

## การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ: การประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วย ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์

### Nursing Care for Critically Ill Patients on Mechanical Ventilation: Applying the Concept of Humanized health care

วิภาดา ทรงเที่ยง<sup>1</sup>

Wipada Throngthieng

ปณัชญา เชื้อวงษ์<sup>2\*</sup>

Panatchaya Chuawong

\*Corresponding author E-mail: panatchaya@bcnr.ac.th

(Received: March 28, 2025; Revised: August 30, 2025; Accepted: August 31, 2025)

#### บทคัดย่อ

ผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจมักเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ อันเนื่องมาจากกระบวนการรักษาที่ซับซ้อน ข้อจำกัดในการสื่อสาร และสภาพแวดล้อมที่เคร่งเครียดในหอผู้ป่วยวิกฤต แนวคิดการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care) เป็นกรอบแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับศักดิ์ศรี ความเป็นปัจเจก และความต้องการเชิงลึกของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต ความเป็นอยู่ที่ดี และการฟื้นตัวอย่างรอบด้าน บทความฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวทางการประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยเน้นองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจ การมีส่วนร่วมของครอบครัว และจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย การบูรณาการแนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสามารถส่งเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมแห่งการเยียวยา คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย และนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการพยาบาล ตลอดจนประสิทธิภาพของระบบการดูแลสุขภาพโดยรวม

**คำสำคัญ:** ผู้ป่วยวิกฤต เครื่องช่วยหายใจ การดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์

<sup>1, \*2</sup> อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute



## Abstract

Critically ill patients who require mechanical ventilation often experience significant physical and psychological distress due to complex treatment processes, communication barriers, and the high-stress environment of intensive care units (ICUs). Humanized health care emphasizes patients' dignity, individuality, and holistic needs, aiming to enhance their quality of life, well-being, and recovery. This article proposes the application of humanized health care principles in the nursing management of mechanically ventilated patients. Key components include effective communication, emotional and psychological support, family involvement, and ethical care practices. Integrating patient-centered approaches based on humanized care can help foster a healing environment, preserve human dignity, and ultimately improve both nursing care quality and the overall efficiency of the healthcare system.

**Keywords:** Critical care patients, Mechanical ventilation, Humanized health care

## บทนำ

ผู้ป่วยวิกฤติที่มีปัญหาทางระบบทางเดินหายใจ มักประสบภาวะผิดปกติในการแลกเปลี่ยนก๊าซ ซึ่งส่งผลกระทบต่อตรงต่อการดำรงชีวิต จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจร่วมกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อประคับประคองระบบหายใจให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ในบางกรณีผู้ป่วยไม่สามารถแก้ไขปัญหาความผิดปกติในระบบทางเดินหายใจได้ในระยะเวลาอันสั้น จึงมีความจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจถือเป็นมาตรการสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มขึ้น ควบคู่ไปกับการวินิจฉัยและรักษาสาเหตุของโรคอย่างเหมาะสมและทันที่ (Srichoenchai, 2016) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในกระบวนการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ โดยเฉพาะผู้ที่พึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรด่านแรกที่เฝ้าสังเกตอาการ ติดตามอาการของผู้ป่วย และให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดด้วยความรู้ ความชำนาญ และทักษะทางวิชาชีพ พยาบาลจึงมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมความปลอดภัยและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย

แนวคิดการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care) ได้รับการยอมรับว่าเป็นรากฐานสำคัญของวิชาชีพการพยาบาล ที่มีจุดเริ่มต้นตั้งแต่ยุคของมิสฟลอเรนซ์ในดิงเกล ผู้บุกเบิกวิชาชีพการพยาบาลให้ความสำคัญกับการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วย และมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมที่คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และคุณค่าของผู้ป่วย (Florence, 1969) แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาลที่มุ่งเน้นความเสียสละ ความเมตตา และการบริการด้วยหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และสร้างความพึงพอใจสูงสุด การพัฒนาทักษะและจิตสำนึกในแนวคิด การดูแลที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์จึงเป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพ และยกระดับคุณค่าของวิชาชีพในการปฏิบัติงานอย่างมีจริยธรรมและเป็นรูปธรรม

## แนวคิดการพยาบาลด้วยใจความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care)

แนวคิดการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care) เป็นแนวทางดูแลผู้ป่วยที่คำนึงถึงความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการอย่างรอบด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยให้ความสำคัญกับการเคารพในศักดิ์ศรี ความเชื่อส่วนบุคคล และบริบทเฉพาะของผู้ป่วย แนวทางดังกล่าวมีหลักการสำคัญ ได้แก่ การดูแลแบบองค์รวม ความเมตตา การสร้างความสัมพันธ์เชิงบวก การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว (Plotplueang et al., 2018) การพยาบาลตามแนวคิดดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลที่มีบทบาทใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลจึงต้องมีการใช้ทักษะการสื่อสารที่ชัดเจนและเหมาะสม การให้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างเหมาะสม และการตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย แม้ในภาวะวิกฤตที่ผู้ป่วยอาจไม่สามารถสื่อสารได้อย่างปกติก็ตาม นอกจากนี้พยาบาลยังต้องมีความรู้ความสามารถในการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะวิกฤตหรือจากการรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ (Limumnoilap & Tumnong, 2014)

การดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจด้วยหัวใจโดยอิงแนวคิดการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care) เป็นกระบวนการดูแลที่ให้ความสำคัญกับศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ อันเป็นการบูรณาการระหว่าง “การให้บริการทางการแพทย์” กับ “ชีวิตและความเป็นมนุษย์” ซึ่งสะท้อนถึงการผสมผสานระหว่าง “ความสามารถ (Competence)” และ “ความใส่ใจ (Caring)” ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตซึ่งต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ

การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ถือเป็นเอกลักษณ์เฉพาะของวิชาชีพพยาบาลที่ควรได้รับการส่งเสริมและปลูกฝัง เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีความใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด อย่างไรก็ตาม การพัฒนาอย่างก้าวกระโดดของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในปัจจุบันส่งผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยลดลง และการดูแลในด้านจิตใจและจิตวิญญาณถูกลดทอนลงเช่นกัน ดังนั้นความจำเป็นในการส่งเสริมแนวคิดการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ให้แก่พยาบาล เพื่อให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล (Thailand nursing and midwifery council, 2010) นอกจากนี้สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจมีความสำคัญอย่างยิ่ง พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ มีความรู้ และทักษะการบำบัดระบบหายใจ ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ (Chanphen, Deuanram, & Warathip, 2020)

1) ด้านคุณธรรมจริยธรรม พยาบาลต้องมีการพิทักษ์สิทธิการรักษาของผู้ป่วย มีการปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ และเอื้ออาทร รวมถึงมีการให้ข้อมูลความจำเป็นในการใช้เครื่องช่วยหายใจแก่ผู้ป่วยและญาติ

2) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถวางแผนดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจได้อย่างเหมาะสม มีความกระตือรือร้นในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ สามารถประเมินความเสี่ยงและเฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นในการใช้เครื่องช่วยหายใจ มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงและทักษะในการสังเกตอาการของผู้ป่วย รวมทั้งสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง เข้าใจในอาการและค้นหาสาเหตุรวมทั้งแก้ไขให้ตรงกับปัญหา และสาเหตุที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ตลอดจนมีวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความเหมาะสม



3) ด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาล โดยการดูแลท่ช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์และความขึ้นทางเดินหายใจอย่างเหมาะสม การดูแลผู้ป่วยในการเคลื่อนย้ายอย่างเหมาะสม เช่น การประเมินความพร้อม การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและการเตรียมอุปกรณ์เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น การประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในเวลาที่เหมาะสม การจัดการและตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคมของผู้ป่วยและญาติ

4) ด้านการกำกับการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ โดยเตรียมเครื่องช่วยหายใจและอุปกรณ์ได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน การแก้ปัญหาเบื้องต้นเมื่อเครื่องช่วยหายใจมีสัญญาณเตือน การตรวจสอบการตั้งค่าต่างๆ รวมทั้งการตั้งค่าสัญญาณเตือนได้ และการบำรุงรักษาอุปกรณ์และเครื่องช่วยหายใจให้พร้อมอยู่เสมอ การติดตามปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างต่อเนื่อง และเมื่อปัญหาได้รับการแก้ไขควรแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงสาเหตุ การแก้ไข และความร่วมมือที่ต้องการจากผู้ป่วย ซึ่งการให้ข้อมูลที่ตรงไปตรงมาดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจและคลายความวิตกกังวล (Williams, 2013)

5) ด้านการสื่อสาร โดยการประสานความร่วมมือกับบุคลากรทีมสุขภาพ การยอมรับและรับฟังเมื่อมีการแสดงความคิดเห็นของผู้ป่วย ญาติ และทีมสุขภาพ การประเมินข้อจำกัดในการสื่อสารกับผู้ป่วยขณะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ รวมถึงการเลือกวิธีการและเครื่องมือสื่อสารที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน

6) ด้านการบริหารจัดการ โดยการตัดสินใจวางแผน การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจได้เหมาะสม การมอบหมายงานทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจได้อย่างถูกต้อง การนำทีมหรือร่วมทีมในการประชุมปรึกษาแก้ปัญหา การนิเทศงานให้แก่ผู้ร่วมทีมในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลการใช้เครื่องช่วยหายใจ และวิเคราะห์ปัญหาเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Phongphaew & Kachanam, 2018)

### การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจะช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมได้อย่างแท้จริง โดยใส่ใจในการปฏิบัติการพยาบาล คำนึงถึงความปลอดภัยและความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ (Chanphen Niamwan et al., 2020; Kwanruthai Panthu, 2021) ประกอบด้วย

1. การดูแลท่ช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่หัก พับ งอ หรือเลื่อนหลุดโดยการติดพลาสติกหรือการผูกเชือก ตรวจสอบ cuff pressure โดยให้มีแรงดันลมในระดับต่ำที่สุดที่ยังสามารถป้องกันการรั่วของออกซิเจนได้ เพื่อลดการบาดเจ็บของหลอดลมและให้การรักษามีประสิทธิภาพ (Jaranai, 2017)

2. การประเมินระบบทางเดินหายใจ ตรวจสอบความสัมพันธ์ของการหายใจของผู้ป่วยกับเครื่องช่วยหายใจ การประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ สัญญาณชีพ และ Oxygen saturation ประเมินลักษณะเสียงหายใจที่ผิดปกติโดยการฟังปอด รวมทั้งสังเกตรูปแบบการหายใจ การแผ่ระว่างและให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและวิตกกังวลลดลง

3. การจัดท่าในแนวตรง (Vertical posture) เป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ซึ่งเน้นการสบตา การสัมผัส และการพูดคุยอย่างเอื้ออาทร ช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยให้ดีขึ้น เกิดความไว้วางใจ และยอมรับการดูแล (Yooyangket & Ketpichayawattana, 2019)

4. การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ การดูแลความสะอาดในช่องปากและฟันของผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมง การดูดเสมหะแบบระบบปิดเพื่อลดการสะสมของเสมหะในทางเดินหายใจ โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อให้เช็ดข้อต่อต่าง ๆ ทุกครั้งก่อนและหลังการต่อกับอุปกรณ์ภายนอก

การดูแลท่อทางเดินหายใจซึ่งการรักษาระดับ cuff pressure ที่ 20 - 30 mmHg ทุก 4 ชั่วโมง การจัดทำนอน การพลิกตะแคงตัว การทดสอบตำแหน่งปลายสายยางให้อาหาร (NG tube) ก่อนให้อาหารทางสายยาง

5. การประเมินภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ การประเมินลักษณะ สี และปริมาณ ของเสมหะ รวมทั้งอุณหภูมิร่างกายที่สูงขึ้นจากภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

6. ตรวจสอบ ventilator record ถ้าอัตราการหายใจ (respiratory rate; RR) เร็วขึ้นอาจจะมีปัญหา ของระบบหายใจ

7. ประเมินปริมาณสารน้ำเข้าออกจากร่างกาย (intake/output: I/O) ถ้า intake มากกว่า output มักจะพบว่า มีน้ำที่เกินซึมผ่านไปที่ปอดทำให้ปอดแฟบลง

8. ตรวจสอบการตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจให้ตรงกับคำสั่งแพทย์ ตรวจสอบปริมาณน้ำใน circuit และ ตรวจสอบ heated humidifier ให้อยู่ที่ 32-34 องศาเซลเซียส ไม่ควรเกิน 37 องศาเซลเซียสเพื่อป้องกัน ภาวะต้านเครื่อง (patient-ventilator dysynchrony)

9. ดูแลค่าความยืดหยุ่นของปอด (lung compliance) เพื่อประเมินภาวะพยาธิสภาพของเนื้อปอด

10. การอ่านและแปลผล arterial blood gas (ABG) เพื่อเฝ้าระวังระดับของออกซิเจน ภาวะกรด-ด่างจากการหายใจ

11. ตรวจสอบความสัมพันธ์การหายใจของผู้ป่วยกับเครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับการช่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ

12. การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ในเวลาที่เหมาะสมให้หย่า เครื่องช่วยหายใจทันที เนื่องจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานจะไปเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดปอด อักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

13. การดูแลด้านจิตสังคม เนื่องจากการใส่เครื่องช่วยหายใจก่อให้เกิดความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยและ ญาติ เป็นข้อจำกัดในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับญาติและบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังเกิด ความเจ็บปวดจากท่อช่วยหายใจที่คาอยู่ในปากในลำคอ ความเจ็บปวดการดูดเสมหะ ความไม่สุขสบายจากการ ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวซึ่งกระทบต่อทั้งต่อจิตใจและเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางกาย ความไม่คุ้นชิน กับสภาพแวดล้อม พยาบาลจึงควรให้การพยาบาลที่สุภาพ แจ้งผู้ป่วยทุกครั้ง แสดงออกถึงความเอื้ออาทร ห่วงใย มีปฏิสัมพันธ์ที่ดี เลือกวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยและตอบสนอง ต่อความต้องการของผู้ป่วยอย่างทันที่ด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ป่วยเปิดโอกาสให้ญาติได้ซักถาม

14. การใส่ใจในความต้องการและความสุขสบายอื่น ๆ เช่น อุณหภูมิในหอผู้ป่วยที่ร้อนหรือเย็น เกินไป เสียงนอน หมอนไม่เหมาะสม ซึ่งพยาบาลต้องสังเกต ประเมินผล ปรับปรุง และเลือกใช้ให้สอดคล้องกับ ความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละสถานการณ์ที่แตกต่างกัน การเคารพให้เกียรติและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของ แต่ละบุคคล (Plodplueng, Meenasantirak, Plianbamrung, Rakbanglaem, & Ounprommee, 2018)

## ปัญหาอุปสรรคในการประยุกต์ใช้การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care) ในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

ปัญหาอุปสรรคในการประยุกต์ใช้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีหลายประการ ที่สะท้อนถึงข้อจำกัดทั้งในด้านระบบ บุคลากร และสิ่งแวดล้อม ดังนี้

1. ข้อจำกัดด้านการสื่อสาร (Communication Barriers) ผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจไม่ สามารถสื่อสารด้วยเสียงได้ ซึ่งส่งผลให้พยาบาลไม่สามารถเข้าใจความต้องการหรือความรู้สึกของผู้ป่วยได้อย่าง ชัดเจน ทำให้การดูแลด้านอารมณ์และจิตใจเป็นไปได้ยาก (Bumrungphong et al., 2018)



2. ภาระงานสูงและบุคลากรไม่เพียงพอ (Heavy Workload & Staffing Shortages) ในหอผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยหลายรายในเวลาเดียวกัน ทำให้ไม่สามารถให้ความใส่ใจเฉพาะรายหรือใช้เวลาสร้างความสัมพันธ์แบบมนุษยสัมพันธ์ได้มากเท่าที่ควร (Panthu, 2021)

3. สิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการฟื้นฟูด้านจิตใจ (Unfavorable ICU Environment) บรรยากาศในหอผู้ป่วยวิกฤตเต็มไปด้วยเสียงสัญญาณเครื่องมือและข้อจำกัดของพื้นที่ ซึ่งอาจสร้างความเครียดและความรู้สึกโดดเดี่ยวให้กับผู้ป่วย (Kulsirin & Kachonam, 2018)

4. ขาดความรู้และความเข้าใจในแนวคิด Humanized Health Care บุคลากรบางส่วนอาจยังไม่เข้าใจหลักการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์หรือขาดการอบรมด้านการพยาบาลที่เน้นความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง (Suwannaew, 2024)

5. ข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Limited Family Involvement) การจำกัดการเยี่ยมในหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้ครอบครัวไม่สามารถมีส่วนร่วมในการสนับสนุนผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ทั้งที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลแบบองค์รวม (Yuyangket & Kasepitchayawatana, 2019)

## แนวทางการส่งเสริมและการประยุกต์ใช้การพยาบาลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care) ในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจโดยใช้แนวคิดการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์จะเน้นการดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และยืดหยุ่น ปรับตามบริบทผู้ป่วยและความต้องการเฉพาะบุคคล แนวทางในการส่งเสริมการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์มีองค์ประกอบสำคัญที่พยาบาลสามารถประยุกต์ใช้ได้ ดังนี้

1. **การสร้างสัมพันธ์และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ** การสื่อสารกับผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจ พยาบาลควรใช้เทคนิคการสื่อสารทางเลือก เช่น การใช้บอร์ดสื่อสาร ภาษากาย หรือการอ่านปาก รวมถึงการใส่ใจการรับรู้ของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแสดงความรู้สึก ความต้องการ และลดความเครียด (Chanphen, Deuanram, & Warathip, 2020)

2. **การจัดการความเจ็บปวดและความไม่สบายตัว** การประเมินและจัดการความเจ็บปวดอย่างเหมาะสมเป็นหัวใจของการดูแลแบบมนุษยนิยม พยาบาลควรให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา รวมถึงการประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง (Ponsirirat & Phoolkarung, 2018) และเพิ่มเป้าหมายด้านความผาสุกทางอารมณ์ รักษาศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และสร้างความสงบแก่ผู้ป่วย

3. **การสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจ** ผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมักประสบความวิตกกังวลและกลัวการเสียชีวิต พยาบาลควรให้การดูแลเชิงจิตสังคม เป็นผู้ดูแลเชิงสัมพันธ์ (Caring relationship) โดยการรับฟัง ให้กำลังใจ เป็นผู้เยียวยาทางจิตใจของผู้ป่วย และแสดงความเข้าใจ เพื่อช่วยลดความเครียดและเสริมสร้างความหวังสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต (Yooyangket & Ketpitchayawatana, 2019)

4. **การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว** ครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ การเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพและความเชื่อมั่น และให้ข้อมูลข่าวสารอย่างสม่ำเสมอจะช่วยเพิ่มความไว้วางใจและส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา (Tabutwong & Julamet, 2015)

5. **การเคารพศักดิ์ศรีและจริยธรรมในการดูแล** การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต้องเผชิญกับการตัดสินใจที่ซับซ้อน เช่น การหยุดการรักษา การสื่อสารข่าวร้าย ซึ่งพยาบาลต้องคำนึงถึงคุณธรรมจริยธรรม และเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว (Williams, 2013)

## กรณีศึกษา

ชายไทยอายุ 69 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ สถานภาพสมรส อาชีพค้าขาย

อาการสำคัญ ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ด้วยอาการหายใจเหนื่อยมาก 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 4 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้หนาวสั่น ปวดศีรษะมาก ไอมีเสมหะสีเหลืองปนเลือด ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ได้รับยาปฏิชีวนะ อาการไม่ทุเลา มีไข้สูงตลอดและหายใจเหนื่อยมากขึ้น ได้รับการส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลราชบุรี ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

การวินิจฉัยโรค Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) with Septic shock

อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 39.4 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที ชีพจร 126 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 96/61 มิลลิเมตรปรอท ค่าออกซิเจนปลายนิ้ว 87 เปอร์เซ็นต์ ได้รับ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง แพทย์แนะนำการใส่ท่อช่วยหายใจ แต่ผู้ป่วยปฏิเสธ จึงส่งต่อไปตึกอายุรกรรมชาย

แรกเริ่มที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 39.6 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 32 ครั้งต่อนาที ชีพจร 132 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 102/65 มิลลิเมตรปรอท ค่าออกซิเจนปลายนิ้ว 72 เปอร์เซ็นต์ ได้รับ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ผลภาพรังสีทรวงอกพบมีภาวะเลือดออกในปอด (Pulmonary hemorrhage) 1 ชั่วโมงต่อมาหายใจเหนื่อยมากขึ้น อัตราการหายใจ 40 ครั้งต่อนาที ชีพจร 140 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 167/ 83 มิลลิเมตรปรอท ค่าออกซิเจนปลายนิ้ว 70 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยยินยอมใส่ท่อช่วยหายใจ จึงทำการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

ขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ผู้ป่วยตื่นมาก ไม่ทำตามคำสั่ง กระสับกระส่าย ปลายมือ ปลายเท้าเย็น หายใจเหนื่อย ชีพจรเบา-เร็ว หายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ได้รับการให้ยาแก้ลมปราศและยาหย่อนกล้ามเนื้อ และใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central line: C-line) เพื่อให้ยา/สารน้ำและประเมินปริมาณสารน้ำในร่างกาย

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1** การแลกเปลี่ยนแก๊สในปอดบกพร่อง เนื่องจากภาวะพยาธิสภาพของปอดและการพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดอย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับออกซิเจนในเลือดเพียงพอ
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพร่วมกับเครื่องช่วยหายใจ

### ข้อมูลสนับสนุน

1. มีไข้ หายใจหอบเหนื่อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 39.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 32 ครั้งต่อนาที ชีพจร 140 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 134/75 มิลลิเมตรปรอท ค่าออกซิเจนปลายนิ้ว 75 เปอร์เซ็นต์



2. ผู้ป่วยตื่นมาก ไม่ทำตามคำสั่ง กระสับกระส่าย ปลายมือ ปลายเท้าเย็น หายใจเหนื่อย ชีพจรเบา - เร็ว หายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC : WBC 14,200/ cu.mm., Neutrophil 96.1%, Serum lactate : 2.8 mmol/L

Sputum : WBC 30-50 cells/LPF , Gram Negative Bacilli few

Sputum Culture : Moderate Pseudomonas aeruginosa

Arterial Blood Gas: pH 7.35 – 7.45, PaO<sub>2</sub> 80 – 100 mmHg, PaCO<sub>2</sub> 35 – 45 mmHg, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> (Bicarbonate) 22 – 26 mEq/L, SaO<sub>2</sub> (Oxygen Saturation) 95 – 100%, Base Excess (BE) – 2 to +2 mEq/L

4. ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) ผลพบ Right Lung perihilar infiltration, ฟังปอดพบ crepitation both lungs

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของร่างกายขาดออกซิเจนมากขึ้น ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง เหงื่อออกตัวเย็น , กระสับกระส่าย พักผ่อนไม่ได้ , หายใจแรงและเร็วขึ้น หรือหายใจลำบากใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ , สีของผิวหนังและเล็บมือเล็บเท้าเขียว

2. ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ไม่มีไข้, เสมหะมีปริมาณลดลง สีขาวขุ่น ไม่มีกลิ่นเหม็น

3. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 80-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation มากกว่า 90 %

4. เสียงหายใจปกติ ไม่มีเสียง crepitation และเสียงลมหายใจลงปอดเท่ากันทั้งสองข้าง

5. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC : WBC 5,000-10,000 /cu.mm., Neutrophil 40-75% ผลSputum Gram stain ไม่พบ WBC และสิ่งผิดปกติอื่นๆ ผล Sputum Culture ไม่พบเชื้อต่างๆ

6. ผล Chest X-ray พบ infiltration ลดลง

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงสาเหตุผลและความจำเป็นของการใส่ท่อช่วยหายใจ อันตรายของการเลื่อนหลอด และระยะเวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจ และเมื่อการติดเชื้อดีขึ้นผู้ป่วยสามารถหายใจได้เองได้ดีพอ ไม่มีอาการหอบเหนื่อย แพทย์จะพิจารณาเอาท่อช่วยหายใจออก โดยการสับตากับผู้ป่วยและญาติ สัมผัสอย่างอ่อนโยน พูดด้วยน้ำเสียงที่อ่อนโยน สุภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือไม่หายใจต้านเครื่องช่วยหายใจ ลดความวิตกกังวล จะช่วยให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้มากขึ้นและลดการใช้ออกซิเจนในร่างกาย

2. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อร่างกายขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง หรือภาวะหายใจล้มเหลว ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว มีอาการกระสับกระส่ายมากขึ้น สับสน วิงเวียน ซึมลง ระดับความรู้สึกตัวลดลง หายใจลำบากมากขึ้น มีอาการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องขณะหายใจ (Paradoxical abdominal motion on inspiration) ชีพจรเต้นเร็ว เต้นผิดจังหวะ ผิวหนังเย็นขึ้น เหงื่อออก มีอาการเขียวบริเวณเล็บมือเล็บเท้า

3. จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้กระบังลมหย่อนตัว เพิ่มพื้นที่แลกเปลี่ยนออกซิเจนและทำให้การระบายอากาศเป็นไปอย่างสะดวก โดยให้ข้อมูลและอธิบายเหตุผลสิ่งที่จะปฏิบัติกับผู้ป่วยเป็นการแสดงถึงการเคารพในตัวผู้ป่วย และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

4. ดูแลให้ทางเดินหายใจโล่ง โดยการประเมินความพร้อมและอธิบายเหตุผลและขั้นตอนก่อนดูดเสมหะ และดูดเสมหะในท่อย่อยหายใจและลำคอให้อย่างน้อยทุก 1-2 ชั่วโมงหรือเมื่อได้ยินเสียงเสมหะในปอดและลำคอ โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ ล้างมือก่อนและหลังดูดเสมหะ และจัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่ดูดเสมหะออกได้ง่ายตรงตำแหน่งของเสมหะที่ค้างอยู่ในปอด ช่วยเคาะปอดให้เสมหะมีการเคลื่อนไหว ดูดออกได้ง่ายสังเกตสีลักษณะของเสมหะ พร้อมทั้งสัมผัสเบา ๆ ที่แขนผู้ป่วย พุดให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อเป็นการเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย

5. ตรวจวัดสัญญาณชีพและระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation) ทุก 1 ชั่วโมง พร้อมทั้งบันทึกลงในใบบันทึกอาการผู้ป่วย เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจนของเนื้อเยื่อ และเมื่อพบว่าอุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส ดูแลเช็ดตัวลดไข้หรือพิจารณาให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ Paracetamol (500) 1 tab feed ทุก 4-6 ชั่วโมง ร่วมกับการเช็ดตัวลดไข้ โดยใช้การสัมผัสที่นุ่มนวล ขณะเช็ดตัวลดไข้ใช้ผ้าคลุมร่างกายให้มิดชิด เพื่อลดความรู้สึกอายน

6. ตรวจสอบตำแหน่งของท่อย่อยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง ไม่ให้มีการเลื่อนหลุดหรือดึงรั้ง โดยพิจารณาให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย เช่น ใช้เชือกผูกและหรือใช้พลาสติก (hypafix) ดูดน้ำลายและหรือทำความสะอาดช่องปากก่อนทำการเปลี่ยนเชือกเพื่อป้องกันการสำลักน้ำลายในขณะที่เปลี่ยนเชือก (Nakrit, Namwongphrom, & Phakdeewong, 2015)

7. ให้ผู้ป่วยหายใจทางท่อย่อยหายใจ ด้วยเครื่องช่วยหายใจชนิดที่ควบคุมด้วยปริมาตรและความดัน (Ventilator) อย่างมีประสิทธิภาพ ประเมินการผูกยึดผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน MAAS และ VAS และขออนุญาตผูกยึดผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อย่อยหายใจ

8. ประเมินเสียงหายใจที่ปอดสองข้างอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินพยาธิสภาพและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การเลื่อนหลุดของท่อย่อยหายใจ

9. ป้องกันการติดเชื้อในร่างกายเพิ่มมากขึ้น โดยดูแลทำความสะอาดปาก ฟัน ของผู้ป่วยทุกเวร เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการสะสมของเสมหะและน้ำลาย ช่วยลดจำนวนจุลินทรีย์และช่วยป้องกันการติดเชื้อมากขึ้น

10. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Berodual fort 1 NB ฟันทุก 4 ชั่วโมง และฟันเมื่อหอบเหนื่อย , Ceftazidime 2 กรัมฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมงเพื่อรักษาการติดเชื้อที่ปอดและประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นคัน , ให้ยา Fentanyl (5:1) เข้าทางหลอดเลือดดำอัตรา 10 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง เพิ่มหรือลดได้ ครั้งละ 2 มิลลิกรัมต่อชั่วโมงถ้าผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย (agitation) ทุก 15 นาที และสังเกตอาการรูม่านตาหดเล็ก ชัก หายใจลำบาก

11. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทนตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ 0.9% NSS 1,000 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ อัตรา 100 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีเหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่มีเหนื่อยหอบหรือ cyanosis อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที Oxygen sat 97 % ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 154/70 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส เสียงหายใจปกติ ไม่มีเสียง crepitation



เสียงปอดเท่ากันทั้งสองข้าง ผล CBC : WBC 9,700 /cu.mm., Neutrophil 78.4% ผล Serum lactate : 1.7 mmol/L ผล Chest X-ray พบ infiltration ลดลง

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2** การระบายอากาศไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากความสามารถในการขับเสมหะลดลง

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ปลอดภัยจากการอุดตันทางเดินหายใจ

### ข้อมูลสนับสนุน

1. มีเสมหะในลำคอและ Endotracheal tube จำนวนมากสีเหลืองขุ่น
2. ฟังปอดพบ crepitation both lungs
3. ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย มีอัตราการหายใจ 30-32 ครั้งต่อนาที

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ทางเดินหายใจโล่ง มีเสมหะในลำคอและ Endotracheal tube ลดลง
2. ฟังปอดไม่พบเสียงผิดปกติ อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที
3. Oxygen saturation 90 – 95 %

### กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงเหตุผลและความจำเป็นของการประเมินประเมินสัญญาณชีพและการดูดเสมหะเพื่อให้ความร่วมมือและคลายความวิตกกังวล
2. ประเมินภาวะพร้อมออกซิเจน ได้แก่ สัญญาณชีพ และ O<sub>2</sub> sat ประเมินลักษณะเสียงหายใจที่ผิดปกติโดยการฟังปอด รวมทั้งสังเกตรูปแบบการหายใจ และการสังเกตสีผิวที่แสดงถึงภาวะซีดซึ่งอาจมีผลจากปัจจัยการขนส่งออกซิเจนลดลง เพื่อการเฝ้าระวังและให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและวิตกกังวลลดลง
3. ประเมินเสียงปอด ก่อนดูดเสมหะทุกครั้งเพื่อให้ทราบตำแหน่งของเสมหะที่คั่งค้างอยู่ในปอด เคาะปอดให้เสมหะมีการเคลื่อนไหว ดูดออกได้ง่าย หรือหากต้องใช้ น้ำเกลือสะอาดปราศจากเชื้อที่ทำให้เสมหะอ่อนตัว คือ 2 มิลลิลิตรต่อครั้งเพื่อให้ระดับออกซิเจนกลับคืนมาได้ในระยะเวลายั้งสั้น คือ 45 วินาทีหลังดูดเสมหะ (Ji et al., 2002 as cited in Ayhan et al., 2015) เพื่อช่วยให้ความรู้สึกทุกข์ทรมานของผู้ป่วยลดลง
4. จัดท่าของผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่ดูดเสมหะได้ง่าย คือ นอนศีรษะสูงหรือนอนหงายหมอนรองใต้ไหล่หันหน้าไปด้านตรงข้ามกับหลอดลมหรือปอดข้างที่ต้องการจะดูดเสมหะ
5. ดูดเสมหะโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ เพื่อป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่ทางเดินหายใจ และดูแลให้ได้รับออกซิเจนก่อน ขณะ และหลังการดูดเสมหะที่เหมาะสมไม่มากหรือน้อยเกินไปตามสภาพผู้ป่วย
6. ประเมินสภาพผู้ป่วยขณะและหลังดูดเสมหะ โดยประเมินระดับความรู้สึกตัว สีผิว เสียงปอด สัญญาณชีพและ Oxygen saturation ถ้าอัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติไปจากเดิม ปลายมือเย็น ซีด เขียว ให้หยุดดูดเสมหะแล้วบีบ Ambu bag ช่วย Hyperventilation ก่อนโดยควรบีบ Ambu bag ให้สอดคล้องกับการหายใจของผู้ป่วยแล้วต่อเครื่องช่วยหายใจ นอกจากนี้การสัมผัสที่นุ่มนวลจะช่วยถ่ายถอดความรู้สึก ร่วมกับการสบตา และการพูดปลอบโยนให้กำลังใจ และให้ผู้ป่วยใช้กระดาษเขียน สัญญาณมือหรือสื่อในการช่วย

สื่อสารเบื้องต้นขณะดูเคสเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าพยาบาลพร้อมที่จะรับฟังและให้การช่วยเหลือไม่รู้สึกลัว ขณะดูเคสและส่งเสริมความรู้สึกปลอดภัยแก่ผู้ป่วย (Yooyangket & Ketphichayawattana, 2019)

7. บันทึกสี ลักษณะ จำนวนของเสมหะ สัญญาณชีพและเสียงปอดรวมทั้งอาการของผู้ป่วยลงใน แบบบันทึกกิจกรรมทางการพยาบาล

8. ส่งปรึกษางานกายภาพบำบัดเพื่อทำ chest percussion therapy

9. พลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง กระตุ้นให้เปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆ เพื่อช่วยให้ เสมหะขับออกจากปอดได้ง่ายขึ้น

10. ให้ยาตามแผนการรักษาเพื่อละลายเสมหะ acetylcysteine 200 mg 1 ซองละลายน้ำ 1 แก้ววันละ 3 เวลา หลังอาหาร

### การประเมินผล

ผู้ป่วยผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่เหนื่อยหอบหรือ cyanosis อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที Oxygen saturation 99 % ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 154/70 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส เสียงหายใจปกติ ไม่มีเสียง crepitation เสียงปอดเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เสมหะสีขาวยุ่นจำนวนเล็กน้อย

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3** การสื่อสารบกพร่องเนื่องจากไม่สามารถพูดได้จากการใส่ท่อช่วยหายใจ

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ
2. ผู้ป่วยพยายามส่งเสียงแต่ไม่มีเสียงออกมา หรือขยับปากโดยไม่มีเสียง
3. แสดงท่าทางกระวนกระวาย

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารความต้องการพื้นฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพผ่านวิธีการอื่นที่เหมาะสม

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถใช้ท่าทาง / เขียน / แผ่นคำศัพท์เพื่อสื่อสารได้
2. ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสม
3. ญาติสามารถเข้าใจและตอบสนองการสื่อสารของผู้ป่วยได้

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยการแนะนำตัวก่อนปฏิบัติการพยาบาล ชี้แจงขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลก่อนการปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้ง สบตาผู้ป่วยอย่างอ่อนโยน และใช้การสัมผัสเพื่อปลอบโยน และให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย
2. สื่อสารกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงอ่อนโยน ช้า และเน้นการมองตาผู้ป่วย แสดงความห่วงใยด้วยการถามความต้องการบ่อย ๆ และให้กำลังใจ
3. ประเมินระดับความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วย เช่น การใช้สายตา พยักหน้า เขียน
4. สอนผู้ป่วยใช้ภาษากาย เช่น การพยักหน้า สายหน้า ชี้มือ และจัดเตรียมกระดิ่งหรือตัวกด สำหรับขอความช่วยเหลือและให้เวลาผู้ป่วยในการตอบสนอง ไม่เร่งรีบ ฟังอย่างใส่ใจ และพยายามตีความความต้องการของผู้ป่วยอย่างอ่อนโยน



5. เตรียมอุปกรณ์ช่วยสื่อสาร เช่น กระดานตัวอักษร สมุดเขียน กระดาษ-ปากกา หรือบัตรภาพ พร้อมกับวางแผนการสื่อสารใกล้มือผู้ป่วยเพื่อให้เอื้อมหยิบสะดวกสำหรับให้ผู้ป่วยใช้ในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์หรือญาติเพื่อบอกความต้องการ

6. สอนบุคลากรและญาติให้ใช้วิธีสื่อสารเดียวกันกับผู้ป่วย เพื่อความเข้าใจตรงกันและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลของทั้งบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัว

7. ใช้การสื่อสารทางไม่ใช้คำพูด เช่น สีหน้า สัมผัส และน้ำเสียง เพื่อแสดงให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความห่วงใย ความปลอดภัย และความใส่ใจของทั้งบุคลากรทางการแพทย์และญาติ

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถสื่อสารความต้องการได้อย่างเหมาะสม มีสีหน้าผ่อนคลายและไม่มีอาการวิตกกังวล

#### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน

##### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ญาติคลายความวิตกกังวล
2. เพื่อให้ญาติมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย

##### ข้อมูลสนับสนุน

1. ระยะที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ บุตรสอบถามถึงอาการผู้ป่วยบ่อยๆ
2. บุตรมีสีหน้าวิตกกังวลที่จะให้การดูแลผู้ป่วย บอกกลัวทำไม่ถูก เวลากลับบ้านจะทำอย่างไร
3. ผู้ป่วยมีปัญหากลืนรับประทานอาหารเองไม่ได้ ต้องใส่สายยางให้อาหารกลับบ้าน
4. Barthel Activities of Daily Living: ADL = 5 คะแนน

##### เกณฑ์การประเมินผล

1. ญาติคลายความวิตกกังวลลง มีสีหน้าที่ผ่อนคลาย
2. ญาติสามารถบอกแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

##### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความวิตกกังวลของญาติ

2. อธิบายให้ญาติทราบเกี่ยวกับ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะโรคของผู้ป่วย แผนการรักษาพยาบาล เครื่องมือ อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย สภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วย แนวทางการปฏิบัติตนของญาติขณะที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ในหอผู้ป่วย

3. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความไว้วางใจ เปิดโอกาสให้ญาติระบายความรู้สึก วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการความเจ็บป่วย ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อผู้ป่วยและญาติ รับฟัง ให้กำลังใจ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและให้ข้อมูล เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการรักษาพยาบาลและคลายความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วย

4. ประสานกับแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยรับทราบข้อมูลและแนวทางการรักษาผู้ป่วย การพยากรณ์โรค เพื่อผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา การดูแลผู้ป่วยและการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย

5. ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติก่อนให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกครั้ง เปิดโอกาสให้ญาติซักถาม เพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการพยาบาล

6. ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ช่วยเหลือญาติในการทำกิจวัตรประจำวันทดแทน

ผู้ป่วยและส่งเสริมให้สามารถดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองในบางกิจกรรม เพื่อให้ญาติเกิดความมั่นใจในการดูแล

7. เปิดโอกาสให้ญาติและผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามที่ผู้ป่วยนับถือมาช่วยเยียวยาความวิตกกังวล และเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติ (Tabutwong & Julamet, 2015)

8. ประสานงานโภชนศาสตร์เพื่อแนะนำญาติจัดเตรียมอาหารที่ให้ทางสายยางแก่ผู้ป่วยต่อที่บ้าน

9. ประสานงานเวชกรรมสังคม และโรงพยาบาลใกล้บ้าน ในการติดตามเยี่ยม ประเมินอาการผู้ป่วย ให้คำแนะนำกับญาติหากมีปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

10. ประสานงานกายภาพบำบัด เพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และให้คำแนะนำ เตรียมความพร้อมญาติเพื่อสามารถกลับไปฟื้นฟูร่างกายกับผู้ป่วยที่บ้านต่อไป

11. แนะนำญาติเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น ซึมลง สำลัก มีไข้ ไอ เหนื่อย เป็นต้น การเข้าถึงบริการเมื่อมีภาวะฉุกเฉิน

### การประเมินผล

บุตรมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ขณะที่อยู่โรงพยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง บอกแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการบดพ่นการดูแลตนเอง แนวทางการเข้าถึงบริการเมื่อมีภาวะฉุกเฉินได้ คลายความวิตกกังวลลง

### สรุป

การดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต้องอาศัยแนวทางการพยาบาลที่คำนึงถึงความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ ช่วยให้การพยาบาลมุ่งเน้นการรักษาศักดิ์ศรี ลดความทุกข์ทรมานทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย รวมถึงเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล ครอบครัว และทีมสุขภาพ เมื่อพยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยจะได้รับประสบการณ์การรักษที่ดีขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### References

- Ayhan, H., Yaman, A., Baykara, Z. G., & Duru, P. (2014). Normal saline instillation before endotracheal suctioning: "What does the evidence say? What do the nurses think?" Multimethod study. *Journal of Critical Care*, 30(4), 762–767.  
<https://doi.org/10.1016/j.jcrrc.2014.02.010>
- Bumrunghong, B., Aumnate, C., & Pakdeechote, P. (2018). Extubation and duration of mechanical ventilation among critically ill patients receiving evidence-based nursing practice. *Kuakarun Journal of Nursing*, 22(1), 129–143. (in Thai)
- Chanphen, N., Deuanram, R., & Warathip, K. (2020). Professional nursing competencies in caring for patients using ventilators. *Journal of Nursing and Health Care*, 28(1), 6–14. (in Thai)
- Florence, N. (1969). *Notes on nursing: What it is and what it is not*. Dover.
- Jiaranai, C. (2017). *Nursing care for patients with oxygenation and ventilation disorders* (4th ed.). Charansanitwong Printing. (in Thai)
- Kulsirin, K., & Kachonam, S. (2018). Professional nursing competency in ventilator patient care at Nopparat Rajathanee Hospital. *Vajira Nursing Journal*, 20(2), 1–12. (in Thai)



- Limumnoilap, S. & Tumnong, C. (2014). *Critical Care Nursing (7th ed.)*. Klungnana Vitthaya Press. (in Thai)
- Nakrit, B., Namwongphrom, A., & Phakdeewong, N. (2015). Unplanned extubation and duration of mechanical ventilation in critically ill patients managed with evidence-based nursing practice. *Kuakarun Journal of Nursing*, 22(1), 129-143. (in Thai)
- Panthu, K. (2021). *Caring for patients using ventilators*. Chulalongkorn University Publishing House. (in Thai)
- Phongphaew, K., & Kachanam, S. (2018). Competencies in managing ventilator-dependent patients among professional nurses at Nopparat Rajathanee Hospital. *Vajira Nursing Journal*, 20(2), 1-12. (in Thai)
- Plotplueang, A., Meenasantirak, A., Plianbamrung, D., Rakbanglaem, C., & Ounprommee, S. (2018). Learning experiences of humanized care practice. *Journal of MCU Nakhonsawan*, 5(3), 745-770. (in Thai)
- Ponsirirat, T., & Phoolkarung, Y. (2018). A nursing manual for acute respiratory failure patients treated with non-invasive positive pressure ventilation. Siriraj Hospital, Mahidol University. (in Thai)
- Sricharoenchai, T. (2016). Ventilator for the beginners: When to start invasive ventilation and what to give? In Dusit Sataworn, and Kronchit Piyawechawirat (Editor), *All about critical care: Toward critical care excellence* (pp. 145-164). Nonthaburi: Beyond Enterprise Company Limited. (in Thai)
- Suwannaew, R. (2024). Humanized health care: A holistic approach to patient care. (in Thai)
- Tabutwong, W., & Julamet, P. (2015). Elderly patients using ventilators: Psychosocial care. *Journal of Faculty of Nursing, Burapha University*, 23(2), 41-51. (in Thai)
- Thailand nursing and midwifery council. (2010). *Competencies of registered nurses. 2nd ed.* Siriyod printing. (in Thai)
- Williams, S. (2013). Chapter 10: Nursing care for critically ill patients with respiratory disorders. In S. Lim-amnuaylap, K. Simacharuek, P. Siripakan, & C. Thamnong (Eds.), *Critical care nursing for adult patients* (pp. 145-173). Khon Kaen: Khlang Nana Witya. (in Thai)
- Yooyangket, A., & Ketphichayawattana, J. (2019). Effects of a humanitude care program on anxiety among elderly patients in a cardiac ICU. *Journal of Health and Nursing Research*, 35(2), 129-139. (in Thai)
- Yuyangket, A., & Kasepitchayawatana, J. (2019). Effects of a humanitude care program on anxiety among elderly patients in a cardiac ICU. *Journal of Health and Nursing Research*, 35(2), 129-139. (in Thai)