไม่ใช่จะแหยงก็แหยง พวกเด็กๆ เขาทำ รมักระวัง ค่อยๆทำ ดูตรงโน้นบ้าง ดูตรงนี่บ้าง กว่าจะได้ใส่แกทำเบาๆ”

(ยายถนอม)

“ต้องการให้เขาช่วยคือ เขาพ้นขาออกน้อยเกินไป หายใจไม่ได้ ต้องการให้เขาพ้น ขาให้แรงขึ้น ... ให้มันตึงจืดๆๆ (ทำเสียงคล้ายเปิดให้ขาพ้นออกมาๆ) ถ้าออกมีจืดๆ (ทำ เสียงต่ำคล้ายเปิดให้ขาพ้นออกน้อยๆ) ไม่ดี หายใจไม่ได้ หายใจไม่ออก แต่ความต้องการ ของลุง ต้องการให้หายเร็วๆ ดังนั้นตอนพ้นขาให้แรงขึ้นสักนิด เหมือนเปิดพัดลมนั่นแหละ เปิดเบอร์ 2 ถ้าไม่ดีขึ้นก็เปิดเบอร์ 3 ... ทางที่ดีให้เขาร่งถึงเบอร์ 3 หรือเบอร์ 5 คนจะได้ หายเร็วๆ เพราะถ้าให้ออกทีละนิดๆ ไม่ทันใจคนไม่สบาย หายช้า ต้องให้เบอร์ 3 หรือ เบอร์ 5 เพราะ 10 นาทีก็หาย แต่ถ้าพ้นทีละนิดหาย 30 นาที ถ้า 30 นาทีกับ 10 นาที คนไม่สบายเอา 10 นาทีดีกว่า มันได้หายไปเสีย ไม่ต้องเที่ยวทรมานทรมาน ...หรือถ้าลุงเจ็บในอก หรือแน่นอก ลุงก็ขอยาแก้ปวดเขา กินให้หายปวด ถ้าลุงแน่นท้องก็ให้เขาจืดท้องให้ นอกจาก นี้ต้องการให้ลูกมาบีบนิ้ว จะได้หายเมื่อย หายเจ็บ”

(ลุงหมาด)

4. ต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้มีชีวิตรอดและปลอดภัย

เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเพียงคนเดียว ที่มาโรงพยาบาลด้วยคดีโค่นชิง จึงเกิดความรู้สึกวิตกกังวลว่าอาจมีบุคคลแฝงตัวและแอบอ้างว่าเป็นญาติ เข้ามาลอบทำร้ายขณะนอนรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความวิตกกังวลที่ต้องการมีความปลอดภัยของชีวิต ดังที่ พี่เมษ เล่าว่า

“อยากให้เราเข้มงวดเรื่องการเยี่ยม อย่าให้คนพลุกพล่าน เพราะคนที่อยู่ห้องนั้นมี ทุกอย่าง ถูกแหวง ถูกขิงมา ... จึงบอกญาติอย่างเดียวว่าดูแลให้เข้มงวดหน่อย เพราะญาติเอง ก็ไม่รู้จัก เรารู้จักคนเดียว นี่ถ้าโรงพยาบาลเปิดประตูให้คน โน้นเข้าคนนี่เข้า ก็อันตราย ปกติ 6 โมงเย็น ก็บอกให้ญาติออกแล้ว แต่ที่นี่ ทุ่มหนึ่ง 2 ทุ่ม 3 ทุ่ม ก็ยังมีคนเข้ามาเยี่ยม ปล่อย มาอีก ไม่รู้ปล่อยมาได้ยังไง ... ที่จริงห้ามเยี่ยมเด็ดขาดเลย ไม่เข้าก็ไม่ต้องให้เข้า”

(พี่เมษ)

5. ต้องการเป็นอิสระจากการถูกพันนาการ และการใส่ท่อ

ผู้ให้ข้อมูล 10 ใน 11 คน ที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจจะได้รับการผูกมัดมือ สำหรับบางคนอาจถึงขั้นที่ถูกผูกมัดทั้งมือและเท้า ซึ่งการทำเช่นนี้ไม่ใช่สิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการจะให้เกิดขึ้นสำหรับความต้องการในการถอดท่อช่วยหายใจนั้น เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นขณะที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าคุณเองอาการดีขึ้น และสามารถหายใจด้วยตัวเองได้และการคาท่อช่วยหายใจเสมือนการจำกัดอิสระในการพูด การกินรวมทั้งยังก่อให้เกิดความเจ็บปวดและรำคาญอีกด้วย อาทิ ลุงแจ่ม น้องคำ พี่น้อย ลุงเล็ก และยายถนอม ได้เล่าว่า

“ต้องการให้เขาถอดท่อช่วยหายใจออก รวมทั้งแก้มัดมือด้วย เพราะลุงสบายแล้วหายใจก็สะดวกแล้ว รู้สึกตัวเต็มที่แล้ว “

(ลุงแจ่ม)

“ไม่อยากให้เขามัดมือ อยากให้เขากัดมือให้เป็นอิสระบ้าง ... ส่วนช่วงที่ได้รับท่อสีขาว (T-piece) ต้องการน้ำกับที่ถอดท่อช่วยหายใจออกเร็วๆ เพราะมันรำคาญมากเจ็บคอบ้าง พูดก็ไม่ได้ ผมเขียนบอกว่าเอาท่อออกได้แล้ว แต่เขาไม่เอาออกให้ เขาปล่อยไว้ อย่างนั้น ... ตอนนั้นรู้สึกเสียใจ เพราะเรารู้ยู่ที่ว่าถ้าถอดท่อช่วยหายใจออกเราก็อยู่ได้ เพราะเราหายใจเองได้แล้ว เขาไม่เอาออกให้ก็เสียใจเหมือนจะร้อง”

(น้องคำ)

“ตอนใส่ท่ออยู่ทำอะไรไม่ได้ตอนนั้น รออย่างเดียวคือรอให้หมอเอาท่อออกจากปาก เพราะที่จะคุยกับพยาบาลได้ จะถามได้ไคว่าอยากนั้น อยากนี้ อยากกินน้ำร้อน น้ำอุ่น อยากเข้าห้องน้ำ แต่พอใส่ท่อแล้วพูดไม่ได้เลย บางคนปากกา ก็ขอไม่ได้ จะฝากข้อความก็ฝากไม่ได้”

(พี่น้อย)

“มันมีอะไรอยู่ในคอไม่รู้เหมือน 2 ข้าง 2 ง่าม อะไรนี้แหละค้ำอยู่ในคอ แข็ง พูดไม่ได้ ลิ้นแข็ง ในคอเจ็บ ... ซัดใจบอกไม่ถูก ไม่อยากให้มีเลย รู้สึกรำคาญเพราะไอบ่อย”

(ลุงเล็ก)

“ขายนอนไม่ค่อยหลับเพราะมันเจ็บ ไม่รู้เขาใส่อะไรในปาก 2 อัน ... ขयरำคาญมันรุ่งรังอยู่ในคอ ในปาก เวลาหมอไปขयरบอกทุกทีแหละว่า เจ็บคอ เจ็บปาก ขयरอยากถอดออก”

(ยายถนอม)

6. ต้องการการเอาใจใส่ และกำลังใจจากคนใกล้ชิด

กำลังใจเป็นสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลทุกคน ต้องการจะได้รับ อาจจะมาจากแพทย์-พยาบาล พ่อแม่ พี่น้องญาติสนิท หรือเพื่อนๆ ซึ่งลักษณะของการให้กำลังใจตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลคือการมาเยี่ยมเยียน การไถ่ถามอาการ การแสดงความรักและห่วงใย การให้ความช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ เช่น การขจัดความไม่สุขสบาย การขับถ่ายเป็นต้น อาทิตำบอกเล่าของน้องฐิ น้องเทา ยายถนอม และพี่น้องที่ว่า

“ตอนนั้นที่ต้องการมากที่สุด คือสามี อยากให้เขามาอยู่ใกล้ๆเรา คอยห่วงใยเรา ... ถึงแม้เราพูด ไม่ได้ก็ตาม เมื่อเห็นคนข้างๆ เคียงเรา ... ไม่ว่าจะ เป็น พ่อ แม่ ญาติพี่น้อง สามี ... เราารู้สึกว่า นี่นะถึงแม้เราคิดอย่างไร เราไม่ใช่อะไร เมื่อเราเจ็บไข้ไม่สบายเรายังต้องการกำลังใจจากเขาอยู่”

(น้องฐิ)

“เราอยากให้มีคนเฝ้าอยู่ด้วย เหมือนพ่อแม่ของเราให้อยู่สักคน เราไม่ต้องเรียกหมอให้เหนื่อยอยู่อีก บางทีเรียกหมอเดินพื้นเฉย หากอยู่กับแม่เราได้เรียกเขาว่าเคี้ยวผู้ผ้าสักนิต ยกนี้สักหน่อย จะรู้สึกดีขึ้น ... นี่เดี่ยวๆ เราเรียกหมอ บางทีเขาทำไม่สนใจ เขาดังใจเหมือนกัน บางครั้งอยากไปอยู่ข้างนอก เพราะเขาให้คนเฝ้าและข้างนอกคนก็มากด้วย ได้คุยกับคนโน้นบ้างคนนี้บ้าง นอนอยู่คนเดียวหันไปก็ไม่มีใครสักคน ... หากมีพ่อแม่อยู่จะได้สบายใจบ้าง จะได้ดูหน้าพ่อแม่ จะได้มีกำลังใจขึ้นมาสักนิต”

(น้องเทา)

“หมอเขาถามว่าต้องการให้ใครมาอยู่ใกล้ ยายบอกว่าลูกแหละ ระหว่างลูกกับพยาบาล ถ้าลูกมาคงจะสบายใจกว่า คือว่าเรามีที่พึ่งที่จับ (มั่นคง) อยู่แล้ว พยาบาลนั้นเขาช่วยเหมือนกัน แต่เขาไม่ทุ่มสุดตัว ลูกเราถึงอย่างไรก็พากันสุดเรียวโน่นแหละ จะตายอะไรก็ขนไป (ดูแลตลอดไม่ว่าจะรอดตายหรือไม่ก็ตาม และถ้าหากตายไป ลูกก็จะนำศพไปเผาให้) พวกพยาบาลเขาดูแลเฉพาะตรงนั้น แต่ว่าลูกนี่ตลอด ... พอเห็นหน้าลูกก็สบายใจ”

(ยายถนอม)

“ถ้าเป็นไปได้ (1) อยากให้สามีมาอยู่ใกล้ซิคกับตัวเอง เพราะว่าอบอุ่นกว่า ทั้งๆ ที่เราเจ็บนี้แหละ แต่เราอบอุ่นเมื่อมีสามีมาช่วยดูแล มาช่วยถามไถ่ มาช่วยปฏิบัติทำทุกสิ่งทุกอย่างให้กับเมีย (2) อยากให้แม่มาเฝ้าก็เพราะว่าเป็นเพศเดียวกัน และแกเป็นคนที่ยิ้มลูกของพี่ด้วย ก็จะสั่งอะไรทุกสิ่งทุกอย่าง แม่รับรู้ได้หมดเลยในตัวพี่ ... คนอื่นไปเยี่ยม โอ.เค. แต่เคี้ยวเดียวเขาก็กลับ เพราะเขาถือว่าเป็นน้อง เป็นหลาน เป็นพี่ เป็นป้า แต่สำหรับแม่กับสามี เป็นไปไม่ได้หรือแม่หรือจะทิ้งลูก สามีหรือจะทิ้งเมีย ก็เมียไม่สบายอยู่ ...

แต่อยากให้เราอายุใกล้ขีด 3 เวลา คือ (1) ช่วงที่หมอใหญ่ขึ้นมาตอนเช้า เพราะเวลาหมอขึ้นมาเขาอาจจะตอบแทนที่ได้ เพราะที่ใส่ท่ออยู่ เขาจะได้พูดเพราะเขารู้ใจเมีย (2) ที่อยากให้เราอยู่ช่วงบ่าย โมง เพราะบางครั้งหมอเขาอาจจะมาตรวจอีกครั้งก็ได้ ข้อที่ (3) ช่วงกลางคืน ให้มาช่วยดูแลเรื่องถ่ายเพราะเกรงใจพยาบาล”

(พื่อน้อย)

7. พยาบาลควรมาถามไถ่และใส่ใจแก้ปัญหาการสื่อสาร

ความต้องการประเด็นต่อไปนี้เป็น ผู้ให้ข้อมูล 4 ใน 11 คน มีความต้องการใน 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ ความต้องการเกี่ยวกับจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม เพื่อที่จะเอื้ออำนวยให้แก่ผู้ให้ข้อมูล ในช่วงที่ไม่สามารถพูดด้วยคำพูดได้ นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังเสนอแนะวิธีการที่จะทำให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถบอกถึงความรู้สึกต่างๆ รวมทั้งสิ่งที่พึงประสงค์ได้ นั่นก็คือการเสนอทางเลือกให้แก่ผู้ให้ข้อมูล อาทิ การเข้ามาถามไถ่ รวมทั้งถามนำว่าต้องการเรื่องนั้น เรื่องนี้ใช่หรือไม่ เป็นต้น ดังที่พี่เมฆ และ พื่อน้อยได้เล่าว่า

“เมื่อเราต้องการอะไรเขาควรจะตอบเรา ถึงแม้เราไม่เขียนหนังสือ พอเราถาม เขาก็ควรพูดว่า ทำอะไรคะ เขาก็ตอบเองว่า คุณเสมหะหรือ เราก็อพยักหน้า เพราะเราพูดไม่ได้ใช้ไหม เราสื่อภาษาไปเขาก็ตอบ นี้อือภาษาไปเขาก็เฉยไม่ตอบ นี้อ่าเราสื่อภาษาไป เขาก็ตอบว่าจะเอาอะไร ก. ไก่ ข. ไช้ เหยอ ให้เสนอทางเลือกสัก 3-4 ข้อ คงตรงสักข้อ เขาก็พยักหน้าเท่านั้นก็จบ”

(พี่เมฆ)

“ต้องการปากกากับกระดาษแค่นั้นเพื่อสั่งข้อความ เพราะเราใส่ท่อ เราไม่สามารถจะพูดได้... ในใจที่อยากให้เราเอาใจเขามาใส่ใจเรา... เช่นหลังเช็ดตัวเสร็จควรอยู่สักพักก่อนว่าคนไข้ต้องการอะไร หรือว่าไม่ต้องให้คนไข้สั่ง ไม่ต้องให้คนไข้บอกหมด เราเป็นพยาบาลเราควรถามคนไข้ว่า ต้องการอะไรอีกไหม จะสั่งอะไรอีกไหมในเมื่อคนไข้พูดก็ไม่ได้และถูกมัดมือมัดเท้าอยู่อย่างนั้น ... เคนก็ไม่ได้ พาร่างกายก็ไม่รอดอยู่แล้ว เขาก็ควรจะถามเราไม่ใช่ให้ราถามเขา”

(พื่อน้อย)

8. บอกกล่าวให้เข้าใจ ก่อนให้การดูแล

ก่อนที่พยาบาลจะให้การดูแลใดๆ พยาบาลไม่ได้บอกให้ทราบก่อนล่วงหน้า ทำให้ผู้ให้ข้อมูลคาดเดาไม่ถูกว่าต่อไปจะได้รับการดูแลในเรื่องใด นอกจากนี้ผู้ป่วยยังประสบกับเหตุการณ์ที่

หลังให้การพยาบาลใดก็ตาม พยาบาลไม่ได้บอกให้ทราบถึงผลการตรวจวัด อาทิ ความดันโลหิต อุณหภูมิ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูล 9 ใน 11 คน ต้องการทราบ ดังที่ น้องคำ ได้เล่าว่า

“ที่จริงพยาบาลน่าจะถามคนไข้บ้างนะ และควรจะบอกล่วงหน้า ว่าต่อไปเป็นการทำอะไร ... นี่ไม่บอกอะไรเลย ขนาดตอนเอาท่อช่วยหายใจออกแล้วเปลี่ยนเป็นมาใช้ท่อเดี่ยว (หายใจทางท่อรูปตัวที) เขาก็ไม่บอกอะไรเลย ที่จริงน่าจะให้คนไข้รู้บ้าง .. ผมรู้สึกตัวดีแล้ว การหายใจก็ดี ความดันอะไรเขาก็วัดให้ แต่ไม่รู้ เพราะเขาไม่บอกว่่าปกติหรือไม่ ไม่บอกอะไรเลย ... ที่จริงน่าจะบอกแม่ไม่ถามก็ตาม ..อยากให้พยาบาลบอกบ้าง ไข้ ความดันนี้รู้สึกจะวัดอยู่เรื่อยๆ ที่จริงน่าจะบอกบ้างว่าปกติไหม”

(น้องคำ)

9. อยากเห็นแพทย์-พยาบาล ทำดี พุทธิ คิตติ มีเมตตาจิต

สำหรับความต้องการเกี่ยวกับแพทย์-พยาบาลในประเด็นนี้ เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นในผู้ให้ข้อมูลทุกคน มี 3 ลักษณะ คือ (1) ทำดี คือ ปฏิบัติตามหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในเรื่องของผู้ให้ข้อมูลเอง เรื่องของเครื่องมือต่างๆ ตลอดจนเรื่องสิ่งแวดล้อม (2) พุทธิ คือ พุทธจาไพเราะ นำฟังไม่ทำข่มเหง และ (3) คิตติ คือ เอาใจใส่ สำนึกในหน้าที่และมีจิตเมตตา ดังที่ ยายถนอม พี่น้อย และน้องจู เล่าว่า

“ที่จริงพยาบาลควรทำให้เหมือนกับลูกตัวเอง เหมือนกับพ่อแม่ตัวเอง ไม่ใช่ชาวบ้าน ... และต้องการให้พยาบาลอยู่ใกล้ๆ ขยายจะได้ขอช่วยเวลาต้องการอะไร นี่ยายพูดไม่ได้ กวักมืออยู่อย่างนี้แหละเวลาจะขอช่วยที่ ... และต้องการให้พยาบาลที่มาดูแล พุทธจาไพเราะ นำฟัง เขาพูดจาหวานๆ สบายใจ ... พุทธิ ทำดี คือ ทำเรียบร้อย ไม่ข่มเหง พริ้งพริ้งๆ (กระแทกกระทั้น) เหมือนที่ยายเล่าที่นั่นแหละ มาถึงคิงเครื่องออก (เครื่องช่วยหายใจ) ที่จริงเขาควรจะพูดว่า “ยายคะหายใจดีๆ เครื่องนี้ดีที่สุดแล้วในโรงพยาบาล” แล้วมาทำอย่างนั้นทำไมละลูก ... ส่วนหมอก็ควรจะพูดให้นุ่มนวลแหละลูก ว่า “ยายนี่จะทำอย่างไร เอาเครื่องออกไม่ได้แบบนี้ ยายจะทำอย่างไร จะอยู่อย่างไร” อะไรก็ว่าไปแหละนะ ... ยายต้องการให้พยาบาลมาดูแลคนไข้ด้วยความเมตตาจิต คือ ทำด้วยความสงสาร ไม่หยาบ ทำค่อยๆ เเบาๆ ... และควรสำนึกในหน้าที่ คือ ให้รู้ว่าเราเป็นพยาบาล มีหน้าที่ต้องดูแลคนไข้ หน้าที่ของพยาบาลที่ศึกษามา เหมือนหมอนั่นแหละ ต้องรักษาคคนไข้ จะอย่างไรก็ต้องรักษา จะตายอยู่แล้วก็ต้องช่วยจนสุดความสามารถ”

(ยายถนอม)

“พยาบาลคิดว่าคนไข้ที่เขาเช็ดตัวให้อยู่ที่นั่น เขาไม่สามารถมาเช็ดตัวเองได้ เพราะถ้าคนไข้เช็ดตัวเองได้เขาคงเช็ดไปแล้ว ถ้าที่เป็นพยาบาลที่จะทำหน้าที่ของพี่ให้ดีที่สุด คือเมื่อคนไข้เอาเจียนเป็นเสมหะ ที่จะลอคเสื่อ เอาน้ำชุบ เช็ดตัวให้คนไข้ ให้คนไข้นั่ง ทำความสะอาดให้หมดแล้วทาโลชั่นเพื่อค้ำกลืน แต่ที่นี่พูดไม่ได้เพราะมันคนละคนกัน และพี่ก็คิดเหมือนกันว่าเขาทำให้เรา ทำให้ไม่หมดเพราะไม่ใช่ตัวเขาเอง จะเช็ดให้เกลี้ยงให้แวว (เช็ดให้สะอาด) เป็นไปไม่ได้เพราะคนละคนกัน แต่พี่คิดว่าถ้าพี่เป็นเขาที่จะเช็ดตัวคนไข้ ให้เหมือนเช็ดให้ตัวเอง ... พยาบาลเขาคิดว่า คนไข้ก็อยู่ตรงนี้ พอทำเสร็จแล้วเขาก็ไป แต่ในใจพี่เมื่อเขาเช็ดตัวแล้ว ก็ขอให้เขารอดูสักพักก่อน ... คือถ้าพี่เป็นพยาบาลที่จะทำหน้าที่ตรงนั้นให้ดีที่สุด หากพยาบาลใช้เวลา 20 นาที พี่จะให้สัก 30 นาที ให้ดูสักนิด ดูความเรียบร้อย และถามคนไข้ว่าต้องการอะไรอีกไหม เพราะคนไข้ก็พูดไม่ได้ และถูกมัดมือมัดเท้าอยู่อย่างนั้น เขียวก็เขียวทางสายยาง... ในใจของพยาบาลที่มาทำให้ เมื่อเช็ดตัวเสร็จเขาก็ไปนั่งพักผ่อน เราก็ไม่ว่า แต่ถ้าเป็นพี่ พี่จะให้เวลา 30 นาที เพื่อเช็ดตัวให้คนไข้ ทาโลชั่น ใส่เสื่อให้ ดูแลความสะอาด ดูแลความบกพร่องของตนเอง... และถ้าเป็นพยาบาลที่มาดูพี่ พี่อยากให้เขามาดูแลเรื่อง (1) น้ำเกลือ (2) เครื่องช่วยหายใจ (3) มาช่วยดูแลที่ว่าอาการดีขึ้นไหม หรือหนักขึ้นไหม (4) ให้เขาปรนนิบัติ ห้องเบอร์ 4 ที่พี่อยู่ ในเรื่องความสะอาดของห้องและคนไข้”

(พี่น้อย)

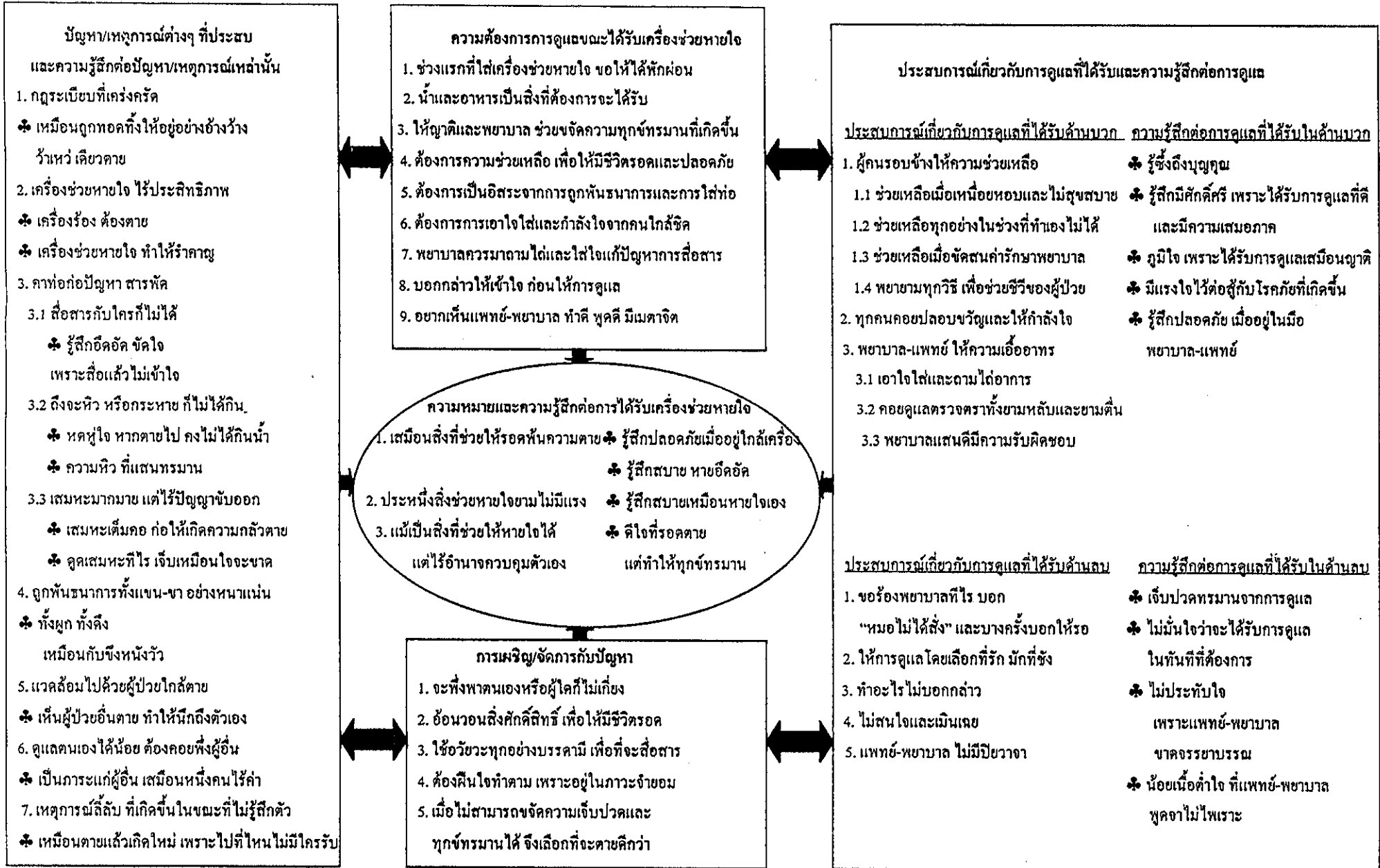
“อยากให้พยาบาลทุกแห่งเหมือนกัน คือ เอาใจใส่ผู้ป่วยและ ไม่ใช่อารมณ์กับผู้ป่วย... หอม พยาบาล ทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศ อย่างเอาเรื่องส่วนตัว มาพัวพันกับเรื่องงาน”

(น้องจุก)

จากผลการศึกษา ทำให้ผู้ศึกษาได้ทราบถึงการให้ความหมาย และความรู้สึกของการได้รับเครื่องช่วยหายใจตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นด้านบวก ในขณะที่ปัญหา/เหตุการณ์ต่างๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลประสบมักจะเป็นสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลไม่พึงปรารถนาจะเกิดขึ้น จึงส่งผลให้เกิดความรู้สึกด้านลบตามมา ในส่วนของประสบการณ์การดูแลที่ได้รับ ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนให้เห็นการดูแลที่ได้รับ ทั้งจากแพทย์ พยาบาล พ่อแม่ ญาติพี่น้อง รวมทั้งบุคคลที่ใกล้ชิด ซึ่งมาให้ความช่วยเหลือตลอดระยะเวลาที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ โดยความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ในการดูแลที่ได้รับจะผสมผสานทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยเฉพาะความรู้สึกด้านลบจะเป็นการดูแลที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาลแทบทั้งสิ้น สำหรับความต้องการการดูแลนั้น เป็นความต้องการ

ที่ผู้ให้ข้อมูลประสงค์จะให้แพทย์ - พยาบาล ญาติ พี่น้อง และบุคคลใกล้ชิด มาให้ความช่วยเหลือใน
สิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการ อาทิ การได้รับอาหารและน้ำ การพักผ่อนนอนหลับ การขจัดความไม่สุข
สบาย การให้ข้อมูล การได้รับการเอาใจใส่ รวมถึง ความต้องการที่จะให้วิชาชีพพยาบาล - แพทย์
เป็นไปตามที่สังคมคาดหวัง เป็นต้น

จากผลการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ สามารถสรุปให้
เห็นภาพรวมของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ได้ดังนี้ (แผนภาพที่ 1)



แผนภาพที่ 1 แสดงปรากฏการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ

❖ หมายถึง ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลต่อประสบการณ์ในเรื่องต่างๆ ที่ได้รับ

การอภิปรายผล

ในการนำเสนอผลการอภิปราย ผู้ศึกษากล่าวถึงประเด็นหลัก 2 ประเด็นคือ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล และผลการศึกษา โดยมีรายละเอียดดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศชาย นับถือศาสนาพุทธ มีอายุ 61 ปี ขึ้นไป ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมีภาวะสุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรง อาทิ มีอาการอ่อนเพลีย หายใจเหนื่อยหอบง่ายเมื่อออกกำลังกาย หรือแม้กระทั่งทำงานเพียงเล็กน้อยก็ตาม บางคนขณะอยู่บ้านยังมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ จำเป็นจะต้องได้รับออกซิเจนทางจมูกเป็นระยะๆ จึงส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน เพียงแต่ช่วยเหลืองานบ้านเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ด้วยเหตุนี้ส่งผลให้รายได้ของครอบครัวต่อเดือนค่อนข้างต่ำ โดย 7 ใน 11 คน มีรายได้อยู่ในช่วง 2,000 - 5,000 บาทต่อเดือน

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูล 9 ใน 11 คน เป็นผู้ที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นครั้งแรก มีเพียงคนเดียวที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ 3 ครั้ง ซึ่ง 1 ใน 3 ครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลได้รับการเจาะคอมาแล้ว 1 ครั้ง และใส่เครื่องช่วยหายใจมาแล้ว 2 ครั้ง

ผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้รับการวินิจฉัยโรคซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะหายใจล้มเหลว โดย 9 ใน 11 คน เป็นโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจและได้รับอันตรายของทรวงอก ซึ่งผู้ให้ข้อมูลที่ได้รับอันตรายของทรวงอกได้รับการผ่าตัดทรวงอก ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ชารทิพย์ (2541 : 57) ซึ่งศึกษาเรื่องความต้องการการพยาบาล และการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และได้รับเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 60 คน ซึ่งพบว่า สาเหตุที่ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องได้รับเครื่องช่วยหายใจ มีสาเหตุมาจากโรกระบบทางเดินหายใจ โดยผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งมีภาวะอื่นร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพจิตร (2537 : 61-64) พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดเกิดจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเช่นกัน

สำหรับชนิดของเครื่องช่วยหายใจที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับในครั้งนี้ มีส่วนสัมพันธ์กับหอผู้ป่วยที่ผู้ให้ข้อมูล ได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ และหอผู้ป่วยที่ผู้ให้ข้อมูลเข้ารับการรักษามากที่สุด

คือ ห้องผู้ป่วยหนัก และชนิดของเครื่องช่วยหายใจที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับมากที่สุด คือ เบนเนคต์ 7200 ทั้งนี้เนื่องจากห้องผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลที่ผู้ศึกษาทำการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ มักใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด เบนเนคต์ 7200 และ สามิตัน อะมาคิอุส แต่หอผู้ป่วยสามัญทั่วไปใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดเบิร์คเป็นหลัก ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลบางรายที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจชนิดเบิร์คมาก่อน เมื่อเข้ารับการรักษาต่อที่ห้องผู้ป่วยหนัก จึงทำให้ได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจมากกว่า 1 ชนิด และส่วนใหญ่จะเป็นชนิด เบนเนคต์ 7200 นั่นเอง

ในส่วนของการหย่าเครื่องช่วยหายใจนั้น มีหลากหลายวิธีแตกต่างกันไปตามชนิดเครื่องช่วยหายใจที่ได้รับ อาทิ ผู้ให้ข้อมูลทุกคนที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจชนิดเบิร์คได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจทางท่อรูปตัวที แต่ผู้ที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจชนิดเบนเนคต์ 7200 หรือ สามิตัน อะมาคิอุส สามารถใช้วิธีหย่าเครื่องช่วยหายใจได้หลายวิธี อาทิ SIMV PSV และ T-piece ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ ของผู้ให้ข้อมูล ตลอดจนดุลยพินิจของแพทย์ผู้ทำการรักษา

ระยะเวลาในการใส่เครื่องช่วยหายใจ สัมพันธ์กับระยะเวลาในการให้ข้อมูลครั้งแรกภายหลังถอดท่อช่วยหายใจ โดยผู้ให้ข้อมูลที่ใส่ระยะเวลาในการใส่เครื่องช่วยหายใจนาน 1-5 วัน จะมีความพร้อมในการให้ข้อมูลครั้งแรกภายหลังถอดท่อช่วยหายใจอยู่ในช่วง 1-10 วัน แต่ผู้ให้ข้อมูล 6 ใน 11 คน เป็นผู้ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจนานเกิน 5 วัน เป็นผลให้มีความพร้อมในการให้ข้อมูลซ้ำสาเหตุหนึ่งเนื่องจาก มีเสียงแหบร่วมกับการเจ็บคอ สอดคล้องกับการศึกษาของ เข็มชาติ (2529 : 121) ที่พบว่าภาวะแทรกซ้อนประการหนึ่งของการใส่ท่อช่วยหายใจเกิน 5 วัน คือ การมีเสียงแหบร่วมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของนงนุชและสมจิตร (2540 : 64-65) พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด ซึ่งเกิดจากการใส่ท่อช่วยหายใจ คือ อาการเสียงแหบ รองลงมา คือ อาการเจ็บคอ สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรี (2540 : ข-ค) พบว่าอาการไม่พึงประสงค์ทางด้านร่างกายที่พบมากที่สุด ซึ่งเกิดจากการใส่ท่อช่วยหายใจ คือ อาการเจ็บคอ

จากการศึกษามีผู้ให้ข้อมูล 2 คน ที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลครั้งแรก 31 วัน ขึ้นไป (31-85 วัน) เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลคนแรกเป็นผู้ที่มีรายได้น้อย เมื่อแพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลยังมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการคาท่อช่วยหายใจ คือมีอาการอักเสบของหลอดลม มีแผล และมีตุ่มหนองบริเวณเพดานบนและในลำคอ ซึ่งทำให้รู้สึกเจ็บปวดมาก รับประทานอาหารไม่ได้ คิมแต่นมกับน้ำเท่านั้น ประกอบกับการมีข้อจำกัดในเรื่องของรายได้ จึงเป็นเหตุให้ผู้ให้ข้อมูลรายนี้ไม่ได้ไปพบแพทย์เนื่องจากกลัวว่าจะต้องจ่ายเงินค่ารักษาจำนวนมาก จึงตัดสินใจไปเอายาที่สถานีอนามัยใกล้บ้านมารับประทานซึ่งกว่าจะหายต้องใช้เวลานาน สำหรับผู้ให้ข้อมูลอีกคนนอกจากมีอาการเจ็บคอและเสียงแหบแล้ว ผู้ให้ข้อมูลรายนี้หลังจากที่แพทย์ได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ไปพักรักษาตัวกับบุตรสาวที่กรุงเทพฯ เป็นเหตุให้เกิดความล่าช้าในการให้ข้อมูล แต่อย่างไร

ก็ตามทั้งสองรายนี้ผู้ศึกษาได้ติดตามและสร้างสัมพันธภาพอย่างสม่ำเสมอ โดยรายแรกที่มีปัญหาเกี่ยวกับค่ารักษาผู้ศึกษาได้ให้การช่วยเหลือเกี่ยวกับค่ารักษาเป็นบางส่วน ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในช่องปาก ตลอดจนแนะนำให้ไปพบแพทย์ที่ทำการรักษา ในขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจอีกครั้ง เพื่อให้แพทย์ได้ประเมินความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ร่วมกับพิจารณาให้ยาตามความเหมาะสม ซึ่งภายหลังจากที่ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติตามคำแนะนำและได้ไปพบแพทย์ผู้ให้การรักษาอีกครั้งแล้ว อาการเจ็บคอและการอักเสบของแผลก็ลดลง ในส่วนของรายที่ 2 ซึ่งมีอาการเจ็บคอและเสียงแหบนั้น ผู้ศึกษาได้ติดตามเยี่ยมตลอด จนกระทั่งผู้ให้ข้อมูลไปพักรักษาตัวกับบุตรสาวที่กรุงเทพฯ และกลับมาสงขลาอีกครั้ง ผู้ศึกษาจึงได้มีโอกาสนสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เริ่มสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลตั้งแต่วันที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจอยู่ที่โรงพยาบาล และติดตามเยี่ยมผู้ให้ข้อมูลเป็นระยะๆ จนกว่าผู้ให้ข้อมูลจะมีความพร้อมในการให้ข้อมูลอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษานี้ยังพบว่าระยะเวลาของการใส่เครื่องช่วยหายใจ ไม่มีผลต่อประสบการณ์ในการได้รับเครื่องช่วยหายใจตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลแต่ประการใด แตกต่างจากการศึกษาของเบิร์กบอม-เอนเบิร์กและคณะ (Bergbom-Engberg, et al., 1988 : 56-61) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจมากกว่า 5 วัน สามารถจดจำและระลึกถึงประสบการณ์ต่างๆ ที่ประสบได้มากกว่าผู้ที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจน้อยกว่า 5 วัน

จากผลการศึกษานี้พบว่า แม้ระยะเวลาที่ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลภายหลังได้รับเครื่องช่วยหายใจ จะผ่านไปนานถึง 85 วันก็ตาม ไม่ได้มีผลกระทบต่อความสามารถในการจดจำหรือการระลึกถึงประสบการณ์ต่างๆ ที่ได้รับแต่ประการใด สอดคล้องกับการศึกษาของ เบิร์กบอม-เอนเบิร์ก และคณะ (Bergbom-Engberg, et al., 1988 : 56-61) และ เบิร์กบอม-เอนเบิร์กและฮาลจามี (Bergbom-Engberg & Haljame, 1989 : 1068) ซึ่งทำการสัมภาษณ์ย้อนหลังเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ภายหลังได้รับเครื่องช่วยหายใจ 2 เดือน ถึง 4 ปี พบว่า ความสามารถในการระลึกถึงประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษาที่ได้รับไม่ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ผ่านไป โดย เบิร์กบอม-เอนเบิร์ก และฮาลจามี (Bergbom-Engberg & Haljame, 1989 : 1068) พบว่า แม้ระยะเวลาผ่านไป 4 ปี แล้วก็ตาม ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 90 จากผู้ป่วยทั้งหมดที่ทำการศึกษา สามารถจดจำและเล่าเหตุการณ์ต่างๆ ที่ประสบขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจได้เป็นอย่างดี อาทิ ความรู้สึกไม่พอใจ ตลอดจนความเครียดต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นต้น ในขณะที่เบิร์กบอม-เอนเบิร์ก และคณะ (Bergbom-Engberg, et al., 1988 : 56-61) พบว่า ร้อยละ 52 ของผู้ป่วยทั้งหมดสามารถจดจำและระลึกถึงประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดีเช่นกัน

จากผลการศึกษาคั้งนี้ ได้แยกอภิปรายตามการให้ความหมายของการได้รับเครื่องช่วย
 หายใจตามการรับรู้ของผู้ป่วย ความรู้สึกต่อการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ปัญหา/เหตุการณ์ต่างๆ ที่
 ประสบและความรู้สึกต่อปัญหา/เหตุการณ์เหล่านั้น วิธีการเผชิญ/จัดการกับปัญหาขณะได้รับเครื่อง
 ช่วยหายใจ ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลที่ได้รับและความรู้สึกต่อการดูแลที่ได้รับ รวมทั้งความ
 ต้องการการดูแลขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

ความหมายของการได้รับเครื่องช่วยหายใจตามการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลได้บอกความ
 หมายของการได้รับเครื่องช่วยหายใจใน 3 ลักษณะ คือ (1) เสมือนสิ่งที่จะช่วยให้รอดพ้นความตาย
 (2) ประหนึ่งสิ่งที่จะช่วยหายใจ ยามไม่มีแรง และ (3) แม้เป็นสิ่งที่ช่วยให้หายใจได้ แต่ไร้อำนาจควบคุม
 ตัวเอง ซึ่งจากการที่ผู้ให้ข้อมูลได้ถ่ายทอดความหมายออกมาใน 3 ลักษณะเช่นนี้ เนื่องจากก่อน
 ที่ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับเครื่องช่วยหายใจนั้น ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกหายใจลำบาก ไม่สามารถหายใจ
 ด้วยตนเองได้เพราะรู้สึกไม่มีแรงที่จะหายใจ และคิดว่าตนเองต้องถึงแก่ความตายในไม่ช้า บางคน
 หมดสติมาจากบ้าน บางคนหมดสติภายหลังได้รับยาระงับความรู้สึก แต่เมื่อได้รับเครื่องช่วย
 หายใจกลับรู้สึกหายใจสะดวกขึ้น มีแรงในการหายใจมากขึ้น ระดับความรู้สึกตัวต่างๆ เริ่มกลับคืน
 มา เมื่อผู้ให้ข้อมูลสามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้ จึงรู้สึกประทับใจและรับรู้ว่าเป็นเครื่องช่วย
 หายใจเป็นสิ่งที่ช่วยให้ตนเองรอดพ้นความตาย บางคนเปรียบเทียบว่าเครื่องช่วยหายใจเสมือน
 เครื่องที่มาช่วยให้ฟื้นคืนชีพทำให้มีชีวิตยืนยาวอีกครั้ง แต่อย่างไรก็ตาม ในช่วงที่ได้รับเครื่องช่วย
 หายใจก็ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจได้ อาทิ การไม่
 สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้ (ประไพและกัญญารัตน์, 2542 : 132 ; Hafsteindottir, 1996 : 261-271;
 สุพัศตรา, 2536 : 73) การไม่มีอิสระในการเคลื่อนไหวเนื่องจากการถูกผูกมัดมือ-เท้า การไม่
 สามารถรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำทางปากได้เป็นต้น จากเหตุการณ์เหล่านี้ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้
 ว่า ช่วงเวลาของการได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นช่วงเวลาที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วย
 ตนเอง ทั้งนี้อาจเกิดจากภาวะของโรค หรือจากแผนการรักษาพยาบาลที่ได้รับ และจากความหมาย
 ทั้ง 3 ลักษณะนี้ ผู้ให้ข้อมูลได้ถ่ายทอดความรู้สึกออกมา โดยมีความสัมพันธ์และเกี่ยวเนื่องกันดังนี้

ความรู้สึกต่อการได้รับเครื่องช่วยหายใจ จากความหมาย “เสมือนสิ่งที่จะช่วยให้รอดพ้น
 ความตาย” ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมาใน 2 ลักษณะ คือ (1) *รู้สึกปลอดภัยเมื่ออยู่ใกล้เครื่อง และ*
 (2) *รู้สึกสบาย หายอึดอัด* ทั้งนี้เนื่องจากในการใส่ท่อช่วยหายใจเป็นการใส่ท่อช่วยหายใจเข้าไปใน

หลอดลมคอ โดยผ่านช่องปากหรือจมูกไปยังปากกล่องเสียง ผ่านลงไปหลอดลมคอ โดยให้ปลายท่ออยู่ในตำแหน่งกึ่งกลางของหลอดลม จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถหายใจได้สะดวก (ภัทร์, 2540 : 6) สำหรับความหมาย “ประหนึ่งสิ่งที่ช่วยหายใจ ยามไม่มีแรง” ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนความรู้สึกว่า *รู้สึกสบายเหมือนหายใจเอง* เนื่องจากเครื่องช่วยหายใจเป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถหายใจเองได้หรือหายใจได้ไม่เพียงพอ โดยเครื่องสามารถทำให้เกิดการหายใจเข้าได้โดยใช้ความดันบวกที่ต่อโดยตรงกับปอด หรือความดันลบภายนอกทรวงอกนั่นเอง (พรณี, 2534 : 197) ดังนั้นในขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจทำให้บางคนรู้สึกเหมือนกำลังหายใจด้วยตนเอง ซึ่งจากการศึกษา ความรู้สึกเช่นนี้ไม่ขึ้นอยู่กับชนิดของเครื่องช่วยหายใจหรือวิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจแต่ประการใด แตกต่างจากการศึกษาของ ชาร (Schare, 1994 : 10) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยวิธี เอส.ไอ.เอ็ม.วี. (SIMV) และ พี.เอส.วี. (PSV) ยังมีความรู้สึกตื่นเต้น ตกใจ และรู้สึกหายใจลำบากร่วมด้วย

ในส่วนของการให้ความหมาย “แม้เป็นสิ่งที่ช่วยหายใจได้ แต่ไร้อำนาจควบคุมตัวเอง” ผู้ให้ข้อมูลได้ถ่ายทอดความรู้สึกว่า *ดีใจที่รอดตาย แต่ทำให้ทุกข์ทรมาน* ความรู้สึกทุกข์ทรมานตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล เกิดจากผู้ให้ข้อมูลได้ประสบกับปัญหาของการสื่อสารที่ยากลำบาก ความเจ็บปวดจากการคาท่อช่วยหายใจ เนื่องจากในการใส่ท่อช่วยหายใจนั้น ปลายท่ออยู่ในตำแหน่งกึ่งกลางของหลอดลม ซึ่งอาจก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตร และคณะ (2539 : 111) ซึ่งพบว่าปัญหาของผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจคือ เลี้ยงต่อการมีแผล หรือมีการทำลายของหลอดลม มุมปากหรือจมูกจากการใส่ท่อช่วยหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา (2536 : 52) ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานระหว่างได้รับเครื่องช่วยหายใจมากที่สุดเกิดจากการใส่และคาท่อช่วยหายใจ เนื่องจากการใส่และคาท่อช่วยหายใจ ทำให้เกิดการบาดเจ็บและระคายเคืองของเยื่อในช่องปาก ลำคอ หลอดลม คอหอย และกล่องเสียงจากปลายท่อช่วยหายใจ รวมทั้งรู้สึกอึดอัดคับข้องใจจากการสื่อสารที่ยากลำบาก นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจมากกว่า 5 วัน มีค่าเฉลี่ยของความทุกข์ทรมานมากกว่าผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจเป็นระยะเวลา 1-5 วัน เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจเกิน 5 วัน จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูล รับรู้ถึงความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น

ปัญหา/เหตุการณ์ต่างๆที่ประสบและความรู้สึกต่อปัญหา/เหตุการณ์เหล่านั้น

ในช่วงที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับเครื่องช่วยหายใจได้ประสบกับปัญหาต่างๆ มากมาย ทั้งในเรื่องของผลกระทบที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมการรักษาพยาบาล รวมทั้งเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลได้ประสบในขณะนั้น โดยปัญหา/เหตุการณ์ต่างๆ ที่ประสบ จำแนกได้ 7 ลักษณะ คือ

(1) ภาวะเจ็บที่เคร่งครัด (2) เครื่องช่วยหายใจไร้ประสิทธิภาพ (3) คาทอ์ก่อปัญหาสาธาฯพัต (4) ถูกพันรนาการทั้งแขน-ขา อย่างหนาแน่น (5) แวคล้อมไปด้วยผู้ป่วยใกล้ตาย (6) ดูแลตนเองได้น้อย ต้องคอยพึ่งผู้อื่น และ (7) เหตุการณ์ลับที่เกิเกิดขึ้นในขณะที่ไม่รู้สึกลัว ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

ในส่วนของปัญหา/ผลกระทบที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมการรักษายาบาล ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้สะท้อนความไม่สุขสบาย หรือความเจ็บปวดทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น เนื่องจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ เกิดจากการคาทอ์ช่วยหายใจและเกิดจากการถูกพันรนาการที่แน่นหนา ผู้ให้ข้อมูลบอกว่า การคาทอ์ก่อปัญหาสาธาฯพัต และสรูปปัญหาที่เกิเกิดขึ้นได้ 3 ลักษณะ คือ (1) สื่อสารกับใครก็ไม่ได้ (2) ถึงจะหิวหรือกระหายก็ไม่ได้กิน และ (3) เสมหะมากมาย แต่ไร้ปัญญาขับออกจากการศึกษาของ ประไพและกัญญารัตน์ (2542 ; 132) พบว่า ผู้ป่วยที่ใส่ทอ์ช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ จะได้รับความทุกข์ทรมานจากการใส่และคาทอ์ช่วยหายใจ คือทำให้เจ็บปวด ไม่สุขสบาย เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อในช่องปาก ถ้าคอ หลอดลม คอหอย และกล่องเสียงจากการกระทบกระแทกของปลายทอ์ช่วยหายใจ ขณะได้รับการดูแลเสมหะ การถูกกดทับบริเวณมุมปากจากการผูกมัดทอ์ช่วยหายใจ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ซึ่งจะทำให้รู้สึกไม่สุขสบายและมีอาการปวดเมื่อย เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของควงใจ (2536 : 53-64) พบว่า การที่ผู้ป่วยในหออภิบาลได้รับการคาทอ์ช่วยหายใจนั้น เป็นสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดในระดับมาก

การคาทอ์ช่วยหายใจ นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน รำคาญ และรบกวนอย่างต่อเนื่องแล้ว ปัญหาจากการมีข้อจำกัดในการติดต่อสื่อสารทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความคับข้องใจ หงุดหงิดและเสียอารมณ์อย่างมาก และจากการสื่อสารกับใครก็ไม่ได้ ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูล รู้สึกอึดอัด ขัดใจ เพราะสื่อแล้วไม่เข้าใจ เพราะนอกจากไม่สามารถพูดคุยด้วยคำพูดได้แล้ว การสื่อสารด้วยการเขียนหรือแสดงท่าทางก็ยากลำบากไปด้วย เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้รับการผูกมัดและร่างกายมีความอ่อนแอจึงทำให้สารที่จะสื่อออกไปเกิดความคลาดเคลื่อนได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเบิร์กบอม-เอนเบิร์กและฮาลจาแม (Bergbom-Engberg & Haljamae, 1988 : 95-101) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถพูดคุยด้วยคำพูดได้ เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮาฟสไตน์ดอทเธอร์ (Hafsteindottir, 1996 :261-271) พบว่า ประสิทธิภาพของผู้ป่วยในการติดต่อสื่อสาร ในขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ส่วนใหญ่มักเป็นด้านลบ ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถพูดคุยด้วยวาจาได้ ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างลดลง จนถึงขั้นแยกตัวและรู้สึกหมดหวังในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ จอห์นสันและเซ็คตัน (Johnson & Sexton, 1990 : 48-57) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยทั้งหมดที่เป็นผู้ให้ข้อมูล 14 คน บอกว่าการพูดไม่ได้เป็นผลกระทบที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุด ซึ่งส่งผลให้การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง ในขณะที่เดียวกันผู้ให้ข้อมูล 12 คน มีความรู้สึกโกรธร่วมด้วย สอดคล้องกับ

การศึกษาของสมจิตรและคณะ (2539 : 109 - 111) ที่พบว่าปัญหาสำคัญอันดับแรกของผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ คือการที่ติดต่อกับบุคคลอื่นไม่ได้เนื่องจากการใส่ท่อช่วยหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิตรา (2536 : 53 - 54) ซึ่งพบว่า ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ เกิดจากการที่ผู้ป่วยสื่อสารกับผู้อื่นได้ยาก

สำหรับการที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าจะหิวหรือกระหายก็ไม่ได้กินนั้นเกิดจากการที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับการใส่และคาท่อช่วยหายใจ ทำให้ไม่สามารถดื่มน้ำและรับประทานอาหารทางปากได้ ประกอบกับแผนการรักษาของแพทย์ที่มักจะงดน้ำและอาหารในช่วงวันแรกๆ ของการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ทำให้พยาบาลที่ดูแลบางคนปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการ และจากการบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล จำแนกความรู้สึกที่เกิดขึ้นเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มแรกได้มุ่งเน้นความรู้สึกหิวและกระหายน้ำเป็นหลัก แต่ไม่ได้รับการตอบสนอง ทำให้รู้สึก หดหู่ใจ หากตายไปคงไม่ได้กินน้ำ แต่ก็มีผู้ให้ข้อมูลอีกกลุ่มหนึ่งที่รู้สึกหิวอาหาร และรับรู้ว่าการที่ร่างกายตนเองอ่อนเพลียนั้นส่วนหนึ่งเกิดจากการที่ได้รับอาหารไม่เพียงพอ ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงสะท้อนความรู้สึกออกมาว่า ความหิวที่แสนทรมาน สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตรและคณะ (2539 : 111) ที่พบว่าปัญหาที่พบบ่อยของผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจคือ เสี่ยงต่อการได้รับอาหารไม่เพียงพอ

ในส่วนของ เสมหะมากมาย แต่ไร้ปัญญาขับออก เกิดจากการใส่ท่อช่วยหายใจถือว่าเป็นสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจซึ่งจะกระตุ้นให้มีน้ำลายและเสมหะเพิ่มขึ้น (สมจิตและสุภารัตน์, 2524 : 266) ไม่สามารถไอ หรือขับเสมหะออกมาได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจาก ฝาปิดกล่องเสียงปิดไม่สนิท (ธารทิพย์, 2541 : 20) ประกอบกับกลไกการป้องกันตัวของทางเดินหายใจลดลง กลไกการพัดโบกของเซลล์ขนกวัดเสียไป จึงทำให้เกิดการคั่งค้างของเสมหะได้ (สิริรัตน์, 2535 : 31) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตรและคณะ(2539 :111) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจมีและ/หรือ เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ จากเสมหะคั่งค้างในหลอดลมเนื่องจากการใส่ท่อช่วยหายใจ และผู้ป่วยร้อยละ 96.13 ไม่สามารถไอออกได้เอง สอดคล้องกับการศึกษาของ เบิร์กบอม-เอนเบิร์ก และฮาลจาแม (Bergbom-Engberg & Haljamae, 1989 : 1069-1070) ที่พบว่า ความไม่สุขสบายประการหนึ่งของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ คือ การมีเสมหะในท่อทางเดินหายใจร่วมกับการได้รับการดูดเสมหะ จะส่งผลกระทบต่อรูปแบบของการหายใจหรือทำให้หายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องได้ ซึ่งเมื่อผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่ามีเสมหะในท่อช่วยหายใจหรือในคอ จึงได้ขอความช่วยเหลือจากพยาบาลให้มาดูดเสมหะให้ จากการดูดเสมหะที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับแม้จะช่วยให้อาการโล่งก็ตาม แต่ความรู้สึกทรมานก็เกิดขึ้น จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความรู้สึกออกมาใน 2 ลักษณะ คือ (1) เสมหะเต็มคอ ก่อให้เกิดความกลัวตาย ความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นใน

ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลมีเสมหะเต็มในท่อช่วยหายใจ ทำให้ไม่สามารถหายใจได้แม้จะได้รับเครื่องช่วยหายใจอยู่ก็ตาม ประกอบกับผู้ให้ข้อมูลได้เห็นผู้ป่วยอื่นตายเพราะหายใจไม่ออกเนื่องจากมีเสมหะอุดตันท่อช่วยหายใจ ดังนั้นเมื่อตนเองมีเสมหะในท่อช่วยหายใจทำให้รู้สึกกลัวตายเหมือนกับเหตุการณ์ที่เคยพบเจอ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลบางคนได้สะท้อนออกมาว่า “ถ้าเสมหะเต็ม (เต็มในท่อช่วยหายใจ) ต้องดูดเสมหะออกก่อน เพราะเครื่อง (เครื่องช่วยหายใจ) ไม่ทำงานแล้ว ... หายใจไม่ออก ... ถ้าไม่ดูด (ดูดเสมหะ) ก็ตายเร็ว” และ (2) *ดูดเสมหะที่ไร เจ็บเหมือนใจจะขาด* เมื่อผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าหากมีเสมหะเต็มในท่อช่วยหายใจ จำเป็นต้องได้รับการดูดเสมหะในทันที แต่จากที่ได้รับการดูดเสมหะที่รุนแรงทำให้รู้สึกเจ็บปวดเป็นอย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ เบิร์กบอม-เอนเบิร์ก และฮาลจาไม (Bergbom - Engberg & Haljamae, 1989 : 1070) พบว่า การดูดเสมหะก่อให้เกิดความรู้สึกรำคาญแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากได้รับการดูดเสมหะที่รุนแรง เพราะการดูดเสมหะจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความระคายเคืองของทางเดินหายใจ นอกจากนี้กระบวนการดูดเสมหะ เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความกลัวตายอย่างทุกข์ทรมาน การดูดเสมหะในแต่ละครั้งสายดูดเสมหะจะฉีกข่วนและทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวด ไม่สุขสบายอย่างมาก และยังทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัวได้บ่อยที่สุด (สุพัตรา, 2536 : 15-16) สอดคล้องกับการศึกษาของ จอห์นสันและเซกตัน (Johnson & Sexton, 1990 : 52) ที่พบว่า การดูดเสมหะเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากเป็นอันดับที่ 3 รองจากการพูดไม่ได้และความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบายจากการใส่ท่อช่วยหายใจ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของดวงใจ (2536 : 54) ซึ่งพบว่า การที่ผู้ป่วยในหออภิบาลได้รับการดูดเสมหะนั้น เป็นสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดในระดับมาก

กิจกรรมการพยาบาลอีกประการที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ได้แก่การ ถูกพันชนนาการ ทั้งแขน-ขา อย่างหนาแน่น ซึ่งการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่นี้ได้รับเครื่องช่วยหายใจถูกผูกมัดมือนั้น เนื่องจาก เป็นการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจ (Johnson & Sexton, 1990 : 50) และป้องกันผู้ป่วยดึงสายอุปกรณ์ต่างๆ ออก (หทัยรัตน์, 2539 : 32) ในทำนองเดียวกันที่ผู้ให้ข้อมูลบางคนรับรู้ว่า การที่ตนเองถูกผูกมัดทั้งแขนและขานั้น เกิดจากการที่ตนเองอาจคืนระดับกระต่าย หรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ซึ่งการพันชนนาการนั้นทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุม หรือสั่งการให้ร่างกายของตนกระทำการใดๆ ได้ตามความต้องการ (หทัยรัตน์, 2539 : 33) นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลบางคนที่มีประสบการณ์เคยเห็นวิธีการขึงหนังสัตว์ ไม่ว่าจะเป็นหนังของจระเข้ หนังวัว หนังควาย เป็นต้น และเมื่อบุคคลเหล่านี้มาประสบกับเหตุการณ์ที่ถูกผูกมัดแขน-ขาอย่างแน่นหนาจนไม่สามารถขยับหรือเคลื่อนไหวร่างกายได้ จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลได้เปรียบเทียบความรู้สึกจากเหตุการณ์ที่ได้ประสบว่า *ทั้งผูก ทั้งดึง เหมือนกับขึงหนังวัว* เพราะนอกจากจะไม่อิสระแล้ว ยังทำให้เกิดความเมื่อยล้า เช็ดหลังรวมทั้งอาจมีค้อน้ำในบริเวณที่มีน้ำหนักของร่างกายกดทับอีกด้วย สอดคล้อง

กับการศึกษาของ จอห์นสันและเซ็คตัน (Johnson & Sexton, 1990 : 52) และสุพัศตรา (2536 : 52-55) ที่พบว่า กิจกรรมการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการเคลื่อนไหว อาทิ ได้รับการผูกมัดแขนขาไว้กับเตียง เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน สอดคล้องกับการศึกษาของดวงใจ (2536 : 55) ที่พบว่า การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพและกัญญาธรรณ์ (2542 : 132) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งถูกจำกัดการเคลื่อนไหว จะทำให้รู้สึกไม่สุขสบายและมีอาการปวดเมื่อยตามมา

ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับเครื่องช่วยหายใจนั้น นอกจากจะรับรู้ถึงความไม่สุขสบาย/ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นแล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังรับรู้ว่าเป็นช่วงเวลาที่สามารถดูแลหรือช่วยเหลือตนเองได้น้อยเช่นกัน เพราะการที่ผู้ให้ข้อมูลบางคนนอนไม่รู้สึกตัวเป็นระยะเวลาประมาณ 1 เดือน ทำให้ความสามารถในการกลืนน้ำลายผิดปกติ ไม่รู้สึกแม้กระทั่งขณะถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นให้มาดูแล ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าจะดูแลตนเองได้น้อย ต้องคอยพึ่งผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ โทเลบ เจทซ์และไครเนอร์ (Tolep, Getch & Criner; 1996 : 167-172) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน (ตั้งแต่ 3 สัปดาห์ขึ้นไป) จะมีโอกาสเกิดความคิดผิดปกติของการกลืนน้ำลายสูง และจากการที่ผู้ให้ข้อมูลบางคน ได้ประสบกับเหตุการณ์เหล่านี้ทำให้รู้สึกสลดใจเพราะทำให้เป็นภาระแก่ผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของดวงใจ (2536:55) พบว่าการที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ เบิร์กบอม-เอนเบิร์ก และฮาลจาแมค (Bergbom-Engberg & Haljamae, 1989 : 1068-1072) พบว่า ช่วงเวลาของการได้รับเครื่องช่วยหายใจ เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพาพยาบาลให้มาช่วยดูแล เนื่องจากมีปัญหาทางการติดต่อสื่อสาร การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ตลอดจนความไม่สุขสบายต่างๆ ที่เกิดขึ้น เป็นต้น

นอกจากปัญหาต่างๆ ที่ได้กล่าวมาข้างต้นแล้ว การที่ผู้ให้ข้อมูลได้ยินเสียงสัญญาณเตือนของเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งถือว่าเป็นสัญญาณเตือนที่ดีที่ทำให้ผู้ดูแลได้เฝ้าระวังผู้ให้ข้อมูลอย่างใกล้ชิด แต่ผู้ให้ข้อมูลกลับรับรู้ว่าเป็นสัญญาณอันตราย รวมทั้งการที่ผู้ให้ข้อมูลได้ยินเสียงการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่ามีประสิทธิภาพ โดยมีสาเหตุใหญ่ๆ มาจาก 2 ประการ คือ ประการแรก เกิดจากการที่ผู้ให้ข้อมูลได้ยินเสียงสัญญาณเตือนของเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งอาจเกิดจากการหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่อง หรืออาจเกิดจากการที่ข้อต่อหลอดหรือสายพียงง เป็นต้น ด้วยเหตุนี้เมื่อสัญญาณเตือนของเครื่องช่วยหายใจดังขึ้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกกลัวว่าหาก เครื่องร้อง ต้องตาย สอดคล้องกับการศึกษาของจอห์นสันและเซ็คตัน (Johnson & Sexton, 1990 : 52) ที่พบว่าเสียงสัญญาณเตือนต่างๆ ของเครื่องช่วยหายใจ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้

เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานสอดคล้องกับการศึกษาของเบิร์กบอม-เอนเบิร์กและฮาลจามี (Bergbom-Engberg & Haljame, 1988 : 95-101) ซึ่งศึกษาปัจจัยทางการพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยซึ่งได้รับเครื่องช่วยหายใจรู้สึกปลอดภัยและไม่ปลอดภัยพบว่า ความรู้สึกไม่ปลอดภัยประการหนึ่งเกิดจากการกลัวความล้มเหลวของเครื่องช่วยหายใจ ร่วมกับรู้สึกว่าตนเองใกล้ตาย และอีกหนึ่งปีถัดมา เบิร์กบอม-เอนเบิร์กและฮาลจามี (Bergbom-Engberg & Haljame, 1989 : 1068 -1072) ได้ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้สึกไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นในขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ พบว่า ขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจผู้ป่วยร้อยละ 47 มีความวิตกกังวล/กลัว ทั้งนี้เนื่องจากการหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ สำหรับสาเหตุประการที่ 2 ที่เป็นเหตุให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าเครื่องช่วยหายใจไม่มีประสิทธิภาพนั้น เกิดจากในขณะที่เครื่องช่วยหายใจทำงานจะมีเสียงดัง ร่วมกับการที่ข้อต่อของเครื่องช่วยหายใจหลุดบ่อย ส่งผลให้ ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่า เครื่องช่วยหายใจ ทำให้รำคาญ สอดคล้องกับการศึกษาของจอห์นสันและเซกตัน (Johnson & Sexton, 1990 : 52) ที่พบว่า เสียงจากการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ก่อให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ควงใจ (2536 : 49) พบว่า เสียงของเครื่องช่วยหายใจเป็นสิ่งรบกวนอย่างหนึ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในระดับมาก

จะเห็นได้ว่าปัญหา/ความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น เนื่องมาจากการได้รับกิจกรรมทางการรักษาพยาบาลส่วนหนึ่ง รวมถึงความรู้สึกต่างๆ ที่มีต่อการได้รับเครื่องช่วยหายใจอีกส่วนหนึ่ง นอกจากนี้การที่ผู้ให้ข้อมูลอยู่ร่วมกับผู้ป่วยอื่นในห้องเดียวกัน ซึ่งส่วนหนึ่งอยู่ในภาวะใกล้ตาย ได้เห็นเหตุการณ์ที่แพทย์-พยาบาลได้พยายามช่วยชีวิตผู้ป่วยอื่น ร่วมกับได้เห็นและได้ยินเสียงญาติที่ร้องไห้เสียใจเมื่อสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักไป จากเหตุการณ์เหล่านี้ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่า แวดล้อมไปด้วยผู้ป่วยใกล้ตาย และเกิดความรู้สึก เห็นผู้ป่วยอื่นตาย ทำให้นึกถึงตัวเอง โดยคิดว่า หากตนเองตายไป ก็คงสร้างความสะดวกเสียใจไว้ให้ลูกหลานเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของควงใจ (2536:55) ที่พบว่า สิ่งรบกวนที่ก่อให้เกิดความเครียดประการหนึ่งคือ การที่ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยคนอื่นๆ และมองเห็นผู้ป่วยเหล่านั้นได้รับกิจกรรมการรักษาพยาบาลต่างๆ รวมทั้งมองเห็นญาติมีสีหน้าที่วิตกกังวล กลัว และมีความโศกเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา (2536 : 56) และ จอห์นสันและเซกตัน (Johnson & Sexton, 1990 : 52) ซึ่งพบว่า การที่ผู้ป่วยมองเห็นผู้ป่วยอื่นถูกทำกิจกรรมการรักษาพยาบาล รวมทั้งการที่ผู้ป่วยอยู่ใกล้ชิดคนใกล้ตาย เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานได้

ในช่วงเวลาที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ การนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ให้ข้อมูลต้องเคารพกฎระเบียบของโรงพยาบาลและหอผู้ป่วยซึ่งถือปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน แต่เนื่องจากเมื่อมองไปรอบๆ ข้าง ไม่มีคนที่รู้จัก ประกอบกับสถานที่ซึ่งไม่คุ้นเคยมาก่อน ทำให้ผู้ให้ข้อมูล

ต้องการที่จะพบ/อยู่ใกล้ชิดกับ พ่อ แม่ ญาติ พี่ น้อง ฯลฯ แต่เนื่องจากข้อจำกัดดังกล่าว จึงส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะหออภิบาลผู้ป่วยหนัก การกำหนดเวลาเยี่ยม จะมีช่วงเวลาให้ผู้ป่วยได้พบญาติน้อยมาก (หทัยรัตน์, 2539 : 35) และกรณีที่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลปฏิบัติตามกฎระเบียบที่เคร่งครัด ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึก เหมือนถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างอ้างว้าง ว่างเปล่า เดียวดาย สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงใจ (2536 : 56) ที่พบว่า สิ่งเร้าที่ทำให้ผู้ป่วยในหออภิบาลส่วนใหญ่เกิดความเครียดในระดับมาก ได้แก่ การถูกแยกจากครอบครัวและญาติ รวมทั้งการจำกัดเวลาและจำนวนผู้เข้าเยี่ยม

เหตุการณ์อีกลักษณะหนึ่งให้ผู้ให้ข้อมูล 2 ใน 11 คน ได้สะท้อนสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ไม่รู้สึกตัวว่าได้ประสบกับ เหตุการณ์ลึกลับที่เกิดขึ้นในขณะที่ไม่รู้สึกตัว โดยฝันว่าถูกนำตัวไปยังสถานที่ต่างๆซึ่งตนเองเคยรู้จักและไม่เคยรู้จักมาก่อน โดยมีการเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์จริงที่กำลังประสบอยู่ กับเหตุการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้น อาทิ ผู้ให้ข้อมูลรายแรก ระบุว่าในช่วงที่ตนเองไม่สบายก็มีคนพาไปยังสถานที่ต่างๆ ซึ่งตามการรับรู้ของผู้ป่วยในขณะนั้นพยายามต่อรองกับผู้ที่นำตนไปว่า ให้พาตนไปรักษายังสถานที่ ที่ตนเองคิดว่าดีที่สุดและสามารถรักษาความเจ็บป่วยให้ทุเลาไปได้ ส่วนอีกรายระบุว่าในช่วงที่กำลังนอนรักษาอยู่ในโรงพยาบาลนั้น ได้มีคนเงินเพียงคนเดียวไปยังสถานที่แห่งหนึ่งซึ่งตนเองไม่รู้จักเช่นกัน แต่ไม่มีผู้ใครรับไว้เพราะเหมือนกับเอาผิดคน จึงให้นำตัวกลับ ซึ่งในช่วงที่ผู้ป่วยได้ประสบกับเหตุการณ์นี้เป็นช่วงเดียวกับที่ภรรยาของผู้ให้ข้อมูลได้ฝันและเล่าว่า “ขณะที่ป้านอนอยู่ที่บ้านในตอนกลางคืน ได้มีเจ้าหน้าที่แต่งชุดขาวดำ ถือแฟ้มรายชื่อสมาชิกในบ้านเดินเข้ามา ในความฝันป้าถามเขาว่า “มาทำไม” เขาบอกว่า “มาสำรวจสำมะโนครัว” ป้าก็บอกไปว่า “จะสำรวจได้อย่างไร หัวหน้าครอบครัวนอนไม่สบายอยู่ที่โรงพยาบาลโน่น ค่อยมากี่แล้วกัน” แล้วผู้ชายคนนั้นก็ดูๆ รายชื่อ เสร็จแล้วก็หอบแฟ้มเดินลงจากบ้านไป” ซึ่งจากการที่คนทั่วไปเชื่อในเรื่องการทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว และจะพูดถึงการเวียนว่ายตายเกิด มี เกิด แก่ เจ็บ ตาย ซึ่งถือเป็นเรื่องของเวรกรรม (ครุณีและคณะ, 2537 : 40) ดังนั้น หากผู้ป่วยรายใดอาการหนัก จะถึงแก่ความตาย มักจะมีคนมารับไปยังอีกภพหนึ่ง ซึ่งจะอยู่ในภพไหนขึ้นอยู่กับบุญ-กรรม ที่แต่ละคนสั่งสมมา และจากเหตุการณ์ที่ประสบในครั้งนี้ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าเหมือนตายแล้วเกิดใหม่เพราะไปที่ไหนไม่มีใครรับ โดยให้เหตุผลว่าถ้ามีใครรับไว้ ตนเองคงไม่มีโอกาสกลับฟื้นคืนสติและมีชีวิตอยู่รอดได้เหมือนกับปัจจุบันนี้

วิธีการเผชิญ/จัดการกับปัญหาขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ สำหรับปัญหาที่เกิดขึ้นข้อม หมายถึง สิ่งที่เป็นอยู่หรือสิ่งที่ประสบในปัจจุบัน ไม่เป็นไปตามที่ต้องการหรือที่พึงปรารถนา (Sullivan & Decker ; 1997 : 147) ด้วยเหตุนี้ ผู้ให้ข้อมูลจึงหาวิธีที่จะขจัดปัญหาต่างๆ เหล่านั้นให้

หมดไป จากผลการศึกษาพบว่าวิธีที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ทั้งหมด 5 วิธี คือ (1) จะพึ่งพาตนเองหรือผู้ใด ก็ไม่เกี่ยง (2) อ่อนน้อมถึงศักดิ์สิทธิ์ เพื่อให้มีชีวิตรอด (3) ใช้วิธีวิเวททุกอย่างบรรลามี เพื่อที่จะสื่อสาร (4) ต้องฝืนใจทำตามเพราะอยู่ในภาวะจำยอม และ (5) เมื่อไม่สามารถขจัดความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานได้ จึงเลือกที่จะตายดีกว่า ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

วิธีการที่ผู้ให้ข้อมูลทุกคนใช้ในขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ จะพึ่งพาตนเองหรือผู้ใดก็ไม่เกี่ยง และ ใช้วิธีวิเวททุกอย่างบรรลามี เพื่อที่จะสื่อสาร โดยการ จะพึ่งพาตนเองหรือผู้ใดก็ไม่เกี่ยง เป็นวิธีการตัดสินใจเมื่อผู้ให้ข้อมูลได้ประสบกับปัญหาหรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่ไม่พึงประสงค์ โดยผู้ให้ข้อมูลเลือกวิธีที่คิดว่าดีที่สุดสำหรับตัวเอง แต่หากไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ก็จะใช้วิธีอื่นๆ ต่อไป ซึ่งวิธีที่ผู้ให้ข้อมูลใช้มี 3 ประการ คือ (1) ลองขอ ลองทำ เพื่อนำมาซึ่งสิ่งที่พึงประสงค์ (2) แม้ยามเจ็บหนัก คนก็ยังเป็นที่พึ่งแห่งตน และ (3) ต้องใช้ปัญญา พึ่งพาผู้อื่น ซึ่งทั้ง 3 วิธีนี้ขึ้นอยู่กับวิจารณญาณของผู้ให้ข้อมูลว่าจะใช้วิธีใด

สำหรับการ “ลองขอ ลองทำ เพื่อนำมาซึ่งสิ่งที่พึงประสงค์” วิธีการนี้ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจะนำมาใช้เป็นวิธีแรก ทั้งนี้เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเกรงใจพยาบาล หรืออาจเกิดจากผู้ให้ข้อมูลเห็นวิธีการแก้ปัญหาล่วงหน้า จึงได้ทดลองทำตามที่ตนเองคิดว่าสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นให้หมดไปได้ ซึ่งจะคล้ายคลึงกับการตัดสินใจแก้ปัญหาโดยใช้วิธี “ลองคิด-ลองถูก” การแก้ปัญหาโดยวิธีนี้จะมีความเสี่ยงสูงเพราะนอกจากบางครั้งจะแก้ปัญหาไม่ได้แล้ว อาจส่งผลให้เกิดปัญหาใหม่ตามมาได้ (เสริมศักดิ์, 2525 : 121 ; Sullivan & Decker, 1997 :148-149) อาทิ ผู้ให้ข้อมูลบางคนเมื่อมีอาการเจ็บคอเนื่องจากได้รับการคาท่อช่วยหายใจ จึงลองกัดท่อช่วยหายใจดู เพราะเข้าใจว่าถ้ากัดท่อช่วยหายใจจะทำให้ท่อช่วยหายใจที่ค้ำอยู่ในคอขยับขึ้นมา และจะทำให้รู้สึกสบายขึ้น แต่ตามความเป็นจริง กลายเป็นว่าเมื่อลองกัดท่อช่วยหายใจ แม้จะรู้สึกว่าการเจ็บคอทุเลาลงเล็กน้อย แต่กลับเจอปัญหาใหม่คือรู้สึกหายใจไม่ออกตามมาเป็นต้น

ในส่วนของ “แม้ยามเจ็บหนัก คนก็ยังเป็นที่พึ่งแห่งตน” การแก้ปัญหาโดยวิธีนี้ เป็นการแก้ปัญหาด้วยตัวเอง (self-solving) โดยอาศัยความพึงพอใจส่วนตัวเป็นหลัก (Sullivan & Decker, 1997 :148-149) เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่ทราบถึงปัญหาที่ได้ประสบอยู่ แต่เมื่อขอความช่วยเหลือจากพยาบาลไม่ได้ สาเหตุหนึ่งอาจจะเนื่องจากอุปสรรคของการติดต่อสื่อสาร หรือจากการที่พยาบาลให้ความช่วยเหลือแล้ว แต่ไม่สามารถขจัดปัญหาที่เกิดขึ้นให้หมดไปได้ ประกอบกับผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีพื้นฐานทางศาสนาพุทธ ซึ่งคำสอนของพระพุทธเจ้าแล้วมักกล่าวถึง ”อัคราหิ อัครโนนาโต” หรือ “คนเป็นที่พึ่งแห่งตน” ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงใช้วิจารณญาณในการคิด ใคร่ครวญถึงวิธีการที่สามารถจะนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้หมดไปได้ จึงตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเอง อาทิ ขยับเชือกที่ผูกท่อช่วยหายใจไม่ให้ดึงจนเกินไป รวมทั้งการขอพยาบาลดูคนนำลายในปากด้วย

ตนเอง เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลทราบดีว่า จะผูกเชือกอย่างไรหรือจะคลุมสมหะอย่างไร ให้รู้สึกเจ็บน้อยที่สุด เป็นต้น

สำหรับ “ต้องใช้ปัญญา ฟังพาสู้คนอื่น” เป็นการแก้ปัญหา/ขจัดปัญหาให้หมดไป โดยอาศัยบุคคลอื่นให้มาช่วยกระทำไป ซึ่งวิธีการในการขอความช่วยเหลือนั้น อาจแตกต่างกันไปตามความคิดและประสบการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลได้ประสบ อาทิ กวักมือเรียก ใช้มือเคาะข้างเตียงเพื่อให้เกิดเสียงดังโดยคาดหวังว่าแพทย์-พยาบาลหรือลูกหลานจะได้ยินและมาให้ความช่วยเหลือ รวมถึงการเลือกบุคคลที่ตนเองคิดว่าสามารถช่วยเหลือ ได้ทันทีทุกครั้งที่ต้องการ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นลูกหรือคนใกล้ชิดของผู้ให้ข้อมูล ตลอดจนหากบุคคลที่เคยให้ความช่วยเหลือผู้ให้ข้อมูลมาก่อน เมื่อผู้ให้ข้อมูลขอความช่วยเหลือก็จะเรียกบุคคลเหล่านี้เป็นคนแรก

การเผชิญ/จัดการกับปัญหาโดยใช้อวัยวะทุกอย่างบรรดามี เพื่อที่จะสื่อสาร นั้น เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้ ดังนั้นเมื่อผู้ให้ข้อมูลประสบกับปัญหาจำเป็นจะต้องพึ่งพาสู้คนอื่นให้มาช่วยเหลือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ให้ข้อมูลตลอดเวลา และการขอความช่วยเหลือ ผู้ให้ข้อมูลจะสื่อสารโดยใช้ภาษาใบ้หรือแสดงท่าทาง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้พิจารณาว่าจะใช้อวัยวะใดเพื่อให้พยาบาลหรือบุคคลรอบข้างเข้าใจ โดยอวัยวะต่างๆ ที่นำมาใช้ได้แก่ ตา ปาก ลิ้น คอ มือ และเท้า เพื่อที่จะสื่อสารให้พยาบาลเข้าใจนั้นขึ้นอยู่กับเพศ อายุ และลักษณะอาการของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน เช่น หากเป็นผู้สูงอายุ ทั้งเพศชายและหญิงมักใช้วิธีการที่อาศัยประสบการณ์และเหตุผลเข้ามาเกี่ยวข้อง อาทิ เมื่อต้องการคั้นน้ำ ก็ทำมือคล้ายกับคั้นน้ำได้ในปาก กลืนน้ำลงไป แล้วใช้ลิ้นเลียรอบๆ ปาก หรือ หากขอยานอนหลับก็ใช้มือทำท่าหยิบยาใส่ปาก และกลืนน้ำลายหลังจากนั้นจึงเอามือปิดตา ส่วนผู้ให้ข้อมูลที่เป็นเพศชายและอยู่ในช่วงวัยรุ่นมักใช้วิธีการสื่อสารที่สัมพันธ์กับอารมณ์ อย่างเช่นเมื่อต้องการให้พยาบาลช่วยเหลือ ก็จะใช้วิธีกวักมือหรือเคาะเตียงเพื่อเรียกให้พยาบาลเข้ามาหา หากพยาบาลไม่มาในทันที ผู้ให้ข้อมูลเองอาจใช้วิธีกระแทกเตียงเพื่อให้มีเสียงดังยิ่งขึ้น เป็นต้น

วิธีการเผชิญ/จัดการกับปัญหาอีกวิธีหนึ่ง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลนำมาใช้รองจาก “จะพึ่งพาตนเอง หรือผู้ใดก็ไม่เกี่ยง” และ “ใช้อวัยวะทุกอย่างบรรดามี เพื่อที่จะสื่อสาร” คือ ต้องฝืนใจทำตามเพราะอยู่ในภาวะจำยอม เนื่องจากแพทย์ก็ดี พยาบาลก็ดี มักถือเอาเจตนาดีและประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นที่ตั้ง รวมทั้งมักตัดสินใจเลือกสิ่งที่ดีคิดว่าเหมาะสมและถูกต้องสำหรับผู้ป่วย ขณะเดียวกัน ตัวของผู้ป่วยเองซึ่งเป็นเจ้าของชีวิตของตนเองอาจไม่เห็นด้วยกับสิ่งเหล่านั้นก็ได้ (สิวลี, 2535 : 162) แต่ในช่วงเวลาของการได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่ามีอำนาจแห่งการควบคุมตัวเอง อาทิ จะบอกกล่าวให้บุคลากรทางการแพทย์ทราบว่าตนต้องการอะไรก็ยากลำบาก บางคนได้เห็นเหตุการณ์ที่แพทย์-พยาบาล พยายามช่วยชีวิตของผู้ป่วยอื่นและตนเอง ก่อให้เกิดความ

รู้สึกเกรงใจในแพทย์-พยาบาล รวมทั้งบางคนรู้สึกเหมือนว่าตนเองเป็นคนแปลกหน้าที่มาพึ่งพา/ขอความช่วยเหลือแพทย์-พยาบาล และคาดหวังว่าบุคคลเหล่านั้นสามารถช่วยขจัดความไม่สุขสบายให้หมดไปได้ แต่เมื่อสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลคาดหวังไม่ได้รับการตอบสนองทำให้รู้สึกเหมือนตกอยู่ในภาวะจำยอม บางคนให้เหตุผลว่า “เราเป็นคนไข้ จะไปไหนก็ไม่ได้ แล้วแต่เขาจะทำอะไรก็ต้องยอม”

ในส่วนของ การ อ่อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เพื่อให้มีชีวิตรอด และ เมื่อไม่สามารถขจัดความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานได้ จึงเลือกที่จะตายดีกว่า ทั้ง 2 วิธีนี้ เป็นวิธีการที่ผู้ให้ข้อมูลใช้น้อยที่สุด เนื่องจากเมื่อผู้ให้ข้อมูลเผชิญกับความเจ็บป่วยซึ่งเป็นสิ่งคุกคามชีวิตอยู่ตลอดเวลา เมื่อภาวะของโรคยังไม่ทุเลา และผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่ามีผู้ใดที่จะมาช่วยให้ตนเองหายจากโรคร้ายที่เกิดขึ้นได้ จึงคิดว่าตนเองอาจถึงแก่ความตายในไม่ช้า แต่ด้วยความที่ไม่ต้องการพลาจากบุคคลอันเป็นที่รักไป จึงทำให้ต้องพึ่งพาอำนาจบารมีของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ให้ข้อมูลเคารพนับถือ ตามความเชื่อที่สืบทอดกันมา เพื่อปกป้องรักษาให้รอดพ้นจากความตายและหายจากโรคร้ายที่ประสบอยู่ โดยหวังว่าจะได้กลับไปหาบุคคลเหล่านั้นอีกครั้ง แต่ถ้าหากผู้ให้ข้อมูล อ่อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์แล้วยังไม่สามารถขจัดความเจ็บปวดหรือความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นให้ทุเลาหรือหายไป ก็จะทำให้เกิดความคิดขึ้นว่า วิธีการสุดท้ายที่สามารถทำให้ตนเองรอดพ้นจากความเจ็บปวดทุกข์ทรมานได้ก็คือ ความตายเท่านั้น เพราะเสมือนการสิ้นสุดของความรู้สึกต่างๆ ในชีวิต

ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลที่ได้รับและความรู้สึกต่อการดูแลที่ได้รับ พยาบาลมีบทบาทที่มีผลต่อจิตใจของผู้รับบริการสูงมาก นับแต่การเป็นที่พึ่งทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในยามที่บุคคลเจ็บป่วย อ่อนแอ โดยให้การช่วยเหลือดูแลในระยะเจ็บป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ผ่านภาวะวิกฤติเข้าสู่ภาวะที่สามารถปรับตัวต่อสู้กับโรคได้ดีฟื้นฟูสภาพได้เร็ว (ละออง, 2540 : 50) แต่ในขณะที่เกี่ยวกับการดูแลที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับ อาจไม่ตรงกับสิ่งที่คาดหวังได้ และจากผลการศึกษาจำแนกการดูแลที่ได้รับออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ด้านบวกและด้านลบ ซึ่งการดูแลด้านบวกมี 3 ลักษณะ คือ (1) ผู้คนรอบข้างให้ความช่วยเหลือ (2) ทุกคนคอยปลอบขวัญและให้กำลังใจ และ (3) พยาบาล-แพทย์ให้ความเอื้ออาทร สำหรับการดูแลที่เป็นด้านลบมี 5 ลักษณะ คือ (1) ขอร้องพยาบาลที่ไร บอก “หมอไม่ได้สั่ง” และบางครั้งบอกให้รอ (2) ให้การดูแลโดยเลือกที่รัก มักที่ชัง (3) ทำอะไร ไม่บอกกล่าว (4) ไม่สนใจและเมินเฉย และ (5) แพทย์-พยาบาล ไม่มีปียวาจา ซึ่งในแต่ละลักษณะอธิบายได้ดังนี้

การดูแลที่ผู้ให้ข้อมูลทุกคนรับรู้ว่าเป็นการดูแลด้านบวกในลักษณะแรก ได้แก่ ผู้คนรอบข้างให้ความช่วยเหลือ เพราะหน้าที่ของพยาบาลทุกคน ทุกระดับ ที่สำคัญคือ การช่วยเหลือซึ่งพยาบาลจะช่วยผู้ป่วยเพื่อให้อาการทุเลาหรือหายจากโรค (กุลยา, 2540 : 20) และความช่วยเหลือที่

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อน มี 4 ลักษณะ ได้แก่ (1) ช่วยเหลือเมื่อเหนื่อยหอบและไม่สบาย ซึ่งอาการหายใจลำบากและเหนื่อยหอบนี้ เป็นลักษณะหนึ่งที่เด่นชัดของผู้ให้ข้อมูลที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ อาทิ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง น้ำท่วมปอด โรคหอบหืด และได้รับบาดเจ็บบริเวณทรวงอก เป็นต้น ดังนั้นจึงเป็นสาเหตุหนึ่ง ที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนการดูแลที่ได้รับออกมาในลักษณะดังกล่าว (2) ช่วยเหลือทุกอย่างในช่วงที่ทำเองไม่ได้ ซึ่งการช่วยเหลือในลักษณะนี้จะเป็นการช่วยเหลือเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาทิ การดูแลเกี่ยวกับความสะอาดของร่างกาย การแต่งตัว การให้อาหารและน้ำ การขับถ่าย เป็นต้น สอดคล้องกับบทบาทประการหนึ่งของพยาบาล คือ บทบาทของผู้ให้การช่วยเหลือ (the nurse as healer) โดยพยาบาลจะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ให้คืนสู่สภาพปกติตามธรรมชาติ (สิวลี, 2535 : 161) (3) ช่วยเหลือเมื่อขาดคนคำรักษาพยาบาล จากแนวนโยบายของรัฐที่จะให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ยากไร้โดยไม่คิดมูลค่า โดยเฉพาะผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ หรือนักเรียน ดังนั้นพยาบาล-แพทย์ ได้ตระหนักถึงสิทธิเหล่านี้ จึงให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับคำรักษาพยาบาล โดยเฉพาะผู้ให้ข้อมูลที่มีฐานะยากจน หรือผู้มีรายได้น้อย โดยทางแพทย์และพยาบาลแนะนำให้ญาติของผู้ให้ข้อมูลไปติดต่อสังคมสงเคราะห์ เพื่อจะได้สิทธิพิเศษในการรักษาพยาบาล และ (4) พยายามทุกวิถี เพื่อช่วยชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากพยาบาลมีความมั่นคงในเจตนาที่จะได้มาช่วยชีวิตมนุษย์ ให้พ้นจากความทุกข์ยาก และพ้นจากความเจ็บป่วย (โรจน์รุ่ง, 2540 : 44) ซึ่งเหตุผลประการหนึ่งอาจเกิดจาก การที่พยาบาลได้รับการปลูกฝังให้ตระหนักในจรรยาบรรณวิชาชีพ นั่นก็คือการปฏิบัติหน้าที่โดยใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ ในการวินิจฉัยและแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยอย่างเหมาะสมแก่สภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมถึงการป้องกันอันตราย ที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพอนามัย (นันทนา, 2538 : 40) และจากการที่ผู้ให้ข้อมูลได้เห็นพยาบาล-แพทย์ พยายามช่วยผู้ป่วยอื่นที่อยู่ข้างเคียงเพื่อให้มีชีวิตรอดนั้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า การที่พยาบาล-แพทย์ กระทำเช่นนั้น เป็นการช่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดโดยไม่หวังผลตอบแทนแต่ประการใด ซึ่งผู้ให้ข้อมูลรู้สึกประทับใจมาก สอดคล้องกับการศึกษาของมาลี (2542 :130) ที่พบว่าลักษณะหนึ่งของการดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วย คือ พยาบาลช่วยเหลือเพื่อผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 ลักษณะ คือ (1) ช่วยให้เกิดความสุขสบาย ได้แก่ ช่วยเหลือเมื่อทำเองไม่ได้ อาทิ ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา อาทิ ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน (2) ช่วยเหลือเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน (3) ช่วยบรรเทาความเดือดร้อน อาทิ ช่วยแก้ปัญหาเรื่องคำรักษาพยาบาลและแนะนำแหล่งช่วยเหลือ อาทิ แนะนำให้ไปปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น และ (4) ช่วยเหลือจนวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างสงบ

การดูแลที่เป็นด้านบวกอีกลักษณะหนึ่งได้แก่ ทุกคนคอยปลอบขวัญและให้กำลังใจ เนื่องจากวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ให้การดูแลคนโดยครบองค์รวม ดังนั้นการดูแลและประคับประคองทางด้านจิตใจเป็นอีกประการหนึ่งที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ด้วยเหตุนี้ผู้ให้ข้อมูลจึงรับรู้ว่านอกจากพยาบาลจะดูแลเรื่องความเจ็บปวดและไม่สุขสบายทางด้านร่างกายแล้ว ยังได้รับการดูแลทางด้านจิตใจอีกด้วย รวมทั้งจากประสบการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับจากบุคคลรอบข้าง ไม่ว่าจะเป็น เป็น พยาบาล แพทย์ ญาติพี่น้อง หรือคนใกล้ชิดก็ตาม มาให้การสัมผัสที่อบอุ่นพร้อมคำพูดที่คอยปลอบใจว่า “อาการดีขึ้น ... ใกล้เคียงหายแล้ว ...” รวมถึงการที่พยาบาล-แพทย์ ให้ความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่างเต็มที่ ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลมีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคร้ายที่กำลังประสบ สอดคล้องกับการศึกษาของมาลี (2542 :81-85) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยประการหนึ่ง คือ พยาบาลคอยปลุกสร้างพลังใจ อาทิ สร้างความหวัง ให้กำลังใจ รวมถึงเสริมสร้างกำลังใจจากญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีกำลังใจต่อสู้ชีวิตต่อไป

การดูแลด้านบวกลักษณะสุดท้าย ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาล-แพทย์ ให้ความเอื้ออาทร เนื่องจากการที่พยาบาลมีความเมตตา กรุณา และเอื้ออาทรต่อบุคคลรอบข้างเป็นคุณสมบัติที่ได้สั่งสอนกันมาเป็นเวลาอันช้านานแล้ว สำหรับการเอื้ออาทรนั้น กล่าวได้ว่าเป็นกระบวนการของการให้ความรัก ความสนใจซึ่งมิได้หมายถึงแค่กิจกรรมการพยาบาลเท่านั้นแต่หมายถึงถึงแวดล้อมที่เป็นองค์ประกอบของตัวผู้ป่วย ด้านจิตใจ บุคลิกภาพ สังคมและวัฒนธรรมด้วย (กุลยา , 2540 : 21) การดูแลที่สะท้อนความเอื้ออาทรมี 3 ลักษณะ คือ (1) เอาใจใส่และถามไถ่อาการ เป็นการประเมินอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูล ได้ซักถามข้อสงสัย ตลอดจนระบายความในใจต่างๆ ให้พยาบาลได้รับรู้ (2) คอยดูแลตรวจตราทั้งยามหลับยามตื่น เป็นการเฝ้าระวังความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับตัวผู้ให้ข้อมูลเอง หรือกับเครื่องช่วยหายใจ และ (3) พยาบาลแสนดี มีความรับผิดชอบ จากการศึกษาผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าพยาบาลรู้หน้าที่และปฏิบัติหน้าที่อย่างดีด้วยความแคล่วคล่องว่องไว ซึ่งในฐานะพยาบาลด้วยแล้วจะต้องให้การรักษาพยาบาลตามหน้าที่ ที่ตนเองได้รับมอบหมายตามหลักวิชาการ โดยทุกคนต้องดำเนินงานในส่วนของตนให้ดีที่สุด ทันท่วงเวลา ทันท่วงเหตุการณ์ และเอื้อต่อกันที่จะทำให้งานนั้นเกิดประสิทธิภาพ (กุลยา, 2541 : 67) การที่พยาบาลทำงานต่างๆ อย่างเต็มความสามารถด้วยความพากเพียรและมานะอดทน เสมือนเป็นการเคารพต่อตนเองประการหนึ่ง (ละออ, 2540 : 47) สอดคล้องกับการศึกษาของ มาลี (2542 : 63-70) ที่พบว่า การดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วยประการหนึ่ง คือ พยาบาลให้ความเอื้ออาทร โดยการไต่ถามความเป็นอยู่ และพร้อมให้ความช่วยเหลือ สนใจและเอาใจใส่ผู้ป่วยโดยซักถามความต้องการและให้การตอบสนอง ตลอดจนมีการแวะเวียนมาหาและเฝ้าดู ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจและสบายใจ

ซึ่งจากประสบการณ์การดูแลที่ได้รับด้านบวกนี้ ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึก *รู้สึกถึงบุญคุณ* เนื่องจากก่อนที่จะมาโรงพยาบาลผู้ให้ข้อมูลยังไม่แน่ใจว่าจะได้รับการดูแลในรูปแบบใด แต่เมื่อได้รับการดูแลที่ดีเหนือความคาดหมาย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของผู้คนรอบข้างให้ความช่วยเหลือ หรือทุกคนคอยปลอบขวัญและให้กำลังใจ ตลอดจนพยาบาล-แพทย์ให้ความเอื้ออาทรก็ตาม ล้วนส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่ายานบาล-แพทย์เป็นผู้มีบุญคุณ อาทิ น้องฐิติเล่าว่า “ทุกคนดีนะ ดีกว่าที่เราคิด ดีกว่าที่เรากลัว... ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเช็ดเนื้อเช็ดตัว การเปลี่ยนเสื้อผ้า ... การพุดจาให้กำลังใจ การเอาใจใส่ พยาบาลมาตรวจดูแลตลอดเวลาแม้ตอนหลับยังเข้ามาดูเลย ... เขาดูแลเหมือนญาติ เรารู้สึกไม่เหมือนคนไข้เลย ทั้งๆ ที่ไม่รู้จักกันมาก่อน ไม่น่าเชื่อ รู้สึกอบอุ่นใจ... เรื่องค่าใช้จ่ายเขาก็ช่วยเหลือ คาดไม่ถึงว่าจะทำให้เราได้ดีถึงเพียงนี้ ... เขามีบุญคุณกับเราจริงๆ”

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลบางคนรับรู้ว่าการที่ตนเองได้ผ่านพ้นภาวะวิกฤติมาได้นั้น ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่พยาบาล-แพทย์พยายามช่วยเหลือเพื่อให้มีชีวิตรอด ผู้ให้ข้อมูลบางคนที่นอนไม่รู้สึกตัวอยู่เป็นระยะเวลาประมาณ 1 เดือน ไม่รับรู้แม้แต่เรื่องของการขับถ่ายซึ่งช่วงเวลานั้นจำเป็นจะต้องพึ่งพาพยาบาลให้มาช่วยดูแล ดังนั้นเมื่อผู้ให้ข้อมูลรู้สึกตัวขึ้นมา จึงได้สะท้อนความรู้สึกต่อการดูแลช่วงนั้นว่า พยาบาล-แพทย์เป็นผู้ที่มีพระคุณ เพราะหากไม่ได้บุคคลเหล่านี้คอยดูแลและให้ความช่วยเหลือแล้ว ตนเองคงไม่มีชีวิตรอดมาได้จนทุกวันนี้ ประกอบกับได้รับการดูแลอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูล *รู้สึกมีศักดิ์ศรี* เพราะได้รับการดูแลที่ดี มีความเสมอภาค ซึ่งความรู้สึกเช่นนี้เป็นความรู้สึกที่ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้สูงอายุและมีรายได้น้อย (ต่ำกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน) คิดว่าพยาบาล-แพทย์อาจรังเกียจ ส่งผลให้ได้รับการดูแลที่ด้อยกว่าคนที่มีความร่ำรวย สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลคิดอย่างนั้นอาจเนื่องจาก ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุซึ่งมีอายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไป และมีรายได้น้อยมักจะมีพฤติกรรมแสดงออกในทางเสร้าย น้อยเนื้อต่ำใจ คิดมาก และรู้สึกเป็นปมค้อยได้ (กุลยา, 2541 : 36) แต่เนื่องจากจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อประชาชนและสิทธิของผู้ป่วยประการหนึ่งคือ ปฏิบัติต่อประชาชนด้วยความเสมอภาคตามสิทธิมนุษยชน โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิทางการเมือง เพศ อายุ สถานภาพของบุคคล และลักษณะของความเจ็บป่วย (นันทนา, 2538 : 39; สภาการพยาบาล, 2541 : 32)) ด้วยเหตุนี้พยาบาลจึงให้การดูแลด้วยความเสมอภาค ไม่เลือกชั้นวรรณะ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกถึงการมีคุณค่า มีเกียรติและศักดิ์ศรี รวมทั้งรู้สึกว่าเวลาที่พยาบาลและแพทย์ทำเช่นนั้น เนื่องจากมีจรรยาบรรณวิชาชีพนั่นเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ มาลี (2542 :85-86) พบว่า พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยโดยเคารพเกียรติและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ ด้วยความเสมอภาคและเท่าเทียมกัน

จากการดูแลที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่ายานบาลให้การดูแลโดยไม่แสดงความรังเกียจเคียดจันท์ ก่อให้เกิดความรู้สึก *ภูมิใจ* เพราะได้รับการดูแลเสมือนญาติ สาเหตุหนึ่งเนื่องจากพยาบาลเป็น

อาชีพที่พิเศษแตกต่างจากอาชีพอื่นๆ เปรียบเสมือนนุภาพาริของผู้ป่วย ถ้าพยาบาลไม่ทำหน้าที่ของตนแล้วก็เหมือนพ่อแม่ไม่ดูแลลูก (โรจนรุ่ง, 2540 : 44) และจากผลการศึกษาตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลพบว่า การที่พยาบาลให้การดูแลที่ดี ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เอาใจใส่ไม่รังเกียจ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเช็ดตัว การแต่งตัว การตัดผม ตลอดจนการพูดจาที่สุภาพ เป็นกันเองต่างๆ ที่ไม่เคยรู้จักกันมาก่อน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าย พยาบาลไม่ได้คิดว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นเพียงคนไข้เท่านั้น แต่พยาบาลคิดว่าผู้ป่วยเป็นเสมือนญาติ พ่อ-แม่ พี่หรือ น้อง ของพยาบาลเอง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจเป็นอย่างยิ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ มาลี (2542 :78) ที่พบว่าพฤติกรรมของพยาบาลที่เป็นกันเองไม่ถือตัว โดยให้ความสนิทสนมและใกล้ชิดกับผู้ป่วยโดยไม่แบ่งแยกฐานะของความเป็นผู้ป่วยกับพยาบาล แสดงออกถึงความไม่รังเกียจ ทำให้ผู้ป่วยลืมความเครียดและความเจ็บป่วยได้ ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูล *มีแรงใจไว้ต่อสู้กับโรคร้ายที่เกิดขึ้น และ รู้สึกปลอดภัยเมื่ออยู่ในมือพยาบาล-แพทย์* เพราะการที่ผู้ป่วยตัดสินใจเข้าโรงพยาบาลเองหรือญาตินำส่งโรงพยาบาลก็ตาม เป็นการตัดสินใจที่เกิดจากความเชื่อที่สำคัญว่าจะต้องปลอดภัยเมื่อมาถึงโรงพยาบาล (กุลยา, 2540 : 12-13) สำหรับผู้ให้ข้อมูลที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยปิด อาทิ ห้องผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ซึ่งจำกัดเวลาเยี่ยม อีกทั้งไม่ให้ญาติเฝ้าในเวลากลางวัน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกวิตกกังวล เหมือนไปอยู่ท่ามกลางคนแปลกหน้า แต่จากการดูแลที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับ อาทิ พยาบาล-แพทย์ ได้ให้ความช่วยเหลือในการบำบัดความทุกข์ทรมานต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้หมดไป ได้รับการดูแลเสมือนญาติสนิทของพยาบาลเอง ได้รับการปลอบขวัญและได้รับกำลังใจจากคนรอบข้าง รวมทั้งจากการที่พยาบาลมาคอยตรวจตราและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดนั้นทำให้รู้สึกอบอุ่นใจ และมีกำลังใจที่จะต่อสู้หรือเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยที่ประสบอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ มาลี (2542 :90-92) ที่พบว่า ความรู้สึกจากการได้รับการดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วยประการหนึ่งคือ มีความสุขทางใจ เนื่องจากรู้สึกอบอุ่นใจไม่โดดเดี่ยว เกิดกำลังใจในการต่อสู้ชีวิต และการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ายพยาบาลเป็นที่พึ่งยามเจ็บป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจ และสามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อต้องการสอดคล้องกับการศึกษาของ เบิร์กบอม-เอนเบิร์ก และฮาลจาไม (Bergbom-Engberg & Haljamae, 1989 : 1068-1072) ซึ่งศึกษาความรู้สึกปลอดภัย/ไม่ปลอดภัย ในขณะที่ได้รับการพยาบาลในช่วงที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ พบว่า การที่ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยประการหนึ่งเกิดจากผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจในตัวของพยาบาล รวมถึงการให้ข้อมูลทุกครั้งก่อนปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

สำหรับการดูแลที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าเป็นการดูแลด้านลบ ส่วนใหญ่เกิดจากการดูแลที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาล ไม่เป็นไปตามที่ตนเองคาดหวัง โดยผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนการดูแลที่ได้รับออกมาว่า ขอร้องพยาบาลที่ไร บอก “หมอไม่ได้สั่ง” และบางครั้งบอกให้รอ เมื่อพิจารณาคำจำกัดความ “การพยาบาล” ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ฉบับที่ 1 พ.ศ.

2528 กับฉบับที่ 2 พ.ศ. 2540 พบว่า คำนิยาม “การพยาบาล” ได้ตัดข้อความ การกระทำตามคำสั่งใน การรักษาของแพทย์ไป โดยให้เหลือเป็น การช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษา ซึ่งภาพลักษณ์ของ พยาบาลตามความหมายใหม่ใน พ.ร.บ. ฉบับที่ 2 (2540) บ่งชี้บทบาทของพยาบาลด้านการสอน การรักษา การพยาบาล และการช่วยเหลือด้านการรักษาที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามยังมีการพยาบาลอีก ส่วนหนึ่ง ที่พยาบาลยังต้องร่วมปฏิบัติกับแพทย์ (วาริ, 2541 : 32-34) จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความ สับสนว่า สิ่งใดที่พยาบาลทำได้อย่างอิสระ หรือการดูแลใดที่ต้องให้แพทย์เป็นผู้พิจารณาและมีค่า สิ่งการรักษาพยาบาลจึงจะปฏิบัติตามได้ จากผลการศึกษาพบว่า เมื่อผู้ให้ข้อมูลประสบกับความ ไม่สุขสบายจากอาการหายใจเหนื่อยหอบ หรือความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากการดูแลที่ได้รับ อาทิ ความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากการดูแลการอุดจมูก การถูกพันธนาการอย่างแน่นหนา หรือแม้กระทั่ง อาการปวดหลังที่เกิดจากการจัดท่านอนไม่เหมาะสมหรือเกิดจากที่นอนลมซึ่งผู้ให้ข้อมูล ไม่คุ้นเคย ทำให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจขอความช่วยเหลือจากพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขอยาแก้ปวด แต่ แทนที่พยาบาลจะมาช่วยขจัดความทุกข์ทรมานเหล่านั้นกลับบอกว่า “หมอไม่ได้สั่ง” และบางครั้ง บอกให้รอ โดยให้เหตุผลว่ายังไม่ถึงเวลาที่แพทย์สั่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชารทิพย์ (2541 : 88) ขณะที่ผู้ป่วยได้รับเครื่องช่วยหายใจต้องการให้นัดยาแก้ปวดทุกครั้งที่ปวดแผล แต่ได้รับคำ อธิบายว่า “ยังไม่ถึงเวลา” ด้วยเหตุนี้ทำให้ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งรู้สึกว่าการที่พยาบาลจะทำอะไรได้ นั้น จะต้องให้แพทย์สั่งก่อนพยาบาลจึงจะทำได้

การที่ผู้ให้ข้อมูลไม่เข้าใจเกี่ยวกับระบบการทำงานของหอผู้ป่วย อาทิ ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการที่พยาบาลมาประชุมกันตอนเช้า นั้น เป็นการเลือกว่าพยาบาลคนไหนจะให้การดูแลผู้ป่วยรายใด ทั้งๆที่ตามความเป็นจริงพยาบาลมาร่วมปรึกษารายหรือ และวางแผนการรักษาพยาบาลร่วมกันว่า จะ ให้การดูแลสำหรับผู้ป่วยในแต่ละรายอย่างไร เพื่อจะแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นให้ทุเลาหรือหมดไปได้ รวมทั้งเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจตามมา แต่จากการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดูแล ผู้ให้ ข้อมูลบางคนรับรู้ว่าการพยาบาลลำเอียง เลือปฏิบัติ ให้การดูแลตามที่ตนเองชอบ หรือพึงพอใจ ก่อ ให้เกิดความรู้สึกไม่ประทับใจในการดูแล และรับรู้ว่าการพยาบาล ให้การดูแลโดยเลือกที่รัก มักที่ชัง

จากสถานการณ์การพยาบาลในปัจจุบัน ซึ่งเผชิญกับภาวะขาดแคลนพยาบาล โดยมีสัดส่วน ผู้ป่วยต่อพยาบาลไม่เหมาะสม (บุญวดีและจรัสศรี, 2540 : 54) ดังนั้นทำให้พยาบาลมีภาระงานที่ มากขึ้น จึงต้องปฏิบัติงานด้วยความเร่งรีบและในบางครั้งอาการของผู้ให้ข้อมูลอยู่ในภาวะวิกฤติซึ่ง คุกคามต่อชีวิต ส่งผลให้ทั้งแพทย์และพยาบาลมุ่งเน้นที่จะแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับชีวิตหรือ ความเป็น- ความตาย มากกว่าจะให้การดูแลทางด้านจิตใจ ประกอบกับในบางครั้งแพทย์-พยาบาล โดยเฉพาะ ในห้องผู้ป่วยหนัก มักให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติ ดังนั้นเมื่อมาให้การดูแลผู้ที่มีอาการคงที่ หรืออาการทุเลากลับคิดว่าสิ่งเหล่านั้นเป็นเรื่องเล็กน้อย แต่ในทางตรงกันข้ามผู้ให้ข้อมูลกลับคิดว่า

เป็นเรื่องที่สำคัญ เพราะจะทำให้ทราบว่าขณะนี้ตนเองอาการเป็นอย่างไร คีชีนหรือทรุดลง เสมือน การเตรียมสภาพจิตใจไว้ให้พร้อมเพื่อรับกับเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้ได้ แต่จาก ผลการศึกษาพบว่า ทั้งแพทย์และพยาบาลไม่ได้บอกกล่าว หรืออธิบายให้ทราบถึงกิจกรรมการรักษา พยาบาลที่ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับล่วงหน้า นอกจากนี้ยังไม่บอกให้ทราบถึงผลของการตรวจ หรือรักษา อาทิ การวัดไข้ การวัดความดันโลหิต เป็นต้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่า พยาบาล ทำอะไร ไม่บอก กล่าว เพราะเมื่อกล่าวถึงสิทธิของผู้ป่วยแล้ว สิทธิที่จะรับรู้ข้อมูลข่าวสารนับเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน ของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะต้องได้รับการอธิบาย หรือบอกเล่าให้เข้าใจว่าการกระทำของผู้ประกอบ วิชาชีพนั้นมีวัตถุประสงค์อย่างไร รายละเอียดของการกระทำมีอะไรบ้าง และผลที่เกิดต่อผู้ป่วยภาย หลังจะเป็นอย่างไร (แสวง, 2538 : 129-130) โดยเฉพาะในปัจจุบันผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพ มีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจอย่างชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ปฏิบัติต่อตน (สภากาชาดไทย, 2541 : 32) แตกต่างจากการศึกษาของ มาลี (2542 : 87) ที่พบว่า พยาบาลบอกให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนทำกิจกรรมใดๆ ให้ ซึ่งการกระทำเช่นนี้ผู้ป่วยเกิดความรู้อีกหนึ่งหัวใจ

สำหรับผู้ป่วยทุกคนที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล ย่อมมีความคาดหวังว่า พยาบาลจะเป็น บุคคลที่สามารถช่วยเหลือเขาได้เป็นอย่างดี (วันดี, 2534 : 25) แต่ในบางครั้งผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่า พยาบาล ไม่สนใจและเมินเฉย ที่จะให้ความช่วยเหลือ สาเหตุหนึ่งเกิดจากการที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้รับการ ตอบสนองต่อความต้องการอย่างทันที ไม่ได้ได้รับการบอกกล่าวหรือได้รับข้อมูลที่เพียงพอทั้งจาก แพทย์และพยาบาล บางครั้งผู้ให้ข้อมูลซึ่งได้รับเรื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยสามัญต่างๆ ไป จะมี ญาติมาให้การดูแลและให้การช่วยเหลืออยู่แล้ว ด้วยเหตุนี้พยาบาลจึงคิดว่าผู้ให้ข้อมูลมีญาติดูแล แล้ว พยาบาลเป็นเพียงผู้คอยให้ความช่วยเหลืออยู่ห่างๆ โดยจะให้การช่วยเหลือเมื่อญาติต้องการ หรือไปตาม ประกอบกับบางครั้งผู้ให้ข้อมูลมักขอความช่วยเหลือในเรื่องเดิมๆ ซึ่ง พยาบาลเองก็ ไม่สามารถตอบสนองความต้องการเหล่านั้นได้อย่างทันที ทำให้พยาบาลลดความถี่ของการเข้าไป ถามไต่ เพราะพยาบาลคาดว่า หากผู้ให้ข้อมูลขอร้องให้ตนเองช่วยอีก ไม่ทราบจะให้คำตอบแก่ผู้ ให้ข้อมูลอย่างไรดี ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าทั้งแพทย์และพยาบาลเพิกเฉย ละเลย ไม่ให้การเอาใจใส่ ในการดูแลผู้ป่วย แตกต่างจากการศึกษาของ มาลี (2542 : 67-70) ที่พบว่า พยาบาลให้ความสนใจ และเอาใจใส่ โดยแสดงออกใน 3 ลักษณะ คือ (1) รู้ปัญหาและรู้จักผู้ป่วยอย่างแท้จริง (2) ซักถาม ความต้องการและให้การตอบสนอง และ (3) แวะเวียนมาหาและเฝ้าดู ซึ่งการทำเช่นนี้ของพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าพยาบาลเอาใจใส่และห่วงใยตนเอง

สำหรับการที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่า แพทย์-พยาบาล ไม่มีปียวาจา นั้น คำว่า ปียวาจา (วจีที่ไพเราะ) คือ การกล่าวคำสุภาพไพเราะ นำฟัง พูดในสิ่งที่นุ่มนวลพูด แสดงความเห็นอกเห็นใจ ไม่ตลกถากหรือเหยียดหยัน คำพูดที่จริงและเป็นประโยชน์ นำเสียงที่นุ่มนวล จะช่วยให้ผู้ป่วยสบายใจ คลายความวิตกกังวล เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาล รู้สึกชื่นชมและประทับใจ (ทิพพพันธ์, 2541 : 27) และเมื่อเอ่ยคำว่า “พยาบาล” คนทั่วไปจะคำนึงถึงบุคคลในชุดขาวที่คอยให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้เจ็บป่วยด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้ม แจ่มใส พูดจาไพเราะ (วันดี, 2534 : 22) แต่จากสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลประสบกลับไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง นั่นคือ ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าพยาบาลบางคนพูดจาด้วยถ้อยคำที่ไม่สุภาพ และนำเสียงที่แข็งกระด้าง ซึ่งเหตุการณ์ดังกล่าวอาจเกิดจากสาเหตุ 2 ประการด้วยกัน ประการแรกเกิดจากการที่ผู้ให้ข้อมูลซึ่งอยู่ในภาวะวิกฤติ มีความสามารถในการปรับตัวได้น้อย มีสภาพจิตใจที่อ่อนแอกว่าในภาวะปกติ มีความเครียด วิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย/ต่อโรคที่ตนเองประสบอยู่ บางคนรู้สึกท้อแท้ และต้องการความช่วยเหลือในทุกๆ ด้านมากขึ้น โดยเฉพาะการดูแล ประคับประคองทางด้านจิตใจ ประกอบกับการที่ไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ตามที่ต้องการ ทำให้ผู้ป่วยต้องการผู้ช่วยเหลือที่เห็นอกเห็นใจและเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยในภาวะเช่นนี้มากกว่าผู้ป่วยอื่นๆ (บุญวาทย์และจรัสศรี, 2540 : 57-58) โดยคาดหวังว่าแพทย์-พยาบาล ให้การดูแลและเอาใจใส่ตนเองอย่างใกล้ชิด หรือมาถามไถ่แสดงความเห็นอกเห็นใจต่อตนเองบ้าง แต่เมื่อได้ประสบกับแพทย์หรือพยาบาลบางคนพูดจาด้วยน้ำเสียงที่แข็ง หรือกระด้างไปบ้าง จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกน้อยใจและไม่พอใจกับการดูแลที่ได้รับ สำหรับประการที่สอง เกิดจากแพทย์หรือพยาบาลผู้ให้การดูแลซึ่งมีความแตกต่างระหว่างบุคคล ทั้งอุปนิสัย กิริยามารยาท น้ำเสียง/สำเนียงที่พูด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่พูดจาด้วยน้ำเสียงแข็งกระด้าง หรือคำพูดที่ไม่มีหางเสียง เมื่อผู้ให้ข้อมูลซึ่งมีสภาพจิตใจที่อ่อนแออยู่แล้ว มาเจอกับแพทย์-พยาบาลเหล่านี้ ทำให้รู้สึกว่าแพทย์-พยาบาลไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง รวมทั้งการที่พยาบาลทำอะไร ไม่บอกกล่าวหรือแม้กระทั่งการที่แพทย์-พยาบาล ไม่สนใจและเมินเฉย พูดจาด้วยน้ำเสียงที่ขยาบเสมีอนขู่ตะคอกถึงเหล่านี้ก่อให้เกิดความรู้สึก **ไม่ประทับใจ เพราะแพทย์-พยาบาล ขาดจรรยาบรรณ** เนื่องจากภาษาเป็นเครื่องมือสำคัญในการสื่อความหมายระหว่างบุคคลกับบุคคล การใช้ภาษาของพยาบาลก็มีผลต่อจิตใจของผู้รับบริการ อีกทั้งถือว่าเป็นปัญหาจริยธรรมประการหนึ่งของการพยาบาล และจะกลายเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความกระทบกระทั่งและการเข้าใจผิดได้ง่าย หลักการ โดยทั่วไปอย่างกว้างๆ ของการใช้ภาษา คือ ใช้ภาษาให้เหมาะกับบุคคล ระดับน้ำเสียงจะต้องไม่ฟังดูห้วน กระชากหรือข่มขู่ พูดด้วยเมตตาจิตเป็นมิตร เป็นกันเอง หลีกเลี่ยงการพูดด้วยถ้อยคำที่เสียดสี ประชดประชันหรือเหน็บแนม เป็นต้น (สิวลี, 2535 : 168) และจากการที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับการดูแลจากแพทย์-พยาบาล กลับพบว่า มีแพทย์-พยาบาลบางคนพูดจาด้วยน้ำเสียงที่ขู่ตะคอก แข็งกระด้าง ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึก **น้อยเนื้อต่ำใจ ที่แพทย์-พยาบาล**

พูดจาไม่ไพเราะ แตกต่างจากการศึกษาของ มาลี (2542 : 79) ที่พบว่า ความรู้สึกจากการได้รับการดูแลและการรับรู้ของผู้ป่วยประการหนึ่ง คือ พยายามพูดจาไพเราะอ่อนหวาน เสมือนอาหารที่หล่อเลี้ยงจิตใจของผู้ป่วยให้มีชีวิตชีวา สอดคล้องกับการศึกษาของ ชารทิพย์ (2541 : 89) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจไม่ต้องการให้พยาบาลพูดจาตะคอกและไม่สนใจผู้ป่วย เนื่องจากการกล่าวคำหยาบ การพูดจาไม่สุภาพ พูดจាក้าวร้าว หรือใช้คำพูดเชิงตะคอก ถือว่าเป็นการไม่ให้เกียรติและไม่เคารพศักดิ์ศรีประการหนึ่ง (วิสูตรและพิภุฑฑิพย์, 2540 : 35-38)

จากการดูแลที่ได้รับทำให้รู้สึก เจ็บปวดทรมานจากการดูแล นั้น เกิดจากการที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับกิจกรรมการรักษายาบาลในระหว่างได้รับเครื่องช่วยหายใจ อาทิ การคลุมหมอนที่หยาบและรุนแรง การบีบถุงลมช่วยหายใจที่ทำให้รู้สึกสะท้อนเหมือนอกจะอ้า การถูกผูกมัดทั้งมือ-เท้าอย่างแน่นหนา การจัดท่านอนที่ไม่เหมาะสม หรือความเจ็บปวดที่เกิดจากที่นอนลมก็ตาม เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแทบทั้งสิ้น แต่เมื่อผู้ให้ข้อมูลขอความช่วยเหลือจากพยาบาลที่ไร พยาบาลกลับ ไม่สนใจและไม่ยินยอม หรือบางครั้งเมื่อขอขานแก้ปวด พยาบาลมักบอกว่า”หมอไม่ได้สั่ง” และบางครั้งบอกให้รอ จนกว่าจะถึงเวลาให้ยาที่กำหนดไว้ตามแผนการรักษา ทำให้ความเจ็บปวดทุกข์ทรมานไม่ได้รับการบำบัด/แก้ไข ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไม่มั่นใจว่าจะได้รับการดูแลในทันทีที่ต้องการ

ความต้องการการดูแลขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ เป็นความต้องการที่เกิดจากสาเหตุหลักสำคัญ 2 ประการ คือ (1) ความต้องการที่ผู้ให้ข้อมูลได้ประสบกับปัญหา หรือได้รับการดูแลที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง และ (2) เกิดจากการที่ผู้ให้ข้อมูลได้ประสบกับเหตุการณ์ที่ดี หรือได้รับการดูแลที่ประทับใจ จึงต้องการให้สิ่งเหล่านั้นคงอยู่ต่อไปตลอดช่วงระยะเวลาของการได้รับเครื่องช่วยหายใจและจากการศึกษาสรุปความต้องการการดูแลที่เกิดขึ้น ได้ 9 ลักษณะ คือ (1) ช่วงแรกที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ขอให้ได้พักผ่อน (2) น้ำและอาหารเป็นสิ่งที่ต้องการจะได้รับ (3) ให้ญาติและพยาบาล ช่วยขจัดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น (4) ต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้มีชีวิตรอดและปลอดภัย (5) ต้องการเป็นอิสระจากการถูกพันหนาและการใส่ท่อ (6) ต้องการการเอาใจใส่และกำลังใจจากคนใกล้ชิด (7) พยาบาลควรมาถามไถ่และใส่ใจแก้ปัญหาการสื่อสาร (8) ควรบอกกล่าวให้เข้าใจ ก่อนให้การดูแล และ (9) อยากเห็นแพทย์-พยาบาล ทำดี พูดดี มีเมตตาจิต อภิปรายความต้องการที่เกิดขึ้นได้ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีความต้องการการดูแลใน 3 ลักษณะ คือ (1) ให้ญาติและพยาบาล ช่วยขจัดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น (2) ต้องการการเอาใจใส่และกำลังใจจากคนใกล้ชิด และ (3)

อยากเห็นแพทย์-พยาบาล ทำดี พุคคี กิณคิ มีเมตตาจิต ซึ่งความต้องการ ให้ญาติและพยาบาล ช่วยจัดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น นั้นเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลรับรู้ ว่า ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นมีหลายประการ อาทิ ความเจ็บปวดที่เกิดจากการคาท่อช่วยหายใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในเรื่องของการเจ็บคอซึ่งสาเหตุหนึ่งเกิดจากได้รับการดูดเสมหะที่รุนแรง การเจ็บบริเวณมุมปาก จากการสูดมัดท่อช่วยหายใจด้วยเชือก เนื่องจากเป็นการฝึกระวังท่อช่วยหายใจเลื่อนหรือหลุด ความยากลำบากในการติดต่อดสื่อสารซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ การถูกพันธนาการทั้งแขน-ขาอย่างหนาแน่น ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามที่ต้องการ การไม่สามารถรับประทานอาหารและดื่มน้ำได้ตามปกติรวมถึงไม่สามารถรับรสชาติของอาหารได้ นอกจากนี้ยังรวมถึงความทุกข์ทรมานจากภาวะของโรค เช่น หายใจเหนื่อยหอบเป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพ และกัญญารัตน์ (2542 : 132) ที่ศึกษาเรื่อง ผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่อการลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ จะได้รับความทุกข์ทรมานจากการใส่และคาท่อช่วยหายใจ คือ ทำให้เจ็บปวด ไม่สุขสบาย เจ็บระคายเคืองต่อเยื่อในช่องปาก ลำคอ หลอดลม คอหอยและกล่องเสียงจากการกระทบกระแทกของปลายท่อช่วยหายใจ การกดอวัยวะต่างของกระเปาะลม (cuff) ของท่อทางเดินหายใจ การเคลื่อนที่ขึ้นลง แกว่ง ค้าง ริ่ง เลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว รวมทั้งการถูกกดทับบริเวณมุมปาก จากการสูดท่อช่วยหายใจ และจากความทุกข์ทรมานที่ประสบ ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความ ต้องการการดูแล ใน 3 ลักษณะ คือ (1) สูดซัดท่อช่วยหายใจที่พอเหมาะไม่แน่นตึงจนเกินไป (2) ดูดเสมหะที่นุ่มนวลและเบามือ และ (3) ให้การช่วยเหลือเมื่อมีอาการหายใจลำบาก หรือมีอาการเหนื่อยหอบ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชารทิพย์ (2541 : 60) ที่พบว่าระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับเครื่องช่วยหายใจ มีความต้องการการพยาบาลในเรื่องของการดูดเสมหะด้วยความนุ่มนวลและเบามือ และให้ความช่วยเหลือ เมื่อรู้สึกเหนื่อย อึดอัด หรือเมื่อมีอาการหายใจลำบากเกิดขึ้น

ความต้องการในลักษณะที่ 2 ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกคนสะท้อนออกมา คือ ต้องการการเอาใจใส่ และกำลังใจจากคนใกล้ชิด สืบเนื่องจากวัฒนธรรมและประเพณีของครอบครัวไทย เป็นครอบครัวใหญ่ ประกอบด้วย พ่อ แม่ พี่น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย ซึ่งมีความรักใคร่เคารพกัน (กุลยา, 2541 : 29) ดังนั้นเมื่อผู้ให้ข้อมูลมาอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จึงต้องการให้บุคคลเหล่านี้มาดูแล โดยเฉพาะคำว่าคนที่ใกล้ชิดตามความหมายของผู้ให้ข้อมูลในที่นี้ หมายถึง พ่อ-แม่ พี่-น้อง ลูก สามิ เพื่อน ญาติสนิท รวมทั้งพยาบาลที่มาให้การดูแล โดยต้องการให้บุคคลเหล่านี้มาเยี่ยมเยียน ถามไต่อาการ ให้ความช่วยเหลือในเรื่องที่ต้องการทั้งนี้จะส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าตนเองได้รับความรัก มีคุณค่าและมีความสำคัญ(ผ่องศรี, 2540 : 10) สอดคล้องกับการศึกษาของชารทิพย์ (2541 : 121) ที่พบว่า ร้อยละ 52 ของผู้ป่วยได้รับเครื่องช่วยหายใจ ต้องการให้พยาบาลเปิด

โอกาสให้ถูกหลาน-คู่สมรส หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย ได้แสดงความรัก ความห่วงใย และความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

สำหรับความต้องการที่ผู้ให้ข้อมูลทุกคนสะท้อนออกมาประการสุดท้าย คืออยากเห็น แพทย์-พยาบาล ทำดี พุดดี คิดดี มีเมตตาจิต เป็นความต้องการที่ผู้ให้ข้อมูลทุกคนปรารถนาจะให้เกิดขึ้นในวิชาชีพพยาบาล โดยคาดหวังว่าพยาบาลจะพูดจาด้วยน้ำเสียงที่สุภาพ นุ่มนวล ไม่ใช่ อารมณ์กับผู้ป่วย ปฏิบัติกับผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทร เสมือนญาติ ที่ น้อง ของพยาบาลเอง โดยดูแล ทั้งผู้ให้ข้อมูลและสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตลอดจนเป็นผู้มีความรับผิดชอบในหน้าที่อย่างเต็มความสามารถ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธารทิพย์ (2541 : 88) ที่พบว่า ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับเรื่อง ช่วยหายใจ ต้องการให้พยาบาลพูดจากับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงอันไพเราะ รวมทั้งคอยพูดให้กำลังใจกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

ในส่วนของความต้องการเป็นอิสระจากการถูกพันธุนาการและการใส่ท่อ เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นรองลงมาจาก 3 ลักษณะแรก เพราะเมื่อผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าตนเองมีความพร้อมที่จะหายใจด้วยตนเองจึงปรารถนาที่จะหลุดพ้นจากการผูกมัดและจากการคาท่อช่วยหายใจ เนื่องจากการที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับการคาท่อช่วยหายใจ และถูกผูกมัดแขนขา นั้น ทำให้รู้สึกว่าถูกจำกัดอิสรภาพ และส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจมากมาย ทั้งในเรื่องของการกิน การเคลื่อนไหว การปฏิบัติสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ตลอดจนการช่วยเหลือตัวเองในเรื่องต่างๆ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของชาห์ (Shah, 1994 : 13-14) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับการผูกมัดท่อช่วยหายใจในผู้ป่วย 30 ราย ที่อยู่ในหอผู้ป่วยพิเศษ พบว่า การคาท่อช่วยหายใจ จะทำให้เกิดการบาดเจ็บของลิ้น ริมฝีปาก และเยื่อในช่องปาก ทุกๆ 12 ชั่วโมง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่รู้สึกตัว จะบอกให้เราทราบถึงความรู้สึก ไม่สุขสบายและความระคายเคืองที่เกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของควงใจ (2536 : 55) พบว่า ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การคาท่อช่วยหายใจ ก่อให้เกิดความเครียดในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ธารทิพย์ (2541 : 117) พบว่า ระหว่างที่ได้รับเรื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยร้อยละ 46 มีความต้องการเป็นอิสระจากการผูกมัดร่างกายในขณะที่มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด

ความต้องการอีกประการหนึ่งที่เกิดขึ้นในขณะที่ได้รับเรื่องช่วยหายใจได้แก่ แพทย์และพยาบาล ควรบอกกล่าวให้เข้าใจ ก่อนให้การดูแล เพราะจากการดูแลที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้รับการบอกกล่าวล่วงหน้าก่อนที่แพทย์-พยาบาล จะให้การรักษาพยาบาลนั้น ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความ ต้องการที่จะรับทราบข้อมูล และทำความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมการักษาพยาบาลที่จะได้รับ สอดคล้องกับการศึกษาของ เบิร์กบอม-เอนเบิร์ก และฮาลจาแม (Bergbom-Engberg & Haljamae, 1989 : 1068-1071) ซึ่งพบว่า ปัญหาประการหนึ่งที่ผู้ป่วยประสบในขณะที่ได้รับเรื่องช่วยหายใจคือ การไม่

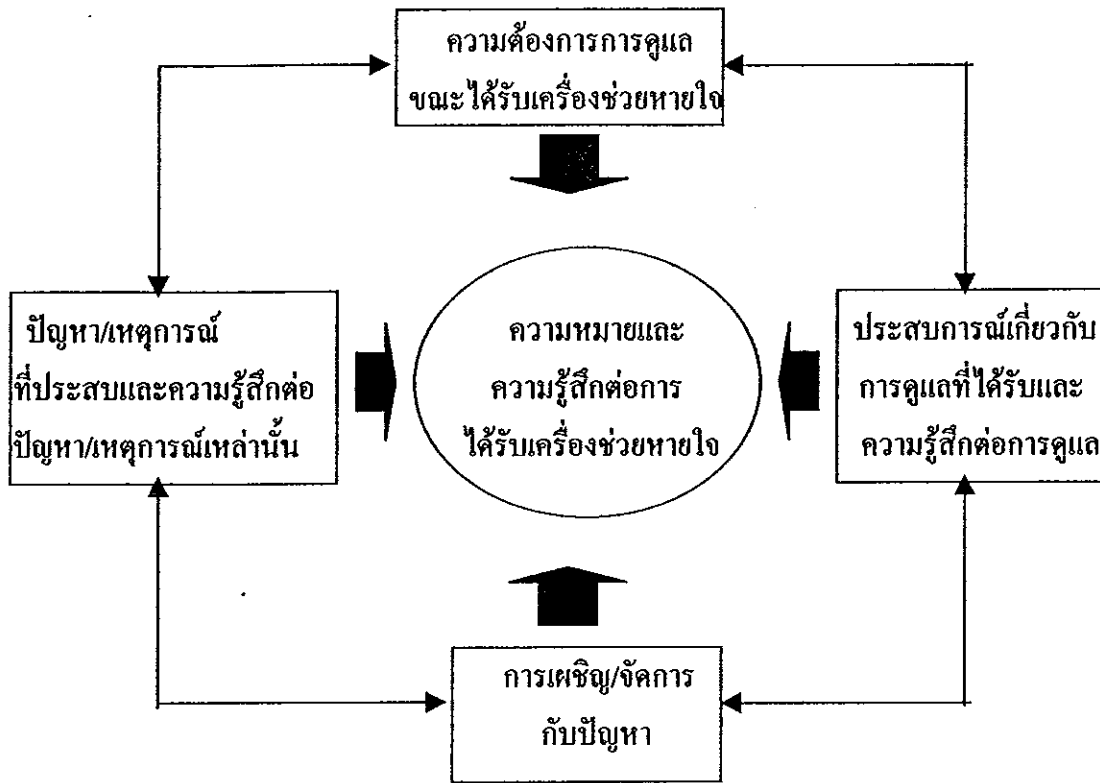
ได้รับคำแนะนำจากพยาบาล ซึ่งเรื่องการให้คำแนะนำจากพยาบาลเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะได้รับ ตลอดช่วงระยะเวลาของการได้รับเครื่องช่วยหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธารทิพย์ (2541 : 119) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจร้อยละ 54 ต้องการให้พยาบาลแจ้งให้ทราบก่อนทุกครั้งที่จะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล แตกต่างจากการศึกษาของควงใจ (2536 : 55) ซึ่งพบว่า การที่ผู้ป่วยไม่รู้เหตุผลของการรักษาพยาบาลต่างๆ ที่ได้รับ หรือพยาบาลไม่เปิดโอกาสให้ซักถามหรือระบายความรู้สึกอย่างเพียงพอ นั้น ไม่เป็นสิ่งที่เร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดแต่ประการใด รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนว่า พยาบาลควรมาถามไถ่ และใส่ใจกับปัญหาการสื่อสาร เนื่องจากในช่วงที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้ จึงเกิดความยากลำบากในการติดต่อสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจ ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงต้องการให้พยาบาลเป็นผู้มาถามไถ่ถึงความต้องการต่างๆ รวมทั้งเสนอข้อเลือกให้กับผู้ให้ข้อมูลว่า ต้องการเรื่องนั้น เรื่องนี้ ใช่หรือไม่ ตลอดจนควรหาอุปกรณ์ในการเคาะ หรืออุปกรณ์ที่สามารถเรียกให้พยาบาลเข้ามาถามไถ่ได้เมื่อต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งจะช่วยให้สะดวกต่อการติดต่อสื่อสารมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เมิร์กบอม-เอนเบิร์ก และฮาลจาแม (Bergbom - Engberg & Haljamae, 1989 : 1068-1071) ซึ่งพบว่าปัญหาของการติดต่อสื่อสารที่ยากลำบากในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับเครื่องช่วยหายใจ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคม ซึ่งปัญหานี้เป็นปัญหาที่สำคัญ ดังนั้นพยาบาลควรมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ควรมีการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์รวมทั้งหาวิธีการแก้ไข รวมทั้งควรตระหนักในการให้ความช่วยเหลือในเรื่องนี้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถพูดคุยด้วยคำพูดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธารทิพย์ (2541 : 121) ที่พบว่าระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับเครื่องช่วยหายใจ มีความต้องการการช่วยเหลือในการหาวิธีการให้สื่อความหมายเกี่ยวกับความรู้สึก ปัญหาและความต้องการ เช่น การจัดให้มีลินสอหรือปากกา แผ่นภาพมีข้อความประกอบเป็นต้น นอกจากนี้ควรจัดให้มีกริ่งสำหรับกดเมื่อต้องการความช่วยเหลือ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮาฟสไตน์ดอทเทอร์ (Hafsteindottir, 1996 : 261-271) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ในการติดต่อสื่อสารของผู้ป่วยระหว่างได้รับเครื่องช่วยหายใจพบว่า ระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับเครื่องช่วยหายใจ สิ่งหนึ่งที่สำคัญของการดูแล คือ พยาบาลควรตระหนักในเรื่องการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย โดยอาจใช้รูปภาพเป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสารเป็นต้น

นอกจากเรื่องต่างๆ ที่ได้กล่าวมาข้างต้นแล้ว ความต้องการเกี่ยวกับน้ำ อาหารและการพักผ่อนที่เพียงพอ ผู้ให้ข้อมูลก็ยังคงต้องการอยู่เช่นกัน โดยผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนว่า น้ำและอาหาร เป็นสิ่งที่ต้องการจะได้รับ เนื่องจากผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิในการได้รับอาหารอย่างดีและเพียงพอ (ชูชัย, 2538 : 50) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าถึงความต้องการเกี่ยวกับน้ำและอาหารใน 2 ลักษณะ คือ (1) แม้ไม่ได้รับประทานอาหาร ขอดื่มน้ำก็ยังดี โดยให้เหตุผลว่า ในช่วงแรกของการใส่ท่อช่วยหายใจรู้สึก

หิวและกระหายน้ำมาก ดังนั้นจึงต้องการได้รับน้ำมากกว่าอาหาร และ (2) ต้องการให้อิ่มท้อง แต่ต้องไม่มากเกินไป เนื่องจากการรับประทานอาหารที่มีปริมาณมากเกินไปทำให้รู้สึกอึดอัด แน่นท้อง ในขณะที่หากได้รับอาหารซึ่งมีปริมาณน้อย ทำให้รู้สึกหิวตามมา ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลบางคนได้สะท้อนความต้องการในช่วงที่ได้รับอาหารทางสายยางว่า หากตนเองรู้สึกหิวพยาบาลควรให้อาหารซ้ำอีกครั้งและการให้นั้นจะต้องพอเหมาะพอดี มิฉะนั้นจะทำให้รู้สึกอึดอัด และสำลักได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในช่วงที่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ การให้อาหารขณะนั้น ควรให้อาหารไหลลงเข้าสู่กระเพาะอาหารอย่างช้าๆ ค่อยๆ ซึมเข้าไปทีละน้อยๆ จะทำให้รู้สึกสบายไม่แน่นอึดอัดท้อง ในเรื่องของการพักผ่อน ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมาว่า ช่วงแรกที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ขอให้ได้พักผ่อน เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ มาด้วยอาการหายใจลำบาก เหนื่อยหอบ บางคนได้รับการผ่าตัดสูญเสียเลือดไปจำนวนมาก ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย ด้วยเหตุนี้จึงส่งผลให้ ผู้ให้ข้อมูลต้องการการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชารทิพย์ (2541 : 61) ที่พบว่าระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับเครื่องช่วยหายใจ มีความต้องการได้รับการนอนหลับพักผ่อนต่อเนื่องอย่างเต็มที่ รวมทั้งพยาบาลควรให้การช่วยเหลือให้นอนท่าที่สุขสบายตามความต้องการ

สำหรับความต้องการประการสุดท้าย ที่เกิดขึ้นในขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ คือต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้มีชีวิตรอดและปลอดภัย เป็นความต้องการให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเข้มงวดเกี่ยวกับกฎระเบียบการเยี่ยม เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลรับทราบข้อมูลก่อนที่จะเข้ามารักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ว่า เคยมีผู้ป่วยคดีฆาตกรรมพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ต่อมาผู้กรณีได้จ้างมือปืนให้มายิงฆ่าที่โรงพยาบาลและถึงแก่ความตายในที่สุด ดังนั้นเมื่อผู้ให้ข้อมูลมาด้วยสาเหตุที่คล้ายคลึงกัน คือโดนยิงก่อนมาโรงพยาบาล ทำให้รู้สึกไม่มั่นใจในความปลอดภัย เพราะการที่เจ้าหน้าที่ยึดหยุ่นและเปิดโอกาสให้ญาติเข้าเยี่ยมนอกเวลานั้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลหวาดระแวงว่าอาจมีคนแฝงตัวมาทำร้ายคนได้ จึงคำบอกเล่าที่ว่า "กลัวคนร้ายจะมายิงฆ่า ... ตอนมาไม่ตาย แต่มาฆ่าให้ตายที่โรงพยาบาล"

จากผลการศึกษาก็เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ สรุปปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้ดังนี้



แผนภาพที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ปรากฏการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ

จากแผนภาพที่ 2 จะเห็นได้ว่า การที่ผู้ให้ข้อมูลได้ประสบกับปัญหา/เหตุการณ์ต่างๆ ซึ่งเกิดขึ้นในขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ และพยายามหาวิธีที่จะเผชิญ/จัดการกับปัญหาเหล่านั้นให้หมดไป นอกจากนี้ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลที่ได้รับ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลรวมทั้งความต้องการการดูแลขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ ล้วนส่งผลต่อการให้ความหมายและความรู้เกี่ยวกับการได้รับเครื่องช่วยหายใจทั้งสิ้น ซึ่งเมื่อผู้ให้ข้อมูลประสบกับปัญหา/เหตุการณ์ต่างๆ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความต้องการการดูแล และในขณะที่เดียวกันก็พยายามหาวิธีจัดการหรือเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อที่จะให้ปัญหาเหล่านั้นหมดไป แต่ในบางครั้งวิธีการบางวิธีก็ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลเจอกับปัญหาใหม่ตามมา หรือบางครั้งการที่ผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการที่ไม่เหมาะสม ก็ไม่สามารถจะแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นให้หมดไปได้ ปัญหาเหล่านั้นก็ยังคงอยู่ต่อไป นอกจากนี้การที่ผู้ให้ข้อมูลเกิดความต้องการการดูแลแต่ไม่ได้รับการตอบสนองทำให้เกิดปัญหาขึ้นได้ส่งผลให้เกิดความต้องการการดูแลตามมาเช่นกัน ในขณะที่ประสบ-

การณ้เกี่ยวกับการดูแลที่ไ้รับในค้านบวก ทำใ้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความต้องการให้คงอยู่ตลอดช่วงที่ไ้รับเครื่องช่วยหายใจ สำหรับการดูแลซึ่งเป็นค้านลบส่งผลใ้ผู้ให้ข้อมูลรับรูว้เป็นลิ่งที่ไม่ต้องการจะไ้รับ จึงพยายามหาวิธีจัดการ/เผชิญกับลิ่งเหล่านั้น รวมทั้งยังก่อใ้เกิดความต้องการที่จะไ้รับการดูแลที่ค้กว่าการดูแลที่ไ้รับในปัจจุบัน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอรัมนิวคิกซ์ เพื่อบรรยายและอธิบาย ประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ว่าเคยได้รับเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 11 ราย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 9 เดือน ในโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่งในภาคใต้ ในการเก็บข้อมูล ผู้ศึกษาได้ใช้การรวบรวมข้อมูล 2 ส่วน คือ (1) รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลและประวัติการเจ็บป่วยจากแฟ้มข้อมูลหรือจากบันทึกต่างๆ ของผู้ป่วย ในขณะที่ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล และ (2) ใช้วิธีสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ร่วมกับการบันทึกเสียงจนกว่าข้อมูลอิ่มตัว ข้อมูลต่างๆ ที่ได้นำมาวิเคราะห์ตามขั้นตอนของโคไลซี และตรวจสอบความถูกต้องของข้อสรุปที่ได้กับผู้ให้ข้อมูลและผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งได้ผลการวิจัยดังนี้

ความหมายของการได้รับเครื่องช่วยหายใจตามการรับรู้ของผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายของการได้รับเครื่องช่วยหายใจใน 3 ลักษณะ คือ (1) เสมือนสิ่งที่จะช่วยให้รอดพ้นความตาย (2) ประหนึ่งสิ่งที่จะช่วยหายใจ ยามไม่มีแรง และ (3) แม้เป็นสิ่งที่ช่วยให้หายใจได้ แต่ไร้อำนาจควบคุมตัวเอง และจากความหมายทั้ง 3 ลักษณะนี้ ผู้ให้ข้อมูลได้ถ่ายทอดความรู้สึกออกมา โดยมีความสอดคล้องสัมพันธ์กันดังนี้

ความรู้สึกต่อการได้รับเครื่องช่วยหายใจ

จากความหมาย “เสมือนสิ่งที่จะช่วยให้รอดพ้นความตาย” ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนออกมาใน 2 ลักษณะ คือ (1) รู้สึกปลอดภัยเมื่ออยู่กับเครื่อง และ (2) รู้สึกสบาย หายอึดอัด สำหรับความหมาย “ประหนึ่งสิ่งที่จะช่วยหายใจ ยามไม่มีแรง” ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนความรู้สึกว่า รู้สึกสบายเหมือนหายใจเอง ในส่วนของการให้ความหมาย “แม้เป็นสิ่งที่ช่วยหายใจได้ แต่ไร้อำนาจควบคุมตัวเอง” ผู้ให้ข้อมูลได้ถ่ายทอดความรู้สึกว่า ดีใจที่รอดตาย แต่ทำให้ทุกข์ทรมาน

ปัญหา/เหตุการณ์ต่างๆที่ประสบและความรู้สึกต่อปัญหา/เหตุการณ์เหล่านั้น

ผู้ให้ข้อมูลได้ประสบกับปัญหา/เหตุการณ์ต่างๆ 7 ประการ คือ (1) กฎระเบียบที่เคร่งครัด (2) เครื่องช่วยหายใจ ไร้ประสิทธิภาพ (3) คาทอ์ก่อปัญหาสารพัด (4) ถูกพันธุนาการทั้งแขนขา อย่างหนาแน่น (5) แวดล้อมไปด้วยผู้ป่วยใกล้ตาย (6) ดูแลตนเองได้น้อย ต้องคอยพึ่งผู้อื่น และ (7) เหตุการณ์เลวร้ายที่เกิดขึ้นในขณะที่ไม่รู้สีกตัว โดยในแต่ละปัญหา/เหตุการณ์ที่ประสบก่อให้เกิด ความรู้สึกดังนี้

1. กฎระเบียบที่เคร่งครัด กฎระเบียบของโรงพยาบาลเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยมาก ซึ่งการยึดกฎระเบียบที่เคร่งครัดส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึก เหมือนถูกทอดทิ้งให้อยู่ อย่างอ้างว้าง ว่างเหว เดียวดาย เนื่องจากเมื่อมองไปรอบๆ ข้าง ไม่มีคนที่รู้จัก

2. เครื่องช่วยหายใจ ไร้ประสิทธิภาพ การที่ผู้ให้ข้อมูลทราบว่า เครื่องช่วยหายใจไม่มี ประสิทธิภาพ มีสาเหตุใหญ่ๆ มาจาก 2 ประการ คือ ประการแรก เกิดจากการที่ผู้ให้ข้อมูลได้ยื่น เเสียงสัญญาณเตือนของเครื่องช่วยหายใจดังขึ้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่า หาก เครื่องร้อง ต้องตาย ร่วมกับการที่ข้อต่อของเครื่องช่วยหายใจหลุดบ่อย ส่งผลให้ ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่า เครื่องช่วยหายใจ ทำให้อำนาจ

3. คาทอ์ก่อปัญหาสารพัด แม้ว่าการคาทอ์ช่วยหายใจและการได้รับเครื่องช่วยหายใจจะทำให้ ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกหายใจสะดวกก็ตาม แต่ขณะเดียวกันก็ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมามากมาย และ จากการบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล สรุปปัญหาที่เกิดขึ้นได้ 3 ลักษณะ คือ (1) สื่อสารกับใครก็ได้ (2) ถึงจะหิวหรือกระหายก็ไม่ได้กิน และ (3) เสมหะมากมาย แต่ไร้ปัญญาขับออก อธิบายปัญหา ที่เกิดขึ้นได้ดังนี้

3.1 สื่อสารกับใครก็ได้ เนื่องจากการใส่ท่อช่วยหายใจท่อที่ไม่จะผ่านสายเสียงและ ปลายท่อจะอยู่ในหลอดลม ดังนั้นจึงขัดขวางการกระทบสายเสียงของลมหายใจออก ทำให้พูด ไม่มี เสียง รวมทั้งการแสดงท่าทางหรือการเขียนก็ยากลำบากเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้รับการผูก มัดมือและร่างกายมีความอ่อนแอ ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูล รู้สึกอึดอัด ขัดใจ เพราะสื่อแล้วไม่เข้าใจ

3.2 ถึงจะหิวหรือกระหายก็ไม่ได้กิน จากการบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล จำแนกความรู้สึก ที่เกิดขึ้นเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มแรกได้มุ่งเน้นความรู้สึกหิวและกระหายน้ำ อีกกลุ่มรู้สึก หิวอาหาร เมื่อไม่ได้รับการตอบสนอง ทำให้รู้สึก หดหู่ใจ หากตายไปคงไม่ได้กินน้ำ และ ความ หิวที่แสนทรมาณ

3.3 เสมหะมากมายแต่ไร้ปัญญาขับออก การใส่ท่อช่วยหายใจถือว่าเป็นสิ่งแปลกปลอม ในทางเดินหายใจ จะกระตุ้นให้มีน้ำลายและเสมหะเพิ่มขึ้น ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความรู้สึกจาก เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใน 2 ลักษณะ คือ (1) เสมหะเต็มคอ ก่อให้เกิดความกลัวตาย ความรู้สึกเช่นนี้ เกิดขึ้นในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลมีเสมหะเต็มในท่อช่วยหายใจ ทำให้ไม่สามารถหายใจได้แม้จะได้รับ เครื่องช่วยหายใจอยู่ก็ตาม ประกอบกับผู้ให้ข้อมูล ได้เห็นผู้ป่วยอื่นตายเพราะหายใจไม่ออกเนื่องจาก มีเสมหะอุดกั้นท่อช่วยหายใจ ดังนั้นเมื่อตนเองมีเสมหะในท่อช่วยหายใจทำให้รู้สึกกลัวตายเหมือน กับเหตุการณ์ที่เคยพบเจอ และ (2) อุดเสมหะที่โร เจ็บเหมือนใจจะขาด เกิดจากการที่ผู้ให้ข้อมูล ได้ รับการดูดเสมหะที่รุนแรง ทำให้รู้สึกเจ็บปวดเป็นอย่างมาก และเปรียบเทียบความรู้สึกที่เกิดขึ้นว่า “เจ็บเหมือนใจจะขาด”

4. ถูกพันธุนาการทั้งแขน-ขา อย่างหนาแน่น การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับเครื่องช่วย หายใจถูกผูกมัดมือนั้น บางคนได้รับการผูกมัดทั้งมือ-เท้า จนไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียง ได้อย่างอิสระนั้น ประกอบกับผู้ให้ข้อมูลบางคนที่มีประสบการณ์เคยเห็นวิธีการชิงหนั่งสัตว์ก่อนที่จะ นำไปตากให้แห้ง จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลได้เปรียบเทียบความรู้สึกจากเหตุการณ์ที่ได้ประสบว่า ทั้งผูก ทั้งดึง เหมือนกับชิงหนั่งวัว

5. แวดล้อมไปด้วยผู้ป่วยใกล้ตาย จากการที่ผู้ให้ข้อมูลอยู่ร่วมกับผู้ป่วยอื่นซึ่งอยู่ในภาวะ วิกฤติในห้องเดียวกัน และได้เห็นเหตุการณ์ที่แพทย์-พยาบาล ได้พยายามช่วยชีวิตผู้ป่วยเหล่านั้น รวมทั้งได้ยินเสียงญาติพี่น้องร้องไห้เสียใจเมื่อสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักไป จากเหตุการณ์เหล่านี้ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลบางคนรู้สึกว่า เห็นผู้ป่วยอื่นตาย ทำให้นึกถึงตัวเอง โดยคิดว่าหากตนเองตายไปก็ คงสร้างความเศร้าโศกเสียใจไว้ให้ลูกหลานเช่นกัน

6. ดูแลตนเองได้น้อย ต้องคอยพึ่งผู้อื่น ขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจผู้ให้ข้อมูลบางคน รับรู้ว่าเป็นช่วงเวลาที่ไม่สามารถดูแลหรือช่วยเหลือตนเองได้ จึงเกิดความ รู้สึกสลดใจเพราะทำให้ เป็นภาระแก่ผู้อื่น

7. เหตุการณ์ลึกลับที่เกิดขึ้นในขณะที่ไม่รู้สีกตัว ในช่วงที่ผู้ให้ข้อมูลไม่รู้สีกตัวนั้นได้ฝันไปว่า ถูกนำตัวไปยังสถานที่ต่างๆ ซึ่งตนเองเคยรู้จักและไม่เคยรู้จักมาก่อน แต่ไม่มีผู้ใดรับไว้ จึงทำให้ผู้ ให้ข้อมูลรู้สึกว่า เหมือนตายแล้วเกิดใหม่ เพราะไปที่ไหนไม่มีใครรับ โดยให้เหตุผลว่าถ้ามีใครรับ ไว้ ตนเองคงไม่มีโอกาสกลับฟื้นคืนสติและมีชีวิตอยู่รอดได้เหมือนกับปัจจุบันนี้

วิธีการเผชิญ/จัดการกับปัญหาขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ

สำหรับปัญหาที่เกิดขึ้นผู้ให้ข้อมูล ได้หาวิธีที่จะขจัดปัญหาต่างๆเหล่านั้นให้หมดไป จากผลการศึกษาพบว่า วิธีที่ผู้ให้ข้อมูลนำมาใช้มีทั้งหมด 5 วิธี คือ (1) จะพึ่งพาตนเองหรือผู้ใดก็ไม่เกี่ยวข้อง (2) อ่อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เพื่อให้มีชีวิตรอด (3) ใช้อวัยวะทุกอย่างบรรลามี เพื่อที่จะสื่อสาร (4) ต้องฝืนใจทำตามเพราะอยู่ในภาวะจำยอม และ (5) เมื่อไม่สามารถขจัดความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานได้ จึงเลือกที่จะตายดีกว่า

ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลที่ได้รับและความรู้สึกต่อการดูแลที่ได้รับ

จากผลการศึกษา จำแนกการดูแลที่ได้รับออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ด้านบวกและด้านลบ ดังนี้

การดูแลด้านบวก มี 3 ลักษณะ คือ (1) ผู้คนรอบข้างให้ความช่วยเหลือ (2) ทุกคนคอยปลอบขวัญและให้กำลังใจ และ (3) พยาบาล-แพทย์ ให้ความเอื้ออาทร

ซึ่งจากประสบการณ์การดูแลที่ได้รับด้านบวกนี้ ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกใน 5 ลักษณะ ดังนี้ (1) รู้สึกถึงบุญคุณ (2) รู้สึกมีศักดิ์ศรี เพราะได้รับการดูแลที่ดีมีความเสมอภาค (3) ภูมิใจเพราะได้รับการดูแลเสมือนญาติ (4) มีแรงใจไว้ต่อสู้กับโรคร้ายที่เกิดขึ้น และ (5) รู้สึกปลอดภัยเมื่ออยู่ในมือพยาบาล-แพทย์

สำหรับการดูแลที่เป็นด้านลบ มี 5 ลักษณะ คือ (1) ขอร้องพยาบาลที่ไร บอก “หมอไม่ได้สั่ง” และบางครั้งบอกให้รอ (2) ให้การดูแลโดยเด็กที่รัก มกที่ซ้ง (3) ทำอะไร ไม่บอกกล่าว (4) ไม่สนใจและเมินเฉย และ (5) แพทย์-พยาบาล ไม่มีปียวาจา

จากการดูแลที่ได้รับในด้านลบก่อให้เกิดความรู้สึก 4 ลักษณะ คือ (1) เจ็บปวดทรมาน จากการดูแล (2) ไม่มั่นใจว่าจะได้รับการดูแลในทันที ที่ต้องการ (3) ไม่ประทับใจ เพราะแพทย์-พยาบาล ขาดจรรยาบรรณ และ (4) น้อยเนื้อต่ำใจ ที่แพทย์-พยาบาล พูดยาไม่ไพเราะ

ความต้องการการดูแลขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ

ตลอดช่วงระยะเวลาของการได้รับเครื่องช่วยหายใจ สรุปความต้องการการดูแลได้ 9 ลักษณะ ดังนี้ (1) ช่วงแรกที่ได้เครื่องช่วยหายใจ ขอให้ได้พักผ่อน (2) น้ำและอาหาร เป็นสิ่งที่ต้องการจะได้รับ (3) ให้ญาติและพยาบาล ช่วยขจัดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น (4) ต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้มีชีวิตรอดและปลอดภัย (5) ต้องการเป็นอิสระจากการถูกพันหนาและการใส่ท่อ (6) ต้องการการเอาใจใส่และกำลังใจจากคนใกล้ชิด (7) พยาบาลควรมาถามไถ่ และใส่

ใจแก่ปัญหาการสื่อสาร (8) ควรบอกกล่าวให้เข้าใจ ก่อนให้การดูแล และ (9) อยากเห็นแพทย์-พยาบาล ทำดี พุทธิ คិតติ มีเมตตาจิต

จากผลการศึกษาทำให้เห็นภาพรวมประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ทั้งในส่วนของปัญหา/เหตุการณ์ต่างๆ ที่ประสบ ตลอดจนวิธีการที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ในการเผชิญปัญหา การดูแลที่ได้รับและความต้องการการดูแลรวมทั้งความรู้สึกต่อสิ่งเหล่านั้น ตลอดจนช่วงระยะเวลาในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ นอกจากนี้ทำให้ผู้ศึกษาเข้าใจผู้ให้ข้อมูลได้ดีซึ่งมากยิ่งขึ้นถึงเหตุผลของการให้ความหมายในแต่ละลักษณะโดยขึ้นอยู่กับประสบการณ์ต่างๆ ที่ได้รับ รวมทั้งความรู้สึกที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลตลอดช่วงระยะเวลาของการได้รับเครื่องช่วยหายใจนั่นเอง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการการพยาบาล ใน 4 ด้าน คือ (1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล (2) ด้านการบริหารการพยาบาล (3) ด้านการศึกษา และ (4) ด้านการวิจัยทางการพยาบาล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล จากผลการศึกษาสามารถนำไปใช้พัฒนาการให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจดังต่อไปนี้

1.1 ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจซึ่งมีสติสัมปชัญญะดี พยาบาลผู้ดูแลควรตระหนักถึงบทบาทในการดูแล และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องแผนการรักษาพยาบาล การทำงานของเครื่องช่วยหายใจตลอดจนกฎระเบียบต่างๆ เป็นต้น (ดังภาคผนวก จ.) ทั้งนี้ในการปฏิบัติ/ดูแลผู้ป่วยควรปฏิบัติด้วยความนุ่มนวล เสมือนญาติมิตรของแพทย์-พยาบาลเอง โดยเคารพเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ อบอุ่น รวมทั้งเป็นการช่วยลดความทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้นได้ และการที่ผู้ให้ข้อมูลได้เห็นแพทย์-พยาบาล พยายามช่วยชีวิตของผู้ป่วยอื่นและรู้สึกกลัวเมื่อผู้ป่วยคนนั้นถึงแก่ความตาย ดังนั้นในการปฏิบัติการกรรมการรักษาพยาบาลใดๆ ก็ตามที่อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย พยาบาลควรคำนึงให้มีชีวิต

1.2 เนื่องจากการคาดหวังช่วยหายใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกว่าคุณช่วยตัวเองได้ จึงเกิดความต้องการที่จะเอาท่อช่วยหายใจออก พยายามควรบอกผู้ป่วยให้ทราบ ถึงความจำเป็นในการคาดหวังช่วยหายใจ ตลอดจนควรระมัดระวังและป้องกันผู้ป่วยซึ่งท่อช่วยหายใจ และควรบอกผู้ป่วยก่อนให้การพยาบาลทุกครั้งรวมทั้งควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ

1.3 ช่วงเวลาที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยไม่สามารถติดต่อสื่อสารด้วยคำพูดได้ ดังนั้นจากผลการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลที่ได้รับ ตลอดจนความต้องการการดูแล ที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนให้ทราบ พยาบาลผู้ดูแลควรตระหนัก อาทิ การให้ข้อมูล การเอาใจใส่และใส่ใจตามอาการ ถามไต่ถึงความรู้สึกและความต้องการอย่างสม่ำเสมอ และตอบสนองต่อความต้องการอย่างทันที เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นใจในความปลอดภัยของชีวิต เป็นต้น

1.4 ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ พยาบาลควรตระหนักในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับความไม่สบาย หรือความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น อาทิ อาการหายใจเหนื่อยหอบ ความเจ็บปวด การกระหายน้ำ การได้รับอาหารที่พอเหมาะ ซึ่งสิ่งเหล่านี้พยาบาลต้องเข้าใจและให้การช่วยเหลือ เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นให้ลดลงหรือหมดไปได้

1.5 เนื่องจากช่วงวันแรกของการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยต้องการพักผ่อนมากที่สุด ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงการรบกวนผู้ป่วยหากไม่จำเป็น และควรจัดตารางเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมโดยรบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด

1.6 พยาบาลควรหาวิธีการเพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสารให้ผู้ป่วยเข้าใจ อาทิ การสื่อสารด้วยรูปภาพ การแสดงท่าทาง สำหรับผู้ป่วยที่อ่านออกเขียนได้ควรจัดเตรียมสมุด/กระดาษและปากกาไว้ให้พร้อม เนื่องจากสิ่งเหล่านี้เป็นเสมือนสิ่งที่ใช้ทดแทนการพูดของผู้ป่วยในระยะนี้

2. ด้านการบริหารการพยาบาล จากผลการศึกษาสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ในส่วนของการบริหารดังนี้

2.1 จากกฎระเบียบของโรงพยาบาลและของหอผู้ป่วย ในการจำกัดเวลาเข้าเยี่ยม โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยปิด ซึ่งตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ระยะเวลาที่ทางหอผู้ป่วยเปิดโอกาสให้ญาติเข้าเยี่ยมในแต่ละครั้งน้อยมาก จึงทำให้รู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยวนั้นทางโรงพยาบาลหรือทางหอผู้ป่วยควรพิจารณาปรับเปลี่ยนเวลาในการเยี่ยม เช่น อาจเพิ่มเวลาในการเยี่ยมให้นานขึ้น หรืออาจยืดหยุ่นตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยซึ่งขณะนั้นเสมือนคนที่ไร้อำนาจแห่งการควบคุมตัวเอง เนื่องจากพูดก็ไม่ได้ จะเคลื่อนไหวก็ไม่สะดวก ฯลฯ ได้รับการตอบสนองทางด้านจิตใจ ได้อยู่ใกล้ชิดกับบุคคลที่ตนรักทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคร้ายที่เกิดขึ้น

2.2 ทางโรงพยาบาลหรือทางหอผู้ป่วยควรจัดห้องสำหรับผู้ป่วยคดีให้มีคิคนและอาจจะต้องเปิดโอกาสให้ญาติเฝ้าในกรณีที่เป็น เนื่องจากการที่มีญาติเฝ้าจะทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจในความปลอดภัยระดับหนึ่ง นอกจากนี้ทางโรงพยาบาลควรมีมาตรการ การรักษาความปลอดภัยอย่างแน่นหนาเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจ ในความปลอดภัยของชีวิต ขณะที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

2.3 จากการที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่า เครื่องช่วยหายใจไร้ประสิทธิภาพนั้น ทางหอผู้ป่วยควรมีมาตรฐานในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องช่วยหายใจ โดยกำหนดระยะเวลาในการตรวจสอบ รวมทั้งกำหนดผู้รับผิดชอบเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

2.4 เนื่องจากส่วนหนึ่งของกิจกรรมการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ดังนั้นทางหอผู้ป่วยซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ควรจัดให้มีการอบรมเกี่ยวกับเทคนิคต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ อาทิ การดูแลเสมหะ การบีบดูดลมช่วยหายใจ การผูกยึดท่อช่วยหายใจ การช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน การติดต่อสื่อสาร ฯลฯ ทั้งนี้จะต้องคำนึงถึงจรรยาบรรณวิชาชีพตลอดเวลาที่ให้การดูแล

3. ด้านการศึกษา สามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการศึกษา ได้ดังนี้

3.1 จากการที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่า การที่พยาบาลจะทำอะไรต้องรอให้แพทย์สั่งก่อน พยาบาลจึงจะปฏิบัติได้นั้น ในด้านการศึกษาควรปลูกฝังให้นักศึกษาพยาบาล เข้าใจบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของตนเองอย่างแท้จริง ว่าเรื่องใดที่พยาบาลสามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระ หรือเรื่องใดเป็นบทบาทที่ต้องตัดสินใจร่วมกับแพทย์ เพราะหากพยาบาลเข้าใจบทบาทที่แท้จริงของตนเองแล้ว จะทำให้ผู้ป่วย/ผู้ให้บริการเกิดความเชื่อมั่น ศรัทธาในวิชาชีพพยาบาลมากยิ่งขึ้น

3.2 ในการศึกษา ควรปลูกฝังให้นักศึกษาพยาบาลมีความเมตตา กรุณา ให้การพยาบาลด้วยความเอื้ออาทร เสมือนผู้ป่วยเป็นประหนึ่งญาติ พี่ น้อง ของตนเอง นอกจากนี้ผู้ที่มาดูแลผู้ป่วย ในขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ควรมีความอดทนและเข้าใจผู้ป่วยอย่างแท้จริง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถติดต่อสื่อสารด้วยคำพูดได้ ดังนั้นการใช้กิริยา ท่าทางต่างๆ ซึ่งบางครั้งอาจไม่เหมาะสมนัก อาทิ การใช้มือกวักเรียก การเคาะเตียง การใช้เท้ากระแทบเตียง เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ควรปลูกฝังให้นักศึกษาเข้าใจว่า เป็นพฤติกรรมหนึ่งที่ผู้ป่วยต้องการสื่อความหมายให้พยาบาลเข้าใจแทนการพูดของตนเอง

3.3 การที่ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนเกี่ยวกับความต้องการการดูแล ในขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ 9 ประการนั้น นักศึกษาพยาบาลควรเรียนรู้ ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งเพื่อเตรียมความพร้อมในการให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

4. ด้านการวิจัยทางการแพทย์ จากผลการศึกษา สามารถใช้เป็นแนวทางในการทำวิจัย
ได้ดังนี้

4.1 ควรทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ
ในแต่ละประเภท อาทิ ผู้ป่วยทางด้านอายุรกรรมและผู้ป่วยทางด้านศัลยกรรม ว่ามีความเหมือนหรือ
แตกต่างกันอย่างไร

4.2 ใช้เป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ เพื่อศึกษาคุณสมบัติของพยาบาลที่พึง
ประสงค์ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ตลอดจนเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือเพื่อวัดคุณภาพการ
พยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ในขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ

4.3 ศึกษารูปแบบ/วิธีการที่เหมาะสม สำหรับใช้ในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและ
บุคคลรอบข้างในขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ

4.4 ควรทำการศึกษารูปแบบที่เหมาะสม ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ
เพื่อนำรูปแบบที่ได้ มาเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ได้อย่างมีคุณภาพ
และได้มาตรฐานยิ่งขึ้น

ผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลการศึกษานี้สามารถนำไปปรับปรุงและพัฒนากระบวนการ
ให้บริการทางการแพทย์ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจในด้านต่างๆ ได้อย่าง
เป็นรูปธรรม ช่วยเพิ่มศักยภาพของพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้อย่างมีคุณภาพและก่อให้เกิด
เกิดความพึงพอใจและประทับใจแก่ผู้ใช้บริการในที่สุด

บรรณานุกรม

กุดยา ดันติผลาชีวะ. (2540). แก่นของการพยาบาล. วารสารสมาคมศิษย์เก่าพยาบาล
กระทรวงสาธารณสุข, 8 (1), 9-27.

—————. (2541). การปฏิบัติของครอบครัวของผู้สูงอายุ. วารสารสมาคมศิษย์เก่า
พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 9 (2), 29-38.

—————. (2541). การบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ. วารสารสมาคมศิษย์เก่า
พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 9 (2), 62-72.

เจียมชาติ ดันตกุลรุ่งเรือง. (2529). การใส่ท่อ endotracheal นานกว่าปกติ ภาวะแทรกซ้อน
และการป้องกัน. จุฬาลงกรณ์เวชสาร, 30 (2), 119 - 126.

จิตรรา วันชนะกิจ. (2540). การสื่อสารกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อสื่อสารได้ด้วยวาจา.
วารสารพยาบาล, 46 (2), 121 - 123

เจียมจิต ภูประเสริฐ และ วราภรณ์ ไวกกุล. (2536). การดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ.
วารสารสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลรามธิบดี, 13 (2 - 3), 44 - 51.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ .(2540). การใช้เครื่องช่วยหายใจ. ใน สมศรี คาวฉาย (บรรณาธิการ),
เครื่องช่วยหายใจ. (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 229 - 286). นครปฐม : สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอา
เซียน.

—————. (2540). เครื่องมือสำหรับรักษาด้วยแกส. ใน สมศรี คาวฉาย และ
เรณู กวยอะไพ (บรรณาธิการ), วิชาการปฏิบัติการแพทย์สำหรับหอผู้ป่วยหนัก. (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า
311 - 322). กรุงเทพฯ : สวัสดิการพิมพ์.

ครุณี บุญเกื้อ, พยอม ขวัญเชื้อ, มัชฌิมาพร นวลแก้ว, นฤมล ดวงจันทร์เพชร, สุนันท์
เกษตรกาลาม์ และ อังศุมา อภิชาติ. (2537). การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสี
รักษา. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 14 (3), 31-43.

ดวงใจ นิยม. (2536). การรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยใน
หอผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัย
สงขลานครินทร์.

ทิพมาศ ชินวงศ์. (2541). การรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วย
มะเร็งปอด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัย
สงขลานครินทร์.

ทิพาพันธ์ สติธรเวชกุล. (2541). จริยธรรมพยาบาลยุค ไอ เอ็ม เอฟ. สารสภากาพยาบาล, 13 (1), 25-30.

ธารทิพย์ วิเศษธาร. (2541). ความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

นางนุช กิจดำรงชัย และ สมจิตร ทรงฤกษ์. (2540). ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. วารสารโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี, 8 (2), 59 -72.

นันทนา น้ำฝน. (2538). เอกลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพ. สงขลา : เหมการพิมพ์.

บุญวดี เพชรรัตน์ และ จรัสศรี บัวบาน. (2540). การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของพยาบาล. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 17 (1-4), 44-60.

ประไพ มีทรัพย์ และ กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร. (2542). ผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่อการลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ. พุทธชินราชเวชสาร, 16(3), 128-134.

ผ่องพรรณ อรุณแสงง. (2531). การวิเคราะห์แกสในเลือดแดง : การพยาบาล. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์, 11 (3), 27 - 45.

ผ่องศรี ศรีมรกต. (2540). แนวคิดสุขภาพและการพยาบาล. สารสภากาพยาบาล, 12 (1), (1-12).

พรรณี เสนาจักร. (2534). หลักการของเครื่องช่วยหายใจ. ใน ชูศักดิ์ เวชแพศย์ (บรรณาธิการ), วิชาอุปกรณ์การแพทย์ สำหรับหอผู้ป่วยหนัก. (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 197 - 202). หน่วยซ่อมเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ ภาควิชาวิศวกรรมศาสตร์ สิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

พูนพิพรรณี วรกิจโกคาทร. (2540). การให้ออกซิเจนและเครื่องช่วยหายใจ. ใน ประเสริฐ เสริมสุข(บรรณาธิการ), วิชาอุปกรณ์การแพทย์ สำหรับหอผู้ป่วยหนัก. (หน้า 19 - 35). งานอุปกรณ์ทางการแพทย์ โรงพยาบาลศิริราช

_____ . (2540). ปัญหาและแนวทางแก้ไขผู้ป่วยขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ. ใน ประเสริฐ เสริมสุข (บรรณาธิการ), วิชาอุปกรณ์การแพทย์ สำหรับหอผู้ป่วยหนัก. (หน้า 1 - 18). งานอุปกรณ์ทางการแพทย์ โรงพยาบาลศิริราช

ไพจิตร หังสพฤกษ์. (2536). ภาวะการหายใจล้มเหลว. วารสารกรมการแพทย์, 18 (4), 202 - 208.

ไพจิตร หังสพฤกษ์. (2537). ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันในโรงพยาบาลสงฆ์. วารสารกรมการแพทย์, 19 (2), 60 - 64.

ภัทร์ บุญเกียรติ. (2540). สำรวจอาการไม่พึงประสงค์ทางด้านร่างกายและสาเหตุของความเครียดของผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอ. กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา.

มาลี ประทุมศรี. (2542). ประสบการณ์การให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

โรจน์รุ่ง สุวรรณสุทธิ. (2540). การส่งเสริมสุขภาพจิตของพยาบาล. สารสภากาพยาบาล, 12 (1), 40-54.

ละออ หุตางกูร. (2540). พลังวิชาชีพทางคุณธรรม จริยธรรม เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. วารสารสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 8 (1), 43-53.

ติวรรณ อุณาภิรักษ์. (2529). สัมพันธศาสตร์พื้นฐานของระบบหายใจ. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ลินจง โปธิบาล. (2539). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนและใช้เครื่องช่วยหายใจ. ใน ลินจง โปธิบาล, วารุณี ฟองแก้วและศิริรัตน์ เปลี้นบางยาง (ผู้เรียบเรียง), การพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบหายใจ. (ปรับปรุงแก้ไข ครั้งที่ 1, หน้า 172 - 252). เชียงใหม่ : ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วรรณภา ศรีชัยรัตน์. (2535). การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. อุบลราชธานี : มหุงสาร.

วันดี สุทธรังษี. (2534). จิตสำนึกในการให้บริการพยาบาล. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 11 (4), 22-27.

วารี ระกิติ. (2541). ภาพลักษณ์ของพยาบาลในสังคมปัจจุบัน. สารสภากาพยาบาล, 13 (1), 31-36.

วารุณี ฟองแก้ว. (2539). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลว. ใน ลินจง โปธิบาล, วารุณี ฟองแก้ว และ ศิริรัตน์ เปลี้นบางยาง (ผู้เรียบเรียง), การพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบหายใจ. (หน้า 150 - 171). เชียงใหม่ : ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ และ พิภุณย์ทิพย์ หงษ์เทียร. (2540). การไม่ให้เกียรติและเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ร่วมงานในทางการแพทย์. สารสภากาพยาบาล, 12 (2), 33-43.

ศิริรัตน์ เชาวรัตน์. (2535). การพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ. อุบลราชธานี : โรงพิมพ์ผดุงสาร.

ศรีเพ็ญ สุกพิทยากุล. (2532). การศึกษาและวิจัยด้วยวิธีปรากฏการณ์วิทยา. วิธีวิทยาการวิจัย, 4 (1), 9 - 20.

สภาการพยาบาล. (2541). คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย. สารสภาการพยาบาล, 13(2), 32.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2533). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์. (เล่ม 3). กรุงเทพมหานคร : บริษัท วิสิฎฐินจำกัด.

สมจิต หนูเจริญกุล และ สุภารัตน์ ไวยชีดา. (2524). การพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อหายใจชนิดต่าง ๆ. ใน สุภรี สุวรรณจุฑะ, เพลินจิตต์ ศิริวันสาณห์, ประภิด วาทีสาธกกิจ และสมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), การดูแลและบำบัดโรคทางระบบหายใจ. (หน้า 258 - 285). กรุงเทพฯ : สนิประสิทธิ์การพิมพ์.

สมจิตร ชัยรัตน์ และคณะ (2539). การศึกษาคุณภาพของ การพยาบาลในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก. พุทธชินราชเวชสาร, 13(2), 107 - 114.

สังวาลย์ แก้วประเสริฐ. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างของการรับรู้ความเจ็บปวดกับผลของการควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

สิวลี สิริไล. (2535). ประเด็นและแนวโน้มทางการพยาบาล หน่วยที่ 1-7. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

สุจินต์ สุรภาคย์พงศ์. (2537). การเปรียบเทียบสภาวะด้านร่างกายและจิตใจระหว่างผู้ป่วยที่หย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จและไม่สำเร็จ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สุพัตรา อยู่สุข. (2536). ระดับความทุกข์ทรมานและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุภางศ์ จันทวานิช. (2537). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุมาลี เกียรติบุญศรี. (2531). ภาวะการหายใจล้มเหลว และการรักษาด้วยออกซิเจน. คลินิก, 4 (8), 535 - 538.

เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์. (2525). พฤติกรรมผู้นำทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.

หทัยรัตน์ จิรนนท์พิทักษ์. (2539). สัมพันธภาพของพยาบาลและผู้ป่วยกับภาวะสูญเสียพลังอำนาจของผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อรรถ นานา และคณะ. (2537). อุรเวชสังเขป : การบริหารการหายใจวิกฤติ. แพทยสารทหารอากาศ, 40 (1), 25 - 31.

อรสา พันธุ์ภักดี. (2534). ภาวะหมดหนทางช่วยเหลือกับความพร้อมในการดูแลตนเอง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), การดูแลตนเอง : ศาสตร์ และศิลป์ทางการพยาบาล. (หน้า 183 - 190). กรุงเทพมหานคร : บริษัทวิสิฏ์สิน.

_____. (2534). การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวอย่างเฉียบพลัน. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), การพยาบาลทางอายุรศาสตร์. (เล่ม 2 ,พิมพ์ครั้งที่ 9, หน้า 178 - 228). กรุงเทพฯ : มิตรเจริญการพิมพ์.

อลิศรา ชูชาติ. (2538). ชุดวิชาวิจัยทางการศึกษานอกโรงเรียน การวิจัยเชิงคุณภาพ. (เล่มที่ 6). กรุงเทพฯ : บริษัทประชาชนจำกัด.

อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. (2536). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล.วารสารพยาบาล, 42 (1), 16 - 31.

Aldrich, T.K. & Prezant, D.J. (1994). Indications for Mechanical Ventilation In J.M. Tobin (ed.). Principles and Practice of Mechanical Ventilation. (pp. 155 - 189). New York : Mc Graw - Hill, Inc.

Allen,D. (1988). Making senses of suctioning. Nursing Times, 84 (10), 46 - 48.

Annells, M. (1996). Hermeneutic phenomenology : philosophical perspectives and current use in nursing research. Journal of Advanced Nursing, 23 (4), 705 - 713.

Applebaum, E.L., & Bruce, D.L. (1976). Tracheal intubation. Philadelphia : W.B. Saunders.

Balk, RA. (1997). The technique of orotracheal intubation. (CD – ROM). Journal - of - Critical - Illness, 12 (5), 316 - 323.

Bergbom - Engberg, I & Haljamae, H. (1988). A retrospective study of patients recall of respirator treatment : nursing care factors and feelings of security insecurity. (CD – ROM). Intensive - Care - Nursing, 4 (3) : 95 - 101.

Bergbom - Engberg, I ; Hallenberg, B; Wickstrom,I. & Haljamae, H. (1988). A retrospective study of patients recall of respirator treatment : Study design and basic findings... part I. (CD - ROM) Intensive - Care - Nursing, 4 (2) : 56 - 61.

Bergbom - Engberg, I. & Haljamae, H.(1989). Assessment of Patient's Experience of Discomforts during Respiratory Therapy. Critical Care Medicine, 17 (10), 1068 - 1072.

Crimlisk, JT., et al. (1997). Endotracheal reintubation : a closer look at a preventable condition. (CD - ROM). Clinical - Nurse - Specialist, 11 (4), 145 - 152.

Dolan, J.T. (1991). Critical care nursing clinical management through the nursing process. Philadelphia : F.A. Davis.

Freichels, T. (1993). Orchestrating the Care of Mechanically Ventilated Patients. American Journal of Nursing, 93 (10); 26 - 35.

Grossbach, I. (1994). The COPD Patient in Acute Respiratory Failure. Critical care nurse, 2 (14), 32 - 38.

Grossbach - Landis, I. (1980). Successful Weaning of Ventilator - Dependent Patients. Topic in Clinical Nursing, 2 (3), 45 - 68.

Gulanick, M., et al. (1998). Nursing Care Plans. St. Louis : Mosby.

Hafsteindottir - TB. (1996). Patient's experiences of communication during the respirator treatment period. (CD - ROM). Intensive - and - Critical - Care - Nursing, 12 (5) : 261 - 271.

Hagler - DA & Traver - GA. (1994). Endotracheal saline and suction catheters : sources of lower airway contamination. (CD - ROM). American - Journal - of - Critical - Care, 3 (6), 444 - 447.

Jamieson, E.M., Mc Call, J.M. & Blythe, R.(1992). Guidelines for Clinical Nursing Practices. New York : Churchill Livingstone.

Johnson, M.M. , & Sexton, D.L.(1990). Distress during mechanical ventilation : Patients' perceptions. Critical Care Nurse, 10 (7), 48 - 57.

Kinney, M.R.,Packa,D.R. & Danbar, S.B. (1988). AACN's Clinical Reference for Critical Care Nursing. New York : Ne Graw - Hill Book Company.

Knebel - AR. (1990). Dyspnea intensity, psychological distress, anxiety intensity, inspiratory effort : effects on ventilator weaning. University of California, San -Francisco, D.N.S.C.

Koch, T. (1995). Interpretive approaches in nursing research : the influence of Husserl and Heidegger. Journal of Advanced Nursing, 21(4), 827 - 836.

Leonard, V.W. (1989). A Heideggerian phenomenologic perspective on the concept of the person. Advanced Nursing Science, 11(4), 40 - 55.

_____. (1994). A Heideggerian Phenomenologic Perspective on the Concept of the Person. In P. Benner (ed.), Interpretive Phenomenology. (pp. 43 -63). Thousand Oaks : Sage Publications.

Lewis, S.M., & Collier, I.C. (1992). Medical Surgical nursing assessment of clinical problems. (3 rd ed.). St. Louis : Mosby Year Book.

Luckmann, J. & Sorensen, K.C.(1987). Medical - surgical nursing : A psycho - physiologic approach. (3 rd ed.). Philadelphia : W.B. Saunders.

McCarthy, T.P., Yaculak, G & Ringler, B. (1998). A Review of 2,487 Mechanically Ventilated Patients : Ventilator Length of Stay (VLOS), Base Costs, ICU Distribution, and Mortality. Respiratory Care, 43 (2), 114 - 118.

Munhall, P.L. & Oiler, C.J. (1986). Nursing research : A Qualitative Perspective. Norwalk. : Appleton - Century. Crofts.

Paley, J. (1997). Husserl, phenomenology and nursing. Journal of Advances Nursing, 26(1), 187 - 193.

Perry, A.G. (1994). Clinical Nursing Skills & Techniques. St. Louis : Mosby.

Schare - BL. (1994). Commentary on comparison of breathing comfort during weaning with two ventilatory modes. Nursing - Scan - Scan - in - Research, 7 (4) : 10.

Shah, HS. (1994). Commentary on A comparison of four endotracheal tube holders. (CD - ROM). Nursing Scan in Reseach, 7 (4), 13-14.

Shapiro, B.A. & Peruzzi, W.T. (1991). Arterial blood gas monitoring. New York : Churchill Livingstone Inc.

Sorrell, J.M. & Redmond G.M. (1995). Interviews in qualitative nursing research : Differing approaches for ethnographic and phenomenological studies. Journal of Advanced Nursing, 21(6), 1117 - 1122.

Strohl, K.P. (1998). Consequences of Sleep - Disordered Breathing. Respiratory Care, 43(4), 277 - 282.

Sullivan, E.J. & Decker, P.J. (1997). Effective Leadership and Management in Nursing. New York : Addison Wesley Longman, Inc.

Thaniwattananon, P. (1995). The experiences of nurses in providing care for patients AIDS in Thailand : a phenomenological approach. a Thesis submitted for the degree of doctor of philosophy of the University of New England, Armidale.

Thompson, J.L. (1990). Hermeneutic Inquiry. In Moody, L.E. Advancing Nursing Science Through Research. (pp. 223 - 279). U.S.A. Sage Publications, Inc.

Tolep, K., Getch, cL. & Criner - GJ. (1996). Swallowing dysfunction in patients receiving prolonged mechanical ventilation. (CD - ROM). Chest : -The- Cardiopulmonary Journal, 109 (1), 167 - 172.

Walters, A.J. (1995). The phenomenological movement : implications for nursing research. Journal of Advanced Nursing, 22(4) , 791 - 799.

Weilitz, P.B. (1993). Weaning a Patient from Mechanical Ventilation. Critical Care Nurse, 4 (13), 33 - 41.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

แบบบันทึกและแบบสัมภาษณ์
 “ประสบการณ์ของผู้ป่วย ในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ”

คำถามการวิจัย

1. ความหมายของการได้รับเครื่องช่วยหายใจตามการรับรู้ของผู้ป่วยและความรู้สึกต่อการได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นอย่างไร
2. ปัญหา/เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยประสบ ความรู้สึกต่อปัญหา/เหตุการณ์เหล่านั้น และวิธีการเผชิญ/จัดการกับปัญหาขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจมีอะไรบ้าง
3. ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลที่ได้รับ ความรู้สึกต่อการดูแลและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจมีอะไรบ้าง

แบบบันทึกและแบบสัมภาษณ์

--	--	--

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ศาสนา

พุทธ

อิสลาม

คริสต์

อื่น ๆ ระบุ.....

4. สถานภาพสมรส

- โสด
- คู่และอยู่ร่วมกัน
- คู่แยกกันอยู่
- หม้าย/หย่า/แยก

5. บทบาทในครอบครัว

- เป็นหัวหน้าครอบครัว
- เป็นสมาชิกในครอบครัว
- อื่น ๆ

6. ระดับการศึกษา

- ไม่ได้รับการศึกษา
- ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า
- มัธยมต้น หรือเทียบเท่า
- มัธยมปลาย หรือเทียบเท่า
- อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
- ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
- สูงกว่าปริญญาตรี

7. อาชีพ

- เกษตรกรรม
- ทำการประมง
- รับราชการ
- รัฐวิสาหกิจ
- ค้าขาย
- รับจ้าง
- อื่น ๆ (ระบุ).....

8. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (ระบุ).....บาท

ตอนที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วย

1. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนี้เป็นครั้งที่.....

2. ในอดีตเคยเจ็บป่วยด้วยโรค (ระบุรายละเอียดเกี่ยวกับปัญหาและอาการที่สำคัญ)

.....

3. การเจ็บป่วยครั้งนี้แพทย์วินิจฉัยเป็นโรค.....

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน.....

.....

4. ก่อนใช้เครื่องช่วยหายใจมีอาการและอาการแสดงคือ.....

.....

.....

.....

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง(ถ้ามี).....

.....

5. ได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลา.....ครั้ง (รวมทั้งครั้งนี้ด้วย)

ครั้งที่ 1. รพ.....เมื่อ.....

ครั้งที่ 2. รพ.....เมื่อ.....

ครั้งที่ 3. รพ.....เมื่อ.....

ครั้งที่ 4. รพ.....เมื่อ.....

ปัจจุบันเป็นครั้งที่.....เมื่อ.....

6. ระยะเวลาในการได้รับเครื่องช่วยหายใจครั้งนี้.....วัน

ที่หอผู้ป่วย (มากกว่า 1 หอผู้ป่วยให้ระบุ).....

.....

7. ชนิดของเครื่องช่วยหายใจที่ได้รับในครั้งนี (ระบุ).....

.....

8. การหยาเครื่องช่วยหายใจ

8.1 หยาเครื่องช่วยหายใจโดยวิธี

- T - piece
- SIMV
- CPAP
- PSV
- อื่น ๆ (ระบุ).....

8.2 เริ่มหยาเครื่องช่วยหายใจเมื่อ..... ณ หอผู้ป่วย.....

8.3 หยาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จเมื่อ.....ณ หอผู้ป่วย.....

8.4 อาการและอาการแสดง รวมทั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการรักษาที่ได้รับก่อนหยาเครื่องช่วยหายใจ(ถ้ามี ระบุ).....

.....

.....

9. อาการและอาการแสดงในปัจจุบันขณะสัมภาษณ์

สัมภาษณ์ครั้งที่ 1

วันที่เวลา สถานที่..... อาการ
และอาการแสดงคือ.....

.....

.....

สัมภาษณ์ครั้งที่ 2

วันที่เวลา สถานที่..... อาการ
และอาการแสดงคือ.....

.....

.....

สัมภาษณ์ครั้งที่ 3

วันที่เวลา สถานที่.....
อาการและอาการแสดงคือ.....

.....

.....

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วย เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งมีแนวคำถามดังนี้

9. อยากให้คุณเล่าให้ฟังว่าคุณมีปัญหาหรือมีอาการอย่างไรจึงต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ
2. คุณรู้สึกอย่างไร ในระหว่างได้รับเครื่องช่วยหายใจ
3. คุณคิดว่าเครื่องช่วยหายใจมีความหมายต่อคุณอย่างไร
4. ในระหว่างได้รับเครื่องช่วยหายใจ มีปัญหา/เหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นกับคุณบ้าง
5. คุณรู้สึกอย่างไรต่อปัญหา/เหตุการณ์เหล่านั้น
6. คุณมีวิธีการจัดการกับปัญหา/เหตุการณ์เหล่านั้นอย่างไร
7. ขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจคุณต้องการได้รับการดูแล/ช่วยเหลือเรื่องอะไรบ้าง จากใคร
8. ความต้องการที่คุณได้รับการดูแล/ตอบสนองมีอะไรบ้าง รู้สึกอย่างไร
9. ความต้องการเรื่องใดที่คุณไม่ได้รับการดูแล/ช่วยเหลือ คุณรู้สึกอย่างไร

ภาคผนวก ข.

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

สวัสดิ์ค๊ะ คิฉินนางสาวภัทรพร จันทร์ประดิษฐ์ นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ โดยจะทำการศึกษาเกี่ยวกับการให้ความหมายของการได้รับเครื่องช่วยหายใจตามการรับรู้ของท่าน และความรู้สึกรู้สึกต่อการได้รับเครื่องช่วยหายใจ ปัญหา/เหตุการณ์ต่างๆ ที่ประสบ ความรู้สึกต่อปัญหา/เหตุการณ์เหล่านั้น และวิธีการเผชิญ/จัดการกับปัญหาขณะได้รับเครื่องช่วยหายใจ ตลอดจนประสบการณ์ต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลที่ได้รับ ความรู้สึกต่อการดูแล และความต้องการการดูแลขณะที่ท่านได้รับเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อการให้การดูแลผู้ป่วยในโอกาสต่อไป

ในฐานะที่ท่าน เป็นผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรงในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการให้ข้อมูลต่าง ๆ โดยจะใช้วิธีการพูดคุย สัมภาษณ์ ร่วมกับการบันทึกเทป ซึ่งวันและเวลาในการสัมภาษณ์จะขึ้นอยู่กับความพร้อมและความสมัครใจของท่าน โดยจะทำเช่นนี้จนกว่าจะได้ข้อมูลที่เพียงพอ ข้อมูลหรือคำสัมภาษณ์ต่าง ๆ จะเก็บไว้เป็นความลับและจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาแต่ประการใด หากผู้วิจัยต้องการจะนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษา ผู้วิจัยจะใช้นามสมมติแทน หากท่านไม่พร้อมหรือไม่ต้องการในการเข้าร่วมวิจัย ก็สามารถปฏิเสธได้ทุกเวลา

ในโอกาสนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านในการให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

นางสาวภัทรพร จันทร์ประดิษฐ์

ภาคผนวก ก.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประณีต ส่องวัฒนา
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ดร. วันดี สุทธิรัมย์
ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. อาจารย์จาร์วรรณ มานะสุรการ
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาคผนวก ง.

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

นามสมมติ	เพศ	อายุ	ศาสนา	สถานภาพสมรส	บทบาทในครอบครัว	ระดับการศึกษา	อาชีพ	รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)	การวินิจฉัยโรค	จำนวนครั้งที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ	ระยะเวลาที่ใส่ (วัน)	ระยะเวลาในการให้ข้อมูลครั้งแรก (วัน)	ชนิดเครื่องช่วยหายใจที่ได้รับ
ยายถนอม	หญิง	73	พุทธ	หม้าย	สมาชิก	ม. ปสาย	ข้าราชการบำนาญ	4,500	COPD c acute exacerbation	3	9	38	Bennett
น้องริ	หญิง	23	อิสลาม	คู่อยู่ร่วมกัน	สมาชิก	ป. 6	รับจ้าง	8,000	pulmonary edema c severe hypertension	1	6	1	Bennett
น้องเทา	ชาย	24	พุทธ	คู่อยู่ร่วมกัน	หัวหน้า	ม. ต้น	รับจ้าง	4,000	stab wound Lt. chest c cardiac tamponade	1	4	29	Amadeus
ลุงเล็ก	ชาย	64	พุทธ	หม้าย	หัวหน้า	ม. ต้น	งานบ้าน	3,000	gut obstruction	1	22	85	Amadeus
พี่เมฆ	ชาย	45	พุทธ	คู่อยู่ร่วมกัน	หัวหน้า	ม. ต้น	รับจ้าง	40,000	GSW lower chest & abdomen tear Lt. Lobe liver, stomach, Lt. Diaphragm	1	8	14	Bennett
น้องดำ	ชาย	23	พุทธ	โสด	สมาชิก	ปวช.	ไม่ได้ทำงาน	6,000	epidural hematoma	1	3	12	Bennett
ลุงแจ้ง	ชาย	71	พุทธ	คู่อยู่ร่วมกัน	หัวหน้า	ป. 4	งานบ้าน	5,000	COPD c acute exacerbation	1	5	5	Bird
ลุงหมาด	ชาย	56	พุทธ	คู่อยู่ร่วมกัน	หัวหน้า	ไม่ได้รับการศึกษา	งานบ้าน	4,000	COPD c respiratory failure	1	12	2	Bird
พภ.แสง	ชาย	85	พุทธ	โสด	-	ป. 4	ไม่ได้ทำงาน	-	COPD c respiratory failure	1	12	10	Bird, Bennett
พี่น้อง	หญิง	32	พุทธ	คู่แยกกันอยู่	สมาชิก	ป. 6	งานบ้าน	5,000	severe acute asthmatic attack	2	3	28	Bird, Bennett
น้ำขึ้น	หญิง	54	พุทธ	หม้าย	สมาชิก	ไม่ได้รับการศึกษา	งานบ้าน	3,000	CHF c pulmonary edema	1	2	7	Bird

แบบบันทึกการให้การดูแลผู้ป่วยในขณะที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ

คำชี้แจง แบบประเมินนี้มีทั้งหมด 14 ข้อ ให้พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นผู้ประเมิน โดยทำเครื่องหมาย (/) ในข้อที่ได้ดำเนินการแล้ว และ ทำเครื่องหมาย (x) ในข้อที่ยังไม่ได้ดำเนินการ

กิจกรรมการดูแล	วันที่			วันที่		
	ช	บ	ค	ช	บ	ค
1. อธิบายให้ทราบเกี่ยวกับสัญญาณเตือนของเครื่องช่วยหายใจ						
2. อธิบายให้ทราบเกี่ยวกับเสียงที่เกิดจากการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ						
3. อธิบายให้ทราบเกี่ยวกับกฎระเบียบในการเยี่ยม						
4. อธิบายให้ทราบความจำเป็นของการใส่และคาท่อช่วยหายใจ						
5. อธิบายให้ทราบความจำเป็นของการงดอาหารและน้ำ						
6. ทากลิเซอริน บอเร็กซ์ (Glycerin Borex) หรือ ใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำ และบริเวณริมฝีปากเพื่อให้เกิดความชุ่มชื้น						
7. อธิบายให้ทราบความจำเป็นที่จะต้องผูกมัดในช่วงที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ						
8. เตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร อาทิ กระดาษ ดินสอ/ปากกา กริ่ง ฯลฯ ไว้สำหรับให้ผู้ป่วยสื่อสารเมื่อต้องการความช่วยเหลือ						
9. ดูแลเสมหะทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยต้องการ/เมื่อมีเสมหะในท่อช่วยหายใจ						
10. บีบและปล่อยถุงลมช่วยหายใจ (ambu bag) อย่างนุ่มนวลทุกครั้งขณะดูแลเสมหะ						
11. บอกให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนปฏิบัติกิจกรรมใดๆ กับผู้ป่วย						
12. พูดจากับผู้ป่วยด้วยวาจาที่สุภาพอ่อนโยน						
13. จัดทำนอนที่เหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วย						
14. เรื่องการให้ยา						
14.1 กรณี ที่ผู้ป่วยต้องการได้รับยาแก้ปวดหรือยาบรรเทาอาการเหนื่อยหอบก่อนเวลาที่กำหนด จะต้องอธิบายถึงผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นให้ผู้ป่วยทราบ ถ้าผู้ป่วยยังต้องการที่จะได้รับยาดังกล่าวต้องปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาต่อไป						
14.2 กรณีที่ผู้ป่วยไม่ขอยาแก้ปวดหรือยาบรรเทาอาการเหนื่อยหอบ ผู้ดูแลให้ยาตามระยะเวลาที่กำหนด						
ลายมือชื่อพยาบาลผู้ให้การดูแล						

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางสาวภัทรพร จันทร์ประดิษฐ์
 วัน เดือน ปีเกิด 7 สิงหาคม 2511
 วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีสำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรวิชาการพยาบาล และผดุงครรภ์	วิทยาลัยพยาบาล นครศรีธรรมราช	พ.ศ. 2531
ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	พ.ศ. 2536
ปริญญาการศึกษามัธยมศึกษา (สาขาธุรกิจศึกษา)	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สงขลา	พ.ศ. 2536
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	พ.ศ. 2543

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลเทคนิค ห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสงขลา พ.ศ. 2531-2538
 พยาบาลวิชาชีพ ห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสงขลา พ.ศ. 2538 - ปัจจุบัน

บทส่งท้าย

วิชาการงานวิจัยเชิงคุณภาพ

ต้องการทราบจะเล่าแจ้งแฉลงใจ

ภัทรพรเลือกเนื้อหามาวิจัย

ศึกษาในผู้ปวยวิกฤตจิตมีคมน

ต้องการทราบประสบการณ์ที่ผ่านพบ

ได้ประสบเครื่องช่วยหายใจมาลงน

ไปเจาะลึกศึกษาในกลุ่มคน

เพื่อสืบค้นความจริงสิ่งทั้งปวง

ความหมาย... ความต้องการ... ความรู้สึก

ให้หวนนึกถึงเหตุการณ์อันใหญ่หลวง

อธิบาย... บรรยาย... ออกจากทรวง

ในช่วงที่ได้รับเครื่องช่วยฯ ด้วยใจจริง

สร้างสัมพันธภาพอันซาบซึ้ง

โดยคำนึงถึงหลักการงานทุกสิ่ง

เอื้ออาทรต่อกันและกันจริง

ไม่ประวิงหวังได้แต่ฝ่ายเดียว

ญาติสนิทมิตรสหายคนใกล้ชิด

ผูกจิตเป็นมิตรไว้ให้แน่นเหนียว

ความหวาดระแวงสลายเหมือนคลายเกลียว

เป็นหนึ่งเดียวผูกพันกันเรื่อยมา

ความรู้สึกที่ดีต่างมิให้

จึงจะได้ความจริงสิ่งปรารถนา

บันทึกเทปสัมภาษณ์เจรจา

นำข้อมูลมาวิเคราะห์เจาะประเด็น

ดีความ...จัดหมวดหมู่...ให้ความหมาย...
บรรยาย...อภิปราย... ตามที่เห็น
ความลำเอียง... อคติ... ต้องละเว้น
ระลึกเป็นอุทาหรณ์ไว้สอนใจ
ขอกราบขอบพระคุณคุณอาจารย์
ผู้ประสานวิชาการงานยิ่งใหญ๋
อาจารย์ที่ปรึกษาควบคุมงานวิจัย
คอยห่วงใยศิษย์สำนึกระลึกคุณ

ภัทรพร จันทร์ประดิษฐ์