

บทความวิจัย

ประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ

มาณี ชัยวีระเดช* นรลักษณ์ เอื้อกิจ** อารีย์วรรณ อ่วมตานี**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic phenomenology) ตามแนวคิดของ ไฮเดกเกอร์ (Heidegger) คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 12 คน โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจจากภาวะหายใจล้มเหลวเป็นเวลาอย่างน้อย 6 วัน เป็นการใส่เครื่องช่วยหายใจครั้งแรกและผ่านการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต รวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และบันทึกเทป นำข้อมูลมาถอดความแบบคำต่อคำ และวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ เวน มาเนน (van Manen)

ผลการศึกษา พบว่า ประสบการณ์การใส่เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยผู้ใหญ่ถูกให้ความหมายไว้ 8 ประเด็น ดังนี้ 1) เครื่องช่วยหายใจเสมือนเป็นปอด ช่วยหายใจยามไม่มีแรง 2) ใส่เครื่องช่วยหายใจ เหมือนคนใกล้ตาย หาทิศทางใจช่วยคุ้มครอง 3) ทรมาณกับอาการเจ็บปวด แต่ต้องทำใจอยู่กับมันให้ได้ 4) เจ็บเหมือนจะขาดใจ เวลาไอและดูดเสมหะ 5) รู้สึกขัดใจ สื่อสารอะไร ไม่มีใครเข้าใจความต้องการ 6) จะหลับตาลงได้อย่างไร ในเมื่อใจมีแต่ความกลัว 7) ได้รับบริการดี เริ่มมีกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองน่าจะปลอดภัย และ 8) คิดถึงอนาคต อยากหาย มีกำลังใจสู้ต่อ

ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม มุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในภาวะวิกฤต และตระหนักถึงการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์

คำสำคัญ: ประสบการณ์, ผู้ป่วยผู้ใหญ่, เครื่องช่วยหายใจ

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร
ได้รับทุนอุดหนุนจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

ความเป็นมาของปัญหา

ภาวะหายใจล้มเหลว เป็นภาวะที่ระบบทางเดินหายใจมีความบกพร่องในการทำหน้าที่แลกเปลี่ยนก๊าซ ซึ่งเป็นภาวะที่พบบ่อยที่สุดในหอผู้ป่วยวิกฤต มีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 22-75 (Stacy, 2010) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการช่วยเหลือเพื่อให้ได้รับออกซิเจนและแลกเปลี่ยนก๊าซได้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย โดยการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ รวมทั้งการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย ซึ่งเกิดขึ้นอย่างกะทันหันและไม่คาดคิดมาก่อน ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจเป็นอุปกรณ์การแพทย์ที่ช่วยเหลือผู้ป่วยในช่วงวิกฤต แต่ขณะเดียวกันก็เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดจากการดูดเสมหะ รู้สึกอึดอัดรำคาญท่อช่วยหายใจ เนื่องจากเป็นวัตถุแปลกปลอมที่เข้าไปขวางอยู่ในลำคอ เป็นอุปสรรคอย่างยิ่งต่อการสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจความต้องการของตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดและจิตใจที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นให้เข้าใจความต้องการของตนเองได้ (ภัทรพร, 2543; อมรรัตน์, 2549; อรนิภา, สุภาภรณ์, และอาภรณ์, 2554) ปรากฏการณ์ในการช่วยเหลือตนเอง แม้แต่การทำกิจวัตรประจำวัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมักถูกพันธุนาการทั้งแขนและขาจากบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจของผู้ป่วย (ภัทรพร, 2543; อมรรัตน์, 2549; อรนิภา และคณะ, 2554) บางรายงานระบุว่า ผู้ป่วยรู้สึกกลัวตายเมื่อมีเสมหะจำนวนมากอยู่บริเวณลำคอ แต่ไม่สามารถเรียกผู้อื่นมาช่วยเหลือตนเองได้ บางรายกลัวตายเนื่องจากเมื่อมีเสมหะและไอจนเครื่องช่วยหายใจหลุดออกจากท่อช่วยหายใจทำให้ตนเองหายใจลำบาก รู้สึกทรมานทรมานเมื่อต้องหายใจแรงโดยไม่เครื่องช่วยหายใจ (ภัทรพร, 2543) ผู้ป่วยบางรายรู้สึกปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเนื่องจากถูกผูกมัดแขนขาไว้ ทำให้ไม่สามารถขยับตัวเองได้อย่างที่ต้องการ (อมรรัตน์, 2549) นอกจากนี้การรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีกฎระเบียบที่

เคร่งครัด ถูกจำกัดการเยี่ยมจากญาติ และอยู่ท่ามกลางคนแปลกหน้า ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว (ภัทรพร, 2543; อรนิภา และคณะ, 2554) ยิ่งกว่านั้น การใส่ท่อช่วยหายใจที่เสมือนมีอะไรขวางอยู่ในลำคอตลอดเวลา และมีเครื่องช่วยหายใจและอุปกรณ์อื่นๆ ที่ส่งเสียงดังตลอดเวลา รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย ส่งผลทางลบกับคุณภาพการนอนหลับ (ภัทรพร, 2543; อมรรัตน์, 2549; Hofhuis, Spronk, Van, Schrijvers, Rommes, & Bakker, 2008; Van de Leur, Van de Schans, Loef, Deelman, Geertzen, & Zwaveling, 2004) และผู้ป่วยยังรู้สึกหวาดกลัวเกรงว่าตนเองอาจเสียชีวิตหากเครื่องช่วยหายใจหยุดทำงาน (ภัทรพร, 2543) จากที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นได้ว่าในภาวะวิกฤตดังกล่าว ทั้งภาวะเจ็บปวด อึดอัดจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่โดดเดี่ยวและไม่คุ้นเคย เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมาน ดังนั้นในฐานะที่พยาบาลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใกล้ชิดที่สุด จำเป็นต้องตระหนักถึงความสำคัญในการให้การพยาบาลที่ครอบคลุมผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย โดยการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับทุกด้านดังกล่าวเพื่อนำมาวินิจฉัย วางแผนและให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยต่อไป

อย่างไรก็ตาม มีผู้ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมาก่อนส่วนหนึ่งแล้ว ทั้งที่เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยในการวิจัยเชิงปริมาณมีการศึกษาถึงความไม่สบายของผู้ป่วยขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า เกิดความไม่สบายจากท่อช่วยหายใจ กิจกรรมการพยาบาล และเสียง โดยผู้ป่วยจะมีประสบการณ์ของความเจ็บปวด การรบกวนการนอนหลับ ไม่สามารถสื่อสารได้และอาการประสาทหลอน (Hofhuis et al., 2008; Van de Leur et al., 2004) นอกจากนั้นยังพบว่า ความเจ็บปวดกับความยากลำบากในการสื่อสารมีความสัมพันธ์กับความไม่สบายจากการคาท่อช่วยหายใจและใช้เครื่อง

ช่วยหายใจ (รัตนกร, 2550) ในส่วนของความทุกข์ทรมาน มีการศึกษาถึงประสบการณ์ความทุกข์ทรมาน และปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานระหว่างการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า ผลกระทบทางลบของการใช้เครื่องช่วยหายใจต่อร่างกาย ได้แก่ ความเจ็บปวดจากการคาท่อช่วยหายใจจากการดูดเสมหะ ปวดเมื่อยตัว เจ็บคอ เสียงแหบ (อมรรัตน์, 2549; Hofhuis et al., 2008; Van de Leur et al., 2004) และต่อจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยจะมีความกลัว วิตกกังวล ไม่สามารถสื่อสารได้ และมีปัญหาทางจิตหลั่งออกจากโรงพยาบาล โดยมีการซึมเศร้า ไม่มีสมาธิ และประสาทหลอน (รัตนกร, 2550; Hofhuis et al., 2008; Van de Leur et al., 2004) รวมถึงความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจที่ต้องการการดูแลที่สะท้อนความเป็นบุคคลอย่างมีเมตตา กรุณา ให้ความเอาใจใส่ ดูแลความสุขสบายและให้ความรู้สึกลดภัย (Hofhuis et al., 2008) ส่วนงานวิจัยเชิงคุณภาพ ได้มีรายงานการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งมีทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยทางด้านบวกสะท้อนว่า การใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นสิ่งที่ช่วยชีวิตช่วยให้รอดพ้นความตาย ได้รับกำลังใจจากทุกคน และทีมสุขภาพ (ภัทรพร, 2543) ส่วนด้านลบพบว่า เป็นสิ่งที่ทุกข์ทรมาน ทั้งจากการใส่และคาท่อช่วยหายใจ การดูดเสมหะ ไม่สามารถสื่อสารได้ ถูกพันธนาการ แวดล้อมด้วยคนตายและความตายต้องพึ่งพาผู้อื่น (ภัทรพร, 2543; ออมรรัตน์, 2549)

งานวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้ดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543-2549 ซึ่งมีความแตกต่างจากบริบทในปัจจุบัน (พ.ศ. 2554) ที่วิทยาการด้านการรักษา และอุปกรณ์การแพทย์มีการพัฒนาและทันสมัยมากขึ้น เครื่องช่วยหายใจไม่ได้มีเป้าหมายในการรักษาระดับของค่าความดันออกซิเจนในเลือดแดง (partial pressure of oxygen: PaO_2) และค่าความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง (partial pressure of carbondioxide: PaCO_2)

ของผู้ป่วยภาวะหายใจวายให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมอย่างเดียว แต่ต้องคำนึงเป้าหมายที่สำคัญ ได้แก่ การพยายามลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator induced lung injuries: VILI) การทำให้ผู้ป่วยสามารถหายใจได้สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ เพื่อลดงานที่ใช้ในการหายใจ (work of breathing: WOB) การตั้งค่าต่างๆ ของเครื่องช่วยหายใจเพื่อพยายามแก้ไขพยาธิสภาพในปอดของผู้ป่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซได้ดีขึ้น และการพยายามให้ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็วที่สุด (ฉันทชัย, 2554) นอกจากนี้ยังมีการพัฒนารูปแบบการช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ สะดวก และปลอดภัยมากขึ้น โดยการกำหนดค่าเป้าหมายปริมาตรอากาศที่ต้องการ (target tidal volume) เมื่อผู้ป่วยหายใจ เครื่องจะสามารถปรับเพิ่มหรือลดค่าความดันในการหายใจเข้า (inspiratory pressure) เพื่อให้ได้ปริมาตรตามที่ต้องการ แต่ไม่เกินค่าความดันที่ตั้งไว้ ผู้ป่วยจึงได้รับการระบายอากาศที่เพียงพอและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ มีลักษณะการจ่ายก๊าซหลายรูปแบบในการเลือกใช้ให้เหมาะกับผู้ป่วย การคำนวณค่าความต้านทานในทางเดินหายใจ เพื่อให้มีการตั้งเครื่องช่วยหายใจให้ผู้ป่วยได้รับปริมาตรที่เพียงพอและเหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรค และรูปแบบการกำหนดน้ำหนักร่างกายและขนาดของท่อช่วยหายใจเพื่อให้มีการคำนวณในการจ่ายก๊าซให้เหมาะสม ชดเชยค่าความต้านทานในทางเดินหายใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น ลดภาวะการหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยส่วนเดียวสำหรับผู้ป่วยปัจจุบันใช้เป็นเตียงไฟฟ้าที่มีเครื่องที่สามารถควบคุมได้ในระยะไกล (remote control) ในการปรับความสูงของหัวเตียง ปลายเตียง และสามารถปรับให้อยู่ในท่านั่งได้ เบาะนอนที่มีการกระจายน้ำหนัก ทำให้แรงกดต่อผิวหนังและกล้ามเนื้อลดลง ลดการปวดกล้ามเนื้อ ลดการเกิดแผลกดทับ และลดการสั่นสะเทือนในขณะเคลื่อนที่

นอกจากนี้ยังมีอุปกรณ์ที่เป็นเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ที่ทันสมัยมาใช้ในการวินิจฉัยโรคและอาการที่ผิดปกติ ทำให้สามารถวินิจฉัยสิ่งผิดปกติได้อย่างรวดเร็ว และรูปแบบการพยาบาลที่มีการกำหนด และตรวจสอบให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ รวมทั้งตัวผู้ป่วยเองมีความรู้ในเรื่องโรคต่างๆ มากขึ้นจากสื่อวิทยุ โทรทัศน์ และสื่อออนไลน์ทั้งหลาย และรู้จักพิทักษ์สิทธิการรักษาของตนเองมากขึ้น สิ่งเหล่านี้อาจทำให้ความรู้สึกนึกคิดต่อการได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจมีมุมมองที่แตกต่างไปจากอดีต

นอกจากวิวัฒนาการของอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยแล้ว จากบริบทของการศึกษาที่ผ่านมา เป็นการศึกษาที่ผู้ให้ข้อมูลมีทั้งวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุรวมกัน จึงทำให้ผลการวิจัยกล่าวถึงความรู้สึกนึกคิดโดยรวมของคนสองกลุ่ม ซึ่งวัยผู้ใหญ่จะมีความแตกต่างกับวัยสูงอายุ โดยวัยผู้ใหญ่เป็นช่วงวัยที่มีการเจริญเติบโตทางด้านร่างกายและวุฒิภาวะที่สมบูรณ์เต็มที่ (สุจิตรา, 2552) กำลังสร้างครอบครัว ตั้งหลักฐานในชีวิต มีความรับผิดชอบ ต่อครอบครัวทั้งบทบาทการเป็นบิดามารดา และอาจต้องเลี้ยงดูบิดามารดาในวัยชรา รวมทั้งเจริญเติบโตในหน้าที่การงานและการมีส่วนร่วมในสังคม (พรธนทิพย์, 2553; เพ็ญพิไล, 2550) ส่วนวัยสูงอายุสุขภาพเริ่มเสื่อมถอย เจ็บป่วยง่ายขึ้น ยอมรับว่าความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ในขณะที่คนหนุ่มสาวเชื่อว่าความตายเป็นสิ่งที่ไม่ได้คาดหวัง (เพ็ญพิไล, 2550) แสดงให้เห็นว่าสิ่งเหล่านี้มีผลต่อความรู้สึกนึกคิดและการปรับตัวต่อภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นและบทบาทหน้าที่ที่เสียไป ดังจะเห็นได้จากผลการวิจัยนักร้องที่ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 3 ราย เป็นเพศหญิง 2 ราย เพศชาย 1 ราย อายุ 50, 58 และ 45 ปี พบว่า ผู้ป่วยรู้สึก 1) ไร้พลังอำนาจในการดูแลตนเองเนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่นทุกเรื่อง ทั้งเรื่องการดูแลความสะดวกสบายร่างกาย การขับถ่าย ไม่สามารถหายใจได้ด้วยตนเอง รวมถึง

การดูแลท่อช่วยหายใจไม่ให้หลุดออกจากเครื่องช่วยหายใจ 2) สูญเสียอิสรภาพเนื่องจากถูกผูกมัดแขนขา ทำให้ขยับตัวไม่ได้ตามที่ต้องการ ทั้งๆ ที่ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะดี และสามารถเคลื่อนไหวช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความเป็นบุคคลของตนเอง เหมือนอยู่ในสภาวะจำยอม ต่อสิ่งที่เกิดขึ้น และ 3) อยู่ท่ามกลางคนแปลกหน้า เนื่องจากผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ ในระยะแรกจะต้องอยู่ในความดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยวิกฤต ญาติไม่สามารถเข้ามาดูแลอย่างใกล้ชิดได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าต้องอยู่ในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย โดยไม่มีญาติพี่น้องอยู่เคียงข้าง ทำให้รู้สึกว่าเหมือนต่อสู้อยู่คนเดียว

ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจจากภาวะหายใจล้มเหลวทั้งที่เกิดจากพยาธิสภาพที่ถุงลมปอด หรือมีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน และ/หรือมีภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูงร่วมกับ ผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือและเฝ้าระวัง ต้องใช้เวลาในการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต จากการสำรวจสถิติในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ผู้วิจัยปฏิบัติงาน ตั้งแต่เดือนมกราคม 2543 ถึงธันวาคม 2554 พบว่า ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจด้วยภาวะหายใจล้มเหลว มีสาเหตุจากการติดเชื้อที่ทำให้เกิดภาวะช็อค บางรายเกิดการบาดเจ็บของปอด ได้แก่ การติดเชื้อในหัตถ์ใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 (H_1N_1) โรคฉี่หนู (leptospirosis) ไข้เลือดออก (dengue fever) ไข้กาฬหลังแอ่น (meningococcal meningitis) ภาวะครรภ์เป็นพิษที่ส่งผลให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute respiratory distress syndrome) และกลุ่มอาการของครรภ์เป็นพิษชนิดที่มีการแตกของเม็ดเลือดแดง เอนไซม์ในตับสูงและเกล็ดเลือดต่ำ (HELLP syndrome) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ใช้เครื่องช่วยหายใจและรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตนานกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น โดยเฉลี่ย 6 วัน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

และเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจจากภาวะหายใจล้มเหลว โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความ ซึ่งมีความเหมาะสมในการศึกษาประสบการณ์ความเจ็บป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความลุ่มลึก ตามประสบการณ์จริงของผู้ป่วยที่จะทำให้ผู้วิจัยเข้าใจความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยตรง ข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยและตรงตามความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความ ตามแนวคิดของ ไฮเดกเกอร์ (Heidegger, 1927/1962 อ้างตาม Laverty, 2008) ซึ่งเน้นการทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ในทัศนะของบุคคลผู้ได้รับประสบการณ์นั้น เป็นการนำประสบการณ์ที่มีอยู่เดิมมาให้ความหมายในประสบการณ์ใหม่ เป็นการค้นหาเพื่อแปลความหมายของการมีชีวิตหรือการเป็นอยู่ในปรากฏการณ์นั้นๆ ของบุคคลว่ามีความหมายต่อบุคคลนั้นอย่างไร การวิเคราะห์และให้ความหมายเป็นการกระทำร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากผู้วิจัยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจที่หอผู้ป่วยวิกฤต เป็นเวลา 18 ปี ทำให้ผู้วิจัยรับรู้ว่าการได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจส่งผลกับผู้ป่วย

คือ ความไม่สุขสบายที่ผู้ป่วยได้รับจากความปวด ความหวาดกลัวต่อการดูดเสมหะ การต้องทำกิจวัตรประจำวันและการขับถ่ายบนเตียง การต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ไม่กล้าบอกความต้องการของตนเอง คิดว่ารบกวนผู้อื่น ขณะเดียวกันก็ไม่สามารถทำด้วยตนเองได้ นอกจากนี้ ต้องการคนใกล้ชิดที่จะอยู่ใกล้ๆ ตลอดเวลา และข้อมูลบางส่วนที่ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะหายใจล้มเหลว การใส่ท่อช่วยหายใจ เครื่องช่วยหายใจ และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ ในการศึกษานี้ใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เมื่อได้รับข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาให้ความหมายตามคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความ ตามแนวคิดของ ไฮเดกเกอร์ เพื่อศึกษาประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลอย่างเฉพาะเจาะจง กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ 1) เพศชายหรือหญิง อายุระหว่าง 18 - 59 ปี ที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและเข้ารับการรักษาด่วนในหอผู้ป่วยวิกฤต 2) มีประสบการณ์การได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลอย่างน้อย 6 วัน และเป็นการใส่เครื่องช่วยหายใจครั้งแรก 3) ขณะใส่และถอดเครื่องช่วยหายใจมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ขณะสัมภาษณ์ผู้ป่วยถอดเครื่องช่วยหายใจออกแล้ว ไม่มีอาการสับสน สามารถระบุวัน เวลา สถานที่ได้อย่างถูกต้อง ในขณะที่ใส่เครื่องช่วยหายใจมีระดับความรู้สึกตัวปกติ โดยทบทวนจากบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ไม่มีอาการเหนื่อย และมีสัญญาณชีพปกติ สามารถจำและเล่าเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ 4) สามารถพูดคุยนภาษาไทย และสื่อสารได้ดี และ 5) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมงานวิจัย รวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth

interview)

จริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลที่เป็นสถานศึกษาเมื่อวันที่ 8 พฤษภาคม 2555 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์คุณลักษณะที่กำหนดและยินยอมเข้าร่วมโครงการอย่างสมัครใจ หลังจากนั้น ผู้วิจัยทำการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย การรักษาความลับด้วยการปกปิดชื่อและสถานที่ของผู้ให้ข้อมูล การนำข้อมูลเอกสารการสัมภาษณ์ไปอภิปรายเผยแพร่ในลักษณะข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลโดยรวม และเฉพาะการนำเสนอทางวิชาการเท่านั้น ผู้วิจัยอธิบายข้อมูล และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยให้เวลาในการคิดทบทวนก่อนตัดสินใจให้คำตอบด้วยความสมัครใจ มีการเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย (informed consent form) โดยเก็บใบยินยอมและข้อมูลต่างๆ ไว้ในที่ปลอดภัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ด้วยคำถามปลายเปิด โดยเตรียมแนวคำถามไว้ล่วงหน้า ร่วมกับการบันทึกเสียง และจดบันทึกรายละเอียดต่างๆ โดยเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 7 มิถุนายน 2555 ถึง 11 พฤศจิกายน 2555 การสัมภาษณ์สิ้นสุดเมื่อข้อมูลอิ่มตัว (saturation) ไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น ผู้ให้ข้อมูลมีทั้งหมดจำนวน 12 ราย เป็นเพศชาย 6 ราย และเพศหญิง 6 ราย อายุระหว่าง 20 - 59 ปี เฉลี่ย 40.5 ปี สถานภาพสมรส 7 ราย โสด 3 ราย และหย่าร้าง 2 ราย ประกอบอาชีพ รับจ้าง 2 ราย ทำสวนยาง 2 ราย ค้าขาย 1 ราย วิศวกร 1 ราย ธุรกิจส่วนตัว 2 ราย ข้าราชการ 1 ราย ลูกจ้าง อบต. 1 ราย นักศึกษา 1 ราย และไม่ได้ประกอบอาชีพ 1 ราย ใส่เครื่องช่วยหายใจ 6-25 วัน เฉลี่ย 9.17 วัน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีเพียงรายเดียวที่

นับถือศาสนาอิสลาม ทุกรายได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก (oral endotracheal tube) เข้ารับการรักษาแผนกศัลยกรรม 7 ราย และแผนกอายุรกรรม 5 ราย

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลของ เวน มาเนน (Van Manen, 1995 อ้างตาม อารีย์วรรณ, 2553) โดยอ่านบทสัมภาษณ์ ชิดเส้นคำ วลี ประโยคที่สำคัญที่แสดงถึงประสบการณ์ที่ศึกษา จากนั้นตีความหมายคำ วลี ประโยคที่สำคัญนั้น ซึ่งจะขึ้นกับความรู้เดิมของผู้วิจัยอย่างมาก ทั้งความรู้ด้านภาษา ความรู้ในปรากฏการณ์ที่ศึกษา รวมถึงประสบการณ์ของผู้วิจัยที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ดังกล่าว มีกระบวนการที่นำเหตุการณ์ในอดีตและปัจจุบันมาผสมผสานในการตีความ เรียกว่า ฟิวซิงฮอริซัน (fusing horizon) เนื่องจากจะมีการเปรียบเทียบประสบการณ์ของผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล รวมถึงการเปรียบเทียบความแตกต่างของแนวคิดที่หลากหลายที่นำมาผสมผสานเพื่อสร้างความเข้าใจในนิยามของข้อความที่กำลังตีความหมาย การเข้าไปอยู่วงเวียนแห่งการตีความระหว่างองค์ความรู้เดิมกับองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นหลังจากการตีความหมาย นำมาจัดกลุ่มความหมายที่เหมือนกันอยู่ในกลุ่มเดียวกัน ส่วนการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังต่อไปนี้ 1) ระยะเวลาอยู่ในสนามที่นานพอ (prolonged involvement) ผู้วิจัยเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งนี้ มีความเข้าใจในวัฒนธรรมองค์กร สิ่งแวดล้อม และภาษาพูดของผู้ให้ข้อมูล มีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลก่อน โดยเข้าไปแนะนำตัวและสร้างความคุ้นเคย 2) การตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) เป็นการตรวจสอบโดยใช้หลายวิธีการว่าตรงกันหรือไม่ จากการสังเกต ข้อมูลจากภาคสนาม และจากการสัมภาษณ์ 3) การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

(peer debriefing) โดยนำข้อมูลที่ได้อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ และผู้ปฏิบัติการพยาบาล ขั้นสูงที่มีประสบการณ์การทำวิจัยเชิงคุณภาพและ ผ่านการทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤตตรวจสอบ ให้ ข้อคิดเห็น และเสนอแนะ และ 4) การตรวจสอบ โดยผู้ให้ข้อมูล (member checking) โดยนำข้อมูลที่ ได้จากการถอดเทปไปตรวจสอบและให้ความคิด เห็นร่วมกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้แน่ใจว่าเป็นข้อมูล จากประสบการณ์ผู้ให้ข้อมูลจริง

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่กล่าวถึงประสบการณ์ที่ ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจไว้ 8 ประเด็น ดังต่อไปนี้

1. เครื่องช่วยหายใจเสมือนเป็นปอด ช่วยหายใจยามไม่มีแรง ผู้ป่วยที่มีอาการหายใจ หอบเหนื่อย หายใจไม่เต็มปอด หรือหายใจเอง ไม่ได้ อาการเหล่านี้อยู่ในกลุ่มอาการของภาวะ หายใจล้มเหลว ซึ่งแพทย์จะให้การรักษาโดยการ ใส่ท่อและเครื่องช่วยหายใจ เพื่อเปิดทางเดินหายใจ ให้โล่ง ช่วยให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวกขึ้น ผู้ป่วย บางรายเปรียบเครื่องช่วยหายใจว่า “เป็นปอด” บางรายเรียกเครื่องช่วยหายใจว่า “เป็นเครื่องที่ แบ่งเบาภาระในการหายใจ” เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ใน ภาวะหายใจล้มเหลวจะต้องใช้แรงมากในการ หายใจเพื่อแลกเปลี่ยนออกซิเจนเข้าสู่ปอด ทำให้ ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อย เมื่อมีเครื่องช่วยหายใจช่วย ควบคุมแรงและจำนวนครั้งในการหายใจแทนผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหายใจสบาย อย่างไรก็ตามบางครั้ง ความสบายที่เกิดจากให้เครื่องช่วยหายใจทำหน้าที่ แทนปอดนานๆ ทำให้ผู้ป่วยลืมหายใจเอง เมื่อถึง เวลาที่ถอดท่อและเครื่องช่วยหายใจออก ในระยะแรก ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองหายใจไม่เป็น หายใจแล้วเหนื่อย หายใจเองไม่ได้ ต้องฝึกหายใจใหม่

“เป็นปอด ช่วยเราหายใจ...ถ้าไม่มีตัวนั้น เราก็อลำบาก ตอนอยู่ไอซียู เราหายใจไม่ได้ ต้อง ช่วยหายใจ มันทำให้เบา อะนะ...รู้สึกเบา หายใจ

สบาย...อยากให้เครื่องช่วยหายใจมาากๆ...ใส่แล้ว สบายขึ้น ดีขึ้น เราไม่ต้องออกแรงหายใจเยอะ... บางครั้งเราหายใจไม่ออก ใส่แล้วค่อยยังชั่ว เหมือน ช่วยเรา ผ่อนแรงเรา” (ID2T1)

“คือ เครื่องช่วยหายใจนี้ ความรู้สึกก็ เหมือนกับว่าเป็นเครื่องที่แบ่งเบาภาระในการหายใจ ในขณะนั้น ในยามที่เราอาจจะไม่รู้สึกรักตัวก็ได้ ไข่ม้อย สภาพร่างกายที่ยังไม่สมบูรณ์ ไม่เต็มที่ แต่เรายัง หายใจได้อยู่ เพราะเรามีเครื่องช่วยหายใจอยู่ ถ้า เกิดเราไม่มีเครื่องช่วยหายใจเนี่ย อาจจะไมรอดนะ แค่เสมหะติดคอ แต่นี่เสมหะติดจริง แต่มีหลอดที่ ทะลุเสมหะนะไปที่ปอดเลยนะ มันช่วยเราได้ นอก จากที่รู้สึกว่ามันแบ่งเบา” (ID9T1)

2. ใส่เครื่องช่วยหายใจ เหมือนคนใกล้ตาย หายที่พึ่งทางใจช่วยคุ้มครอง แม้ว่าเครื่องช่วยหายใจ จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวกขึ้น แต่ทว่า การได้รับเครื่องช่วยหายใจก็เปรียบเสมือนการ บังบอกถึงอาการหนักของการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วย บางรายรู้สึกกลัวและคิดว่าตัวเองอาจจะไม่รอดจาก การเจ็บป่วยครั้งนี้ บางรายรู้สึกกลัวและทรมานทรมาย กับอาการหายใจไม่ออก แม้ว่าจะได้รับการใส่เครื่อง ช่วยหายใจแล้ว แต่ความรู้สึกกลัวก็ไม่ได้ออกไป จากจิตใจ ครั้งนี้แม้รู้ว่าโอกาสรอดชีวิตมีมากกว่า แต่ผู้ป่วยก็ยังรู้สึกกังวลเฝ้ามองอาการผิดปกติอื่นๆ เช่น ชีพจรที่เต้นช้าลงกว่าปกติ หรือจำนวนความ เข้มข้นของออกซิเจนที่ได้จากการวัดออกซิเจนใน กระแสเลือดลดลงกว่าปกติ เมื่อความคิดบอกตนเอง ว่าอาจจะไม่รอดจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ ทำให้ผู้ป่วย เริ่มหาที่พึ่งทางใจ บนบานขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วย ชีวิตตน สวดมนต์ ไหว้พระ คิดถึงเรื่องเวรกรรม และการทำใจให้ยอมรับความตายที่กำลังจะมาถึง

“เพราะว่าไม่เคยเป็นแบบนี้ แล้วก็รู้สึกว่า ความรู้สึกที่หายใจไม่ออก เหมือนคนใกล้จะตาย จะ รู้สึกแบบนี้รู้เปล่า แล้วหนูก็พยายามดิ้น ใส่ช่วงแรก มันอึดอัด เครียด กลัวว่าจะเป็นอะไรไป...แล้วเครื่อง มันเสียงดังไข่ม้อย เวลามันร้อง มีเสียงดังดีกว่า หนู ว่ามันยังทำงานอยู่ แล้วรู้สึกว่าเรามีโอกาสรอด

มากกว่า ตอนที่มือมีอะไรอะไรเยอะ มีเส้น/สายอะไรนั้นนะ เห็นมันแล้วรู้สึกผวา ท่อนะหนูว่า อาการมันหนัก รู้สึกว่าพอเห็น รู้สึกว่าเราเป็นขนาดนี้เลยหรอ ต้องใช้ยาขนาดนี้เลยหรอ...บางครั้งเหมือนซีฟजर ซีฟजरเราเดินต่ำลง เราก็กังวลอีก เผื่อมองอยู่ เวลาเขาวัดออกซิเจน หนูจะดู เอาหละ ถ้าต่ำกว่า 95 หนูรู้สึกแย่แล้ว หนูคงไม่ไหวอีกแล้ว แน่เลยอะไรอย่างเงี้ย...แบบว่าอยากใส่บาตรอะไรอย่างเนี้ย เคยใส่ครั้งนึง เพราะพระมาบิณฑบาตในห้องไอซียู รู้สึกดี ดี มีความรู้สึกเหมือนว่าดีที่ทำบุญ ดีที่ได้ทำบุญก่อนตายก็ดีแล้ว” (ID12T1)

“คิดถึงพ่อกับแม่...คิดว่าช่วยลูกด้วย...ตายไปหมดแล้ว (พ่อแม่) พ่อกับแม่จะเป็นผู้คุ้มครองเรา...ไม่เคยคิดเลย แล้วก็ไม่ได้คิดว่าจะเป็นหนักขนาดนี้ ตั้งใจไว้ว่ากลับใจจะต้องบวช เหมือนเราได้เกิดใหม่...ก็บอกไว้ว่าหายแล้วจะไปบวช เหมือนเราได้ทดแทน เราผ่านตรงนั้นไปได้...” (ID2T2)

3. ทรมานกับอาการเจ็บปวด แต่ต้องทำใจอยู่กับมันให้ได้ แม้ว่าผู้ป่วยจะยอมรับว่าการได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นสิ่งที่ช่วยชีวิตได้ แต่ก็ได้รับความเจ็บปวดจากการมีท่อช่วยหายใจค้ำคอ บางรายรู้สึกเจ็บเหมือนมีอะไรทิ่มแทงอยู่ในคอ บางรายเจ็บมากและรำไปเพื่อวิงวอนคนอื่นจนต้องร้องให้ต่อความเจ็บปวดที่ได้รับ ความรู้สึกต่างๆ เหล่านี้ ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกทรมาน และไม่เคยประสบมาก่อนในชีวิต อยากเอาท่อช่วยหายใจออก แต่ทำไม่ได้ดังที่ต้องการ เนื่องจากตนเองยังหายใจเองไม่ได้ สิ่งที่ทำได้คือ หายใจเข้าลึกๆ ทางปาก ตามคำแนะนำของแพทย์ อดทนต่อความเจ็บปวด ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นและยอมรับปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ เพื่อรอวันเวลาที่หายป่วยและเอาท่อช่วยหายใจออก

“เครื่องช่วยหายใจมันก็ดี แต่มันเสียอย่างนึง มันเจ็บ...เจ็บก็ต้องทน เพราะมันช่วยชีวิตตอนนั้นมันทำให้เราทนต่อความเจ็บปวดได้ เพราะมันช่วยเราอยู่...มันทรมาน ไม่เคยเจอมาก่อนในชีวิตครั้งเดียว หนักเลย ผ่านพ้นมันมาได้ ก็อยากหายเขาทำอะไรให้ ก็ต้องอดทน” (ID2T2)

“พอรู้สึกตัวก็เจ็บคอมาก มันทิ่มอยู่ข้างขวาข้างซ้ายไม่มีความรู้สึก เจ็บมากอยากเอาออก ถามหมอว่าทำยังไงจะเอาออกได้ หมอบอกว่าไม่ได้ ต้องใส่อีกหลายวัน ก็เลยทำใจ นอกจากทำใจก็ทำอะไรไม่ได้ อยากหาย หมอบอกว่ายังไงก็ต้องทำอย่างนั้น...เจ็บคอมาก นึกว่ามีเหล็กอยู่ในคอ เขาบอกว่าเครื่องช่วยหายใจ แต่ไม่รู้เขาให้หายใจทางปาก ก็เลยหายใจทางจมูก มันอึดอัดเจ็บคอยากให้หมอเอาท่อออกให้ หมอบอกว่าให้หายใจดีกว่านี้ก่อน น้องเลยถามว่าทำอย่างไร หมอบอกว่าหายใจเข้าลึกๆ ทางปากนะ น้องก็เลยรู้” (ID5T1)

“...เจ็บมากๆ อยากจะเอาออกเร็วๆ แต่หมอบอกว่ายังไม่ได้ ก็เชื่อหมอ เชื่อใจหมอ หมอให้ทำอะไรเราต้องอดทน...อยากเอาออก มันเจ็บ แต่มันยังจำเป็น มันหายใจเองไม่ได้ด้วย ก็คิดถึงลูก อยากหาย ก็เลยต้องอดทน” (ID6T2)

“พอใส่เสร็จ รู้สึกพอมีสลมผ่านเข้าไป มันก็โล่ง แต่ไม่รู้ว่ามันคืออะไร เจ็บค่ะ เจ็บมาก ร้องอย่างเดียวเลย เจ็บที่คอค่ะ เหมือนมันร้าวไปตรงอื่นด้วย หลังด้วย” (ID12T1)

4. เจ็บเหมือนจะขาดใจ เวลาไอและดูดเสมหะ ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อและเครื่องช่วยหายใจ นอกจากจะรู้สึกเจ็บปวดกับการมีท่อช่วยหายใจค้ำคอในคอแล้ว ความเจ็บปวดยังเกิดขึ้นได้จากการไอเพื่อขับเสมหะ โดยเฉพาะในรายที่มีบาดแผลที่หน้าอก จะรู้สึกเจ็บปวดอย่างรุนแรง ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างอาการเจ็บแผลและอาการเจ็บคอ ผู้ป่วยเรียกอาการเจ็บปวดนี้ว่า “ความเจ็บปวดซับซ้อน” นอกจากนี้ การดูดเสมหะเป็นกิจกรรมการพยาบาลหนึ่งที่ผู้ป่วยบอกเล่าประสบการณ์ความเจ็บปวดที่เหมือนจะขาดใจ บางรายเล่าว่า การใส่สายยางลงไปดูดเสมหะ บางครั้งเหมือนสายยางจะดูดเนื้อของผู้ป่วยติดมาด้วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บอย่างทรมาน บางรายเล่าว่าการใส่สายยางดูดเสมหะติดต่อกันหลายครั้ง หรือใส่สายยางลงไปดูดเสมหะอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยรู้สึกจะขาดใจ เนื่องจากหายใจไม่ทัน หากใส่สายยางดูดเสมหะลงไปช้าๆ ผู้ป่วย

ก็รู้สึกหายใจไม่ออก

“มันปวดท้อง มันปวดสุดๆ เวลาไอ เจ็บในท้อง เวลาไอนั้นใจเหมือนจะขาด เวลาดูดเสมหะ บางครั้งให้เขาดูดครั้ง ทีละครั้ง พอเริ่มมีก็ให้เขาดูดให้ แต่พอเขาดูดต่อกันซักสามครั้ง รู้สึกว่าใจเราเหมือนจะขาดเลย หายใจไม่ค่อยทัน พอหลังจากนั้นก็ดีขึ้น” (ID4T1)

“ก็กับความเจ็บปวดตรงนี้แหละ เกร็งหายใจเกร็ง ไอ เพื่อให้เราขับเสมหะออกมา เพื่อให้เราไอได้ เราไม่เคยเจอ เราก็ไม่รู้ว่ามันมีความเจ็บปวดซับซ้อนอยู่มากกว่าที่เราคิด ไหนต้องหายใจไม่ออก ไหนต้องเกร็งตัวทั้งที่มีแผลอยู่เต็มหน้าอกแบบนี้ แล้วตอนนั้นหลักๆ คือ เจ็บแผลตอนไอ เจ็บแผล แล้วก็หายใจ ถ้าเรา ช่วงนั้นที่หายใจไม่สุด พอหายใจจะสุด มันจะเจ็บแสบ พอเขาถามก็จะบอกเขา หมอก็บอกว่ามันมีน้ำคล้ายเสมหะอยู่ข้างปอด พออยู่สองวันเขาก็มาถ่ายเอกซเรย์ดู มันมีน้ำใต้ปอด ต้องพยายามขับเสมหะออก ซากออก พยายามไอออก และพยายามหายใจแรงๆ เพื่อให้ปอดมันขยายตัวได้เต็มที่” (ID9T1)

5. รู้สึกขัดใจ สื่อสารอะไร ไม่มีใครเข้าใจ ความต้องการ การที่ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ ทำให้ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ ผู้ป่วยจึงรู้สึกอึดอัดและจะรู้สึกขัดใจเมื่อพยายามบอกสิ่งที่ตนเองต้องการแล้วไม่มีใครเข้าใจ บางรายใช้ภาษามือ แต่พยาบาลเข้าใจไปคนละเรื่องกับที่ผู้ป่วยต้องการบอก ผู้ป่วยบางรายเขียนความต้องการของตนเองให้พยาบาลรับทราบ แต่การเขียนก็ไม่สามารถบอกความต้องการได้ทุกครั้ง บางครั้งกลับเกิดผลทางลบกับตัวผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยพยายามเขียนบอกมารดาในลักษณะของการบ่นพยาบาล แต่มารดาอ่านไม่ออก จึงนำสิ่งที่ผู้ป่วยเขียนไปให้พยาบาลอ่าน บางรายใช้การพยักหน้าแทนคำตอบที่พยาบาลถาม แต่คำถามที่ถามก็ไม่ใช่ว่าสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะบอกพยาบาล เมื่อสื่อสารกันแล้วไม่เข้าใจ ในที่สุดผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อกับการสื่อสารและหยุดบอกความต้องการ

ต้องการของตนเอง

“เวลาใครมาก็สื่อสารกับเขาไม่ได้ เราก็ต้องใช้กระดาษ...ก็หงุดหงิดเป็นบางครั้งนะ เวลาที่เราจะพูดอะไรอย่างเนี่ย เขาฟังไม่รู้เรื่อง จะพูดซักสองสามครั้ง พอเขาไม่รู้เรื่อง ก็บอกไม่ต้องแล้ว เขาก็พยายามเข้าใจนะ แต่นั่นแหละ มันไม่คุ้นกันทั้งสองฝ่าย เราก็ต้องการอย่างเนี่ย แต่เราก็ไม่รู้จะสื่อสารยังไง เขาก็อยากจะเข้าใจ นั่นแหละนะ แต่เขาก็ไม่รู้จะที่เราทำอย่างเนี่ย ที่เราทำมือหรือทำอะไรไป หมายความว่าอย่างไร...บางครั้งเราอยากว่า เออ มันเมื่อยตรงนี้ ช่วยบีบอย่างนี้นะหน่อย (ทำท่าบีบที่แขน) เขาบอกปวดเธอ (ทำหน้าเบื่อๆ) เออ ไม่ต้องแล้ว” (ID3T1)

“ไม่มีเสียง บอกแม่ แม่ก็ไม่ค่อยรู้เรื่อง เขียนก็มองไม่เห็น อ่านไม่ได้อีก (ทำท่าเบื่อๆ) ตอนใส่ท่อ ต้องเขียน คุณแม่ไม่รู้เรื่องเลย น้องเขียนบ่นพยาบาล แม่อ่านไม่เห็น เอาที่น้องเขียนไปให้พยาบาลอ่าน (พูดแล้วก็หัวเราะ)” (ID5T1)

6. จะหลับตาลงได้อย่างไร ในเมื่อใจมีแต่ความกลัว ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ นอกจากจะรู้สึกว่าการใส่เครื่องช่วยหายใจ เป็นลางบอกถึงภาวะวิกฤตของชีวิตแล้ว การนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตและการถูกผูกมัดแขนขาเป็นอีกเหตุการณ์หนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองและอุปกรณ์ที่ระโยงระยางอยู่รอบตัว ผู้ป่วยเล่าว่า ตลอดระยะเวลาที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตไม่เคยหลับสนิท เนื่องจากจะมีเสียงดังของเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ รวมถึงการทำงานของเจ้าหน้าที่ ทำให้ผู้ป่วยหลับๆ ตื่นๆ ในรายที่นอนหลับยาก บางรายที่นอนหลับได้ แต่ไม่ยอมหลับ เนื่องจากกลัวว่านอนหลับไปแล้วจะไม่ตื่น หรือกลัวว่าหากหลับไปแล้วเกิดอะไรขึ้นกับตน จะไม่สามารถเรียกให้คนช่วยได้ทัน บางรายรู้สึกอึดอัดกับการถูกผูกมัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถนอนตะแคง หรือพลิกขยับตัวได้ ยิ่งไปกว่านั้นไม่สามารถกดสัญญาณเรียกพยาบาลได้ ทำให้ผู้ป่วยคิดไปว่า หากเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง ตนเองคงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

และคงเสียชีวิตในที่สุด

“เขาก็กู๊กไม่กู๊กมือ กู๊กเหม็ด (กู๊กหมด) ...ทรมาน...มันอึดอัดอะ คนเรานั้นนอนหลับ นอน หันข้างแต่เมื่อถูกมัดสองข้าง หลับแคงมันอยู่พินนี้ (ทำท่านอนตะแคง แต่เมื่อสองข้างเหยียดไปคนละทาง) ให้นอนให้หลับมันเป็นไปได้...ครับ มันไม่เป็นธรรมชาติของคน นีติดอยู่เรียบริยพินนี้ (แบบนี้) ไซมัย แต่ว่ามันแคงข้าง (ตะแคง) อยู่ มือขยับไม่ได้เลย พอหยับติด หยับติด (พอขยับตัว ก็ติด) อย่างดินแต่ว่า อ่า เราทำอะไร แ่ก่ดกริ่งเรียกพยาบาล เรายังกดไม่ได้ ฮิดเตียวนิ (เราจะทำอะไรได้ แ่ก่ดกริ่งเรียกพยาบาล เรายังกดไม่ได้ ไกล นิดเดียว) ตั้งแต่กดไม่ถึงอะ (ทำท่าอีกนิดเดียว แต่เมื่อมัดไว้ กดไม่ถึง) ...ผมอีกกดพรีอะ บางทีของพินนี้ถูกเงิน เอาไม่ทัน (ผมจะกดยังไง บางทีเรื่องแบบนี้มันเป็นเรื่องถูกเงิน เกิดอะไรขึ้นจะช่วยเหลือไม่ทัน) อย่าคิดว่าอันนี้ง่าย ๆ เราทำอยู่ทุกวัน มันไม่ช่วย แต่ในถูกเงินที่มีปัญหา ที่มีปัญหาเพราะว่าเรามองข้ามปัญหาเล็กๆ กันเพ...(ทั้งนั้น) แต่โอเคแหละ แต่ว่าในสิ่งที่เขาทำก็ถูกนะแหละนะ ไม่ใช่ผิด แต่พอเราผ่านจุดนี้มาแล้ว เราเข้าใจ แต่ตอนที่เรายังไม่ผ่านเรารู้สึกทรมาน เราอึดอัด เราเหนื่อย ...เข้าใจว่าเขาเซฟแหละ เขาป้องกันตัวเรา ถึงว่าบางทีบางประเด็นเขาเซฟเกินไปหม่าย (ไหม) หรือว่าอะไร เขาไม่มองประเด็นนั้น เขามัดหมัดทุกคน คนรู้ รู้ตัวแล้ว หรือว่าพรีนพรีอ มัดหมัดแหละ (เขามัดหมัดทุกคน คนที่รู้ตัว หรือว่าเป็นยังงัย มัดหมด) ...บางที กลางวันพินนี้ กลางวันเรารู้สึกตัว เราอาการครบใช้หม่าย เรารู้ เราเจ็บอะไร เราบอก ก็เหมือนกลางคืน เ้ามัดตะ ไม่ว่าเหมือนกลางคืนเราละเมอ เราเพ้อ (บางที แบบช่วงเวลากลางวันที่รู้สึกตัว รู้ว่าเจ็บ บอกได้ ช่วงเวลากลางคืน อาจจะมิละเมอ เพ้อ ให้มัดได้)” (ID8T1)

7. ได้รับบริการดี เริ่มมีกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองน่าจะปลอดภัย แม้ว่าผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกกลัวกับการพักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตโดย

มีเครื่องช่วยหายใจและอุปกรณ์การแพทย์อื่นๆ ที่ห้อยระโยงระยางอยู่ข้างเตียง แต่เมื่อมีพยาบาลเข้ามาดูแลให้การพยาบาล ตั้งแต่การทำกิจวัตรประจำวัน เข้ามาทักทาย พูดคุย บางครั้งพูดหยอกเล่นกับผู้ป่วย นำหนังสือมาให้อ่าน ในรายที่ยังอยู่ในวัยเรียน พยาบาลอนุญาตให้เข้าเฟซบุค (facebook) ได้ สิ่งเหล่านี้ที่พยาบาลทำให้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยคลายความเครียดและความกลัว การมี “สุขภาพจิตดี” ก็เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจต่อการรักษาครั้งนี้และรู้สึกปลอดภัยที่อยู่ท่ามกลางพยาบาลที่ดูแลเอาใจใส่เขาเป็นอย่างดี

“เขาเป็นมิตร เวลาเช็ดตัว เขาก็คุยหยอก ยังไง เรารู้สึกว่าเหมือนกับเราไม่ได้อยู่คนเดียว ไม่เครียด บางทีเขาก็หยอกเล่น ก็ถาม มีคนถามว่าทำไมสุขภาพจิตดี ก็ชวนคุย มันเป็นอย่างไง อย่างน้อยๆ เขายังสนใจเราบ้าง มีการมาคุย อย่างพื่อ. ตอนนั้นไม่เจอพี่.. ไซมัย พี่ อ. พี่. จำชื่อไม่ได้ที่ใส่พิน ดัดพิน ชอบพูดได้ ก็ชอบแซว เขาไม่เครียด ทำให้เราไม่เครียด ถ้าเจ้าหน้าที่เครียดมา (ทำเสียงจี จี) นะ ก็ทำให้เรารู้สึกไม่ดี แต่ก็มีเจ้าหน้าที่มาคุย เจ้าหน้าที่มาพูด เจ้าหน้าที่มาบอก อารมณ์ดี มากุ้ย มาหยอก” (ID7T2)

“หนูรู้สึกดีคะ เพราะพี่เขาดูแลดี ดีมาก เหมือนว่าถ้าเราต้องการอะไรอย่างเนี้ยอะ พี่เขาพยายามหามาให้ เหมือนการสื่อสารอะไรเนี้ย พี่เขาจะพยายามเข้าใจเรา เหมือนอยู่ข้างๆ เขาจะพยายามหากิจกรรมให้เราทำ อ่านหนังสือ มีพี่เอาเฟซบุค มาให้เล่นด้วย หนูว่าถ้าไม่ทำอะไรเลย หนูคิดมาก เบื่อ ตอนที่เล่นเฟซบุค ทำให้รู้สึกว่าเราไม่จมอยู่กับตัวเอง ได้รู้เรื่องอื่นบ้าง...รู้สึกดี การที่พี่พยาบาลเขาดูแลเรา คอยถามไถ่ รู้สึกว่าเป็นสิ่งหนึ่งที่ทำให้เรารู้สึกดีขึ้น เหมือนเป็นกำลังใจ เหมือนว่าอย่างน้อยเราก็ไม่โดนทิ้ง ยังมีคนช่วยเหลือเราอยู่ เป็นเหมือนกำลังใจส่วนหนึ่งด้วยนะ” (ID12T1)

8. คิดถึงอนาคต อยากหาย มีกำลังใจสู้ต่อหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจนพ้นภาวะ

หายใจล้มเหลว ความหวังที่เกิดขึ้นในใจของผู้ป่วย คือ อยากหาย อยากกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ การกิจต่างๆ ที่ต้องกลับไปทำ สร้างกำลังใจในการต่อสู้กับการเจ็บป่วยครั้งนี้ บางรายเริ่มเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพมากขึ้น โดยบอกกับผู้ป่วยว่า จะดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น รับประทานผักมากขึ้น ออกกำลังกายมากขึ้น ดูแลฟื้นฟูสภาพตัวเองให้ดีขึ้นจนถึงจะกลับไปทำงานตามปกติ บางรายคิดถึงอนาคตลูก อยากมีชีวิตอยู่เพื่อเลี้ยงดูลูก เมื่ออาการดีขึ้น พยายามลุกนั่ง ช่วยเหลือตัวเอง บางรายเป็นห่วงพ่อแม่ที่ลำบากต้องมาเยี่ยมตนเองที่โรงพยาบาล

“คิดมาก...คิดถึงอนาคต...กลัวว่าลูกเมียจะลำบาก...เป็นคนทำงาน เป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องดูแลครอบครัวเรา...ตอนนั้นคิดว่าหมดสภาพทำอะไรไม่ได้แล้ว แฟนบอกว่าเขาจะช่วย เขาก็ทำงาน ทำร้านเสริมสวย ผมก็ทำอยู่กับพ่อตาแม่ยาย ก็อาจต้องทำงานน้อยลง ไว้ให้แข็งแรงกว่านี้ก่อน ต้องทำตัวให้ดี ต้องดูแลตัวเอง คิดแล้วมันเป็นอะไรที่ทรมานที่สุด...ก็คิดว่าต้องดูแลตัวเอง กินผักเยอะขึ้น ต้องออกกำลังกาย พักผ่อนให้หายดีก่อน” (ID2T1)

“ยังพ่อแม่อีก แก่แล้ว ต้องมาคอยดูแลขึ้นลิฟต์ก็ไม่ใช่ ทั้งพ่อทั้งแม่ มาทุกวัน อาศัยหนึ่ง (น้อง) หนึ่งสาวก่อนไปทำงาน (น้องสาวก่อนจะไปทำงาน) ก็พามาส่งข้างหน้า รอ พ่อใครมาก็ขึ้นมากับเขา อันที่จริงผมหะต้องดูแลเขา นี่ต้องให้เขาลำบาก หลบบ้านก็ไม่รู้จะอยู่หรือไม่ (กลับบ้านไปก็ยังไม่รู้จะอยู่หรือไม่) ก็ต้องเป็นภาระเขาอีก” (ID9T1)

อภิปรายผลการวิจัย

ภาวะหายใจล้มเหลวทำให้ผู้ป่วยทุกรายต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ เป็นภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยจึงเปรียบเครื่องช่วยหายใจเสมือนอวัยวะหนึ่งที่สำคัญของร่างกาย นั่นคือปอด มาช่วยในการหายใจยามเหนื่อย ยามที่หายใจเองไม่ได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสะท้อนว่า ใส่แล้วสบายขึ้น

ดีขึ้น ไม่ต้องออกแรง เป็นสิ่งที่ช่วยผ่อนแรง จนบางรายเรียกเครื่องช่วยหายใจว่า “เป็นเครื่องที่แบ่งเบาระยะในการหายใจ” ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภัทรพร (2543) ที่กล่าวว่า “ประหนึ่งสิ่งช่วยหายใจยามไม่มีแรง” และ อรนิภา และคณะ (2554) ที่กล่าวว่า “เสมือนเป็นสิ่งที่ช่วยชีวิต” กล่าวได้ว่าเครื่องช่วยหายใจเป็นอุปกรณ์ในการรักษาที่มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถหายใจได้ใกล้เคียงหรือเท่าปกติ ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลซึ่งมีบทบาทในการดูแล จะมีการใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมิน ติดตามอาการ เฝ้าระวังความเปลี่ยนแปลง ตลอดจนเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นของผู้ป่วย เพื่อให้การช่วยหายใจมีประสิทธิภาพมากที่สุด

แม้ว่าเครื่องช่วยหายใจจะเป็นอุปกรณ์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวกขึ้น แต่ผู้ป่วยสะท้อนว่าการใส่เครื่องช่วยหายใจ ทำให้เหมือนอาการหนัก รู้สึกเหมือนคนใกล้ตาย และการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตก็เปรียบเสมือนการบ่งบอกถึงอาการหนักของการเจ็บป่วย ผู้ให้ข้อมูลบางรายรู้สึกกลัวและทรมานยากับอาการหายใจไม่ออก แม้ว่าจะได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจแล้ว แต่ความรู้สึกกลัวก็ไม่ได้ออกไปจากจิตใจ ครั้งนี้แม้รู้ว่าโอกาสรอดชีวิตมีมากกว่า แต่ผู้ป่วยก็ยังรู้สึกกังวล เฝ้ามองอาการผิดปกติอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรพร (2543) และ สามูเอลสัน (Samuelson, 2011) ที่ว่า ผู้ป่วยกลัว กังวลว่าเครื่องช่วยหายใจไม่มีประสิทธิภาพ ถ้าเครื่องร้อง ตนเองจะเป็นอะไรไปรีเปลา รู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต และเฝ้าระวังตนเองจากความตาย ดังนั้น สิ่งสำคัญที่พยาบาลจะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยบรรเทาความกลัว ความวิตกกังวล ต้องอาศัยทักษะในการสื่อสาร ใช้ภาษาท่าทางประกอบภาษาพูด ที่ทำ แวดตา การให้กำลังใจ เป็นทักษะที่ควรใช้เสริมกำลังใจให้กับผู้ป่วยโดยเฉพาะในช่วงที่อาการเศร้าหรือเครียด เพื่อให้เข้มแข็งและสู้ต่อไป นอกจากนี้การให้ข้อมูลที่เพียงพอ กะทัดรัด เข้าใจง่าย เป็นทักษะในการ

สื่อสารของพยาบาลที่จะช่วยลดความกลัว วิตกังวลของผู้ป่วย (ซิซนุ, 2548)

นอกจากนี้เมื่อมีภาวะวิกฤตเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีเวลาในการทบทวนเรื่องราวในชีวิต เป็นการระลึกความทรงจำที่เป็นประสบการณ์ในอดีต เพื่อค้นหาความหมายและคุณค่าในชีวิต ช่วยเยียวยาด้านอารมณ์และความรู้สึกในจิตใจ (Jenko, Gonzalez, & Seymour, 2007) ดังเช่นผลการศึกษาค้างนี้ ผู้ป่วยหาที่พึ่งทางใจ บนบานขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยชีวิตตน สวดมนต์ ไหว้พระ ผู้ป่วยจะบอกเล่าว่าคิดถึงบุพการี ผู้ที่เลี้ยงดูให้คุ้มครองและเยียวยาจิตวิญญาณตนเองโดยการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา เป็นที่พึ่งที่ทำให้เกิดพลังใจและยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น ดังนั้นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลที่ต้องตระหนักอยู่ตลอดเวลา คือ การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ซึ่งจารูธรรม และสุพัตรา (2555) ได้สรุปรูปแบบการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตที่พยาบาลต้องมีการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ การอำนวยความสะดวกในการทำพิธีกรรมทางศาสนาและความเชื่อ การใช้วัจนะภาษาเพื่อแสดงถึงความเข้าใจ และการดูแลเอาใจใส่และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่สอดคล้องกับความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย

แม้ว่าผู้ป่วยยอมรับว่าการได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นสิ่งที่จะช่วยชีวิตได้ แต่ก็ได้รับความเจ็บปวดจากการมีท่อช่วยหายใจค้ำอยู่ เหมือนมีอะไรที่แทงอยู่ในคอ บางรายเจ็บมากและรำวไปทั่วอวัยวะส่วนอื่นจนต้องร้องให้ต่อความเจ็บปวดที่ได้รับ และความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการไอเพื่อขับเสมหะ ความรู้สึกต่างๆ เหล่านี้ ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกทรมาน และไม่เคยประสบมาก่อนในชีวิตอยากเอาท่อช่วยหายใจออก แต่ทำไม่ได้ เนื่องจากยังหายใจเองไม่ได้ รวมทั้งการรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต ไม่สามารถนอน

หลับได้ คอยเฝ้าระวังภัยให้กับตนเอง กลัวว่าเมื่อมีอะไรเกิดขึ้น ไม่มีใครมาช่วยได้ทัน และอาจจะเสียชีวิต ขณะที่ผู้ป่วยส่วนหนึ่งบอกเล่าว่าต้องปรับตัว ปรับใจ ใช้ความอดทน ยอมรับสิ่งที่เผชิญอยู่ ปฏิบัติตามสิ่งที่ทีมการรักษาแนะนำ และมีความหวังในการฟื้นหาย ซึ่งสอดคล้องกับ สุวณีย์ (2554) กล่าวว่า ความเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดฝัน (situational crisis) ส่งผลให้เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ เกิดความสูญเสียความสมดุลทางอารมณ์ ผู้ป่วยจะปรับตัวโดยใช้กลไกต่างๆ สิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจะประกอบด้วย 4 ระยะ คือ ระยะตื่นตกใจ ระยะถอนตัวเพื่อปกป้องตนเอง ระยะตระหนักในเหตุการณ์ และเกิดการปรับตัวและเปลี่ยนแปลง ถ้าบุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ในทันที เกิดความสูญเสียสมดุลทางอารมณ์ อยู่ในระยะตื่นตกใจ อาจมีความรู้สึกกลัว กังวล ไม่สามารถที่จะหลับลงได้ ทั้งยังรู้สึกไม่ปลอดภัยเมื่อผ่านพ้นระยะตื่นตกใจ ตระหนักในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จะเกิดการปรับตัวและเปลี่ยนแปลง ดังนั้นพยาบาลจึงต้องเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยก้าวข้ามภาวะวิกฤตนี้ ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น และปรับตัวเพื่อให้สอดคล้องกับการดูแลรักษา โดยให้การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล ด้วยการให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล สงบเยือกเย็น อธิบายเหตุผล การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ให้ญาติและบุคคลใกล้ชิดเข้าเยี่ยม ส่งเสริมความรู้สึกในการควบคุมตัวเองโดยให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ประคับประคองจิตใจ บอกถึงความก้าวหน้าที่ดีขึ้น และช่วยเหลือให้สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้ (พรรณงาม, 2551)

นอกจากความเจ็บปวดที่ได้รับ การใส่ท่อช่วยหายใจกลายเป็นสิ่งกีดขวางที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ช่องทางในการสื่อสารตามปกติได้ ความพยายามในการสื่อสารโดยใช้ภาษามือ แต่ก็ไม่สามารถสื่อความเข้าใจที่ตรงกัน การเขียนก็ไม่สามารถบอกได้ทุกอย่างที่ต้องการ สร้างความรู้สึก

อึดอัด ขัดใจ เบื่อหน่ายที่จะบอกความต้องการของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ภทรพร (2543), รัตนกร (2550), อมรรัตน์ (2549), แวน เดอ เลอร์ และคณะ (Van de Leur et al., 2004) ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาการสื่อสารสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วยการทำสมุดสำหรับเขียนสื่อสาร และสร้างภาพพลิกเพื่อสื่อสารความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย จากผลการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยยังสะท้อนถึงการไม่ได้รับความสนใจจากพยาบาลในสิ่งที่ผู้ป่วยพยายามบอกความต้องการ แต่จะถามในสิ่งที่พยาบาลคิดว่าผู้ป่วยเป็น หรือสิ่งที่ต้องการทราบเท่านั้น สิ่งเหล่านี้บอกถึงพยาบาลยังละเลยการให้เวลา หรือไม่มีเวลาเพียงพอในการรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยบอก นอกจากนี้การศึกษาของ ปาทัด และคณะ (Patak, Gawlinski, Fung, Doering, Berg, & Henneman, 2006) พบว่า สิ่งที่มีผลต่อการเข้าใจสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการสื่อสาร คือ ลักษณะบุคลิกภาพของบุคลากรในที่มสุขภาพ ได้แก่ ลักษณะที่มีความเมตตากรุณา ความต้องการในการให้ข้อมูล การมีทักษะในการสื่อสารจึงมีความสำคัญ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะใช้สีหน้า ท่าทาง อากัปกริยา การเขียน หรือแม้กระทั่งการพยายามจะพูดด้วยการทำปากเพื่อให้ผู้อื่นอ่านความต้องการจากริมฝีปากนั้น บุคลากรในที่มสุขภาพต้องใช้ความพยายามและใช้เวลามาก ตลอดจนต้องอาศัยทักษะและประสบการณ์มากพอควรในการที่จะแปลความหมายของการสื่อสารนั้นได้อย่างถูกต้องทันที จึงจะสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้

ในการวิจัยนี้ ผู้ป่วยสะท้อนว่าการให้การพยาบาลที่เป็นมิตร ทักทาย พูดให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ขัน เป็นการสร้างความผ่อนคลาย ลดความเครียด และความกลัว ทั้งยังเกิดความเชื่อใจ มั่นใจต่อการรักษา และรู้สึกปลอดภัยที่ดูแลเอาใจใส่เขาเป็นอย่างดี ขณะเดียวกันท่าที สายตาและคำพูดที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นการกระทำทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการอยู่โรงพยาบาล และต้องทำใจกับสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ สุวนีย์ (2554)

กล่าวว่า เมื่อบุคคลที่ต้องเปลี่ยนบทบาทกลายเป็นผู้ป่วย เมื่อต้องเจ็บป่วยเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลมักจะรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระแก่ผู้อื่น รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าพอเพียงกับเวลาของคนอื่น การที่พยาบาลเข้ามาดูแล เอาใจใส่และให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้คุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น พยาบาลจำเป็นต้องช่วยเพิ่มคุณค่าให้กับผู้ป่วยด้วยเทคนิคส่งเสริมให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ได้แก่ การแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลรู้จักผู้ป่วย (giving recognition) ด้วยการเรียกชื่อผู้ป่วยอย่างถูกต้อง บอกกล่าวสิ่งที่พยาบาลเห็นในตัวผู้ป่วย หรือเห็นความเปลี่ยนแปลงการให้ข่าวสาร ข้อมูล ข้อเท็จจริงแก่ผู้ป่วย เช่น การบอกกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมการพยาบาลที่ให้ การช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงสถานการณ์รอบตัว เป็นการให้เวลา ให้ความสำคัญกับผู้ป่วย และการเสนอตนเองเพื่ออยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยในยามทุกข์ (offering self) เป็นการเสนอตนเองเพื่อรับฟังปัญหาของผู้ป่วยในยามที่ผู้ป่วยกำลังเศร้า และ ตื่นกลัว

จากผลการศึกษาครั้งนี้จะเห็นว่าเมื่อความเจ็บป่วยทุเลาลง รับรู้ว่าอาการดีขึ้น ผู้ป่วยจะหันกลับมานึกถึงบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ ตั้งใจปฏิบัติตามที่มสุขภาพให้คำแนะนำ คิดวางแผนในการดูแลสุขภาพตนเอง ไปทำหน้าที่พ่อแม่ ทำหน้าที่ของลูก สร้างกำลังใจในการต่อสู้กับการเจ็บป่วยครั้งนี้ ซึ่งอธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยปรับตัวในภาวะวิกฤต เข้าสู่ระยะตระหนักในเหตุการณ์ เมื่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้มีการพิสูจน์ว่าเป็นความจริงแล้ว ไม่สามารถปฏิเสธได้อีก หลังจากนั้นเข้าสู่ระยะปรับตัวและเปลี่ยนแปลง ระยะนี้เริ่มยอมรับเหตุการณ์ในทางที่ดีขึ้น ยอมรับในภาพพจน์และเอกลักษณ์ใหม่ของตนเอง เริ่มมีความรู้สึกที่ตัวเองมีคุณค่า ภาวะหวาดวิตกและกังวลลดลง มองเห็นการแก้ปัญหาชีวิต และมีการคาดการณ์ภายหน้าดีขึ้นกว่าเดิม มีกลไกการปรับตัวและทักษะการแก้ปัญหาใหม่ (สุวนีย์, 2554) ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว บุคคลโดยทั่วไปมีพลังอำนาจในตนเองที่เกิดได้จากความ

แข็งแรงของร่างกาย ความเข้มแข็งทางจิตใจ อึดทนต่อสิ่งทรมาน พลังงานในร่างกาย ความรู้ และความเข้าใจ แรงจูงใจ และระบบความเชื่อของบุคคล (ซอลดา, 2536) โดยพื้นฐานของวัยผู้ใหญ่มีพลังในการสร้างชีวิต ความตายเป็นสิ่งใกล้ตัว และบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบเป็นสิ่งที่สำคัญ จึงเป็นแรงจูงใจที่พยาบาลสามารถนำมาเป็นจุดที่สร้างพลังอำนาจ ให้เกิดกำลังใจในการปรับตัวกับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น สามารถก้าวข้ามภวณนี้ นำไปสู่การดูแลสุขภาพของตนเองต่อไป

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลในการได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ และบางครั้งรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการนอนในโรงพยาบาล ดังนั้น พยาบาลจึงควรจัดรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ โดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับวัย และความสนใจของผู้ป่วย เช่น การจัดหาคอมพิวเตอร์ให้ใช้

บรรณานุกรม

- จารุวรรณ บุญรัตน์ และสุพัตรา อุปนิสากร. (2555). การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัวในไอซียู: ประสบการณ์ทาง การพยาบาล. *วารสารพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์*, 4(1), 1-13.
- จันชาย สิทธิพันธุ์. (2554). New (alternative) mode of mechanical ventilator. ใน ดุสิต สถาวร, อนันต์ วัฒนธรรม และ เอกรินทร์ ภูมิพิเชฐ (บก.). *Critical care medicine: Make it easy*. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ซอลดา พันธุเสนา. (2536). *การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป.
- ชีษณุ พันธุ์เจริญ. (2548). ทักษะการสื่อสาร. ใน *Communication skill in clinical*

อินเตอร์เน็ตในผู้ป่วยวัยเรียน วัยทำงาน การจัดหาอุปกรณ์สื่อวิทยุ เครื่องเล่น MP3 สำหรับฟังเพลงหรือเพลงตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้ง สอบถาม และตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติ เช่น การสวดมนต์ข้างเตียงตามแต่ละศาสนา การทำตามความเชื่อของครอบครัวโดยไม่ขัดต่อการรักษาเอื้อเพื่อและอำนวยความสะดวกต่างๆ

2. จัดกิจกรรมภายในหน่วยงานโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสะท้อนคิดให้ทีมสุขภาพรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้พยาบาลได้ตระหนักถึงการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

3. พัฒนาทักษะการสื่อสารของทีมสุขภาพ และจัดหารูปแบบการสื่อสารที่หลากหลาย ในการเลือกใช้ให้เหมาะสม และสามารถสื่อสารได้รวดเร็วกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น สมุดหรือกระดานสำหรับผู้ป่วยที่สามารถเขียนได้ ภาพพลิก หรือภาพตัวอักษรสำหรับผู้ป่วยที่เขียนไม่ได้

practice จากมุมมองที่หลากหลาย. กรุงเทพมหานคร: สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.

พรรณงาม พรรณเชษฐ์. (2551). ภาวะวิกฤตระบบหายใจและการพยาบาล. ใน สุจิตรา ลี้มอำนาจ และชวนพิศ ทำนอง (บก.). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต* (พิมพ์ครั้งที่ 6). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. (2553). *ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: แอคทีฟ พรินท์.

เพ็ญพิไล ฤทธาคนานนท์. (2550). *พัฒนาการมนุษย์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ธรรมดาเพรส.

- ภัทรพร จันท์ประดิษฐ์. (2543). *ประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- รัตนกร เจริญกุล. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความไม่สบายจากคาท่อช่วยทางเดินหายใจทางปากและใช้เครื่องช่วยหายใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2552). *แนวคิดและทฤษฎีในการพยาบาลผู้ใหญ่*. ใน สุวิพร ธนศิลป์, สุนิดา ปรีชาวงษ์ และรุ่งระวี นาวีเจริญ (บก.). *การพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง 2*. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนัย เกียวกิ่งแก้ว. (2554). *การพยาบาลจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อมรรัตน์ สุวรรณมิตสระ. (2549). *ประสบการณ์ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจในโรงพยาบาลมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน, กรุงเทพมหานคร.
- อรนิภา รสฉ่ำ, สุภาภรณ์ ดั่งแพง, และอาภรณ์ ตีนาน. (2554). *ประสบการณ์ของผู้ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ*. นำเสนอในการประชุม The 12 th Khon Kaen University Graduate Research Conference, ขอนแก่น, ประเทศไทย.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2553). *การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Hofhuis, G. M., Spronk, P. E., van Stel, H. F., Schrijvers J. P., Rommes, J. H., & Bakker, J. (2008). Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24,(5) 300-313.
- Jenko, M., Gonzalez, L. & Seymour, M. J. (2007). Life review with the terminally ill. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 9(3), 159-167.
- Laverty, S. M. (2008). Hermeneutic phenomenology and phenomenology. A comparison of historical and methodology consideration. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(3), 21-35.
- Patak, L., Gawlinski, A., Fung, N. I., Doering, L., Berg, J. & Henneman, E. A. (2006). Communication boards in critical care: patients' views. *Applied Nursing Research*, 19, 182-190.
- Samuelson, K. A. M. (2011). Adult intensive care patients' perception of endotracheal tube-related discomfort: A prospective evaluation. *Heart & Lung*, 40, 49-55.
- Stacy, K. M. (2010). Pulmonary disorder. In Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (Ed.). *Critical Care Nursing*. Canada: Wiley-Blackwell.
- Van de Leur, J. P., van de Schans, C. P., Loef, B. G., Deelman, B. G., Geertzen, J. H. B., & Zwaveling, J. H. (2004). Discomfort and factual recollection in intensive care unit patients. *Critical Care*, 8(6), 467-473.

Experiences of Being an Adult Patient Receiving Mechanical Ventilator

Manee Chaiweeradet* Noraluk Ua-Kit** Areewan Oumtaneec**

Abstract

This qualitative research aimed to describe experiences of being an adult patient receiving mechanical ventilator. Hermeneutic phenomenology guided by Heidegger's concept was used twelve adult patients getting the first time of utilizing mechanical ventilator at least six days were selected using a purposive sampling method. In-depth interview including audiotape recording was used to collect the data. They were transcribed verbatim, and then analyzed by using van Manen's approach.

The findings revealed eight themes: 1) A ventilator functioning as lungs helping breathing when exhaustive 2) Living with a ventilator resembles a dying person needing spiritual support for protection 3) Suffering from pain but trying to accept and live with it 4) Getting really hurt when coughing and being suctioned 5) Feel inconvenienced when no one understanding what is needed 6) How to fall asleep while having fears 7) Receiving good services promotes encouragement and feeling of safe 8) Thinking of the future leads to wishing recovery and getting encouragement.

The findings can be used as a guidance in delivering holistic care to patients, in responding needs of critically ill patients, and emphasizing awareness on providing humanistic care.

Keywords: experiences; adult patient; ventilator

* Master nursing student, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok.

** Assistant Professor Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok.

Granted from Graduate School, Chulalongkorn University, Bangkok.