

รายงานการวิจัย

ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว ต่อการลดความทุกข์ทรมาน ในผู้ป่วยสูงอายุที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก

อรุณี ศรีนวล* เฟลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ ** และจารุวรรณ กฤตย์ประชา***

Srinaul, A., Thaniwattananon, P., & Kritpracha, C.

The effect of information and family support on suffering reduction in elderly patients with oral endotracheal tube.

Thai Journal of Nursing, 63(2), 46-55, 2014.

Key Words: Information, Family Support, Suffering Reduction, Elderly Patient, Endotracheal Tube.

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อการลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยสูงอายุที่คาท่อช่วยหายใจทางปากที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คนที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 20 คนที่ได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของ

ครอบครัว การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติบรรยาย การทดสอบ และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว มีความทุกข์ทรมานต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 9.66, p < .01$)

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยงานห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสงขลา

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

*** อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of information and family support on suffering reduction in elderly patients with oral endotracheal tube in Songkhla hospital. The sample of 40 patients was purposively selected. They were equally divided into the control group who received usual care and the experimental group who received information and family support. The descriptive statistics, Chi-square test, t-test and repeated measures ANOVA were used in data analysis.

The results revealed that the patients who received information and family support had significantly lower suffering than those who received usual care at $p < .01$ ($F=9.66$, $p < .01$).

ความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหายใจล้มเหลว เป็นภาวะวิกฤตที่พยาบาลต้องให้การดูแลระบบการหายใจเป็นลำดับแรก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยสูงอายุต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรคที่เป็นต้นเหตุของภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะคุกคามต่อชีวิต ทำได้โดยการใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก (Finucane & Santora, 2003) ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจมีแนวโน้มมากขึ้นเนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์อย่างไรก็ตาม เสี่ยงสะท้อนจากประสบการณ์ของผู้ป่วย กลับเป็นความรู้สึกที่ทุกข์ทรมาน (ภัทรพร จันทรประดิษฐ์, 2543; อรนิภา รสฉ่ำ, สุภาภรณ์ ดั่งแสง และอาภรณ์ ดีนาน, 2554; มาณี ชัยวีระเดช, นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ และอารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2556; Johnson & Sexton, 1990)

การคาท่อช่วยหายใจทางปาก ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (ลัพณา กิจรุ่งโรจน์, 2552) ด้านร่างกาย พบว่า ผู้ป่วยมีอาการเจ็บคอจากการคาท่อช่วยหายใจและจากการดูดเสมหะ บางครั้งแน่นอึดอัดหายใจไม่ออก เนื่องจากมีเสมหะมากเหนียวและไม่มีแรงขับออก พูดไม่มีเสียง มีอาการหิวกระหายน้ำ ปวดเมื่อยลำตัว ส่งผลให้นอนไม่หลับ (อมรรตน์ สุวรรณมิสสระ, 2549; อรนิภา รสฉ่ำ และคณะ, 2554)

ในด้านจิตใจ เป็นผลกระทบที่ต่อเนื่องจากความไม่สุขสบายทางร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว เครียด วิตกกังวล ทุกข์ทรมาน (Johnson, John & Moyle, 2006) ความคับข้องใจในการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต โดดเดี่ยวขาดกำลังใจจากครอบครัว และรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ กลายเป็นความทุกข์ทรมานที่ติดอยู่ในใจถึงแม้ได้นำท่อช่วยหายใจออกไปเป็นเวลา 2 เดือนก็ตาม (Samuelson, 2010) การลดความรู้สึกทุกข์ทรมานโดยการให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงเป็นรูปธรรม และมีความชัดเจนแก่ผู้ป่วย ช่วยให้เกิดการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้นำไปสู่การลดความรู้สึกทุกข์ทรมาน ซึ่งอธิบายด้วยทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) ของ Johnson (1999) ได้ว่า เมื่อบุคคลได้รับข้อมูลจะเกิดการประมวลข้อมูลจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในโดยบูรณาการเข้ากับข้อมูลที่เก็บไว้ในความทรงจำ เป็นแบบแผนความคิดความเข้าใจ และใช้แบบแผนนี้ในการควบคุมการตอบสนองทางร่างกาย และจิตใจ เกิดความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมตนเองหรือควบคุมเหตุการณ์ที่คุกคามได้ส่งผลให้มีการตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตใจไม่รุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมานลดลง (Leventhal & Johnson, 1983)

การส่งเสริมการควบคุมตนเองด้านอารมณ์จะมีประสิทธิภาพมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยสูงอายุได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวขณะนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล อมรรัตน์ สุวรรณมิตสระ (2549) พบว่า แรงสนับสนุนของครอบครัวช่วยลดความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะการให้กำลังใจ ปลอบใจ ประคับประคอง และช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยในภาวะวิกฤต อรนิภา รสจํา และคณะ (2554) พบว่า การที่สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ สามารถบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ-จิตวิญญาณที่เกิดจากความรู้สึกกลัวความโดดเดี่ยวได้ซึ่งความคาดหวังในขณะเจ็บป่วยของบุคคลโดยเฉพาะผู้สูงอายุ คือการได้รับการดูแลจากบุตรหลานและอยู่ท่ามกลางบุคคลในครอบครัวที่เป็นคนรู้ใจและเคยใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2550; สมฤทัย แก้วมณี, 2552) นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวก็ต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วยกัน รุจิรัตน์เสถียร (2550) พบว่าสมาชิกในครอบครัว ปรารถนาจะปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยมากกว่าที่สมาชิกในครอบครัวได้ปฏิบัติจริง ในขณะที่พยาบาลร้อยละ 82.86 และ 68.57 มีความปรารถนาให้สมาชิกในครอบครัวได้ปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยในระดับปานกลาง และมาก ตามลำดับ แม้ว่าพยาบาลมีความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวมโดยเฉพาะด้านจิตสังคมในการส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแล แต่ในความเป็นจริง การดูแลนี้ยังไม่มีประสิทธิภาพมากนัก โดยกิตติกร นิลมานัต, วราภรณ์ คงสุวรรณ, สิริพันธ์ ศาสตราบุรักษ์, ยุพา อ่องไคย และศรีวรรณ ชวายนุกูล (2548) ได้พบว่า ในสถานการณ์จริง พยาบาลไม่สามารถให้การพยาบาลนี้ได้เต็มที่ จากภาระงานประจำที่มีมาก วัฒนธรรมการทำงานและธรรมเนียมปฏิบัติที่มุ่งเน้นความสำเร็จของงานให้ทันเวลา และเนื้องานที่ต้องอาศัยทักษะมากกว่าการใช้เวลาพูดคุยกับผู้ป่วย นอกจากนี้การบริหารในหอผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อ

การปฏิบัติพยาบาลด้านจิตสังคม ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ (Washington, 2001) จึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่ใส่ท่อช่วยหายใจทางปากยังคงรู้สึกทุกข์ทรมาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องนี้เพื่อนำผลไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และช่วยให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมาน

คำถามการวิจัย

ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว มีความทุกข์ทรมานหลังการทดลองต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เปรียบเทียบความทุกข์ทรมานหลังการทดลองระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว กับผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

หลังการทดลองในผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว มีความทุกข์ทรมานต่ำกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (Pre-post test control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการคาท่อช่วยหายใจทางปากที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอายุกรรม และหอผู้ป่วยหนัก ในโรงพยาบาลสงขลา

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน ถูกเลือกแบบเจาะจง

ตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) อายุ 60 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจทางปากเป็นครั้งแรก 3) มีระดับความรู้สึกตัวดีโดยการประเมิน Glasgow coma scale ผลรวมต้องได้คะแนนเต็ม 4) สัญญาณชีพปกติ 5) สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีอ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้ และ 6) มีสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน ซึ่งได้รับเลือกมาจากสมาชิกในครอบครัวว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทในการดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด และสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมกับผู้วิจัยได้ติดต่อกัน 3 วัน วันละ 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 30-40 นาที

ให้ผู้ป่วย 20 รายแรกอยู่ในกลุ่มควบคุม 20 รายต่อมาอยู่ในกลุ่มทดลองจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ อายุ ระยะเวลาใส่ท่อช่วยหายใจและสาเหตุของการได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ

เครื่องมือวิจัย มีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย แผนการพยาบาลและคู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัว

1.1 แผนการพยาบาลผู้ป่วยเรื่องการให้ข้อมูล ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวเพื่อลดความรู้สึกทรมานในผู้ป่วยที่คอท่อช่วยหายใจทางปาก ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1) การประเมินปัญหา ผู้ป่วยได้รับการประเมินความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตามผู้ป่วยถึงปัญหาที่ก่อให้เกิดความทรมานที่ผ่านมา และเตรียมความพร้อมสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย โดยให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) ลำดับเหตุการณ์การดูแลรักษา ได้แก่ อาการของผู้ป่วย แผนการรักษา 2) ความรู้สึกและสาเหตุของความทุกข์ที่ต้องเผชิญขณะมีท่อช่วยหายใจคาในปากและ 3) การปฏิบัติตัวขณะเข้าเยี่ยม ได้แก่ การช่วยเหลือส่งเสริมความสุขสบายทั่วไป ด้านร่างกาย การสนับสนุนให้กำลังใจโดยการพูดคุย สัมผัส จับมือ โอบกอดผู้ป่วย พร้อมแจกคู่มือ

2) การวางแผนและการพยาบาล ประกอบ

ด้วย การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยกับพร้อมสมาชิกในครอบครัว ขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในเรื่องการดูแลรักษา ได้แก่ อาการของผู้ป่วย แผนการรักษา กฎระเบียบในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย ความรู้สึกและสาเหตุของความทุกข์ที่ต้องเผชิญขณะมีท่อช่วยหายใจคาในปาก หรือขณะได้รับการดูแลและปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อบอกความต้องการและรายงานความปวด การผ่อนคลายเพื่อบรรเทาปวดและส่งเสริมการนอนหลับ การบรรเทาอาการปวดด้วยเทคนิคการเคลื่อนไหว การพลิกตะแคงตัว และการสนับสนุนของครอบครัว เป็นการให้ความช่วยเหลือให้มีความสุขสบายทั่วไป และการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยมโดยสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัยและคู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัว

3) การติดตามประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามความทุกข์ทรมานจากการคอท่อช่วยหายใจ ในช่วงเช้า เวลา 07:00-09:00 น. พร้อมซักถามผู้ป่วยถึงปัญหาที่ก่อให้เกิดความทรมานที่ผ่านมา หลังจากได้รับการพยาบาลในวันก่อนหน้านี เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหามาตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ด้านสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการติดตามขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัย และคู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัว

1.2 คู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น เรื่องการสนับสนุนของครอบครัวเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คอท่อช่วยหายใจทางปาก

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย สูงอายุ มีจำนวน 14 ข้อ และของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 11 ข้อ

3. แบบสอบถามความทุกข์ทรมาน ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจของ เกตนิ (2547) มีจำนวน 15 ข้อ การตอบใช้มาตราประมาณค่า 5 ระดับ

ให้คะแนน 1-5 ตั้งแต่ไม่มีเลย (1 คะแนน) ถึงมากที่สุด (5 คะแนน)

การแปลความหมายของระดับของความทุกข์ทรมาน ใช้เกณฑ์ ค่าเฉลี่ยดังนี้ ไม่มีความทุกข์ทรมาน 15 คะแนน เล็กน้อย 15.01-30 คะแนน ปานกลาง 30.01-45 คะแนน มาก 45.01-60 คะแนน และมากที่สุด 60.01-75 คะแนน

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านแล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ หาค่าความเที่ยงโดยนำแบบสอบถามไปใช้ในผู้ป่วยที่โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้จำนวน 15 ราย แล้วนำไปคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.84

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2555

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลสงขลา และจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลาให้ทำการศึกษาได้ โดยผู้วิจัย อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน ระยะเวลาที่ใช้ และสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งจะไม่มีการติดต่อการรักษา หรือบริการพยาบาลที่จะได้รับแต่อย่างใด และการรักษาความลับข้อมูลรายบุคคล และให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือยินยอมด้วยวาจา

1. กลุ่มควบคุม ครั้งที่ 1 (วันที่ 1 ของการทดลอง) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประเมินสภาพความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยพิจารณาจากระดับความรู้สึกตัว การรับรู้ปกติ สัญญาณชีพปกติ ในช่วงเช้า ผู้ช่วยวิจัยประเมินความทุกข์ทรมานในผู้ป่วย ครั้งที่ 1 โดยแจกแบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบ รายงานผลการประเมินความทุกข์ทรมานและความต้องการของผู้ป่วยให้พยาบาลประจำการทราบ และผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งมีรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปากของหน่วยงานห้องผู้ป่วยหนัก และหอ

ผู้ป่วยอายุรกรรม โดยพยาบาลประจำการเป็นผู้ให้แก่ผู้ป่วยประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลทางเดินหายใจให้โล่งตามมาตรฐานการดูแลหะดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลความสุขสบายและปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ให้การดูแลช่วยเหลือในการติดต่อสื่อสาร รวมถึงการให้ข้อมูลต่างๆ ขณะคาท่อช่วยหายใจทางปาก ซึ่งเป็นการให้กิจกรรมการพยาบาลตามประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละบุคคล โดยไม่มีรูปแบบที่กำหนดไว้แน่นอน และได้รับการดูแลจากพยาบาลหลายคนผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันมาดูแลในแต่ละช่วงเวลาของแต่ละวัน และครั้งที่ 2-4 (วันที่ 2-4 ของการทดลอง) ดำเนินการเช่นเดียวกับวันแรก ผู้ช่วยวิจัยประเมินความทุกข์ทรมานในผู้ป่วย วันที่ 2, 3 และ 4

2. กลุ่มทดลอง ครั้งที่ 1 (วันที่ 1 ของการทดลอง) ผู้ช่วยวิจัยประเมินความทุกข์ทรมานในผู้ป่วย ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการเข้าร่วมสนับสนุนผู้ป่วย โดยการแจกคู่มือพร้อมกับให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนของครอบครัว เพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก เมื่อมีข้อสงสัยหรือฟังไม่ทัน สามารถซักถามได้ ผู้วิจัยพร้อมอธิบายให้ข้อมูลเพิ่มเติม หลังจากนั้นนัดหมายกับสมาชิกในครอบครัวเข้าเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมกันในช่วงเช้า และช่วงบ่าย 3 วันติดต่อกัน เพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยพร้อมกระตุ้นและสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวได้แสดงออกถึงการมีส่วนร่วมขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และผู้ป่วยยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยรายงานผลการประเมินความทุกข์ทรมานและความต้องการของผู้ป่วยให้พยาบาลประจำการทราบ ครั้งที่ 2-3 (วันที่ 2-3 ของการทดลอง) ประเมินความทุกข์ทรมานครั้งที่ 2 และ 3 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยพร้อมกับสมาชิกในครอบครัวตามเวลาที่นัดเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก ขณะที่สมาชิกของผู้ป่วยอยู่ข้างเตียงผู้ป่วย หลังจากผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ได้กระตุ้นและสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวได้แสดงออกถึงการมีส่วนร่วมขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ผู้วิจัยรายงานผลการประเมินความ

ทุกขัณฑ์และความต้องการของผู้ป่วยให้พยาบาลประจำการทราบ ครั้งที่ 4 (วันที่ 4 ของการทดลอง) ผู้ช่วยวิจัยประเมินความทุกข์ทรมานอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Chi-square test, Independent t-test และ Repeated measures ANOVA

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ร้อยละ 56 เป็นหญิง มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 73.76 ปี (SD = 7.375) กลุ่มทดลอง มีสถานภาพสมรสคู่ 55 % กลุ่มควบคุม 60 % กลุ่มทดลองนับถือศาสนาพุทธ 80 % กลุ่มควบคุม 75 % กลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา 80 % กลุ่มควบคุม 85 % ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการวินิจฉัย

ถึงสาเหตุของการใส่ท่อช่วยหายใจด้วยโรคหัวใจล้มเหลว 50 % ระยะเวลาของการใส่ท่อช่วยหายใจถึงวันแรกของการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม เฉลี่ย 4.43 วัน (SD = 2.51) ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวด ได้แก่ พาราเซตามอลทุกคน ทรมาน 5 % และยานอนหลับที่ได้รับ คือ อะติแวน ในกลุ่มทดลอง 15 % กลุ่มควบคุม 5 % สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันในการรับมือบทบาทในการดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด และสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ติดต่อกัน 3 วัน ผลจาก Chi-square test ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในปัจจัยส่วนบุคคล ($p > .05$)

ก่อนการทดลองและหลังการทดลองครั้งที่ 1 ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม มีความทุกข์ทรมานอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ส่วนหลังการทดลองครั้งที่ 2 และ 3 ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความทุกข์ทรมานในระดับปานกลาง ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมคงมีความทุกข์ทรมานในระดับมาก (ตาราง 1)

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 40)

ความทุกข์ทรมาน	กลุ่มทดลอง (n=20)			กลุ่มควบคุม (n=20)		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
ก่อนการทดลอง	51.20	8.36	มาก	50.65	9.66	มาก
หลังการทดลองครั้งที่ 1	46.65	7.37	มาก	53.05	8.39	มาก
หลังการทดลองครั้งที่ 2	41.40	8.17	ปานกลาง	54.65	8.89	มาก
หลังการทดลองครั้งที่ 3	37.95	6.11	ปานกลาง	55.35	9.01	มาก

ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยสูงอายุที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ($F = 14.396, p < .001$) และระหว่างระยะเวลาการวัด 4 ครั้ง

($F = 9.66, p < .001$) มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตาราง 2)

ตาราง 2 เปรียบเทียบความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่คาดหวังช่วยหายใจทางปากระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมใน 4 ช่วงเวลา โดยใช้ Repeated measures ANOVA (n =40)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F ^a
ระหว่างกลุ่ม				
ระหว่างกลุ่ม	3330.625	1	3330.625	14.396***
ความคลาดเคลื่อน 1	8791.350	38	231.351	
ภายในกลุ่ม				
เวลา	433.025	3	144.342	9.664***
เวลา*กลุ่ม	1865.225	3	621.742	41.626***
ความคลาดเคลื่อน 2	1702.750	114	14.936	

a = Sphericity Assumed *** $p < .001$

ในระยะก่อนการทดลอง ผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง ทุกข์ทรมานต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มควบคุมมีความทุกข์ทรมานไม่แตกต่างกัน แต่ใน ที่ระดับ.01 (ตาราง 3) ระยะหลังการทดลองครั้งที่ 1, 2, และ 3 กลุ่มทดลองมีความ

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของความทุกข์ทรมานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลัง การทดลองครั้งที่ 1, 2 และ 3 โดยใช้ Independent t-test (n=40)

ระยะเวลาและกลุ่ม	M	SD	t	p-value
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	51.20	8.36	-0.19	.85
กลุ่มควบคุม	50.65	9.66		
หลังการทดลองครั้งที่ 1				
กลุ่มทดลอง	46.65	7.37	2.56	.01
กลุ่มควบคุม	53.05	8.39		
หลังการทดลองครั้งที่ 2				
กลุ่มทดลอง	41.40	8.17	4.90	.00
กลุ่มควบคุม	54.65	8.89		
หลังการทดลองครั้งที่ 3				
กลุ่มทดลอง	37.95	6.11	7.15	.00
กลุ่มควบคุม	55.35	9.01		

การอภิปรายผลการวิจัย

ในระยะก่อนทดลอง ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความทุกข์ทรมานอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมักต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ-จิตวิญญาณ ซึ่งเป็นภาวะคุกคาม จากอาการเจ็บป่วยที่เข้าสู่ภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก ผู้ป่วยจึงไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบมาก่อน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยได้รับการคำท่ช่วยหายใจทางปากเป็นครั้งแรก ส่วนใหญ่จึงเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน (ภัทรพร จันทรประดิษฐ์, 2543; อมรรัตน์ สุวรรณมิตสระ, 2549; อรนิภา รสจ๋า และคณะ, 2554) ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการความสุขสบายในระดับมาก (นิตยาวิไชยทองรักษ์, 2551) เพื่อให้คลายความรู้สึกทุกข์ทรมาน

จากแนวคิดการควบคุมตนเองของ Johnson (1999) อธิบายถึงการตอบสนองของมนุษย์ ต่อการเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามหรือก่อให้เกิดความตึงเครียดต่อร่างกายและจิตใจ โดยมีกระบวนการควบคุมตนเองใน 2 ลักษณะที่เกิดขึ้นควบคู่กันในรูปแบบคู่ขนานและเป็นอิสระต่อกัน ในลักษณะแรกเป็นการควบคุมตนเองด้านหน้าที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการรับรู้ความเป็นจริงจากข้อมูลที่มีลักษณะเป็นรูปธรรมและมีความชัดเจน ทำให้บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจ และการแปลความหมายเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ตามความเป็นจริง โดยไม่มีอารมณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง และแสดงออกทางพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมเพื่อลดความรุนแรงของอาการแสดงที่ไม่พึงประสงค์ เมื่อบุคคลพึงพอใจกับการตอบสนองด้านหน้าที่ ก็จะส่งผลให้มีอารมณ์ความรู้สึกที่สุขสบาย ลดความรู้สึกทุกข์ทรมาน ส่วนลักษณะที่ 2 เป็นการควบคุมตนเองด้านอารมณ์ จะเกิดขึ้นเมื่อมีการรับรู้ความเป็นจริงจากข้อมูลที่มีลักษณะเป็นนามธรรม ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีอารมณ์ความรู้สึกส่วนตัวของบุคคลเข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้มีการแปลความหมายเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ไม่ตรงตามความเป็นจริง ส่งผลให้มีปฏิกิริยา

ตอบสนองทางด้านอารมณ์เป็นความรู้สึกทุกข์ทรมาน

ในกระบวนการควบคุมตนเองทั้ง 2 ลักษณะในการเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคาม บุคคลสามารถเลือกสนใจในแนวทางใดแนวทางหนึ่งมากกว่า หรืออาจกลับไปมาระหว่าง 2 ลักษณะ ดังนั้นในผู้ป่วยในระยะก่อนทดลองทั้งสองกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลไม่มีประสิทธิภาพ ต้องใช้เวลาเริ่มต้นสร้างความสัมพันธ์ใหม่เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ประกอบกับการทำงานที่รีบเร่งให้ทันกับเวลา เนื่องจากภาระงานมากในห้องผู้ป่วยหนักพยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤต 2-3 ต่อพยาบาล 1 คน ส่วนในหอผู้ป่วยอายุรกรรมต้องดูแลผู้ป่วยที่คำท่ช่วยหายใจ 2 คน (กรณีมีผู้ป่วย) และผู้ป่วยอาการไม่หนักอีก 10 รายต่อพยาบาล 1 คน จึงทำให้การดูแลส่วนใหญ่มักตอบสนองต่อความต้องการด้านร่างกาย ส่วนการตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตใจโดยการให้ข้อมูลมักให้ข้อมูลก่อนลงมือให้การพยาบาล ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลทางเดียว อาจไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย เป็นผลให้ผู้ป่วยรับรู้ข้อมูลในลักษณะเป็นนามธรรมของสถานการณ์นั้น เป็นข้อมูลที่อยู่ในความทรงจำที่เกี่ยวกับประสบการณ์ในอดีตที่ไม่น่าพึงพอใจ และใช้ความรู้สึกของตนเองในการเผชิญกับสถานการณ์จริง ซึ่งมักแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ไปในทางที่มากเกินความเป็นจริง ส่งผลให้มีการตอบสนองทางด้านอารมณ์มากขึ้น (Johnson, 1999) ความรู้สึกทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง หลังที่ได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว พบว่า ความทุกข์ทรมานลดลงอยู่ในระดับปานกลาง และในระยะหลังการทดลองทั้ง 3 ครั้งในกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวมีความทุกข์ทรมานต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า การประเมินสาเหตุของความทุกข์ทรมานทุกวัน การพูดคุย

ให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงตอบสนองตรงต่อความต้องการของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และการแปลความหมายเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ตามความเป็นจริง สามารถเผชิญกับสถานการณ์ และแสดงออกทางพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ลดความรุนแรงของอาการแสดงที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ อาการเจ็บปวด ส่งผลให้มีอารมณ์ความรู้สึกที่สุขสบาย (Johnson, 1999) ลดความรู้สึกทุกข์ทรมาน รวมทั้งยังได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ขณะเข้าเยี่ยม โดยการช่วยเหลือให้ความสุขสบายทั่วไปทางด้านร่างกาย และการให้กำลังใจด้วยการพูดคุย สัมผัส จับมือ โอบกอด ส่งผลให้ผู้ป่วยจะรู้สึกผ่อนคลาย มีความสุขทั้งร่างกายและจิตใจ สีสันแจ่มใส มีความหวังกำลังใจ และให้ความร่วมมือในการพยาบาล นอกจากนี้ยังช่วยรักษาอาการต่างๆ เช่น ความปวด อาการกระสับส่าย ความวิตกกังวล ความโกรธ และการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต (Maville, Bowen, & Benham, 2008) สอดคล้องกับธิดารัตน์ คำบุญ (2551) ที่ได้ใช้เทคนิคการสัมผัสกับผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ พบว่า ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่ายลดลงและไม่ต้องผูกมัดมือผู้ป่วยอีกด้วย ส่วนญาติรู้สึกสบายใจมากขึ้น ผู้ป่วยอยู่ในวัยผู้สูงอายุ ส่วนผู้ดูแลมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นบุตร จึงแสดงออกด้วยความรักและความห่วงใยได้อย่างเต็มที่ มีผลต่อความ

เข้มแข็งทางด้านสภาพจิตใจของผู้ป่วย ส่งผลให้ความรู้สึกทุกข์ทรมานลดลงได้ สอดคล้องกับพิกุล เจริญสุข (2549) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ส่งผลให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและสุขสบาย มีสีหน้าที่แจ่มใส มีกำลังใจ พ้นหายดีไม่มีภาวะแทรกซ้อน และการมีญาติช่วยดูแลทำให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษา การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว สามารถช่วยเพิ่มทักษะในการปรับตัวเผชิญกับประสบการณ์ที่ทุกข์ทรมานได้อย่างเหมาะสม ทำให้มีการตอบสนองทางด้านอารมณ์ลดลง ส่งผลให้ลดความรู้สึกทุกข์ทรมาน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำแผนการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก และคู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล
2. ควรวิจัยตัวแปรอื่นได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล พฤติกรรมควบคุมตนเอง ระยะเวลาในการคาท่อช่วยหายใจ ความสำเร็จในการถอดท่อช่วยหายใจ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล อุบัติการณ์ดึงท่อช่วยหายใจ และสร้างแนวปฏิบัติในการลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยสูงอายุที่คาท่อช่วยหายใจทางปาก

เอกสารอ้างอิง

- กิตติกร นิลมานัต, วราภรณ์ คงสุวรรณ, สิริพันธ์ ศาตราบุรักษ์, ยุพา อ่องโกศัย และศรัทธา ชาญนุกูล. (2548). อุปสรรคการพยาบาลด้านจิตสังคม: เสี่ยงจากพยาบาลปฏิบัติการ. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(5), 291-301.
- ธิดารัตน์ คำบุญ. (2551). พลังสัมผัส: พลังบำบัดจากกายสัมผัสถึงใจ. *พยาบาลสาร*, 35(4), 77-85.
- นิตยา ไชยทองรักษ์. (2551). *ความต้องการความสุขสบายและการได้รับการตอบสนองความต้องการความสุขสบายในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2550). *การบันทึกกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ*. ขอนแก่น; คลังนานาวิทยา.

- พิกุล เจริญสุข. (2549). *ประสบการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ภัทรพร จันทรประดิษฐ์. (2543). *ประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- มาณี ชัยวีระเดช, นรลักษณ์ เชื้อกิจ และอารีย์วรรณ ช่อมตานิ. (2556). ประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 33(2), 31-46.
- รุจิ รัตนเสถียร. (2550). *การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์. (2552). การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. ในสุนิสา วัชร มงคลชาติ (บรรณาธิการ), *ความรู้พื้นสำหรับพยาบาลดูแลระบบหายใจ* (หน้า 219-234). สงขลา: ชานเมือง.
- สมฤทัย แก้วมณี. (2552). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการให้ข้อมูลผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยระยะวิกฤต หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนางรอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อมรรัตน์ สุวรรณมิตสระ. (2549). *ประสบการณ์ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจในโรงพยาบาลมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- อรนิภากร สัจา, สุภาภรณ์ ดั่งแพง และอาภรณ์ ดีนาน. (2554). *ประสบการณ์ของผู้ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- Finucane, B. T., & Santora, A. H. (2003). *Principles of airway management* (3rd ed.). New York: Springer.
- Johnson, J. E. (1999). Self-regulation theory and coping with physical illness. *Research in Nursing & Health*, 22, 435-448.
- Johnson, M. M., & Sexton, D. L. (1990). Distress during mechanical ventilation: Patients' perceptions. *Critical Care Nurse*, 10 (7), 48-57.
- Johnson, P., John, W., & Moyle, W. (2006). Long-term mechanical ventilation in a critical care unit: Existing in an uneveryday word. *Journal of Advanced Nursing*, 53(5), 551-558.
- Leventhal, H., & Johnson, J. E. (1983). Laboratory and field experimentation development of a theory of self-regulation. In P. T. Wooldridge, M. H. Schmitt, J. K. Skipper, & R. C. Leonard. (Eds.). *Behavioral science and nursing theory* (pp. 182-262). St. Louis: The C.V. Mosby.
- Maville, J. A., Bowen, J. E., & Benham, G. (2008). Effect of healing touch on stress perception and biological correlates. *Holistic Nursing Practice*, 22(2), 103-110.
- Samuelson, K. A. M. (2010). Adult intensive care patients' perception of endotracheal tube-related discomforts: A prospective evaluation. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 39, 1-8.
- Washington, G. T. (2001). Family advocates: Caring for families in crisis. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 20(1), 36-40.